

**Réponses au questionnaire transmis dans le cadre de l'invitation  
à une audition le 8 mars 2021 à la Commission spéciale COVID-19  
de la Chambre présidée par M. Robbie de Caluwé.**

**GENERALITES**

**- Comment la commission de bioéthique est-elle composée ?**

Art. 2 de l'Accord de coopération du 15 janvier 1993 :

Le Comité comprend trente-cinq membres choisis en raison de leurs connaissances, de leur expérience et de leur intérêt pour les problèmes éthiques, et désignés de la manière suivante:

1° Le Roi désigne par arrêté royal délibéré en Conseil des Ministres:

a) seize personnalités issues des milieux universitaires, choisies sur une liste comprenant trois fois seize noms présentés par le Conseil interuniversitaire de la Communauté française d'une part et le Vlaamse Universitaire Raad d'autre part: parmi ces personnalités, huit sont issues des facultés des sciences et de médecine, dont cinq docteurs en médecine et deux sont titulaires d'un mandat permanent au Fonds national de la Recherche scientifique; parmi ces personnalités, huit sont issues des facultés de droit, de philosophie et des sciences humaines;

b) six docteurs en médecine en activité dont la moitié sont omnipraticiens, choisis sur une liste comprenant trois fois six noms présentés par le Conseil national de l'Ordre des médecins, deux d'entre-eux faisant partie de l'Académie de médecine;

c) deux avocats choisis sur une liste comprenant trois fois deux noms présentés par le Conseil national de l'Ordre des avocats;

d) deux magistrats.

2° Le Roi, les Exécutifs de la Communauté flamande et de la Communauté française et le Collège réuni visé à l'article 60 de la loi spéciale du 12 janvier 1989 relative aux Institutions bruxelloises désignent chacun deux membres, et l'Exécutif de la Communauté germanophone un membre qui, dans le cadre de leurs fonctions, sont concernés par les problèmes bioéthiques.

Participent également aux travaux du Comité avec voix consultative:

- un représentant du Ministre de la Justice;
- un représentant du Ministre national ayant la Politique scientifique dans ses attributions;
- un représentant du Ministre national ayant la Santé publique dans ses attributions;
- un représentant de chacune des Communautés visées à l'article 3ter de la Constitution et deux représentants de la Commission communautaire commune visée à l'article 60 de la loi du 12 janvier 1989 relative aux Institutions bruxelloises.

Il sera veillé, dans la composition du Comité, à la représentation équilibrée des différentes tendances idéologiques et philosophiques ainsi qu'à la présence d'un nombre équilibré de membres féminins et masculins. Le Comité comprendra autant de membres d'expression française que de membres d'expression néerlandaise.

**- Comment les membres sont-ils sélectionnés ?**

Pour ce qui concerne le niveau fédéral : v. art. 2 de l'Accord de coopération ci-dessus : par un arrêté royal délibéré en conseil des ministres (1°), par un arrêté royal (2°) et par un arrêté ministériel (membres avec voix consultative).

**- Dans quelle mesure les avis du comité consultatif ont-ils une valeur contraignante ? Est-ce, selon vous, une bonne chose ?**

L'art. 1er de l'Accord de coopération du 15 janvier 1993 prévoit que le Comité a une double mission d'avis et d'information.

L'Accord de coopération prévoit donc clairement un rôle purement consultatif pour le Comité consultatif de Bioéthique.

**- Le comité prend-il lui-même l'initiative de formuler un avis ou y est-il invité ?**

L'art. 8 de l'Accord de coopération prévoit que le Comité peut être saisi

- par les Présidents du Sénat, de la Chambre des Représentants, d'un Conseil communautaire, de l'Assemblée réunie visée à l'article 60 de la loi spéciale du 12 janvier 1989 relative aux Institutions bruxelloises, soit d'initiative, soit à la demande de dix sénateurs, députés ou conseillers communautaires;

- par un membre du Gouvernement national, d'un Exécutif communautaire ou d'un membre du Collège réuni visé à l'article 60 de la loi spéciale du 12 janvier 1989 relative aux Institutions bruxelloises;

- par un organisme de recherche scientifique, un établissement de soins ou un établissement d'enseignement supérieur;

- par un comité d'éthique local attaché à un établissement de soins ou à une université ou agréé par une Communauté.

