

COMMISSION DE LA SANTE ET DE L'ÉGALITE DES CHANCES

COMMISSIE VOOR GEZONDHEID EN GELIJKE KANSEN

du

van

VENDREDI 8 JANVIER 2021

VRIJDAG 8 JANUARI 2021

Matin

Voormiddag

La réunion publique de commission est ouverte à 11 h 36 et présidée par M. Thierry Warmoes.

De openbare commissievergadering wordt geopend om 11.36 uur en voorgezeten door de heer Thierry Warmoes.

Les textes figurant en italique dans le Compte rendu intégral n'ont pas été prononcés et sont la reproduction exacte des textes déposés 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.

Le **président**: Bienvenue tout le monde. Nous avons très peu de temps car nous devons absolument terminer à 13 h 45.

La capacité maximale de la salle est de 24 personnes. Le caméraman peut rester pour filmer à condition que la distance sociale soit respectée, mais je dois demander aux personnes de la presse en surnombre de quitter la salle.

Voici la procédure que nous allons suivre: le ministre débutera par une introduction. Il sera suivi par les exposés des trois experts présents de la *task force* vaccination. Ils se présenteront eux-mêmes. Le tout prendra au maximum une heure. Il nous restera alors une heure et quart. Puisque nous n'abordons qu'un seul thème aujourd'hui, je calculerai un temps de parole par groupe. Il y aura une brève réponse de M. le ministre et un temps de réplique, tout cela dans un délai d'une heure et quart.

Le ministre a reçu une vingtaine de questions à l'avance, de la plupart des groupes. Je pars du principe qu'il y répondra déjà autant qu'il peut lors de son introduction. D'éventuelles questions supplémentaires pourront se poser par après.

01 Échange de vues sur la stratégie de vaccination COVID-19 pour la Belgique avec le vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique et MM. Pierre Van Damme, Dirk Ramaekers et Jean-Michel Dogné de la *task force* vaccination et questions jointes de

- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La stratégie de vaccination contre le covid-19 (première partie)" (55012127C)

- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La stratégie de vaccination contre le covid-19 (seconde partie)" (55012129C)

- Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le calendrier de livraison des vaccins et de la vaccination contre la covid-19" (55012160C)

- Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le manque d'équipement susceptible de freiner la vaccination contre la covid-19" (55012161C)

- Karin Jiroflée à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La stratégie vaccinale" (55012162C)

- Dominiek Snelpe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La stratégie vaccinale" (55011810C)

- Steven Creyelman à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La vaccination contre le covid pour les compatriotes vivant à l'étranger" (55011812C)

- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le respect de la vie privée dans le cadre des vaccinations" (55011869C)

- Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'adaptation de la stratégie de vaccination" (55011896C)

- Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La vaccination des frontaliers" (55011922C)
- Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'ordre de vaccination" (55011941C)
- Florence Reuter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les campagnes médiatiques relatives aux gestes barrières" (55011947C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La proportionnalité de la vaccination en Europe" (55011954C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La stratégie de vaccination" (55011963C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le timing et l'ambition de la vaccination contre la covid" (55011986C)
- Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La stratégie de vaccination" (55012040C)

01 Gedachtewisseling over de vaccinatiestrategie COVID-19 voor België met de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid en de heren Pierre Van Damme, Dirk Ramaekers en Jean-Michel Dogné van de taskforce vaccinatie en toegevoegde vragen van

- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De vaccinatiestrategie tegen COVID-19 (eerste deel)" (55012127C)
- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De vaccinatiestrategie tegen COVID-19 (tweede deel)" (55012129C)
- Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het tijdspad voor de levering van de vaccins en voor de vaccinatie tegen COVID-19" (55012160C)
- Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het tekort aan materieel dat tot vertragingen bij de vaccinatie tegen COVID-19 kan leiden" (55012161C)
- Karin Jiroflée aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De vaccinatiestrategie" (55012162C)
- Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De vaccinatiestrategie" (55011810C)
- Steven Creyelman aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De covid-vaccinatie voor landgenoten in het buitenland" (55011812C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De eerbiediging van de privacy in het kader van de vaccinaties" (55011869C)
- Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De aanpassing van de vaccinatiestrategie" (55011896C)
- Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De vaccinatie van de grensarbeiders" (55011922C)
- Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De vaccinatievolgorde" (55011941C)
- Florence Reuter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De mediacampagnes rond de hygiënemaatregelen" (55011947C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De proportionaliteit aan vaccinatie in Europa" (55011954C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De vaccinatiestrategie" (55011963C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Timing en ambitie van de covidvaccinatie" (55011986C)
- Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De vaccinatiestrategie" (55012040C)

01.01 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer de voorzitter, men had dinsdag in deze commissie een actualiteitsdebat over de vaccinatiecampagne gevraagd. U zult zich herinneren dat ik toen heb gezegd dat het misschien interessanter is om met de taskforce zelf een grondige gedachtewisseling te organiseren. Dan krijgt u meteen inzicht in de laatste voorstellen van de taskforce.

Ik had er ook aan toegevoegd dat wij dinsdag een speciaal moment hadden, omdat wij de bevestiging hadden gekregen van Pfizer-BioNTech met betrekking tot de zekerheid van leveringen van het Pfizer-BioNTech-vaccin op de korte termijn. Die zekerheid van leveringen op de korte termijn was wel een belangrijk element in het concretiseren van de vaccinatiecampagne.

Wat vandaag voorligt, is een voorstel van de taskforce Vaccinatie, die een interfederale groep is, met wetenschappers en vertegenwoordigers van de betrokken instanties in de Gewesten en Gemeenschappen. De taskforce is geïnstalleerd bij het covidcommissariaat en heeft als doel, in een land waar de bevoegdheden met betrekking tot vaccinatie verspreid zijn over verschillende politieke entiteiten en in een pandemie zoals wij die nu kennen, tot eengemaakte actie te komen.

Wat voorligt, is een voorstel waarvan ik begrepen heb dat het gisterenavond is afgeklopt in de taskforce. De politieke besluitvorming gebeurt natuurlijk niet in de taskforce, maar in de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid, met mijn collega's van de Vlaamse Gemeenschap, het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, de Franse Gemeenschap en de Duitstalige Gemeenschap. Wat hier voorligt, moet u begrijpen als een voorstel dat naar de ministers van Volksgezondheid gaat en dat op dat niveau het voorwerp uitmaakt van politieke besluitvorming. Ik beklemtoon dat, en daarmee meteen nog een bijkomende gedachte. De principes waarop dit voorstel gebaseerd is, en de strategie en prioriteiten, zijn overeengekomen in de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid. De concrete uitrol en het antwoord op de vraag wanneer wij precies verwachten welk aantal mensen te kunnen vaccineren, zijn natuurlijk afhankelijk van de producenten, de goedkeuring van hun vaccins en de snelheid waarmee zij kunnen leveren. De concrete uitrol zal ongetwijfeld nog blijven evolueren. Ik wil dat zeer sterk beklemtonen.

Met de ministers van Volksgezondheid hebben wij aan de taskforce gevraagd om zeer flexibel en wendbaar te zijn en een aanpak te ontwikkelen waarmee ingespeeld kan worden op voortdurend, ook in de toekomst, wijzigende omstandigheden, gelet op de productieritmes, de goedkeuringen en evoluerende wetenschappelijke inzichten. Daarmee moet sterk rekening worden gehouden.

Wat voorligt, is een voorstel op basis van de inzichten en een aantal zekerheden die wij vandaag hebben, maar ook van een aantal onzekerheden. Wat voorligt, zal ongetwijfeld nog verder wijzigen in de komende periode, naarmate er meer inzichten bij komen en naarmate er meer vaccins erkend worden, maar de principes en de strategie vormen een robuust akkoord tussen de ministers van Volksgezondheid. Zo moet u dit voorstel lezen. Wij zullen er verder op werken met de ministers van Volksgezondheid. Ongetwijfeld is het ook een zeer belangrijk punt voor het Overlegcomité van vanmiddag, dat daarover geen beslissingen zal nemen, maar zoals u weet denkt het Overlegcomité ook na over de beheersstrategie met betrekking tot het coronavirus. De vaccinatie zal natuurlijk in toenemende mate een zeer grote rol spelen in de beheersstrategie.

De vaccinatie, als die slaagt, is de fundamentele oplossing voor de gezondheidscrisis waarmee wij geconfronteerd worden, in België, in onze buurlanden en in heel Europa. Daarom is het belangrijk dat wij de vaccinaties in Europese solidariteit organiseren. Wij zijn op een Europese trein gesprongen. Het is voor ons ook belangrijk dat onze buurlanden op die trein zitten. Het is belangrijk dat ook wij goed op die trein zitten.

U hebt ongetwijfeld het heuglijke nieuws gehoord dat de Europese Commissie met Pfizer-BioNTech een stevige onderhandeling voert voor een belangrijke bijkomende schijf van vaccins. Die onderhandeling is goed gelopen en dat opent natuurlijk ook perspectieven voor ons land, die ik nu nog niet kan detailleren, maar ongetwijfeld zullen wij dat wel kunnen in de komende periode. Dat zal ongetwijfeld ook opnieuw aanleiding geven tot wijzigingen in het schema. Dat zou ik toch willen beklemtonen.

Mijnheer de voorzitter, graag zou ik het woord willen geven aan de collega's van de taskforce die hier aanwezig zijn. Ik spreek over collega's, omdat het eigenlijk drie professoren zijn. Ik weet niet wie eerst het woord neemt, maar ik denk dat het de afspraak is dat Jean-Michel Dogné als eerste spreekt. Als ik mag, zou ik suggereren dat u de presentatie bij hem laat beginnen, mijnheer de voorzitter. Ik hoop dat de presentatie een aantal vragen beantwoordt, maar wij zullen daarna natuurlijk luisteren naar alle vragen en opmerkingen die komen.

De **voorzitter**: De sprekers mogen inderdaad het woord nemen in de volgorde die jullie zelf wensen, mijnheer de minister. Zij kunnen zich misschien ook even voorstellen.

Ik wil wel tolereren dat de camera's blijven staan voor het beeld, maar ik dring er nog eens bij de journalisten op aan om in de tribune plaats te nemen. Wij zijn hier immers met te veel mensen aanwezig. Er zijn richtlijnen over het aantal personen dat in deze zaal aanwezig mag zijn en wij moeten ook het goede voorbeeld geven. Ik ga uiteraard geen leden, medewerkers en zeker geen sprekers buitenzetten, vandaar de vraag aan de journalisten om in de tribune plaats te nemen. Sorry voor het ongemak, maar dat hoort er ook bij in deze pandemie.

Mijnheer Dogné, u hebt het woord.

01.02 Jean-Michel Dogné: Monsieur le président, monsieur le ministre, mesdames et messieurs les députés, pour ceux qui ne me connaissent pas, je suis professeur à l'Université de Namur où je dirige le département de pharmacie. Je suis expert en développement des médicaments et en pharmacovigilance depuis plus de 15 ans, tant auprès de l'AFMPS que de l'Agence européenne des médicaments, ainsi qu'auprès de certaines commissions. Depuis le mois de mai, je fais partie du Comité mondial de sécurité des vaccins de l'OMS.

Ce n'est pas uniquement au niveau national que nous devons nous adapter et être flexibles pour mettre le plus vite possible un vaccin sur le marché, mais également du côté des instances réglementaires – qu'il s'agisse de l'AFMPS ou de l'Agence européenne des médicaments. Cela vaut aussi bien pour la mise des vaccins sur le marché que pour leur suivi précis. À situation extraordinaire, réponse extraordinaire. Sans exagérer, je précise que nous travaillons jour et nuit sur la possibilité de les mettre sur le marché dans les délais les plus brefs possibles. Puisque les données nous parviennent au fur et à mesure, nous nous adaptons et réduisons les *time tables* pour venir avec des vaccins qui se trouvent sur le marché européen.

Dans ce cadre, permettez-moi de vous rappeler la procédure actuelle d'autorisation des vaccins. Pourquoi "actuelle"? Parce que, comme je vous l'ai dit, nous vivons une situation extraordinaire et que nous nous servons des outils réglementaires adaptés en vue de permettre une analyse en continu des données fournies par l'industrie pharmaceutique. Cela s'est fait récemment, avec un autre médicament - le Remdesivir - pour pouvoir proposer une autorisation de mise sur le marché assez rapidement, c'est-à-dire pour la fin du mois de juin. Le développement actuel est réalisé de manière accélérée tant par l'industrie pharmaceutique que par les autorités réglementaires. Il importe de rappeler que nous conservons la qualité des études fournies et la robustesse des données. C'est possible grâce à une collaboration aussi bien scientifique qu'industrielle, au moyen de partenariats public-privé. Cette méthode a permis la collecte de données biologiques initiales afin d'identifier des cibles thérapeutiques. Ce fut fait rapidement, à savoir au mois de janvier. De la sorte, des vaccins ont pu être développés. Je ne vais pas y revenir, mais c'est cette fameuse protéine S qui a été proposée.

Il est vrai que certaines plates-formes de vaccin étaient inédites en termes de développement de médicaments et de mise sur le marché. C'est le cas des vaccins ARN. La phase 3 a été lancée assez rapidement - au début du mois de juillet pour les vaccins dont nous allons parler ici -, sur plus de 30 000 individus en moyenne et ceci quel que soit le vaccin - Pfizer ou Moderna et ceux à venir -, ce qui augmente leur capacité d'étude clinique.

Vous devez comprendre qu'il est nécessaire, en vue de garantir une puissance suffisante aux données pour des raisons d'efficacité, que le nombre de personnes dans les groupes à vacciner soit suffisant. C'est ce qui a justifié le nombre de 30 000 individus au moins. De plus, il faut y voir une opportunité de fournir des données observationnelles plus puissantes afin de mesurer les effets indésirables dans ces études. En effet, plus vous aurez d'individus, plus vous observerez de tels effets. Nous sommes donc passés de 3 000 individus vaccinés en moyenne, pour ce qui concerne les vaccins autorisés depuis plus de 10 ans, à 15 000 individus vaccinés. Bien évidemment, vous en avez 15 000 qui composent le groupe placebo. L'impact est plus rare sur l'identification de ces effets que ce que nous aurions pu voir dans ces études cliniques.

La durée des études n'a pas non plus été raccourcie. Je vous rappelle qu'en majorité, elles dureront un an, voire deux, et qu'elles ont commencé au début juillet pour la plupart des vaccins dont nous allons parler aujourd'hui. Les analyses intermédiaires ont été produites lorsque nous avions au moins 50 % des personnes suivies pendant les deux mois après la deuxième dose. C'est ce qui a conduit à une certaine crispation en septembre-octobre. Je vous rappelle que certains voulaient une autorisation plus rapide des vaccins. Or, pour les données de sécurité, il a été proposé d'attendre que suffisamment de personnes soient vaccinées au moins deux mois après la deuxième dose. Pourquoi deux mois? Parce que l'on sait - et c'est important - que la plupart des effets indésirables apparaissent endéans les deux mois qui suivent l'administration des doses vaccinales. Nous avons donc respecté les procédures classiques.

Enfin, j'en viens au suivi des autorisations. Nous savons que plusieurs études *postmarketing* ont été imposées et proposées à l'industrie pharmaceutique. Il est donc faux de dire que celle-ci peut se laver les mains dès que ses vaccins sont mis sur le marché. Plus de trois études supplémentaires lui sont demandées au moment du lancement sur le marché. C'est le cas pour les études relatives aux femmes

enceintes ou aux patients immunodéprimés et fragiles. Des études chez les enfants sont également anticipées. Un suivi de sécurité est autorisé lors des *post operation safety studies*. Ces études, en cours d'élaboration, ont été préparées au préalable. Cela fait partie de ce que l'on appelle le plan de gestion de risque. De façon extraordinaire, celui-ci est intégralement publié - et vous avez pu voir que c'était l'une des deux premières publications, en ce qui concerne les vaccins Pfizer et Moderna.

Par ailleurs, les systèmes de pharmacovigilance ont été adaptés, tant au niveau national qu'international, en vue de suivre leurs effets indésirables – également à plus long terme. Ces risques sont attendus, mais ne sont pas nécessairement examinés en étude clinique. Vous avez tous entendu parler des chocs anaphylactiques, qui ont en effet été observés. Il y a une estimation à présent de 1 cas sur 100 000 - ce sont des événements très rares. Les SOP ont aussi été adaptés pour que les personnes soient suivies, une fois vaccinées, pendant au moins 15 minutes. De plus, le matériel de prise en charge nécessaire doit être mis à disposition.

Cette sécurité des patients et des individus à vacciner en priorité a donc aussi un impact sur l'organisation d'une vaccination. Les retours sont maintenant bons sur l'utilisation des vaccins chez plus de quelques millions de personnes vaccinées dans le monde, notamment avec le vaccin Pfizer.

Pour répondre à plusieurs questions dans ce cadre-là, je vais vous resituer ce qu'on appelle un *conditional marketing authorisation*. Je rappelle qu'au départ, c'est l'industrie pharmaceutique qui soumet les dossiers à l'Agence européenne des médicaments composée de divers comités dont deux spécifiquement qui travaillent sur l'évaluation: le CHMP fournit l'opinion de la balance bénéfices-risques et le PRAC analyse ces fameux plans de gestion des risques. Un comité supplémentaire a été créé qu'on appelle une *task force* ou l'ETF pour prendre en compte les expertises de différents comités. C'est le CHMP qui remet l'opinion à la Commission européenne et c'est cette dernière qui rend effectivement l'autorisation de mise sur le marché qui est valable dans les 27 États membres.

