

COMMISSION DE LA SANTE ET DE L'ÉGALITE DES CHANCES

COMMISSIE VOOR GEZONDHEID EN GELIJKE KANSEN

du

van

MERCREDI 26 AOUT 2020

WOENSDAG 26 AUGUSTUS 2020

Après-midi

Namiddag

Le débat d'actualité avec questions jointes commence à 14 h 27 et est présidé par Mme Eliane Tillieux. Het actualiteitsdebat met toegevoegde vragen begint om 14.27 uur en wordt voorgezeten door mevrouw Eliane Tillieux.

Les textes repris en italique dans le Compte rendu intégral n'ont pas été prononcés et sont la reproduction exacte des textes remis par les auteurs.

De teksten die in cursief zijn opgenomen in het Integraal Verslag werden niet uitgesproken en steunen uitsluitend op de tekst die de spreker heeft ingediend.

La **présidente**: Je voudrais excuser notre président, Thierry Warmoes, qui ne peut pas être présent aujourd'hui.

Nous avons un débat d'actualité à l'ordre du jour. Pour ce débat, nous suivrons le format usuel adopté depuis le début de la crise: 8 minutes pour les groupes de 3 membres, 5 minutes pour les groupes de 2 membres et 3 minutes pour les membres seuls.

- 01** Recente ontwikkelingen in de Covid-19-crisis – Actualiteitsdebat. Toegevoegde vragen van
- Dominiek Snel aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "Het tekort aan virusremmers" (55008114C)
 - Dominiek Snel aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "Het toedienen van het tbc-vaccin in de strijd tegen het coronavirus" (55008116C)
 - Kathleen Depoorter aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De coronamaatregelen" (55008118C)
 - Kathleen Depoorter aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "COVID-19 en geestelijke gezondheid" (55008119C)
 - Kathleen Depoorter aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De terugbetaling van remdesivir" (55008120C)
 - Sophie Rohonyi aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "Het coronavaccin" (55008122C)
 - Laurence Hennuy aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De coronavaccins" (55008128C)
 - Laurence Hennuy aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "COVID-19 en het Passenger Locator Form" (55008129C)
 - Dominiek Snel aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De immuniteit van farmabedrijven tegen mogelijke schadelijke gevolgen" (55008145C)
 - Dominiek Snel aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "Het Antwerpse testdorp (vervolg)" (55008146C)
 - Jan Bertels aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De psychosociale ondersteuning van het zorgpersoneel" (55008149C)
 - Jan Bertels aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De organisatie van staalafnames door ziekenhuizen" (55008150C)
 - Sophie Rohonyi aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De door de Universiteit de Liège ontwikkelde COVID-19-speekseltests" (55008153C)
 - Sophie Rohonyi aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "Het aanbieden van snelle COVID-19-bloedtests in de apotheken" (55008154C)
 - Steven Creyelman aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De vaccins tegen COVID-19" (55008160C)

- Kathleen Depoorter aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De gefaseerde griepvaccinatie" (55008165C)
- Kathleen Depoorter aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "Het geneesmiddel remdesivir" (55008166C)
- Kathleen Depoorter aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De antigenetest van de firma Coris" (55008167C)
- Kathleen Depoorter aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "Het federaal plan om het hoofd te kunnen bieden aan een tweede golf" (55008170C)
- Kathleen Depoorter aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "Het vaccinatiemateriaal" (55008172C)
- Sophie Rohonyi aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De druk op de psychiatrische ziekenhuizen als gevolg van de gezondheidscrisis" (55008175C)
- Frieda Gijbels aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De ziekenhuisopnames en overlijdens met of ten gevolge van SARS-CoV-2" (55008182C)
- Frieda Gijbels aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "Het actualiteitsdebat op 18 augustus" (55008183C)
- Robby De Caluwé aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De medewerking van gedragswetenschappers om coronamaatregelen uit te werken en te communiceren" (55008185C)
- Kathleen Depoorter aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "Het advies van de FAGG-werkgroep over de deal met AstraZeneca voor een coronavaccin" (55008188C)
- Kathleen Depoorter aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "Moedermelk tegen COVID-19" (55008189C)
- Kathleen Depoorter aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De FAGG-werkgroep en de COVID-vaccinatie" (55008190C)
- Laurence Hennuy aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De COVID-19-premie voor artsen in opleiding" (55008195C)
- Laurence Hennuy aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De mogelijke psychische nawerking van COVID-19" (55008196C)
- Sophie Rohonyi aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De sociale bubbel" (55008197C)
- Karin Jiroflée aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "Het vaccin van AstraZeneca" (55008208C)
- Robby De Caluwé aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De risico's verbonden aan het openen van de scholen" (55008211C)
- Sophie Rohonyi aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De apotheker als aanspreekpunt voor slachtoffers van huiselijk geweld" (55008203C)
- Catherine Fonck aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De evolutie van de COVID-19-epidemie" (55008214C)
- Barbara Creemers aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "Het standpunt van België inzake de groepsaankoop van het vaccin van AstraZeneca" (55008248C)
- Barbara Creemers aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "COVID-19-antistoffen in plasma en moedermelk" (55008249C)
- Barbara Creemers aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De stavaza met betrekking tot de RIZIV-nummers voor de samenwerking tussen diëtisten en kinesisten" (55008250C)
- Sofie Merckx aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "Het AstraZeneca-vaccin en de omstreden aansprakelijkheidsclausule" (55008253C)
- Karin Jiroflée aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De overgang van scholen naar een volgende kleurfase" (55008255C)
- Frieda Gijbels aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De terugbetaling van de door de mondhygiënist verstrekte preventieve zorg" (55008256C)
- Sofie Merckx aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De voorbereidingen voor de herfst" (55008258C)
- Hervé Rigot aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "Het behoud van de bubbel van vijf" (55008260C)
- Hervé Rigot aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De ondersteuning in de psychiatrische afdelingen" (55008262C)
- Eliane Tillieux aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De

ambulances voor het vervoer van patiënten met COVID-19" (55008267C)

- Eliane Tillieux aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De triagecentra" (55008271C)
- Eliane Tillieux aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De vrijwillige zwangerschapsafbrekingen" (55008273C)
- Eliane Tillieux aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "Trikafta" (55008275C)
- Eliane Tillieux aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De centra voor gezinsplanning" (55008276C)
- Eliane Tillieux aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De maatregelen van de Nationale Veiligheidsraad" (55008277C)
- Eliane Tillieux aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "Het vaccin tegen COVID-19" (55008279C)
- Eliane Tillieux aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "Het vaccin tegen COVID-19" (55008280C)
- Dominiek Sneppe aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "Het Antwerpse testdorp" (55008115C)
- Kathleen Depoorter aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "Het coronavirus en de testresultaten" (55008117C)
- Sophie Rohonyi aan Philippe De Backer (Digitale Agenda, Telecommunicatie en Post) over "De bron van de besmettingen in de tweede coronagolf" (55008121C)
- Sophie Rohonyi aan Philippe De Backer (Digitale Agenda, Telecommunicatie en Post) over "De opschaling van onze coronatestcapaciteit" (55008123C)
- Sophie Rohonyi aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De door de ULiège ontwikkelde coronaspeekseltests" (55008124C)
- Sophie Rohonyi aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De coronasneltest in de apotheek" (55008125C)
- Laurence Hennuy aan Philippe De Backer (Digitale Agenda, Telecommunicatie en Post) over "COVID-19 en de coronatests tijdens het griepseizoen" (55008127C)
- Jan Bertels aan Philippe De Backer (Digitale Agenda, Telecommunicatie en Post) over "De aankoop van 1 miljoen onbetrouwbare COVID-19-tests" (55008148C)
- Jan Bertels aan Philippe De Backer (Digitale Agenda, Telecommunicatie en Post) over "De opschaling van de testcapaciteit van het nationale platform bis" (55008151C)
- Sophie Rohonyi aan Philippe De Backer (Digitale Agenda, Telecommunicatie en Post) over "De oorsprong van de coronabesmettingen" (55008155C)
- Sophie Rohonyi aan Philippe De Backer (Digitale Agenda, Telecommunicatie en Post) over "De mate waarin de contacttracing maatschappelijk aanvaard wordt" (55008156C)
- Kathleen Depoorter aan Philippe De Backer (Digitale Agenda, Telecommunicatie en Post) over "De DiaSorin-test" (55008168C)
- Kathleen Depoorter aan Philippe De Backer (Digitale Agenda, Telecommunicatie en Post) over "De Ct-waarde" (55008169C)
- Kathleen Depoorter aan Philippe De Backer (Digitale Agenda, Telecommunicatie en Post) over "De wetters" (55008171C)
- Sophie Rohonyi aan Philippe De Backer (Digitale Agenda, Telecommunicatie en Post) over "De betrouwbaarheid van de door België bestelde serologische tests" (55008176C)
- Frieda Gijbels aan Philippe De Backer (Digitale Agenda, Telecommunicatie en Post) over "Het onderzoek naar dhr. H. Malonne" (55008179C)
- Frieda Gijbels aan Philippe De Backer (Digitale Agenda, Telecommunicatie en Post) over "De strategie inzake PCR-testen" (55008181C)
- Frieda Gijbels aan Philippe De Backer (Digitale Agenda, Telecommunicatie en Post) over "De cijfers over terugkeerders uit rode zones" (55008184C)
- Robby De Caluwé aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "Het poolen van testen" (55008186C)
- Dominiek Sneppe aan Philippe De Backer (Digitale Agenda, Telecommunicatie en Post) over "De onbetrouwbare COVID-19-testen" (55008187C)
- Karin Jiroflée aan Philippe De Backer (Digitale Agenda, Telecommunicatie en Post) over "De DiaSorin-test" (55008209C)
- Karin Jiroflée aan Philippe De Backer (Digitale Agenda, Telecommunicatie en Post) over "De tracingapp" (55008210C)
- Catherine Fonck aan Philippe De Backer (Digitale Agenda, Telecommunicatie en Post) over "De

evolutie van de COVID-19-epidemie (1)" (55008215C)

- Catherine Fonck aan Philippe De Backer (Digitale Agenda, Telecommunicatie en Post) over "De evolutie van de COVID-19-epidemie (2)" (55008216C)

- Catherine Fonck aan Philippe De Backer (Digitale Agenda, Telecommunicatie en Post) over "De serologische COVID-19-tests van DiaSorin" (55008217C)

- Sophie Rohonyi aan Philippe De Backer (Digitale Agenda, Telecommunicatie en Post) over "Het vaccin van AstraZeneca en de clausule voor ontslag van aansprakelijkheid van het farmabedrijf" (55008226C)

- Sophie Rohonyi aan Philippe De Backer (Digitale Agenda, Telecommunicatie en Post) over "Het vaccin van AstraZeneca en de clausule voor ontslag van aansprakelijkheid van het farmabedrijf" (55008237C)

- Barbara Creemers aan Philippe De Backer (Digitale Agenda, Telecommunicatie en Post) over "De DiaSorin-test" (55008245C)

- Barbara Creemers aan Philippe De Backer (Digitale Agenda, Telecommunicatie en Post) over "De strategische stock van medicijnen" (55008246C)

- Barbara Creemers aan Philippe De Backer (Digitale Agenda, Telecommunicatie en Post) over "De coronatest voor personen die terugkeren uit een oranje zone" (55008247C)

- Sofie Merckx aan Philippe De Backer (Digitale Agenda, Telecommunicatie en Post) over "De voorbereidingen voor de herfst" (55008261C)

- Hervé Rigot aan Philippe De Backer (Digitale Agenda, Telecommunicatie en Post) over "De termijn voor de mededeling van de testresultaten" (55008263C)

- Hervé Rigot aan Philippe De Backer (Digitale Agenda, Telecommunicatie en Post) over "De follow-up van personen die uit rode zones terugkeren" (55008264C)

- Eliane Tillieux aan Philippe De Backer (Digitale Agenda, Telecommunicatie en Post) over "Het gebruik van speekseltests voor de diagnose van COVID-19" (55008281C)

01 Développements récents dans le cadre de la crise du Covid-19 – Débat d'actualité. Questions jointes de

- Dominiek Sneppe à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "La pénurie d'antiviraux" (55008114C)

- Dominiek Sneppe à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "L'administration du vaccin contre la tuberculose dans la lutte contre le coronavirus" (55008116C)

- Kathleen Depoorter à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Les mesures liées au coronavirus" (55008118C)

- Kathleen Depoorter à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Le COVID-19 et la santé mentale" (55008119C)

- Kathleen Depoorter à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Le remboursement du remdesivir" (55008120C)

- Sophie Rohonyi à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Le vaccin contre le coronavirus" (55008122C)

- Laurence Hennuy à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Le COVID-19 et les vaccins" (55008128C)

- Laurence Hennuy à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Le COVID-19 et le formulaire de retour depuis l'étranger" (55008129C)

- Dominiek Sneppe à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "L'immunité des firmes pharmaceutiques contre d'éventuelles conséquences dommageables" (55008145C)

- Dominiek Sneppe à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Le village de tests anversoï (suite)" (55008146C)

- Jan Bertels à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Le soutien psychosocial du personnel soignant" (55008149C)

- Jan Bertels à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "L'organisation des prélèvements par les hôpitaux" (55008150C)

- Sophie Rohonyi à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Les tests salivaires au COVID-19 mis au point par l'Université de Liège" (55008153C)

- Sophie Rohonyi à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Les tests sanguins rapides au COVID-19 dans les pharmacies" (55008154C)

- Steven Creyelman à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Les vaccins contre le COVID-19" (55008160C)

- Kathleen Depoorter à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "L'administration par phase des vaccins antigrippaux" (55008165C)

- Kathleen Depoorter à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Le remdesivir" (55008166C)
- Kathleen Depoorter à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Le test antigénique de la firme Coris" (55008167C)
- Kathleen Depoorter à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Le plan fédéral pour affronter une deuxième vague" (55008170C)
- Kathleen Depoorter à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Le matériel de vaccination" (55008172C)
- Sophie Rohonyi à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "La charge de travail des hôpitaux psychiatriques en raison de la crise sanitaire" (55008175C)
- Frieda Gijbels à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Les hospitalisations et les décès liés au SARS-CoV-2" (55008182C)
- Frieda Gijbels à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Le débat d'actualité du 18 août" (55008183C)
- Robby De Caluwé à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Le recours aux experts en comportement pour élaborer et divulguer les mesures contre le coronavirus" (55008185C)
- Kathleen Depoorter à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "L'avis du groupe de travail de l'AFMPS sur l'accord avec AstraZeneca pour un vaccin contre le COVID" (55008188C)
- Kathleen Depoorter à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Le lait maternel contre le COVID-19" (55008189C)
- Kathleen Depoorter à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Le groupe de travail de l'AFMPS et la vaccination contre le COVID" (55008190C)
- Laurence Hennuy à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "La prime COVID-19 pour les médecins en formation" (55008195C)
- Laurence Hennuy à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Le COVID-19 et les potentielles séquelles psychiatriques" (55008196C)
- Sophie Rohonyi à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "La bulle sociale" (55008197C)
- Karin Jiroflée à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Le vaccin développé par AstraZeneca" (55008208C)
- Robby De Caluwé à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Les risques liés à l'ouverture des écoles" (55008211C)
- Sophie Rohonyi à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Les pharmacies comme points de contact pour les victimes de violences intrafamiliales" (55008203C)
- Catherine Fonck à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "L'évolution de l'épidémie de COVID-19" (55008214C)
- Barbara Creemers à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "La position de la Belgique concernant l'achat groupé du vaccin d'AstraZeneca" (55008248C)
- Barbara Creemers à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "La présence d'anticorps contre le coronavirus dans le plasma et le lait maternel" (55008249C)
- Barbara Creemers à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "La situation concernant les numéros INAMI pour la collaboration diététiciens-kinésithérapeutes" (55008250C)
- Sofie Merckx à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Le vaccin AstraZeneca et la clause de responsabilité controversée" (55008253C)
- Karin Jiroflée à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Le passage par les écoles à une phase de couleur suivante" (55008255C)
- Frieda Gijbels à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Le remboursement des soins préventifs dispensés par les hygiénistes bucco-dentaires" (55008256C)
- Sofie Merckx à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Les préparatifs pour l'automne" (55008258C)
- Hervé Rigot à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Le maintien de la bulle à cinq" (55008260C)
- Hervé Rigot à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Le soutien dans les unités psychiatriques" (55008262C)
- Eliane Tillieux à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Les ambulances dédiées au transport de patients atteints du COVID-19" (55008267C)
- Eliane Tillieux à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Les

centres de tri" (55008271C)

- Eliane Tillieux à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Les interruptions volontaires de grossesse" (55008273C)
- Eliane Tillieux à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Le Trikafta" (55008275C)
- Eliane Tillieux à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Les plannings familiaux" (55008276C)
- Eliane Tillieux à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Les mesures prises par le Conseil National de Sécurité" (55008277C)
- Eliane Tillieux à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Le vaccin contre le COVID-19" (55008279C)
- Eliane Tillieux à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Le vaccin contre le COVID-19" (55008280C)
- Dominiek Sneppe à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Le village de tests anversoï" (55008115C)
- Kathleen Depoorter à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Le coronavirus et les résultats des tests" (55008117C)
- Sophie Rohonyi à Philippe De Backer (Agenda numérique, Télécommunications et Poste) sur "L'origine des contaminations de la deuxième vague du coronavirus" (55008121C)
- Sophie Rohonyi à Philippe De Backer (Agenda numérique, Télécommunications et Poste) sur "L'augmentation de notre capacité de dépistage du COVID-19" (55008123C)
- Sophie Rohonyi à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Les tests salivaires au COVID-19 mis au point par l'Université de Liège" (55008124C)
- Sophie Rohonyi à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Les tests sanguins rapides au COVID-19 dans les pharmacies" (55008125C)
- Laurence Hennuy à Philippe De Backer (Agenda numérique, Télécommunications et Poste) sur "Le COVID-19 et les tests durant la grippe saisonnière de l'automne" (55008127C)
- Jan Bertels à Philippe De Backer (Agenda numérique, Télécommunications et Poste) sur "L'achat d'un million de tests COVID-19 non fiables" (55008148C)
- Jan Bertels à Philippe De Backer (Agenda numérique, Télécommunications et Poste) sur "L'augmentation de la capacité de dépistage de la plate-forme bis" (55008151C)
- Sophie Rohonyi à Philippe De Backer (Agenda numérique, Télécommunications et Poste) sur "L'origine des contaminations au coronavirus" (55008155C)
- Sophie Rohonyi à Philippe De Backer (Agenda numérique, Télécommunications et Poste) sur "Le degré d'acceptation sociale du tracing" (55008156C)
- Kathleen Depoorter à Philippe De Backer (Agenda numérique, Télécommunications et Poste) sur "Le test DiaSorin" (55008168C)
- Kathleen Depoorter à Philippe De Backer (Agenda numérique, Télécommunications et Poste) sur "La valeur Ct" (55008169C)
- Kathleen Depoorter à Philippe De Backer (Agenda numérique, Télécommunications et Poste) sur "Les écouvillons" (55008171C)
- Sophie Rohonyi à Philippe De Backer (Agenda numérique, Télécommunications et Poste) sur "La fiabilité de tests sérologiques commandés par la Belgique" (55008176C)
- Frieda Gijbels à Philippe De Backer (Agenda numérique, Télécommunications et Poste) sur "L'enquête sur M. H. Malonne" (55008179C)
- Frieda Gijbels à Philippe De Backer (Agenda numérique, Télécommunications et Poste) sur "La stratégie en matière de tests PCR" (55008181C)
- Frieda Gijbels à Philippe De Backer (Agenda numérique, Télécommunications et Poste) sur "Les statistiques concernant les personnes revenant des zones rouges" (55008184C)
- Robby De Caluwé à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Le regroupement des tests" (55008186C)
- Dominiek Sneppe à Philippe De Backer (Agenda numérique, Télécommunications et Poste) sur "Les tests du COVID-19 non fiables" (55008187C)
- Karin Jiroflée à Philippe De Backer (Agenda numérique, Télécommunications et Poste) sur "Le test DiaSorin" (55008209C)
- Karin Jiroflée à Philippe De Backer (Agenda numérique, Télécommunications et Poste) sur "L'application de traçage" (55008210C)
- Catherine Fonck à Philippe De Backer (Agenda numérique, Télécommunications et Poste) sur "L'évolution de l'épidémie de COVID-19 (1)" (55008215C)
- Catherine Fonck à Philippe De Backer (Agenda numérique, Télécommunications et Poste) sur

"L'évolution de l'épidémie de COVID-19 (2)" (55008216C)

- Catherine Fonck à Philippe De Backer (Agenda numérique, Télécommunications et Poste) sur "Les tests sérologiques COVID-19 de la firme DiaSorin" (55008217C)
- Sophie Rohonyi à Philippe De Backer (Agenda numérique, Télécommunications et Poste) sur "Le vaccin AstraZeneca et l'éventuelle clause d'exonération de responsabilité l'entourant" (55008226C)
- Sophie Rohonyi à Philippe De Backer (Agenda numérique, Télécommunications et Poste) sur "Le vaccin d'AstraZeneca et l'éventuelle clause d'exonération de responsabilité l'entourant" (55008237C)
- Barbara Creemers à Philippe De Backer (Agenda numérique, Télécommunications et Poste) sur "Le test sérologique DiaSorin" (55008245C)
- Barbara Creemers à Philippe De Backer (Agenda numérique, Télécommunications et Poste) sur "Le stock stratégique de médicaments" (55008246C)
- Barbara Creemers à Philippe De Backer (Agenda numérique, Télécommunications et Poste) sur "Le test COVID-19 pour les personnes revenant d'une zone orange" (55008247C)
- Sofie Merckx à Philippe De Backer (Agenda numérique, Télécommunications et Poste) sur "Les préparatifs pour l'automne" (55008261C)
- Hervé Rigot à Philippe De Backer (Agenda numérique, Télécommunications et Poste) sur "Le délai de communication des résultats des tests" (55008263C)
- Hervé Rigot à Philippe De Backer (Agenda numérique, Télécommunications et Poste) sur "Le suivi des retours de zones rouges" (55008264C)
- Eliane Tillieux à Philippe De Backer (Agenda numérique, Télécommunications et Poste) sur "L'usage des tests de salive dans le cadre du COVID-19" (55008281C)

01.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): *In het kader van de COVID-crisis worden o.a. het aantal besmettingen, het aantal ziekenhuisopnames en het aantal overlijdens gerapporteerd.*

Wat de ziekenhuisopnames betreft, wordt hier een onderscheid gemaakt tussen opnames omwille van COVID en opnames van patiënten die positief testen voor COVID, maar die om een andere reden werden opgenomen? Kan er ook gerapporteerd worden over de ligduur per patiënt?

Wat de overlijdens betreft, wordt hier een onderscheid gemaakt tussen overlijdens ten gevolge van COVID en overlijdens van patiënten die positief testen voor het SARS-CoV-2 virus, maar die door een andere oorzaak zijn overleden? Indien dit niet het geval zou zijn, acht u het dan wenselijk dat dit wordt aangepast?

Graag maak ik u er attent op dat een aantal van mijn ingediende vragen niet behandeld werd, hoewel ze wel tijdig werd ingediend

8051,8059,8067,8086,8057 (dit antwoord zou schriftelijk worden bezorgd)

Helaas was er geen ruimte voor repliek, waardoor ik uw aandacht er tijdens de commissiezitting niet op kon vestigen. Kan u alsnog de gevraagde antwoorden verschaffen?

Ik stelde u al eerder vragen over de mondhygiënist en de terugbetaling van de preventieve zorgen die ze uitvoeren. Er zou een plan in opmaak zijn, maar tot op vandaag komt er geen schot in de zaak. Mondhygiënist voeren nu behandelingen uit waarvoor geen terugbetaling is voorzien, waardoor ze in het segment van de luxezorg lijken te zijn terechtgekomen, wat überhaupt niet de bedoeling was. Zeker in deze coronacrisis, waar tandzorg werd uitgesteld en waar ook verschillende oudere tandartsen gestopt zijn met hun beroepsactiviteit, zouden ze optimaal moeten kunnen worden ingezet. Ook in rusthuizen kunnen ze een rol van betekenis spelen, maar ook daar is nog niets voor geregeld.

Daarom heb ik volgende vragen voor u.

Hoe staat het met de terugbetalingsvoorwaarden van de behandelingen die ze mogen uitvoeren?

Wordt er overlegd met de beroepsvereniging? Op welke tijdslijn mogen zij zich baseren?

In het kader van een onderzoek naar mogelijke belangenvermenging bij het FAGG door de heer Hugues Malonne, zou er een onderzoek geopend zijn door het parket.

Kan u dat bevestigen?

Indien er inderdaad een onderzoek loopt, kan de heer Malonne dan in functie blijven gedurende de loop van

het onderzoek en acht u dat wenselijk?

Werd er geëvalueerd wat de impact is van dit onderzoek op de werking van het FAGG en kan u ons daarover inlichten?

Worden er acties ondernomen om het vertrouwen te herstellen tussen het FAGG enerzijds en de medische wereld en de publieke opinie anderzijds? Zo ja, welke?

Tijdens het actualiteitsdebat van 18/08 haalde u aan dat er in België heel breed getest (PCR) wordt, veel breder dan in bijvoorbeeld Nederland. Dat zou volgens u ook de lage positiviteitsratio verklaren. Toen ik echter op dat moment de positiviteitsratio's van België en Nederland vergeleek, dan bleken die nauwelijks te verschillen (3,7% vs. 3,6%)

Welke conclusies moeten we hieruit trekken?

Hoe komt het dat het aantal testen per dag blijft steken op ruim minder dan 20 000?

U geeft aan dat we in het najaar tot 90 000 testen per dag moeten kunnen gaan, maar tegelijk haalt u aan dat de grootste struikelblok het gebrek aan personeel is om de testen te kunnen afnemen. Hoe zal dit probleem worden aangepakt? Tegen wanneer zijn we dan echt klaar om die 90 000 testen per dag af te nemen?

Tijdens het actuadebat van 18/08 haalde u cijfers aan van het percentage van mensen die terugkeerden uit een rode zone dat een coronatest liet uitvoeren.

Beschikt Sciensano over deze data?

Worden de data per "rood" land of regio bijgehouden en kan u ons deze dan bezorgen?

Mevrouw de minister, ik vernam ook graag wat precies de bedoeling is van de maatregelen, die nu bij de heropflakking van de epidemie werden aangekondigd. De sterftcijfers op Statbel liggen namelijk de voorbije maanden binnen de verwachte grenzen. De stijging van het aantal besmettingen lijkt daar weinig verandering in te brengen, gelukkig maar. Ook de belasting van de ziekenhuizen lijkt geen probleem te zijn. Het doel van de maatregelen kan dus volgens mij niet meer de beheersing van de ziekenhuiscapaciteit zijn. Dat dat belangrijk was in de eerste fase, daarover zijn we het eens, maar de situatie is vandaag helemaal anders: wij kennen het virus beter, wij hebben meer beschermingsmateriaal, we testen meer, er worden meer lichtsymptomatische of asymptomatische gevallen vastgesteld, omdat we meer testen, en de positieve testen situeren zich veeleer bij een jongere populatie.

Bovendien zijn we nu al zes maanden bezig met maatregelen allerhande en die beginnen toch wel door te wegen.

Het lijkt me dan ook voornamelijk zaak om de samenleving en de economie op een veilige manier zuurstof te geven.

Om dat te kunnen doen, moeten nieuwe haarden accuraat in kaart worden gebracht, zodat er op maat en lokaal maatregelen kunnen worden genomen, als en waar nodig. Bent u daar nu mee bezig? In dit stadium zijn testen, tracen en quarantaine van het allerhoogste belang. Maar wij moeten lezen dat alles blijkbaar nog niet op punt staat.

Er stond vandaag in de krant dat personen die uit een rode zone terugkeren en het formulier hebben ingevuld, niet worden gecontacteerd als ze zich niet laten testen. De sleutel zou bij Sciensano liggen. Hoe komt het dat dat niet in orde was? Mijnheer de minister, bent u hiervan op de hoogte? Wat hebt u ondernomen en wanneer? Wanneer zal dat dan wel in orde zijn? Hebben we een zicht op het aantal mensen dat terugkeert uit een rode zone, maar het terugkeerformulier helemaal niet invult?

Wat een belangrijke rol kan spelen in een indammingsstrategie, is de analyse van rioolwater. Uit een schriftelijk antwoord op een vraag die ik vorige week stelde, blijkt dat dat nog steeds niet operationeel is in België. In Nederland is men hier al mee bezig sinds maart 2020. Ook hierin zou Sciensano een centrale rol spelen. Wanneer zal dat aspect van de indammingsstrategie volledig operationeel zijn?

Voorts vernemen we van professor Van Ranst dat er in België een herbesmetting zou zijn vastgesteld. Daarover zou ik graag wat meer details krijgen. Gaat het hier opnieuw om een zieke of betreft het een asymptomatische besmetting?

In verband met de telling van de dodelijke slachtoffers vernemen we dat het totaal nu verminderd wordt met 121, omdat er sprake zou zijn van dubbele tellingen en van correcties op de diagnostiek. Maar wie besliste destijds of een overlijden al dan niet toe te schrijven was aan COVID-19? Was dat de behandelende arts? Moest die beslissing gedocumenteerd worden aan de hand van bepaalde parameters in het patiëntendossier? Kijkt men ook naar het aantal ondersterftes door eventuele andere aandoeningen? Brengt men die in rekening om het aantal sterftes die vermoedelijk het gevolg waren van COVID-19, aan te passen?

01.02 Yoleen Van Camp (N-VA): Ik zou graag willen voortbouwen op de vragen die ik in vorige commissievergaderingen heb gesteld. Mijn collega heeft er al naar verwezen. Minister De Backer meldde ons toen dat dat onderzocht werd en dat het aantal besmettingen van terugkeerders uit rode zones verwaarloosbaar was. Maar vandaag vernemen we via de media dat ruim één op vijf van de besmettingen afkomstig is van personen die uit het buitenland zijn teruggekeerd. De discrepantie tussen de mediaberichten en de beweringen van de minister in de vorige commissievergadering doet toch wat vragen rijzen. Daarover wil ik dus graag duidelijkheid hebben.

Mijn voornaamste pleidooi blijft dat we het pad dat we tot nu toe hebben bewandeld en dat het juiste is, moeten blijven bewandelen. Dat betekent dat we onze economie draaiende moeten houden en zo veel mogelijk sociale en hygiënische maatregelen opleggen, opdat mensen beschermd worden tegen besmetting. Aangezien we nog niet van het coronavirus verlost zijn, is dat de beste aanpak: we moeten nu eenmaal met het virus leren leven.

Het is ook belangrijk om een goed zicht te hebben op de herkomst van de besmettingen en de precieze risico's. Op het moment worden de handel en de horeca nog steeds zeer zwaar gevisieerd. Bijvoorbeeld, in onze stad houden die sectoren zich heel strikt aan de richtlijnen. Ik vind dat er met de vorige maatregelen al een trendbreuk is, maar we moeten de maatregelen vooral volhouden. Dat kunnen we alleen als we de nodige randvoorwaarden invullen. Zo zullen we achterhalen waar de besmettingen vandaan komen en kunnen we het nodige doen.

Als derde en laatste punt wilde ik graag nog eens terugkomen op wat u een paar commissies geleden hebt aangekondigd, met name de psychologische ondersteuning voor zorgpersoneel. Qua werkdruk is de situatie daar inderdaad min of meer onder controle, maar wat de psychologische druk betreft natuurlijk niet. Dat wordt wel dringend. Ik hoop dat u vandaag concreter kunt ingaan op wat precies vooropgesteld is wanneer de ziekenhuizen daar precies beroep op kunnen doen.

01.03 Kathleen Depoorter (N-VA): *De testresultaten van patiënten worden aan de huisarts meegedeeld als positief of negatief. Bij een positieve test wordt er na een paar dagen quarantaine soms een tweede test afgenomen. Ook deze wordt doorgaans meegedeeld als positief of negatief.*

Recent kreeg ik van artsen de melding dat er van de positieve of negatieve mededeling werd afgeweken en de artsen een virus titer werd meegedeeld. Zo werd aan de artsen duidelijk gemaakt dat een patiënt die wel nog positief test vijf dagen na de eerste positieve test, maar een dalende titer heeft, de quarantaine mag onderbreken en het werk kan hervatten.

Nochtans blijkt de wetenschappelijke onderbouwing niet sluitend te zijn

Bent u hiervan op de hoogte?

Is het niet het allerbelangrijkste dat men zich aan de richtlijnen van Sciensano houdt en de patiënt ook na een tweede positieve test in quarantaine houdt?

Heeft u ondervonden dat de communicatie met de artsen niet altijd eenduidig verloopt?

Is er een nieuwe richtlijn om de besmettelijkheid van het virus te gaan meten?

Deze week sprak een aantal experts zich uit over het feit dat corona nog lang ons sociaal leven zal bepalen. Eén van de experts spreekt over een jaar of meer.

De maatregelen die genomen worden ter beperking van de verspreiding van het coronavirus hebben een grote impact op het leven van de burgers, vandaar dat de uitspraken van experts die weinig perspectief bieden dan ook hard aankomen bij de burgers. Tegelijkertijd weten we ook dat een maatregel pas efficiënt is als er draagvlak is bij de bevolking.

Worden maatregelen, wanneer ze overwogen worden, afgetoetst aan de haalbaarheid ervan voor de burger?

Worden gedragspsychologen geconsulteerd hieromtrent?

Onderzoekt u de mogelijke impact van een maatregel vooraleer hij in voege treedt op de geestelijke gezondheid van de burgers? En toetst u die af met experts in de (gedrags)psychologie?

Voert u een afweging door naar de wenselijkheid van een bepaalde maatregel versus de mogelijke afvlakking van de curve alsook naar het mogelijke draagvlak bij de burgers? En zo ja, via welke criteria, parameters en experts gebeurt dat?

Experts waarschuwen ons voor de psychologische gevolgen van deze tweede golf die ons tijdens de zomer verraste. Veel sneller dan verwacht worden er grote inspanningen verwacht van zorgverstrekkers alsook van de burger. Het gebrek aan perspectief daarbovenop baart vele psychologen en psychiaters zorgen.

Voor de reces is de resolutie ter bevordering van de geestelijke gezondheidszorg gestemd in het Parlement. Ook zijn de nodige budgetten voorzien via de begroting. Welke stappen heeft u ondertussen genomen? Hoeveel van het voorziene budget is er op dit moment besteed aan geestelijke gezondheidszorg?

In de resolutie is er ook budget voorzien voor de liaison-psychiatrie. Deze zal een grote rol spelen in het voorkomen van geestelijke problemen in deze bijzonder onzekere tijden. Zijn daar al concrete stappen voor ondernomen?

Zijn er op dit moment concrete actieplannen voor de geestelijke gezondheidszorg van onze zorgverstrekkers?

Heeft u een actieplan opgesteld om het collectief gebrek aan perspectief en de mogelijks daaruit voortvloeiende problemen rond de geestelijke gezondheid? Welke stappen worden daarin concreet genomen om de burgers te beschermen in deze toch wel bijzondere uitdaging?

Gaf u de ziekenhuizen de opdracht om samenwerkingsverbanden op te starten rond geestelijke gezondheidszorg met de woonzorgcentra? Was er al overleg met uw regionale collega's hierover?

Gilead, de producent van Remdesivir, publiceerde onlangs een schrijven waarin de prijs van het medicijn dat ook gebruikt wordt tegen COVID-19 werd bekendgemaakt.

Uit de analyse van de CEO moest blijken dat de prijs van om en bij de 2 067 euro per behandeling van vijf dagen acceptabel is en farmaco-economisch aanvaardbaar. Hiervoor verwees de firma naar de gewonnen dagen met dure zorgnood waar de patiënt dankzij Remdesivir geen nood meer aan zou hebben.

Wat is de farmaco-economische analyse van het FAGG rond de prijs van dit medicijn?

Zal u in onderhandeling gaan met de firma om de prijs te drukken voor onze patiënten?

Zal u een Pay for Performance uitwerken voor dit medicijn of overweegt u andere zekerheden te vragen bij eventuele onderhandelingen over de terugbetaling?

Eist u voldoende beschikbaarheid van het medicijn?

Uit de gepubliceerde studies uitgevoerd met Remdesivir bij COVID-patiënten blijkt dat het medicijn optimaal

werkt bij patiënten die ernstig ziek zijn maar nog zelfstandig ademen. Welke zijn de richtlijnen voor terugbetaling die u aan de artsen gaf? Krijgt elke COVID-patiënt terugbetaling voor Remdesivir of heeft u beperkende criteria ingevoerd ?

In de commissie van 18 augustus 2020 vroeg ik u naar uw farmaco-economische analyse van Remdesivir. In uw onvolledige antwoord kreeg ik geen zicht op deze farmaco-economische analyse. U deelde wel mee dat Remdesivir bij zwaar zieke en geïntubeerde patiënten werkt.