L'art. 8 prévoit également que le Comité peut se saisir de toute question qu'il estime entrer dans le cadre de sa mission (« autosaisine »).

**- A-t-on, selon vous, suffisamment prêté attention aux réflexions éthiques qu'il convient de mener durant cette crise ?**

Cf. explication orale à l'audition du 08/03 prochain.

**- Quel fut/est, selon vous, le principal obstacle d'un point de vue éthique ?**

Cf. explication orale à l'audition du 08/03 prochain.

**- Par quelles institutions avez-vous été contactés en vue de rendre un avis ?**

**o Sur quels thèmes ?**

- *Sur la problématique COVID-19 dans les hôpitaux et les MR-MRS :*

- par la Conférence interministérielle Santé publique (via son secrétaire de l'époque, M. Pedro Facon) concernant la problématique de l'accès aux soins intensifs pour les résidents de MR-MRS ;
- par la cellule de crise du SPF Santé publique (M. Chr. Decoster) pour l'élaboration d'une recommandation commune concernant la priorisation des soins avec l'Ordre des médecins et le Conseil supérieur de la Santé (pour cette Recommandation, le Comité a dû prendre une auto-saisine comme la Cellule de crise ne pouvait pas saisir le Comité) ;
- par le réseau hospitalier locorégional MOVE asbl ;

- *Sur la vaccination contre la COVID-19* : auto-saisine du Comité (actualisation de son avis n°48 du 30 mars 2009 relatif au plan opérationnel belge « pandémie influenza »);

- *Sur d'autres matières* : v. le rapport annuel d'activités à consulter sur le site du Comité: <https://www.health.belgium.be/fr/comite-consultatif-de-bioethique-de-Belgique> (pour 2020: v. annexe « Aperçu des demandes d'avis et autosaisines du CCB »).

**o Toujours de manière formelle au travers d'un rapport ou votre contribution a-t-elle également été sollicitée de façon informelle ?**

Comme la Cellule de crise du SPF Santé publique ne pouvait pas saisir le Comité (réf. art. 8 de l'accord de coopération ci-dessus), une autosaisine a été prise pour l'élaboration de la Recommandation du 21 décembre 2020.

La Taskforce Vaccination (M. Dirk Ramaekers) a été informée de l'orientation des recommandations de l'avis n°75 et en a tenu compte lors de l'élaboration de la stratégie vaccinale.

Un certain nombre de membres du Comité ont travaillé au printemps 2020 avec le Conseil supérieur de la Santé à son avis n°9588 COVID-19 et pénurie de respirateurs. Pour ce qui concerne aussi la problématique vaccinale, le Comité est jusqu'à ce jour en contact étroit avec le Conseil supérieur de la Santé et a contribué à l'avis du CSS n°9618 relatif à la priorisation des groupes à risque pour la vaccination contre le SARS-CoV-2 (phase Ib).

**o L'avis 48 était-il connu des experts et des responsables politiques qui ont exécuté la politique de lutte contre le coronavirus ? Le Comité a-t-il été contacté à ce sujet ? Quand ?**

Comme tous les avis du Comité, l'avis n°48 a été transmis en 2009 à l'autorité qui a saisi le Comité (la Ministre Onkelinx) et aux autorités habituelles (v. notamment l'Accord de coopération, article 17).

Lorsqu'une question bioéthique se pose, il est recommandé de consulter la bibliothèque virtuelle d'avis du Comité ([Liste des avis | SPF Santé publique \(belgium.be\)](#)).

**o Le comité a-t-il tiré des enseignements de la crise du coronavirus en ce qui concerne son propre fonctionnement et la portée de ses avis ?**

La structure, les règles de fonctionnement et les moyens du Comité (réglées par l'Accord de coopération et le règlement d'ordre intérieur) ne sont pas adaptés pour répondre aux demandes en extrême urgence ou pour collaborer avec d'autres instances d'avis.

Une réflexion interne est en cours pour mieux y faire face à l'avenir.

**- Avez-vous été consulté par les décideurs politiques sur l'un ou l'autre aspect de la gestion de la crise?**

v. ci-dessus.