Qu'entend-on par une autorisation de mise sur le marché conditionnelle? Cela veut dire que l'approbation du médicament répond à ce qu'on appelle le *unmet medical need*, ce qui est le cas ici - un besoin médical non satisfait - des patients sur base de données moins complètes que celles normalement requises. C'est sur ces données moins complètes que je veux insister. Les données néanmoins disponibles doivent indiquer que les bénéfices du médicament l'emportent sur les risques. Cela signifie que la balance bénéfices-risques est positive. Par contre, des données supplémentaires vont continuer à être fournies. Je vous en ai parlé. C'est le cas des études cliniques qui ont été analysées au niveau des données intermédiaires généralement trois à quatre mois après l'inclusion des patients. Les études vont encore se poursuivre jusqu'à deux ans en général. C'est ce qui justifie par exemple ce *conditional marketing authorisation*.

Cela a été publié tant pour le vaccin Pfizer que pour le vaccin Moderna. D'autres études dont je vous ai parlé sont également en cours. Cela va permettre les mesures de la durée de la protection, de mesurer la corrélation entre un type de vaccin et un type d'événement un peu plus rare ou sévère, les effets sur les patients immunodéprimés, les femmes enceintes, les enfants. Il est assez classique, que ce soit avec les vaccins ou avec les médicaments, d'avoir un suivi dans la vraie vie. C'est ce qui justifie ici les conditions d'autorisation conditionnelles. Par ailleurs, il y a également des données relatives à la qualité qui doivent être fournies de manière supplémentaire, non pas que les vaccins ne soient pas de qualité mais, pour évaluer la stabilité ou un autre aspect, une série d'informations supplémentaires sont nécessaires. Ce qu'il faut retenir, c'est que la balance bénéfices-risques est positive.

J'en viens aux différents vaccins qui sont dans le pipeline.

Vous savez que le vaccin Comirnaty de Pfizer est un vaccin ARN qui nécessite deux doses. Il a été spécifiquement autorisé le 21 décembre après l'avis positif de l'Agence européenne des médicaments de la Commission européenne. Ensuite, le vaccin Moderna a été autorisé le 6 janvier 2021. Ces vaccins ont une efficacité comparable et une plate-forme ARN comparable.

Le prochain en cours de discussion actuellement est le vaccin AstraZeneca qui utilise une autre plate-forme, une plate-forme d'adénovirus. C'est un vecteur viral non réplicatif qui nécessitera aussi deux doses. Ses données d'efficacité sont un peu moins bonnes mais restent quand même excellentes. Elles sont de l'ordre de 70,4 % si on prend des données moyennes. C'est encore en cours de discussion auprès de l'Agence européenne des médicaments. Vous voyez qu'on est donc en *rolling review*, c'est-à-dire en révision de ces données depuis le 1^{er} octobre 2020. L'avis de l'Agence européenne du médicament est annoncé pour fin

janvier, début février.

Le quatrième vaccin qui se base sur le même type de plate-forme à vecteur viral non répliatif est également un adénovirus de la firme belge Janssen. L'autorisation devrait être délivrée à la fin du premier trimestre ou au début du second. Je ne peux pas vous donner avec précision l'information. Par contre, ce qui est intéressant dans ce vaccin, c'est qu'il est envisagé dans des études à une ou deux doses. Il pourrait également permettre d'avoir un vaccin à une dose.

Le cinquième vaccin qui a été "acheté" par l'Agence des médicaments auprès de la Commission européenne, c'est le vaccin Curevac. On revient avec une plate-forme ARN messager. Il est un peu plus décalé. Je ne peux pas vous donner une estimation plus précise. On attend une possibilité d'autorisation à la fin du deuxième trimestre.

Voilà l'état des lieux de l'avancée des données des balances bénéfices-risques des différents vaccins et des processus en cours. Cela permet, je pense, de répondre à certaines questions.

01.03 Dirk Ramaekers: Dank u wel, Jean-Michel Dogné, voor deze duidelijke uiteenzetting over de vaccins die op korte tijd ontwikkeld werden. Uiteraard hebben wij enerzijds vaccins nodig, anderzijds moeten wij er ook voor zorgen dat al die vaccins worden toegediend. U weet dat onze doelstelling zeer duidelijk is: wij wensen minstens 70 % van de mensen te vaccineren. Ik toon u dat in een overzicht op de volgende slide.

Dit is een samenvatting die misschien wat overladen lijkt, maar ik zal ze u kort samenvatten. Dit is de vaccinatiestrategie die vorige maand, begin december, beslist is. Onze taskforce heeft bewust rekening gehouden met de adviezen van de Hoge Gezondheidsraad, het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek en bijkomend ook met wat andere landen doen en uiteraard ook zoveel mogelijk met alle wetenschappelijke gegevens die op dat ogenblik beschikbaar waren.

Dat heeft ons gebracht tot een noodwendige fasering om twee redenen. De eerste reden is dat wij op dat ogenblik absoluut nog geen zicht hadden welke vaccins goedgekeurd zouden worden. De tweede reden is dat wij wel al wisten dat het geen gewone vaccins zouden zijn, maar dat zij telkens in multidoses geleverd zouden worden en dat er dus extra verdeeld zouden moeten worden. Er was ook de specificiteit dat zij bewaard moesten worden op -80°Celsius, of wat het Moderna-vaccin betreft, op -20°Celsius.

Als men prioriteiten moet bepalen, moet men keuzes maken. Op basis wat de Hoge Gezondheidsraad geadviseerd heeft, hebben wij de duidelijke keuze gemaakt om in de eerste plaats ziektelast, ernstige ziekte en mortaliteit te reduceren. Daar dienen de vaccins ook primair voor. Ik meen dat professor Van Damme straks nog op enkele andere punten zal ingaan, zoals transmissie, overdracht.

Dat heeft ons toen ertoe gebracht om bij de start een duidelijke prioriteit te geven aan de rusthuisbewoners, het rusthuispersoneel en zodra mogelijk alle gezondheidswerkers. In de eerste plaats om ook de capaciteit van onze gezondheidszorg te vrijwaren. U weet natuurlijk dat onze gezondheidswerkers in het afgelopen jaar zware inspanningen hebben moeten leveren, en nog steeds elke dag klaarstaan voor onze gezondheidszorg.

Wegens de specifieke processen hebben wij een keuze moeten maken waar de vaccins ontdooid zouden worden. Dat gebeurt in een aantal specifiek daarvoor opgeleide ziekenhuizen. Dat zijn er nu een veertigtal, maar dat aantal zal in de toekomst worden uitgebreid voor de volgende vaccins.

Wij hebben er ook voor gezorgd dat de verdeling in de woon-zorgcentra optimaal kon verlopen. Daarvoor is de coördinerende huisarts vaak zeer belangrijk, en uiteraard ook de verpleegkundigen en het andere personeel. U hebt wel gemerkt dat wij dit in de voorbije maand zeer goed op punt hebben kunnen stellen zodat wij begin januari effectief konden starten.

Tegelijkertijd hebben wij de fase 1B voorbereid. Fase 1B is een grotere fase. Wij hebben deze week al bijzonder goed nieuws gehoord om onze fase 1B van start te kunnen laten gaan. In die fase komen de grotere groepen aan bod. In de eerste plaats de ouderen, de 65-plussers. Het principe is: van de hoogste leeftijd naar beneden. Ook risicopatiënten komen dan aan de beurt.

De minister heeft het al benadrukt: de vaccinatiestrategie zal dynamisch zijn. De Hoge Gezondheidsraad is op dit moment aan het bestuderen om welke risicogroepen het precies gaat. Dat zal ongetwijfeld nog op een

aantal punten verfijnd worden. Tegelijkertijd zijn er andere zaken die wij ongetwijfeld moeten uitklaren. Vandaar dat wij flexibel zullen zijn bij de verdere stappen in de komende weken en maanden.

Op dat ogenblik zullen wij de vaccinaties niet meer louter vanuit de ziekenhuizen of via de andere klassieke kanalen kunnen doen. Vandaar dat in de voorbije weken al gestart is met de voorbereiding van meer grootschalige vaccinatiecentra. U hebt hier en daar al wat in de pers kunnen lezen. Op zich is dat goed. Dat toont aan dat de voorbereidingen lopen. Dat is ook niet verbazingwekkend, want zoals de minister heeft benadrukt: onze taskforce is een zeer goede samenwerking met alle deelstaten, die natuurlijk ook stapsgewijs hun voorbereidingen treffen om de vaccinaties in de praktijk te brengen op korte termijn.

Over de fase 2 zal ik het vandaag niet uitgebreid hebben. Fase 2 is de zeer grootschalige vaccinatie van de gezonde jongere populatie. Tegen dan hopen wij wel degelijk over vrij grote hoeveelheden vaccins te beschikken.

In december hadden wij nog zeer veel onzekerheden. Die staan op de volgende slide. Op dat moment, met al die onzekerheden, moest de taskforce voorzichtig zijn bij het formuleren van de adviezen. Er moest met de handrem op gereden worden want aangezien er nog geen enkel vaccin goedgekeurd was, konden we toen heel moeilijk een timing opstellen.

Sinds eind december is het eerste vaccin gelukkig goedgekeurd, wat goed nieuws was. Deze week werd ook de timing van de leveringen bevestigd, zeer goed nieuws voor de werkzaamheden van de taskforce. U hebt ongetwijfeld gehoord dat intussen ook het vaccin van Moderna is goedgekeurd. Voor dit vaccin hebben we al een eerste inschatting van de leveringsomvang. De minister heeft zojuist toegelicht dat we bovendien een perspectief hebben voor de levering van bijkomende vaccins van Pfizer. De details daarvan ontbreken nog, maar het is evident dat dit onze strategie in belangrijke mate zal vergemakkelijken.

We zitten nu in het stadium waarin we een tentatieve timing kunnen maken. Wat ons in de eerste plaats interesseert, is wanneer we met een bepaalde groep kunnen starten. Als we eenmaal gestart zijn, is het afhankelijk van de aantallen vrij goed voorspelbaar hoe lang het zal duren. Voor de eerste groep weten we dat op dit ogenblik al.

Tegelijkertijd is het natuurlijk een kwestie van de beschikbaarheid van de vaccins. Ik wil benadrukken dat we verwachten dat ook het vaccin van AstraZeneca in de loop van de maand februari goedgekeurd zal worden. Momenteel is dat echter nog een hypothese en we moeten na de goedkeuring van het vaccin de specificaties ervan bekijken om in te schatten of die al dan niet een impact hebben op onze strategie. Daarvoor is die flexibiliteit nodig. Als dat derde vaccin er komt, zal dat bijkomende mogelijkheden bieden. We zullen dan immers sneller van start kunnen gaan voor een aantal groepen.

Wat de plaats van de vaccinatie betreft, is onze filosofie ongewijzigd. Voor de woon-zorgcentra hebben we de planning deze week onmiddellijk kunnen herzien voor alle deelstaten op basis van het nieuws van Pfizer. We zullen de medewerkers sneller dan voorzien kunnen beginnen vaccineren, wat impliceert dat we medio februari de vaccinaties in de rusthuizen afgerond zullen hebben.

Het is heel belangrijk dat we zo snel mogelijk starten met het vaccineren van de tweede belangrijke groep, de gezondheidswerkers. Ik zal dat dadelijk meer in detail toelichten. Met de bijkomende mogelijkheden zullen we ook daarmee sneller dan voorzien kunnen beginnen, namelijk eind januari of begin februari in plaats van medio februari. Ook de collectieve zorginstellingen zullen sneller aan bod komen, aangezien zich ook daar een groot risico kan voordoen.

Ik heb de implicaties van de bijkomende elementen waarover we nu zekerheid hebben schematisch samengevat. In de woon-zorgcentra was men al gestart met de bewoners. Zoals u weet gebeurde dat in de eerste week nog voorzichtig om dan komende week met serieuze volumes te vaccineren in alle woon-zorgcentra. De eerste vaccinatie en de herhaling zijn gepland en we zijn er vrij zeker van dat dit goed zal verlopen. U zult gemerkt hebben dat de vaccinatie op het terrein ook kwalitatief verloopt zoals voorzien. Uit de pilootprojecten is tevens gebleken dat men regelmatig een zesde dosis uit één flacon kon halen. Uiteraard laten we die niet verloren gaan.

Dit alles zal toelaten dat we sneller starten met het inenten van het personeel van de woon-zorgcentra en de planning daarvan is al gestart. De leveringszekerheid die Pfizer biedt en het feit dat ook het vaccin van Moderna is goedgekeurd, zullen toelaten om versneld te starten met de zorgverstrekkers in de ziekenhuizen

en de eerste lijn. De eerste, weliswaar beperkte, leveringen van Moderna worden nog deze maand verwacht. De vaccinatie van de zorgverstrekkers zal eind deze maand, begin februari kunnen beginnen. Ik moet wel benadrukken dat dit in een eerste fase op beperkte schaal zal gebeuren aangezien we nog geen grote hoeveelheden vaccins hebben. In februari zal het tempo verhoogd worden, maar we moeten nog een beetje voorzichtig zijn wat betreft de datum waarop zij allemaal gevaccineerd zullen zijn.

Het volgende is belangrijk voor fase 1B. Het zal u niet verbazen dat dit zaken betreft die uiteraard heel wat inspanningen zullen vergen. Wij gaan daarvoor moeten kunnen rekenen op heel wat mensen op het terrein. U ziet dat daaraan nu reeds heel sterk wordt gewerkt vanuit de deelstaten, met de lokale besturen. Vlaanderen met de eerstelijnszones, Brussel, Wallonië en de Duitstalige Gemeenschap zijn gestart met die voorbereidingen. Zo'n vaccinatiecentrum is natuurlijk wel iets meer dan louter een grote zaal waar men mensen uitnodigt.

Ik wil even in herinnering brengen wat de voorzitter daarnet zei. Natuurlijk moeten wij ook in die vaccinatiecentra maximaal rekening houden met veiligheid. De afstanden moeten worden gerespecteerd. In principe mogen er dus geen wachttijden zijn. Ook belangrijk, bij de personen die toekomen, moet het administratief proces en de registratie goed verlopen.

Het volgende mag ook wel eens worden onderstreept, het is iets dat wij reeds gerealiseerd hebben. Alle vaccins die momenteel worden toegediend in de woon-zorgcentra, zowel bij bewoners als bij personeel, worden systematisch geregistreerd in Vaccinnet+, voor heel het land. Dat systeem werkt heel goed. Het is uitgerold en zal ons echt toelaten om te zien hoeveel mensen gevaccineerd zijn. Bijkomend zal elke gevaccineerde op die manier een officieel bewijs hebben in mijngezondheid.be, waar men dat kan terugvinden. Voor de vaccinatiecentra moet dat natuurlijk ook op grote schaal gebeuren.

Professor Dogné lichtte het reeds toe, een bijkomende zaak waarmee rekening moet worden gehouden na de toediening van het vaccin, dat is misschien het allereenvoudigste van heel het proces, namelijk de eigenlijke prik, is het volgende.

Het zijn veilige vaccins, maar wij blijven zeer voorzichtig. Na de toediening zal er nog korte tijd toezicht nodig zijn, minstens 15 à 20 minuten. U kunt zich inbeelden dat dit expliciet moet voorzien worden in de organisatie, in de opbouw van die vaccinatiecentra. Aan de blueprint daarvan is de voorbije weken hard gewerkt en deze is gisteravond in een eerste versie gefinaliseerd, met de minimumspecificaties, dus een soort criteria of normen waaraan deze centra moeten voldoen.

Ter illustratie heb ik een aantal van die voorbeelden meegebracht. Het zijn willekeurige illustraties, want er zijn er nog, maar dit zijn misschien degene die het meest tot de verbeelding spreken. Deze is van dokter Jan Stroobants, met heel wat anderen. Zij hebben een testdorp ontwikkeld en zijn op het ogenblik volledig klaar om ook een vaccinatiecentrum op te starten. Ik wil benadrukken dat het een grootschalig vaccinatiecentrum is. De volgende slide toont wat momenteel in de steigers staat. In principe zal dat een doorlooptijd van enkele weken hebben, met dan uiteraard nog verdere installatie. U kunt zich inbeelden dat dat op een plaats komt waar er voldoende parking moet zijn, zodat het op een veilige manier kan. Bij voorkeur moet er ook openbaar vervoer in de buurt zijn. U hebt reeds gemerkt dat op vele plaatsen ook de lokale besturen aan het zoeken zijn naar de beste locaties en die beslissingen aan het nemen zijn. De taskforce kan dat alleen maar aanmoedigen. Wij vinden dat een uitstekende zaak. De volgende slide toont het project op de Heizel. Hier valt op, net als in Antwerpen, ook al zijn de concepten misschien wat verschillend, dat men van een soort straten of lijnen spreekt. Dat is heel belangrijk, want op die manier voorkomen wij dat mensen te veel samenkomen en zorgen wij ervoor dat de afstanden kunnen bewaard worden. Wij hebben op het ogenblik reeds de eerste calculaties gemaakt. Wij gaan ervan uit dat in zo'n straat 20, 25 à 30 vaccinaties per uur kunnen toegediend worden. Wij denken dat dat opnieuw een schaalgrootte moet hebben, het zal minstens 6 parallelle lijnen moeten kunnen bevatten. Wij gaan er ook vanuit, gezien het belang van de centra, dat daar 7 dagen op 7 zal gevaccineerd worden.

Het is evident dat wij daaromtrent heel wat berekeningen maken. Wij zijn de voorbije weken reeds gestart, samen met de deelstaten, met een simulatie van het aantal vaccinatiecentra. Ik wil even benadrukken dat wij hier een vrij conservatieve aanpak hebben gehanteerd. Dat is een bewuste keuze. Er is nog de mogelijkheid tot *upscaling*. Wij hebben ingecalculeerd dat er een *upscaling* mogelijk is, mochten wij op een bepaald ogenblik bijkomende capaciteit hebben en mochten wij de vaccins nog sneller kunnen verwerken.