Uit de studie gepubliceerd in het New England Journal of Medicine (DOI: 10.1056/NEJMe2018715), blijkt echter dat Remdesivir optimaal werkzaam is bij ernstig zieke patiënten die nog zelfstandig kunnen ademen.

Bent u op de hoogte van de resultaten van de studie?

Welke zijn de richtlijnen naar de artsen op dit moment voor wat het gebruik van Remdesivir betreft?

Heeft u een farmaco- economische analyse uitgevoerd?

Kan u mij het aantal door het RIZIC terugbetaalde antigen-testen van de firma Coris Bioconcept meedelen? Alsook het bedrag dat er terugbetaald is?

Tijdens de commissievergadering van 18 augustus 2020 gaf u aan dat het door u in de pers aangekondigde federaal pandemieplan een levend document was. U zou het ook voorleggen aan uw collega's en het daarna afronden.

Kan u mij het document bezorgen?

Sinds begin juli signaleer ik u de bezorgdheid of er voldoende spuitjes voorradig zullen zijn om onze inwoners te vaccineren eens er een COVID-vaccin gevonden is.

Ik kreeg immers melding van het feit dat verschillende staten voor 400 miljoen aan spuitjes hebben opgekocht. Een beetje later verscheen de bezorgdheid over eventuele tekorten ook in de pers.

Heeft u deze berichtgeving nagegaan?

Hoe zal u ervoor zorgen dat onze patiënten de dupe niet worden van eventuele tekorten?

Had u overleg met de sector hierover en wat was de conclusie?

In de pers verneem ik dat de expertengroep van het FAGG de deal van de Europese Commissie met de firma AstraZeneca positief adviseert.

Over hoeveel vaccins gaat het voor ons land?

Zijn er prijsafspraken? Zijn er afspraken over de toegankelijkheid van het vaccin voor onze patiënten en de verdeelsleutel voor ons land?

Vroeg ons land inzicht in de kostprijs van de ontwikkeling en de productie van het vaccin?

Europa legt een provisie aan van 16 miljard euro voor de ondersteuning van fabrikanten van COVID-vaccins.

Welk aandeel zal er door de Belgische overheid gefinancierd worden?

Heel bijzonder is de clausule die opgenomen zou zijn in de deal die AstraZeneca vrijstelt van eventuele schadeclaims indien na enkele jaren ernstige bijwerkingen zouden optreden. Hoe komt het dat Europa en ook onze regering deze clausule onderschrijven?

Hoe komt het dat onze experts zich in deze clausule hebben laten leiden door “Amerikaanse “ gewoonten? Is Europa niet sterk genoeg om zelf een degelijke onderhandeling te voeren?

Vreest u niet dat deze clausule de toon zet voor andere overeenkomsten met de andere fabrikanten van vaccins?

Vreest u niet dat de wetenschappelijke precisie en voorzichtigheid zal aangetast worden door dergelijke clausule?

Kan u mij de deal in detail toelichten?

In Nederland loop een onderzoek naar het gebruik van moedermelk in de strijd tegen COVID-19. Hierbij werd de moedermelk van vrouwen die COVID-19 doorstaan hebben, al dan niet met symptomen, onder de vorm van ijsblokjes aan COVID-patiënten gegeven.

De eerste resultaten zijn vrij positief.

Kan u mij meedelen of dergelijke studies ook in ons land plaatsvinden?

Ik stelde u al vaker de vraag of u een tekort aan vaccinatiemateriaal voor ons land voorziet.

Gezien de oprichting van de werkgroep binnen het FAGG dringt de vraag zich op of de taak van de werkgroep naast de zoektocht naar een werkzaam vaccin er ook in zal bestaan om ervoor te zorgen dat het vaccin toegediend kan worden

Maakt het aanleggen van een strategische stock voor toedieningsmateriaal vaccins deel uit van de werking van de expertengroep "vaccinatie COVID" binnen het FAGG?

Is er voor het vaccinatiemateriaal een centrale aankoopprocedure op EU-niveau? Zo ja, wat is de status hiervan en tekent België hierop in? Kan u mij de afgesproken verdeelsleutel meegeven?

Is de dreiging van een mogelijk tekort aan vaccinatiemateriaal onderzocht?

Is België al gestart met de aanleg van een strategische stock? Zo ja, wanneer en welke hoeveelheid. Zo nee, waarom niet? Andere, ook Europese, landen zijn al gestart met het aanleggen van een strategische stock. Wat is de status in België?

Kan u mij de samenstelling van de werkgroep vaccinatie binnen het FAGG meedelen? Zijn de verslagen openbaar? Zo ja, kan u ze mij doorgeven?

Begin juli hadden wij de hoorzitting van FAGG topman Hugues Malonne in verband met de door uw diensten bestelde serologische test van de firma DiaSorin.

U verdedigde, samen met de heer Malonne deze keuze en aankoop.

In de pers verneem ik dat u op vandaag, nu ook in een grote vergelijkende Deense studie blijkt dat deze test niet voldoende betrouwbaar is, de keuze voor de aankoop nog steeds verdedigt.

Staat u nog altijd achter de aankoop?

Blijft u de verklaringen voor wat de prijs, betrouwbaarheid, validatie et cetera van de test van de heer Malonne steunen?

Zal de DiaSorin test alsnog preferentieel gebruikt worden?

Heeft u, sinds de hoorzitting en de erop volgende opstart van het onderzoek stappen ondernomen om u te vergewissen of de geuite kritiek al dan niet terecht is? Kan u deze stappen toelichten alsook uw conclusie?

Bij de PCR diagnostiek kan de CT-waarde van het staal ons leren of een patiënt al dan niet veel of weinig kans op besmettelijkheid vertoont. Deze waarde kan ook helpen bij het opsporen van de zogenaamde superspreaders.

Kan u mij zeggen waarom het ene lab deze waarde wel meedeelt aan de arts en het andere niet?

Bent u bereid om na te gaan of het automatisch meedelen van deze waarde haalbaar is?

Tijdens uw presentatie van 18 augustus gaf u aan dat er op dit moment een stock van 1 miljoen wissers voorradig is voor een PCR-test.

Op piekmomenten verwacht u tot 90 000 testen per dag uit te voeren.

Bent u overtuigd van het feit dat de 1 miljoen wissers voldoende zullen zijn? Deze stock is op piekmomenten namelijk maar voldoende voor 12 dagen.

U gaf ook aan dat er nog 3 miljoen wissers besteld zijn. Kan u garanderen dat deze geleverd zullen worden?

Mijnheer de minister, mevrouw de minister, in verband met de griepvaccinatie en de fasering had ik graag van u vernomen of u kunt bevestigen dat de 500 000 extra bestelde griepvaccins ook daadwerkelijk naar ons land komen.

U kondigde ook een fasering van de verdeling aan. Hoe gaat die concreet te werk? Hoe worden de bedrijfsgeneeskundige diensten belevd? Hoe zal bovendien de registratie van de patiënten gebeuren?

Van mijn collega's verneem ik dat de woon-zorgcentra op dit moment een dubbel aantal griepvaccins

bestellen, dus twee griepvaccins per patiënt. Bent u daarvan op de hoogte? Hoe zult u daarmee omgaan?

Bij de apothekers liggen er bovendien lange wachtlijsten met reservaties, onder andere voor patiënten met een risicoprofiel. Zullen de apothekers in staat zijn om hun patiënten te beleveren met die griepvaccins?

Aan de groothandels hebt u ook gevraagd om in een buffer te voorzien. Wat houdt dat in? Welke is de achterliggende gedachte?

In verband met het COVID-vaccin had ik graag vernomen hoe het nu zit met het akkoord waarin u meegaat, met name het Europees akkoord afgesloten met de firma AstraZeneca. Is er in een clausule voorzien waarin de aansprakelijkheid en financiële gevolgen van neveneffecten op lange termijn beschreven worden? U spreekt daarin andere kanalen tegen. Wat staat er in die clausule? Kunnen wij de overeenkomst inkijken?

Hebt u op dit moment ook al een verdeelsleutel afgesproken met de firma? Hoeveel vaccins komen er naar ons land?

De **voorzitter**: Mevrouw Depoorter, voor de vertaaldienst is het erg moeilijk werken met uw blaffende hond op de achtergrond. Kunt u dat alstublieft verhelpen?

01.04 Kathleen Depoorter (N-VA): Ik ben hier momenteel alleen. Als u mij een minuutje geeft, dan kan ik hem stilhouden.

01.05 Minister Maggie De Block: Bedankt, mevrouw de voorzitter. Ik typte net al dat ik door het geblaf en gekef niet kon volgen.

01.06 Kathleen Depoorter (N-VA): Ik neem mijn hond gewoon even op de schoot.

De **voorzitter**: Vandaag is het misschien ook Dag van de Hond?

01.07 Kathleen Depoorter (N-VA): Dat weet ik niet. Mijn excuses.

De **voorzitter**: U kunt uw uiteenzetting voortzetten.

01.08 Kathleen Depoorter (N-VA): Mevrouw de minister, hebt u al een verdeelsleutel en hoeveel vaccins komen er naar ons land? Is dit een precedent? Zult u ook met andere firma's of fabrikanten op die manier onderhandelen?

Ik heb u al enkele keren gevraagd naar het vaccinatiemateriaal. Kunt u ook in deze commissievergadering bevestigen dat er geen tekort aan vaccinatiemateriaal zal zijn? Ik breng in herinnering dat de Verenigde Staten 400 miljoen spuitjes hebben gekocht en dat onze buurlanden intussen ook tot een aankoop zijn overgegaan.

Inzake remdesivir zei u vorige week dat het middel optimaal werkt bij patiënten die ernstig ziek zijn en zuurstof krijgen, maar dat komt niet helemaal overeen met de klinische studie. Remdesivir werkt namelijk optimaal bij ernstig zieke patiënten die zelf nog kunnen ademen. Welke richtlijnen hebt u ter zake gegeven aan de artsen? Wordt het middel wel goed gebruikt, gelet op het feit dat u de klinische studie tegenspreekt? Hebt u een farmaco-economische analyse? Daar had ik vorige week ook al naar gevraagd.

Mijnheer de minister, van u had ik graag vernomen hoeveel het budget aan terugbetaalde antigen tests bedraagt, meer bepaald de antigen tests van de firma Coris BioConcept.

Hoeveel van de serologische testen van de firma DiaSorin werden er op dit moment al gebruikt en terugbetaald? Na de publicatie van de Deense studie kunnen we eigenlijk stellen dat dit toch geen optimale aankoop is. Staat u nog altijd achter die beslissing? Hebt u sinds de hoorzitting stappen gezet om te controleren of wat daar beweerd werd, juist was of niet? Kunt u deze stappen en de conclusies toelichten? Staat u nog altijd achter de topman van het FAGG die hier werd ondervraagd?

01.09 Hervé Rigot (PS): Madame la présidente, j'interviendrai au nom de l'ensemble des collègues pour le groupe PS, si vous le permettez.

Madame la ministre, monsieur le ministre, on n'attendait pas de grande révélation, de grande révolution lors du dernier CNS. Nous n'avons donc pas été surpris. Nous l'avons davantage été, le lendemain, par la fronde lancée à l'égard des experts par certains de vos collègues, les jugeant responsables de la cacophonie actuelle. Effectivement, la cacophonie règne, nous n'arrêtons pas de le répéter, mais les experts sont là pour conseiller et l'exécutif, le gouvernement, est là pour trancher, décider, assumer, communiquer. S'il y a une cacophonie aujourd'hui, c'est peut-être justement que ce rôle n'est pas assez assumé.

J'en viens aux cas concrets. Monsieur De Backer, vous parliez la semaine dernière des tests: 90 000 tests pour fin septembre, 90 000 tests, alors que les laboratoires nous disent encore qu'ils n'auront pas le matériel dans les délais - les livraisons se font attendre -, qu'ils n'ont pas suffisamment d'écouvillons, qu'ils n'auront peut-être pas assez de produits réactifs et qu'ils ne disposeront pas non plus de personnel suffisant. Le marché manque de main-d'œuvre répondant aux attentes et les labos craignent de ne pouvoir assumer la mission.

On constate aussi qu'aujourd'hui, trop de résultats arrivent encore dans des délais trop longs. Sept laboratoires, dont deux importants, diffusent 100 % de leurs cas positifs passé le délai de quatre heures tel qu'attendu par Sciensano. À Bruxelles, à peine 37 % des résultats sont transmis en moins de quatre heures. Quelle attitude allez-vous adopter pour corriger le tir et arriver à ces 90 000 tests? C'est une politique à véritablement mener.

On constate une surcharge dans les hôpitaux. On constate qu'il y a besoin de médecins généralistes pour aider dans les tris en première ligne. Il est clair qu'aujourd'hui, ils peuvent apporter une plus-value. Renforcer la première ligne, c'est le premier moyen d'arriver à ce que le virus ne circule pas. Or, il semblerait qu'il y ait un blocage au niveau fédéral pour la création de nouveaux centres de tri, notamment à Bruxelles où le besoin est présent. Allez-vous accorder davantage de numéros INAMI pour répondre aux besoins du terrain? Allez-vous évaluer l'efficacité des centres de tri et adapter la stratégie de dépistage en conséquence? Monsieur le ministre, cet objectif de 90 000 tests que nous espérons et que vous soutenez et défendez, est-il oui ou non un engagement du gouvernement pour le mois de septembre?

La deuxième question porte sur la quarantaine. Vous l'avez tous les deux évoquée, la semaine dernière, comme étant la clé du succès. Or, aujourd'hui, nous constatons que trop de Belges rentrent de zones rouges sans se faire tester. S'ils ne se font pas tester, il n'y a donc pas de *tracing* et je crains qu'il n'y ait pas non plus de mise en quarantaine. Quelles solutions envisagez-vous pour garantir le respect de ces mesures attendues? Vous disiez la semaine dernière qu'il s'agissait d'une responsabilité individuelle. Il faut davantage qu'une responsabilité individuelle!

Les Belges sont aujourd'hui démotivés. Ils ne voient plus clair. Moins de 35 % se disent encore prêts à suivre volontairement les mesures, parce qu'ils n'y voient plus de sens. Or, la quarantaine doit être respectée. Comptez-vous pendre des mesures? Quelles seront-elles pour garantir cette quarantaine obligatoire certainement à l'égard des Belges qui reviennent de zones rouges? C'est encore pire dès l'instant où nous savons que certains n'hésitent pas à partir au départ d'aéroports aux Pays-Bas ou encore en Allemagne vers ces destinations en zone rouge.

Si c'est la clé du succès, faites en sorte qu'elle soit appliquée!

Je reviendrai également, madame la ministre, sur le soutien des unités psychiatriques. Voilà trois mois, je vous interpellais à ce sujet afin de vous en signaler le sentiment d'être laissées à l'abandon. Depuis la fin de la première vague, les hospitalisations sous contrainte y ont explosé. Or, il y a un manque flagrant de lits. Il y a aussi un manque de personnel (personnel fatigué, en période de vacances,...) La suroccupation n'est pas sans conséquence sur le bien-être des patients déjà si vulnérables, mais aussi sur les risques de contamination. La charge de travail est intenable et le personnel est épuisé.

Madame la ministre, des mesures sont-elles envisagées pour augmenter le nombre de places et garantir un accompagnement de qualité? Comment comptez-vous suppléer au manque de personnel? Envisagez-vous l'octroi d'un budget supplémentaire demandé par ces unités? Quel est le protocole à suivre dans le cas d'un patient qui serait testé positif dans une unité psychiatrique pour garantir une prise en charge efficace tout en prenant sa vulnérabilité en considération?

Les tests salivaires pourraient révéler le fait d'être porteur du coronavirus dans de très brefs délais - tests plus rapides et plus confortables - et qui pourraient apporter de bonnes réponses dans le domaine sportif,

dans les prisons, mais aussi parmi le personnel soignant. L'ULg a également développé un test salivaire en auto-prélèvement. Une étude est commanditée par la *task force* et est actuellement menée par plusieurs universités. Quels en sont les résultats? Quand pourront-ils être connus? Comment se déroule cette étude?

Nous ne pourrions éviter d'aborder le sujet de la vaccination. Le comité scientifique consultatif (CSC) a décidé que la Belgique pouvait accéder aux vaccins en développement auprès d'AstraZeneca. La décision appartient à la conférence interministérielle de Santé publique. Pour qu'il y ait une adhésion, il faudra une transparence absolue en termes d'efficacité et de sécurité pour gagner la confiance des gens, afin qu'ils comprennent qu'il y a plus d'intérêt à le faire qu'à ne pas le faire.

Garantirez-vous cette transparence? Quelles sont les démarches entreprises par la Belgique par rapport au vaccin? L'immunité collective est trop faible. Envisagez-vous une vaccination obligatoire comme c'est le cas pour la poliomyélite?

Le CNS a émis une orientation importante. Ce n'est pas la mise à mort de la bulle à cinq qui ne subviendra qu'à la fin du mois de septembre manifestement (ce qui est une avancée). L'avancée, c'est la prise de conscience selon laquelle les mesures générales relatives aux contacts sociaux sont difficilement tenables et que nous devons pouvoir sortir d'une gestion de crise pour nous engager dans une dynamique à plus long terme.

La première ministre a évoqué la création d'une nouvelle cellule de consultation qui va intégrer de nouveaux types d'experts. Le challenge est important.

Madame la ministre, avez-vous davantage d'informations sur la composition de cette cellule d'évaluation? Quand va-t-elle se réunir? Rejoignez-vous l'avis de la chef du service d'épidémiologie des maladies infectieuses sur la communication à adresser à la population? Je laisse le soin à Mme Tillieux de poser la dernière question du groupe PS. Je vous remercie.

01.10 Eliane Tillieux (PS): *Ma question est restée sans suite lors de la précédente commission, je me permets de vous la poser à nouveau.*

Depuis ce 1er juillet, la zone de secours Val de Sambre n'avait plus d'ambulance dédiée au cas de Covid-19. La mesure était d'application dans toutes les casernes du pays. Pour Marc Gilbert, colonel des pompiers à Sambreville, la mesure est trop rapide. Il aurait fallu continuer ce service encore au moins un mois. En effet les zones de secours auraient dû en bénéficier jusqu'en septembre afin de limiter les risques en cas de seconde vague.

Aujourd'hui, les hospitalisations et surtout les décès dus au Covid fluctuent de jour en jour.

Encouragez-vous le SPF santé publique à réviser sa décision ?

Avez-vous évalué les besoins réels du terrain pour y apporter des solutions ?

Ne doit-on pas réinstaurer des ambulances dédiés au cas covid au vu de l'état actuel des choses ?

Les centres de dépistage du coronavirus sont débordés et ils se tournent vers les médecins généralistes pour faire tester les patients.

La médecine générale a toujours assumé son rôle de première ligne depuis le début de la crise Covid et s'est organisée pour faire tous ces testings dans des centres de tri qui sont sécurisés où les médecins ont des vêtements et ont des mesures de protection. En effet, il faut donner des moyens pour pouvoir continuer à le faire dans ces centres.

Pour aider les hôpitaux à ne pas être surchargés, une intervention INAMI pourrait être appliquée dans des centres médicaux locaux, notamment dans les quartiers populaires où le nombre de contaminations est le plus élevé, afin de créer de centres de tri locaux plus efficace.

Dans le protocole d'accord conclu entre le gouvernement fédéral et les autorités régionales, il est indiqué que l'Inami se charge de rembourser les frais de démarrage du centre, les frais médicaux et les frais de fonctionnement.

Renforcer la première ligne, c'est le premier moyen d'arriver à ce que le virus ne circule plus. Il semblerait

qu'il y ait un blocage au niveau fédéral quant à l'autorisation de la création de nouveaux centres, notamment à Bruxelles (drive-in UZ Brussel et FAMGB pour les quartiers populaires)..

Est-ce bien au niveau fédéral que l'on doit accorder ces numéros INAMI? Dans l'affirmative, allez-vous en accorder davantage pour répondre aux besoins du terrain?

Avez-vous évalué l'efficacité des centres de tri et adapté la stratégie de dépistage en conséquence?

Les plannings familiaux n'ont cessé de travailler durant le confinement. Il a fallu s'adapter, se réajuster perpétuellement suite à l'évolution des mesures sanitaires et gérer le manque de matériel de protection. L'AViQ leur a demandé de ne garder uniquement un présentiel pour les consultations gynécologiques urgentes et les IVG. Pour le reste, les plannings ont dû travailler en téléconsultations.

Par ce fait, certaines femmes ont tardé durant le confinement, elles avaient peur d'être arrêtées et devoir expliquer au policier qu'elles allaient faire une IVG. Il a fallu créer des laissez-passer et cela a engendré des situations très difficiles.

Marie-Hélène Mansart du centre de planning familial de La Louvière explique que deux dames étaient hors délai légal pour une IVG en Belgique, qu'ils ont donc dû être un relais vers la Hollande où le délai est plus long. Avec l'épineuse question du passage de frontière.

Ils ont également eu une IVG sous anesthésie générale au centre qui aurait dû être faite à l'hôpital mais ce n'était pas possible. Elle souligne que la patiente a été très courageuse, elle a dû prendre sur elle. Ils ont également renvoyé des patientes directement chez elles après une IVG par Mifégyne au lieu de rester au centre.

Tout cela a demandé un accompagnement et une disponibilité beaucoup plus importants car les patientes étaient bien plus fragilisées.

Quelles solutions apportez-vous à ces femmes ?

Avez-vous eu des retours quant aux difficultés de certaines femmes à accéder à des soins de santé sexuelle de qualité durant cette crise ?

La pandémie du coronavirus nous incite à faire davantage attention aux personnes dites à risque. Parmi ces personnes vulnérables, il y a les patients souffrant de la mucoviscidose. Notez que les infections virales des voies respiratoires sont plus graves chez ces patients que dans la population générale, avec un risque accru de complications et un impact négatif sur la fonction pulmonaire.

Le Trikafta semble être un médicament prometteur pour ces patients. En octobre, aux États-Unis, l'agence du médicament l'a approuvé et a autorisé sa mise sur le marché. En Europe, le laboratoire Vertex a déposé une demande auprès de l'agence européenne des médicaments. Cet avis est attendu dans le courant du deuxième trimestre 2020.

Dans le même temps une demande d'usage compassionnel a été introduite et approuvée par l'AFMPS le 13 mai 2020.

En cette période de pandémie, les patients atteints de la mucoviscidose seraient mieux protégés par le Trikafta. Actuellement, la seule procédure possible est un programme d'usage compassionnel et il n'est autorisé seulement que pour des cas très graves (patients en attente de greffe ou des patients déjà très affaiblis) et à partir de 12 ans.

Les associations de patients insistent et demandent d'autoriser le trikafta/kaftrio pour tous les patients belges atteints de mucoviscidose en cette période de pandémie, via un programme à usage compassionnel (CUP). Allez-vous vous engager en ce sens ?

Comment accélérer et améliorer les procédures dans ce contexte pandémique et surtout comment permettre à un public plus large d'accéder à ce traitement ? Des projets similaires ont notamment été introduits dans d'autres pays comme la France.

Les plannings familiaux n'ont cessé de travailler durant le confinement. Il a fallu s'adapter, se réajuster

perpétuellement suite à l'évolution des mesures sanitaires et gérer le manque de matériel de protection. L'AViQ leur a demandé de conserver uniquement un présentiel pour les consultations gynécologiques urgentes et les IVG. Pour le reste, les plannings ont dû travailler en téléconsultations.

De ce fait, certaines femmes ont tardé durant le confinement, elles redoutaient de subir un contrôle sur le caractère essentiel de leur déplacement et devoir expliquer à la police et qu'elles se rendaient en centre de planning pour une IVG. Il a fallu créer des laissez-passer et cela a engendré des situations très difficiles.

Marie-Hélène Mansart du centre de planning familial de La Louvière explique que deux femmes se sont retrouvées hors délai légal pour une IVG en Belgique. Le centre a dû être un relais vers les Pays-Bas où le délai légal est plus long. Avec l'épineuse question du passage de la frontière en période de confinement...

Le centre rapporte aussi une IVG sous anesthésie générale qui aurait dû être pratiquée à l'hôpital mais ce n'était pas possible. Elle souligne que la patiente a été très courageuse, elle a dû prendre sur elle. En raison des mesures strictes, l'équipe du centre a également renvoyé des patientes directement chez elles après une IVG par Mifégyne au lieu de rester au centre pour une période de surveillance.

Tout cela a demandé un investissement supplémentaire en termes d'accompagnement et une plus grande disponibilité car les patientes étaient dans un état bien plus fragilisé.

Avez-vous eu des retours quant aux difficultés de certaines femmes à accéder à des soins de santé sexuelle de qualité durant cette crise ?

Quelles solutions apportez-vous à ces femmes ?

La motivation de la population à respecter les mesures de lutte contre le coronavirus est tombée à son plus bas niveau. À peine 35% des personnes interrogées indiquent les suivre volontairement, selon le baromètre de l'université de Gand publié mercredi.

En effet, la population est stressée, et en a assez d'entendre répéter ces chiffres de contaminations/décès tous les jours. Le docteur Sophie Quoilin, cheffe du service d'épidémiologie des maladies infectieuses, plaide pour une communication une fois par semaine, qui confirmerait que les tendances vont dans un sens ou dans un autre et bien sûr, et on communiquerait à chaque fois qu'il y aurait quelque chose de particulier, notoire à faire savoir.

Les mesures générales concernant les contacts sociaux sont difficilement tenables à plus long-terme. Nous devons pouvoir sortir de la gestion de crise pour s'engager dans une dynamique à long-terme de gestion de risques. Nous devons être en mesure de réinventer de manière pérenne notre façon d'entretenir nos contacts sociaux.

La première ministre a chargé la cellule d'évaluation (celeval) de trouver un juste équilibre entre nos libertés et la situation épidémiologique. Elle sera probablement accompagnée de psychologues et d'acteurs de terrain pour inscrire des règles plus pérennes, sur un plus long terme.

La stratégie de confinement n'est pas linéaire et nous allons avoir des combinaisons entre des moments de déconfinement et de reconfinement et la population doit savoir suivre les recommandations de manière sereine. Le challenge étant d'inciter davantage de belges à respecter les règles.

Avez-vous davantage d'informations sur la composition de cette cellule d'évaluation?

Quand va-elle se réunir?

Rejoignez-vous l'avis de la cheffe du service d'épidémiologie des maladies infectieuses sur la communication adressé à la population?

Le comité scientifique consultatif a décidé que la Belgique pouvait procéder à l'achat du vaccin en développement d'AstraZeneca mais la décision finale appartient à la conférence interministérielle de santé publique. Il est actuellement en phase 3 des essais cliniques et figure parmi les plus avancés au monde.

La commission européenne a signé un accord avec le laboratoire britannique pour 300 millions de doses de

vaccin pour pouvoir ensuite les distribuer à la population de tous les états membres et aux pays en développement.

Il faudra encore des mois de travail pour terminer le développement et accélérer la production. Les vaccins seront sans doute utilisés prioritairement pour les personnes âgées, les agents de santé et les groupes à risque. Ces publics prioritaires représentent 4 millions de doses.

Il faut une transparence absolue sur les données d'efficacité et de sécurité pour gagner la confiance des gens pour qu'ils se fassent vacciner. Allez-vous garantir cette transparence ?

Où en sont les démarches concernant la Belgique par rapport à ce vaccin ?

Confirmez-vous qu'il y a eu un cas de réinfection par la covid en Belgique ?

L'immunité collective est très faible, de l'ordre de 6 à 15% maximum en Europe. Pensez-vous rendre obligatoire la vaccination comme la polio ?

Un simple test de salive pourrait révéler si une personne est porteuse ou non du coronavirus.

Deux chercheurs de l'université de Yale ont en effet détecté la présence du virus SRAS-CoV-2 dans la salive de sujets non seulement asymptomatiques, mais chez qui le test de dépistage habituel n'avait pas décelé la maladie.

Cela permettrait de tester systématiquement tous les cas symptomatiques et leur entourage en un temps record en cette période de déconfinement. On apprend également qu'il peut être fait par le patient lui-même et donne des résultats visible à l'œil nu en 30 minutes.

Il faut ajouter plus d'agilité au système car il existe beaucoup de domaines où les contacts sont difficiles à éviter et où il est primordial de tester facilement et rapidement. C'est le cas dans le domaine du sport ou dans les prisons mais évidemment aussi parmi le personnel soignant.

Une étude commandée par la Task force est actuellement menée par plusieurs universités. Quand les résultats pourraient être connus? Comment se déroule cette étude? La Défense va-t-elle bel et bien prêter main forte aux centres de tri dans ce cadre?

Monsieur De Backer, je voudrais revenir sur la commande auprès de ZenTech des tests sérologiques. La dernière fois, vous nous aviez parlé de sécurisation de l'approvisionnement. Mais en l'occurrence, pour les tests sérologiques commandés à l'entreprise liégeoise, l'État n'a pas sécurisé, l'État a commandé via un *purchase order*.

Les choses sont donc claires. Par conséquent, je voudrais que vous abandonniez la pratique de la langue de bois et que vous nous disiez la vérité, toute la vérité concernant la commande des tests sérologiques qui sont aujourd'hui encore dans les locaux de Zentech et qui ne peuvent pas être utilisés au bénéfice de nos concitoyens.

Madame De Block, j'en arrive ainsi à un dossier qui me tient très à cœur, à savoir celui qui a trait aux centres de planning familial et à l'interruption volontaire de grossesse. Les centres de planning familial ont continué à travailler, mais les femmes ont eu peur de s'y rendre soit en raison du virus, soit parce qu'elles avaient peur d'être interpellées, lors du confinement, de devoir justifier leur présence sur la route et d'expliquer qu'elles se rendaient dans un centre pour une interruption de grossesse. Ce faisant, plusieurs personnes se sont présentées et étaient hors délais pour pratiquer une IVG. Avez-vous eu des échos à ce sujet? Que comptez-vous faire? J'en reviens à notre proposition qui est toujours sur la table et pour laquelle nous attendons l'avis du Conseil d'État. J'espère que cela permettra, en tout cas, à chacun d'entre nous de réfléchir à la gravité de ces situations.

La présidente: La question n° 55008280C de Mme Tillieux est retirée.

01.11 Dominiek Sneepe (VB): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, mijnheer de minister, zowel in Afrika als in India zien we dat de besmettingen met COVID-19 minder ernstige ziektebeelden met zich meebrengen. Wetenschappers denken dat verhoogde immuniteit een belangrijke rol speelt, maar verwijzen

ook naar massale inenting met het vaccin tegen TBC. In Nederland loopt er intussen een proefproject waarbij men het zorgpersoneel inent met dit vaccin. Lopen er in België ook dergelijke proefprojecten? Zo ja, hoe verlopen die? Zo nee, zal hiermee dan worden gestart? Hoe staan de zorgverstrekkers daar tegenover?

Als we hiermee zouden starten of als dit zou lopen, beschikt België dan over voldoende TBC-vaccins om met dergelijk project te starten of het eventueel verder uit te breiden? Wat is de kostprijs van dergelijk vaccin? Zou dat eventueel een alternatief kunnen zijn voor een ander, duurder vaccin?

Dan is er het Antwerps testdorp. Blijkbaar zit men daar nog steeds onder de testcapaciteit. Dat zou vooral te wijten zijn aan de te enge gevalsdefinitie, waardoor er te weinig tickets worden vrijgegeven. Waarom wordt de gevalsdefinitie niet verder opengetrokken? Waarom worden bijvoorbeeld de essentiële sectoren sowieso niet betrokken? Waarom kunnen leerlingen en leerkrachten, nu het onderwijs weer zal beginnen, niet vrijblijvend worden getest? Waarom krijgen vakantiegangers die uit een oranje zone komen, geen code om zich aan te melden in het testdorp? Minister De Backer, vorige week zei u nochtans dat mensen die uit een oranje zone kwamen, sowieso een code kregen. Dat blijkt toch niet zo te zijn. Waarom?

Vorige week zei u nog voorstander te zijn van het opzetten van meerdere testdorpen of mobiele testlabo's. Is dat ook de visie van de andere leden van deze regering? Zo ja, waarom wordt er dan zo lang mee gewacht om dit uit te rollen? Kan de speekseltest een rol spelen in dergelijke testdorpen of mobiele testlabo's om, bijvoorbeeld bij het begin van het schooljaar, de schoolgaande jeugd en de leerkrachten te testen?

De controle op zogenaamde 'rode reizigers' is nog onvoldoende of zelfs onbestaande. Een oplossing daarvoor komt er pas, lazen we in de krant, op 4 september. Ondertussen zijn de scholen allang open, toch al een dag of vier, en is iedereen teruggekeerd uit vakantie. Dan pas zal men voor een oplossing zorgen. Is dat alweer niet rijkelijk te laat?

Een andere vraag waarover ik graag verduidelijking kreeg, betreft de immuniteit van de farmabedrijven in verband met de schadelijke gevolgen op langere termijn van het vaccin. Mevrouw de minister, vorige week zei u dat dit de normale gang van zaken is en dat dit bij de procedure van het onderhandelen hoort. Ik wil dan graag weten voor welke producten dit in het verleden reeds werd toegepast en wat daar de gevolgen van waren.

Zijn er al gevallen gekend waarbij dan achteraf bleek dat er schadelijke gevolgen zijn op langere termijn? U vertelde aan de pers dat de onderhandelingen nog lopende zijn. Hoever staat het daarmee ondertussen? Hebben de farmabedrijven ondertussen reeds immuniteit verkregen in België? Graag een stand van zaken.

Als het vaccin er komt, zal het in België dan worden verplicht of zal het eerder in lijn liggen van een griepvaccin, namelijk aanbevolen voor risicogroepen? Ik hoor dikwijls dat het gemakkelijk tien jaar duurt vooraleer een vaccin op de markt komt. Nu zou een vaccin tegen COVID-19 al na zowat een jaar klaar zijn. Hoe kan dit? Begrijpt u dat de mensen wat argwanend zijn tegen dit vaccin? Moeten wij niet meer inzetten op een onderzoek naar geneesmiddelen die de symptomen bestrijden waardoor patiënten niet in het ziekenhuis of op de afdeling intensieve zorgen terechtkomen?

Dit alles sluit feilloos aan bij mijn volgende vragen. Na het mondmaskerdebacle van het voorjaar vreest men nu ook een tekort aan virusremmers. Wij weten dat België via een Europese aanbesteding 15.000 dosissen van remdesivir op de kop kon tikken. Dit zou volstaan tot oktober. Wetende dat wetenschappers nog een golf verwachten in het najaar, moeten wij ons toch de vraag stellen of er een bijkomende aanbesteding zal worden uitgeschreven voor het middel remdesivir zodat ook in het najaar geen tekort dreigt. Kan de lijst van medicijnen die door het FAGG werd goedgekeurd in de strijd tegen corona verder worden uitgebreid want er zitten blijkbaar nog enkele veelbelovende geneesmiddelen in de pipeline. Ik denk dan bijvoorbeeld aan Favipiravir en Prednison. Ik weet niet welke procedure ter zake moet worden gevolgd, maar kan die lijst worden aangevuld zodat ook andere veelbelovende geneesmiddelen hierop terechtkomen?

Ik heb tot slot ook nog een bijkomende vraag in verband met de DiaSorin-testen en de kritiek van de klinische labo's. "De pesterijen van de overheid moeten stoppen. De intimidatie moet stoppen. De werkwijze van het FAGG heeft bij heel wat klinisch-biologen de wenkbrauwen doen fronsen." Dat zijn enkele citaten die wij konden lezen in het artikel in *De Standaard* van gisteren. De kritiek richt zich in de eerste plaats op de werkwijze van directeur-generaal Hugues Malonne. Nog maar eens! Die man heeft het hier al eens mogen komen uitleggen en komt nu weer niet al te fraai in de actualiteit. Kan deze man zijn positie behouden nu er uit verschillende hoeken aan zijn beleid en imago wordt getwijfeld?

In datzelfde artikel lezen wij dat heel wat ziekenhuizen ondertussen andere gevalideerde testen gebruiken. De enorme voorraad DiaSorin-testen ligt blijkbaar ergens te vergaan.

Klopt dit? Wat is uw reactie daarop?

De **voorzitter**: Voor MR zie ik niemand in de zaal en niemand op het scherm. Dan gaan we over naar de CD&V. Is mevrouw Farih aangekomen?

01.12 Frieda Gijbels (N-VA): Mevrouw Farih geeft aan dat ze problemen heeft met het geluid.

De **voorzitter**: Is er een oplossing voor haar probleem? Doen we verder met de andere sprekers en komen we hier later op terug?

01.13 Minister Maggie De Block: Mevrouw Farih laat in het chatvenster weten dat ze straks een nieuwe poging zal doen, en dat u mag doorgaan.