**- Au cours de cette crise sanitaire, avez-vous eu les moyens nécessaires pour mener à bien vos missions ? Avez-vous été bien soutenus par les autorités publiques ?**

Lourdeur des procédures (per ex. marchés publics), les prix très élevés (prohibitifs) d'études de littératures par des chercheurs universitaires, le travail bénévole *de facto* des membres en raison de jetons de présence très bas (18,59 € brut)...

**- Avez-vous été conviés à participer à la rédaction du nouveau plan pandémie ?**

Nous ne sommes pas au courant d'un nouveau plan pandémie. Si un nouveau plan devait se profiler, associer le Comité d'une manière ou d'une autre serait très utile.

La Taskforce Vaccination (M. Dirk Ramaekers) a été informée de l'orientation des recommandations de l'avis n°75 et en a tenu compte lors de l'élaboration de la stratégie vaccinale.

**o Si oui, quelles sont les modalités de votre implication ? Quel est votre apport pour ce nouveau plan ?**

V. avis n°75 : l'attention pour les plus vulnérables, notamment :

- dans le groupe 1 : les résidents de MR/MRS ;

- dans le groupe 3 :

· Les personnes de moins de 45 ans présentant une affection grave à risque vital les prédisposant à une forme grave de la COVID-19 (ex. mucoviscidose, dialyse, personnes en attente de greffe,...), selon une liste à établir par le Conseil supérieur de la santé ;

· Les personnes vivant, travaillant ou transitant par des structures collectives d'accueil (hôpitaux psychiatriques, prisons, centres d'asile) dès lors qu'elles sont (i) exposées à une promiscuité importante et à des conditions sanitaires précaires et/ou (ii) qu'elles ne sont pas en mesure (du fait de leur pathologie et/ou de leurs conditions de vie) d'adopter et de maintenir les « gestes barrières ».

**o Si cela n'a pas encore été le cas, estimez-vous utile de pouvoir participer à la rédaction de ce nouveau plan ?**

v. ci-dessus

- Pour de nombreux experts (R. Horton, E. Vlieghe, E. André, J. Neve,...) auditionnés au sein de cette Commission, le morcellement des compétences notamment en matière de santé, la multiplication des organes d'avis et le manque d'une unité de commandement a fragilisé notre pays dans sa capacité à répondre à la crise sanitaire. Le Comité consultatif de bioéthique, dans le cadre de ses missions, partage-t-il les constats de ces experts ?

Cf. explication orale à l'audition du 08/03 prochain.

## **1° ANTICIPATION ET GESTION DE CRISE SANITAIRE DE GRANDE AMPLEUR AU NIVEAU FÉDÉRAL**

- La Belgique a souffert d'un manque important de matériel de protection et en particulier de masques. Comment évaluez-vous d'un point de vue éthique cette non-préparation au vu des impacts sur la santé de la population ?

Cf. explication orale à l'audition du 08/03 prochain.

- De surcroît, est-il éthique de ne pas recommander le port du masque à la population en raison de la pénurie, comme cela avait été le cas au début de l'épidémie ?

Cf. explication orale à l'audition du 08/03 prochain.

- De la même manière, est-il éthique de ne pas recommander le port des masques FFP2 aux soignants en raison de leur pénurie ?

Cf. explication orale à l'audition du 08/03 prochain.

- Le Comité consultatif de bioéthique a adressé une mise en garde au gouvernement belge en 2009 et lui a conseillé d'accroître les stocks de masques buccaux, et ce pour les deux types de masques.

- S'agissant des masques chirurgicaux, le Comité consultatif de bioéthique indique « qu'il ne faut pas sous-estimer la valeur des masques en tant que mesure de prévention générale », et soutient « dès lors l'idée de généraliser la mise à disposition de masques chirurgicaux pour l'ensemble de la population » (p. 25).