Als we op basis van onze inschattingen en onze simulaties ook rekening houden met de buitenlandse

ervaringen – we hebben goede contacten –, moeten er minstens 100 à 150 en idealiter 200 vaccinatiecentra komen in België. Dat lijkt ons ook realistisch. Men zou kunnen zeggen dat het nog grootschaligere centra moeten worden en er zullen ongetwijfeld verschillen zijn. Maar als de centra, waar heel wat mensen zich naartoe begeven, te grootschalig worden, zal de afstand te groot worden en zal er potentieel een drempel bijkomen. We hebben dus een evenwicht gezocht tussen proximateit en toch organisatorische efficiëntie.

Op basis van al de elementen die we op het ogenblik al kennen en die de komende weken en maanden ongetwijfeld nog aanpassingen zullen vergen, schatten we in dat we, als we de 200 centra in de praktijk kunnen opzetten, de vaccinatiecampagne na de zomer, richting september, tot een goed einde moeten hebben kunnen gebracht. Die 70% is uiteraard bijzonder belangrijk. In onze eerste ervaring met de woon-zorgcentra en het personeel ligt dat absoluut bijzonder hoog. Dat is een zeer goede zaak. We verwachten dat ook bij de gezondheidswerkers de compliëntie bijzonder hoog zal liggen. Dat zijn natuurlijk ook zeer belangrijke ambassadeurs in onze verdere uitrol. Het is evident dat ook de communicatie en motivatie een aparte aanpak zullen vergen in elke fase van onze strategie. Dat is alleszins onze inschatting op basis van de huidige gegevens. Als er de komende weken en maanden nog bijkomende positieve elementen opduiken, zullen we onze strategie daaraan zeker aanpassen waar nodig.

01.04 Pierre Van Damme: Mijnheer de voorzitter, ik ben Pierre Van Damme, verbonden aan de universiteit van Antwerpen. Ik leid het centrum voor de evaluatie van vaccinaties. Ik doceer epidemiologie en vaccinologie. Ik ben directeur van het referentiecentrum voor infectieziekten, epidemiologie en preventie van de WHO, regio Europa.

We hebben een aantal technische topics met de taskforce geselecteerd, die momenteel natuurlijk nogal sterk circuleren, niet alleen in de wetenschappelijke discussies maar ook op het niveau van buitenlandse taskforces en op het niveau van volksgezondheid.

Een van die topics is: weten we al iets over vaccinatie en de rol in de besmettelijkheid? Als men gevaccineerd is, kan men het virus dan nog doorgeven? Daarover zijn geen gepubliceerde data. Er zijn ook geen data publiek beschikbaar over studies die al afgerond zijn. De bedrijven zijn dat aan het onderzoeken met hun respectieve producten.

Momenteel kunnen we niet zeggen dat we argumenten hebben om dat te ondersteunen of dat uit te sluiten. Het blijft dus open. Het is natuurlijk een heel belangrijk element voor het principe van enerzijds, groepsimmunitet en het principe van de vaccinatie van bepaalde doelgroepen die aan een verhoogd risico blootgesteld zijn, anderzijds. We verwachten wel dat we daarover binnenkort nieuws zullen krijgen, over een periode van ongeveer twee maanden. Dat werd ons beloofd door de producenten.

Uit dierproeven met deze kandidaat-vaccins zien wij wel dat die vaccinatie een impact heeft op het niveau van de aanwezigheid van het virus ter hoogte van de nasale slijmvliezen. Dat is een veelbelovend element, maar dat kan momenteel nog niet door onderzoek bij mensen worden bevestigd.

Zijn er gegevens bij kinderen en zwangeren? U hebt gehoord van Jean-Michel Dogné dat er momenteel geen gegevens zijn, maar die studies lopen. De bedrijven hebben ook een *paediatric investigational plan* bij de Europese regelgevende autoriteiten ingediend, om studies bij jongere leeftijdsgroepen te kunnen uitvoeren. Ze zetten ook studies bij zwangeren op. Momenteel bevelen wij de vaccinatie van zwangeren niet aan, ook op basis van de Europese regelgevende autoriteiten. België heeft dat overgenomen. We wachten op meer gegevens over de studies die worden uitgevoerd.

Dan ga ik over naar de volgende dia over een veelbesproken topic, het uitstel van de tweede dosis.

Waarom is dat nu zo veelbesproken? Het illustreert dat heel wat landen in de wereld zoeken naar alternatieven om zo snel mogelijk een zo groot mogelijk deel van de bevolking te kunnen vaccineren, met de beschikbare vaccins. Bepaalde landen zetten die stap nu al.

Ik denk dat wij aan het grote publiek moeten uitleggen waarom wij dat niet doen en bepaalde andere landen wel. U ziet dat het Verenigd Koninkrijk het toelaat om 12 weken tussen twee vaccins te laten, zowel voor het vaccin van AstraZeneca als voor het vaccin van Pfizer. De Verenigde Staten nemen als maximum 42 dagen voor het Pfizervaccin, wat eigenlijk ook kan, omdat die gegevens zo in de bijsluiters staan. Ook de WHO, de Strategic Advisory Group of Experts, gaat ook tot 42 dagen, maar dan in bepaalde omstandigheden. U hebt het misschien ook gehoord, ondertussen is Denemarken ook aan het bekijken wat kan met het uitstellen van

de tweede dosis. Ook Frankrijk is dat aan het bekijken, puur en alleen om meer mensen te kunnen opstarten. Canadese provincies denken ook in die richting.

Wat is daar nu belangrijk aan? Wij leunen verder aan bij de Europese aanbeveling. Het staat ook op de agenda van Europa om dat verder op te volgen. Ik denk dat we ook de wetenschappelijke evidentie daarvoor moeten verzamelen. Dat is niet zo evident, u ziet ook in de slide wat ik daar met een vraagteken aanduid.

Eerst en vooral, wat kunnen we doen? We kunnen surveilleren wat er gebeurt in de landen die een tweede dosis later geven. Wat gebeurt er bijvoorbeeld met doorbraakinfecties? Zijn die er of zijn die er niet? Dat is heel belangrijk om op te volgen. Het Verenigd Koninkrijk volgt dat op, Canada ook. Dat zijn zeker belangrijke *lessons learned* voor andere landen.

Van de productenten van vaccins hebben we nog geen feedback in welke mate zij cohortes zullen opvolgen die maar een dosis hebben gekregen.

Wat wel interessant is, is dat we zelf proberen om een aantal studies op te zetten. Engeland zal dat nu ook doen. Wij staan in contact met het kenniscentrum en natuurlijk ook met de producenten om vaccins te kunnen krijgen om dergelijke studies op te zetten. Vandaar het vraagteken. De vraag is nog niet beantwoord. Het kan ook zijn dat het niet zo evident is om vaccins te krijgen om dergelijke studies op te zetten. Als we langere intervallen studiegewijs onderzoeken, zal dat trouwens ook gebeuren in samenwerking met enkele andere Europese landen om zo snel mogelijk een antwoord te kunnen krijgen.

Een andere illustratie is dat men bijvoorbeeld in de Verenigde Staten het gebruik van een lagere dosis bekijkt, zelfs van een halve dosis van het mRNA-vaccin, ook weer met de bedoeling om met de bestaande capaciteit meer mensen een eerste keer te kunnen vaccineren.

Die dringendheid begrijpen wij natuurlijk perfect. Men wil immers zo snel mogelijk uit de greep van het virus geraken. Die dringendheid heeft ook te maken met de aanwezigheid van een aantal varianten, niet alleen de variant uit het Verenigd Koninkrijk, die ondertussen al aanwezig is in meer dan 40 landen, maar ook de Zuid-Afrikaanse variant. De noodzaak bestaat dus om de bevolking zo snel mogelijk te beschermen.

Intradermale administratie is een andere wetenschappelijke route. Ik vermeld het gewoon, maar wil vooral onderstrepen dat de plannen van België niet veranderen. Al wat u hebt gezien in de berekening, houdt rekening met de toediening op tijd van de tweede dosis.

De volgende slide betreft een vraag die niet alleen hier werd gesteld, maar ook in het buitenland. De aanbeveling is daar heel duidelijk. Men stelt de vraag of we geen selectie zouden moeten maken van mensen die COVID-19 hebben doorgemaakt en hen eerst screenen en filteren en het vaccin alleen maar toedienen aan mensen die COVID-19-negatief zijn.

Dat is bekeken door heel wat gezondheidsautoriteiten in Europa en ook door de CDC in de Verenigde Staten. Dat zou betekenen dat we in heel die opzet ook een testing zouden moeten doen. Ten eerste, dat is logistiek heel zwaar en, ten tweede, uit de fase 3-studie van Moderna en Pfizer, waaraan ook COVID-19-positieve mensen hebben deelgenomen, leren we dat zij een gelijkaardig veiligheidsprofiel hebben als de mensen die COVID-19-negatief zijn. Op het vlak van werkzaamheid is dat bijzonder vergelijkbaar, wat ook niet onbelangrijk is. Bovendien weten we ondertussen ook dat de natuurlijke infectie geen langetermijnbescherming biedt, aangezien we immers herbesmettingen zien. Dat zijn dus allemaal redenen om te besluiten dat we ook die mensen in dezelfde beweging willen vaccineren. Wellicht – dit is dan na discussie met immunologen en vaccinologen en na verder onderzoek – geeft men die mensen daarmee een booster, een soort herhalingseffect van hun immuniteit tegen de infectie.

01.05 Minister **Frank Vandenbroucke**: Om te beginnen, wil ik de taskforce bedanken, want daar is zeer hard en intensief gewerkt, samen met de vertegenwoordigers van Gewesten en Gemeenschappen. Als ik het mag samenvatten in één boodschap: als dit lukt, betekent het dat we ook jonge mensen voor de zomer kunnen beginnen te vaccineren. Dat is toch wel buitengewoon verheugend nieuws, collega's. Als het opzet lukt, kunnen we zeggen dat we de groep die bang was helemaal achteraan te komen, de jonge mensen, voor de zomer echt beginnen te vaccineren en dat het rijk van de vrijheid weer in zicht is. Dat is fantastisch goed nieuws en dat is dankzij de wetenschap, dankzij de solidariteit, dankzij organisatie, dankzij samenwerking ook met onze collega's in Gewesten en Gemeenschappen.

Ik zou toch willen beklemtonen dat de samenwerking zeer goed loopt. Collega Wouter Beke heeft overigens ook parallel een persbericht uitgestuurd waarin hij een aantal dingen preciseert, die perfect in lijn liggen met het schema. Hij bevestigt daarmee wat al in de pers kwam, dat men zou kiezen voor 120 vaccinatiecentra in Vlaanderen, twee per eerstelijnszone, in samenwerking ook met de lokale besturen. Dat past perfect in de cijfers die hier gegeven zijn. Hij geeft ook een aantal preciseringen met betrekking tot de volgorde, waarbij de zorg in Vlaanderen is dat de mensen in de collectieve zorginstellingen – niet de woon-zorgcentra, wel de andere collectieve zorginstellingen – toch ook voldoende snel aan bod moeten kunnen komen. Dat is een van de zorgen die men daar heeft. Laten we zeggen dat het allemaal goed spoot.

Laat ik nog eens beklemtonen dat het de opdracht van de taskforce is zeer wendbaar en flexibel te blijven. We zullen ongetwijfeld nog bijkomend nieuws krijgen over leveringen van vaccins. Hopelijk zullen we alleen maar goed nieuws krijgen en geen slecht nieuws, maar de taskforce zal het concrete schema natuurlijk voortdurend moeten aanpassen.

Ik denk, voorzitter dat u in de uiteenzetting toch heel wat antwoorden hebt gekregen en dat we misschien best meteen kunnen overgaan tot bijkomende vragen.

Monsieur le président, je crois qu'il a été répondu à de nombreuses questions. Je pense notamment à la dernière diapositive de M. Pierre Van Damme qui, me semble-t-il, répond à une question de Mme Fonck qui s'interroge sur ce qu'il faut faire avec ceux qui ont été contaminés, etc. Certaines réponses ont donc déjà été apportées, même si le débat n'est pas clos. Des éléments ont également été apportés concernant le nombre de doses. Je n'y reviens donc pas.

Dès lors, monsieur le président, je propose d'ouvrir immédiatement le débat et de voir comment on peut répondre au mieux aux questions posées. Mais, comme je viens de le dire, on peut se réjouir aujourd'hui d'une collaboration vraiment parfaite avec les Régions et les Communautés.

Par ailleurs, un des messages-clés concerne les jeunes qui avaient la crainte d'être les derniers. Aujourd'hui, on peut leur dire que la campagne de vaccination à l'égard des jeunes pourra commencer avant l'été. L'espoir de regagner la liberté et une vie normale renaît donc aussi pour les jeunes.

Monsieur le président, je remercie la *task force* et je propose d'entamer le débat.

Le **président**: Monsieur le ministre, je vous remercie pour cette réponse. Je tiens à revenir brièvement sur le début de la séance. J'entends qu'il y a un mélange de mécontentement et de déception quant au fait qu'on a demandé aux journalistes et collaborateurs de quitter la salle. Nous étions une quarantaine pour une salle qui peut contenir vingt-quatre personnes. On a fait le choix de garder les caméramans. J'espère que chacun peut comprendre ce choix. Je comprends aussi la déception, mais prendre cette décision était nécessaire. Nous sommes maintenant vingt-quatre dans la salle.

Je remercie le ministre et les membres de la *task force* pour leurs explications. Nous disposons encore d'une heure et quart. Je propose la méthode de travail suivante. Je donnerai un temps de parole de trois minutes à chaque groupe. Je propose qu'il y ait un orateur par groupe pour des questions complémentaires ou des remarques. Si d'autres membres souhaitent intervenir pour certains groupes politiques, je pourrai également leur donner la parole. Ensuite, en espérant qu'il sera possible de respecter cela, le ministre et les membres de la *task force* disposeront d'un quart d'heure pour répondre et, enfin, je prévois une minute de réplique par groupe. Nous ne pouvons malheureusement pas faire plus car la séance doit être terminée à 13 h 45.

01.06 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de voorzitter, heren professoren, mijnheer de minister, u zou vaker met de pers moeten komen, want dan brengt u goed nieuws! Het is zeer positief wat u hier komt te zeggen, dat onze jeugd nu eindelijk ook perspectief krijgt op een vaccin voor de zomer, een zomer met misschien wel een festivalweide.

U brengt hier een heel mooie presentatie, eindelijk ook duidelijk, maar u bevestigt daarmee helemaal dat u op 5 januari niet klaar was en dat de weddenschap die u heeft aangegaan bij *De Zevende Dag*, helemaal niet gehaald werd. Dat is toch wel jammer. Het goede nieuws van vandaag indachtig, wil ik toch nog terugkomen op onze achterstand van minstens twee weken op de andere Europese landen en dat we nog hebben moeten oefenen in de maand december en de eerste week van januari. Dat kan ik nog altijd niet begrijpen.

Laten we verder gaan op de positieve flow. U brengt het goede nieuws dat u meer vaccins van Pfizer zult kunnen aankopen via de Europese aanbesteding. De druk van de politici heeft dus zeker geholpen, ik vind dat absoluut een goede zaak. Ik zou het wel graag met u even hebben over het tijdsplan van die leveringen. U zegt daar niet op te zullen ingaan, maar dat tijdsplan is zeer belangrijk. Zullen wij ook proportioneel qua tijdsplan bediend worden in ons land? Dit geldt dan zowel voor het vaccin van Pfizer als dat van Moderna.

Een analyse van Goldman Sachs stelt dat voor het opschalen van de vaccinatiegraad in ons land vier zaken nodig zijn: meer vaccins, meer vaccinatoren, de vaccinatoren en de patiënten dichterbij brengen en een goede registratie. Meer vaccins, dat heeft u net aangekondigd. Over meer vaccinatoren heb ik niet veel gehoord. We hebben wel een wet goedgekeurd die ervoor zorgt dat er meer vaccinatoren zullen kunnen komen, maar zullen die er ook zijn? Zijn die opgeleid? Is opgevraagd of alle artsen bereid zijn om deel te nemen aan die vaccinatie? Met andere woorden, zullen we er voldoende hebben?

Ook heb ik nog niet gehoord hoe u precies de eerstelijnszorgverstrekkers zult vaccineren. Ik heb begrepen dat daar nog discussie over is. Zal dat in de ziekenhuizen gebeuren of zullen de eerstelijnszones dit voor hun rekening nemen?

Wat de registratie betreft, heeft u verwezen naar Vaccinnet. Ik zie daar toch een probleem. Vaccinnet wordt niet automatisch gekoppeld aan het GMD of het GFD, het globaal medisch dossier of het globaal farmaceutisch dossier. Men moet dus via een omweg gaan kijken. Het opvolgen zal voor de huisarts en de huisapotheker erg belangrijk zijn, wat u zelf ook hebt aangegeven. Om de patiënten op te volgen, zal dat er dus toe doen.

Ik kom nu tot een andere bemerking bij de registratie. Waarom hebt u de unieke barcode niet meegenomen? Waarom hebt u niet meegenomen welk flesje bij welke patiënt terechtkomt, om het later te traceren, mocht er iets foutlopen of een nevenwerking zijn?

Ten slotte, mijnheer de minister, ik had graag uitleg gekregen over de standaarden. Hoe komt het dat u stelt dat wij andere standaarden zouden hebben dan andere Europese landen? Klopt dat of klopt dat niet? U stelde dat niet, maar iemand van uw regering deed dat wel. Kan u die uitspraak wetenschappelijk staven? Gaat het om andere vaccins? Gaat het om een andere manier van toediening? Zijn wij dan zoveel beter bezig dan de andere Europese lidstaten?

Mijnheer de voorzitter, ik heb nog een allerlaatste punt. Professor Ramaekers heeft naar de zesde dosis verwezen. Is het gebruik ervan al goedgekeurd door het EMA?