01.14 Sofie Merckx (PVDA-PTB): *Mevrouw de minister, ik heb een aantal vragen over de voorbereiding voor de herfstperiode.*

Onze testcapaciteit moet opgedreven worden tot 90.000 testen per dag. Hiervoor moeten we in staat zijn om 90.000 testen per dag af te nemen bij de mensen en ook om die te analyseren. Wie gaat deze staalafnames uitvoeren en wie gaat ze verwerken? Hiervoor is extra personeel nodig zowel bij de afnames als bij de laboverwerking. Is hier al een concreet plan voor?

Het contactonderzoek loopt nog steeds mank. Er zijn nog steeds aanzienlijk meer nieuwe besmettingen elke dag als bij het begin van de zomer. Weten wij waar die infecties zitten? In Duitsland communiceert het contactonderzoek ook dagelijks waar de besmetting heeft plaatsgevonden (op het werk, in familiekring, et cetera). Weten wij ook waar de nieuwe besmettingen optreden? Gaat u deze informatie ook communiceren?

U sprak vorige week over een interfederaal plan dat besproken en afgeklopt zou worden op de Interministeriële conferentie van vorige week. U heeft vorige week niet toegelicht wat precies in dat plan staat. Ik heb hier niks over gehoord of gelezen in de pers de afgelopen week. Wat staat er in dit plan? Waarom bent u nu pas, halverwege de zomer tijdens de tweede coronagolf in ons land gestart met de opmaak van dit plan? De herfst staat voor de deur, wanneer zal het plan in werking treden?

Om de R-waarde naar beneden te krijgen is zowel degelijk en snel brononderzoek nodig als ook preventieteststrategie bijvoorbeeld bij werkers in de gezondheidssector. Hebt u al iets meer concrete informatie over die preventieteststrategie?

Ma seconde question concerne le vaccin.

Madame la ministre, l'expression "Avoir le beurre, l'argent du beurre et le sourire de la crémière" semble très bien s'appliquer au contrat ou l'éventuel contrat d'achat des vaccins par l'Europe auprès d'AstraZeneca, contrat d'achat auquel la Belgique adhérerait.

Il me semble important de refaire l'historique de ce vaccin. Pas moins de 72 millions d'euros ont été octroyés en fonds publics à l'université d'Oxford pour la recherche de ces vaccins, dans un premier temps. Nous avons l'espoir que le vaccin ne ferait pas l'objet d'une licence privée, mais plutôt publique. Cependant, cela n'a pas été le cas étant donné qu'AstraZeneca s'est immiscée dans le jeu et a racheté le brevet à l'université d'Oxford. Aujourd'hui, le développement va plus loin et l'Europe compte pré-acheter des doses de vaccin.

La semaine dernière, nous avons appris que le contrat contiendrait une clause de non-responsabilité, clause qui immuniserait en quelque sorte l'entreprise privée des éventuels dommages à payer en cas d'effets secondaires. C'est, dès lors, à ce sujet que je désire vous interroger, car cela pourrait constituer un dangereux précédent.

Il faut retenir que ce vaccin a été développé grâce à de l'argent public. Il peut déjà être acheté et la société reçoit déjà des financements pour le produire à l'avance. Il y aurait ensuite cette fameuse clause qui ferait en sorte que le public endosserait tous les risques alors que les bénéfices seraient pour l'actionnaire. La firme

est censée avoir l'habitude de couvrir les risques lorsqu'elle développe un médicament ou un vaccin. Il serait logique qu'ils endossent eux aussi leurs responsabilités pour les risques qu'ils prennent, car en acceptant une telle clause, nous pourrions nous attendre à des problèmes au niveau de la qualité, c'est-à-dire qu'en ne se rendant pas responsables d'éventuels effets secondaires, ils prendraient peut-être la qualité à la légère.

Considérant ce genre de contrat, ne ferions-nous pas de même pour les autres firmes, puisque d'autres vaccins sont aussi en cours de développement? Je pense à *Johnson & Johnson* et à la KUL. Avez-vous davantage d'informations relatives aux termes du contrat en ce qui concerne le prix du vaccin, sa qualité et la clause de non-responsabilité que je viens d'évoquer?

01.15 Robby De Caluwé (Open Vld): *Een studie van de Universiteit van Gent toont aan dat slechts een op de drie Belgen bereid is om blijvend de preventiemaatregelen in de strijd tegen COVID-19 na te leven. Nu we staan voor een herfst waarbij de seizoensgriep en de longontstekingen terug aan de orde zijn en scholen terug geopend worden is het absoluut noodzakelijk de preventiemaatregelen na te leven om een derde piek te vermijden.*

We weten dat mensen informeren vaak onvoldoende is om hen ook aan te zetten hun gedrag blijvend of toch voor langere tijd aan te passen. Gedragswetenschappers zouden ons kunnen helpen om mensen te motiveren zich toch te houden aan de preventiemaatregelen en toch te gaan voor die aanpassing van ons gedrag.

Bent U bereid om gedragswetenschappers op te nemen in de relevante beleids- en adviesorganen?

Professor Goossens pleit voor het inzetten van speekseltesten, zeker in de herfst om griepklachten te onderscheiden van symptomen van corona en hij wil die testen massaal inzetten. Mensen zouden die test ook zelf kunnen uitvoeren. De minister heeft daar positief op gereageerd. In elk geval blijft ook hier het probleem van capaciteit een probleem. De minister heeft zich sterk gemaakt dat tegen deze herfst er 90.000 testen per dag mogelijk zijn, maar het massaal gebruik van zelftests zou wellicht ook dat aantal onder druk zetten. Bovendien moeten labo's ook het personeel hebben om al die testen te kunnen verwerken. Dus, er zal altijd een zekere beperking zijn.

Professor Van Gucht heeft al meermaals de mogelijkheid van het poolen van testen geopperd. Dat betekent dat stalen van een bubbel worden gemengd (bijvoorbeeld een klasgroep) zodat men maar één potje moet testen. Als dat positief test, weet men dat minstens één persoon het virus aan het uitscheiden is. Op die manier krijg je natuurlijk snel zicht op mogelijke besmettingen binnen groepen van mensen zonder te veel capaciteit te verbruiken. Bij een positieve test moet men uiteraard wel iedereen afzonderlijk testen.

Hoe staat U tegenover het idee van het poolen van testen?

Hoe staat U tegenover het inzetten van speekseltesten in collectiviteiten (woonzorgcentra, scholen,...) en met welk interval?

Op gemeenschapsniveau hebben de ministers van onderwijs beslist om de deuren van de school wijd open te zetten en kleuters, lagere school leerlingen en jongvolwassen leerlingen dagelijks naar school te laten gaan.

Dat is niet zonder risico, zeker omdat jongvolwassenen op dezelfde intense wijze het virus kunnen verspreiden als volwassenen. Professor Van Gucht noemde het openen van de scholen het dagelijks organiseren van een massa-evenement.

De kans op besmetting is dus reëel. Sommige van deze leerlingen hebben kwetsbare ouders, risicopatiënten die bij besmetting een grote kans op overlijden hebben. Deze gezinnen staan voor een moeilijke uitdaging. Hoe moeten zij de komende maanden veilig hun leven thuis organiseren om het kwetsbaar gezinslid te beschermen.

Hoe schat u het besmettingsgevaar in met betrekking tot het voltijds openen van het onderwijs voor jongvolwassenen (jongeren vanaf de tweede graad middelbaar tot op universitair niveau)?

Hoe kunnen gezinnen met een risicopatiënt (schoolgaand kind of kwetsbare ouder of grootouder thuis) zich beschermen tegen dit extra gevaar op besmetting?

Hoe wordt de evolutie van besmettingen naar aanleiding van de opening van de scholen geëvalueerd binnen Sciensano?

Collega's, we stellen bij heel wat mensen coronamoeheid vast. Toch is het noodzakelijk dat wij de preventiemaatregelen blijven naleven om een derde piek te vermijden, zeker nu wij voor het seizoen van de chronische seizoensgriep, waarin misschien ook longontstekingen de kop opsteken, staan en de scholen binnenkort heropenen. Het is vaak onvoldoende om mensen te informeren, opdat zij hun gedrag blijvend of minstens op langere termijn zouden aanpassen. Ik denk dat gedragswetenschappers er ons bij kunnen helpen om de burgers te motiveren om zich aan de maatregelen te houden. Natuurlijk vragen we wel grote aanpassingen, maar de maatregelen worden nu eenmaal niet voor niets genomen. Wordt er werk gemaakt van de piste om ook gedragswetenschappers in alle beleids- en adviesorganen op te nemen?

De heropening van de scholen moeten we volgens mij van nabij opvolgen. De bevoegde ministers van de Gemeenschappen hebben beslist om de schooldeuren te heropenen, wat op zich een goede zaak is, echter niet zonder risico, zeker nu blijkt dat jongvolwassenen op dezelfde intense manier het virus kunnen verspreiden als volwassenen. Wij hebben professor Van Gucht horen verklaren dat de opening van de scholen vrijwel overeenkomt met de organisatie van een massa-evenement elke dag opnieuw. De kans op besmetting is niet onbestaande. Ik maak mij er wat zorgen over, omdat leerlingen in contact kunnen staan met kwetsbare ouders, inwonende grootouders, risicopatiënten. Die gezinnen staan dus voor een heel moeilijke uitdaging. Hoe zullen zij zich de komende maanden thuis veilig kunnen organiseren om het kwetsbaar gezinslid te beschermen? Welke maatregelen kunnen zij eventueel nemen?

Mijnheer de minister, van u had ik graag ook wat informatie gekregen over de speekseltests. Professor Goossens pleit sterk voor de massale inzet van speekseltests, zeker in de herfst, om griepklachten te onderscheiden van symptomen van COVID-19. Het voordeel van de speekseltests is dat mensen die ook zelf kunnen uitvoeren. Ik heb begrepen dat u daar positief tegenover staat. Er blijft echter wel een capaciteitsprobleem. U hebt zich sterk gemaakt dat er tegen de herfst 90.000 tests per dag mogelijk zijn, maar wanneer er massaal zelftests worden uitgevoerd, komt ook dat hoge aantal misschien onder druk te staan. De laboratoria beschikken ook niet over een onbeperkt aantal medewerkers om de tests te verwerken. Er zal altijd een zekere beperking zijn.

Er zal altijd een zekere beperking zijn.

Het idee dat professor Van Gucht al meermaals heeft geopperd, het poolen van testen, is misschien een interessante piste. Daarmee bedoelt hij dat stalen van bijvoorbeeld een volledige klasgroep zouden worden gemengd, zodat er maar één test moet gebeuren. Als die positief is, kan men heel gericht in de klasgroep zoeken wie er besmet zou zijn. Zo krijgt men heel snel een globaal zicht op mogelijke besmetting binnen een groep van mensen, zonder dat men meteen heel veel capaciteit verbruikt.

Hoe staat u tegenover het idee van het poolen van testen en tegenover het inzetten van speekseltesten in collectieve voorzieningen als woonzorgcentra, scholen en dergelijke meer? Met welk interval eventueel?

La présidente: Madame, monsieur le ministre, chers collègues, vu l'impossibilité de Mme Farih de se connecter, elle nous a fait savoir qu'elle transformait ses questions en questions écrites.

01.16 Maggie De Block, ministre: Madame la présidente, veuillez m'excuser de vous interrompre, mais je tiens à vous faire remarquer que Mme Farih n'a pas déposé de questions. Peut-être les a-t-elle adressées à mon collègue, Philippe De Backer, mais pas à moi.

La présidente: Nous allons vérifier.

01.17 Karin Jiroflée (sp.a): *België is ondertussen mee gestapt in de overeenkomst die de Europese Commissie gesloten heeft met AstraZeneca over haar vaccin in ontwikkeling. De EU heeft zich verzekerd van 300 miljoen vaccins als het beschikbaar zou worden.*

Heel vreemd in deze overeenkomst is dat de EU is meegegaan in de eis van de firma dat de koper (de EU en nu dus ook België) opdraait voor mogelijke schadeclaims als er later iets fout zou lopen met het vaccin en er rechtszaken worden aangespannen.

Een aantal experts vindt dit een ongewone manier van werken en ook gevaarlijk. Omdat de firma op deze

manier wel eens verleid zou kunnen worden tot haastig en onzorgvuldig werken.

Wat staat er exact in de overeenkomst over die schadeclaims en gaat België hierin mee?

Hoeveel van de 300 miljoen vaccins zijn er voor ons land?

Op welke manier zal er, als het zover is, in ons land worden omgegaan met de vaccins? Wie zal prioriteit krijgen? Op welke manier zal dat bepaald worden? Wie is er bezig met het uitwerken van deze criteria?

Wat zal de prijs zijn van het vaccin?

Ik kom nog even terug op de zaak van de DiaSorin tests. Ondertussen wordt het steeds duidelijker dat de kwaliteit van die tests ondermaats is.

Van het miljoen bestelde tests zijn er volgens de laatste berichten een 300.000 afgenomen door Belgische labo's. Volgens het contract met DiaSorin moet de federale overheid alle niet gebruikte tests zelf aankopen.

Wat zal de regering doen in dit geval?

Waar zullen die tests dan voor gebruikt worden?

Zal België de overeengekomen prijs per kit dan volledig moeten betalen?

Wij vernemen dat de tracing app die België besteld heeft vanaf begin september zal proefdraaien bij vrijwilligers van grote bedrijven en dat hij midden september zou kunnen gelanceerd worden.

Mijnheer de minister, klopt deze informatie? Kan u wat meer details geven?

We lazen in de pers dat er geen algemene drempel komt waarbij scholen moeten overgaan naar een volgende kleurfase.

In de plaats daarvan komt er ingewikkelde, en lange weg, via de RAG, de RMG, de Nationale crisiscel en de gemeente.

Dit is het recept voor weer veel twijfel en vooral, voor weer veel te laat ingrijpen. Met alle gevolgen vandien.

Is dit niet weigeren te leren van voorgaande fouten?

Mevrouw de minister, België is ondertussen meegestapt in de overeenkomst die de Europese Commissie heeft gesloten met AstraZeneca. Heel vreemd in deze overeenkomst is dat de EU is meegegaan in de eis van de firma dat de koper opdraait voor mogelijke schadeclaims als er later iets fout zou lopen met het vaccin en er rechtszaken worden aangespannen.

Een aantal experts vindt dit ook een bijzonder ongewone manier, en ook een gevaarlijke manier van werken. Ik had graag geweten wat er exact staat in de overeenkomst over die schadeclaims. Gaat België hierin mee? Hoeveel van de 300 miljoen vaccins zijn voor ons land? Op welke manier zal, als het zover is, in ons land worden omgegaan met de vaccins? Wie zal er prioriteit krijgen? Op welke manier zal dat worden bepaald? Wie is er bezig met het uitwerken van deze criteria? Wat zal de prijs zijn van een vaccin?

Mevrouw de minister, we lazen gisteren in de pers dat er geen algemene drempel komt waarbij scholen moeten overgaan naar een volgende kleurfase. In de plaats daarvan komt er een ingewikkelde lange weg via de RAG, de RMG, de Nationale Crisiscel en de gemeente. Volgens ons is dit weer een recept voor veel twijfel en vooral voor veel te laat ingrijpen, met alle gevolgen vandien. Wij hebben de indruk dat er hier niet geleerd wordt uit de voorgaande fouten.

Dat mensen zich niet laten testen bij terugkomst uit een rode zone, dat wisten wij al, maar nu blijken ook de voorzien sancties niet toegepast te worden. Mevrouw de minister, wat gaat u daaraan doen?

Mijnheer de minister, nog even terugkomend op de zaak van de DiaSorintests – en ik ben niet de enige vandaag die dat doet –, er zouden volgens de laatste berichten 300.000 tests afgenomen zijn door Belgische labo's. Ik had graag geweten of dat getal klopt. Wat zal de regering doen in dat geval? Waar zullen die tests voor gebruikt worden? Zal België de overeengekomen prijs per kit dan volledig moeten betalen?

Mijnheer de minister, wij vernemen dat de tracing app die België besteld heeft vanaf begin september zal proefdraaien bij vrijwilligers van grote bedrijven en dat hij midden september zou kunnen worden gelanceerd. Klopt deze informatie en kunt u er wat meer details over geven?

01.18 Jan Bertels (sp.a): Mevrouw de voorzitter, nog kort een opmerking over de psychosociale ondersteuning voor onze zorgverleners

Mevrouw de minister, ik verwijs naar uw deelantwoord dat u vorige keer gegeven hebt en waarin u spreekt over een bijkomende injectie voor de ziekenhuizen. Mijn contacten in de ziekenhuizen weten niet over welke injectie dat zou gaan. Kunt u dat verduidelijken?

Wij hebben het even gehad over de rol van de psychosociale managers. Is dat een andere rol dan in het kader van het psychosociale interventieplan D2 zoals wij dat nu kennen? U hebt verwezen naar de rol van manager, maar dat blijft voor mij toch een onduidelijke zaak.

Mijnheer de minister, over het testen in ziekenhuizen, u hebt terecht een verhoging van de financiering aangekondigd voor de test- en triagecentra en de afnamecentra, maar ook de ziekenhuizen worden geconfronteerd met een hogere testcapaciteit. Zit er ook daar een verhoging van de financiering in?

In dezelfde orde, u hebt hier vorige keer gesproken over een bijkomende financiering van 50 miljoen euro voor het nationaal platform bis, gelinkt aan de zeven universitaire ziekenhuizen. Kunt u verduidelijken waarvoor die 50 miljoen euro zal worden aangewend?

Mijnheer de minister, in aanvulling bij wat de andere collega's al hebben gevraagd, kunt u openbaarheid geven aan de validatiestudies met betrekking tot die DiaSorintest die door u en het FAGG werden aangekondigd? Het zou positief zijn mochten wij die twee studies openbaar kunnen krijgen om te zien of er toen effectief voldoende kwalitatief getest en gevalideerd werd.

01.19 Catherine Fonck (cdH): *Surveillance de l'épidémie: qu'en est-il de la cartographie des clusters ? Et quelles dispositions sont prises pour être le plus efficace et le plus rapide possible dans la gestion de ces clusters ? Vous envoyez des informations aux bourgmestres. Vous assurez-vous du suivi ? Avez-vous des informations de retour sur la gestion de chaque cluster ?*

À côté du suivi des tests PCR, un échantillonnage aléatoire de sérologie réalisé régulièrement est un point important de la surveillance épidémiologique d'une épidémie. A ma connaissance il a été réalisé une fois. A-t-il été répété? Si non, il me semble important qu'il soit mis en place, en le pratiquant une fois par mois.

Concernant le vaccin Covid19:

La Belgique a annoncé l'achat de 4 millions de doses. Sur quelle base ce calcul a été réalisé ? Considérez-vous qu'une dose ne pourra pas être mise à disposition de chaque belge ? Ou s'agit-il d'une 1ère commande ? Quand d'autres vont suivre ? Quel est votre objectif de disponibilité en nombre de vaccins ? Quant à l'obligation de vaccination ou pas, les experts sont-ils mandatés pour répondre à cette question ? L'ordre de priorisation des vaccins est-il déjà clairement établi et validé par les autorités ? Enfin, la Belgique a validé sa participation à l'accord UE/Astra Zeneca : quel est le prix retenu ? Et qu'en est-il sur l'évolution de la négociation avec le vaccin de la firme Johnson&Johnson ?

Concernant les maisons de repos et institutions non hospitalières:

Le retour des médecins généralistes physiquement dans les maisons de repos et dans ces institutions est un point particulièrement crucial. Les consultations en ligne ont permis de passer le cap dans des moments difficiles, mais cela ne remplace pas le suivi des résidents sur place. Est-ce bien le cas aujourd'hui et cela va-t-il bien rester la norme ? Par ailleurs, on sait qu'il y a eu un certain nombre de freins à l'hospitalisation de personnes âgées venant des maisons de repos. Y a-t-il encore des freins aujourd'hui? Des clarifications me semblent nécessaires.

Concernant le financement des hôpitaux et la perte de leur financement en raison du Covid19: pouvez-vous faire le point? Et clarifier le calendrier?"

Concernant le testing/tracing/isolate:

Je reviens pour la 3e fois sur la même question à laquelle vous n'avez toujours pas répondu. Pourquoi ne pas faciliter le testing des touristes revenant de zones orange, à l'image de ce qui a été décidé pour les touristes revenant de zones rouges ? Il est crucial de resserrer les mailles du filet en cette veille de rentrée scolaire et de rentrée professionnelle pour isoler tous les porteurs et casser les chaînes de transmission.

Je reviens pour la 4e fois sur la même question à laquelle vous n'avez toujours pas répondu du camion mobile de dépistage complètement équipé (cofinancé par la Sécurité civile) qui est stationné dans la caserne de la Protection civile à Crisnée, et attend une décision politique depuis de très nombreux mois pour être mobilisé et aller au cœur des quartiers et de clusters chaque fois que c'est nécessaire. Il a prouvé son efficacité en Italie. Depuis le début de la crise, ce projet disponible a été proposé au gouvernement qui n'en a rien fait...En complément des centres de tri et des «villages» de dépistage, il apporterait une plus-value

majeure.

Quelle est l'évolution du testing du retour des touristes en zone rouge? Et quelles dispositions sont prises pour les motiver personnellement à faire ce test et à s'isoler si nécessaire?

Quelle est l'évolution du délai de remise au patient du résultat de son test covid19 PCR?

Quel est le taux de contact établi avec les personnes dont le test est positif? Quel est le taux d'isolement des personnes testées positivement? Quel est le nombre moyen de contacts pris par porteur dans le cadre du tracing? Quel est le délai entre le déclenchement du tracing et le moment du prélèvement du test PCR?

Quels sont les résultats des équipes tracing? Merci de nous procurer ces données.

Quelle est l'évolution du taux de positivité en sérologie? Pourquoi ces résultats ne sont-ils pas publics?

Quelle est la décision sur le screening en maisons de repos et en institutions non hospitalières pour les résidents et le personnel? Quand sera-t-il lancé dans chaque région?

Concernant la plate-forme fédérale de testing:

Une réunion de coordination et de mise en place a eu lieu ce vendredi 21 août entre divers partenaires rassemblant les universités actives en matière de lutte contre la pandémie et des laboratoires de biologie clinique agréés dans le diagnostic COVID-19. Le CHU UCL NAMUR dont le laboratoire de son hôpital universitaire a été l'un des premiers agréés dans le cadre de cette lutte n'a pas été convié à cette réunion. Pourquoi et qu'en est-il?

Surveillance de l'épidémie :

Qu'en est-il de la cartographie des clusters? Et quelles dispositions sont prises pour être le plus efficace et le plus rapide possible dans la gestion de ces clusters? Vous envoyez des informations aux bourgmestres. Vous assurez-vous du suivi? Avez-vous des informations de retour sur la gestion de chaque cluster?

À côté du suivi des tests PCR, un échantillonnage aléatoire de sérologie réalisé régulièrement est un point important de la surveillance épidémiologique d'une épidémie. A ma connaissance il a été réalisé une fois. A-t-il été répété? Si non, il me semble important qu'il soit mis en place, en le pratiquant une fois par mois.

La Belgique a acheté un million de tests Covid19 Diasorin. Les résultats d'une étude comparative au Danemark sur les tests sérologiques Covid19 démontrent une sensibilité de 84,6% et une spécificité de 97,2%. Ces résultats sont décevants, singulièrement par rapport aux autres sérologies.

Le directeur général de la direction post autorisation de l'AFMPS avait pourtant déclaré que ce test Diasorin avait une sensibilité et une spécificité de 100%. Propos nuancés dans un 2e temps.

Vous-même avez déclaré que vous aviez dû acheter un grand nombre de tests rapidement, et que le Diasorin est performant.

Cette explication me semble bien trop courte. Scientifiquement d'abord, sur les résultats du test. Politiquement ensuite pour la santé.

Ces tests ont-ils été utilisés? Ou pas? Va-t-on vérifier les résultats des patients concernés?

Combien reste-t-il de tests Diasorin? Vont-ils être mis de côté?

Combien d'autres tests sont disponibles?

Pouvez-vous mettre à disposition les caractéristiques des études réalisées en Belgique sur les tests Diasorin et sur les autres tests de sérologie? J'avais fait cette demande lors de l'audition de Monsieur Malonne. On m'avait promis de me les envoyer. Et rien n'a suivi...

Madame, monsieur le ministre, il faut évidemment poursuivre les mesures barrières. Toutefois, pour ce qui concerne la surveillance de l'épidémie et l'efficacité des mesures sur le *testing*, le *tracing* et l'isolement des porteurs positifs, toute une série de questions persistent.

Je voudrais, tout d'abord, revenir sur des questions que j'ai déjà posées à plusieurs reprises, notamment sur le fait de pouvoir faciliter le *testing* des touristes qui reviennent des zones orange, tout comme c'est le cas pour les touristes revenant des zones rouges. Je voudrais également que vous répondiez à ma question – c'est la quatrième fois que je vous la pose – sur le camion mobile de dépistage qui a été complètement équipé avec le cofinancement de la sécurité civile, qui est stationné dans la caserne de protection civile de Crisnée, alors qu'il pourrait venir renforcer les villages de *testing*.

Je voudrais également que les choses soient clarifiées concernant l'évolution du *testing* pour les touristes qui reviennent d'une zone rouge. En effet, il ne suffit pas de dire qu'ils ne se font pas nécessairement tester. La question est de savoir quelles sont les dispositions que les gouvernements prennent pour être beaucoup plus efficace, pour les motiver à faire ce test, et à s'isoler?

Pour ce qui concerne le taux des contacts, le taux d'isolements effectifs, la manière avec laquelle le *tracing* est déclenché, sur les délais de déclenchement du *tracing*, je vous renvoie aux questions que j'ai déposées.

Quant aux maisons de repos, j'ai vu qu'on commençait à refaire du *screening*. Les choses sont-elles claires dans chaque Région? Pouvez-vous refaire le point sur la question?

Vous avez parlé, la semaine dernière, de la plateforme fédérale de *testing*, mais il me revient que, lors de la réunion du vendredi 21 août, le CHU UCL de Namur, dont le laboratoire a pourtant été l'un des premiers à être agréé dans le cadre de la lutte contre la COVID, n'avait pas été convié à cette réunion. Pourquoi? Qu'en est-il?

Toujours pour ce qui concerne la surveillance de l'épidémie, je voudrais que la clarté soit faite sur la cartographie des clusters. Pourrait-elle être mise à disposition? L'interaction avec les bourgmestres a-t-elle lieu de la manière la plus efficace possible? On peut, en effet, s'interroger à ce sujet puisqu'ils m'ont fait savoir que les informations qui leur sont communiquées ont trait aux quartiers et aux rues des personnes concernées, mais qu'ils ne pouvaient pas interagir avec elles. Cela ne pose-t-il pas des questions en termes d'efficacité, notamment concernant l'importance d'isoler ces personnes positives?

Pour ce qui concerne encore et toujours la surveillance, il y a l'enjeu de pouvoir mettre en place un échantillonnage aléatoire de sérologie pour suivre régulièrement l'importance de l'épidémie. Cette mise en place a-t-elle été faite? Si tel n'est pas le cas, ne serait-il pas important de le faire.

Pour ce qui a trait au vaccin, mes collègues vous ont posé une série de questions; j'en ai également déposé, notamment au sujet des chiffres, du prix.

Le groupe de travail s'est-il penché sur l'obligation vaccinatoire ou non, sur la priorisation? Par ailleurs, des clauses particulières sont-elles acceptées avec ces firmes, alors qu'elles ne sont pas habituelles avec les autres vaccins administrés en Belgique?

Concernant les maisons de repos et les hôpitaux psychiatriques, vous avez lu, je n'en doute pas, l'appel à l'aide lancé par des psychiatres dont le Dr Depuydt, mais aussi une série de soignants. Quelles sont vos réponses et les aides qui peuvent leur être apportées?

Il serait apprécié que l'on fasse le point sur le financement des hôpitaux.

Quant au DiaSorin, j'ai une série de questions précises, monsieur le ministre De Backer et j'espère que vous y répondrez. Comme je vous l'ai également demandé, j'aimerais avoir à disposition (je l'avais déjà dit lorsque M. Malonne était venu en audition) les études réalisées en matière de validité. L'AFMPS avait dit qu'elle nous les transférerait, or nous n'avons toujours rien reçu. J'espère que nous pourrions avoir la transparence sur tout cela.

La **présidente**: Madame Fonck, je vous rends attentive au respect du temps de parole. Je n'ai pas voulu vous interrompre. Je sais que la semaine dernière a été laborieuse et que nous avons tous envie de répliquer. Je ne veux pas vous priver du temps de parole. Néanmoins, je vous fais la remarque afin que vous y soyez attentive une prochaine fois.

01.20 Sophie Rohonyi (DéFI): *Des moyens considérables sont actuellement mis en œuvre pour développer des tests beaucoup plus faciles à déployer à large échelle.*

Je pense notamment aux tests permettant de détecter le virus dans la salive par des techniques ultra rapides.

C'est l'organisme international Find qui centralise l'évaluation de ces tests avant leur commercialisation. L'université de Liège a d'ailleurs mis au point un nouveau kit de dépistage salivaire et compte débiter la production à la mi-août, avec pour objectif la réalisation de 2 millions et demi de tests par mois.

Le problème est que selon une récente étude sollicitée par la taskforce fédérale "testing & shortages" et approuvée par la Commission d'éthique médicale de l'UZ Leuven, les personnes ayant une charge virale basse n'ont pas pu être détectées à l'aide de la salive.

Autrement dit, selon l'AFMPS, l'analyse de la salive n'est pas adaptée au diagnostic individuel du virus chez les patients symptomatiques et les contacts à haut risque. Par contre, ce prélèvement est susceptible d'être

suffisamment efficace pour identifier les porteurs de virus asymptomatiques avec une charge virale moyenne à élevée, dans le contexte de campagnes de dépistage systématique.

En commission Santé du 18 août, vous avez confirmé la fiabilité de ces tests, mais aussi le fait que les personnes ayant une charge virale très faible ne seront pas testées positives et que, par conséquent, le risque était de perdre la trace des personnes peu infectées. Par conséquent, vous avez annoncé avoir demandé au Risk Assessment Group (RAG) un avis quant à la manière d'utiliser les différents types de prélèvement.

Par conséquent, madame la ministre, pouvez-vous me faire savoir:
Si l'avis du RAG a été rendu?

Dans l'affirmative, quelle est la position du SPF Santé publique concernant ces tests salivaires?

L'utilisation de ces tests sera-t-elle recommandée ou déconseillée sur la base des conclusions de l'AFMPS?

Les tests sanguins rapides sont proposés aujourd'hui dans les pharmacies françaises où ils sont effectués sur place en quelques minutes.

La firme wallonne Zentech a développé ce type de tests qui pourraient certainement être déployés pour des études de masse visant à établir le degré d'immunisation dans la population. Le test Zentech permet en effet la détection d'anticorps, il devient très performant surtout à partir du 14^e jour à dater du début de symptômes.

Or, après avoir demandé à la firme Zentech de mettre à disposition de la Belgique plusieurs millions de tests rapides, aucune directive n'a été fournie sur leur utilisation.

Par conséquent, Madame la Ministre, pouvez-vous me faire savoir:
Dans quelle mesure les tests sanguins rapides seront-ils déployés et inclus dans notre stratégie de testing?

Quand disposerons-nous de directive quant à leur utilisation?

En psychiatrie, les hospitalisations, notamment sous contrainte, sont de deux types:

Les internements pour les personnes atteintes d'un trouble mental et qui ont commis un crime ou délit;

Les mises en observation ordonnées en urgence par un procureur du Roi lorsqu'il estime qu'une personne souffrant de problèmes psychiatriques met gravement en danger sa propre santé ou sécurité ou celle des autres.

Une décision qui ne peut être prise qu'avec l'expertise menée par l'un des hôpitaux spécialisés et agréés dans le domaine. Or, aujourd'hui, ils croulent littéralement sous les demandes. A Bruxelles, rien que pour le mois de juin, 200 expertises ont été menées.

Cette saturation des services s'expliquerait par un retour des patients qui étaient sortis des radars durant le confinement, mais aussi une arrivée de patients angoissés par le déconfinement et ses contraintes. Il y a aussi les personnes qui n'ont pas pu faire leur deuil, qui ont perdu leurs repères sociaux ou qui sont confrontés à de grandes difficultés économiques, des faillites, etc.

Face à cette situation, le personnel de ces hôpitaux se dit particulièrement inquiet. Il craint par ailleurs une hausse des suicides.

Par conséquent, madame la ministre, peut-il me faire savoir:
Avez-vous évalué la charge de travail actuelle des hôpitaux psychiatriques, eu égard aux effets du confinement, du déconfinement et des conséquences économiques et sociales de la crise du coronavirus?

Quelles mesures concrètes avez-vous et/ou allez-vous prendre pour revaloriser le secteur de la mise en observation?

Le 28 juillet dernier, la bulle sociale a été réduite de 15 à 5 personnes, et ce alors que le GEES avait estimé

nécessaire de réduire la taille de cette bulle de 15 à 10 personnes dans son premier rapport. C'est donc finalement l'avis rendu par le CELEVAL le 26 juillet qui a été suivi.

On le voit: peu de concitoyen.nes semblent respecter cette règle. Non seulement parce que le nombre autorisé de personnes constituant la bulle n'a cessé de changer, parce que cette bulle est difficilement supportable sur le long terme, comme l'a souligné à plusieurs reprises la porte-parole interfédérale Frédérique Jacobs, mais aussi parce que l'efficacité de la bulle sociale n'est pas basée sur des évidences scientifiques, comme l'ont souligné les professeurs Coppieters et Goffard de l'ULB.

En commission de la Santé du 18 août, vous affirmiez que cette bulle sociale serait évoquée lors du CNS du 20 août, CNS qui a finalement maintenu la bulle sociale à 5 personnes.

À cette occasion, la première ministre a réexpliqué ce concept, à savoir que la bulle ne concernait que les contacts rapprochés, ce qui ne nous empêche pas de voir d'autres personnes, mais en respectant la distance physique. Elle a également expliqué que si cette mesure n'avait pas été prise, les hospitalisations auraient augmenté de manière significative.

En Commission de la Santé du 20 août, vous expliquiez également que cette mesure avait été inspirée par des simulations et des modèles développés par les départements de l'université d'Anvers et de l'université de Hasselt, indiquant que la restriction du nombre de contacts en dehors du ménage peut entraîner un impact majeur sur celui des hospitalisations.

Par conséquent, Madame la Ministre, pouvez-vous me faire savoir:

Quels sont les résultats exacts de ces simulations mais aussi et surtout les effets concrets qu'ont eu cette bulle sociale réduite sur la propagation du virus?

Pourquoi, malgré ces simulations et résultats, nombre d'experts contestent encore aujourd'hui l'efficacité de cette mesure?

Dans quelle mesure est-elle respectée et comment a-t-on pu la vérifier et la contrôler?

Depuis le début des vacances d'été, notre pays est confronté à une recrudescence de contaminations au coronavirus, même si elle reste nettement moindre que celle que nous avons connue aux mois de mars, avril et mai.

Ce vendredi 14 août, selon les chiffres fournis par Sciensano, on comptait encore 544 nouvelles contaminations par rapport au bilan de la veille. Le nombre de nouveaux cas de Covid-19 en Belgique s'élevait ainsi à 605,7 par jour en moyenne au cours de la période de sept jours allant du 4 au 10 août, ce qui représente une augmentation de 9% par rapport à la période de sept jours précédente.

*Trois éléments diffèrent également des mois de mars, avril et mai:
Notre capacité de testing, de tracing et le port du masque obligatoire.*

La réouverture progressive de certains secteurs

La réouverture des frontières

Afin d'avoir une vraie stratégie nous permettant de limiter la propagation du virus malgré ces 2 derniers éléments qui étaient nécessaires pour notre vie sociale et économique, il importe aujourd'hui de connaître, par la voie du tracing principalement, l'origine de ces contaminations pour éventuellement adapter les mesures du Conseil national de sécurité.

Par conséquent, monsieur le ministre peut-il nous communiquer la proportion de nouvelles contaminations dues à des voyages à l'étranger, à des événements publics, à des événements familiaux... et dans quelles mesure cela a influencé les mesures du CNS du 20 août?

Une importante étude comparative menée au Danemark sur la fiabilité de seize tests sérologiques Covid-19 vient de recaler le kit commandé à un million d'exemplaires par les autorités belges.

Alors que le directeur général de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS) avait assuré que le kit de test DiaSorin avait «une sensibilité et une spécificité de 100 %», cette étude établit une spécificité (le degré auquel un test identifie correctement les échantillons de sang sans anticorps) de 97,2 %, et une sensibilité (degré de détection des échantillons de sang contenant des anticorps) de 84,6 %.

Par conséquent, monsieur le ministre peut-il me faire savoir:

Si ces tests font partie des tests sécurisés (validés par l'AFMPS, marqués CE et disponibles pour le marché belge) que vous avez évoqués en Commission de la santé du 18 août, et qui sont disponibles chez les médecins généralistes?

Dans la négative, pourquoi ces tests n'ont-ils pas été sécurisés?