- En ce qui concerne également les masques respiratoires de type FFP2, le Comité indique que « le stock de masques respiratoires semble dès lors également insuffisant » (p. 26). « Les membres du Comité estiment qu'il est nécessaire d'envisager une augmentation considérable des stocks de masques respiratoires, d'autant qu'il ne peut ici être question de gaspillage puisque les masques stockés ont une longue durée de conservation d'une part, et que leur coût n'est pas excessif d'autre part. (p. 26). Plus fort encore, le Comité avertit déjà qu'il serait inacceptable d'économiser ces dépenses (p. 36). Ni Laurette Onkelinx, à la fin de son mandat, ni Maggie De Block, qui lui a succédé au poste de ministre de la Santé publique en 2014, n'ont pris l'initiative de commander de nouveaux masques.

- o Les masques ont finalement été détruits. Quelle est la position du Comité à ce sujet?

Il ressort clairement de l'avis n°48 qu'un stock permanent devait être prévu et que les masques à la fin de leur durée de vie devaient donc être remplacés.

- o Le Comité a-t-il, entre 2009 et 2014, adressé d'autres avis à ce sujet au gouvernement?

Non

- Vous aviez émis l'Avis n° 48 du 30 mars 2009 relatif au plan opérationnel belge « pandémie influenza ». Quelles suites ont été données par les autorités politiques à cet avis ? Avez-vous eu l'occasion d'échanger avec les autorités politiques à ce sujet ? Si oui, quand est-ce que cela a eu lieu ? Si non, estimez-vous qu'un tel échange aurait été utile et aurait dû être mis en œuvre ?

Non

- Plan pandémie :

En 2009, un avis a été demandé à la commission de Bioéthique sur le plan de lutte contre les pandémies de 2006. Vos commentaires ont été les suivants :

L'avis de 2009 insiste sur la nécessité de procéder à une augmentation des stocks. À propos du stock de 32 millions de masques chirurgicaux, il indique littéralement ce qui suit : « Les membres du Comité pensent toutefois qu'il ne faut pas sous-estimer la valeur des masques

en tant que mesure de prévention générale. Ils soutiennent dès lors l'idée de généraliser la mise à disposition de masques chirurgicaux pour l'ensemble de la population. ».

L'importance du port du masque est également soulignée dans les situations où le malade est contagieux avant de présenter des symptômes (clairs).

Au sujet des masques FFP2, il indique ce qui suit : « Le plan d'urgence prévoit la constitution d'un stock de 6 millions de masques respiratoires. Si nous partons de l'hypothèse qu'aucun prestataire de soins ne travaille la nuit, ce qui est évidemment absurde, 100 000 prestataires de soins disposeront de masques respiratoires pendant 10 jours. La pandémie peut cependant durer plusieurs mois

- jusqu'à deux ans selon certaines sources - et, comme déjà expliqué, les prestataires de soins ne forment pas la seule catégorie professionnelle devant bénéficier d'une protection particulière. On ne peut non plus oublier la protection du personnel d'entretien et administratif des hôpitaux et des points de contact locaux. Le stock de masques respiratoires semble dès lors également insuffisant. Les membres du Comité estiment qu'il est nécessaire d'envisager une augmentation considérable des stocks de masques respiratoires, d'autant qu'il ne peut ici être question de gaspillage puisque les masques stockés ont une longue durée de conservation d'une part, et que leur coût n'est pas excessif d'autre part. ».

Il indique en outre que ces masques doivent être remplacés après un délai de 2 à 3 heures au-delà duquel ils n'offrent plus une protection suffisante. De même, ils sont recommandés non seulement pour les prestataires de soins que sont les médecins, les dentistes et le personnel hospitalier, mais aussi pour les pharmaciens, les soignants dans le secteur social, le personnel enseignant, les gens qui travaillent dans le secteur commercial et les conducteurs de bus et de tram.

Pouvez-vous commenter ce point ? A-t-il été donné suite à cet avis ?

Le Comité consultatif constate qu'à la suite du Plan opérationnel Pandémie influenza et de son avis n° 48, un stock de masques a été constitué, qu'il a été ensuite détruit et non remplacé.

Le plan contenait de nombreux autres éléments et il a été mis à disposition sur le site web influenza.be. Étrangement, ce site web n'est plus accessible. De même, les liens qui doivent renvoyer vers un plan belge de lutte contre les pandémies à partir de l'Europe (<https://www.ecdc.europa.eu/en/seasonal-influenza/preparedness/influenza-pandemic-preparedness-plans>) ou de l'OMS (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/influenza/pandemic-influenza/pandemic-preparedness/national-preparedness-plans/publicly-available-plans-prepared-before-2009-pandemic>) ne fonctionnent pas. Vous en a-t-on expliqué les raisons ?