01.07 Barbara Creemers (Ecolo-Groen): Mijnheer de voorzitter, ik dank de experts voor hun heel grondige toelichting bij wat is veranderd en bij de manier waarop wij de vaccinaties zullen aanpakken.

Ik heb wel nog een aantal bijkomende vragen.

Ten eerste, wij vrezen allemaal, maar hopen dat dit niet zal gebeuren, dat er een derde golf komt. Wij zien dat in het Verenigd Koninkrijk gebeuren. Is daarmee rekening gehouden? In voorkomend geval hebben wij heel veel zorgpersoneel nodig, om de zieke patiënten te verzorgen. Kunnen wij die zorg aanhouden, indien de derde golf zou komen?

Ten tweede, u verklaart dat alles wat traag is gestart, omdat wij afhankelijk waren van de goedkeuring door het EMA en van de leveringen. Dat geldt echter ook voor de andere Europese landen. Hoe reageert u op de kritiek dat het bij ons te traag gaat?

Ten derde, jullie merken op dat, wanneer wij massaal zullen vaccineren, voor mogelijke bijwerkingen 15 tot 20 minuten in toezicht wordt voorzien. Het CDC oordeelt dat daarvoor 30 minuten nodig zijn. Is het voor jullie haalbaar het tempo aan te houden en dat toezicht op te trekken naar 30 minuten en ook daarna nog?

Er heersen al allerlei theorieën over mogelijke bijwerkingen. Ik ga ervan uit dat ze allemaal goed worden onderzocht. Wie is echter het aanspreekpunt daarna? Gaat dat naar de huisarts? Zijn zij daarop voorbereid? Worden de mogelijke bijwerkingen achteraf ook geregistreerd in het kader van langdurige studies?

Ten vierde, jullie gaan ervan uit dat zeven op zeven dagen zal worden gevaccineerd, wanneer wij naar de fase van massale vaccinatie gaan. Moeten mensen heel concreet naar het vaccinatiecentrum gaan op het

moment waarop zij worden uitgenodigd? Hoe zit dat met het werk van de mensen? Gaan de vaccinaties 's nachts door? Is daarover al nagedacht? Indien wij de cijfers willen halen, zullen wij immers echt wel een hoog tempo moeten aanhouden.

Wij zullen ook heel veel handen nodig hebben. Werd er al nagedacht over wie allemaal kan en mag vaccineren? Hoe zit het met de apothekers en met de vaccinatoren, waarvan een lichte zal opgeleid zijn tegen eind april 2021 en een andere lichte tegen eind juni 2021? Worden zij mee ingezet? Werd daar al over nagedacht?

De vaccinatiedorpen zouden operationeel moeten zijn tegen eind maart 2021. Ik hoor uit Duitsland dat een dergelijk dorp zeker acht à negen weken opbouwtijd nodig heeft. Zijn er echt retroplanningen gemaakt? Indien ik immers acht à negen weken terugtel vanaf eind maart 2021, moeten wij nu echt wel beginnen. Ik merk uw optimisme, dat ik deel. Ik hoop echter dat er retroplanningen zijn over wanneer de eerste opbouw moet beginnen.

Mevrouw Depoorter verwees ook al naar de vijf dosissen. In de Verenigde Staten worden blijkbaar zeven dosissen gehaald. Is het haalbaar, om dat ook hier te doen en te vergunnen?

Ten slotte, wat gebeurt er met de kwetsbare doelgroepen? Wat gebeurt er met de mensen zonder rijksregisternummer? Wat met asielaanvragers? Waar zitten zij in de vaccinatiestrategie? Wij hebben van Dokters van de Wereld gehoord dat het heel moeilijk was om die mensen te laten testen in de eerste golf omdat zij eenvoudigweg geen rijksregisternummer hebben. Waar bevinden zij zich in de teststrategie? Wordt voldoende rekening gehouden met de mensen voor wie een en ander niet erg vanzelfsprekend is?

Mijnheer de voorzitter, ik hoop dat ik binnen de tijd ben gebleven. Ik zie de klok immers niet van hieruit.

De **voorzitter**: Mevrouw Creemers, u hebt de spreektijd met twintig seconden overschreden, wat aanvaardbaar is.

01.08 **Hervé Rigot** (PS): Monsieur le président, avant tout, j'ai envie de dire que cela valait vraiment la peine d'attendre ce vendredi pour bénéficier de cette présentation, qui apporte beaucoup d'éclaircissements dans un débat. Celui-ci, et c'est bien normal, est fort passionné et fort passionnel depuis de nombreuses semaines. En effet, il touche au bien-être de chacun. Il est passionné et passionnel chez les politiques et dans la société, parce que nous sommes épuisés, parce que nous avons envie de revivre, et que nous avons aussi besoin d'une relance économique et de nouveaux espoirs.

Aujourd'hui, je salue cet exposé qui démontre l'intérêt et l'importance d'avoir une *task force* qui coordonne les actions des différentes entités. Nous avons un pilote. Au regard de ce que je viens de voir, celui-ci semble maîtriser la situation. Il le dit aussi: il faudra être capables de s'adapter et d'être flexibles, au regard de nos nouvelles expériences et des évolutions de la situation.

Je tiens à dire que nous avons également besoin d'avoir aujourd'hui ces informations importantes sur le phasage notamment.

Concernant le phasage, nous sommes dans une phase 1, qui comporte des priorités. Celles-ci sont liées à la vulnérabilité, comme nous l'avons évoqué. Une stratégie est mise en oeuvre. Cette phase 1 va pouvoir s'accélérer grâce au nouveau vaccin.

Vous avez aussi évoqué la possibilité de commencer plus rapidement la vaccination du personnel soignant. Celle-ci est essentielle. On ne peut pas demander à notre personnel soignant d'être au front sans protection. Vous avez évoqué le fait que cela aurait lieu plus tôt. Combien de temps va durer cette vaccination, pour que tout le personnel soignant soit protégé? Avez-vous envisagé un phasage au niveau du personnel soignant, selon l'âge et les éventuelles vulnérabilités de ses membres? Certains sont peut-être plus exposés que d'autres.

Au niveau de la phase 1B, le défi est constitué par les centres de vaccination. Je sais que la question est liée aux entités fédérées. Il importe évidemment que ces centres connaissent une répartition géographique garantie et que tous y aient accès. Comment allez-vous organiser concrètement cela, pour que cette représentativité soit présente? Vous parlez de 200 centres au début. Envisagez-vous de créer aussi des centres tampons, c'est-à-dire une capacité de réserve, au cas où les paramètres nous permettraient d'aller

plus vite? Cela pourrait être le cas, par exemple, si nous recevions plus de vaccins. Plus on vaccine vite, plus on retrouve vite une vie normale et mieux nous sommes tous protégés.

On voit que certains vaccins sont plus faciles à administrer que d'autres. Envisagez-vous une répartition entre les centres de vaccination qui tiennent compte de la facilité d'administration et du maintien du vaccin dans de bonnes conditions, notamment la réfrigération de doses?

Le **président**: Monsieur Rigot, votre temps est écoulé.

01.09 Hervé Rigot (PS): Monsieur le président, pour une fois que je suis plus long, vous ne m'en voudrez pas!

Je dirai simplement pour terminer que l'espoir pour les jeunes est bien présent.

Enfin, dernières questions, des problèmes ont-ils été soulevés depuis la mise en oeuvre de la vaccination, c'est-à-dire depuis le 5 janvier, au niveau logistique? Si oui, quelles mesures ont-elles été prises pour corriger ces problèmes de lancement, qui peuvent avoir lieu, comme chez tout le monde, au démarrage? J'imagine qu'il y en a eu. Quelles solutions ont-elles été apportées?

Je reviendrai au deuxième tour. Merci pour votre attention.

01.10 Steven Creyelman (VB): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, ik heb nog enkele vragen.

Mijn eerste vraag gaat over de vaccinatie van expats. Zal de vaccinatie ook aan expats worden aangeboden, en bij uitbreiding aan landgenoten die al dan niet tijdelijk in het buitenland verblijven? Indien ja, hoe zal dat in de praktijk verlopen? Zal dat bijvoorbeeld via de ambassade in het land in kwestie gebeuren of dienen de expats daarvoor naar ons land terug te keren? Zult u daaraan voorwaarden verbinden? Zal het vaccin ook aan hen gratis worden aangeboden?

Mijn ingediende vraag nr. 55011899 stelde ik eigenlijk gisteren tijdens het vragenuurtje in de plenaire vergadering al aan u en aan de premier, maar geen van u beiden kon of wilde antwoorden. Deze vraag gaat over de potentieel door Frankrijk uitgeoefende druk om minder vaccins te bestellen bij BioNTech, om de Franse belangen te vrijwaren. Uit uw inleiding heb ik begrepen dat er alsnog een bijkomende bestelling geplaatst zal worden bij BioNTech. Kunt u dat onfris verhaal, vorig jaar door *Der Spiegel* uitgebracht, nog toelichten? Ik ben daar namelijk echt heel benieuwd naar.

Mijn derde vraag gaat over het geval van Tristan, over wie het verhaal de ronde vooral via sociale media doet. Tristan is een prille twintiger met een spierziekte en daarbovenop nog een longziekte. Door die longziekte wordt hij de facto tot een ziekenhuisopname veroordeeld wanneer hij wordt getroffen door een voor de meesten onder ons banale infectie aan de luchtwegen. Een besmetting met COVID-19, een coronabesmetting, zou voor hem desastreus zijn, dat hoef ik waarschijnlijk niet uit te leggen. Ik meende dat het de bedoeling was om de meest kwetsbare groepen eerst te vaccineren, althans volgens wat ik de gezondheidsadviseur van de premier op sociale media zag verklaren. Ook uit alle betogen in deze commissie voor Gezondheid heb ik dat menen te mogen verstaan. Misschien begrijp ik de vaccinatiestrategie niet al te goed of heb ik iets gemist. Kunt u mij uitleggen of, en zo ja waarom, Tristan en vele andere longpatiënten, bijvoorbeeld mensen met muco, gevaccineerd zal worden in dezelfde batch als kerngezonde twintigers? De kwetsbaarheid van Tristan heeft, mijns inziens, niets te maken met zijn leeftijd. Zijn kwetsbaarheid, en die van zijn lotgenoten, heeft alles te maken met hun ziekte.

Mijnheer de voorzitter, ik zie dat ik nog een kleine halve minuut over heb, dus ik ben binnen de toegemeten spreektijd gebleven.

De **voorzitter**: Inderdaad, dat klopt.

01.11 Daniel Bacquelaine (MR): Monsieur le président, je tiens, tout d'abord, à remercier les représentants de la *task force* et le ministre pour les explications et les informations très intéressantes qu'ils ont données.

Je me réjouis que les soignants puissent être vaccinés plus tôt que prévu, ce pour deux raisons. La première est d'ordre éthique. En effet, quand on envoie des personnes au combat ou sur le front, il est normal qu'elles puissent bénéficier de la meilleure protection possible. La deuxième est d'ordre plus utilitariste. Il est

nécessaire, si on doit faire face à une troisième vague ou à une dégradation de la situation résultant, par exemple, de la mutation du virus, d'avoir une capacité très forte au sein de nos hôpitaux ainsi qu'en première ligne. Il faut que l'ensemble du personnel soignant soit disponible. Vacciner les soignants le plus rapidement possible est, par conséquent, essentiel, à mes yeux.

J'en arrive ainsi à la question des lieux de vaccination. Si on veut réussir cette campagne de vaccination, le taux d'adhésion de même que la confiance doivent être importants. Selon moi, la proximité est essentielle pour avoir l'adhésion de la population et installer un climat de confiance. Il faut donc éviter d'avoir des centres de vaccination complètement déshumanisés et veiller à intégrer les généralistes ainsi que les bourgmestres et les pouvoirs locaux dans la détermination des lieux de vaccination afin que les gens puissent être vaccinés à proximité de chez eux et en communication avec leur médecin traitant qui peut les aider à franchir le pas et à se faire vacciner.

J'insiste sur le fait que la vaccination est un acte médical et que, ce faisant, les médecins généralistes doivent être plus impliqués, notamment en termes d'information. Aujourd'hui, ils reçoivent beaucoup de questions de la part de leurs patients auxquelles ils ont parfois du mal à répondre. Il faut vraiment les impliquer d'urgence en concertation avec les entités fédérées, bien entendu.

Je voudrais maintenant aborder la question des personnes à risque qui ont entre 45 et 60 ans. Pour déterminer les comorbidités, il faut respecter le secret médical et veiller au respect de la vie privée. Il faudra donc être très attentif à la façon de procéder pour ces personnes. J'entends parfois qu'on va croiser des banques de données. Le système orwellien me fait un peu peur. Il faut être très clair en matière de protection de la vie privée de chacun.

Je terminerai mon intervention en indiquant que si on veut avoir un taux d'immunisation collective, il faut atteindre 70 % de vaccination. Si on décompte les enfants qui ne sont pas concernés par cette campagne de vaccination, plus ou moins 6 millions de personnes doivent être vaccinées dans notre pays. En la matière, il y a, selon moi, un décalage entre les chiffres cités et l'atteinte, le plus rapidement possible, de l'immunisation collective. Je souhaiterais donc que l'on m'apporte des éclaircissements à ce sujet.

01.12 Nawal Farih (CD&V): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, geachte professoren, ik denk dat wij heel wat positieve dingen hebben gehoord. Het is goed dat er licht aan het einde van de tunnel is voor de jongeren, dat is echt wel een stap vooruit. Ik heb ook gehoord dat er echt wordt gelet op de locatie van de vaccinantiecentra, wat heel belangrijk is, aangezien de meest kwetsbare populatie het openbaar vervoer nodig heeft en wij er zeker van moeten zijn dat alle mensen ter plekke geraken.

Ik heb nog enkele vragen.

Vandaag is er zekerheid over de wekelijkse vaccinatielevering van 80.000 dosissen. Ik vraag mij af hoe het tempo kan worden volgehouden als we niet genoeg handen hebben om vaccinaties toe te dienen. Een tijdje geleden hebben wij een wet goedgekeurd om ervoor te zorgen dat er voldoende handen zouden zijn. Ik werd erover geïnformeerd dat 750 apothekers tegen april opgeleid zijn en dat een tweede groep van 750 apothekers in juni de opleiding afrondt, waardoor 1.500 mensen extra kunnen worden ingezet in onze vaccinatiestrategie. Wordt daarnaar gekeken? Wat zijn uw inzichten daarover?

Mijn tweede vraag gaat over de eerste vaccinatiefase en het gegeven dat kwetsbare mensen voorrang krijgen. Ik volg volledig de visie dat wij de ouderen moeten beschermen en solidariteit moeten tonen. Vandaag richten wij ons daartoe vooral op woon-zorgcentra. Ik vraag mij af hoe het zit met andere instellingen, waarbij ik denk aan psychiatrische centra of collectieve samenwoonorganisaties. Worden zulke instellingen ook meegenomen in de eerste fase, of komen zij pas in de tweede fase aan bod? Mensen die aan een mentale aandoening lijden, zie ik persoonlijk namelijk ook als kwetsbare populatie, vandaar de vraag.

Tot slot, de vaccinatie kunnen we niet verplichten, maar op de quarantaineregels kunnen we wel controle uitvoeren ter handhaving indien nodig. Hoe zal de bevolking precies worden opgeroepen? Hoe wordt ervoor gezorgd dat de tweede injectie binnen de vier weken wordt toegediend? Kunt u meer toelichting geven bij die organisatie, zodat wij daarover geruststelling krijgen?

Geachte professoren, ik dank u in elk geval voor uw werk en voor de toelichting die u vandaag gegeven hebt.

01.13 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Monsieur le président, monsieur le ministre, messieurs, merci beaucoup pour les explications.

Tout d'abord, il y a un point que je n'ai pas bien saisi dans la présentation. Vous avez dit que vous alliez nous présenter aujourd'hui un plan de vaccination accélérée. Or, les diapositives que vous avez montrées sont en grande partie les mêmes que celles que nous avons vues avec la *task force* le 1^{er} décembre, concernant les phases. Pourriez-vous être plus clairs? En début de semaine, nous avons constaté – et nous le constatons encore ce jour – que nous figurons parmi les taux les plus bas d'injection de la première dose, par rapport au nombre d'habitants.

Vous nous avez montré un plan par phases, mais un petit astérisque spécifiait "sous confirmation des livraisons". C'est peut-être difficile à confirmer tant que l'autorisation n'a pas été donnée, mais en ce qui concerne Pfizer en tout cas, avons-nous aujourd'hui toutes les garanties? Ne pouvons-nous pas aller vers une accélération et vacciner davantage de gens plus rapidement avec les doses que nous sommes assurés de recevoir? Je sens quand même un certain conservatisme dans les explications.

J'ai eu au téléphone des médecins qui ont procédé à l'administration du vaccin dans les maisons de repos cette semaine. Il semble qu'il est très facile d'avoir six doses au lieu de cinq dans le flacon. On pourrait même aller jusqu'à sept doses. Quand je calcule, cela signifie que nous aurions pu vacciner 4 300 personnes en plus des 23 000 doses administrées cette semaine.

Par ailleurs, il y a un élément que je ne comprends pas. Vous avez dit: "Nous avons été prudents, nous avons voulu bien tester." Mais au moment des tests, n'avez-vous pas constaté qu'on pouvait tirer facilement six doses au lieu de cinq dans le flacon de Pfizer? Les recommandations ont-elles adaptées? Pourquoi ne l'ont-elles pas été? À ma connaissance, des doses supplémentaires ont été jetées, par exemple au niveau de la médecine du travail. D'autres médecins ont pris l'initiative d'administrer ces doses supplémentaires. À partir de demain, allons-nous vacciner en tirant six doses au lieu de cinq?