Dans l'affirmative, les résultats de cette étude remettent-ils en cause leur utilisation? Si oui, le réseau de distribution et de prélèvement en a-t-il été informé, et par quel canal? Des mesures ont-elles été prises pour les retirer du circuit?

Si non, par qui ces tests seront-ils utilisés et avec quel suivi? Etant donné le doute généré par l'étude danoise, n'y a-t-il pas lieu de mettre en place un dispositif particulier pour contrôler leur fiabilité?

Les laboratoires de ces tests ont-ils reçu des directives à ce sujet?

La Commission européenne a conclu cet été un contrat avec AstraZeneca pour l'achat de 300 millions de doses de son vaccin pour lutter contre le coronavirus, avec une option pour 100 millions supplémentaires. La Belgique doit confirmer sa participation.

Le Comité consultatif belge mis en place pour évaluer les dossiers d'achat de vaccins contre le coronavirus aurait décidé que la Belgique pouvait acheter ce vaccin développé par l'université d'Oxford. La décision finale appartient à la Conférence interministérielle Santé publique.

Cependant, selon certaines sources, des millions de doses seraient déjà réservées à la Belgique. Or, AstraZeneca aurait demandé une exonération de responsabilité quant aux effets secondaires en cas d'inoculation de son vaccin.

Une telle exonération de responsabilité impliquerait qu'en cas d'émergence d'effets secondaires graves (mort, invalidité ou incapacité importante ou durable, hospitalisation, anomalie ou malformation congénitale...), l'Etat belge devrait en assumer les conséquences, même après plusieurs années.

Cette clause a fait réagir plusieurs experts belges, dont le professeur de Droit de la Santé à la KUL et avocat Stefaan Callens, qui affirme que cette démarche est fréquente aux USA mais exceptionnelle en Europe. Il estime que de telles clauses sont dangereuses et pourraient "amener une entreprise pharma à négliger ses normes ou à prendre des risques qu'elle n'oserait pas prendre autrement."

La loi du 25 juin 1991 relative à la responsabilité du fait des produits défectueux - et qui concerne les produits de santé et leur mise en circulation - dispose d'ailleurs en son article Art. 10. que "La responsabilité du producteur ne peut être limitée ou écartée à l'égard de la victime par une clause limitative ou exonératoire de responsabilité."

En conséquence:

Où en est le processus de décision quant à l'achat de doses de ce vaccin par la Belgique?

Est-il exact que des millions de doses ont déjà été réservés par la Belgique?

Est-il exact qu'AstraZeneca impose une clause d'exonération de sa responsabilité, et dans l'affirmative, comment l'entreprise justifie-t-elle cette exigence?

Avez-vous vérifié la validité juridique de cette clause?

Madame la ministre, à ce sujet, je me dois d'ajouter que, quel que soit le ou les vaccins qui seraient finalement choisis par notre gouvernement, il faudra convaincre la population de son utilité, en particulier après les sagas que nous avons connues relatives aux masques ou aux tests.

Le gouvernement dispose-t-il d'une stratégie par rapport à cela? La question de rendre la vaccination

obligatoire est-elle sur la table?

Pour le reste, je voulais aussi vous interroger sur d'autres questions qui me semblent fondamentales. En ce qui concerne le virus en tant que tel, on ne cesse d'entendre, et c'est une excellente chose, que le nombre de contaminations, d'hospitalisations ou encore de décès ne cessent de diminuer. À côté de cela, on entend aussi que le virus aurait muté et serait moins dangereux. En tout cas, c'est ce qui est établi par une certaine étude.

Eu égard à cette thèse, j'aurais voulu connaître le point de vue de Mme la ministre de la Santé. Considérez-vous que cette baisse dans les chiffres est due uniquement au respect des gestes barrières ou cela aurait-il aussi un rapport avec cette fameuse potentielle mutation du virus? Disposons-nous d'ailleurs, aujourd'hui en Belgique, d'un organisme qui serait chargé du suivi d'éventuelles mutations du virus?

Nous venons aussi de connaître en Belgique le premier cas de réinfection au COVID-19. Là aussi, disposons-nous en Belgique d'études relatives aux effets du virus sur notre système immunitaire? Ces cas de réinfections sont-ils répertoriés, suivis et analysés pour pouvoir justement partager ces analyses à l'échelle internationale?

Je me dois aussi, comme l'ont fait certains de mes collègues, de vous partager mon inquiétude quant à l'absence de sensibilisation auprès des personnes qui reviennent de voyage, en particulier à l'aéroport de Bruxelles-National, mais cela concerne bien évidemment aussi les aéroports régionaux. Mis à part le formulaire que ces voyageurs doivent remplir à leur arrivée à l'aéroport, aucune communication spécifique ne leur est adressée quant à leurs obligations et ce, alors que nous venons d'apprendre que seules 40 % des personnes qui reviennent de zone rouge se font tester.

Ce n'est qu'après quelques jours que les bourgmestres sont informés d'éventuels *clusters* à surveiller. Or, on le sait, après plusieurs jours, il est trop tard.

Je voulais donc savoir quelles sont les mesures mises en place pour assurer un suivi correct de ces voyageurs et une vraie sensibilisation à leur destination lorsqu'ils reviennent de vacances.

Enfin, et il s'agit ici d'une question adressée à M. De Backer, je voulais aborder la question du *tracing*. Nous savons que l'application mobile de *tracing* *CoronaAlert* entre dans sa phase de test. C'est bien évidemment une bonne chose, parce que là aussi, de nombreux experts et académiques estiment que les mesures contraignantes, comme la bulle des cinq, comme le port généralisé du masque, pourraient grâce à cette application être assouplies, ou en tout cas plus ciblées, mais à condition que la population y adhère.

Monsieur le ministre, comment comptez-vous rassurer la population par rapport au respect de la vie privée par cette application? Si cette application est installée par un nombre suffisant de citoyens, estimez-vous que, de par ce fait, certaines règles sanitaires pourraient être assouplies ou en tout cas plus ciblées?

01.21 Barbara Creemers (Ecolo-Groen): *Ik heb enkele opvolgvragen in verband met de serologische testen van DiaSorin en de heer Malonne van het FAGG*

*In juli sprak u over een heronderhandeling over de prijs, omdat in Italië maar 4 euro per stuk wordt aangerekend. Wat is de stand van zaken van die onderhandelingen?
Hoeveel tests zijn er momenteel nog in voorraad en wat gaat hiermee gebeuren?*

Wat vindt u van de verklaringen van de ziekenhuislabo's over de eigengereide stijl en zelfs halve bedreigingen van de heer Malonne om de labo's ervan te weerhouden zelf extra evaluaties te doen?

Wat gaat u op korte termijn doen om de polemiek tussen het FAGG en de betrokken labo's te ontwijden?

Tijdens de actuadebat van 28 juli 2020 antwoordde u op mijn vraag over de strategische stock van medicijnen dat u me het antwoord schriftelijk zou bezorgen. Op 14 juli diende ik deze vraag schriftelijk in. Maar onder voorbehoud van technische problemen langs mijn kant, mocht ik nog geen antwoord ontvangen. Daarom doe ik een derde poging.

Over die strategische stock van medicijnen heb ik twee concrete vragen:

Uit welke geneesmiddelen bestaat deze strategische stock?

Wat gebeurt er met deze medicijnen als de stock verlopen is?

Wie vandaag terugkomt uit een rode zone, krijgt via zijn passenger location form een code waarmee hij of zij naar een testcentrum kan gaan om zich te laten testen. Dat is goed.

Wat ik niet goed begrijp, is hoe het zit met de oranje zones. Die terugkeerders worden 'aanbevolen' om zich te laten testen en in quarantaine te gaan. Het is mij nog altijd niet helemaal duidelijk hoe stevig die 'aanbeveling' is. Want als ik terugkeer uit een oranje zone, moet ik naar mijn huisarts bellen, die dan mee moet inschatten of een test nodig is.

Wat zijn daarvoor de criteria?

Hoeveel terugkeerders uit oranje zones hebben we momenteel?

Waarom krijgen zij geen code om zich naar een testcentrum te begeven? Dat zou de zaken voor hen toch eenvoudiger maken?

Afgelopen vrijdag moest ons land kenbaar maken of we mee zouden stappen in de groepsaankoop van het coronavaccin van AstraZeneca.

Binnen het FAGG werd hiervoor een comité samengesteld dat de regering moet adviseren over zulke groepsaankopen. Wat was hun advies over deze groepsaankoop?

Wat heeft ons land beslist?

Wat zijn de prognoses in timing voor dit vaccin?

Uit de eerste onderzoeken komen veelbelovende resultaten over antistoffen tegen COVID-19 in zowel bloedplasma als moedermelk. Hoe wordt daar in ons land mee omgegaan? Wat adviseren onze instanties aan artsen en ziekenhuizen die met deze experimentele therapieën aan de slag willen gaan?

Voor de zomer kondigde u aan dat diëtisten die multidisciplinair samenwerken met bijvoorbeeld kinesisten voor een post COVID-therapie hiervoor via een RIZIV-nomenclatuur een terugbetaling kunnen aanvragen. Diëtistenverenigingen zijn hiervan nog niet op de hoogte. Kan u mij een stand van zaken geven?

Minister De Backer, ik heb drie vragen voor u.

Over DiaSorin hebben we het al uitvoerig gehad. Tijdens de hoorzitting een paar weken geleden heeft u gezegd dat er een heronderhandeling over de prijs zou plaatsvinden, omdat we daarvoor te veel betaald zouden hebben. Ik zou graag horen waar het staat met de heronderhandeling. Gaat dat de goede kant uit? Ik lees dat er nog heel wat tests in voorraad zijn. Over hoeveel tests gaat dit en wat zal hiermee gebeuren? In de pers lezen we veel over de eigengereide stijl en zelfs halve bedreigingen van de heer Malonne aan het adres van de ziekenhuislabo's die zelf tests wilden uitvoeren. Wat is uw houding daartegenover? Wat kunt u doen om de polemiek tussen het FAGG en de betrokken labo's op korte termijn te ontmijnen? Niemand is gediend met dergelijke polemiek die op dit moment de goede werking in de weg staat.

Een tweede vraag heb ik ook al eens schriftelijk ingediend en u had mij vorige keer beloofd dat u daar schriftelijk op zou antwoorden. Dit betreft de strategische stock van medicijnen. Wat zit er in die strategische stock? Wat gebeurt er met die medicijnen op het ogenblik waarop die bijna vervallen? Het zou kunnen dat het antwoord bij mij is en dat ik het niet heb gezien, maar onder voorbehoud daarvan heb ik het niet gekregen.

Over de coronatest voor terugkeerders uit een oranje zone hebben we het al gehad. Gisteren had ik de vraag ingediend naar de criteria die aan de huisartsen worden meegedeeld. Bij terugkeer uit een oranje zone moet men contact opnemen met de huisarts, die dan beslist of er moet worden getest of niet. Navraag bij een huisarts leert mij dat wordt aangeraden om zoveel mogelijk mensen door te sturen. Ik vraag mij dan af waarom die mensen niet standaard een code krijgen, zoals bij terugkeerders uit een rode zone. Zeker als we het doel willen halen van 70.000 testen per dag in het najaar en dat moet grotendeels via de huisartsen verlopen, die nu al niet weten waar te beginnen of te stoppen, vraag ik mij af hoe dat in zijn werk zal gaan. Dit zeker ook als we volledige klassen en volledige bedrijven willen testen. Als dat allemaal via de huisarts moet, denk ik niet dat we tegen het einde van het jaar nog veel huisartsen zullen hebben.

Ik heb ook drie vragen voor minister De Block.

Er is al veel gezegd over het vaccin en de groepsaankoop van AstraZeneca. Er is een comité binnen het FAGG dat advies geeft aan de regering, telkens de gelegenheid voor een groepsaankoop zich voordoet. Ik vroeg me af of dat comité ook iets gezegd heeft over de schadeclaims die mogelijk toch nog op ons kunnen worden verhaald. Hoe staat u daartegenover?

We lezen en horen veel over experimenten met bloedplasma en met moedermelk, die blijkbaar antistoffen zouden bevatten. Hoe staat België daartegenover? Wat is uw advies daaromtrent? Staan er kortelings extra onderzoeken gepland die ons meer duidelijkheid kunnen geven? We horen ook dat steeds meer mensen maanden na een COVID-besmetting nog steeds moe zijn, nog steeds niet helemaal hersteld zijn en nog niet kunnen gaan werken. Bestaan er ook studies die in die zin kunnen helpen om naar oplossingen te zoeken?

Over mijn laatste vraag hebben we het al enkele keren gehad. Het gaat over de nomenclatuurnummers die u heeft vrijgemaakt voor samenwerkingen tussen diëtisten en bewegingstherapeuten na een COVID-besmetting. Die vraag heb ik gisterenochtend ingediend, en gisterenmiddag is er een communicatie geweest tussen de FOD Volksgezondheid en de Franstalige beroepsvereniging voor diëtisten. De Nederlandstalige beroepsvereniging heeft nog geen antwoord gehad.

Ik lees in het antwoord dat de Franstalige beroepsvereniging gekregen heeft dat er twee nomenclatuurnummers zijn. Voor hen is het nog niet helemaal duidelijk over hoeveel sessies het precies gaat. We vrezen dat het slechts om één sessie gaat van 60 of 120 minuten, terwijl we net een pleidooi zouden houden voor een lange opvolging. Zo kunnen mensen die helemaal verzwakt zijn en geen spiermassa meer hebben met de juiste beweging en de juiste voeding terug op het spoor worden gezet. Zo kunnen we hen op lange termijn helpen naar een gezondere levensstijl. We horen immers steeds vaker dat diabetes en zwaarlijvigheid geen goede prognoses geven voor iemand met een coronabesmetting.

01.22 Laurence Hennuy (Ecolo-Groen): Madame la présidente, madame, monsieur les ministres, je voudrais faire le lien avec la réunion de commission de la semaine dernière puisque nous n'avons pas eu l'occasion de répliquer.

Je suis assez interpellée par la procrastination dont vous faites preuve depuis des mois pour mettre en œuvre la stratégie de *testing*. On a bien entendu que la mise en place d'une plateforme *bis* était en bonne voie. C'est une bonne chose. On tire les leçons du passé. Mais pour faire quoi? En fait, nous voudrions connaître la stratégie qui se cache derrière le *testing*. Par exemple, va-t-on tester le personnel des maisons de repos chaque semaine sur base volontaire? Va-t-on tester les professeurs sur base volontaire de manière régulière? Que va-t-on faire avec les tests salivaires? Que va-t-on faire avec les tests sérologiques? Nous n'avons toujours pas reçu de réponses à ces questions que l'on pose depuis des mois.

Monsieur De Backer, je reviens vers vous aujourd'hui avec trois questions très précises. Elles sont tellement simples que vous pourriez parfois y répondre par oui ou par non. Premièrement, a-t-on oui ou non commandé des tests à Zentech? A-t-on reçu le rapport du RAG concernant les tests de salive? Si oui, quelle est sa conclusion? Que va-t-on faire avec les tests de DiaSorin? Que va-t-on faire avec les tests de Zentech si ces derniers ont bien été commandés?

Madame la présidente, pour ce qui concerne mes questions à Mme De Block, je m'en réfère au texte écrit de mes questions.

L'Absym, le Cimacs et le Vaso réclament auprès de l'Inami et du SPF Santé publique une indemnisation Covid de 250 euros pour les médecins en formation qui ont participé à l'effort collectif durant la crise sanitaire.

Ces médecins en formation ne sont pas certains de percevoir les honoraires qui leur sont dus, qu'il s'agisse de leurs honoraires habituels ou qu'il s'agisse de compensation pour les nombreuses gardes supplémentaires, pour les jours de congé auxquels ils ont dû renoncer, pour les efforts supplémentaires qu'ils ont fournis pendant la crise et tout cela, avec du matériel de protection souvent rudimentaire voire sans matériel de protection adéquat du tout.

Dans ce cadre, vous avez rencontré la délégation du Cimacs pour discuter de cette prime Covid ainsi que de l'adaptation de l'arrêté royal du financement. Pouvez-vous nous indiquer ce qu'il est ressorti de cette rencontre?

Une récente étude réalisée par des experts de l'hôpital San Raffaele de Milan en Italie révèle que plus de la moitié des patients guéris après un traitement hospitalier contre la Covid-19 souffrent désormais de diverses séquelles psychologiques (SSPT, anxiété, insomnie, dépression, TOC,...).

L'étude montre que la perturbation de leur système immunitaire, déclenchée par l'infection, pourrait induire une psychopathologie et des conséquences non négligeables sur leur santé mentale.

Selon les chercheurs, ces séquelles pourraient être causées par la réponse du système immunitaire face au virus qui pourrait provoquer des troubles psychiatriques en précipitant la neuroinflammation, connue notamment pour jouer un rôle dans la progression de plusieurs maladies neurodégénératives. Même s'il faut rester prudent sur l'interprétation de ce genre d'étude et qu'il faudrait attendre des méta-analyses pour faire un lien certain entre les cytokines et les séquelles psychiatriques, il est tout de même important de s'intéresser aux conséquences psychologiques que peut avoir ce virus sur les patients qui ont été atteints par ce dernier.

Ma première question a trait aux médecins en formation. Madame la ministre, vous avez rencontré la délégation du SIMAX pour discuter des primes COVID pour les médecins en formation. Qu'est-il ressorti de cette rencontre?

Pour ce qui concerne les séquelles psychiatriques des personnes qui ont été hospitalisées à la suite du COVID, une étude récente réalisée par les experts de l'hôpital San Raffaele de Milan révèle que plus de la moitié des patients guéris après un traitement hospitalier contre le COVID souffrent désormais de diverses séquelles psychologiques (SSPT, anxiété, insomnie, dépression, TOC,...).

Les SPF Santé publique a-t-il prévu de procéder à ce type d'étude? À ce jour, quel type de suivi est-il mis en place pour les personnes qui sont guéries cliniquement du coronavirus, mais qui continuent à souffrir de problèmes psychologiques assez lourds?

01.23 Caroline Taquin (MR): Madame la ministre, monsieur le ministre, lors du dernier Conseil national de sécurité, notre première ministre a indiqué que nous allions à présent pouvoir nous engager dans une dynamique à long terme de gestion des risques. Pour être capable de vivre avec le coronavirus, nous le savons, il est primordial que notre pays possède un système de *testing* et de *tracing* performant. Une récente étude menée par une université britannique démontre d'ailleurs qu'il est possible de diminuer de manière importante le facteur de transmission du virus, à savoir de le réduire de 26 %, grâce à la mise en œuvre de ces deux dispositifs.

À propos de la stratégie de *testing*, vous avez indiqué que le prochain objectif serait d'atteindre les 90 000 tests par jour. Afin de concrétiser cette cadence, une plate-forme fédérale bis sera prochainement mise en œuvre. Celle-ci devrait être opérationnelle pour l'automne. Concrètement, possède-t-on l'ensemble du matériel nécessaire à la mise en place de cette nouvelle plate-forme fédérale?

Vous vous êtes concertés avec les laboratoires et les fournisseurs de réactifs et d'appareils en vue d'accroître le nombre de tests quotidiens. Toutefois, les fournisseurs n'arriveraient pas à livrer le matériel qui est indispensable dans les délais annoncés afin que les labos cliniques soient davantage équipés et ainsi prêts à assumer les nouvelles demandes prévues pour l'automne. La semaine dernière, je vous ai interrogés sur le système de QR code qui invite les personnes revenant de zones à risque à se faire tester. Le système informatique connaîtrait encore quelques désagréments. Cela expliquerait en partie les délais d'attente des résultats.

De plus, je vous informais que le personnel soignant qui n'était pas équipé du système adéquat s'était vu contraint de recopier manuellement ce code. À ce propos, le personnel soignant sera-t-il équipé de ce système informatique lui permettant ainsi d'alléger la charge administrative induite par ce dispositif. Augmenter la capacité de *testing* implique d'avoir du personnel de première ligne supplémentaire et nous connaissons les pénuries touchant les professionnels du secteur des soins de santé.

À ce propos, vous déclariez que si le nombre de test augmentait à l'automne, nous ne devrions pas compter exclusivement sur les médecins généralistes. Il nous revient que l'INAMI souhaiterait davantage impliquer les infirmières dans les centres de tri. Qu'en est-il? Confirmez-vous cette information? Si tel est le cas, comment prévoyez-vous d'impliquer ces professionnels pour cette mission alors que sur le terrain, la pénurie de ces professionnels se ressent déjà très fortement?

Toujours concernant la capacité de *testing*, il semblerait que le gouvernement luxembourgeois ait organisé un *testing* à plus grande échelle grâce à une utilisation optimale des tests PCR via la méthode du *pooling* qui permet de réduire considérablement le temps de mise à disposition des résultats. Le *pooling* est une solution qui consiste à tester en même temps quatre patients au lieu d'un, dans le même puits. En effet, une plaquette standard PCR comporte 96 puits dont deux pour les contrôles positifs et négatifs, ce qui laisse la place pour 94 patients. Lors d'un test individuel, on ajoute dans chaque puits une quantité déterminée d'un

échantillon d'un patient selon la méthodologie utilisée tandis que dans un *pooling*, on ajoute une quantité déterminée non plus d'un échantillon d'un patient mais d'échantillons de quatre patients par puits.

En Belgique, il semblerait que cette méthode pose un problème dans le cadre du remboursement par l'INAMI, puisque le test n'est pas réalisé sur une seule personne, mais bien sur quatre à la fois.

Pouvez-vous nous donner des informations concernant cette méthode? Est-elle envisagée prochainement en Belgique? Le cas échéant, le remboursement par l'INAMI pourrait-il être adapté à la méthode?

Concernant les citoyens habitant à la limite d'une autre province devant se faire tester, leur médecin traitant leur communique les coordonnées du centre de *testing* auquel ils doivent se rendre. Cependant, est-il envisageable pour ces personnes de se rendre dans un centre de *testing* d'une autre province?

Dans certaines communes frontalières, il me revient des collègues bourgmestres que des citoyens se sont rendus dans des infrastructures de dépistage françaises. Existe-t-il une procédure relative à l'échange des résultats des tests effectués par des citoyens belges dans d'autres pays, notamment via Sciensano? Dans la négative, les chiffres communiqués quotidiennement pourraient être quelque peu erronés.

Quelles mesures pourraient être prises en place en vue de tenir compte de ces données et ainsi coller au plus proche à la réalité? Des concertations sont-elles prévues avec les autorités des pays voisins?

Enfin, concernant la course aux vaccins, chez nous, une piste semble être davantage privilégiée. Le choix des autorités belges se porterait sur le vaccin développé par AstraZeneca. Le comité scientifique consultatif a d'ailleurs rendu un avis favorable, mais la décision finale reviendra à la Conférence interministérielle Santé publique. Quelle est votre position par rapport à cet achat?

La semaine dernière, vous avez évoqué les négociations avec la Commission européenne à propos de l'immunité de l'entreprise si le vaccin provoquait des effets secondaires. Qu'en est-il actuellement? Si tel est le cas, comment promouvoir la vaccination? Je vous remercie.

La présidente: Nous avons fait le tour des groupes. La parole est aux ministres.

Je vous propose une demi-heure chacun pour répondre, de manière à permettre la réplique des parlementaires, cette fois. Il y aura éventuellement un deuxième tour par la suite.

01.24 **Minister Philippe De Backer:** Mevrouw de voorzitter, geachte collega's, bedankt voor de verschillende vragen, die ik zo gedetailleerd en zo gestructureerd mogelijk zal proberen te beantwoorden.

Concernant la stratégie du *testing* et les questions de Mme Rohonyi et d'autres, on a demandé un nouvel avis au RAG et au RMG sur la stratégie du *testing*. Il y a là quelques éléments clés. Ainsi, notre *case definition* reste assez large. Le patient avec le moindre symptôme peut passer par le médecin généraliste pour obtenir un test. Ce *case definition* est beaucoup plus large que dans de nombreux pays autour de nous. J'avais indiqué cela dans ma présentation, la semaine dernière.

Il est également important que le *contact tracing* soit efficace pour que des gens ayant été en contact avec un cas index, un patient à haut risque, se fassent tester le plus vite possible. Ce sont des personnes pré-symptomatiques, asymptomatiques ou paucisymptomatiques. Elles ont l'obligation de se faire tester et de rester en quarantaine. On fait aussi des tests avec des gens asymptomatiques de manière assez large.

Beaucoup de gens qui sont hospitalisés sans symptômes COVID-19 sont quand même testés. Les personnes revenant de zones rouges et orange ont aussi la possibilité de se faire tester et même l'obligation pour les zones rouges. Beaucoup de dépistages s'opèrent déjà en Belgique. Les chiffres montrent aussi qu'on effectue entre 20 et 25 000 tests par jour, ce qui est quand même plus large que la plupart des pays autour de nous.

Un autre élément clé qui figurait aussi dans l'avis du RAG consistait à ne pas passer à un dépistage massif avec des tests hebdomadaires ou toutes les deux semaines dans la population. Le RAG s'y oppose. Pour le moment, ce type de dépistage est effectué au Grand-Duché de Luxembourg qui est, je pense, le seul pays au monde à l'avoir fait. Il faut un suivi de la pandémie, des clusters, des localisations du virus. Pour cela, on a besoin d'une stratégie plus ciblée. Ainsi, quand on détecte un cas positif dans une maison de repos ou une

institution, on teste toute la maison de repos, l'entreprise ou l'école. Les gens en contact avec ce cas index sont testés qu'ils soient ou non symptomatiques. Tout l'entourage d'un cas index doit être testé.

Il y a de nombreuses manières de tester les cas pré- ou asymptomatiques. Il n'y a pas de discussion pour limiter de nouveau ce *case definition*, ce qui signifierait qu'on pourrait rater des personnes avec des symptômes légers. Il faut donc les tester.

Mevrouw Sneepe, er wordt over de *case definition* gediscussieerd. De *case definition* is inderdaad zeer breed: wie de minste symptomen vertoont, kan zich laten testen. Enkele mensen rond de *index cases*, de positief geteste gevallen, kunnen eveneens getest worden.

Ik pleit ervoor dat de gevalsdefinitie zeer breed blijft. Dat zal ervoor zorgen dat er in het najaar zeer veel getest moet worden. Sciensano berekende dat, inbegrepen de mensen die luchtweginfectiesymptomen hebben vanwege griep of andere, 50.000 tot 70.000 personen per dag zich zullen presenteren. Om die reden zijn wij, waarnaar u terecht verwezen hebt, de testcapaciteit in de laboratoria echt aan het opdrijven. Dat moet op een goede manier gebeuren. Straks zal ik daar nog iets meer over zeggen.

Er moet inderdaad ook over worden nagedacht hoe er in collectiviteiten waar er een uitbraak plaatsvindt, snel geschakeld kan worden. Daarover zijn er protocollen afgesproken inzake de woonzorgcentra en ook inzake de bedrijven, zodat bedrijfartsen de toegang krijgen om codes automatisch aan te maken, zodat de bedrijfseenheden snel getest kunnen worden. Voor de scholen zijn er daaromtrent afspraken gemaakt met de CLB-artsen.

Inzake de scholen is, zoals u weet, de eerstelijnszorg in handen van de regionale overheden. Op de Nationale Veiligheidsraad vorige week heb ik heel erg aangedrongen op duidelijke communicatie met de scholen, zodat zij weten wat ze moeten doen en zodat de lijnen zo kort mogelijk worden gehouden. In voorkomend geval kan worden bekeken hoe via de lokale klinische labo's of eventueel via het nationaal platform de tests kunnen worden afgenomen.

Nous avons ajouté une autre catégorie au début du mois d'août: le *screening* préventif du personnel des maisons de repos. Dans ce cadre, nous testerons une fois par mois les maisons de repos qui se trouvent dans une zone rouge.

Comme je l'ai indiqué la semaine dernière, nous avons directement contacté les agences régionales, nous avons demandé les listes des personnes à tester et les maisons de repos dans lesquelles ces personnes travaillent. Nous attendons encore les listes des différentes agences – l'AViQ, l'*Agentschap Zorg* et Bruxelles. Le processus fonctionne, mais nous attendons donc les listes que ces agences nous fourniront et les modalités pour effectuer ces *screenings* préventifs. Mais nous avons introduit cette catégorie à ma demande.

Dan zijn er nog de discussies over de mensen die buiten deze testcategorieën vallen. Daarbij denk ik aan reizigers die op reis willen vertrekken en daarvoor een negatieve test nodig hebben. Ze kunnen dan naar het labo gaan en de test laten afnemen. Dan is de prijs ook gelimiteerd. Er zijn ook gevallen gekend in de Pro League, om te antwoorden op de vraag van mevrouw Gijbels. We waren niet op de hoogte van dat initiatief. Sciensano is hier ook op geen enkele manier bij betrokken. Het gaat om een contract tussen de Pro League en twee ziekenhuizen, één aan Franstalige en één aan Nederlandstalige zijde.

Ik denk dat we, ten eerste, heel duidelijk hebben gemaakt dat één en ander niet ten laste kan zijn van de ziekteverzekering. Dat is een heel duidelijk standpunt van het RIZIV geweest. Ten tweede is er ook de vaststelling dat we hebben gevraagd aan de laboratoria om een strategische stock op te bouwen om twee à drie maanden testen te kunnen uitvoeren in het najaar. Ook daar roept de deontologie de verschillende partners van het project op om stock te hebben en aan te houden alvorens buiten de categorieën die wij als prioritair beschouwen te gaan testen. Het is hoe dan ook niet mogelijk om deze kosten aan te rekenen aan de individuele patiënten. Ik veronderstel dat er een commercieel contract is opgesteld tussen de twee ziekenhuizen en de Pro League. Ik heb ook geen weet van andere sporten of andere gevallen waar dit het geval zou zijn. Ik reken er dan ook op dat de ziekenhuizen in kwestie toch een stock voor een periode van twee à drie maanden hebben.

Mevrouw Gijbels, u vraagt ook naar het aantal testen dat gebeurt per dag. U heeft het over ruim minder dan 20.000. Dat is niet correct. Op 18 augustus 2020 testten wij 26.782 mensen, op 19 augustus 23.000, op

20 augustus 24.145 en op 21 augustus 20.447. We zitten dus ruimschoots boven het getal van 20.000 testen. In het weekend zijn er dat wat minder omdat er ook minder patiënten zijn die zich op dat moment aanbieden. Een aantal artsen geniet dan ook ongetwijfeld van hun weekendrust.

De mogelijkheid blijft dus om de capaciteit van 30.000 testen per dag in te vullen. Er wordt ook capaciteit gebruikt om extra te gaan screenen als er positieve gevallen zijn in rusthuizen, bedrijven enzovoort. U heeft ook de afgelopen week kunnen zien dat dit systeem goed werkt. We hebben heel snel kunnen schakelen in het geval van een herinfectie. Er is een aantal uitbraken geweest in rusthuizen en bedrijven. Daarop hebben we volgens mij adequaat kunnen reageren, op vraag van de verschillende regionale agentschappen. Zij hebben duidelijk de *lead* qua contacttracing en determineren van de clusters, zoals duidelijk is afgesproken tussen de regio's en het federale niveau.

De heer Bertels vroeg hoe de raming is gebeurd. De 50.000 tot 70.000 testen per dag die we zullen moeten doen, zijn een raming van Sciensano. We zien dat met het toezicht op het griepaal syndroom dat elk jaar door de huisartsen wordt gedaan, het netwerk dat dit opvolgt heeft die cijfers naar voren geschoven. Dat is het cijfer waarop wij mikken op vraag van Sciensano, om mensen die zich aanbieden met bepaalde symptomen allemaal te kunnen testen. Die resultaten zullen publiek beschikbaar worden gemaakt via de website van Epidemio.

Il importe aussi d'élargir les capacités des laboratoires. Pour effectuer des tests, différentes étapes doivent être respectées, dont celle du prélèvement (sur laquelle je reviendrai plus tard), mais aussi celle de la capacité du laboratoire.

Pour ce qui concerne les laboratoires, il ne faut pas oublier que ce ne sont pas des entreprises étatiques, mais des entreprises privées qui fonctionnent en toute indépendance. Leur liberté implique une certaine responsabilité. Nous avons demandé de constituer des stocks stratégiques équivalant à deux, voire trois mois afin d'avoir la capacité de faire des tests durant l'automne. Je pense que nous sommes en contact direct avec la commission de la biologie clinique. Les discussions se font dans un esprit constructif. Notre premier devoir est de voir comment soutenir les laboratoires de biologie clinique pour effectuer les tests sur les machines déjà installées.

Par ailleurs, les discussions ont aussi abordé le plan informatique. Des adaptations ont déjà été appliquées à leur demande (e-form, etc.) Un site web a été créé (www.coronatracking.info) montrant tous les éléments-clés déjà disponibles depuis le mois de juin pour les laboratoires et pour les centres de tri, entre autres savoir comment gérer un flux d'informations performant.

Nous avons demandé aux laboratoires quelle était leur capacité, afin de savoir comment investir dans des machines, des écouvillons, des réactifs pour effectuer les différents tests. Les laboratoires ont fait cet exercice et ont indiqué la capacité dont ils sont capables. Ils ont déjà investi dans différentes machines, réactifs et autres pour atteindre une capacité entre 35 et 55 mille tests par jour.

Vous comprendrez que c'est insuffisant pour atteindre le chiffre préconisé par Sciensano. C'est la raison pour laquelle le fédéral a décidé d'investir lui-même. Pour ce type d'investissement, le fédéral a avancé dix millions d'euros. Les laboratoires ont demandé de pouvoir contracter des contrats entre eux: si une machine ou un réactif pose problème dans un laboratoire, les échantillons pourront être transférés vers un autre laboratoire clinique, de sorte que les délais seront gérés. Dans le cas où aucun laboratoire ne serait à même d'effectuer ce type de test, il restera la possibilité de conclure un accord avec la plateforme nationale.

Il y a en gros trois types de machines. Certaines ne fonctionnent qu'avec un type de kit.

Quand on regarde laboratoire par laboratoire, oui, il peut y avoir des pénuries, parce que les fournisseurs de ces types de kits ne sont pas capables, pour le moment, de répondre à toute la demande dans l'entièreté du monde. Ils font donc une répartition par pays du nombre de kits qui sont mis à disposition. S'il y a encore des laboratoires qui disent être en pénurie de réactifs, il s'agit de cela.

Ils ont une machine qui peut, par exemple, effectuer 100 tests par jour. Ils ont obtenu 60 kits pour faire des tests. Donc 40 tests ne sont pas utilisés sur cette machine. Nous avons poussé la semaine dernière les fournisseurs à augmenter le nombre de kits livrés pour la Belgique. La plupart des fournisseurs l'ont fait, avec une augmentation de 50 % ou même de 150 % de kits qui sont livrés pour certains types de machine.

C'est pour cela que les fournisseurs ne peuvent pas toujours garantir que le 100 % est livré semaine après semaine. C'est pour cela aussi que les contrats entre les laboratoires cliniques sont si importants. Lorsque un laboratoire clinique ne dispose plus de certains réactifs, cet échantillon peut être transféré vers d'autres laboratoires. Il est impossible, et même la Commission de biologie clinique le reconnaît, de garantir que chaque laboratoire puisse à chaque moment fonctionner à 100 %, certainement sur les machines closes pour les kits desquelles les fournisseurs ne disposent pas d'assez de capacité de production.

D'autres systèmes existent, des systèmes automatisés pour lesquels il est possible aussi d'utiliser d'autres types de kits, parfois un ou deux autres types de kits. Nous avons aussi pris contact avec les différentes entreprises qui produisent ces types de kits. Nous avons mis à disposition, déjà en juillet, l'information à la Commission de biologie clinique pour attirer l'attention sur le fait que tels fournisseurs sont capables de fournir. Par exemple, si le fournisseur préférentiel d'une certaine machine qui peut faire 100 tests par jour n'en livre que 60, il y a la possibilité d'utiliser d'autres kits, et ainsi la machine est opérationnelle de façon plus efficace. Là aussi, la Commission est en route, maintenant, avec les laboratoires cliniques pour d'abord faire une validation de ce type de kits. Si nécessaire, nous pouvons assister l'organisation d'un groupe d'achats pour ce type de kits.

Un troisième système, c'est le système ouvert. C'est là que la plate-forme bis va intervenir. La plate-forme bis va investir 50 millions d'euros, pour la plupart dans des machines, mais aussi des consommables comme les réactifs et les écouvillons pour les prélèvements. Mais là, nous ne sommes pas en compétition avec les laboratoires cliniques. C'est un système tout à fait différent que nous allons mettre en place avec les laboratoires universitaires pour garantir que pour tout le territoire, nous ajoutons encore une couche de 40 000 tests par jour.

Daartoe hebben wij via het nationaal referentielaboratorium van Marc Van Ranst gevraagd welke koppelingen er gemaakt kunnen worden. Het is namelijk de bedoeling dat het platform-BIS functioneert onder de controle van de lokale klinische labo's. Het klinisch labo zal de stalen ontvangen en kan vervolgens beslissen op welk type machines de stalen worden geanalyseerd. Zo zijn er zeven locaties uitgekozen.