Non. Ce n'est pas non plus la tâche du Comité de suivre cela.

Dans votre avis de 2009, l'accent est en outre mis sur l'intérêt qu'il y a d'associer la population belge à l'établissement de règles de priorisation, dès lors qu'en cas de pénurie de lits d'hôpitaux ou de matériels comme les dispositifs d'assistance respiratoire, il faudra opérer des choix difficiles. Selon le Comité, il est dès lors important de créer un soutien social. Cela a-t-il été fait ? Pourquoi pas ?

Le Comité ne dispose ni des moyens ni des ressources humaines pour organiser lui-même un débat sociétal sur cette question.

**Les cabinets et organismes compétents vous ont-ils contactés à propos de la mise en œuvre de ce plan ?**

Non

(...)

## **5° COORDINATION ET MISE EN OEUVRE DES MESURES DE LUTTE CONTRE L'ÉPIDÉMIE**

### **5.2. organisation des capacités hospitalières,...**

**- Vous avez émis une recommandation le 21 décembre 2020 intitulée « Aspects éthiques relatifs à la priorisation des soins en période de Covid-19 ». Vous indiquez notamment que « Les soignants, les patients, les décideurs politiques et le grand public sont confrontés à des questions organisationnelles complexes, qui ont souvent aussi une dimension éthique : comment préserver la capacité des soins, comment garantir l'accessibilité et la pleine qualité des soins, qu'en est-il de la continuité des soins et de la répartition équitable des ressources ? »**

**- Avez-vous eu l'occasion d'échanger avec les autorités politiques, les responsables des organes créés pour gérer la crise ainsi que les soignants à ce sujet ? Si oui, quand est-ce que cela a eu lieu ? Quelles en sont les conclusions ? Si non, estimez-vous qu'un tel échange serait utile et devrait être mis en œuvre ?**

La Recommandation du 21 décembre 2020 a dû être rédigée dans un très court délai et recueillir l'adhésion des deux instances partenaires. Dans le cadre des travaux de la commission restreinte Demandes de la CIM, un certain nombre d'acteurs du terrain ont été entendus. Cf. explication complémentaire orale à l'audition du 08/03 prochain.

**- Les recommandations publiées sur votre site dans un rapport intitulé " Aspects éthiques relatifs à la priorisation des soins en période de COVID"1 sont très intéressantes. Ce rapport répond déjà en soi à bon nombre de questions que nous pourrions vous poser. Pourriez-vous nous en présenter les grandes lignes, en pointant ce à quoi il faut être prioritairement attentifs dans la gestion de cette 2è vague et pour l'avenir?**

Cf. explication orale à l'audition du 08/03 prochain.

**- Avez-vous rédigé ce rapport de votre propre initiative ou bien en avez-vous été chargé par une autorité ? Quelle a été la diffusion de ce rapport?**

A la suite des demandes de la Conférence interministérielle Santé publique, le Comité avait déjà installé une commission restreinte qui se pencherait sur la question du traitement équitable et de l'autonomie dans le contexte de la pandémie, notamment dans le cas des MRS, et dans laquelle seraient abordés :

(1) l'accès des résidents âgés des MRS aux hôpitaux, plus précisément aux services des soins intensifs ;

(2) la disponibilité de soins médicaux appropriés dans les MRS en périodes de lockdown, en particulier les soins de confort et les soins palliatifs.

Suite à l'initiative de la Cellule de crise du SPF Santé publique qui a demandé au Comité, en collaboration avec d'autres organes, de définir un cadre éthique pour la priorisation des soins, il a été décidé, via une autosaisine, de donner la priorité à cette dernière question.

La Recommandation du 21 décembre 2020 a été envoyée par courriel aux différentes autorités et aux comités d'éthique médicale des hôpitaux. Elle a aussi été diffusée via Belga. Il a été également demandé aux partenaires (l'Ordre des médecins et le Conseil supérieur de la Santé) de diffuser le texte autant que possible au sein de leurs membres et de leurs contacts.