Il en est de même quant à la possibilité de postposer la vaccination des personnes qui ont des taux d'anticorps assez élevés. On nous avance que logistiquement, c'est difficile. Or, proposer aujourd'hui aux personnes qui ont été atteintes par le covid de faire une prise de sang rapidement pour vérifier leur taux d'anticorps, n'est pourtant pas si compliqué. Pourquoi ne pas explorer ces pistes plus en profondeur?

Quant au délai de 42 jours, si aujourd'hui, la notice de Pfizer prévoit déjà qu'on pourrait avoir ce délai entre les deux doses, pourquoi ne le faisons-nous pas? Je n'ai pas eu de réponse à cette question, à part le fait que nous ne le faisons pas. Là aussi, je reste un peu sur ma faim.

Pour terminer, vous avez montré quelques photos de centres de vaccination. Mais, en Allemagne, ils sont déjà construits.

Nous savons qu'il y a énormément de personnes à risque. Je pense par exemple aux personnes de plus de 75 ans vivant à domicile, qui devraient quand même pouvoir être vaccinées rapidement.

Le président: Madame Merckx, veuillez conclure.

01.14 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Comment allons-nous déterminer les groupes à risque? Tout cela reste très vague.

N'est-il pas risqué de réaliser les tests et la vaccination dans les mêmes centres? La troisième vague est là.

Le vaccin est-il efficace contre la nouvelle variante? Je n'ai pas eu d'explications à ce sujet-là non plus. Je vais m'en tenir à cela. J'avais encore d'autres questions.

Le président: Je suis désolé, mais le temps est limité.

01.15 **Robby De Caluwé** (Open Vld): Mijnheer de minister, geachte leden van de taskforce, ik dank u voor de heel uitgebreide toelichting.

Deze week is gestart met de vaccinatie van ouderen in woonzorgcentrum met het vaccin van Pfizer-

BioNTech. Bij dat vaccin moet tweemaal een dosis worden toegediend.

De afgelopen week hebben we twee verschillende boodschappen gekregen mbt de vaccinatiestrategie. Op 26 december werd ons meegedeeld dat 65-plussers en mensen met onderliggende aandoeningen pas vanaf mei zouden worden gevaccineerd.

Op 27 december lanceerde Pierre Van Damme een andere piste naar voor, een piste die ondertussen wordt ondersteund door andere wetenschappers. Uit angst voor de veel besmettelijkere variant van COVID-19 die werd gedetecteerd in het Verenigd Koninkrijk stellen zij voor slechts één dosis toe te dienen van het Pfizer BioNTech-vaccin om zo sneller meer mensen te kunnen vaccineren. De tweede dosis zou dan niet na 3 weken maar veel later kunnen worden toegediend. Op die manier ontstaat er sneller een grotere dekkingsgraad en hoopt men het virus minder vrij spel te geven.

U hebt opdracht gegeven aan de werkgroep vaccinatiestrategie COVID-19 onder leiding van Herman Goossens om duidelijkheid te geven over de gevolgen van het slechts toedienen van één dosis van het Pfizer-BioNTech-vaccin en aan het FAGG om de juridische gevolgen van het toedienen van slechts één vaccin.

Graag vernam ik van de minister :

1.Hoe dringend is het dat we grote groepen van mensen vaccineren gelet op de hogere besmettingsgraad van de COVID-19-variant die werd vastgesteld in het Verenigd Koninkrijk ?

2.Deze week zijn we gestart met de vaccinatie met het eerste vaccin van Pfizer BioNTech. Dat betekent dat we eigenlijk vrij snel moeten beslissen of we ook het tweede dosis toedienen aan de groep die het eerste vaccin heeft gekregen. Wanneer zal u beslissen om al dan niet te gaan voor één dosis teneinde meer mensen te kunnen vaccineren ?

3.Hebben we zicht op hoe snel de andere vaccins zouden kunnen komen naar ons land ?

4.De meeste vaccins waarop wij ingetekend hebben -behalve dat van Johnson & Johnson bestaan uit twee dosissen. Wordt ook bestudeerd of we voor deze andere vaccins ook zouden kunnen starten met de toediening van één dosis en de toediening van de andere dosis kunnen uitstellen ?

5.Indien we zouden volstaan met één dosis van het vaccin, dan betekent dat dat we ook de hele organisatie van de vaccinatiestrategie moeten aanpassen om sneller veel meer mensen te kunnen vaccineren. Hoe snel kan die organisatie worden aangepast ?

Belgen die werken in België maar wonen in Nederland zullen blijkbaar niet door hun woonland -Nederland dus- gevaccineerd worden, maar ook in België zouden ze uit de boot vallen. Bij grensarbeiders is daar veel onduidelijkheid en bezorgdheid over.

Graag vernam ik van de minister :

1.Wat is op vlak van vaccinatie de regeling voor grensarbeiders ? Is het woonland dan wel het werkland verantwoordelijk voor de vaccinatie ?

2.Zijn daar afspraken over met de buurlanden ? Zo niet, is het niet wenselijk om daar afspraken over te maken zodat duidelijk is wie wie vaccineert ?

Mijn laatste vraag is eigenlijk vergelijkbaar met een eerder gestelde vraag over expats, ze gaat over de problematiek van de grensarbeiders.

Ik woon zelf dicht bij de Nederlandse grens. Er zijn nogal wat Belgen die in Nederland wonen, maar in België werken. Zij hebben blijkbaar in Nederland de boodschap gekregen dat zij daar niet in aanmerking komen voor een vaccin, omdat zij niet onder de Nederlandse ziekteverzekering vallen. Zij stelden mij de vraag wat dat voor hen betekent: komen zij als Belgische werknemer of Belgische verzekerde in aanmerking voor een vaccin?

Er is uiteraard heel veel te doen geweest over de vaccinatiestrategie in de afgelopen dagen. Dat hebt u zelf ook gemerkt en dat is ook logisch: iedereen die wil gevaccineerd worden, kijkt echt wel uit naar dat vaccin, omdat men hoopt om op die manier heel snel het normale leven te kunnen hervatten. Dat maakt natuurlijk ook dat heel veel mensen zich de bedenking maken of de gekozen strategie en prioriteiten wel de juiste zijn.

Ik denk dat het logische keuzes zijn en sta daar zeker en vast achter, maar het enige waar ik mij bij aansluit, is de bezorgdheid van de risicopatiënten jonger dan 45 jaar. Daarnet werd Tristan vernoemd, toevallig iemand die ik persoonlijk ken en die ik nog niet zo heel lang geleden aan de lijn heb gehad. Dat is iemand die heel levenslustig is en die ook heel graag onder de mensen komt, maar die zich ook in andere, niet-covidperiodes een beetje moet inhouden en voorzichtig moet zijn. Hij voelt zich op dit moment natuurlijk wel dubbel getroffen door wat er momenteel aan de hand is. Hij stelt heel veel hoop op het vaccin, maar de berichten die hij heeft gekregen dat de -45-jarigen pas in een latere fase, met de rest van de bevolking, in aanmerking zouden komen, baren hem wel zorgen. Ik heb u daar een paar weken geleden al vragen over

gesteld en u had mij toen aangegeven, mijnheer de minister, dat u dat zeker zou bekijken, dus ik blijf daar wel hoopvol over.

Een ander aspect rond de vaccinatie is het nieuws dat wij een versnelling hoger kunnen schakelen. Dat is heel goed nieuws en is ook te danken aan de inspanningen die vanuit Vlaanderen gebeurd zijn om ervoor te zorgen dat de vaccinaties sneller kunnen gebeuren in de vaccinatiecentra die men wil opstarten. Ook het bericht vanuit Pfizer dat wij sneller kunnen handelen, is zeker en vast goed nieuws.

Ik vroeg mij ook af of er voldoende vaccinatoren zijn. Over de leveringen ben ik gerust, maar ik hoop dat er ook voldoende personeelsondersteuning is om de vaccinaties tot een goed einde te kunnen brengen.

Kunt u verduidelijken wat de eventuele risico's zijn bij zes vaccins halen uit één ampul in plaats van de aanbevolen vijf? Ook daar is wel wat over te doen geweest. Ook de discussie over het al dan niet uitstellen van een tweede dosis woedt. Sommige landen stellen die tweede dosis uit. Pfizer heeft heel duidelijk aangegeven dat zij bij uitstel niet verantwoordelijk zouden kunnen worden gesteld. Als er toch wetenschappelijke evidentie zou zijn dat een enkele dosis toch zou kunnen, wat zou dat dan betekenen voor de verantwoordelijkheid van Pfizer?

01.16 Karin Jiroflée (sp.a): Mijnheer de minister, heren professoren, hartelijke dank voor het harde werk, maar vooral voor de heel positieve en duidelijke uiteenzetting. De meeste van mijn vragen zijn beantwoord.

Iemand zei dat we naar een vaccinatietempo gaan van 7 dagen op 7. Recent zei de administrateur-generaal van het Vlaams agentschap Zorg en Gezondheid dat dat bijzonder moeilijk zou worden. Hij pleitte voor vaccinatie tijdens de kantooruren. Op welke manier gaan we nu juist verder?

Kunt u bevestigen dat er ongeveer 200 vaccinatiecentra in België zullen komen, waarvan 120 in Vlaanderen?

Daarna wilde ik ongeveer dezelfde vraag stellen als de heer De Caluwé daarnet. Zullen de expats van buiten Europa op hun ambassades gevaccineerd worden? Worden daar contacten gelegd? Op welke manier zal dit lopen? Moeten zij terugkomen voor de vaccinatie?

Daarstraks kreeg ik nog het bericht dat de apothekers twee keer 750 mensen zullen opleiden om mee te vaccineren. Met welke groepen zullen we op die manier nog in zee gaan?

Hopelijk komt er geen derde golf, maar als dat toch gebeurt, valt dit dan te rijmen met deze timing? Wat gebeurt er dan?

01.17 Catherine Fonck (cdH): Monsieur le président, je remercie les membres de la *task force* pour leurs différentes interventions et les éléments scientifiques fournis.

Monsieur le ministre, on a enfin l'engagement que chacun pourra être vacciné pour l'été, à l'image des annonces déjà faites et des engagements déjà pris par les autres pays! C'est juste une évidence.

Je ferai tout d'abord un point sur la logistique et l'opérationnel qui feront également la réussite de la vaccination. Je m'étonne de ce que les différents gouvernements n'aient pas encore clairement planifié toute la logistique. J'entends qu'il y a encore des simulations sur les centres de vaccination, alors que cela fait des mois qu'on parle des vaccins.

Il faudra un plan précis, chiffré, y compris sur le volet des ressources humaines car on a besoin de suffisamment de vaccinateurs. Je pense d'ailleurs que de nombreux médecins et infirmiers sont prêts à aller en renfort sur le terrain, notamment le week-end. J'espère que cette question sera réglée rapidement. Vous prévoyez des centres de vaccination. N'est-il pas également important d'avoir des équipes mobiles, notamment pour les personnes en difficulté.

Notre objectif doit être d'augmenter l'immunité collective le plus rapidement possible. Pour cela, il est vital d'accélérer la vaccination. Quand on a peu de doses, il est crucial de pouvoir utiliser chaque dose de la manière la plus efficiente possible.

Depuis quelques jours, je fais une série de propositions sur lesquelles je souhaiterais revenir. Je ne peux

toujours pas comprendre pourquoi on continue à stocker des dizaines de milliers de doses dans des congélateurs. Cette semaine, seules 22 000 doses ont été injectées, alors que 83 000 doses sont arrivées. Pourquoi ne peut-on pas les utiliser rapidement pour les soignants? Pourquoi d'ailleurs ne pas commencer la vaccination des soignants, qui sont très à risque, à partir des hôpitaux?

Hier, je me suis rendue en maison de repos comme médecin bénévole pour aider et appuyer la campagne de vaccination. Je me suis tout de suite aperçue qu'on avait au moins six doses par flacon, voire une septième dose pour certains flacons. Les protocoles ne prévoient que cinq doses. Je demande dès lors aux gouvernements de changer les protocoles en urgence. On doit permettre dès demain d'utiliser les six doses du vaccin. Le compte est très clair. Ces deux dernières semaines, on a malheureusement jeté plus de 4 000 doses qui auraient pu être injectées. Et pas à l'aide d'une seringue magique. C'est une seringue qu'on utilise depuis la nuit des temps et qui est évidemment adaptée à la quantité à prélever. Il s'agit d'une seringue à tuberculine. On présente cela comme une seringue magique. Or, monsieur le ministre, cela fait des dizaines d'années que cette seringue existe. On ne prend pas un seau pour trois gouttes. On prend une toute petite seringue adaptée quand on doit injecter 0,3 ml.

Quant au fait de tenir compte de l'immunité déjà acquise, on dispose des données de novembre des donneurs de sang. On sait qu'en maison de repos, ce taux d'immunité est très important. Oui, c'est un défi logistique mais la Belgique en est capable et cela nous permettrait d'atteindre l'immunité collective beaucoup plus rapidement. Une nouvelle étude qui est sortie hier montre que les anticorps acquis protègent pendant au moins huit mois.

Cela ne veut pas dire qu'on ne vaccinera pas ces personnes, mais qu'elles le seront dans un deuxième temps.

Je voudrais également vous réentendre au sujet de la deuxième dose qu'on pourrait postposer à 42 jours, permettant ainsi d'accélérer la vaccination. L'Agence française du médicament a rendu un rapport hier qui apporte des éléments complémentaires.

Accélérer la vaccination permet aussi de vacciner plus rapidement les soignants à risque. Cela avait été prévu. Cela avait été dit. Aujourd'hui, ils se sentent mis de côté. On peut très bien procéder à leur vaccination parallèlement aux vaccinations dans les maisons de repos. Je vous demande donc, monsieur le ministre, de vous pencher sur la question.

Enfin, vous avez décidé de commander des doses de vaccin supplémentaires. Tant mieux si on peut en obtenir. Mais pourquoi n'envisage-t-on pas d'augmenter notre capacité de production en Belgique, en permettant une extension au niveau de l'usine de Pfizer à Puurs ou en travaillant en collaboration avec un autre site pharmaceutique?

Le président: Madame Fonck, je vous demande de bien vouloir conclure.

01.18 Catherine Fonck (cdH): Monsieur le président, je termine. Je voudrais simplement rappeler que nous avons des sites pharmaceutiques extrêmement pertinents et forts en Belgique. Il s'agit d'une piste qui n'a pas été explorée et qui pourrait l'être.

Enfin, monsieur le ministre, je vous demande de faire preuve de transparence et de permettre l'accès public à toutes les données. Je pense ici au nombre de doses reçues et au nombre de doses injectées. Évitions l'opacité qui a été de mise au début de la crise avec les tests et faisons preuve de transparence. Cela me semble logique et important.

01.19 Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le président, monsieur le ministre, messieurs, je tiens tout d'abord à vous remercier pour votre exposé très éclairant et finalement porteur d'espoir. Nous en avons vraiment besoin après tous ces mois de crise.

Je vous remercie également d'avoir insisté sur la bonne collaboration avec les entités fédérées. On sait à quel point cette bonne collaboration est importante puisque des compétences relèvent du fédéral et d'autres des entités fédérées.

En tant que députés contrôlant l'action du gouvernement, mais aussi pour la population, il était important d'y voir plus clair car encore énormément de questions se posaient.

En ce qui concerne les groupes prioritaires, on sait maintenant que le personnel soignant va pouvoir être vacciné entre la fin janvier et la mi-février. En la matière, les choses ne sont pas très claires puisque j'entends qu'on va devoir attendre la fin de la vaccination dans les maisons de repos et de soins, mais que la vaccination du personnel soignant pourrait commencer fin janvier. Je souhaiterais donc avoir des précisions à ce sujet.

Vous avez fait le choix de suivre l'avis du Comité consultatif de bioéthique suivant lequel il fallait commencer par vacciner dans les maisons de repos. Il n'en reste pas moins que des avis allaient dans un autre sens et entendaient donner la priorité au personnel soignant. Je pense ici en l'occurrence au Conseil supérieur de la Santé et à l'OMS. Comment avez-vous choisi entre ces différents avis? Je comprends la raison éthique. Mais, monsieur le ministre, en séance plénière, vous avez justifié ce choix en invoquant des raisons logistiques. Or, sur la RTBF, M. Englert a expliqué mercredi qu'en aucun cas, ce choix ne pouvait se justifier autrement que par une raison éthique.

J'aimerais donc obtenir des clarifications à ce sujet. Je pense qu'il est impossible de faire un choix entre le personnel soignant, qu'il travaille dans les maisons de repos ou dans les hôpitaux, et les résidents des maisons de repos.

Il faudra effectivement procéder à un ordre des priorités parmi le personnel soignant. On compte près de 560 000 soignants dans notre pays. La France, par exemple, a fait le choix de vacciner en premier lieu les soignants de plus de 50 ans. Une réflexion est-elle menée en Belgique à ce sujet?

Je me fais la même réflexion pour les fonctions dites économiquement et socialement essentielles. Là aussi, nous sommes face à une très large catégorie de la population. Des arbitrages devront être faits, qu'on le veuille ou non. Une réflexion est-elle là aussi menée au sein de la *task force*?

J'ai beaucoup de questions concernant la logistique. Pouvez-vous nous en dire davantage sur les pénuries de flacons, de seringues et de glace sèche qui existent potentiellement? On sait que les entreprises compétentes en la matière sont extrêmement sollicitées, tant par notre pays que par d'autres États.

En ce qui concerne les centres de vaccination, je suis rassurée de constater qu'une vraie réflexion a eu lieu. Mais il faut être de bon compte et constater que la mise en place de ces centres se fait au compte-gouttes. J'entends que c'est notamment pour répondre à un besoin d'équilibre. En effet il faut procéder à des vaccinations à grande échelle, mais en même temps veiller au respect de la distance physique dans ces centres. S'inspire-t-on par exemple de l'Allemagne, où ces centres existent depuis plus d'un mois maintenant?