Le CHU de Namur a aussi demandé à être intégré dans ce type de fonctionnalité. Si nous pouvons ajouter des capacités, nous le ferons. Nous avons déjà répondu que le CHU de Namur fonctionnera dans la plate-forme bis en concertation avec les laboratoires cliniques de la région pour absorber une surcapacité qui pourrait survenir dans les laboratoires cliniques. Le CHU de Namur est donc inclus dans le processus.

Pour l'instant, nous procédons à l'achat de tous ces éléments. Certaines machines ont déjà été acquises, pour d'autres machines, nous terminons les négociations. L'objectif reste de disposer de toutes les machines sur le territoire belge pour la fin septembre et d'être opérationnel. Les laboratoires cliniques qui recevront ces machines préparent déjà leurs locaux et leurs autres éléments pour effectuer ces tests.

Wat betreft de andere aspecten van het testen is het zo dat er op het vlak van de wissers op dit moment geen enkel probleem is. De laboratoria moeten zich daar gewoon bevoorraden, net zoals ook de overheid zich aan het bevoorraden is en extra bestellingen heeft gedaan om die testen te kunnen uitvoeren. Ik heb het nog eens nagevraagd bij een aantal laboratoria en geen enkel van die laboratoria spreekt over een gebrek aan wissers. Ik meen dat de informatie die wij een aantal weken geleden al hebben gegeven over bedrijven die wissers aanbieden perfect bruikbaar is. Laboratoria moeten ter zake zelf hun verantwoordelijkheid nemen.

Wij hebben effectief 1 miljoen wissers in stock. Dit was een vraag van mevrouw Depoorter en de heer Rigot. Deze stock wordt gebruikt op het nationaal platform, maar ook voor noodleveringen. Hetzelfde geldt voor de tubes trouwens. Wij hebben al een aantal klinische labo's uit de nood geholpen. Het blijft echter de bedoeling dat wij niet optreden in de plaats van. Wij kunnen echter wel optreden als een soort van *lender of last resort* in geval van nood. Op die manier kan ook het nationaal platform steeds operationeel blijven.

Rond de reagentia heb ik reeds uitgebreid geantwoord. De Commissie voor Klinische Biologie is het ermee eens dat dit de meest gerichte manier van werken is.

Wat betreft het personeel in de laboratoria, daar zullen effectief bijkomende aanwervingen moeten gebeuren. Wij hebben daarom ook een oproep gedaan bij de VDAB, Forem en Actiris om te bekijken welke mensen die momenteel werkloos zijn eventueel in aanmerking komen voor zo'n functie in de laboratoria. Op die manier kunnen de klinische laboratoria over voldoende personeel beschikken. Ook de FOD

Volksgezondheid en het RIZIV hebben de diploma's aangeduid van de mensen die eventueel in de laboratoria aan de slag kunnen zonder daarbij een aanslag te moeten doen op de kwaliteit van het geleverde werk. Op die manier krijgen andere profielen de mogelijkheid om in de laboratoria te werken. Ook op dat vlak zijn volgens mij dus de nodige stappen gezet.

Het laatste en belangrijkste punt is de afnamecapaciteit. Dat zijn de eerste stappen die moeten worden gezet. Ik maak mij op dat vlak wel de nodige zorgen. Ik maak mij zorgen over het feit dat er op dit moment ongeveer 135 à 150 triageposten zijn in België. De huisartsen verrichten heel veel werk om die staalafnames te doen in de triage- en wachtposten. In Antwerpen is zelfs een testdorp opgericht en er wordt ook in Brussel een gepland. Het zal echter belangrijk zijn om in voldoende staalafnamecapaciteit te voorzien.

Er is een protocolakkoord tussen de federale overheid en de deelstaten over wie welke verantwoordelijkheid draagt. Aangezien de organisatie van de triage- en staalafnameposten valt onder de preventieve en eerstelijnsgezondheidszorg zijn het de regionale overheden die hierin de lead hebben.

M. Rigot déclare que le fédéral bloque le centre de tri à Bruxelles, mais l'inverse est vrai: nous mettons tout en œuvre pour aider les Régions à établir les différents centres de tri à Bruxelles, mais aussi dans le reste du pays.

Een aantal weken geleden hebben we al de vraag gesteld om na te gaan hoe we de triagecentra anders en beter kunnen organiseren. Ik ben er voorstander van om in elke provinciehoofdstad bijvoorbeeld een testdorp op te richten, waar mensen heel gemakkelijk toegang toe kunnen krijgen, met *drive through's* en dergelijke. (...)

Opnieuw wachten wij daar op de strategie die de regionale overheden aan ons zullen overmaken. We kunnen dan nagaan hoe we dat met het federale niveau kunnen ondersteunen. Het RIZIV heeft bijvoorbeeld al overeenkomsten gesloten met de consortia van thuisverpleegkundigen. Daarnaast werden er ook contacten gelegd met de decanen van de faculteiten Geneeskunde om artsen in opleiding in te schakelen. Wij doen er langs onze kant alles aan om dit op punt te stellen.

Pour la question très spécifique relative à la salive et au *pooling*, j'y suis favorable, mais nous avons lancé une étude sur la salive publiée sur le site de l'AFMPS et nous avons demandé l'avis au RAG concernant les prélèvements et l'échantillonnage dans le but de voir quel est le meilleur, les effets selon la spécificité des différents tests, ce à quoi le RAG a indiqué que les prélèvements naso ou oropharyngaux pour le diagnostic restent les méthodes préférentielles. Les tests salivaires restent intéressants dans le contexte du *screening*. Nous sommes en train d'analyser ces solutions. Nous avons deux projets de tests: l'un pour les étudiants à Liège et l'autre, en cours, à Anvers avec le Professeur Herman Goosens pour évaluer le plus vite possible l'effet à cette échelle de ce type de prélèvement. J'y suis tout à fait favorable si les résultats scientifiques sont bons, s'il y a une stratégie derrière et s'il y a assez de personnes pour faire ce type de prélèvement, car tout le processus derrière reste identique.

Pour ce qui concerne le *pooling*, c'est à peu près la même chose. Il y a une perte de sensibilité. Il y a différentes stratégies de *pooling*. Un article est sorti dans la revue *Nature* décrivant les différentes procédures et protocoles existants pour le faire: chacun a ses avantages et ses inconvénients. Lorsqu'une prévalence augmente, de nombreux *pools* positifs sont constatés ce qui demande des *re-testings* dans les plateformes de laboratoires de biologie clinique, ce qui augmente leurs charges administratives de manière significative.

J'ai demandé au laboratoire national de référence à Louvain de développer les protocoles pour savoir dans quels cas les *poolings* pouvaient être utilisés. Il y a déjà des laboratoires qui l'utilisent actuellement et qui font un *pool* de deux ou trois échantillons, par exemple, lorsqu'on regarde certains lieux et certains *clusters*.

Er was een specifieke vraag over de CT-waarden.

We zien inderdaad dat er lagere CT-waarden maar hogere *viral loads* worden vastgesteld bij testen. Dat hebben we kunnen zien omdat de CT-waarden op het nationaal platform wel worden gerapporteerd en opgevolgd. Maar niet elk klinisch labo is daartoe in staat. Het is niet duidelijk wat het effect precies is. Gaat het hier over superverspreiders of niet? We volgen de CT-waarden wel op. Het nationaal referentielabo volgt dit op. Daarom heeft het op dit moment weinig zin om dat te rapporteren aan de patiënten. Het kan wel interessant zijn om het goed op te volgen en te kijken hoe de pandemie zich aan het verspreiden is onder de

bevolking.

Quant au TAT des tests – j'ai décrit les différentes étapes dans ma présentation la semaine dernière – nous exerçons une grande pression sur les laboratoires pour qu'ils transmettent les informations à Sciensano le plus vite possible, de préférence une heure après la validation d'un test. Nous voyons que la plupart des laboratoires en sont capables. Nous avons aussi publié une liste présentant le temps pris par les laboratoires pour communiquer leurs résultats à Sciensano.

Nous sommes donc tout à fait transparents à ce sujet et nous mettrons la pression sur les laboratoires pour qu'ils donnent leurs résultats presque en *real time*, non seulement à Sciensano pour effectuer le *contact tracing*, mais aussi aux médecins et aux patients dans leurs dossiers électroniques. Et là, ils seront disponibles le plus vite possible.

Natuurlijk zijn er nog heel wat stappen daarvoor: de staalafname, de manier waarop, het moment waarop men de stalen ophaalt. Heel vaak zien we vertraging bij stalen die bijvoorbeeld vrijdagmiddag worden opgehaald voor labo's die in het weekend niet actief zijn, waardoor de stalen soms tot maandag blijven liggen. Daar moeten de onderlinge contracten tussen labo's een oplossing voor bieden. We kunnen ook naar extra ophalingen vragen voor de grote triagecentra; iets wat vandaag al gebeurt.

We moeten natuurlijk ook opletten dat, wanneer resultaten bekend zijn, artsen dat ook meedelen aan patiënten. Ook daar loopt het soms mis. Bijvoorbeeld wanneer een resultaat digitaal beschikbaar is, maar men niet heeft gekeken, of niet op de juiste plaats heeft gekeken, of men wacht om te kijken. Ik kan daar allemaal respect voor opbrengen en dit is geen verwijt, maar deze situaties uit de praktijk komen wij dagelijks tegen. Een resultaat is soms na 12 uur, of zeker minder dan 24 uur, beschikbaar, maar soms duurt het twee tot drie dagen eer de patiënt door de huisarts wordt gewaarschuwd. We bekijken een heel systeem inzake IT om dit allemaal zo gemakkelijk mogelijk te maken.

Beaucoup de questions ont été posées sur les tests sérologiques.

Pour ce qui concerne le test sérologique en général, le rapportage des laboratoires se fait via la *database* de Sciensano. Environ 3 000 tests sérologiques sont effectués par jour. Le pourcentage de tests positifs est de 10 % environ. Mais la conclusion n'est pas très claire.

Avec les experts du RAG, Sciensano examine comment utiliser la sérologie dans le futur. En effet, les choses ont évolué avec le temps. Je me souviens qu'en mars-avril, le test sérologique était effectué sur tout le monde. Par la suite, beaucoup de questions se sont posées au sujet de ce test. On a donc demandé au RAG et au RMG de se pencher sur la question de la sérologie et du rôle de cette dernière dans le temps.

J'en arrive ainsi à la question de Mme Fonck sur la séroprévalence. Sciensano, comme beaucoup d'universités mènent des études sur la séroprévalence. Je ne citerai que le professeur Van Damme de l'université d'Anvers qui effectue des études répétitives sur le sang à partir des bases de données. Plusieurs études sont donc en cours. Tous les résultats de ces études sont disponibles sur le site web de Sciensano.

Zo meteen wat meer over de discussie over de testen van DiaSorin.

Ik wil graag herhalen welke procedure gevolgd werd en welke stappen hier zijn gezet. In normale omstandigheden kan een test die een CE-markering haalt gewoon op de Belgische markt actief worden. We hebben gezien dat er bij het begin van de pandemie, in maart en april, nog heel wat vragen waren over de gerapporteerde kwaliteit van de testen. Een CE-markering is een oefening die wordt uitgevoerd door het bedrijf zelf. Daarom waren er heel wat vragen. Ook heel wat internationale studies toonden aan dat de gerapporteerde sensitiviteit en specificiteit van de testen niet overeenkwamen met de realiteit.

Ten tweede, was het idee toen om de serologische testen te gebruiken om mensen die in quarantaine zaten een serologische test te laten afnemen en hen pas uit quarantaine te laten komen als ze antilichamen zouden aangemaakt hebben. Dat was toen de context waarin we functioneerden.

Tegelijkertijd was er ook een grote vrees dat er onvoldoende serologische tests zouden zijn. Er was er een aantal in ontwikkeling en er was geen zicht op de productiecapaciteit. Daarom is er gevraagd om zo snel mogelijk voldoende serologische testen te *securiseren*.

We zullen ervoor moeten zorgen dat de labo's in België over voldoende serologische testen zouden beschikken. Daarbij hebben we ervoor gekozen om een extra veiligheidsstap te introduceren. Daarbij werd gevraagd om testen die een CE-markering hadden ook een validatiestap zouden doorlopen. Die opdracht is gegeven aan FAGG en Sciensano om ervoor te zorgen dat de gerapporteerde sensitiviteit en specificiteit overeenkwam met wat er op dat moment door de bedrijven zelf werd gedaan.

Ik zal u een stukje citeren uit een brief die Sciensano in april 2020 gestuurd heeft naar de klinische labo's. "Het is belangrijk te onderstrepen dat in het bericht van april 2020 wordt gespecificeerd dat elk laboratorium op individueel niveau verantwoordelijk is voor het uitvoeren van een verificatie of validatie voor de implementatie van elke serologische kit volgens zijn eigen interne procedures. Dit is en blijft een wettelijke verplichting die is opgenomen in de praktijkrichtlijn waaraan elk laboratorium zich moet onderwerpen." We hebben dus niet belet aan bepaalde labo's om die validatie te doen. Integendeel, ze moesten het doen. De validatie is dus ook door de labo's gebeurd.

Er is een twee element waarop ik wil wijzen. Er wordt gezegd dat het FAGG en Sciensano eigenhandig labo's zijn gaan kiezen. Dat is soms gebeurd om snelheid te kunnen maken. Maar er is tegelijkertijd, ook in april 2020, een oproep gebeurd door Sciensano aan de klinische labo's om zich daarvoor kandidaat te stellen.

Ik citeer opnieuw uit de brief die werd verstuurd naar de laboratoria voor klinische biologie: "Firma's en laboratoria die geïnteresseerd zijn in het evaluatieproces kunnen rechtstreeks contact opnemen met het FAGG om hieraan deel te nemen." Wij hebben dit opengesteld. Er is dus nooit enige belemmering geweest voor laboratoria om evaluaties en validaties te doen noch enige belemmering waarbij het laboratoria verboden wordt bepaalde tests te gebruiken. Dat is volgens mij toch wel een eerste belangrijk element.

Een tweede element is dat de validatie werd toevertrouwd aan verschillende labo's over heel het land, op basis van de machines waarover de laboratoria beschikken en het gegeven of ze al dan niet over stalen beschikten om validatiestudies uit te voeren.

In het geval van DiaSorin werd in eerste instantie gekozen om de evaluatie te laten doen bij het HIS. Die evaluatie is zeer positief teruggekomen. Op basis daarvan werd beslist om de tests te *securiseren*.

Enkele weken nadien is er vanuit AZ Delta inderdaad een rapport gekomen, dat zelf het FAGG heeft gecontacteerd, dat meldde dat het toch wel tot andere resultaten kwam. AZ Delta vroeg daarover een gesprek aan om na te gaan hoe dat kan. Daarom heeft de inspectie de ruwe data van die studie samen met de ruwe data van de studie van het HIS opgevraagd om te heranalyseren en herbekijken. Tegelijk werd aan de Universiteit van Luik gevraagd om een derde validatiestudie uit te voeren. Die derde studie bevestigt de resultaten van de eerste studie van het HIS. Bij de analyse van de ruwe data en de manier waarop de validatiestudie bij AZ Delta is gebeurd, zijn er toch wel enkele tekortkomingen vastgesteld.

Daarnaast bestaat er nog een zevental internationale publicaties, waarvan er een uitgevoerd is door het universitair ziekenhuis van Leuven. Al die studies werden gepubliceerd en zijn raadpleegbaar in PubMed. De referenties ervan kan ik u bezorgen. Uit die studies blijkt dat de specificiteit van de DiaSorin-tests rond 99 % lag. Zelfs als er wordt vergeleken met het criterium van de Deense studie, waarin 99 % wordt vooropgesteld, voldoet de DiaSorin-test.

Is dat dus een onbetrouwbare test? Nee, absoluut niet. Dat staat zelfs in het artikel van *De Standaard*. Het wordt letterlijk zo gezegd door de drie labo's die werden geïnterviewd, AZ Delta, UZ Leuven en UZ Gent. Zij zeggen: nee, dit is geen onbetrouwbare test, vandaag zijn er testen die beter scoren, dat is juist. De DiaSorin-test scoort ongeveer in het midden van het peloton. Nogmaals, die testen werden gekocht op basis van informatie in april. We hebben die kunnen *securiseren*. Op die manier hebben we ervoor kunnen zorgen dat in België die testen door klinische labo's konden worden uitgevoerd.

De validatiestudies werden op verschillende manieren en niveaus uitgevoerd. Ik kan u daarvan de referenties bezorgen. Ik ben het dus absoluut niet eens met de kop boven een aantal artikels vorige week dat dit een onbetrouwbare test zou zijn. Ik vind dit eerder sensatiejournalistiek dan gedegen wetenschappelijk onderzoek, zeker als men weet dat er een vijftal tot zestal studies bestaan die de specificiteit en de sensitiviteit van de DiaSorin-test op exact dezelfde manier aantonen.

Op een tweede element wil ik ook even dieper ingaan.

Er werd gezegd dat er vanuit de laboratoria nogal wat kritiek was op het eigengereide optreden van het FAGG. Het FAGG heeft geprobeerd om samen met Sciensano die testen te *securiseren*. Daarvoor werd een procedure gevolgd die ook in andere Europese landen bestond. Frankrijk, Australië en de FDA hebben exact dezelfde validatieprocedure geïmplementeerd als wij. Daar zijn we ons boekje zeker niet te buiten gegaan. Als er anderzijds fricties zijn ontstaan, moeten die zo snel mogelijk worden opgelost. Ik heb aan de heer De Cuyper, directeur-generaal van het FAGG, gevraagd om een overleg te organiseren tussen de verschillende partijen om dit van aangezicht tot aangezicht te bespreken en uit te klaren. Zo kan dit op een goede manier worden opgelost.

Mijn laatste punt.

Er werden andere, zwaardere beschuldigingen geuit in de pers tegenover mensen van het FAGG. Toen die artikels naar buiten kwamen, heb ik met volmondige instemming van de heer De Cuyper gevraagd om een interne, forensische audit te laten uitvoeren. Qua conclusies is die audit vrij duidelijk: er is weinig aan de hand en de meeste van die beschuldigingen zijn absoluut ongegrond.

Ik geef een aantal dingen mee uit het rapport van de FIA: "Beweringen en suggesties die in de pers zijn opgeworpen aangaande deontologische problemen met de verificatie en aankoop van serologische testkits van DiaSorin door de federale overheid zijn grotendeels ongegrond. Gegeven de parameters, bepaald door het beleid, en het optreden van het FAGG in het algemeen, kunnen wij zeggen dat zij op een plichtsbewuste manier zijn ingezet voor het verzekeren van de medische *supply chain* en dit in een dwingende en risicovolle context. De bewering dat de DiaSorin-test niet kwaliteitsvol of te duur zou zijn, is niet gegrond. Voor de beschuldiging richting mijnheer Malonne dat de firma DiaSorin zou zijn bevoordeeld, is geen enkel bewijs en is zeer onwaarschijnlijk."

Dat zijn een aantal zaken die ik hier heel duidelijk wil zeggen, op basis van een interne audit die is gebeurd door de federale overheidsdienst.

Het is mijn aanvoelen dat als er echt serieuze problemen zouden zijn vastgesteld die al boven water zouden zijn gekomen. Dan hadden al acties ondernomen moeten zijn door het FAGG en Xavier De Cuyper, maar op basis van de informatie waarover het FAGG en de heer De Cuyper vandaag beschikken, denk ik dat er op dat vlak weinig aan de hand is. Maar nogmaals, ik denk dat wij daarvoor overleg moeten organiseren om de strijdbijl tussen de verschillende partijen te begraven. Iedereen rond de tafel is te goeder trouw en heeft zijn best gedaan om ervoor te zorgen dat de serologische tests in België op een goede manier zouden kunnen worden gebruikt.

Wij zijn inderdaad al die contracten aan het heronderhandelen. Het aspect van prijs is daar natuurlijk één element van. Ik heb ook bevestiging gekregen van DiaSorin in juli en er werd al meegedeeld dat de prijs die België heeft betaald niet duurder is dan in andere landen, behalve Italië, waar het moederbedrijf gevestigd is. Wij zitten aan de onderkant van de prijsvork die voor deze test in andere landen werd gehanteerd. Deze test staat ook op de lijst van tests die gebruikt kunnen worden in andere landen. Op dat vlak denk ik zitten wij ook perfect in het Europees peloton.

Over die contracten wordt op dit moment opnieuw onderhandeld en wel om verschillende redenen. Ten eerste, de markt heeft zich anders ontwikkeld dan dat de meeste mensen in maart en april dachten. Er is veel meer keuze, veel meer vrijheid. Labo's kunnen zich perfect bevoorraden via de tests die wij hebben geseuriseerd of via de tests die zij zelf hebben gevalideerd. Er is absoluut geen enkel probleem.

Ook de context van het uitvoeren van die serologische tests is nu perfect duidelijk. Wat wordt er terugbetaald en wat niet? Wanneer wel? Wie kan een test vragen? Dat is ondertussen allemaal duidelijk geregeld.

Van die DiaSorin-tests zijn er vandaag ongeveer 300.000 op de markt gebracht. Die worden gebruikt door 35 verschillende klinische labo's. Die hebben allemaal wettelijk moeten voldoen om dat een goede test te vinden. Zij hebben een interne validatie moeten doen om die test te mogen gebruiken.

Ook de klinische context waarin die tests worden gebruikt is de verantwoordelijkheid van een labo. Die testen worden op verschillende momenten voor verschillende types van patiënten gebruikt en dat is juist de verantwoordelijkheid die een klinisch bioloog heeft om samen met de arts te bekijken welk type van test men gebruikt.

Die 35 labo's hebben allemaal in België gezegd – er zijn er waarschijnlijk in het buitenland ook tientallen – dat de DiaSorintest eigenlijk best wel oké is.

Er is met Sciensano gekeken om een postmarktevaluatie te doen. Ook daar is op dit moment een studie lopend. Er zijn stalen rondgestuurd richting de verschillende klinische labo's voor het gebruik van de verschillende tests, niet alleen DiaSorin-tests maar ook andere. Ook daar zijn de resultaten van de informatie die is teruggekomen zeer bevredigend. Honderd procent van de gebruikers hebben de hoogpositieve samples als positief herkend, 90 % van de gebruikers hebben de laagpositieve samples herkend. De overige 10 % hebben de samples als borderline beoordeeld, maar niemand heeft een valsnegatief of een valspositief gerapporteerd. Ook voor het negatieve monster waren de resultaten 100 %.

Op dat vlak hebben wij ook een postmarketanalyse gedaan, die aantoont dat de verschillende testen, niet alleen de DiaSorin-test, maar ook andere, performante testen zijn. Ik hoop dat dat een beetje schetst wat er gebeurt rond de testing van DiaSorin.

Mevrouw Depoorter, wat het Coris-testen betreft, ik heb voor mij de cijfers die ik van het RIZIV heb gekregen. De cijfers zijn maar beschikbaar tot 1 augustus. Er werden 14.303 gevallen ontdekt met antigentesten en dit voor een bedrag van 239.000 euro aan uitgaven. Het gaat hierbij over de Coris-testen. Ik heb de afgelopen weken van een aantal ziekenhuizen gehoord dat het feit dat er steeds meer patiënten worden gezien met een hoge *viral load* ervoor zorgt dat de antigentesten een belangrijke rol spelen bij het triëren van patiënten in de ziekenhuizen. Bij een hoge *viral load* kunnen die testen echt nuttig zijn. Er wordt dan ook gekeken hoe die testen kunnen worden gebruikt. Het is echter aan de ziekenhuizen om te beslissen over het al dan niet blijven gebruiken van die testen.

Ik meen dat ik daarmee de meeste vragen inzake de testing heb beantwoord.

Mevrouw Gijbels had het over de positiviteitsratio's tussen België en Nederland. Het is zeer moeilijk om die positiviteitsratio's te vergelijken. Het is ook onduidelijk hoe bepaalde testcriteria worden toegepast in diverse landen. Op basis daarvan kan men eigenlijk dan ook niets veel uitspraken doen.

Er was ook nog een vraag van mevrouw Depoorter over de quarantaine en het feit dat mensen vijf dagen na een positieve test hun quarantaine mogen onderbreken als er sprake is van een dalende titer. Ik heb daarvan geen weet. Dit is absoluut niet het advies van Sciensano.

Het advies van Sciensano luidt als volgt: "Als u in contact bent geweest met een positieve patiënt moet u een test laten afnemen en in quarantaine gaan. Minimaal vijf dagen na de eerste test kan dan een tweede test worden afgenomen zodat de quarantaine, als beide testen negatief zijn, kan worden ingekort. Als de tweede test echter positief is, valt men terug in een situatie van een positieve test en moet men zeven dagen in quarantaine." Dit is de geldende regel. Ik weet niet waar die andere informatie vandaan komt. Het ligt in elk geval niet in lijn met het advies van Sciensano.

Ik wil ook nogmaals doen opmerken dat het respecteren van die quarantaine van essentieel belang is om de transmissie van het virus te stoppen. Op dat vlak is er al meermaals overlegd met de regionale overheden want hun decreet bepaalt hoe die quarantaine moet worden nageleefd, welke de condities zijn, hoe de controle gebeurt en welke de eventuele boetes zijn. Op dat vlak blijven wij de regionale overheden bevragen om die quarantaine te doen naleven. Zij nemen maatregelen zoals lokale contacttracing en het opbellen van mensen.

Elio Di Rupo m'a informé qu'en Wallonie, le *call center* de l'AViQ téléphone aux personnes après quelques jours pour leur demander comment elles se sentent. Cette pratique démontre que les Régions assurent bel et bien un suivi de la quarantaine sur le terrain.

Op de lijst voor de strategische stock van medicijnen staan essentiële geneesmiddelen, zoals curares en morfines en geneesmiddelen die belangrijk zijn bij de behandeling van COVID-19, zoals Fentanyl, Propofol en Atracurium. Voorts staan daar experimentele geneesmiddelen op, die in reserve worden behouden of in lage dosissen worden toegediend. Dat is het geval met hydroxychloroquine en chloroquine. Afgelopen week werd nog een studie over de mogelijke effecten ervan gepubliceerd. Die lijst wordt opgevolgd door het FAGG, dat de stock beheert met het oog op de volgende stock. Als de vervaldatum van die producten nadert, zal het agentschap ze prioritair voor de markt verdelen. Ik kan u de lijst van de intussen 30-tal

geneesmiddelen schriftelijk bezorgen, zodat ik die hier niet hoeft op te sommen en de spreektijd niet te zeer hoeft uitputten.

Ik kom nu tot de vragen en opmerkingen over contacttracing.

Beaucoup de questions portent sur les zones rouges et orange. De nouveau, la détection des clusters, le suivi des patients et des *retournees* de zones rouges et orange sont une compétence régionale. Le système est le suivant: au moment où une personne revient d'une zone rouge ou orange ou si elle est allée à l'étranger plus de 48 heures, il lui faut remplir un PLF. Il est analysé par les bases de données. Si vous revenez d'une zone rouge, vous recevez un code d'activation pour vous faire tester.

Après avoir complété le PLF, vous recevez aussi un e-mail ou un code indiquant que vous avez correctement rempli le formulaire. Il y a donc deux types d'informations prévues. Toute une série d'informations sont également fournies: respect de la quarantaine, test, des aspects très concrets. Le niveau fédéral opère de la manière la plus efficace et la plus automatique possible pour non seulement informer les gens mais aussi pour les inciter à se faire tester et à faire un suivi.

Lorsque ce PLF entre dans le système, il est dirigé vers le *call center* des Régions. Les gens sont traités comme un contact à haut risque. Les mêmes procédures que pour les contacts à haut risque s'appliquent aux personnes de retour d'une zone rouge.

Après les premières semaines, on s'est rendu compte que plus de la moitié des personnes se faisaient tester. Je suis d'accord, les personnes qui ne se font pas tester ne sont certainement pas en quarantaine non plus, selon moi. Là, il faut un renforcement que nous avons demandé aux entités fédérées et qui consiste à organiser soit un rappel par téléphone après un ou deux jours pour appeler les gens qui doivent se faire tester et demander si oui ou non ils sont en quarantaine. Le choix a été fait par les Régions d'envoyer un sms. Pour moi, c'est bon mais il faut faire un suivi et s'assurer que les personnes de retour d'une zone rouge soient bien en quarantaine.

Les chiffres montrent qu'il y a à peu près 1 000 à 1 500 personnes chaque jour qui reviennent d'une zone rouge et environ 8 000 d'une zone orange. Deux tiers des personnes se font tester au retour d'une zone rouge, mais il y a des grandes différences. En Flandre, les chiffres sont beaucoup plus élevés qu'à Bruxelles ou en Wallonie. Nous avons demandé aux Régions de s'attaquer à ce problème et de vraiment faire respecter la quarantaine, le *testing* et le suivi de ces contacts à haut risque.

Les chiffres de positivité s'élèvent à environ 2 %, mais nous avons aussi demandé d'assurer un suivi, même si le premier test est négatif, pour savoir si ces patients se retrouvaient dans le système par la suite. C'est peut-être pour cette raison qu'il existe un malentendu entre les chiffres que j'ai fournis la semaine dernière, les 2 % qui sont testés positifs chaque jour lorsqu'ils reviennent d'une zone rouge et le nombre plus élevé de ceux qui étaient à l'étranger deux semaines avant de développer des symptômes – ils n'étaient peut-être pas dans les deux jours prévus par le PLF.

L'important pour se faire tester reste aussi d'être en quarantaine. Même si vous n'avez pas envie de faire un test, restez en quarantaine pour ne pas contaminer une autre personne. Il est clair que c'est la procédure à suivre.

Wij hebben heel lang gediscussieerd over de automatische toekenning van een code aan terugkeerders uit oranje zones. Het beleid stoelt op de filosofie dat terugkeerders uit oranje zones wordt aangeraden bij hun terugkeer zich bij hun huisarts te laten testen. Er wordt gewerkt met die tussenstap om het onderscheid te maken met personen die een hoogrisicocontact vormen. Als men alleen in de bergen is gaan wandelen en men niemand heeft gezien, is een verplichte test misschien niet nuttig. Er werd geopteerd voor de ontwikkeling van een onlinetool, die vanaf september ter beschikking zal zijn. De geautomatiseerde procedure bestaat erin dat wie uit de onlinevragenlijst als hoogrisicopersoon naar voren komt, de activatiecode krijgt om zich te laten testen en niet meer langs de huisarts hoeft te passeren.

Voor alle duidelijkheid, wij betalen de testen terug voor alle personen die uit een rode of oranje zone terugkeren. Dus iedereen die het wil, kan zich laten testen.

Peut-être encore quelques remarques sur l'application. Oui, la version bêta-test de l'application sera prête cette semaine ou début de la semaine prochaine. Elle va être utilisée par une centaine d'utilisateurs pour

juger de choses telles que le confort d'utilisation, la sécurité. Mi-septembre, l'application sera mise en production. Cela signifie que des groupes cibles pourront déjà commencer à l'utiliser. Le comité interfédéral avec Karine Moykens est en train de travailler là-dessus jour et nuit.

Le succès de cette application dépend en effet de tous les éléments préalables: d'abord la sécurité. J'ai déjà indiqué, dans une précédente présentation, de quoi il s'agit, quels éléments de protection de la vie privée, mais aussi de sécurité de cette application, nous avons pris. Ces éléments sont clairs, je pense.

Nous avons aussi l'expert en cryptographie, Bart Preneel, qui est le manager de tous les aspects de ce projet, qui est quand même une autorité mondiale sur le sujet. Je pense que nous sommes entre de bonnes mains.

Oui, l'application peut jouer un rôle à côté du contact tracing qui est effectué maintenant par (*coupure de son*). Il y a beaucoup de gens qui vont l'utiliser, parce que cela peut aider à lutter contre le virus.

Je vais encore parcourir très vite mes notes, pour voir si les questions qui étaient posées oralement ont aussi reçu une réponse.

Mevrouw Gijbels, u stelde een vraag over clusterdetectie. De huidige procedure is dat de informatie van de laboratoria en van Sciensano enkele keren per dag wordt doorgegeven aan de gezondheidsinspecteurs van de deelstaten, die op hun beurt de analyse op microniveau uitvoeren om na te gaan waar er zich clusters bevinden. Zo zijn er verschillende clusters ontdekt in woonzorgcentra en ook in bedrijven, bijvoorbeeld de case in Westvlees. Vanuit het Agentschap Zorg in Vlaanderen, l'AViQ in Wallonië en COCOF in Brussel, kan dan ook snel worden geageerd om de clusters in kaart te brengen en de nodige maatregelen te treffen.

De rode zones heb ik besproken.

Mevrouw Van Camp, ik heb ook gewezen op de cijfers die ik vorige week heb gegeven en de analyse die gedurende de afgelopen twee weken plaatsvond. Dat verklaart misschien de verwarring.

Het budget voor de antigentest heb ik meegedeeld. Omtrent DiaSorin heb ik intussen ook al wel duidelijkheid verschaft.

Monsieur Rigot, concernant les laboratoires qui se plaignent encore du manque d'écouvillons, de personnel et de réactif, nous sommes en concertation avec la Commission de la biologie clinique pour lui demander de transmettre cette information aux laboratoires cliniques. C'est donc elle qui fait la communication.

Comme je l'ai indiqué, on ne peut pas garantir 100 % d'opérationnalité dans chaque laboratoire chaque jour. C'est l'ensemble des laboratoires et l'organisation que nous avons mise en place avec la Commission de la biologie clinique qui font qu'on disposera d'une capacité de laboratoires pour effectuer de 70 à 80 000 tests par jour en octobre.

Beaucoup de laboratoires doivent encore améliorer leurs prestations pour transmettre l'information. J'ai indiqué que nous allions insister sur ce point avec l'INAMI.

Sur la manière dont les prélèvements sont effectués, le RAG a donné un avis sur les tests naso-rhino-pharyngaux, les swaps mais aussi sur la salive. J'espère avoir répondu à la question de la quarantaine. On a insisté auprès des entités fédérées dont c'est aussi la préoccupation. Nous travaillons en concertation.

Mevrouw Snelpe, voor het Antwerps testdorp hebben wij inderdaad de nodige steun gegeven, zodat dat testdorp snel opgezet kon worden. Dat zullen we trouwens ook in Brussel doen. De extra triagecentra die in Brussel opengegaan zijn, hebben overigens ook een rechtstreekse link met het nationaal platform om de testcapaciteit uit te breiden.

De gevalsdefinitie houd ik liefst zo breed mogelijk.

Momenteel is er, ook na het advies van de RAG, niet echt de mogelijkheid en de wil om aan preventieve screening te doen. Wij wachten bovendien ook nog op de resultaten van professor Goossens en vanuit Luik om te bekijken hoe dat geoperationaliseerd kan worden. Het probleem is namelijk niet zozeer de labocapaciteit, maar wel hoe we mobiele equipes op het terrein zetten om te zorgen voor staalafname.

Madame Fonck, je me suis renseigné au sujet du camion, nous avons aussi transmis cette information à l'AviQ pour l'utilisation, par exemple, pour le soutien des équipes mobiles le cas échéant.

Ik zie liefst testdorpen inderdaad uitgebreid, maar ook daar zullen we de regionale overheden moeten pushen om dat te doen.

Ik heb ook een antwoord gegeven op de vraag van de heer De Caluwé. Van alles wat de staalafname en – analyse kan vereenvoudigen ben ik een absolute voorstander. Pooling ziet er op papier makkelijk uit, maar in de praktijk is het niet zo evident om al die handelingen in de labo's te stellen. De sancties die bestaan voor de testen en quarantaine zijn gebaseerd op regionale decreten, mevrouw Jiroflée. Zij moeten ze dus ook toepassen en uitvoeren.

Mijnheer Bertels, voor de testing in de ziekenhuizen werken we samen met de commissie klinische biologie. Daarin zijn ook de ziekenhuislabo's vertegenwoordigd. In het verleden hebben ze ook al noodleveringen gedaan. Maar ook zij moeten zich natuurlijk voorbereiden op de golf van influenza-like symptoms die op ons af zal komen. Ze moeten ook kijken of ze de overflow van andere labo's kunnen absorberen als ze veel capaciteit hebben, of kunnen doorgeven aan het nationale platform als ze een tekort aan capaciteit hebben.

Alle studies zijn gepubliceerd, dus die zal ik u zonder probleem bezorgen. Ze zijn trouwens ook peer-reviewed, wat toch een belangrijk element is.

Les zones rouges, madame Fonck, j'en ai déjà parlé. Les plateformes et le CHU de Namur sont inclus. Madame Rohonyi, quant à la salive, aux origines de contamination de corona, elles sont en effet multiples. Elles se trouvent dans la population.