**- Vous avez publié en décembre des recommandations relatives à la priorisation des soins dans le cadre de la crise Covid-19 et un avis sur les repères éthiques en vue du déploiement de la vaccination anti-COVID-19. Comment ces documents ont-ils été pris en compte par les autorités politiques de notre pays ?**

Il semble être encore trop tôt pour voir les effets de la Recommandation. En outre, depuis sa publication, il n'y a plus eu de situation de saturation des unités de soins intensifs.

La Taskforce Vaccination (M. Dirk Ramaekers) a été informée de l'orientation des recommandations de l'avis n°75 et en a tenu compte lors de l'élaboration de la stratégie vaccinale.

**- Le comité consultatif a émis le 21 décembre un avis sur les aspects éthiques de la priorisation des soins. Il s'agit bien entendu d'un sujet essentiel, mais n'est-il pas un peu tard pour ce type de réflexions ? Cela fait près d'un an que la crise a commencé et cela fait déjà longtemps que ces questions se posent avec acuité.**

En principe, ce n'est pas la tâche du Comité consultatif de Bioéthique d'établir des directives pour les médecins et les infirmiers(ères) du terrain (cf. Recommandation du 21 décembre 2020, conclusion, p.18 : « *Ces recommandations se limitent aux considérations éthiques. Le développement de directives médicales concrètes, l'établissement de critères d'évaluation médicaux, de normes de traitement ou de seuils et le développement de bonnes pratiques relèvent en toute hypothèse des groupes professionnels concernés et de leurs associations professionnelles, tout en reconnaissant toujours que le patient est le premier concerné et qu'il participe à la décision finale. Ceci ne fait pas partie du mandat ou de la mission des organes adhérents* »).

Il y avait d'ailleurs déjà beaucoup de directives sur le terrain (par ex. des gériatres et des intensivistes).

A l'initiative de la cellule de crise du SPF Santé publique, l'exercice a été fait qui a mené à la Recommandation du 21 décembre 2020 à laquelle ont adhéré l'Ordre des médecins et le Conseil supérieur de la Santé et qui visait à définir un cadre éthique pour les lignes directrices susmentionnées.

**- Choix éthiques :**

**Transfert de patients d'une MRS vers un service de soins intensifs.**

**Avez-vous été contactés à cet égard? Dans l'affirmative, quelles ont été les suites ?**

Non, cf. réponses ci-dessus.

**Comment proposeriez-vous de procéder en la matière?**

Cf. explication orale à l'audition du 08/03 prochain.

**De quelle façon doit-on accorder la priorité à certains groupes de patients en cas de pénurie ? Nous n'avons heureusement jamais été confrontés à une capacité insuffisante en soins intensifs, mais une telle situation pourrait théoriquement se présenter.**

Cf. explication orale à l'audition du 08/03 prochain.

**L'aspect éthique a-t-il toujours été suffisamment pris en compte dans la gestion de l'épidémie? Quand ne l'a-t-il pas été? Quels sont les enseignements à tirer pour l'avenir?**

Cf. explication orale à l'audition du 08/03 prochain.

**Le RAG ou le Conseil supérieur de la santé vous ont-ils demandé de rendre des avis permettant d'identifier les personnes qui devraient bénéficier prioritairement d'un traitement dans une unité de soins intensifs avec des respirateurs ou un équipement ECMO, qui devraient obtenir des masques buccaux en priorité, etc. ?**

Cf. réponses ci-dessus. Comme indiqué, un certain nombre de membres du Comité ont travaillé au printemps 2020 avec le Conseil supérieur de la Santé à son avis n°9588 COVID-19 et pénurie de respirateurs.

### **5.3. plan de répartition des patients entre les hôpitaux**

#### **5.3.1. hôpitaux-MRS**

**- Amnesty International a publié un rapport désastreux sur la situation des résidents des Maisons de repos dans notre pays pendant la première vague de la pandémie Ce document révèle des violations des droits humains — dont les droits à la santé, à la vie et à la non-discrimination.**

**À ce sujet, vous pointez un aspect essentiel: les maisons de repos ne sont pas équipées pour prendre en charge des patients contaminés qui ont par exemple besoin d'oxygène. Vous préconisez que le médecin coordinateur et conseiller et les centres de médecins généralistes jouent un rôle-clé dans le soutien aux maisons de repos.**

**Quid des hôpitaux ? Ne sont-ils pas encore mieux placés et équipés pour apporter un soutien efficace et une prise en charge des cas les plus graves ? Ne faudrait-il pas aussi encourager une collaboration plus étroite entre les réseaux d'hôpitaux et les maisons de repos ?**

Cf. explication orale à l'audition du 08/03 prochain.