Qui va vacciner? Effectivement, suite à votre fameuse loi portant délégation d'actes infirmiers à du personnel non infirmier, vous avez adopté un arrêté royal qui permet à des personnes qui ne sont ni infirmiers ou infirmières, ni médecins de le faire. Mais quelle est la position des médecins à ce sujet? On se souvient qu'en 2016, par exemple, les médecins étaient réticents quant au fait de faire vacciner des infirmiers en l'absence de médecins. Je pense que l'opinion des médecins est importante à ce sujet.

Si je dois choisir un sujet pour clôturer, monsieur le président, je me dois, à l'instar de mes collègues, d'insister sur la transparence.

Le président: Il vous faut effectivement clôturer.

01.20 Sophie Rohonyi (DéFI): Aujourd'hui, il n'y a aucune donnée sur le site de Sciensano quant aux personnes qui auraient été vaccinées, au nombre de doses distribuées, à la répartition géographique entre Régions. Il est important d'instaurer une justice vaccinale entre Régions. S'il vous plaît, veillez à la transparence à ce sujet. C'est notamment cela qui permettra à la population d'adhérer à la vaccination et donc de collaborer au fameux taux de vaccination de 70 %.

Le président: Tous les groupes ont parlé. Si des membres présents souhaitent encore prendre la parole, ils peuvent le faire brièvement maintenant.

01.21 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de voorzitter, ik dank de sprekers.

Ik heb nog een aantal specifieke vragen.

We streven naar een vaccinatiegraad van 70 %. Wat wil dat precies zeggen? Is dat 70 % van de 18-plussers of 70 % van de hele bevolking? In de vaccinatiestrategie heeft men het niet over de -18-jarigen. Wat houdt dat in als we die 70 % hebben bereikt? Kan de samenleving dan weer volledig open?

Wat doen we met het overschot aan vaccins? Ik veronderstel immers dat als de leveringen allemaal gebeuren zoals gepland en verwacht, wij met overschotten zullen zitten. Zullen we dan toch nog kijken naar de -18-jarigen als de studies daarover beschikbaar zijn?

Wat betreft de comorbiditeit, er wordt gesproken over de 45-plussers. Wat met de jongeren met comorbiditeit? Over welke aandoeningen gaat het precies? De WHO zegt immers dat het van de regio's afhangt welke aandoeningen in die lijst worden opgenomen. Hoe zullen we die mensen opsporen en bereiken?

Ten slotte, de evenementensector staat te popelen om bij te springen bij het organiseren van de massale vaccinaties. Wordt die sector daarover al aangesproken?

01.22 Dominiek Sneppe (VB): Mijnheer de voorzitter, ik dank de hier aanwezige professoren voor de heel interessante en duidelijke uitleg. Zoals de collega's al zeiden, was het nodig om zo duidelijk te worden geïnformeerd.

Ik heb nog een aantal vragen.

Er wordt steeds geschermd met de EU en met het feit dat de groepsaankoop zo fantastisch goed is verlopen, maar toch blijken er serieuze barsten te zitten in dit sprookje. Mijn collega Creyelman heeft er daarnet al naar verwezen.

De minister zei in een vorige commissie dat de vaccins proportioneel zouden worden verdeeld over de lidstaten. Is dat wel zo? Komen ze overal even snel toe? We zien bijvoorbeeld dat in Denemarken al bijna 46.000 personen waren gevaccineerd vóór 4 januari, terwijl wij nog aan het wachten waren op de vaccins. We hebben onze eieren allemaal in de EU-mand gelegd, maar hoe komen die vaccins tot bij ons? Gebeurt dat in heel Europa op hetzelfde moment?

Wat betreft de extra vaccins, Duitsland heeft een extra bestelling geplaatst. Doen wij dat ook?

Er zijn nu twee goedgekeurde vaccins, waarvan wij hopen dat zij effectief zullen zijn, maar, als blijkt dat een van de volgende vaccins niet zo goed werkt, zullen wij moeten inzetten op de betere vaccins. Zullen wij die dan nog bestellen?

In de commissie had ik al een vraag gesteld over de immuniteit, maar ik heb daar toen geen antwoord op gekregen. Het gaat over de antilichamen die mensen die COVID-19 hebben doorgemaakt, bezitten. Wij weten echter nog niet hoe lang het vaccin werkzaam zal zijn. Als de vaccins die nu besteld zijn, opgebruikt zijn en wij volgend jaar eventueel opnieuw moeten vaccineren, wanneer zullen die bestellingen dan worden geplaatst? Wanneer zal daar overleg over gebeuren of is dat reeds gebeurd?

De **voorzitter**: Mevrouw Sneppe, wilt u afronden?

01.23 Dominiek Sneppe (VB): Ik zal het proberen, mijnheer de voorzitter.

De **voorzitter**: Ja, u moet afronden.

01.24 Dominiek Sneppe (VB): Er is al gesproken over een derde golf. Ook in *Terzake* zei een professor dat men de bosbrand al kan ruiken. Is het dan ook niet dringend nodig dat het zorgpersoneel in de eerste plaats wordt gevaccineerd?

Ik hoop ook dat de evenementensector wordt ingeschakeld om de vaccinatiedorpen te realiseren.

Ik heb ook een vraag over de naalden. Mijnheer de minister, u had ons op het hart gedrukt dat zij besteld zijn en geleverd zullen worden, maar in het coronadebacle hebben wij al veel zien gebeuren. Ik wil dan ook nog

eens de vraag stellen of wij voldoende spuitjes zullen hebben om de vaccins te zetten. En dan...

De **voorzitter**: Snel, alstublieft, mevrouw Sneppe.

01.25 Dominiek Sneppe (VB): Heel snel, mijnheer de voorzitter.

U zei ook, mijnheer de minister, dat wij op de Europese trein zitten en dat wij moeten zorgen dat wij daarop blijven. Ik denk echter dat wij vooral moeten zorgen dat wij op de trein zitten. Wij hebben in de coronacrisis echter gezien dat wij meestal de trein missen. Als de trein op tijd is en aankomt, moet België meestal nog de uurregeling bekijken, dus ik hoop dat wij die mentaliteit achter ons kunnen laten en dat wij ervoor zorgen dat wij op de juiste trein zitten.

De **voorzitter**: Mevrouw Depoorter, heel kort, want u hebt het woord al gekregen.

01.26 Kathleen Depoorter (N-VA): Heel kort. Mijn collega had nog 40 seconden spreektijd over en ik zal ze zeker niet opgebruiken.

Ik heb nog twee factuele vragen.

Ten eerste, is er voldoende adrenaline en EpiPen voorzien voor de noodtrousses? Kunt u dat bevestigen?

Ten tweede, wordt er tegemoetgekomen aan de bezorgdheden van de Gegevensbeschermingsautoriteit?

De **voorzitter**: Mijnheer de minister, u krijgt het woord voor een kwartiertje, voor iedereen samen uiteraard.

01.27 Frank Vandenbroucke, ministre: Permettez-moi d'enchaîner sur les propos de Mme Rohonyi.

Il s'agit d'un débat de société et donc d'un débat éthique. Aussi, tous les choix opérés revêtent-ils une dimension éthique fondamentale. Mais l'éthique, c'est également tenir compte des aspects relatifs à la logistique et à la disponibilité. Voilà tout le raisonnement! Il y a des arguments médicaux, épidémiologiques et logistiques, en raison desquels, par exemple, on combine le personnel des maisons de repos et de soins et les résidents de ces maisons. C'est une raison d'efficacité logistique. Mais évidemment, tous les choix qui sont faits impliquent un débat de société, un débat sur la solidarité, sur l'adhésion et sur la justification éthique de nos décisions. Je suis donc en parfait accord avec ce que M. Englert a dit.

Mijnheer de voorzitter, ik wil even snel ingaan op een paar meer institutionele vragen. Alles wat te maken heeft met de keuzes in de vaccinatiecampagne schuif ik meteen door naar de experts.

De belangrijkste institutionele vraag is natuurlijk wat wij denken over de Europese samenwerking. De heer Creyelman heeft mij gevraagd om in te gaan op vuile geschiedenissen in *Der Spiegel*. Dat zal ik per definitie niet doen. Wat ik denk is dat voor een klein land als België de Europese samenwerking ongelooflijk voordelig is. Wij moeten op die trein zitten, dat is onze diepe overtuiging. Dat betekent dat we de mogelijkheid hebben om altijd ons eerlijk deel te krijgen van wat de verschillende bedrijven aan Europa willen leveren. Dat betekent niet dat we het altijd nemen.

Ik geef een voorbeeld. Ik wil even een kleine tikfout in de presentatie corrigeren, als de taskforce mij dat niet kwalijk neemt. Bij Curevac hebben wij niet 5 miljoen maar 2,9 miljoen vaccins besteld. Wij hebben niet de volle 5 miljoen vaccins genomen die we van Curevac hadden kunnen nemen en we hadden daar argumenten voor. Dat verandert voor de rest niets aan het schema, heb ik mij laten vertellen. Dat is een tikfout in de presentatie.

Mevrouw Merckx, wij hebben dat gedaan omdat de eigenschappen van het vaccin, zoals het in de mappen zat op het ogenblik dat het werd besproken, niet overtuigden om er 5 miljoen van te bestellen. Wij hebben kwantitatief een heel grote bestelling geplaatst.

Met betrekking tot Pfizer/BioNTech, wat mevrouw von der Leyen vandaag aankondigt, is wel buitengewoon goed nieuws, omdat het hoogstwaarschijnlijk ook de mogelijkheid opent om niet aan het einde van de campagne maar reeds in een eerdere fase van de campagne, vraag mij geen details want die heb ik nog niet, meer op Pfizer/BioNTech in te zetten.

Wij zullen gebruikmaken van de mogelijkheden die er zijn dankzij de Europese trein. Hoe dat er precies uitziet, welke keuzes dan precies worden gemaakt, volgens welk ritme, daarover loopt overleg en dat moet worden uitgeklaard. U zult het mij niet kwalijk nemen dat ik daarover nu niet improviseer. De Europese trein is voor ons een mogelijkheid. Wij kunnen daar altijd opstappen en ons eerlijk deel vragen. We doen dat wanneer we denken dat het nodig is.

Mevrouw Gijbels had daarover een interessante vraag. Wat als je te veel hebt? Ongetwijfeld zullen de professoren ingaan op de vraag over de jongeren, jonger dan 18 jaar? Wanneer komen zij aan bod en onder welke voorwaarden? Die vraag laat ik over aan de experts.

Mevrouw Gijbels, het is mogelijk dat wij op een gegeven moment op een punt komen waarbij wij denken ook iets te kunnen doen voor landen die armer zijn dan ons land, omdat wij misschien voorraad overhouden die we niet kunnen gebruiken. Op dat moment kunnen wij onze solidariteit uitbreiden tot landen die minder ontwikkeld zijn dan wij en waarvoor we iets kunnen doen. Op de eerste plaats zullen we natuurlijk onze eigen vaccinatiecampagne goed moeten uitrollen.

De heren De Caluwé en Creyelman en mevrouw Jiroflée stelden ook een institutionele vraag.

Mijnheer De Caluwé, als u met grensarbeiders doelt op een Belgische arbeider die in het buitenland werkt, dan heeft die persoon zijn domicilie in België. Het principe van de vaccinatie is dat wij ons op de domicilie baseren. Wie dus zijn domicilie in ons land heeft, zit in het Belgisch vaccinatieplan.

In verband met gezondheidswerkers werd er een specifieke vraag gesteld die wij nader moeten bekijken. Voor gezondheidswerkers, mensen die werken in de gezondheidszorg, gekoppeld aan hun instelling, hebben wij een verantwoordelijkheid in de rol van de bedrijfsgeneeskundige dienst. Voor zulke medewerkers kan er een reden zijn om af te wijken van het domicilieprincipe. Dat moet nog verder uitgeklaard worden, maar wij zijn daarvan dus wel op de hoogte.

Ook voor de expats geldt dat we een onderscheid moeten maken.

Expats die in België verblijven, vallen onder de Belgische regeling, opnieuw volgens het verblijfsprincipe, en zij zullen volgens de geldende regels worden opgenomen in de vaccinatiestrategie. Daar hebben ook de niet-expats overigens alle belang bij. Vaccinatie is een oefening in solidariteit. Wij hebben er dan ook belang bij om expats uit andere landen die in ons land verblijven, op te nemen in onze vaccinatiecampagne.

Belgen die in het buitenland verblijven, hebben uiteraard ook recht op vaccinatie. Wij mogen hen niet uit het oog verliezen. Dit veronderstelt enkele te maken afspraken, want we kunnen niet alle Belgen die in het buitenland verblijven zomaar naar hier laten reizen wanneer het hen goed uitkomt om hier gevaccineerd te worden. Nadere afspraken moeten gemaakt worden, specifieke maatregelen voor hen moeten op punt gesteld worden. Daarover zullen wij met de collega van Buitenlandse Zaken nog overleg voeren. We moeten overleggen hoe we omgaan met Belgen die in het buitenland verblijven en die van de Belgische vaccinatiecampagne willen genieten.

Heel wat vragen gaan over de kwaliteit van de vaccins en de dosissen, over de vaccinatoren, over zaken die we al geleerd hebben uit concrete problemen en over de organisatie van de centra. In dat laatste verband denk ik aan wat onder meer de heer Bacquelaine zei.

Dit is een interfederale samenwerking die bijzonder goed loopt. Ik ben de heer Beke, de heer Maron, mevrouw Morreale en de heer Antoniadis en anderen bijzonder dankbaar voor de goede samenwerking. De laatste kilometer in de campagne is natuurlijk in zeer sterke mate gebaseerd op de insteek van de collega's verantwoordelijk in de Gewesten en Gemeenschappen. De precieze wijze waarop huisartsen, lokale besturen enzovoort geëngageerd worden in de campagne wordt bijvoorbeeld in de eerste plaats bepaald door de collega's van de Gewesten en Gemeenschappen. De Vlaamse Gemeenschap heeft al vrij duidelijk gemaakt dat ze rekent op de eerstelijnszones als een ankerpunt voor organisatie, maar ook de lokale besturen. Ik zal mij niet uitspreken over de andere Gewesten. Daar loopt deze discussie en wordt vooruitgang geboekt. Ik deel in het algemeen wel de aandacht die de heer Bacquelaine vraagt voor het betrekken van de huisartsen en de lokale autoriteiten. Misschien zal de heer Ramaekers daar ook wel wat meer over zeggen.

Ik zou nu het woord willen geven aan de vertegenwoordigers van de taskforce. Misschien moet de heer

Ramaekers eerst aan het woord komen en daarna het woord en de vragen verder verdelen over de professoren Dogné en Van Damme.

De **voorzitter**: De powerpointpresentatie is ondertussen doorgestuurd naar de leden. Iedereen heeft ook goed nota genomen van de kleine correctie?

01.28 Frank Vandenbroucke, ministre: Monsieur le président, selon Mme Fonck, j'ai dit que chacun sera vacciné avant l'été. Mais, je n'ai jamais dit cela, madame Fonck! Peut-on ne pas lancer des citations erronées? Ce que j'ai dit, c'est que l'on peut commencer la vaccination des jeunes aussi avant l'été et non que chacun serait vacciné avant l'été. Aussi, ne m'attribuez pas de tels propos, de grâce!

01.29 Dirk Ramaekers: Mijnheer de voorzitter, er waren nog onduidelijkheden bij dia 7.

Er waren ook punctuele vragen. Ik kan de mensen geruststellen. Vaccinnet+ is opgestart. Vanuit Vaccinnet+ zal er een terugkoppeling komen naar het EMD bij de huisarts. Het heeft serieuze inspanningen gevraagd om dat op korte tijd klaar te krijgen. Daarin wordt voorzien.

Ik zal u ook zeggen waarom dat zo belangrijk is. Er werd ook gevraagd hoe mensen uitgenodigd zullen worden en hoe de risicogroepen kunnen worden geïdentificeerd. Begin december hebben wij een heel specifieke werkgroep daaromtrent opgestart, waarbij vertegenwoordigers van huisartsen en specialisten in die materie betrokken zijn. Dat gebeurt in nauwe samenwerking met niet alleen Vaccinnet maar ook met de diensten van de heer Frank Robben.

Het volgende mag ook wel eens onderstreept worden. Het reserveren van een test verloopt op dit ogenblik reeds verregaand gedigitaliseerd via de testcentra. Dat bestaat reeds en werkt en dat gaan wij nu omvormen. De timing is daarop ook voorzien. Men zal zijn reservatie voor het vaccin ook op die manier kunnen doen. Natuurlijk gaan wij dat ruimer dan dat moeten doen. Wij zullen de mensen moeten oproepen. Dat zal niet alleen digitaal kunnen, dat zal ook vanuit de lokale besturen moeten op het ogenblik dat het zover is dat de vaccins er zijn in de centra.

Bijkomend voor de risicogroepen zal het volgende gebeuren voor de risicogroepen, want dat is een moeilijke populatie. Er is daaraan hard gewerkt. De *key person*, die vaak primair weet tot welke risicopopulatie iemand behoort, is de huisarts. De huisarts, die vaak verregaand gedigitaliseerd werkt, kan vaak de patiënt identificeren. Wij denken dat wij daar primair de gegevens voor een stuk zullen kunnen gebruiken, dat de huisarts het op die manier kan lanceren. Dat wordt reeds vrij verregaand ontwikkeld.