En juillet, des fêtes de famille ont sûrement eu lieu, tout comme des réunions à trop grande échelle, parfois aussi des collectivités, des maisons de repos, des entreprises. Il est presque certain que nous détecterons aussi des clusters avec la réouverture des écoles. J'ai insisté au Conseil national de sécurité il y a dix jours pour que les Régions et les entités fédérées mettent vraiment des protocoles en place pour assurer le suivi et pour faire une communication assez claire: qui est responsable de quoi, quand mettra-t-on une classe ou une école en quarantaine, où les gens pourront se faire tester, qui doit se faire tester, etc.?

Pendant cette réunion et pendant la réunion du RMG de lundi ou mardi, les entités fédérées m'ont assuré que les protocoles en place sont clairs, applicables et que tous les acteurs du terrain savent ce qu'ils doivent faire. J'espère qu'ils ont raison, mais je crois bien que c'est le cas.

Wat betreft de DiaSorin-test, de polemiek moet volgens mij inderdaad ontmiind worden. We moeten iedereen rond de tafel zetten en een goed gesprek hebben om de polemiek in de publieke sfeer te kunnen stoppen.

Rond het platform BIS heb ik ook uitleg gegeven.

Les différentes questions concernant ZenTech. Nous sommes en train de renégocier avec eux. Bien sûr, l'utilisation de tests sérologiques a beaucoup changé ces derniers mois. Dès que nous aurons les résultats, je les communiquerai. Mais là aussi, il faut être certain que les kits sont de bonne qualité, savoir comment ils seront utilisés. C'est pour cela que nous avons demandé un nouvel avis au RAG sur comment les différents tests de sérologie peuvent être utilisés dans une stratégie en automne.

Sur le *pooling* et l'INAMI, nous avons demandé à ce que l'INAMI examine cette question en concertation avec le laboratoire national de référence de sorte que ces tests en *pooling* aient la possibilité d'être remboursés, ou comment ils doivent être facturés, puisque ce sont souvent les agences qui demandent un *screening* ou un dépistage. Là aussi, c'est la responsabilité des agences de régler cela avec l'INAMI.

Je pense que cela conclut, madame la présidente.

Je suis désolé d'avoir pris un peu plus de temps que prévu. Nous avons dû partir à cause de l'OCC la semaine dernière. Je voulais bien faire le point sur tous les éléments-clés que les parlementaires ont évoqués. J'espère avoir été à la hauteur. Je vous remercie.

La **présidente**: Merci, monsieur De Backer, vous avez utilisé le double de votre temps. J'imagine que vous pourrez nous autoriser à dépasser le temps, le cas échéant, après 18 h 00.

Madame De Block, vous avez la parole et j'ai vu sur le chat que vous vous plaignez du temps consacré. Vous voyez que je ne suis pas très stricte en matière de *timing*, car je pense que les réponses que vous pouvez apporter intéressent largement les députés qui restent extrêmement attentifs et qui ont tous fourni un effort de concision. Vous disiez que vous auriez 38 secondes par réponse. Je peux vous dire que pour certains groupes, nous n'avions même pas 30 secondes pour poser la question qui nous tenait pourtant à cœur. Si vous faites le calcul, le temps des députés était encore plus restreint.

Mais je ne vais pas utiliser le temps précieux, je vous donne la parole et je vous demanderai de prévoir le temps nécessaire pour permettre à l'ensemble des membres de notre commission de répliquer. Je vous remercie

01.25 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw de voorzitter, ik ben ook lang Kamerlid geweest en ik weet dat men meer tijd nodig heeft om een vraag te beantwoorden dan om ze te stellen. Ik heb alleen de opmerking willen maken dat 38 seconden voor een antwoord eigenlijk te weinig is in de meeste gevallen. Er kruipt hier ook veel werk in van de administraties die al heel de vakantie aan het werk zijn. Ik respecteer hun werk ten eerste en ik hoop dat dit ook geldt voor de Kamerleden.

Wat betreft de vragen van mevrouw Gijbels. Zij zegt dat de tweede golf een heel andere situatie is. Dat is ook zo. Wij zitten in een heel andere situatie. Ten eerste weten wij nu meer over het virus en ten tweede hebben wij alles goed kunnen opvolgen. Daardoor is er nu genoeg beschermend materiaal en zijn er veel meer testen uitgevoerd. Op die manier kunnen wij de haarden opsporen en in samenwerking met de Gemeenschappen het nodige doen om in te grijpen.

Toch zijn er maatregelen genomen om het aantal contacten naar beneden te halen. Het aantal contacten is immers bepalend voor de manier waarop het virus zich van persoon tot persoon verspreidt. De contactopsporing is onder leiding van mevrouw Moeykens veel verbeterd. Waar wij kunnen, springen wij als overheid bij. Ik denk dan bijvoorbeeld aan de ICT. Er is evenwel sprake van bijkomende elementen zoals terugkerende vakantiegangers, seizoenarbeiders en scholen die heropenen.

Voorals in de provincie Antwerpen en in Brussel zijn er extra maatregelen genomen. In Antwerpen heeft de gouverneur een persconferentie gegeven waarin zij aangaf dat de maatregelen hebben geloond want de verspreiding van het virus is vertraagd. Om die reden kunnen een aantal maatregelen dan ook worden teruggeschroefd. Dit is goed nieuws voor de mensen want ik begrijp dat het niet zo aangenaam is om in deze COVID-tijden enigszins normaal sociaal en familiaal te functioneren.

Wat betreft uw vraag over het rioolwater, mevrouw Gijbels. Ook anderen hebben hierover een vraag gesteld. Het klopt dat Sciensano al is overgegaan tot een surveillance van het afvalwater. Het is de bedoeling om vroegtijdig significante toenames en dalingen in de bevolking te detecteren.

Op die manier kunnen we ook snel een beeld krijgen van de circulatie van het virus onder de bevolking, vooruitlopend en aanvullend op de bestaande surveillancemaatregelen die Sciensano op nationaal vlak coördineert. Er wordt samengewerkt met twee partners voor de analyses in het kader van die surveillance, een partner uit Vlaanderen en een partner uit Wallonië, waardoor het volledig Belgisch grondgebied wordt omvat en dubbel werk wordt vermeden.

Er is nood aan bilaterale overeenkomsten met de betrokken partners. Op dit moment worden die afgerond. De resultaten van de monitoring in Wallonië werden al gecommuniceerd met de betrokken overheid van het Waals Gewest, maar in Vlaanderen is dat nog niet gebeurd.

Twee keer per week worden 42 waterzuiveringsstations bemonsterd gedurende een periode van twee jaar. De resultaten zullen door drie laboratoria worden gecorreleerd met andere epidemiologische gegevens verzameld door Sciensano ter ondersteuning van het beleid. Het gaat dus om een pilootproject van twee jaar voor een nationale surveillance. Zo dragen wij ook bij aan het Europees initiatief om verschillende projecten met betrekking tot de surveillance van SARS-CoV-2 in afvalwater samen te brengen via een studie waarvan ik u de referentie al heb bezorgd. Die studie stelt zich als doel te komen tot een meer geharmoniseerde aanpak, ook inzake de analysemethode, wat een meerwaarde zou moeten zijn voor de vergelijking van de resultaten op zowel nationaal als internationaal niveau.

U hebt, net als de heer De Caluwé, een vraag gesteld omtrent de heropening van de scholen en de rol van kinderen bij de overdracht van de besmetting. Dat behoort inderdaad tot de bevoegdheid van de Gemeenschappen, waarmee wij via een interministeriële conferentie trachten samen te werken. Op 14 augustus werd daarover het themarapport *COVID-19-surveillance, infectie bij kinderen in België* gepubliceerd op de website van Sciensano. Begin augustus werd ook een ECDC-verslag gepubliceerd, waarin ook de overdracht en het risico op school behandeld worden. Volgens de jongste wetenschappelijke gegevens zijn de risico's van besmetting en overdracht voor middelbare scholieren lager dan voor volwassenen, maar wel hoger dan voor jongere kinderen. De overdracht is het kleinst bij kinderen tussen 1 en 10 jaar.

Daarna neemt het risico geleidelijk toe, maar het blijft altijd een stuk lager dan bij volwassenen.

We weten niet wat er op ons afkomt. Zoals Steven Van Gucht zegt, kan men het openen van de scholen vergelijken met een groot event. Ook de GEES hechtte hier veel belang aan en stelde dat, als men het op deze manier zou aanpakken, men tal van andere versoepelingen niet zouden kunnen doorvoeren. Op zich gaat het immers al om een uitbreiding van het aantal contacten. Het spreekt voor zich dat de epidemiologische situatie op de scholen nauwlettend opgevolgd moet worden. Minister De Backer heeft ook gemeld dat we daarover via de interministeriële conferentie, maar ook via de RAG en de RMG informatie vragen aan de deelstaten.

Dan was er een vraag over het aantal COVID-19-doden. Wie bepaalt of het COVID-gerelateerd is? Dit is de taak van de arts die de overlijdensakte invult. Dat is niet het prettigste om te doen. Daarop moet worden ingevuld welke de vermoedelijke doodsoorzaak is, en welke de onderliggende doodsoorzaken zijn. Van zodra er een vermoeden op besmetting bestond, werd het gerapporteerd als een overlijden mogelijk mede veroorzaakt door COVID-19. Dat gebeurde zo in ons land, want niet overal gebeurde het op deze manier. Deze gegevens werden ook zo door Sciensano verwerkt.

Dan waren er nog de belangrijke vragen van de dames Depoorter, Creemers, Hennuy, Tillieux, Sneppe, Jiroflée, Rohonyi en Merckx over het coronavaccin, waarover al veel gepraat is, maar waarvan er nog geen enkel klaar is.

De Europese Commissie heeft al een overeenkomst met AstraZeneca gesloten afgelopen vrijdag. Er worden 300 miljoen dosissen ter beschikking gesteld van Europa en over de lidstaten verdeeld. De verdeelsleutel is bepaald, namelijk proportioneel volgens het aantal inwoners. Voor België gaat het over 7,5 miljoen dosissen, waardoor het mogelijk wordt om 3,8 miljoen Belgen te vaccineren omdat er een tweemalige toediening zal moeten gebeuren.

Daar moet eerst nog de vergunning voor het in de handel brengen toegekend worden als het er is. Het toekennen van de vergunning is de competentie van het EMAS, en de overeenkomst voorziet ook in de optie om nog 100 miljoen bijkomende dosissen te bestellen.

Dan is er het advies van de Hoge Raad over de vaccinatie van COVID-vaccins. Zij zeggen dat 4 miljoen mensen prioriteit hebben om te worden gevaccineerd: de mensen in de zorg, maar ook mensen boven 65 jaar en mensen met risicofactoren. Daar wordt de hoeveelheid vaccins bepaald die nodig zullen zijn voor België.

Natuurlijk zijn wij ook kandidaat bij onderhandelingen over andere vaccins, zoals Johnson & Johnson, CureVac enzovoort. Ook daar schrijven wij ons in. Na het sluiten van een deal krijgen wij vijf dagen om te beslissen of wij een *opt out* doen, met andere woorden of wij dus beslissen om er niet aan deel te nemen. Dat is zo voor alle Europese lidstaten. Om die beslissing met genoeg kennis van zaken te kunnen nemen, is er dus een expertengroep die Xavier De Cuyper van het FAGG bijstaat, zodat hij met de nodige adviezen naar het steeringcomité kan gaan.

Het is zo dat wij via deze deal zeker zijn dat een bepaalde hoeveelheid van een vaccin zal kunnen worden aangekocht aan kostprijs, voor zover het vaccin een Europese marktvergunning kan bekomen. Hierdoor komt België niet in de positie dat zij een vaccin niet zouden kunnen verwerven wanneer het vaccin van AstraZeneca de marktvergunning heeft bekomen omdat de beschikbare voorraden reeds door andere landen zouden kunnen opgekocht zijn, zoals vorige keer is gesuggereerd door een aantal leden.

AstraZeneca kiest ervoor om de vaccins tegen kostprijs te leveren. Het vaccin wordt nu geschat op 2,9 euro per dosis. Een deel van de prijs wordt gedragen door de Europese Commissie en een deel door de deelnemende lidstaten. De prijs kan nog veranderen in overeenstemming met de ontwikkelingskosten. De prijs omvat niet de kosten van de distributie van het vaccin. Deze kosten vallen, zoals steeds, onder de verantwoordelijkheid van de lidstaten.

De overeenkomst bepaalt dat AstraZeneca de Europese Commissie zal informeren over de vooruitgang in de ontwikkeling. De Europese Commissie geeft ook toegang tot alle relevante informatie met betrekking tot een vaccin.

Er is ook in voorzien dat de Europese Commissie een audit kan doen inzake de kosten. België heeft voor 27 miljoen euro toegezegd als onderdeel van de Europese provisie die daarvoor wordt aangelegd.

Over de clause inzake eventuele schadeclaims werd vorige vrijdag nog hard onderhandeld. Deze onderhandelingen werden gevoerd door de Europese Commissie om ervoor te zorgen dat de partijen met vergelijkbare onderhandelingsfactoren rond de tafel zitten. Alle lidstaten die beslissen om deel te nemen, zullen gebonden zijn aan dezelfde contractuele voorwaarden. Ofwel tekent men in en geldt dat ook voor de onderhandelde voorwaarden, ofwel kiest men voor *opt out* en neemt men niet deel aan de verdeling van het vaccin noch aan het gezamenlijk voorafgaand aankoopcontract. Met andere woorden, dan moet men als kleine lidstaat afzonderlijk met AstraZeneca onderhandelen.

Het contract werd enerzijds onderhandeld onder een clause *no gain, no loss*. Dat wil zeggen dat AstraZeneca de vaccins levert aan kostprijs en geen winst maakt. Anderzijds worden de aansprakelijkheden en de financiële lasten verdeeld tussen de contractpartijen. AstraZeneca wordt in principe gevrijwaard van de vorderingen die de lidstaten en de Europese Commissie zouden hebben. De aansprakelijkheid jegens patiënten en derden van AstraZeneca blijft onverlet. Gezien het vaccin zeer snel het traject van ontwikkeling tot het op de markt brengen doorloopt om tegemoet te komen aan de meer dan dringende vraag naar vaccins, zal iedere deelnemende lidstaat AstraZeneca vrijwaren van bepaalde schadeclaims, voor zover deze niet voortvloeien uit bewust foutief gedrag of het niet-naleven van AstraZeneca's verplichtingen in het licht van goede fabricagepraktijken, *good manufacturing practices*, of de farmacovigilantie. Dat compromis werd bereikt. Wat betreft de eisen van de enen en van de anderen, was dit het moeilijkste punt om overeen te komen.

Het zal enkel op de markt komen nadat het een Europese marktvergunning heeft bekomen. Dat alleen al geeft een grote garantie op veiligheid en effectiviteit. Het vaccin zal ook worden ontwikkeld en geproduceerd in Europa.

Er werd dus een evenwicht gevonden tussen de noodzaak om snel een vaccin ter beschikking te hebben, maar ook om dit te doen tegen kostprijs, de verdeling van de aansprakelijkheden en de financiële lasten tussen de contracterende partijen. Het gaat niet om een cadeau; mevrouw Merckx wees daar al op met een spreekwoord. De aansprakelijkheid is wel eerlijk verdeeld. AstraZeneca blijft aansprakelijk jegens patiënten en andere derden. Ook zal de versnelde vergunningsprocedure geen enkel effect hebben op de veiligheid van het vaccin. Al de nodige regels voor het verkrijgen van de Europese marktvergunning worden gevolgd. Als het negatief is, dan wordt het contract met AstraZeneca ook ontbonden.

De beslissing om deel te nemen aan het voorafgaand aankoopcontract werd genomen in de interministeriële conferentie Volksgezondheid op 19 augustus op advies van het comité samengesteld uit onafhankelijke experts en met vertegenwoordigers van de betrokken overheden. Gelet op de bevoegdheid van de Gemeenschappen voor alle initiatieven omtrent de preventieve gezondheidszorg, geregeld volgens de bijzondere wet van 1980, is de aankoop namelijk een gemeenschapsaangelegenheid. De federale overheid heeft daarvan kennis gegeven aan de Europese Commissie. De wetenschappelijke experts hebben hun advies omtrent het betrokken vaccin in alle onafhankelijkheid verleend. De beslissing werd genomen rekening houdend met contractuele bepalingen zoals genegotieerd door de Europese Commissie. De globale evolutie op grond van de stand van de wetenschappen over het vaccin in de ontwikkeling heeft geleid tot een positief advies, dat werd gevolgd door de Gemeenschappen.

Enfin, la Commission européenne négocie actuellement avec différents producteurs de vaccins et il est, dès lors, fort probable que la Belgique souscrive bientôt à d'autres contrats. En effet, il s'agit d'achats anticipés et il y a un risque certain que ces vaccins n'obtiennent pas d'autorisation de mise sur le marché de la part de l'Agence européenne des médicaments. Il est donc important de pouvoir s'engager dans différents accords

au vu des incertitudes actuelles.

Ook andere landen hebben besloten niet alle eieren in een mand te leggen en gingen ermee akkoord dat de Europese Unie met de verschillende firma's zou onderhandelen.

Er zijn nog heel wat onbekenden: wat met de naalden en de spuiten, wordt het een flacon voor meerdere dosissen, wordt het een enkelvoudige dosis in een spuit, gaat het om eenvoudige of dubbele flacons waarbij menging van substraat en adjuvans nodig is. De Hoge Gezondheidsraad formuleerde al een advies over de prioritaire groepen. Als er daarover beslist wordt, weten we hoeveel naalden en spuiten er nodig zijn.

Intussen heeft de Europese Commissie de verwerving van medisch injectiemateriaal mee opgenomen in de vaccinatiestrategie en was er een *joined procurement* voor naalden en spuiten, die afliep op 21 augustus jongstleden. Een specifiek procurement procedure steering committee volgt de aanbesteding op; de FOD Volksgezondheid werd in het kader van de *joined procurement* aangesteld als *contracting authority*.

Het FAGG heeft op basis van Europese gestandaardiseerde formulieren de behoefteanalyse voor medisch materiaal voor grootschalige vaccinatie, dus naalden en spuiten, afvalcontainers voor de veilige verwijdering van gebruikt injectiemateriaal, vaccindragers, klevers en desinfectiemateriaal, opgehaakt en bij de Europese Commissie aangemeld. Dat wordt opgevolgd door zowel het FAGG als de FOD Volksgezondheid.

Aan mevrouw Depoorter laat ik opmerken dat het aanleggen van een strategische stock van toedieningsmateriaal van vaccins geen deel uitmaakt van het mandaat van het adviescomité van het FAGG. Het ondersteunt wel de interministeriële conferentie, wanneer die beslissingen moet nemen in het kader van onderhandelingen van de Europese Commissie over contracten. Het FAGG kiest ervoor om de leden van het adviescomité tot het adviescomité zijn werkzaamheden heeft afgerond, niet bekend te maken, omdat men niet wil dat hun objectiviteit wordt beïnvloed.

Over remdesivir werd al veel gezegd en de informatie zal ik schriftelijk bezorgen. Een nieuwe vraag van mevrouw Depoorter en mevrouw Creemers betrof de antistoffen tegen COVID-19 in plasma en moedermelk. Inzake plasma heeft de heer De Backer al geantwoord. De beschermende functie van borstvoeding tegen infecties bij pasgeborenen en kinderen is goed gedocumenteerd en erkend. Borstvoeding versterkt het immuunsysteem, met name doordat de moeder via de melk antistoffen aan de pasgeborene doorgeeft. De WHO raadt met haar *breast feeding advice during COVID-19 outbreak* borstvoeding tijdens deze COVID-pandemie aan, mits weliswaar strikt hygiënische voorwaarden in acht worden genomen in geval van infectie bij de moeder. Voorts heeft een Nederlands onderzoeksteam op 13 augustus een artikel aan *The Lancet* voorgelegd, waarin wordt aangetoond dat moedermelk van patiënten met COVID-19 een heleboel antistoffen tegen het virus bevat. Die zouden een neutraliserend effect kunnen hebben op het virus en zouden resistent zijn tegen pasteurisatie. De onderzoekers zullen nu testen of moedermelk effectief een infectie zou kunnen voorkomen, in het bijzonder in kwetsbare groepen zoals oudere mensen. Er worden verschillende oproepen gelanceerd voor het doneren van moedermelk door besmette vrouwen. Daar zal niet zoveel materiaal van voorhanden zijn, gelukkig lijkt mij.

In België lopen enkele studies over het gebruik van convalescent plasma. Twee studies krijgen ondersteuning van het Kenniscentrum. Het is nog te vroeg om vooruit te lopen op de resultaten, omdat de studies 20 tot 34 maanden duren, naar gelang van het aantal inbegrepen patiënten.

Men zegt altijd dat er een plan voor de komende golven moest komen. Welnu, een dokter van Sciensano heeft een goed plan uitgewerkt voor de detectie van nieuwe clusters met maatregelen bij *resurgence*. Er is ook een dynamisch, interfederaal plan. In opdracht van de IMC vult de RMG dat verder aan. Daar is al erg veel aan verbeterd, maar het blijft een dynamisch plan, wat de slagkracht bij volgende uitbraken verhoogt.

Er wordt ook rekening gehouden met de inzichten van de verschillende parlementen en de deelstaten. De inzichten zullen getoetst worden aan de aanbevelingen van de bijzondere parlementaire commissies, die in elke assemblee worden geïnstalleerd. Als er nog aanbevelingen worden geformuleerd, zullen die ook worden getoetst in de tussentijdse evaluatie.

Het is goed dat met de uitvoering van het plan is begonnen. Iedereen zal ter zake zijn verantwoordelijkheid nemen. Ook al zijn de bevoegdheden nogal versnipperd, het interfederaal plan is coherent en dynamisch en ieder zal de opdracht uitvoeren waarvoor hij bevoegd is. Zoals minister De Backer al gezegd heeft, wordt er bijgesprongen waar nodig is, door het federale niveau.

Er wordt gepleit voor de medewerking van gedragswetenschappers aan de opmaak en de communicatie van de coronamaatregelen. De GEES, de werkgroep die door de eerste minister werd opgericht om de exitstrategie te begeleiden, heeft Celeval de opdracht gegeven om na te gaan hoe we in de maanden en jaren dat het virus onder ons is, de groep kunnen uitbreiden, precies gelet op de zware psychologische beproeving en de noodzaak voor een duurzame motivatie van alle betrokkenen, zodat ook de belangrijke expertise ter zake in de adviesorganen wordt meegenomen. Nogmaals, de GEES rapporteert aan de eerste minister en komt ook met aanbevelingen naar de Nationale Veiligheidsraad. Het zal dan gaan om een uitgebreide, nieuwe GEES. De contacten gebeuren steeds tussen degenen die het advies vragen, die ook de samenstelling bepalen. Het initiatief ligt wat dat betreft bij de eerste minister.

Mme Hennuy, Mme Depoorter et encore d'autres membres m'ont interrogé à ce sujet.

Pour le moment, il est difficile de démontrer scientifiquement le lien de causalité entre un trouble mental et la crise du coronavirus. Toutefois, il faut prêter attention aux conséquences psychologiques possibles que peut avoir ce virus sur les patients.

Afin de mieux répondre aux demandes de soins pour des problèmes psychologiques légers, le nombre de séances de psychothérapie chez un psychologue clinicien de première ligne a été augmenté pour passer de quatre à huit. Cette mesure ne vise pas seulement les adultes, mais aussi les adolescents, les enfants et les personnes âgées.

Ook preventie speelt daarin een belangrijke rol. Het zijn de Gemeenschappen die zich daarover buigen.

De pandemie en de maatregelen hebben een grote impact gehad op alle leeftijdsgroepen. Het budget van de eerstelijnspsychologie werd om die reden met 16,7 miljoen euro verhoogd en uitgebreid naar kinderen en ouderen. Wij hebben ook de categorie verwijzende artsen uitgebreid naar arbeidsartsen, CLB-artsen en geriateren. Kortom, alle artsen die betrokken zijn bij de begeleiding van patiënten.

Er is ook een inspanning geleverd op het vlak van de zorgondersteuning voor het verplegend personeel. Het budget hiervoor is weliswaar reeds uitgetrokken maar de implementatie op het terrein zelf is nog aan de gang. Er wordt met de nodige spoed gewerkt aan de uitwerking. Bovendien wordt nog overleg gepleegd over een aantal elementen.

Wat betreft de griepvaccinatie. Wij hebben vandaag gecommuniceerd over het gefaseerde verloop van die vaccinatie. Mevrouw Depoorter, er is nog uitsluitel gegeven over de 500.000 vaccins die via Europa zouden komen. Wij hebben sowieso al 2,9 miljoen vaccins. Dit is veel meer dan in de voorbije jaren. De Hoge Gezondheidsraad heeft gezorgd voor een uitbreiding van de doelgroepen. Wij zouden dus over voldoende vaccins moeten beschikken.

Het FAGG zal toezien op het respecteren van de aanbevelingen met betrekking tot de gefaseerde aflevering die in nauw overleg met de betrokken terreinactoren – apothekers, artsen en arbeidsgeneeskundige diensten – tot stand kwam. Dit overleg heeft dus reeds plaatsgevonden. De distributie zal gefaseerd verlopen. Wij menen dat een dwingende regelgeving nu niet nodig is omdat deze aanpak ook wordt gedragen door de vertegenwoordigers van de verschillende betrokken actoren, zowel op het terrein als de verschillende overheden van ons land.

Wij rekenen hierbij op de verantwoordelijkheid en de deontologie van elke actor voor de correcte uitvoering van de gefaseerde vaccinatiecampagne. Op dat vlak is er nu ook gezorgd voor de nodige communicatie, namelijk een brede informatiecampaagne die deze week is gestart richting beroepsgroepen en het grote publiek.

De aflevering van het vaccin wordt automatisch geregistreerd. De registratie dient te gebeuren in respectievelijk Vaccinnet of e-vax, naargelang de plaats waar het gebeurt. De reglementering op het al dan niet verplicht registreren in deze databanken blijft een bevoegdheid van de betrokken deelstaten.

Dan de vragen over testen in bedrijven. Mevrouw Gijbels, dat blijft een bevoegdheid van het Agentschap Zorg en Gezondheid. Daar ging het vooral over een hoger aantal uitbraken in de vleesbereidingssector, waar bijkomende preventieve maatregelen op de werkplek moesten worden genomen, maar ook inzake de leefomstandigheden van de werknemers. Daar moet men attent voor blijven.

Er is ook een advies van de RAG voor diergeneeskunde inzake de slachthuizen. Dat werd reeds meegedeeld. Daarin staat dat werknemers aan het virus kunnen worden blootgesteld via besmetting van hun handen. De mogelijkheid van besmetting via de handen door hantering van het vlees wordt als verwaarloosbaar beoordeeld in vergelijking met het risico van rechtstreekse overdracht van mens tot mens. Ook daar zijn er dus meer preventieve maatregelen nodig.

Monsieur Prévot, vous avez parlé de cacophonie et des discordances entre les déclarations des scientifiques et celles de mes collègues.

Je n'ai pas pour habitude de faire des déclarations sur les propos tenus par ces derniers. En tant que parlementaire, vous avez la possibilité d'interroger tous les membres du gouvernement. Il ne m'appartient pas d'expliquer les déclarations de l'un ou de l'autre.

En ce qui concerne l'obligation éventuelle d'être vacciné, jusqu'à aujourd'hui en Belgique, seul un vaccin est obligatoire: celui contre la polyomyélite. Il a été rendu obligatoire, en 1966, par arrêté royal.

Er zijn bepaalde voorwaarden gesteld, omdat een vaccin verplicht kan zijn. We hebben dat een keer getoetst, en het blijkt voorlopig niet te kloppen, voor wat dit vaccin betreft. Als dat toch het geval zou zijn, moet dit toch overlegd worden met de Gemeenschappen. Tot nu toe zou het aangeraden zijn, maar niet verplicht.

Pour ce qui concerne les centres de planning, questions de Mme Tillieux et Mme Thibaut, la compétence en revient à ma collègue Mme Morreale mais je suis prête à lui relayer ces questions. Nous avons cherché dans le stock des questions parlementaires de l'assemblée régionale: peu de problèmes y ont été présentés. Cependant, j'ai noté ces questions quant aux soins postposés mais nécessaires pour les femmes enceintes et en difficulté.

Ils doivent voir comment assurer ces soins et comment éviter que, lors de nouvelles vagues, ces femmes postposent les soins nécessaires.

Mevrouw Snelpe, u vroeg of de proefprojecten met het tbc-vaccin een alternatief zouden kunnen vormen. Ik heb het nagevraagd bij het geneesmiddelenagentschap. We zijn niet op de hoogte van een proefproject waarbij dit tbc-vaccin wordt ingezet als middel tegen COVID-19. Er zijn momenteel wel een aantal gerandomiseerde gecontroleerde studies lopende waarin de werkzaamheid van de BCG vaccinatie wordt getest bij gezondheidsmedewerkers die in rechtstreeks contact staan met COVID-19-patiënten.

Vanwege het gebrek aan evidentie, maar ook omdat het BCG-vaccin beperkt beschikbaar is, moet het voorbehouden worden voor vaccinatie van kinderen in gebieden met een hoog risico. Dat is een raad van de Wereldgezondheidsorganisatie om deze vaccinatie in het kader van COVID-19 buiten gerandomiseerde gecontroleerde studies af te raden. Het vaccin is ook niet beschikbaar en kan momenteel door een officiële apotheker enkel worden ingevoerd op basis van een voorschrift op naam en artsenverklaring. De kost zal dus afhankelijk zijn van de prijs van het product in het buitenland. Maar nogmaals, de WHO zegt van daar zeer voorzichtig mee te zijn. Het is niet de bedoeling om dit aan iedereen te gaan toedienen.

Wat de schadelijke gevolgen op lange termijn betreft, is het natuurlijk nog te vroeg om te weten welke deze effecten zijn.

Dan heb ik nog vragen van mevrouw Hennuy en mevrouw Creemers over de nomenclatuurnummers voor de samenwerking van kinesisten en diëtisten. Het is het vervolg op het antwoord op twee eerdere vragen. Daar gaat het nog steeds over de multidisciplinaire aanpak waarin diëtisten ook een belangrijke rol spelen.

U zegt dat het RIZIV een brief heeft geschreven. Ik heb echter zelf een brief geschreven met uitleg aan mevrouw Lejeune, voorzitter van de UPDLF. Ik kan die brief ook aan de Vlaamse Beroepsvereniging van Diëtisten sturen.

Het gaat over de nomenclatuurnummers waarin voorzien is, hoe die passen in een multidisciplinaire aanpak en hoe zij daarna verder kunnen worden gebruikt zolang revalidatie nodig is. Diëtisten maken ook deel uit van een multidisciplinaire revalidatie. Men vraagt nog een verdere uitbreiding, maar om nu andere pistes aan te boren die niet gelieerd zijn aan COVID-19 – daarvoor hebben wij urgente maatregelen genomen, onder

andere naar kinderen – lijkt het mij dat wij daar in lopende zaken weinig kans op slagen in hebben.

Ik zal u het antwoord verder in het Nederlands bezorgen, mevrouw Creemers.

Concernant la question de Mme Tillieux sur les ambulances dédiées au transport de patients atteints du COVID-19, pendant la première vague, nous avons été confrontés à une pénurie majeure et nous n'étions pas en mesure de prévoir les EPI nécessaires pour toutes les ambulances. Face à ce constat et en mettant la protection du personnel ambulancier en évidence, est venue la solution des ambulances dédiées. Nous avons donc concentré les moyens matériels de protection sur quelques ambulances dans le pays et nous avons engagé ces ambulances pour les interventions COVID-19.

Le revers de la médaille était que le service level agreement de ces ambulances était moindre là où je demande qu'en moyenne, une ambulance soit sur place endéans les quinze minutes, vu que le nombre d'ambulances dédiées était de 36 pour le pays. Il n'y avait donc pas de couverture du territoire comme pour les ambulances régulières de l'assistance médicale urgente. L'utilisation des ambulances normales pour les patients COVID-19 et non-COVID-19, renvoyait à l'obligation de nettoyer et désinfecter toute l'ambulance entre chaque transport mais entraînait aussi une réduction du service-level agreement.

L'analyse chiffrée des interventions COVID-19 durant la première vague nous démontre qu'il y a eu 29 500 interventions dont la moitié a été exécutée par une ambulance dédiée et l'autre moitié par une ambulance normale. Au plus fort de la première vague, nous comptons plus de 700 interventions COVID-19 par jour. Aujourd'hui, ce nombre a chuté à 200, même avec la hausse des dernières semaines. Le service-level agreement a réduit des moyens dédiés et petit à petit, le marché et la disponibilité de matériel de protection s'est normalisé. Le SPF Santé publique a fourni du matériel de protection nécessaire aux différents services d'ambulances agréés et la mise en place de ces ambulances dédiées COVID-19 a nécessité la mise à disposition de moyens humains supplémentaires. Le service exprimait également une certaine fatigue en fin de crise. Au regard de ces éléments, il nous a semblé opportun, en collaboration avec les différentes directions médicales des centres d'urgence 112 et nos différents services d'inspection de l'hygiène, de faire rebasculer ces interventions dans le circuit régulier et donc de mettre en suspens l'utilisation et la mise à disposition de ces ambulances dédiées.

Actuellement, selon les chiffres d'interventions pour ces cas avec suspicion de COVID-19, nous ne faisons pas face à une vague comme celle vécue, et ces interventions peuvent être absorbées au moyen d'ambulances urgentes habituelles. Néanmoins, en cas d'augmentation rapide du nombre de ces interventions, et donc d'impact sur les moyens, nous pouvons très rapidement réactiver les moyens dédiés au COVID-19, car les conventions spécifiques sont toujours en cours.

J'ai répondu aux questions de Mme Tillieux sur les centres de tri. Vous avez une question sur le Trikafta. Je vais vous envoyer la réponse, parce que c'est une réponse plutôt technique.

En ce qui concerne les questions de M. Rigot, Mme Rohonyi, sur la bulle sociale, certaines personnes sont pour et d'autres contre. Il faut dire que tous nos modèles, et ceux provenant de l'étranger, indiquent que limiter les contacts – c'est surtout cela – a un très grand effet sur la maîtrise de l'épidémie. L'essence de ce principe est de limiter les contacts sociaux et leur fréquence. Tous nos contacts, et surtout des contacts changeants, engendrent malheureusement une propagation virale rapide.

Le concept de bulle est une manière d'atteindre cet objectif. Il est basé sur des études qui ont été faites à l'université de Hasselt et à Anvers. Ils ont étudié en mai 2020 un nombre très important de scénarios pour analyser l'effet de différents types de limitations des contacts. Il ressort de ces travaux que les bulles familiales ont un effet très favorable sur l'évolution de l'épidémie.

Après une analyse approfondie, nous déterminons un objectif épidémiologique précis sur lequel les mesures pourront être basées. Même si l'objectif est atteint, il sera provisoirement nécessaire de limiter encore les contacts sociaux.

Sur la charge de travail des hôpitaux psychiatriques, il y avait des problèmes dans un certain hôpital à Bruxelles. Les autres hôpitaux ont apporté leur aide pour hospitaliser des patients. Le problème se rencontrait aussi parmi le personnel soignant, dont plusieurs membres ont été contaminés, parfois à cause des vacances, parfois autrement.

En effet, ces gens sont vulnérables vu leurs problématiques en santé mentale et ce n'est pas facile en cette période avec tout le stress qu'ils peuvent ressentir. Mais il est difficile d'apprécier le nombre exact d'admissions sous contrainte de cas médicalement justifiés. L'ensemble des services admettant des patients mis en observation relève une pression plus forte. Cependant, pour les institutions et le personnel de la Région de Bruxelles-Capitale, le problème est plus aigu que dans les autres Régions. À Bruxelles, les mises en observation sont plus souvent imposées par un magistrat qu'ailleurs. Cette problématique n'est pas d'aujourd'hui, mais malheureusement, il y a davantage de cas en cette période de crise.

En principe, une mise en observation doit pouvoir se faire dans tous les services psychiatriques. Un agrément spécifique n'est pas nécessaire pour ce type de prise en charge. Néanmoins, nous constatons que les magistrats bruxellois n'attribuent ces patients qu'à quatre hôpitaux bruxellois ayant un agrément pour la mise en observation. Pendant un certain temps, les mises en observation ont été systématiquement refusées dans l'un d'entre eux, bien que d'un point de vue juridique un refus ne soit pas légalement impossible. Nous avons observé que les magistrats ont ensuite placé ces patients dans l'un des trois autres hôpitaux.

Afin de trouver des solutions à cette problématique, j'ai entamé un dialogue avec le secteur afin de parvenir à de meilleurs accords. Ce dialogue est actuellement toujours en cours. Nous devons voir comment les aider. Il est à noter que la loi sur la mise en observation relève de la compétence du ministre de la Justice. Pour rationaliser les conditions d'admission sous contrainte, un groupe de travail a été créé incluant des médecins, des directions d'hôpitaux, des magistrats, des avocats et des représentants de nos deux administrations.