**Avez-vous le sentiment d'être suffisamment entendu et suivi, notamment sur le critère de la limite d'âge sans lien avec des critères médicaux?**

Cf. explication orale à l'audition du 08/03 prochain.

**Le Comité n'a certes qu'un avis consultatif, mais lorsque l'on a connaissance de situations intolérables sur le plan éthique telles que celles décrites par Amnesty International, comment peut-on réagir? Y a-t-il des possibilités de contrôle et de sanction dans ce domaine de l'éthique et du respect des droits humains?**

**Quand les parlementaires sont conscients d'atteintes aux droits de l'homme et à des règles éthiques de base, il est de leur devoir d'y prêter attention et d'interpeller le gouvernement.**

**- Lors de la première vague du coronavirus, la Belgique a craint de devoir opérer un tri entre les patients atteints du Covid. De nombreux témoignages affirment que des résidents de**

**maisons de repos patients n'ont pas pu être hospitalisés, les hôpitaux effectuant une forme de tri "en amont". Partagez-vous ces constats et comment vous positionnez-vous à ce sujet ?**

Cf. explication orale à l'audition du 08/03 prochain.

(...)

## **5.6. disponibilité et distribution des biens et produits de lutte contre la pandémie**

### **5.6.3. vaccins**

**- Vous avez publié en décembre des recommandations relatives à la priorisation des soins dans le cadre de la crise Covid-19 et un avis sur les repères éthiques en vue du déploiement de la vaccination anti-COVID-19. Comment ces documents ont-ils été pris en compte par les autorités politiques de notre pays ?**

La Recommandation du 21 décembre 2020 ne porte pas sur la vaccination. Comme déjà indiqué, la Taskforce Vaccination (M. Dirk Ramaekers) a été informée de l'orientation des recommandations de l'avis n°75 et en a tenu compte lors de l'élaboration de la stratégie vaccinale.

**- Vous avez émis un avis n°75 du 11 décembre 2020 intitulé « Repères éthiques en vue du déploiement de la vaccination anti- Covid19 au bénéfice de la population belge » (actualisation de l'avis n°48). Vous y indiquez notamment que « Le recours à la vaccination volontaire est absolument justifié si, dans le même temps, une information adéquate permet aux citoyens de saisir l'impact de leur décision (se faire vacciner ou pas) pour la collectivité. Il estime que les citoyens doivent être associés aux choix à faire si le recours à la vaccination volontaire ne suffit pas pour atteindre un niveau de protection collective suffisant pour protéger les plus faibles. » Vous indiquez également que « Si les médias font un travail d'élucidation de l'information à destination de leurs publics, la tâche d'informer sur un enjeu de santé public tel que la vaccination anti-COVID-19 reste un devoir fondamental des autorités publiques. Le Comité soutient celles-ci dans l'élaboration d'une campagne d'information qui ne peut se concevoir uniquement comme un plan de communication et devra couvrir tout à la fois les questions les plus pressantes des citoyens tout en n'omettant pas le lien qui existe entre les choix de chacun et la protection de tous. »**

**- Quelles suites ont été données par les autorités politiques à cet avis ? Avez-vous eu l'occasion d'échanger avec les autorités politiques et les responsables des organes créés pour gérer la crise à ce sujet ? Comment évaluez-vous la communication des autorités au sujet de la vaccination ? Comment, selon vous, celle-ci peut être améliorée ?**

la Taskforce Vaccination (M. Dirk Ramaekers) a été informée de l'orientation des recommandations de l'avis n°75 et en a tenu compte lors de l'élaboration de la stratégie vaccinale.

La communication avec la Taskforce et le Conseil supérieur de la Santé était bonne.