Dat zal niet volstaan. Wij zullen ook nog andere databronnen moeten gebruiken. Ik wil echter heel sterk benadrukken – dat vinden wij als taskforce enorm belangrijk – dat op elk ogenblik de persoonlijke levenssfeer beschermd wordt. Dat kan uiteraard. De huisarts heeft zijn beroepsgeheim, u weet dat. Wij zullen de systemen zoals EMD of eHealth daarvoor maximaal inschakelen.

Daarom is de huisarts zo cruciaal, net als de apotheker, de thuisverplegers en anderen die met chronische patiënten contact hebben. Zij kunnen sensibiliseren als zij merken dat de patiënt nog niet gevaccineerd is. De huisarts zal inderdaad in zijn EMD moeten zien of een patiënt al dan niet een vaccin heeft gekregen. Het systeem zal ook toelaten dubbele oproepen te voorkomen, zodat iemand geen twee of drie oproepen krijgt. Dat is verregaand in ontwikkeling.

01.30 Kathleen Depoorter (N-VA): Wordt die informatie ook gekoppeld aan het GFD?

01.31 Dirk Ramaekers: Ook de apothekers zijn betrokken in de werkgroep en dat is men nu aan het bekijken. *First things first*. Het moet eerst werken. Alle zaken die bijkomend kunnen gebeuren, met het maximaal beschermen van de persoonlijke levenssfeer, zullen wij bekijken, zodat die groepen maximaal gecapteerd worden.

Op basis van het laatste nieuws en de laatste feiten die gekend zijn, namelijk de zekerheid van de leveringen van Pfizer en Moderna, zullen wij potentieel – niet alle informatie is al verwerkt – nog iets sneller het personeel van de woon-zorgcentra kunnen vaccineren. Met alle capaciteit die wij hebben, zien we bijkomend dat wat wij ten vroegste vanaf half februari mogelijk achtten nu versneld kan worden en dat ook de vaccinatie van de gezondheidswerkers eind januari of begin februari effectief kan starten. Wij hebben gisterenavond in de taskforce ook al besproken hoe wij daartoe de vaccins zullen verdelen, want wij kunnen

nu twee types gebruiken.

U merkt dat de aantallen sowieso nog niet zullen volstaan om alle gezondheidswerkers te vaccineren. Als u mij vraagt wanneer zij allemaal gevaccineerd zullen zijn, dan kan ik u daarop vandaag nog niet exact antwoorden, maar wij hadden wel al een leidraad opgenomen in onze strategie. Die zal zowel voor de eerste lijn als voor de ziekenhuizen toegepast kunnen worden. Wij zullen primair die personen vaccineren die het hoogste risico lopen in de ziekenhuizen en de eerste lijn. Wij kennen hen. Lokaal kent men hen ook zeer goed, bijvoorbeeld in een eerstelijnszone of andere omgevingen. Ik denk dat die leidraad vrij vlot zal kunnen worden toegepast. Ik voeg er nog aan toe dat bijvoorbeeld in de ziekenhuizen de arbeidartsen en arbeidsgeneeskundige diensten op zich ook een zeer goed zicht hebben op de risicogroepen. Zij hebben op de werkvloer gezien waar de risico's zich voordeden. Daar hebben we absoluut al in voorzien.

Hebben wij wel genoeg vaccinatoren? Ik zal de vraag even omkeren. We hebben het afgelopen jaar al bergen werk verzet op alle punten en om deze vaccinatiecampagne succesvol te laten verlopen, in de hoop dat we zo uit de pandemie geraken, is een laatste inspanning nodig. Het succes zal niet alleen afhangen van de organisatie maar ook van de inspanningen van heel veel mensen. De huisartsen zullen daar absoluut een belangrijke rol in spelen. Het gaat niet alleen om de medische supervisie van de vaccinaties, maar ook om het organisatorische aspect want men moet mensen laten samenwerken. We mogen niet vergeten dat zij nu al een zeer belangrijke rol vervullen in het geheel. Het identificeren van patiënten zal alleen met hen lukken. We krijgen heel veel positieve signalen van hun vertegenwoordigers en de verenigingen. We zijn al verregaand bezig met het sensibiliseren en het verspreiden van informatie.

Het is evident dat de verpleegkundigen hierbij betrokken worden maar de apothekers wil ik toch even speciaal noemen. Het gaat hier immers om de toediening van een vaccin, wat farmaceutische zorg is. We bevelen dus sterk aan dat er in de vaccinatiecentra supervisie van de farmaceutische zorg aanwezig zou zijn. Als taskforce staan we in contact met al die groepen, dat is evident. Het is een feit dat ook de verenigingen van apothekers zich daar eensgezind achter scharen en dat zij de nodige inspanningen zullen leveren.

Wat de bestaffing van de vaccinatiecentra met louter zorgprofessionals betreft moet men echter realistisch zijn. Deze mensen moeten immers ook nog zorg verlenen, hoewel ze al enorme inspanningen gedaan hebben. In december is er een koninklijk besluit gepubliceerd dat toelaat dat ook andere personen ingeschakeld worden voor de vaccinatie, weliswaar onder supervisie en mits enige opleiding aangezien de kwaliteit gegarandeerd moet blijven. Ik geef hier geen exhaustieve opsomming, maar onder meer gepensioneerd zorgverleners hebben zich al in vrij grote aantallen spontaan aangemeld. Verder gaat het om studenten voor zorgberoepen, verpleegkundigen en artsen in opleiding enzovoort. Een deel van die mensen heeft ook al in de testcentra gewerkt, wat voor hun opleiding uiteraard een zeer goede zaak is. Daarnaast zijn er nog heel wat andere vrijwilligers.

We zien dus dat er een grote bereidwilligheid bestaat maar de taskforce is nog steeds bezorgd. Dat alles zal in de komende weken in de juiste plooi moeten vallen. Ik ben positief en enthousiast maar nu moet de concrete bestaffing voor elk vaccinatiecentrum uitgerold worden, en moeten er ook uurroosters opgesteld worden.

De eerste signalen zijn echter heel positief. Dat is dus een goede zaak.

Over het gegeven van de zesde dosis waren er heel wat vragen. Ik wil even iets rechtzetten. Ik kan het misschien verkeerd hebben begrepen, maar ik had de indruk dat u de mening bent toegedaan dat wij plots twee dagen geleden met die zesde dosis werden geconfronteerd.

De **voorzitter**: Mijnheer Ramaekers, mag ik u even onderbreken?

Wij hebben een timingprobleem. Ik zie dat de minister zijn spullen al inpakt. Het is voor ons, parlementsleden, belangrijk om een repliek te kunnen geven. Het is ook belangrijk dat de minister die repliek aanhoort. Ik zou dan ook iets raars willen voorstellen. Om 13.50 uur moet de minister weg naar het Overlegcomité. Iedereen begrijpt dat ook. Ik zou daarom willen voorstellen dat de leden nu repliceren, tenslotte is de minister politieke verantwoordelijk. Ik hoop dat de experts van de taskforce nadien nog even kunnen blijven, om over de meer technische aspecten het woord te nemen.

Dat lijkt mij de meest correcte handelswijze. Er is één minuut repliektijd per groep. Is dat goed voor

iedereen? In het andere geval zal de minister de replieken niet meer kunnen aanhoren. Ik weet dat parlementsleden dat niet graag hebben. Nood breekt wet.

Mijnheer Ramaekers en de andere experts, ik verontschuldig mij.

01.32 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de voorzitter, de repliek zal niet erg politiek zijn, aangezien wij nog niet hebben afgerond.

Mijnheer de minister, ik wil u niettemin bedanken voor uw toelichting, die goed en duidelijk was. Wij zullen nog altijd niet met alles akkoord gaan, maar er is een inspanning gebeurd, wat heel erg belangrijk is.

Over de technische uitleg ben ik ervan overtuigd dat ik nog grote vragen zal hebben.

Mijnheer de minister, wat echter nu wel heel bijzonder is, is dat u beklemtoont dat er een goede samenwerking met de regio's is. Ik hoop dat ze ook goed blijft. Vanochtend heb ik mevrouw Jiroflée horen verklaren in een debat, waarop ik ook aanwezig was, dat de samenwerking enigszins moeilijker verloopt en dat de telefonie tussen u en bepaalde leden van de Vlaamse regering niet erg vlot is. Ik heb daar vragen bij. Er was immers blijkbaar voor een bepaald overleg nog niet veel contact geweest. Dat is wel tegengesproken door de journaliste. Dat is alvast een bezorgdheid, die ik heb.

01.33 Karin Jiroflée (sp.a): Mijnheer de voorzitter, heel kort.

Dat heb ik expliciet niet gezegd. Ik heb vanmorgen gezegd dat minister Vandenbroucke beloofd heeft dat wij op 5 januari konden starten met de vaccinaties en dat wij inderdaad ook klaar waren en dat dan de deelstaten aan bod komen. Ik heb nergens, maar dan ook nergens, gesuggereerd dat er een conflict zou zijn tussen minister Vandenbroucke en het Vlaamse niveau. Ik wil dat hier heel duidelijk gezegd hebben.

01.34 Kathleen Depoorter (N-VA): Even een rechtzetting.

Ik heb niet gezegd dat er een conflict is tussen minister Vandenbroucke en het Vlaamse niveau. Ik heb gewoon de vraag gesteld: collega Jiroflée heeft in het debat gezegd dat er maar één keer contact is geweest met de Vlaamse minister van Binnenlands Bestuur en ik stelde de vraag of dat effectief zo was of niet? Dat is de enige vraag die ik hierover heb.

Ik wil eindigen, mijnheer de minister, met te zeggen dat u, nadat u eerder had gesteld klaar te zullen zijn op 5 januari en bleek dat dat niet het geval was, zich herpakt hebt en dat dat een goede zaak is.

01.35 Barbara Creemers (Ecolo-Groen): Ik dank de minister en de mensen van de taskforce, omdat zij zijn komen antwoorden.

Ik meen dat wij allemaal heel veel nood hebben aan optimistische boodschappen. Ik ben wel een beetje bang dat wij te optimistisch zijn en misschien is dat een rare contradictie, maar het wordt voor de jongeren wel heel erg moeilijk, als we in de zomer moeten vaststellen dat wij de timing niet halen.

Mijnheer de minister, hoe dan ook, ik ben blij dat u hebt rechtgezet dat wij niet tegen de zomer klaar zullen zijn, maar dat wij tegen de zomer zullen starten met de vaccinatie van de jongeren. Absoluut nodig in deze fase is heldere communicatie. Ik meen dat u daarvan vandaag een mooi voorbeeld hebt gegeven. Dit moeten wij blijven vasthouden: helder communiceren over alles wat gebeurt.

01.36 Hervé Rigot (PS): Monsieur le ministre, aujourd'hui, nous attendions des réponses et nous avons eu un discours clair, ce dont je vous remercie. Il y a une stratégie, certes, une stratégie portée par une *task force*, par l'ensemble des entités, fédérale et fédérées. Elle devra évidemment s'adapter, être flexible. Il faut être réactif. Nous voulons tous accélérer. Nous voulons tous pouvoir revivre pleinement au niveau santé, au niveau économie, au niveau vie sociale, mais il ne faut pas en accélérant sortir de la route. Il faudra le faire de façon raisonnable et raisonnée.

Ensuite, monsieur le ministre, il importe de communiquer pour obtenir la confiance. Nos concitoyens sont épuisés. Les plus vulnérables ont peur. Ils ont besoin de perspectives. On en a désormais. Ce sont des notes d'espoir. Il faut y aller pour que ces espoirs deviennent réalité et pour que nos jeunes, qui rongent leur frein depuis bien longtemps, puissent revivre aussi, parce qu'ils en ont terriblement besoin.

Dès lors, merci à vous et *go, go, go*, maintenant!

01.37 Dominiek Sneppe (VB): Mijnheer de minister, ik hoop van ganser harte dat we de trein niet missen. Ik hoop dat we niet meer bezig zijn met de uurregeling. Helaas is mijn ervaring in deze crisis dat hoop alleen niet genoeg is. Ik vrees dat we nog niet op het perron staan.

Er is toch een klein beetje hoop en hoop doet leven, zoals een Vlaamse artiest zingt. Er is een plan en dat is al een hele vooruitgang. Na een jaar geblunder is dat alleszins niets te vroeg. Er is een plan en ik hoop dat het nu deftig wordt uitgevoerd.

01.38 Daniel Bacquellaine (MR): Monsieur le président, en ce qui concerne la vaccination des professionnels de la santé et des soignants, je pense qu'il serait peut-être utile de prendre en compte la mesure prise par nos voisins français. La France commence par les plus de cinquante ans, les personnes à risques, qui effectivement, doivent être prêtes à supporter une dégradation de la situation dans notre ligne de soins et être les mieux armées possibles pour faire face au virus.

En ce qui concerne le nombre de vaccinateurs, je rappelle qu'il s'agit d'un acte médical. Le vaccin peut bien entendu être administré par d'autres personnes que des médecins mais cela doit rester sous la supervision d'un médecin. On n'est pas dans le cas du *testing*, où il n'y a jamais de choc anaphylactique. Par contre, en cas de vaccination, cela peut arriver et il est donc bon qu'il y ait un contrôle médical.

Je voudrais aussi rappeler l'importance des médecins généralistes dans l'ensemble de l'opération. Je remercie le ministre d'y avoir fait allusion. Il est clair que les entités fédérées sont évidemment concernées au premier chef, mais je pense que les médecins généralistes doivent être dans la *task force* vaccination. Je voudrais une confirmation par rapport à cela.

Je me réjouis de l'accélération de la campagne de vaccination. Toutes les doses doivent être utilisées immédiatement, dès qu'elles sont disponibles. Merci.

01.39 Nawal Farih (CD&V): Mijnheer de minister, bedankt voor de toelichting, alles was heel helder. Ook alvast dank aan de experten, maar ik wacht op deel twee om nog eventueel verdere vragen te stellen.

01.40 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Ik was aan het wachten op de uitleg over de zesde dosis, die juist zou komen.

Natuurlijk zijn de experten van goede wil, maar er is al heel veel misgelopen in België. Ons land heeft met twee golven de hoogste mortaliteit volgens bevolkingsratio. We hebben het niet goed gedaan. De bevolking is sceptisch en ik ook. Ik hou mijn hart vast wanneer ik de fabeltjes hoor dat alles goed zal verlopen. Er is ons in het begin gezegd dat de bewoners van de woon-zorgcentra en het personeel gevaccineerd zouden worden. Dan werd er uitgesteld en hebben die mensen geprotesteerd. Onder druk wordt er versneld. Zo is het gegaan, dat is de realiteit. We zullen hier zeer kritisch op blijven toekijken opdat alle dosissen snel en zo goed mogelijk bij de mensen terechtkomen.

Ik vrees ook voor de identificatie van de risicogroepen. U hebt er al over nagedacht, maar dat is natuurlijk het minste. Hoe zal dat precies verlopen? Onze risicopatiënten zijn namelijk van een kale reis terugkomen bij de apotheker voor hun griepvaccinatie. Ze zijn niet gevaccineerd, zoals velen. Hoe zal dat goed verlopen? Wij zullen ter zake heel kritisch zijn. Ik wacht op instructies om risicopatiënten effectief in te kunnen schrijven voor hun vaccin.

01.41 Robby De Caluwé (Open Vld): Het is uiteraard niet zo'n evidente oefening om de risicopatiënten te identificeren. Dat is heel privacygevoelig. Dat moet zeker en vast met de nodige zorg gebeuren. Misschien kan er wel gekeken worden of de ziekenfondsen daarin geen rol kunnen spelen. Zij hebben toch wel een zicht op bijvoorbeeld het gebruik van geneesmiddelen. Op basis van die gegevens is het misschien wel mogelijk om een aantal risicopatiënten te definiëren, waarbij de privacy uiteraard gegarandeerd is. We willen natuurlijk niet dat eenieders ziekten openbaar gemaakt worden. Misschien kan daar een oplossing zitten.

01.42 Karin Jiroflée (sp.a): Ik heb geen repliek voor de minister.

Bedankt voor het initiatief. De toelichtingen waren zeer verhelderend en ik hoop dat het volgende deel dat

ook zal zijn.

01.43 Catherine Fonck (cdH): Monsieur le ministre, si les jeunes commencent à être vaccinés avant l'été, ça veut dire que les autres catégories prioritaires et d'âge auront pu être vaccinées avant; c'est là dessus que je vous suivrai en tout cas.

C'est une première étape aujourd'hui, car beaucoup de choses auraient pu et dû être faites depuis des mois. C'est une première étape pour rattraper notre retard et donner un coup d'accélérateur. C'est une étape positive, même s'il reste beaucoup de travail. Des actes doivent rapidement être pris. J'ai formulé une série de propositions, parfois vous y répondez, parfois pas. J'essaie en tout cas de formuler un maximum de propositions.

Je compte vraiment sur vous pour modifier le protocole pour la sixième dose dès demain. Chaque dose doit être administrée. Dans le protocole, il est écrit officiellement qu'il ne faut que cinq doses. Il y a 2,2 millilitres dans le flacon une fois qu'il est reconstitué et donc clairement, on a la qualité pour six doses.

Enfin, élargissez dès maintenant la vaccination aux soignants les plus à risques. On a des doses inutilisées dans les congélateurs. Faites-le. Les experts et les soignants ont écrit une carte blanche. Ils s'expriment au nom de très nombreux soignants. Il ne s'agit pas de mettre en concurrence maisons de repos et soignants mais de faire les deux en même temps. Prenez au moins la peine de les rencontrer, je vous en prie, que ce soit vous, en tant que ministre, ou au niveau de la *task force*. Vous devez les rencontrer et pouvoir les entendre. En leur nom, je vous remercie.

01.44 Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le président, rapidement, car je sais que M. le ministre a d'importantes obligations qui l'attendent.