Ce groupe de travail a, depuis lors, complété ses activités. Un état des lieux peut être fait concernant les éventuelles modifications de la loi relative aux admissions obligatoires qui relève de la compétence du ministre de la Justice. Cela dit, on ne peut que se féliciter du fait que ledit groupe ait travaillé en concertation avec tous les acteurs concernés.

Le contexte annuel est malheureusement de nature à limiter les possibilités d'intervention et d'appui qui peuvent être octroyées au secteur. Cette question devra être examinée par le prochain gouvernement.

Au lieu d'un protocole *strictu sensu*, les autorités compétentes des entités fédérées ont envoyé des lignes directrices aux hôpitaux psychiatriques sur la sécurité sanitaire. Ces lignes directrices ont fait l'objet de débats au sein du Search Capacity Group. Mais comme vous, le savez ce sont les entités fédérées qui avaient le *lead*.

Il est très important que ce travail se poursuive, car ces hôpitaux sont en difficulté, tout comme leurs patients.

Inzake het zorgpersoneel werd de injectie van de middelen op het terrein inderdaad nog niet vastgesteld. Daar wordt nog aan gewerkt. De psychosociale managers hebben het overzicht van alle maatregelen op het vlak van psychosociale ondersteuning bijgehouden en het aanbod in kaart gebracht. Het behoort tot de taak van de managers om het overzicht te bewaren. Daarop wordt nu voortgebouwd voor de implementatie van een en ander.

Pour ce qui concerne l'évolution de l'épidémie, le suivi des *clusters* tout comme le *testing* restent important. Toutefois, Sciensano apporte un support aux entités fédérées dans ce domaine à leur demande.

Chaque entité fédérée a développé son système, établi son mode de fonctionnement avec le niveau local de gestion ainsi qu'en matière de prise de décisions.

Sciensano et les entités fédérées se réunissent une fois par semaine – je crois que c'est le jeudi – pour échanger des informations sur les *clusters* identifiés. Un outil pour rassembler ces informations a été créé.

Plusieurs études relatives aux séroprévalences sont en cours au sein de Sciensano et dans différents centres universitaires. Ces études sont répétées. Leurs résultats sont disponibles sur le site web de Sciensano et sont repris dans le *weekly report*.

Des questions ont également été posées sur le retour physique des médecins généralistes dans les maisons de repos. Cette question relève de la compétence des entités fédérées. Cependant, cela ne semble pas

poser de gros problèmes.

Concernant le financement des hôpitaux et la perte de leur financement, je vous ai déjà expliqué le processus.

Le Conseil fédéral des établissements hospitaliers sera amené à travailler sur la question pour rendre un avis à la fin septembre.

De heer Bertels stelde een vraag over de rol van de psychosociale managers. Welnu, die rol is gedefinieerd binnen het psychosociaal interventieplan. De managers coördineren eigenlijk de planningsfase van het PSIP, evenals de ontplooiing van de acute psychologische hulpverlening bij een collectief incident. Naast de ontplooiing binnen de acute fase zorgen zij ook voor de opstart van het psychosociaal coördinatiecomité. Binnen dat comité wordt alle informatie aangaande de acute fase en de geïdentificeerde noden voor de nazorgfase aan de collega-coördinatoren van de psychosociale nazorg van de deelstaten gegeven. De deelstaten, versterkt met de input van het psychosociaal coördinatiecomité, volgen de nazorg dan ook verder op. De laatste opdracht van de psychosociale managers in de cyclus is dan ook een evaluatie van die hulpverlening in de acute fase en de implementatie van verbeteracties in de planning van het PSIP.

De huidige crisis is een enigszins andere dan ons reeds gekende crisissen. De generieke acute fase is weliswaar voorbij, maar we blijven ons wel in een sluimerende subacute fase bevinden. Nu en dan zijn er nieuwe uitbraken, bijvoorbeeld in een woonzorgcentrum of in een andere collectieve voorziening, waardoor er toch een nieuwe acute crisis ontstaat. Het is daarom belangrijk dat de psychosociale managers actief blijven in deze fase van nazorg, waarin zich nu en dan nog een crisis of crisette voordoet. Optimale samenwerking met de coördinatoren blijft dan ook nodig. De managers bieden ondersteuning waar nodig.

Bij de dringende hulpverlening binnen de FOD wordt dat opgevolgd. Nu en dan krijgen wij daarvan terugkoppeling.

Mevrouw de voorzitter, ik hoop dat ik met mijn antwoorden nog binnen de mij toegemeten spreektijd ben gebleven.

La présidente: Madame la ministre, je vous remercie.

Le temps de parole a largement été dépassé puisque vous l'avez dépassé du double. Je propose pour les répliques de permettre aux députés de doubler eux aussi leur temps de parole, pour égaler celui de l'entame de nos travaux, à savoir huit minutes pour les groupes de trois membres, cinq minutes pour les groupes de deux membres et trois minutes par député.

01.26 Frieda Gijbels (N-VA): Mevrouw de voorzitter, ik wil in eerste instantie nog even terugkomen op de antwoorden die ik gekregen heb van minister De Backer en dan vooral omtrent de DiaSorin-tests, los van het feit of het een goede test is of niet, ik denk dat dat zelfs niet de essentie van de zaak is.

Wie het artikel in *De Standaard* heeft gelezen, zal hebben gezien dat het veel dieper zit dan dat. Er zijn toch een aantal jammere zaken gebeurd. Het is ook niet alleen het AZ Delta die dat aanklaagt, ook de overkoepelende wetenschappelijke vereniging van de laboratoriumgeneeskunde heeft verschillende zaken aangeklaagd. Zo hebben zij bedenkingen over de rol die het FAVV zich heeft toegemeten en over het feit dat één lab bijvoorbeeld niet verschillende tests kon uitvoeren om ze ook te kunnen vergelijken. Zij verwijzen dan ook elke keer naar Nederland en Denemarken, waar er toch op een veel opener manier wordt gecommuniceerd over die onderzoeksdata die door de verschillende laboratoria worden bekomen.

Ook het feit dat het evaluatieprotocol en de resultaten van bijvoorbeeld de DiaSorin-test niet werd meegedeeld aan het lab die de kits ontving, deed vragen rijzen en dat is ook heel logisch. Er bleek ook dat de cut-offwaarde was aangepast. Als dan ook nog eens blijkt dat er een band is tussen het FAGG en degene die wordt aangeduid om die test te evalueren, dan is het logisch dat er een zeker wantrouwen ontstaat, zeker als de communicatie dan ook nog eens op een eerder autoritaire manier verlopen is, wat wij toch van verschillende labs moeten horen.

Ik hoor dat er wordt samengezeten met de labs. Dat is hoog tijd en het is vreemd dat dat nu pas gebeurt. In zulke gezondheidscrisis is het essentieel dat men als één man staat achter een sterk en adequaat beleid, waarbij goed en snel moet kunnen worden gehandeld. Daar is blijkbaar volledig aan voorbijgegaan door

iemand in het veld te sturen die blijkbaar een zeer moeilijke communicatie met de labs had.

Men mag ook niet vergeten dat het FAGG rechter en partij is, en druk kan zetten op een lab. Als dat zou betekenen dat de academische vrijheid, al is het maar impliciet, op enige manier onder druk zou komen te staan, dan denk ik dat het toch een belangrijk punt is. Ik hoop ook dat dat deel zal zijn van het onderzoek.

Ik heb niet gehoord of u het wenselijk acht dat de heer Malonne eventueel tijdelijk uit zijn functie wordt ontheven, maar ik hoop ook dat dat deel kan zijn van het gesprek dat zal worden gevoerd met de verschillende labs en dat zij daar open over kunnen communiceren.

Wat de antwoorden van minister De Block betreft, heb ik nog niet heel helder gehoord wat nu precies de doelstelling is van de huidige maatregelen. Waar streven ze nu naar en welke factoren worden daarvoor in rekening genomen? Streven wij naar het vrijwaren van ziekenhuiscapaciteit? Ik denk dat dat niet meer aan de orde is, voorlopig toch nog niet. Streven wij naar een reductie van de R-waarde en welke is die dan?

Ik denk dat het heel belangrijk is om dat mee te geven aan de bevolking, die allerlei maatregelen moet nemen om daarnaartoe te werken en dat wij ook samen weten waar wij precies naar streven.

Over de ziekenhuisopnames ten gevolge van COVID-19 hebben wij verder niets gehoord. Ik had gevraagd naar cijfers van de leeftijdscategorieën en ook de ligduur van de ziekenhuisverblijven. Wordt er in de registratie van overlijdens ook een onderscheid gemaakt tussen een overlijden met COVID-19 en een overlijden door COVID-19? Het lijkt mij namelijk essentieel om daarin een onderscheid te maken.

Ook mijn vraag over de situatie van de mondhygiënist werd nog niet beantwoord. Door de COVID-crisis is het prangender geworden dat zij het veld in worden gestuurd, maar er is nog steeds niet in terugbetaling voorzien voor de behandelingen die zij verlenen, waardoor er een soort van oneerlijke concurrentie ontstaat tussen de mondhygiënist en de tandartsen. Tandheelkunde wordt op die manier ook enigszins een luxegeneeskunde, een behandeling voor wie het zich kan veroorloven.

Ik had ook een vraag ingediend over een artikel verschenen in *The New York Times*, waarin het Belgisch beleid met betrekking tot de ouderen in de woonzorgcentra stevig op de korrel wordt genomen. Blijkbaar hebt u op dat artikel niet willen reageren, maar in een repliek had ik die reactie toch graag nog vernomen.

01.27 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, collega Gijbels heeft al veel gerepliceerd in verband met de DiaSorin-test. Ik vind uw antwoorden vrij tendentieus. U geeft gewoon niet weer dat de eerste validatietest op 44 patiënten werd uitgevoerd, welke patiënten dan ook nog eens allemaal in dezelfde fase van het ziekteverloop zaten.

Er zijn argumenten pro, maar ik denk toch dat u volledige informatie moet geven. Mijn collega heeft ook al over de *cut off* gesproken. Het is goed dat het gesprek plaatsvindt. De voorbije evaluaties van de verschillende topmensen van het FAGG moeten daarin misschien ook eens betrokken worden. Daarna kunt u als minister eventueel beoordelen of er al dan niet stappen moeten worden gezet.

Mevrouw de minister, in verband met het COVID-vaccin concludeer ik dat u uw eieren in het mandje van de Europese Commissie legt, wat u al gemeld had, maar bovendien functioneert u nu ook nog als paraplu voor de firma AstraZeneca. Ik begrijp echt niet waarom u in het journaal met klem ontkende dat er over de aansprakelijkheid afspraken zijn gemaakt en eveneens ontkent dat het om een gedeelde aansprakelijkheid gaat, waardoor de Belgische belastingbetaler opdraait voor eventuele bijwerkingen op lange termijn, hoewel die zaken in het contract staan. Met die clausule hebt u de positie van ons land echt wel verzwakt, aangezien andere fabrikanten van vaccins nu ook op die manier beschermd zullen willen worden. Ik wil in herinnering brengen dat de firma AstraZeneca in de afgelopen twintig jaar 600 miljoen dollar aan boetes voor gezondheidsproblemen heeft betaald. Zal de regering een provisie aanleggen met het oog op eventueel toekomstige problemen? Ik vind het toch een beetje flauw. Het had beter gekund.

Wat het griepvaccin betreft, hebt u mij in juli met heel veel enthousiasme verteld dat er 500 000 extra griepvaccins zouden zijn voor dit jaar. Dat blijkt dus niet te kloppen. U hebt ze besteld, maar u hebt ze niet. Ook daar hebben we weer een probleem. U zegt dat we er veel meer hebben dan vorig jaar, maar het gaat hier om 100 000 stuks meer. Vorig jaar hadden we een vaccinatiegraad van 46,2 %.

Op 2 juni heb ik u gevraagd of we voldoende vaccins zouden hebben. Op die dag heeft de hoge raad voor

geneeskunde het advies uitgebreid voor de risicogroepen. Op dat moment wist u al dat u meer vaccins nodig had. Ik heb het even gecontroleerd. Bij de firma Sanofi kon u vaccins bijbestellen tot eind juni. Dat hebt u niet gedaan. De werkgroep is pas samengekomen in juli. Dat blijkt dus te laat te zijn. We zullen dus een probleem hebben.

Ik vind het heel jammer dat ik het moet voorspellen, maar toch lijkt het mij dat we daarop afstevenen.

01.28 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Depoorter, wat u zegt is niet waar. Er zijn al een half miljoen vaccins extra besteld. Dan komen we aan 2,9 miljoen. Vorig jaar hebben we 2,2 miljoen vaccins nodig gehad. We hebben ook nog eens ingetekend voor een bijkomend half miljoen meer. Bij de firma Sanofi zijn wel degelijk extra vaccins besteld.

01.29 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Honderdduizend, mevrouw de minister.

01.30 Minister **Maggie De Block**: Dus moet u niet beweren dat er nog kon worden bijbesteld. Dat was het maximum aantal dat we konden hebben, ook bij GSK en ook bij de derde firma. U weet goed genoeg dat men twee jaar op voorhand moet vragen om meer griepvaccins te hebben. Dus, stel uw vragen met kennis van zaken en zeg hoe het is zonder te goochelen met cijfers. U weet goed dat we daar al een jaar mee bezig zijn.

01.31 **Kathleen Depoorter** (N-VA): U spreekt over kennis van zaken, maar ik heb net contacten gehad met de firma die mij duidelijk heeft verzekerd dat er tot eind juni kon worden ingetekend en dat er meer kon ingetekend worden dan andere jaren, en niet noodzakelijk twee jaar op voorhand, omwille van de COVID-19-crisis. Dat is correct, ook u moet correcte informatie geven.

Ten andere, over het COVID-19-vaccin wil ik u er toch nog even op wijzen dat u, als u het dan toch hebt over correcte informatie, ook de burgers correct moet informeren over de gedeeltelijke verantwoordelijkheid van de AstraZenecadeal en de Europese Commissie.

01.32 Minister **Maggie De Block**: Er was nog een onderhandeling de dag nadien. Ik kan niet vooruitlopen op een onderhandeling die nog op Europees niveau moet plaatsvinden. Op donderdagmiddag heb ik een interview gegeven, de onderhandeling vond op vrijdag plaats. De informatie die ik op dat moment aan de burgers heb gegeven was de juiste.

01.33 **Kathleen Depoorter** (N-VA): U had al een go gegeven, u had een blanco cheque getekend. Dat weet u ook. Wat het vaccinatiemateriaal betreft, heb ik u al enkele maanden geleden gewezen op het feit dat u ook hier uw eieren in het Europese mandje legt. Ik hoop dat u gelijk hebt.

Om af te sluiten zou ik graag, wat remdesivir betreft, een schriftelijk antwoord krijgen dat echt wel correct is. Het is de zoveelste keer dat ik het u vraag. Uw interpretatie van de studie blijkt niet correct te zijn. Hebben de artsen dan wel de juiste richtlijnen? Zijn het de juiste patiënten die het dure remdesivir toegediend krijgen? Zullen we voldoende hebben voor de patiënten die wel geholpen zijn met remdesivir?

01.34 **Barbara Creemers** (Ecolo-Groen): Mevrouw de voorzitter, ik heb drie opmerkingen voor minister De Backer.

Het is hoog tijd dat de polemiek tussen de labo's en het FAGG wordt ontmiind, zoals u zelf zegt. Ik kijk uit naar de resultaten van de gesprekken die zullen worden gevoerd. U had mij vorige keer al een schriftelijk overzicht beloofd van de strategische stock. Ik reken erop dat ik dat deze keer wel krijg.

Wat de terugkeerders uit de oranje zones betreft, ik noteer dat het volgens u niet houdbaar is dat de huisarts al de inschattingen doet en dat een onlinevragenlijst dat vanaf september moet opvangen. Ik vind dat eigenlijk jammer. Begin september gaan de kinderen terug naar school en zijn de meeste mensen allang terug van vakantie. Mag ik het een beetje te laat vinden dat er pas vanaf dan met een vragenlijst wordt gewerkt? Het ware veel logischer geweest om dat vanaf het begin te doen en bij twijfel de huisarts de noodzaak van de test te laten inschatten.

01.35 Minister **Philippe De Backer**: Achteraf gezien wel. Er was echter de expliciete vraag in mei dat huisartsen mensen die getest moesten worden, zouden zien om na te gaan of er effectief een test nodig

was. Hetzelfde geldt trouwens voor de tweede test die moet afgenomen worden bij mensen in quarantaine. Ook daar was de expliciete vraag van de huisartsenkoepels om de betrokkenen te kunnen zien. Ik begrijp die vraag, maar toen werd er al op gewezen dat bij een stijging van het aantal testen, die werkwijze wel eens problematisch zou kunnen zijn. We hebben nu vastgesteld, jammer genoeg sneller dan verwacht, dat dat inderdaad het geval is. De onlinetool komt er nu en ik denk dat die in de toekomst ook andere doeleinden kan dienen om de huisartsen te ontlasten. Dat is de bedoeling.

01.36 Barbara Creemers (Ecolo-Groen): Dan willen we hetzelfde, de huisartsen ontlasten. Als we naar 70.000 tot 80.000 testen per dag gaan, is het onmogelijk dat de huisartsen dat blijven doen.

Mevrouw de minister, ten slotte heb ik nog een opmerking voor u.

Ook de Nederlandstalige afdeling van de beroepsvereniging van diëtisten wil het antwoord, waarnaar ik daarstraks verwees, ontvangen. De brief – ik heb die bekeken – kwam inderdaad niet van de FOD Volksgezondheid, maar van u. Als u er nog voor kunt zorgen dat ook de Nederlandstalige afdeling die krijgt, zou dat heel vriendelijk zijn.

01.37 Laurence Hennuy (Ecolo-Groen): Madame la présidente, monsieur le ministre, madame la ministre, merci pour vos réponses fort complètes et bien longues. Concernant la stratégie de *testing*, j'entends bien que le RAG reste assez frileux concernant les tests salivaires et qu'il attend les résultats des projets pilotes qui vont être menés à Liège et par le Dr Goossens à Anvers.

Monsieur De Backer, vous avez relevé à plusieurs reprises que le problème dans le *testing*, c'est avant tout les personnes; c'est de trouver suffisamment de personnes pour effectuer ces tests. Il faudra, à l'automne, avoir des alternatives suffisantes pour être prêts pour activer tous les tests qui seront nécessaires. C'est bien d'avoir une capacité technique et logistique, mais il faut aussi pouvoir être assez souples et être assez imaginatifs pour pouvoir avoir d'autres solutions à un moment donné.

Je pense que la mise en œuvre des tests salivaires nécessite beaucoup moins de logistique complexe que les tests PCR. Par exemple, ils pourraient être mis en œuvre par les pharmaciens, qui se sont déjà montrés prêts à faire partie de ce dispositif.

Il ne faudra pas se retrouver, à un moment donné, quand nous allons devoir activer 70 000 à 90 000 tests à un moment donné, à se dire que nous avons la capacité de le faire, mais personne pour les réaliser.

01.38 Philippe De Backer, ministre: Je voudrais juste dire que même avec un prélèvement salivaire, tout le processus derrière (le transport, l'analyse) reste le même. Avec le test salivaire, il y a plusieurs soucis. On perd de la sensibilité. Au moment de faire un diagnostic individuel, les gens qui ont le virus, qui sont encore capables de contaminer quelqu'un d'autre, mais qui ont une charge virale basse, ne seront pas détectés.

Dans le cas des *screenings*, pas de problème. Mais s'il faut faire un diagnostic individuel, cela pose problème. C'est là que l'élément clé est. Même avec un test salivaire, cela demande encore beaucoup de logistique sur le terrain – peut-être pas un médecin ou une infirmière, mais la logistique autour d'un centre de tri reste exactement la même.

Oui, je suis très ouvert à toute nouvelle technologie que nous pouvons utiliser. C'est pour cela que j'ai déjà commandé en avril une étude sur plus de 2 000 patients pour vérifier si la sensibilité est la même. Ce n'est pas le cas.

Maintenant, avec ces résultats en main, nous avons donné la possibilité à Liège et à Anvers de commencer une étude beaucoup plus large, parce qu'il y a beaucoup de différences entre différents tests salivaires. Par exemple, quand on prend un prélèvement de salive le matin, ce n'est pas le même que l'après-midi. Là aussi, il y a des différences. Tous ces éléments scientifiques doivent être pris en considération avant de prendre une décision.

Je suis très ouvert et si les résultats démontrent qu'on peut le faire, nous le ferons. Je suis preneur. J'espère que les résultats seront bons et alors, nous irons le plus vite possible. Malgré tout, il faut une base scientifique avant de prendre cette décision.

01.39 Laurence Hennuy (Ecolo-Groen): J'entends bien. Je pense malgré tout qu'en hiver, avec la grippe

saisonnière en plus, pouvoir organiser des tests à large échelle même si la sensibilité est plus faible, le test salivaire sera intéressant plutôt que de ne pas en faire du tout parce qu'il n'y aura peut-être personne pour les effectuer. Vous êtes au fait de la règle des 80/20!

01.40 Philippe De Backer, ministre: Maggie De Block et moi-même avons envoyé, il y a quelques semaines, une lettre et une demande clairement formulées sur les comités interministériels de ces dernières semaines pour demander aux entités fédérées de préparer et soulager le travail des médecins généralistes et autres. C'est ainsi que l'INAMI a mis à disposition une partie des infirmières à domicile ainsi que les médecins du travail afin de les impliquer dans les *testings*.

J'ai personnellement pris contact avec les recteurs d'universités pour voir si en automne on pouvait utiliser, en tant que stagiaires des étudiants pour faire des tests. Nous faisons ce que nous pouvons de notre côté. Mais selon le protocole avec les entités fédérées, la responsabilité est là. J'espère que l'un et l'autre seront soutenus et qu'ils vont réussir. Car vous avez raison: 80 000 tests par jour effectués par les médecins généralistes et les infirmières seuls, ce n'est pas possible.

01.41 Laurence Hennuy (Ecolo-Groen): J'ai été rassurée d'entendre que les Régions avaient activé leur protocole de *testing* en cas de cluster qui serait identifié dans les écoles.

Nous resterons attentifs à la suite du feuilleton pour ce qui concerne ZenTech et du nouvel avis du RAG attendu pour l'automne. Je vous remercie.

01.42 Hervé Rigot (PS): Je serai bref. Je ne sors pas heureux de l'exercice de cette semaine tout comme je ne l'étais pas de celui de la semaine dernière. Je vous félicite, monsieur De Backer, pour l'exercice que vous venez d'accomplir. Votre exposé était clair, tout en longueur. Vous connaissez votre sujet, c'est indéniable. Vous montrez la volonté de convaincre et d'apporter les éléments pour que nous le soyons. C'était un bel exercice pédagogique. Je dois reconnaître que sur certains points vous m'avez apporté les réponses attendues ainsi que de la clarté. D'autres points ne m'ont malheureusement pas convaincu.

J'émet des doutes sur cette volonté du gouvernement et ce quasi-engagement de 90 000 tests à la fin de septembre. Comme le disait ma collègue, Mme Hennuy, pour y parvenir, il faut une vision globale. C'est bien de tester et de se dire qu'on peut y parvenir mais pour que cela marche, il faut être capable de faire les prélèvements et de les analyser dans de brefs délais. Cela n'a plus de sens d'avoir des prélèvements en attente depuis plusieurs jours. Il faut être capable de rapidement les communiquer. Là, je n'ai pas reçu de réponse claire par rapport aux laboratoires qui ne respectent pas toujours les délais pour communiquer à Sciensano les résultats positifs pour que l'on puisse mettre en œuvre les *tracings* et la quarantaine si nécessaire.

Il faut vraiment une vision globale et je vous avoue que je demeure sur ma faim comme depuis de nombreux mois. Oui, on fait des tests aujourd'hui mais on n'en fait pas encore assez. On sait aussi que 22 % des personnes qui ont été testées au mois d'août sont des personnes qui reviennent de l'étranger, ce qui démontre la nécessité d'appuyer sur le champignon surtout pour celles et ceux qui reviennent de zones rouges pour avoir une communication claire à leur égard et faciliter l'accès aux tests et aux résultats.

Il faut de la modernité et de la rapidité. Il faut le faire maintenant. Là, j'ai le sentiment qu'on se rend compte que cela va arriver mais qu'on ne sait pas quand. Cela arrivera peut-être après la guerre et ce serait évidemment regrettable. On ne doit pas attendre un prochain gouvernement pour y arriver. On doit y arriver maintenant avec les équipes en place, avec les forces en place au niveau de l'exécutif. Nous attendons donc des réponses à ce sujet.

01.43 Philippe De Backer, ministre: Monsieur Rigot, il y a deux choses. Tous les éléments IT sont en place, tout le flow est là: prélèvement, enregistrement de celui-ci, analyse par le laboratoire, transfert vers la base de données Sciensano et rapportage vers le médecin. Tout est automatisé. Tout est là. Tous les laboratoires et les hôpitaux, tous les médecins généralistes ont inclus dans leur software ces différents éléments. Cela existe déjà. Nous l'avons déjà fait en avril, mai et juin et nous l'avons optimisé en concertation avec les laboratoires et avec les hôpitaux.

Toutes ces informations sont également disponibles. Un site web reprend tous les éléments clés pour faire partie de ce processus pour les centres de tri, les médecins généralistes, les hôpitaux et les laboratoires. Il est clairement indiqué ce qu'ils doivent faire. Du côté IT, tout est réglé. Bien sûr, tout peut toujours être

amélioré parce qu'il y a parfois des cas qui sont un peu particuliers et qui ne sont pas réglés par le système. C'est là qu'on doit parfois de nouveau mettre quelque chose sur papier mais là aussi, on essaie, s'il y a des signaux du terrain que certains cas ne rentrent pas dans le système, de l'améliorer. Par exemple, le numéro bis a été mis en place pour régler ce type de problème. C'est désormais possible comme cela l'était en mai. Tous ces éléments sont à régler si on détecte encore des cas particuliers. C'est une première chose.

Deuxièmement, les zones rouges. Le suivi des personnes revenant de zones rouges est assuré par les agences. C'est l'AviQ qui reçoit automatiquement l'information de la base de données de Sciensano et qui doit assurer un suivi, qui est exactement le même que pour un contact à haut risque. Si vous avez été en contact avec un patient contaminé en Belgique, nous appliquons la même procédure.

Nous avons déjà mené cette discussion avec Elio Di Rupo et Christie Morreale pour voir comment améliorer et renforcer ces éléments par un suivi téléphonique ou autre, mais aussi, par exemple, par une campagne de communication. Je sais qu'en Flandre, je vois régulièrement sur ma radio et ma télévision des personnalités qui apparaissent pour inciter les gens à suivre les règles. Les campagnes sont aussi faites par les entités fédérées.

Nous travaillons donc ensemble au sein du Comité interfédéral pour améliorer tous les processus, mais au bout du compte, et comme c'est souvent le cas, nous dépendons évidemment de la volonté des gens de suivre les règles. Nous pouvons dire qu'il est interdit de brûler un feu rouge, nous pouvons mettre un policier à côté du feu pour qu'il inflige une amende aux contrevenants, mais le gouvernement n'est pas responsable des personnes qui brûlent le feu rouge.

01.44 Hervé Rigot (PS): Oui, tout à fait. J'entends bien votre réflexion sur la question, mais ce qui m'inquiète, et vous le comprendrez, c'est la nécessité que le citoyen et son comportement ne portent pas préjudice à tous les autres. Et nous sommes dans ce contexte-là aujourd'hui.

Effectivement, le gouvernement ne doit pas se mettre derrière le feu rouge, mais il doit aussi faire en sorte qu'à un moment donné, si le citoyen n'est pas volontaire, il y ait des outils assez forts qui l'encourage à y aller, ou à défaut, qui le pénalise s'il n'y va pas assez fortement.

Quand je vois le faible taux des personnes revenant de zones rouges qui vont passer le test, cela démontre une lassitude, un ras-le-bol, que ce n'est pas facile, agréable de se faire tester. Après, il faut attendre longtemps pour avoir une réponse. Puis, on voit que son voisin n'y est finalement pas allé et qu'il ne s'en porte pas plus mal.

Qui est responsable? Ce n'est pas la question que je pose aujourd'hui. Je constate qu'il faut améliorer les choses, et c'est cela qui compte. La question de la responsabilité est un autre problème et nous en parlerons peut-être à un moment donné en commission spéciale, et je ne cherche pas à le définir aujourd'hui.

Je reviens brièvement sur la question du test qui doit aussi être amélioré – à savoir le test pour partir. Nous avons vu des incidents dramatiques avec des personnes qui devaient partir en vacances et qui n'ont pas eu accès à leur test dans les 48 heures ou qui doivent parcourir des kilomètres incroyables pour trouver un laboratoire qui effectuera un prélèvement, obtenir les résultats dans les délais, et cela peut avoir des conséquences sur leur départ en vacances ou leur départ nécessaire. C'est dommageable aussi, car des personnes ont parfois économisé longtemps pour partir en vacances – comme le week-end du 15 août pour partir en Grèce notamment – et ont vu leur départ reporté pour des incompréhensions, des manques de clarté, et pour certains, n'ont pas su repartir, faute de moyens pour accéder à un billet. Il est donc important d'améliorer les choses.

Quoi qu'il en soit, monsieur le ministre, globalement, je tiens à vous remercier pour vos réponses.

Madame la ministre, je dois avouer que vous m'avez choqué. En effet, si je vous ai bien comprise, il est facile de poser des questions, mais il est plus difficile d'y répondre.

J'entends que vous ne disposiez pas de suffisamment de temps pour y répondre et que vous saluez le travail de vos collaborateurs. Il est vrai que vous avez lu consciencieusement les textes rédigés par vos collaborateurs.

Pour ce qui me concerne, je retiendrai trois choses. J'ai un peu eu le sentiment de me trouver face à une

centrale téléphonique aujourd'hui. Pour certaines questions, j'ai été mis en attente. Pour d'autres, j'ai été invité à appuyer sur deux pour les entités fédérées, sur trois pour le ministère de la Justice pour obtenir une réponse. À un moment donné, j'ai même eu l'impression que l'on avait raccroché sans que je n'aie obtenu de réponse.

Nos questions sont peut-être vite faites. Mais on prend, en tout cas, le temps de s'y consacrer. La plupart d'entre nous prennent souvent le temps de les rédiger nous-mêmes pour être là, pour tenir ce rythme effréné. Nous avons, en tout cas, fait ce travail avec cœur à l'occasion des deux dernières réunions de cette commission, car nous voulons obtenir des réponses et apporter des réponses aux citoyens.

Nous remplissons notre rôle de parlementaires. Je me demande quelques fois pourquoi nous prenons autant de temps pour ce faire. Je peux comprendre la démotivation de certains citoyens. Il m'arrive aussi d'être démotivé, comme c'est le cas aujourd'hui.

01.45 Eliane Tillieux (PS): Madame, monsieur le ministre, permettez-moi de revenir sur les quelques points que j'ai évoqués. Je voudrais également vous remercier pour les éléments de réponse que vous avez apportés. Je remercie, en particulier Mme De Block qui a clairement expliqué la situation des ambulances.

En revanche, madame la ministre, vous avez régulièrement rejeté la responsabilité aux entités fédérées. Permettez-moi encore de vous dire que Mme Christie Morreale n'est nullement concernée par la question de l'interruption volontaire de grossesse. L'objet de ma question était de savoir si des mesures ne pouvaient pas être prises, mais aussi de rappeler qu'un texte visant à permettre aux femmes d'accéder à ce droit sexuel fondamental était sur la table.

Monsieur De Backer, j'ai entendu votre longue réponse et votre plaidoyer en faveur du DiaSorin. Par contre, la question des tests sérologiques de Zentech reste incompréhensible. Vous décidez unilatéralement de renégocier un contrat sans motif valable. C'est incompréhensible! Vous devrez encore vous expliquer à ce sujet.

01.46 Philippe De Backer, ministre: J'ai répondu à cette question.

01.47 Dominiek Snelpe (VB): Mevrouw en mijnheer de minister, bedankt voor uw antwoorden. Ik heb nog enkele opmerkingen en bijkomende vragen.

Mijnheer de minister, in verband met mijn vraag over DiaSorin, het FAGG en de heer Mallone, hebt u voorgelezen uit de brief waarin staat dat elk labo ook zelf tests mag valideren. Dat klopt, maar wanneer zij tot een ander resultaat komen, dan krijgen zij een controle van het FAGG op hun dak. Dat is misschien ook de intimidatie waarnaar wordt verwezen.

01.48 Minister Philippe De Backer: Mevrouw Snelpe, wat u zegt, is niet juist. Het AZ Delta heeft zelf het FAGG gecontacteerd met een tegenstrijdig resultaat. De inspectie waarvan sprake heeft daarop de ruwe data opgevraagd. Elk labo kan en mag, als er een validatiestudie is gebeurd, beschikken over tests, ook tests die wij niet hebben geseuriseerd. Er worden vandaag in België honderden verschillende tests gebruikt die wij niet hebben aangekocht, ofwel omdat zij ze niet goed genoeg vonden, ofwel omdat er betere tests voorhanden waren, ofwel omdat men vond dat de prijs-kwaliteitsverhouding van andere tests beter was dan van de tests die de overheid had geseuriseerd. De labo's zijn daar volledig vrij in. De reden waarom ik dat heb voorgelezen, is dat er in een van de ingediende vragen ook sprake is van de belemmering van wetenschappelijk onderzoek. De studies waarover ik gesproken heb, zijn allemaal gepubliceerde peerreview studies. Het wetenschappelijk onderzoek werd dan ook op geen enkele manier gehinderd.

01.49 Dominiek Snelpe (VB): Mijnheer de minister, in dat geval is het zeker goed dat er samen zal worden gezeten om dat probleem de wereld uit te helpen.

De heer Mallone is ondertussen al verschillende keren in korte tijd in slecht daglicht gesteld of gekomen. Een Vlaams spreekwoord luidt dat waar er rook is, ook vuur is. Misschien is het interessant om in plaats van een interne audit ook een externe audit te laten uitvoeren in het FAGG. Zoals collega Gijbels al opmerkte, is het FAGG immers rechter en partij in dezen.

01.50 Minister Philippe De Backer: Mevrouw Snelpe, de audit werd uitgevoerd door de Federale Interne Auditdienst, een onafhankelijke externe partner van de federale overheid. Voor zulke zaken is de FIAD

speciaal opgericht. Het gaat dus niet om een interne audit binnen het FAGG, maar om een externe forensische audit. De FIAD behoort wel tot de overheid, maar wordt als extern aanzien, juist om dergelijke zaken binnen de overheid te onderzoeken.

01.51 Dominiek Sneppe (VB): Dank u.

In verband met de oranje en de rode zones zegt u dat de tests worden terugbetaald. Het gebrek aan terugbetaling kan volgens u dus niet de reden zijn waarom mensen zich niet laten testen.

Bijkomend vraag ik mij daarbij af of dit ook geldt voor de tests die mensen moeten ondergaan die voor een andere reden dan vanwege COVID-19 naar het ziekenhuis moeten. U zegt namelijk dat iedereen die naar het ziekenhuis moet, getest wordt. Worden die tests in alle gevallen terugbetaald?

01.52 Minister Philippe De Backer: Ja, want zij behoren tot de *case definition*. Ziekenhuizen kunnen van binnenkomende patiënten een test afnemen als zij daartoe een noodzaak zien. Dat kan bijvoorbeeld het geval zijn als er een operatie moet gebeuren, waarbij de patiënt urenlang in contact zal komen met artsen. De ziekenhuizen beslissen daar dus zelf over, maar aangezien die patiënten tot de *case definition* behoren, worden die tests terugbetaald.

01.53 Dominiek Sneppe (VB): Oké, dank u wel.

Mevrouw De Block, wat mijn vraag betreft in verband met de immuniteit van AstraZeneca, zegt u dat dat deel uitmaakte van onderhandelingen en dat dat de normale gang van zaken is. Dat meldde u vorige week al. Als dat inderdaad zo is, dan moet dit in het verleden toch nog al zijn gebeurd? Welk bedrijf heeft voor welk product in het verleden ook al die immuniteit gekregen? Daarop heb ik nog geen antwoord gekregen, hoewel ik de vraag wel zeer interessant vind.

Wat het TBC-vaccin betreft, gaat het om een studie van het UMC in Nijmegen. Volgens die studie zou het TBC-vaccin niet onmiddellijk beschermen tegen COVID-19, maar zou het een boost geven aan het afweersysteem, waardoor men extra beschermd zou zijn en minder last zou hebben van de symptomen.

Naar mijn mening is het een interessante studie, die toch zeker door uw departement opgevolgd zou moeten worden. Ik las het in een artikel in *De Morgen* in maart van dit jaar. Misschien moet het eens opgesnord worden en kunt u de collega's van het UMC in Nijmegen even contacteren over hoe ver het staat met dit proefproject. Daarbij zal ik het laten.