**- Que pensez-vous de la vaccination dans les collectivités? Et en particulier de la vaccination des personnes très âgées et de la critique selon laquelle le gain en termes d'années et de qualité de vie est très limité pour ces personnes ?**

Cf. avis n°75, notamment les chapitres 1 et 3.

Cf. explication orale complémentaire lors de l'audition du 08/03 prochain.

- **Que pensez-vous d'une éventuelle obligation de se faire vacciner contre le COVID-19?**

Cf. avis n°75 et aussi l'avis n°64 du 14 décembre 2015 relatif aux aspects éthiques de m'obligation de vacciner.

- **Qu'en est-il des patients qui ont rempli une déclaration 'do not reanimate' et/ou qui ne souhaitent plus recevoir de soins? Seront- ils également vaccinés?**

Il s'agit de deux choses différentes. La déclaration négative anticipée (de refus de soins) est réglée par la loi sur les droits du patient.

- **Que pensez-vous de l'idée d'autoriser un patient de plus de 70 ans à faire don de son vaccin à une personne à risque de moins de 45 ans qui lui est chère?**

Ce n'est pas prévu dans la stratégie vaccinale et semble difficile à organiser pratiquement dans le cadre de celle-ci.

- **Dans son avis n° 75 du 11/12/20 relatif aux repères éthiques en vue du déploiement de la vaccination anti-COVID-19 au bénéfice de la population belge, le comité établit une échelle de priorités: le groupe 1 est composé des personnes vivant en MR et MRS, en commençant par les plus âgées, et des personnes de 85 ans et plus vivant en autonomie. Le groupe 2 reprend le personnel du secteur de la santé et les personnes entre 65 et 85 ans vivant en autonomie. Qu'en est-il des personnes qui vivent chez leurs enfants ou dans des résidences-services ou autres établissements?**

Ce sont des questions opérationnelles qui doivent être adressées à la Taskforce.

- **Que pense le comité de l'idée d'accorder la priorité aux jeunes adultes dans le cadre du déploiement du vaccin?**

Si l'on suit les principes de l'avis n° 75, la couverture des plus vulnérables bénéficie indirectement aux jeunes et leur vie sociale.

- **Le développement de vaccins est un domaine qui implique des moyens financiers considérables. Peut-on éviter la confusion d'intérêts entre l'industrie belge et les développeurs de vaccins?**

Les conflits d'intérêt ne sont jamais exclus mais il y a beaucoup de garde-fous qui ont été pris par les autorités (code déontologie Mdeon, be.transparent) mais aussi par l'industrie (nouveau code de déontologie de pharma.be).

## **8° EFFETS CRISE SOINS DE SANTÉ MENTALE**

- **En ce qui concerne la santé mentale, le fait d'avoir interdit aux proches de patients d'être présents au moment de l'hospitalisation ou du transfert en soins intensifs et certainement lors de l'enterrement n'aura-t-il pas bien plus de conséquences négatives à long terme pour beaucoup de ces personnes que si l'on avait organisé de telles visites ou réunions dans un cadre sûr ?**

Cf. explication orale lors de l'audition du 08/03 prochain.

## **9° CHAÎNE DE COMMUNICATION AUTORITÉS FÉDÉRALES**

- **Transparence :**

**o Le manque de transparence des données hospitalières et autres n'a-t-il pas gravement nui à l'adhésion aux mesures ?**

Les données des hôpitaux ont une très grande importance mais elles sont pour le profane difficiles à appréhender, ce qui peut conduire à des discussions sur le degré de gravité de la situation.

La transparence est aussi compromise par des difficultés techniques et informatiques graves. Il est impératif d'uniformiser les systèmes de collecte de données à travers le pays.

**o En dissimulant certaines informations, n'a-t-on pas alimenté et entretenu la méfiance et la suspicion dans le chef des tenants de thèses complotistes, des antivaccins, des antimasques, etc., ce qui rend la lutte contre le Covid-19 plus difficile? N'aurait-on pas pu sauver plus de vies en s'y prenant autrement ?**

(Voir notamment à cet égard <https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2020/11/20/check-maken-ziekenhuizen-winst-door-meer-coronapatienten-te-reg/>)

Il faudrait préciser quelles informations auraient été dissimulées et quelles preuves pourraient être apportées à l'appui de celle-ci.