01.54 Caroline Taquin (MR): Madame la présidente, madame et monsieur les ministres, merci pour ces nombreux éclaircissements. Comme nous l'avons déjà mentionné précédemment, nous sommes convaincus qu'une sortie prudente de la crise passera également par la mise en œuvre d'autres mécanismes tels que la capacité de *testing*, et donc par un dépistage massif dans la population; mais aussi par la prévision d'un stock suffisant de réactifs permettant de réaliser ces tests, ainsi qu'une gestion optimale des stocks.

Vous avez pu nous donner des informations sur ce point et c'est encourageant. Je vous entends également attentifs aux besoins des professionnels et à la nécessité et l'utilité de veiller aux effectifs qui seront nécessaires dans les mois qui viennent.

Concernant le *pooling*, vous avez indiqué, monsieur le ministre, que c'est une solution intéressante. Cela me réjouit. Nous attendrons les différents développements qui pourraient arriver dans le futur concernant ce type de *testing*.

01.55 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, ik weet niet of iemand anders het reeds heeft gevraagd want ik heb niet alles gehoord, maar is het mogelijk om die audit van het FAGG te krijgen?

01.56 Minister Philippe De Backer: Ik wil hen die vraag stellen. Dit gaat natuurlijk over een audit die deels betrekking heeft op een persoon. Daardoor is een dergelijke audit altijd vertrouwelijk. Als het FAGG en de persoon zelf daarmee instemmen, kan ik samen met het FAGG bekijken hoe dit aan het Parlement kan worden meegedeeld. Het gaat wel over informatie die een persoon betreft en dit blijft daarom meestal vertrouwelijk.

01.57 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Zelfs als wij dit ergens moeten komen lezen, is dat voor mij geen enkel

probleem.

01.58 Minister **Philippe De Backer**: Ik zal de vraag stellen.

01.59 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Ik zal niet alles hernemen wat de collega's al hebben gezegd, maar ik meen dat nog heel wat vragen onbeantwoord blijven. Ik meen dan ook dat het maar normaal is dat wij die audit, waaruit u trouwens hebt voorgelezen, kunnen inkijken.

Ook wat betreft de herfst en de testcapaciteit die wij op dat moment nodig zullen hebben, meen ik dat wij nu al een nieuwe afspraak kunnen maken voor binnen een paar weken want u maakt zich zorgen, en ik ook. Wij zijn er niet klaar voor. Het is evident dat wij niet klaar zijn voor 70.000 testen per dag. Als huisarts kijk ik bang uit naar de komende weken. Wij weten dat er veel problemen zullen opduiken.

Minister De Block, wat betreft het vaccin en de aankoop bij AstraZeneca. Bedankt voor uw antwoord op mijn vragen ter zake. U hebt gezegd dat het gaat over een contract *no gain, no loss* voor de farma-industrie. Voor ons komt het er in elk geval op neer dat het zal gaan over *no gain, all loss* want wij zullen alles moeten betalen en u en de Europese Unie zijn gezwicht voor de lobby van *Big Pharma*. Niet alleen betalen wij immers het onderzoek en de ontwikkeling van het vaccin, maar ook nog eens de aansprakelijkheid in geval van bepaalde claims.

U zegt dat niet alle claims hiervoor in aanmerking komen. Kunt u ter zake duidelijkheid verschaffen over welke claims het precies gaat en wat 'bewust foutief gedrag' is? Ik meen dat het hier over een gevaarlijk precedent gaat dat ons ook na de pandemie misschien nog wel eens zuur kan opbreken.

U spreekt ook over 2,9 euro als compromis. Hoe kunt u zeker zijn dat dit de kostprijs is van dit medicijn? Zit er niet een addertje onder het gras als u zegt dat de prijs nog kan veranderen? Het zou gaan over de prijs waartoe AstraZeneca zich verbindt tijdens de pandemie. Betekent dit dan dat er twee dosissen kunnen worden toegediend aan die prijs, maar dat daarna de prijs eventueel wel de hoogte in kan gaan?

Ik kom dan tot mijn laatste vraag. 3,8 miljoen mensen kunnen worden gevaccineerd. Dat is een heel grote groep. Betekent dit dan dat wij op een paard wedden of hoeveel extra dosissen zullen er volgens u nog nodig zijn van eventueel andere vaccins die op de markt zullen komen?

01.60 **Karin Jiroflée** (sp.a): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, inzake de polemiek rond het FAGG ben ik niet gerustgesteld. Ik kijk uit naar de uitslag van de gesprekken en hoop dat u ons op de hoogte zult houden. Wat de aansprakelijkheidsclausule van AstraZeneca betreft, mevrouw de minister, ben ik er ook niet gerust in. Ik sluit mij voor een groot deel aan bij de opmerkingen van mevrouw Depoorter en mevrouw Merckx. Ik hoop dat onze bevolking hiermee in de toekomst niet zal worden belast. Ik blijf het een rare constructie vinden.

Anderzijds, mijnheer en mevrouw de minister, als ik dan peil naar enkele dingen waarmee de bevolking dagelijks bezig is en waarover de mensen zich zorgen maken, krijg ik geen antwoord of slechts ten dele. Ik heb het dan over het feit dat er zomaar mensen kunnen terugkeren uit een rode zone zonder zich te laten testen en dat daar niemand van wakker ligt. Dat is gevaarlijk. Ik kan mij voorstellen dat een hoop mensen daar wel van wakker ligt. Dan wordt er gewoon gezegd dat dit het decreet is en dat dit iets is voor Vlaanderen.

Als ik dan peil naar de lange, ingewikkelde weg die men blijkbaar zinnens is in te slaan als er uitbraken zijn in het onderwijs, namelijk via RAG, RMG en nationale crisiscel, dan krijg ik zelfs geen antwoord. Dat zijn wel dingen waarmee ouders bezig zijn. De bevolking is daar ongerust over. Dit zijn zaken waar mensen van wakker liggen en waar we hier zomaar overheen stappen. Er is een Veiligheidsraad, er zijn interministeriële conferenties, er is een Interfederaal Comité, er zijn heel veel gremia waarin we kunnen praten. Wordt daar dan nooit over gepraat? Geeft u dan uw idee daarover niet? Heeft u daar dan geen idee over, vraag ik mij dan af? U kunt toch de bevolking niet vragen om samen tegen het virus te strijden, maar zelf op uw eigen eilandje blijven zitten? Ik dacht dat er ondertussen genoeg overlegcomités werden opgericht waar daarover gepraat werd en dat we dan ook een duidelijk antwoord hierop konden krijgen.

01.61 Minister **Philippe De Backer**: Mag ik hier iets aan toevoegen? Ik heb op de Nationale Veiligheidsraad deze opmerking gemaakt. Zijn de regionale overheden klaar? Zijn de protocollen voor quarantaine, testing en maatregelen rond? Daarop werd met ja geantwoord.

Daarop antwoordde ik dat het best ook uniform zou zijn voor het hele land, zodat we niet een school gaan sluiten in Luik, maar er een openhouden in Mechelen of omgekeerd. Toen is er ook gevraagd om in de RMG te kijken of de protocollen op elkaar afgestemd zijn. Het gaat hier namelijk om bevoegdheden van de regionale overheden. Daarmee willen we geen verantwoordelijkheid afschuiven, zo is het nu eenmaal geregeld in België.

De feedback die ik daarover kreeg, was dat er verschillen bleken te zijn, maar die zijn gladgestreken. Het laatste dat ik daarover wil zeggen is dat er blijkbaar bij de regionale overheden afspraken zijn gemaakt met de CLB-artsen over het protocol en de procedures die zij moeten volgen op het moment dat er een besmetting wordt vastgesteld in een klas. Dat protocol loopt via de regionale agentschappen, zoals dat tot hier toe bij elke lokale uitbraak het geval is geweest. Dat is ook logisch. Het zijn namelijk de regionale agentschappen die de informatie, de tools, de mensen en de kennis hebben om lokale clusters in kaart te brengen. Zij kijken ook samen met de CLB-arts met wie de kinderen en leerkrachten in contact geweest zijn, wie er getest moet worden en wie er in quarantaine moet. Daarover gaan de afspraken tussen de CLB-artsen en de regionale overheden.

Op deze drie punten hebben de regionale ministers gezegd dat ze klaar waren, omdat er afspraken over gemaakt zijn. Ik denk dat dit ook zo is. Ik reken erop dat zij duidelijke afspraken en procedures hebben gemaakt zodat van zodra er iets gebeurt in september effectief kan worden opgetreden.

Ik heb een aanbod gedaan aan de regionale gezondheidsagentschappen. Als er testen moeten worden gedaan, zal ofwel een lokaal klinisch labo ofwel het nationaal platform deze kunnen uitvoeren. Dat hebben we afgesproken.

01.62 Karin Jiroflée (sp.a): Ik dank u voor uw antwoord en uw verdere verklaringen.

01.63 Jan Bertels (sp.a): Mevrouw de minister, met betrekking tot de aansprakelijkheidsclausule en het begrip gedeelde aansprakelijkheid, zou het niet slecht zijn te weten welke clausule precies is opgenomen. Zo kunnen we zien of hier al dan niet een precedentwaarde aan gehecht moet worden. Als dat mogelijk zou zijn, zou het interessant zijn om die clausule in te kijken om te zien welke gedeelde aansprakelijkheid er is tussen de firma enerzijds, en anderzijds de landen die de firma moeten vrijwaren, zoals u het genoemd heeft.

Mijn tweede punt gaat over de psychosociale ondersteuning en de geestelijke gezondheidszorg, zowel voor de inwoners van ons land als voor het zorgpersoneel. Ik heb begrepen dat de injectie in de ziekenhuizen nog uitgewerkt moet worden. Nogmaals wil ik herhalen dat dit dringend is voor ons zorgpersoneel, zowel personeel in de ziekenhuizen als thuisverpleegkundigen als personeel in de woonzorgcentra, ook al valt die laatste groep onder een ander bevoegdheidsniveau. Er duiken nu schrijnende gevallen op in de zorginstellingen of bij de zorgactoren. Als een en ander snel concreet gemaakt kan worden en meer kan zijn dan wat het nu is, dan moet dat zeker gebeuren. Elk ziekenhuis heeft geprobeerd zijn preventieplan op te schalen, maar bijkomende injecties zijn volgens mij wel nodig en nuttig. Het blijft nu een beetje vaag.

Dat geldt ook voor de psychosociale managers. Ik heb nu goed begrepen wat zij doen in het kader van het psychosociaal interventieplan, waarnaar u verwezen hebt. In mijn vraag heb ik er zelf al naar verwezen. Na de terroristische aanslagen in Brussel hebben de psychosociale managers al een plan uitgewerkt omtrent voorzorg, acute zorg en nazorg. Ik denk dat die oefening nu opnieuw moet gebeuren voor de COVID-crisis, zodat er lessen kunnen worden getrokken voor de toekomst.

Mijn derde punt belandt zowel u als minister De Backer aan. Voor de verhoogde aantallen staalafnames in de ziekenhuizen, triage- en afnamecentra is er terecht in de nodige financiering voorzien. Mijnheer de minister, er vindt echter discussie plaats tussen de klinische labo's en de ziekenhuislabo's. U verwees naar de Commissie voor Klinische Biologie. Dat is afgedekt door een protocol dat bepaalt hoe de labo's vergoed kunnen worden. Ik doelde met mijn vraag echter op de fase vo

Mevrouw de minister, ik hoop dat dit wordt meegenomen in de discussie over de bijkomende ziekenhuisfinanciering naar aanleiding van de COVID-crisis en de manier waarop die vergoed moet worden. Het gaat om de verpleegkundige activiteiten die gebeuren tijdens de staalafnames, bijvoorbeeld als er tests worden afgenomen om ambulante activiteiten toe te laten of in het kader van een preoperatieve screening. Die bijkomende kosten moeten wij eens oplijsten om na te gaan of erin tegemoetgekomen kan worden.

01.64 Catherine Fonck (cdH): Madame la présidente, madame et monsieur le ministre, globalement, à mes yeux, l'enjeu est la maîtrise de l'épidémie et la propagation du virus. C'est essentiel et pourtant, à la fois, j'ai le sentiment que vous naviguez à vue parce qu'il y a toute une série de chiffres qui sont indispensables pour le sujet épidémiologique et dont nous ne disposons pas: il n'y a pas de données sur le taux de contacts établis par les personnes dont le test est positif, ni sur le taux d'isolement des personnes positives qui ne sont pas des touristes (c'est-à-dire sur l'essentiel des personnes positives), on n'a pas de données relatives au délai entre le test et le déclenchement du *tracing*. C'est une série d'exemples, mais ils sont assez interpellants. Nous naviguons donc à vue et il y a un manque d'efficacité opérationnelle, ce qui se constate sur le *tracing*, le *testing*, le suivi des *clusters*, l'efficacité de l'isolement des personnes positives.

Je crois qu'il faut lancer un gros coup d'accélérateur à ces sujets.

Pour ce qui est du *testing* des touristes revenant des zones orange, je plaide depuis plusieurs semaines pour faciliter le *testing* pour les personnes revenant des zones orange à l'image de ce que l'on fait pour les personnes revenant des zones rouges. Dans le fond, les zones orange et les zones rouges, cela peut vouloir dire tout et n'importe quoi. Il peut y avoir des gens isolés dans des zones rouges qui ont couru très peu de risques et d'autres qui font la fiesta dans des zones orange et pour lesquelles le risque est très élevé.

Faire cela au mois de septembre, madame la ministre, c'est avoir perdu plusieurs semaines. C'est surtout déclencher le dispositif une fois que tout le monde sera quasiment rentré de vacances. C'est tard, trop tard et je le regrette.

Quant au DiaSorin, il subsiste à mes yeux, de grandes zones d'ombre. J'examinerai la série de documents que vous vous êtes engagée à envoyer: l'audit et les études. J'examinerai cela mais je vous avoue que je reste dubitative en la matière.

Madame la ministre, sur le vaccin COVID-19, vous avez parlé d'un montant de 27 millions d'euros! Vous avez évoqué un coût de 2,9 euros la dose à répartir entre l'UE et les États membres. D'après mon calcul, admettant que l'on parte sur une répartition 50/50 (moitié payée par l'État membre, moitié payée par l'UE) avec 27 millions d'euros, cela représente pas loin de 18 millions de doses disponibles. Je ne comprends pas très bien le montant que vous avez donné et pour lequel la Belgique s'engage par rapport au montant total d'engagement en fonction du coût.

Certes, je sais qu'il faut deux doses par personne qui serait vaccinée.

Peu importe, cela ferait neuf millions de personnes qui pourraient déjà être vaccinées. Or, ce ne sont pas les chiffres que vous avancez sur le nombre de doses que l'on pourrait recevoir. Je suis donc étonnée du montant total que vous avancez. Le coût pour la Belgique semble beaucoup plus important que le nombre de vaccins que l'on recevrait.

Sur les clauses de responsabilité, je vous demande deux choses: une transparence totale sur le ou les contrats; une transparence totale des études à la fois sur le volet efficacité mais également sur le volet toxicité. Nous le devons, en tant que pouvoirs publics, aux citoyens.

Enfin, concernant les hôpitaux psychiatriques, je reste sur ma faim. Je pense surtout que les soignants dans les hôpitaux psychiatriques vont également rester sur leur faim avec votre réponse. Soyez attentive à ce qu'il se passe dans jours et les semaines qui suivent! Il n'est pas impossible qu'il faille vraiment un renfort particulier au niveau des hôpitaux psychiatriques.

01.65 Philippe De Backer, ministre: J'ai oublié les chiffres du *contact tracing*. C'est exact. J'avais tellement d'informations que j'ai raté ce point. Selon Karine Moykens du Comité interfédéral en charge du *contact tracing* avec les Régions, on a accès à environ 457 cas index par jour. La moitié est contactée le jour même, 87 % sont contactés le jour suivant. Après trois jours, tout le monde est contacté.

Par jour, ils contactent 573 personnes à haut risque, 74 % le jour même, 22 % avec un délai d'un jour et tout le monde après trois jours. En moyenne, les gens donnent un peu moins de deux contacts par cas index. C'est peu. Lors d'une réunion avec Mme Moykens, j'ai demandé comment opéraient les autres pays. C'est apparemment un problème partout. Il faut vraiment insister pour que les gens partagent leurs contacts.

On voit la même chose même pour le *contact tracing* qui s'effectue au niveau local. Vous savez que dans certaines régions où les médecins généralistes contactent les patients, le nombre de contacts n'est pas plus élevé. Même là, il y a une barrière qui existe chez les Belges pour partager leurs contacts. Pour le moment avec la bulle de cinq, deux contacts, c'est déjà difficile mais si on l'élargit, il faut aussi voir comment ce nombre de contacts fournis va évoluer. Il était très bas au début, il a ensuite augmenté avant de diminuer à nouveau.

Il faut continuer à communiquer, à dire que partager les contacts, cela se fait dans un contexte fiable de protection de la vie privée et que les contacts donnés sont très vite contactés après.

01.66 Catherine Fonck (cdH): Si je peux me permettre à ce sujet, appeler, rappeler, re-rappeler les personnes concernées, cela permet aussi, à un moment donné, d'établir une forme de confiance, et de pouvoir aller plus loin dans l'efficacité du *tracing*. C'est très important, y compris pour l'efficacité du taux d'isolement. Là-dessus, monsieur le ministre, nous n'avons pas de données, sauf pour les touristes. J'y reviens puisque c'est le maximum de personnes concernées. Nous devons pouvoir voir plus clair, me semble-t-il, pour essayer d'être plus performants à l'avenir.

01.67 Philippe De Backer, ministre: Je vais demander cette information à Karine Moykens pour voir si c'est possible. Comme pour les zones rouges, aussi lors du dernier Conseil national de sécurité, j'ai insisté auprès des entités fédérées pour qu'elles effectuent vraiment un suivi de la quarantaine. D'un côté, nous sommes quand même obligés de le faire. Vous avez tout à fait raison, j'ai insisté aussi pour que des rappels soient faits et que les gens soient suivis pour les motiver à rester en quarantaine.

Deuxième chose, par exemple, Elio Di Rupo m'a confirmé que l'AViQ le fait déjà. Après deux-trois jours, ils font un rappel aux gens. Parfois aussi des assistantes sociales de l'AViQ se rendent chez eux pour les motiver. Certains processus sont déjà en route. Mais vous avez tout à fait raison, en fin de compte, une seule chose est importante, c'est...

01.68 Catherine Fonck (cdH): L'isolement!

01.69 Philippe De Backer, ministre: C'est l'isolement, c'est la quarantaine et rien d'autre! On peut tester, on peut insister sur le comportement des gens. Ça aussi. Pour moi il y a deux éléments-clés pour restaurer une vie à peu près normale, c'est le respect des règles, ...

01.70 Catherine Fonck (cdH): Les mesures barrières.

01.71 Philippe De Backer, ministre: Et la quarantaine. Tout le reste,...

01.72 Catherine Fonck (cdH): Oui. Nous devons être plus efficaces là-dessus. Merci à vous!

01.73 Philippe De Backer, ministre: Tout à fait d'accord!

01.74 Sophie Rohonyi (DéFI): Madame la présidente, madame et monsieur les ministres, je vous remercie pour vos réponses.

Énormément de choses ont été dites. Il nous est impossible de répliquer à chaque élément de réponse très intéressant que vous nous avez fourni. Je voulais donc revenir sur quelques points qui me semblent vraiment fondamentaux.

Premièrement, les tests salivaires. Monsieur le ministre, je suis vraiment heureuse de vous entendre dire que vous ne fermez pas la porte à ces tests, dès le moment où les effets de ces tests s'avéreraient positifs, notamment ceux qui sont développés au niveau de l'ULg. Je pense qu'il est intéressant de pouvoir les inclure dans notre stratégie de *testing*. Cette stratégie doit être ambitieuse, d'autant plus que de nombreuses collectivités se sont déjà dites intéressées par ces tests.

Par contre, en ce qui concerne la bulle sociale, j'entends que cette mesure a été préconisée par les experts car elle permettrait de limiter les contacts – en tout cas en théorie –, et que son utilité a été confirmée par une étude qui a été menée par l'université d'Hasselt au mois de mai de cette année.

J'ai pris connaissance de cette intéressante étude. Toujours est-il que dans la pratique, cette bulle n'est pas respectée, n'est pas contrôlable, n'est pas comprise non plus, de sorte que de nombreux experts continuent de contester cette mesure et son efficacité. Ce matin encore, le Pr Gala s'exprimait en ce sens. Et d'ailleurs, je vous avais demandé comment cette mesure pouvait concrètement être contrôlée. Je n'ai pas reçu de réponse à ce sujet.

J'entends aussi, madame la ministre, que tous les États membres sont soumis aux mêmes conditions contractuelles. Il me semble effectivement que c'est la moindre des choses. Il n'empêche malgré tout que ces conditions ne sont pas conformes au droit européen, en tout cas, pour ce qui concerne cette fameuse clause d'exonération de responsabilité qui a été posée par AstraZeneca. En effet, le droit européen est très clair. Il prévoit que toute firme qui met sur le marché un produit défectueux ou qui générerait des effets secondaires en est responsable sans aucune exception possible.

Et enfin, concernant le *tracing*, monsieur De Backer, j'entends de votre part un certain optimisme dans le sens où vous expliquez que grand nombre de nos concitoyens finiront par installer cette application mobile parce que c'est vrai, elle constitue un outil complémentaire au *tracing* manuel. Pardonnez-moi mais je ne partage pas votre optimisme et je regrette que vous n'ayez pas répondu à ma question de savoir comment vous allez rassurer la population et assurer la sensibilisation quant à l'importance de l'utilisation de cette application et quant au respect effectif de notre vie privée.

01.75 Philippe De Backer, ministre: Il faut toujours être optimiste. *Optimism is a moral duty.*

La **présidente**: Sur cette note d'optimisme, nous clôturerons nos travaux. Je remercie tout le monde, et les ministres pour leur présence et pour leurs réponses.

N'oubliez pas, madame De Block, les réponses promises aux questions soumises par écrit.

01.76 Maggie De Block, ministre: Toutes les réponses concernant le coronavirus ont été données. J'avais encore quelques répliques, si vous le souhaitez. Pour les questions de Mme Gijbels, par exemple.

Mevrouw Gijbels, waarom deze maatregelen? Het gaat erom dat met de manier waarop het virus zich verspreidt in onze bevolking en de snelheid waarmee het zich verspreidt, wij moeten streven naar een reproductiefactor van minder dan 1 over heel het grondgebied. Vijf provincies zitten daar nu nog boven. Van die vijf provincies, zit men in Brussel er heel veel boven en voor Brussel gaat het over meer dan 1 miljoen inwoners. In de provincie Luxemburg bijvoorbeeld zijn er veel minder inwoners. Dat is belangrijk.

Dan volgt een exponentieel verloop, want eens men met die reproductiefactor boven de 1 gaat, zit men vlug zeer hoog.

Het is geen kwestie meer van ziekenhuiscapaciteit. Ik zou erop willen wijzen dat men met de cijfers van bezetting van de ziekenhuiscapaciteit het zo moet bekijken dat de bezetting van de bedden op intensieve zorgen ook COVID-bedden zijn. Vorige keer waren alle andere activiteiten buiten de echt noodzakelijke activiteiten in een ziekenhuis door de noodplanning opgeschort. Daar is men nu terecht aan een inhaalbeweging bezig. De uitgestelde chirurgie, cardiale problemen of heupoperaties komen voor de ziekenhuizen er nu bovenop en dat op een moment dat er nog personeel ziek is en dat het personeel het moeilijk heeft uit schrik voor een volgende golf. Ook in de ziekenhuizen moeten de personeelsleden in staat zijn hun vakantiedagen op te nemen.

Wij krijgen signalen dat nogal wat ziekenhuizen en woonzorgcentra toch schrik hadden dat deze tweede golf groter zou worden en dat wij daarom de nodige maatregelen moesten treffen.

Wat is het verschil in aangifte van een overlijden als men door COVID gestorven is of met COVID, maar door een andere oorzaak? Dat onderscheid werd door Sciensano altijd gemaakt. Een COVID-dode kon overleden zijn door COVID, maar als iemand door iets anders sterft, maar men wel een vermoeden had, bijvoorbeeld in de woonzorgcentra waar het voor veel sterfgevallen niet bewezen was dat er een overlijden was door COVID, dan was er de term *suspected*. Er werd dan een aparte rapportering van gedaan. Aan het einde, als het ging over de mortaliteit, werden die beide categorieën bij elkaar geteld.

In andere landen zijn bijvoorbeeld oudere personen met een hartaandoening niet bij de COVID-19-doden geteld, ook al was er een vermoeden van een COVID-19-infectie.

Ik heb wel op het artikel in *The New York Times* schriftelijk gereageerd, een reactie die ook werd gepubliceerd, dat de voorstelling van de feiten in ons land totaal misplaatst was. Ik kan u de tekst nog wel bezorgen.

Mevrouw Depoorter, wij hebben inderdaad bij de enige drie farmaceutische firma's met een marktvergunning voor ons land extra dosissen besteld. Meer konden wij er niet krijgen, ook al hadden wij er meer besteld. Men heeft ons telkens verzekerd dat het wel om het maximumaantal ging. Als men u iets anders zegt, dan is dat voor zijn of haar rekening, dan heb ik daar geen probleem mee.

Monsieur Prévot, vous dites pour les questions qui relèvent de la compétence des entités fédérées, que ce n'est pas votre compétence.

Wij weten allemaal dat er sprake is van een versnippering van bevoegdheden, maar ik nodig iedereen uit om te bekijken wie waarvoor bevoegd is. Wij helpen elkaar, maar wij gaan hier niet alle vragen beantwoorden voor onze collega-ministers uit de deelstaten als wij zelf niet aan het stuur zitten.

Madame Tillieux, vous m'avez posé une question concernant un centre de planning familial qui a dû faire une intervention volontaire de grossesse sous anesthésie générale, qui aurait dû être pratiquée à l'hôpital. Mais ce n'était pas possible, je ne sais pas pourquoi. Vous demandez: "Qu'allez-vous faire pour cela?"

Je pense que je vais quand même contacter mon collègue, qui a la compétence, mais je ne sais pas ce que nous pouvons faire. Il y a le droit d'être aidé dans un centre de planning familial. Ces derniers ont continué de travailler. Quand il y a un cas spécifique, je ne sais pas revenir en arrière sur ce que je peux faire.

Le droit reste le même, mais il y a parfois des circonstances particulières, que vous ne mentionnez pas dans votre question. Que voulez-vous que je dise alors que je ne sais pas de quelle problématique il s'agit? Comment pouvons-nous encore intervenir des mois après? Pour moi, ce n'est pas clair.

Mevrouw Sneppe, ik kom dan tot uw vraag inzake immuniteit. U vroeg welk bedrijf in het verleden al een soortgelijke regeling voor immuniteit heeft gekregen? Ik moet dat navragen. Ik heb het alvast genoteerd.

Mme Rohonyi a dit que c'était contraire aux règles européennes. Je suis sûre que les règles sont bien respectées quand la Commission fait un accord comme celui-là qui constitue quand même un précédent. Elle est d'ailleurs encore en train de négocier avec quatre autres firmes productrices de possibles vaccins.

Dat moet toch conform het Europees recht en de regels zijn. Ik zal dat via het FAGG vragen.

Wat betreft studies en proefprojecten in het buitenland, doet Sciensano quasi continu, maar zeker op gezette tijden een volledige literatuurstudie van alles wat er zich voordoet zowel in de ons omringende landen als over heel de wereld. Sciensano heeft een netwerk en voert een literatuurstudie uit naar alle nieuwe publicaties en eventuele papers die worden uitgegeven. Vorige week heeft men mij gezegd dat men daarmee terug bezig was.

Er is al gezegd dat wij met de Europese Commissie niet op één paard wedden om slechts bij één firma een vaccin te bestellen. Wij weten immers niet of op het einde van de rit van die vaccins die niet alle nodige fasen van het onderzoek hebben doorlopen, het ene of het andere zal worden goedgekeurd. Ik heb duidelijk gezegd dat door de Europese Commissie de keuze werd gemaakt om diverse onderhandelingen te voeren.

Dan de mensen uit de rode zones. Dat werd al vaak aangekaart, mevrouw Jiroflée, u moet daar niet bang voor zijn. Onze interministeriële conferenties duren gemiddeld drie tot vier uur en dat twee, drie tot vijf keer per week. U moet niet bang zijn dat wij daarmee niet bezig zijn. Het blijft voor het Interfederaal Comité een grote bekommernis om mensen uit rode zones zover te krijgen dat ze zich laten testen. Zij krijgen daarvoor een oproep en krijgen daartoe repetitief vragen.

Om daar nu zelf aan te bellen, dat zien die mensen ook niet zitten. Ze worden opgebeld en meermaals gecontacteerd. We zien dat het percentage mensen dat dit effectief doet, stijgt. Wij zijn via het Palomadaashboard dagelijks op de hoogte van het aantal mensen dat op die dag vanuit een rode, een oranje of een groene zone naar ons land komt. Het werd hier ook al gezegd: niet alleen de zone is belangrijk, maar ook zijn gedrag daar.

U kunt naar een groene zone vertrekken om daar te gaan wandelen en met niemand in contact komen. Dan wordt de zone oranje en rood voor u terugkeert. Dan hangt het ervan af hoeveel contacten u ter plaatse heeft gehad en welk gedrag u daar gesteld heeft. Daar is het inderdaad belangrijk om zelfbewust te zijn en de PLF in te vullen voor u op een vliegtuig stapt of weer naar huis vertrekt. Daar trachten we een draagvlak voor te creëren.

Mijnheer Bertels, u weet dat de PSIPs uitvoerig zijn aangepast na de aanslagen, waar ook heel veel overleg is gepleegd met de verschillende deelstaten. In een post-acute fase is het namelijk een bevoegdheid van de deelstaten. Dit is een andere situatie. Momenteel zitten we in een post-acute fase voor de mensen die in de eerste golf getroffen zijn geweest. We zien nu en dan toch opflakeringen, waardoor we opnieuw in de acute fase belanden.

Madame Rohonyi, comment peut-on contrôler la bulle? Il est sûr qu'on ne peut pas la contrôler. C'est une certitude.

Wij moeten hameren op het feit dat men zijn contacten moet reduceren. Wij weten dat de meeste besmettingen zich in familiale of sociale sfeer voordoen, niet op het werk. Er zijn bewijzen dat de meeste besmettingen in de familiale of sociale sfeer gebeuren. Dit wil zeggen dat als iemand van de familie besmet raakt, deze persoon dit in de familie verspreidt. In de bubbel is er immers sprake van zeer nauwe contacten. Op die manier kan de zaak uit de hand lopen.

Voor elke wetenschapper die een of andere mening kan bewijzen aan de hand van studies is er een andere wetenschapper die zegt dat dit nonsens is. U verwees trouwens zelf naar de uitspraken van professor Gala. Er zijn echter de nodige bewijzen aangedragen door twee afzonderlijke universiteiten. Ik kan alleen maar zeggen dat de maatregel om het aantal contacten terug te verminderen inderdaad drastisch was. Op dat moment was die maatregel echter nodig, zoals ook andere maatregelen nodig waren.

Ik denk ter zake bijvoorbeeld aan de provincie Antwerpen. Ook die maatregelen waren zeer drastisch en zij beperkten zich niet tot de plaatsen waar de problemen zich voordeden. De problemen doken vooral op in de stad Antwerpen en daarna ook in enkele andere gemeenten. De maatregelen werden echter voor heel de provincie afgekondigd, wat voor velen moeilijk te aanvaarden was. Geleidelijk aan werden de maatregelen evenwel teruggedraaid. Men ziet dat de maatregelen resultaat hebben gekend.

Er is momenteel ook sprake van een stabilisatie van het aantal besmettingen in Brussel. Dit aantal blijft evenwel te hoog en er wordt nauwlettend gekeken of de genomen maatregelen voldoende om de situatie onder controle te houden.

Er was de vraag van mevrouw Merckx over de clausule. Ik moet echter navragen of ter zake sprake is van enige confidentialiteit. Ik zal dit vragen aan de heer De Cuyper van het agentschap. Samen met de expertengroep krijgt hij de nodige informatie ter zake.

Ik moet dat vragen, ik heb die clausule zelf ook niet bekeken. Ik krijg rechtstreeks rapportage, maar ook van de interministeriële conferentie, de crisiscel en de heer De Cuyper zelf.

01.77 Frieda Gijbels (N-VA): Mevrouw de minister, ik heb nog geen antwoord gekregen op de vraag over de mondhygiënist. Hoe zit het met de terugbetaling van de behandelingen die zij doen? Zij wachten daar echt op en komen in de problemen aangezien zij nu het eerste jaar het ontzettend druk hebben en zij ook niet meer binnen de sociale regeling vallen wat het btw-tarief betreft. Zij zullen ook onderhevig worden aan een btw-heffing, waardoor hun concurrentiepositie ten opzichte van tandartsen nog moeilijker wordt. Zolang zij geen RIZIV-nummer hebben is dat ook een probleem.

U verwijst naar de R0-waarde. Ik ben het er absoluut mee eens dat wij moeten streven naar een R0-waarde die kleiner is dan 1, want op dat moment zal de epidemie uitdoven. Hoe lokaal kunnen wij die R0-waarde benaderen, bekijken en er ook naar handelen? Met alle kennis en kunde die wij hebben verzameld, hoe precies kunnen wij onze instrumenten inzetten om die lokale uitbraken te beperken zodat de rest van het land niet moet boeten voor lokale uitbraken?

01.78 Minister Maggie De Block: Mevrouw de voorzitter, voor de mondhygiënist is het zo dat er een akkoord was in het kader van Dentomut voor 2020-2021. Er moest daar een project worden uitgewerkt en

ook moest voor de mondhygiënist een bedrag worden uitgetrokken. Dat heeft wat vertraging opgelopen, maar er wordt opnieuw aan gewerkt. Er wordt overlegd en ook de vereniging van de mondhygiënist is daarbij betrokken.

Ik denk niet dat het nu al aan de orde is een echt nomenclatuurnummer aan de mondhygiënist te geven. Dat staat trouwens ook niet in het Dentomut-akkoord.

01.79 Kathleen Depoorter (N-VA): Mevrouw de minister, wat de griepvaccins betreft, wij zullen er niet langer over discussiëren maar ik verwijs u naar het gesprek dat wij daarover hebben gehad op 8 juli. Dan hebt u mij gezegd dat u 2,9 miljoen griepvaccins ter beschikking had en er 500.000 via Europa extra zou hebben. U kunt het misschien eens opzoeken in de notulen.

Wat de clause betreft, het wordt er niet beter op, mevrouw de minister. Ik hoor u net zeggen dat u het eigenlijk niet bekeken hebt. Dus u sluit een miljoenendeal, u communiceert erover naar de burgers, maar u hebt die clause niet bekeken.

01.80 Minister Maggie De Block: Ik heb gezegd dat ik de clause niet bij mij heb en ik ze u dus niet kan bezorgen. Ik zal ze vragen en als het kan in het licht van de confidentialiteitsverplichting en als andere landen ze kenbaar mogen maken, zal ik ze u met heel veel plezier bezorgen. U mag mijn woorden niet verdraaien; ik heb gezegd dat ik ze niet bij mij heb. Ik word rechtstreeks door de heer De Cuyper gebriefd. Ook al is de clause een belangrijk onderdeel van de overeenkomst, vermeld ik toch dat alles daarin belangrijk is. Denk maar niet dat wij stoemelings een beslissing nemen, samen met alle Europese lidstaten, en de documenten niet zouden lezen! Alstublieft!

01.81 Kathleen Depoorter (N-VA): Mevrouw de minister, u zegt dat u gecommuniceerd hebt een dag voor de clause heronderhandeld werd, dat u ze nadien niet meer hebt bekeken of u ze niet meer bij u had – ik zal straks uw woorden opnieuw beluisteren – en dat u gebriefd werd door de heer De Cuyper. Ik vind dat het hier een heel belangrijke afspraak betreft en u vraagt de belastingbetaler om garant te staan voor uw deal waarbij er middelen ter beschikking worden gesteld in geval van nevenwerkingen op lange termijn.

Het is dan maar normaal dat de clause openbaar wordt gemaakt. Het is niet omdat Europa een bepaalde beslissing neemt, dat wij onze belastingbetaler zand in de ogen mogen strooien.

01.82 Eliane Tillieux (PS): Madame De Block, concernant votre réponse au sujet de l'interruption volontaire de grossesse, vous prenez le cas de l'anesthésie qui figurait également dans ma question, mais ma question était bien plus globale que cela. J'attendais de votre part une réaction sur la question des IVG et des délais difficiles à respecter en cette période de COVID-19 et de confinement surtout! J'imagine que ce débat reviendra sur la table lors de nos prochaines séances.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La présidente: Ceci clôt notre séance de questions et réponses. Je remercie chacune et chacun pour votre participation et votre persévérance jusqu'à cette heure tardive. Je remercie également les services et la traduction.

La réunion publique de commission est levée à 18 h 51.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 18.51 uur.