En ce qui concerne les vaccinateurs, je dois rappeler que vacciner n'est pas un acte anodin, c'est un acte médical nécessitant des connaissances mais aussi une surveillance de la personne vaccinée, notamment parce que des réactions violentes peuvent être observées. Donc, comme M. Bacquelaine l'a dit, cela nécessite la surveillance d'un médecin. Mais disposons-nous aujourd'hui de suffisamment de médecins capables d'assurer cette surveillance? C'est une vraie question à se poser. J'aimerais obtenir une réponse à ce sujet.

Il est vrai que les choses s'accélérent dans la mise en place des centres de vaccination mais je m'inquiète pour les personnes à mobilité réduite, qui ne peuvent pas se déplacer et qui elles aussi ont le droit d'être vaccinées. Que prévoit-on pour ces personnes?

Pour le personnel soignant, qui court le plus de risques, j'ai cru comprendre qu'il y avait une vraie ouverture pour vacciner au plus vite. Je vous invite à accélérer cette réflexion et leur intégration dans notre stratégie de vaccination. Merci.

01.45 Steven Creyelman (VB): Ik ben blij dat de minister mijn vraag in verband met de expats heeft kunnen beantwoorden, weliswaar niet in detail, maar toch in principe.

Mijn vraag over de Franse druk om minder vaccins te bestellen bij BioNtech kreeg ook vandaag weer een soort Fawlt-Towers-I-know-nothing-Manuel-antwoord, wat ik een beetje betreur. Maar, wat ik echt betreur, is dat u geen antwoord gaf op de casus van Tristan, maar misschien kunnen de andere sprekers dat straks nog doen.

De **voorzitter**: Wij zullen nu afscheid nemen van de minister. Ik vond het belangrijk dat hij de replieken nog kon aanhoren.

We gaan nu verder met de experts van de taskforce. Ik geef het woord aan de heer Ramaekers, die net de kwestie van de zes dosissen ging uitleggen.

01.46 Dirk Ramaekers: Mijnheer de voorzitter, ik was inderdaad net de geschiedenis van de zesde dosis aan het toelichten.

Oorspronkelijk sprak alle officiële informatie van Pfizer, het EMA en ook eigen FAGG duidelijk over vijf dosissen. U weet dat we *dry runs* hebben gedaan en vervolgens in de eerste woon-zorgcentra hebben

gepiloteerd. Dat is heel goed verlopen.

We hebben toen vastgesteld dat er regelmatig zes dosissen uit één flacon konden worden gehaald. Wij hebben dat onmiddellijk gemeld via het FAGG. Dat is omhooggegaan tot het niveau van het Europees Geneesmiddelenagentschap en ook Pfizer werd op de hoogte gebracht dat wij op het terrein een discrepantie vaststelden. Het is natuurlijk heel moeilijk om te zeggen 'gooi het maar weg', en dat is ook nooit de instructie geweest. Die discussie is tijdens het piloteren naar boven gekomen.

Het EMA heeft ondertussen, en dit is informatie van gisteren, bevestigd dat er zes dosissen uit één flesje mogen worden gehaald. Ik wil echter even de nuance maken. Het hangt effectief af van het gebruikte materiaal. Het zal niet steeds zes dosissen zijn. Dat hangt af van het type spuit. Wij hebben zicht op onze voorraad naalden en spuiten, maar op een bepaald ogenblik zullen we potentieel spuiten van 2 cc moeten gebruiken en zal het dood volume wat groter worden. Er is dus geen garantie dat het altijd zes dosissen zullen zijn. Het EMA heeft ons daarin gevolgd. Dit is potentieel ook een juridische discussie. Die zesde dosis is een volwaardig vaccin, dus er is daar niets mis mee. Kleine overschotten mogen uiteraard niet worden samengevoegd.

We zijn dat nu aan het evalueren. Als er systematisch zes dosissen uit één flesje kunnen worden gehaald, is dat een goede zaak, daarover moeten we niet discussiëren, dat is bijkomend. Dan kunnen we sneller meer mensen vaccineren. Om dokter Fonck gerust te stellen, het protocol is al aangepast.

Le protocole est adapté et la petite vidéo avec les instructions également.

Dat is vannacht aangepast.

Dat toont ook de dynamiek aan. We trachten dat reactief werk zo snel mogelijk te doen.

Ik geef straks het woord aan professor Dogné voor de surveillance en de anafylactische schok enzovoort, waarvoor we wel beducht zijn. Het is een nieuw vaccin. We weten al iets, maar nog niet alles.

De noodtrousse moet uiteraard aanwezig zijn. Dat is standaardprocedure op het moment dat er gevaccineerd wordt. We hebben in de woon-zorgcentra vastgesteld dat dit telkens het geval was. De huisartsen of de CRA's moeten dat bijhebben. In alle arbeidsgeneeskundige diensten is dat ook een standaardprocedure bij alle vaccinaties. Tot nu toe was dit altijd perfect in orde. Uiteraard is het procedure dat er een noodtrousse met adrenaline moet zijn voor de zeldzame anafylaxie. Dan moet er uiteraard kunnen worden opgetreden.

Ik geef dan nu het woord aan de heer Dogné voor het deel over anafylaxie.

01.47 Jean-Michel Dogné: Monsieur le président, c'est la deuxième fois que je viens en commission de la Santé. Chaque fois, je suis agréablement surpris de l'ensemble des propositions qui font véritablement avancer les choses et je vous en remercie.

Je m'occupe plus particulièrement du vaccin. Pour poursuivre sur la sixième dose et vous parler de cette flexibilité, je dois d'abord préciser que le matériel, les *vials* ne permettaient pas de retirer six doses. Un problème serait, en effet, apparu en cas de quantité insuffisante pour une sixième injection. Cela aurait pu entraîner une dose suboptimale, qui aurait été d'autant plus importante chez les personnes âgées. Cette information a été saisie aussi bien par l'industrie pharmaceutique Pfizer que par l'Agence européenne du médicament.

Quant à la flexibilité, nous y avons encore travaillé toute la journée d'hier à l'échelle européenne. Nous avons reçu des informations selon lesquelles, d'un point de vue très technique, des seringues pouvaient servir à l'extraction de cette sixième dose, pour autant que le volume mort ne soit pas, dans l'aiguille et la seringue, supérieur à 35 microlitres. Il en est résulté une discussion, hier soir, au sein de la *task force*. C'est aujourd'hui à midi que l'Agence européenne du médicament a publié ces informations techniques, en recommandant un recours réfléchi à une sixième dose.

01.48 Catherine Fonck (cdH): (...)

01.49 Jean-Michel Dogné: Je suis tout à fait d'accord avec vous, madame Fonck: cela reste une seringue

classique. Ce sont les médias; ce n'est pas moi! Il s'agissait seulement de justifier qu'une sixième dose, une dose suboptimale devrait nécessiter l'emploi d'une seringue et d'une aiguille adéquates. Comme vous le savez, ce n'est pas la firme qui fournit l'ampoule et le matériel d'injection. C'est très subtil. En tout cas, il est capital que les pays européens et la FDA aient identifié ce volume important, qui permettait de justifier le matériel.

S'agissant du risque anaphylactique, les effets indésirables de ce type – relativement rares – apparaissent peu dans les études cliniques. Du reste, on ne les a pas vus dans celles qui portaient sur le vaccin de Pfizer. Pour les vaccins antigrippaux, on les estime à une fréquence d'un cas pour un million. Lors de son utilisation au Royaume-Uni, quelques cas ont été détectés. En réaction, ces données ont été intégrées dans un système international. Il importe de rappeler que nous nous situons dans un dispositif de pharmacovigilance à caractère international. De la sorte, des pays ayant recouru préalablement à des vaccins nous ont fourni toute une série d'informations relatives à ces risques d'événements indésirables.

L'ECDC a publié un rapport hier sur les chocs anaphylactiques et a constaté effectivement qu'on pouvait assister à davantage de chocs anaphylactiques que le nombre auquel on s'attend avec le vaccin contre la grippe. Mais cela reste très rare: un cas sur 100 000 à peu près. De façon assez surprenante, cela se produit beaucoup plus fréquemment chez les femmes que chez les hommes. Nous sommes en train de comprendre pourquoi.

Ils constatent que la plupart des cas apparaissent chez des personnes qui ont eu des réactions allergiques par le passé et chez qui les événements apparaissent endéans les quinze minutes. D'où les recommandations que l'on avait déjà proposées: suivre les personnes en leur appliquant une surveillance d'au moins quinze minutes. Cela a été mentionné. Cela veut dire certainement trente minutes chez les populations les plus à risques. Pierre Van Damme va sûrement parler de certaines initiatives sur lesquelles nous sommes en train de réfléchir. Nous avons eu ce rapport hier.

Vous avez également pu constater la transparence; ce rapport a été publié hier. L'Agence européenne va également publier un rapport. On reste dans des événements très rares. Ce qui est important, c'est que ces événements présentent deux intérêts: en termes de transparence et selon la façon dont ils sont rapportés.

Premièrement, l'AFMPS a mis également un système de surveillance un peu plus important au point, avec des recommandations de rapport de ces effets indésirables, quels qu'ils soient, soit en utilisant la plateforme Vaccinnet qui ramène sur le site de l'AFMPS, où tant les professionnels de la santé que les patients peuvent rapporter des effets indésirables. Aujourd'hui, je serais un peu malheureux de trouver un professionnel de la santé qui n'est pas au courant qu'il peut rapporter des effets indésirables, y compris sur base de l'Agence des médicaments et des produits de santé. Cela a été rappelé ici. Il y a des *webinars* à chaque fois. On informe. D'un point de vue pratique, cela relève aussi de la responsabilité des professionnels de la santé d'utiliser ces plateformes qui sont disponibles. Les patients peuvent rapporter ces effets indésirables depuis juillet 2012. Ce n'est pas nouveau.

Ces informations sont également rapportées dans les SOP et sur des cartes-patients qui peuvent être également distribuées suivant les vaccins.

Le deuxième point important concerne Vaccinnet. On enlève le terme Vaccinnet, si vous le voulez bien. C'est une demande de l'OMS, de l'Agence européenne des médicaments, d'assurer la traçabilité du vaccin chez les patients ou chez les vaccinés. Pourquoi? Nous avons besoin de ce fameux dénominateur, du nombre de personnes qui sont vaccinées, pour calculer l'incidence des événements indésirables. Je viens de vous en parler, c'est un cas sur 100 000. Si vous ne connaissez pas le nombre de personnes vaccinées, vous ne pouvez trouver ce chiffre.

Deuxièmement, une question portait sur ce qui devait être mentionné dans cette base de données. C'est bien évidemment le nom du vaccin, la dose et le numéro de lot. En effet, on peut avoir des *clusters* d'événements indésirables qui viennent d'un lot défectueux, d'où l'importance de rapporter ce numéro de lot.

En ce qui me concerne, la traçabilité est avant tout un outil de sécurité et pas du tout un outil pour suivre les gens qui sont vaccinés. On travaille sur des bases de données anonymes. Je voulais le mentionner.

Je terminerai sur la transparence de ces informations. En ce qui concerne les événements indésirables, la transparence est totale. Les sites sont d'ailleurs accessibles gratuitement pour tout qui veut aller rechercher

ces informations, tant au niveau européen qu'au niveau belge. Des rapports seront publiés de manière proactive par l'agence belge. Celle-ci vient de publier son premier rapport hebdomadaire sur les événements rapportés au niveau national. Elle l'a publié hier. Toutes les semaines, elle va publier les événements indésirables qui lui sont rapportés. L'Agence européenne et l'ECDC le font également.

Nous tenons évidemment énormément à la transparence sur ces événements indésirables, puisque nous savons que c'est la première raison pour laquelle les personnes peuvent être hésitantes.

01.50 Pierre Van Damme: Ik kan daar vooral op aanvullen dat wij op basis van het rapport van de Centers for Disease Control and Prevention, naar aanleiding van de anafylactische reacties die wij gisteren mochten lezen, overwogen om onze *standard operating procedures* te herbekijken, niet zozeer in de zin van contra-indicaties, maar vooral met het oog op het meer gericht bewaken van mensen na de vaccinatie.

Het zou best kunnen dat wij – dat gaan wij met de taskforce bespreken – mensen die een allergische voorgeschiedenis hebben in de zin van een ernstige anafylaxie, bijvoorbeeld ook op andere elementen dan bestanddelen van een vaccin, geen kwartier maar 30 minuten in de gaten zullen houden. Het is nu ook een beetje de aanbeveling van de CDC in de Verenigde Staten om dat bepaald profiel van mensen langer in de gaten te houden. Het was ook heel opvallend dat het meer vrouwen dan mannen zijn in die rapportering, dus wij zullen daar ook aandacht voor hebben. Dat is het eerste punt.

Ten tweede, een terechte vraag betreft mensen in de maatschappij die rondlopen met een adrenalinepen of EpiPen. Die mensen zijn zeer bezorgd over dit soort interventies. Het zou een idee kunnen zijn – ook dat moeten wij nog met de taskforce bespreken, want dat idee dateert van vandaag – om die mensen een aparte plaats te geven om de vaccinatie op een zeer voorzichtige, intramurale wijze te geven, zodat zij niet uit de boot vallen en ook alle garanties hebben dat wij dat op een voorzichtige manier doen.

De **voorzitter:** Dank u wel, mijnheer Van Damme.

Ik vond het belangrijk dat wij de tijd namen om alle antwoorden te krijgen van de taskforce. Zijn er nu nog vragen voor de leden van de taskforce?

01.51 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de voorzitter, ik wil eerst ingaan op de manier van werken. Het was niet ideaal dat wij onze repliek gaven voordat wij een antwoord kregen, maar dat moeten wij maar eens bespreken bij de regeling der werkzaamheden.

De **voorzitter:** Ik ga akkoord dat het niet ideaal was, maar de minister heeft u op zijn minst gehoord.

01.52 Kathleen Depoorter (N-VA): Het was geen kritiek op u, mijnheer de voorzitter.

De **voorzitter:** Ik doe het zoals ik het kan doen.

01.53 Kathleen Depoorter (N-VA): De koppeling tussen Vaccinnet en het GMD vind ik absoluut een goede zaak, want dat zal echt nodig zijn voor de opvolging. De prioritering van de zorgverstrekkers vind ik uiteraard ook goed.

Wat de vaccinatoren betreft, heb ik nog een bezorgdheid over de minder mobiele patiënten meegekregen van de huisartsen. U sprak over de vaccinatiedorpen, maar het is belangrijk dat minder mobiele patiënten bij de huisarts zelf, in een latere fase eventueel, kunnen worden gevaccineerd. Daar moeten wij aan denken, maar ook aan de twijfelaars, mensen die echt bij hun persoonlijke huisarts zouden willen gaan om zich te laten overhalen en om zo toch aan 70 % te raken.

Omtrent de verklaring van het EMA stelt u mij wel gerust. Ik vond het wat tegenstrijdig. Door politici wordt gezegd dat wij andere standaarden zullen gebruiken, maar eigenlijk had u een andere standaard dan wat door het EMA was uitgesproken. Dat is nu rechtgezet.

Ik heb geen antwoord gekregen op de vraag waarom er geen unieke barcode gebruikt wordt. Professor Dogné had het wel over de lotnummers, wat inderdaad al een piste is, maar wij werken in de farmacie met unieke barcodes, dus een uniek barcodesysteem kan nog veel sluitender zijn. Wanneer elke flacon een unieke barcode heeft, worden de risico's nog meer beperkt.

In verband met de anafylactische shock denk ik dat het een goed plan is om de echt bezorgde patiënten apart te vaccineren. Ik heb ook een studie van de KUL gelezen over de effecten op de bloeddruk. Hebt u ook in speciale behandelingen voor die patiënten voorzien?

Tot slot, heb ik in verband met de oproepingsbrief juist begrepen dat er een link naar de huisarts wordt gemaakt? (*Bevestiging*)

Prima, dank u.

01.54 Barbara Creemers (Ecolo-Groen): Mijnheer de voorzitter, ik heb nog geen antwoord gehoord op de vraag of de nu voorliggende timing kan worden aangehouden als er een derde golf uitbreekt. Daarmee bestaat er enige ongerustheid. Bestaat er in voorkomend geval een plan B?

Ik had ook een vraag gesteld over de kwetsbare doelgroep, bijvoorbeeld mensen zonder rijksregister-nummer. Ik weet niet of die vraag nu beantwoord kan worden, maar ik blijf over die groep wel bezorgd.

01.55 Hervé Rigot (PS): Monsieur le président, je souhaite revenir très brièvement sur le choix du vaccin. Comme l'a montré la présentation, chaque vaccin a évidemment des effets secondaires différents ainsi qu'un taux d'efficacité différent. AstraZeneca a un taux nettement inférieur aux deux autres vaccins validés actuellement. Le propos était de dire tout à l'heure que cela demeure un taux très élevé. Sans aucun doute mais entre 70 % et 94 %...

Comment les choix seront-ils opérés lorsque les vaccins seront présents en même temps sur le marché? Qui bénéficiera de quel vaccin et selon quelles bases? Y aura-t-il des critères liés à la vulnérabilité ou aux effets secondaires? Cela se fera-t-il au choix du citoyen? Si je me place en tant que citoyen et si je dois choisir aujourd'hui, naïvement, je préfère évidemment celui qui a la plus haute efficacité. Comment faire alors pour qu'il n'y ait pas de problème lorsqu'on aura ce choix de vaccin, qu'on espère à un moment donné, et qu'il n'y ait pas une concurrence entre les citoyens ou entre les centres de vaccination?

01.56 Dominiek Sneye (VB): Mijnheer de voorzitter, mijne heren, in een interview stelde professor dokter Theo Schetterers dat vaccinatie met een mRNA-vaccin aanleiding zou kunnen geven tot auto-immuunziekten. Wat is uw mening daarover? Vindt u dit klinkklare onzin? Of is het iets waarmee u inderdaad rekening houdt? Hebt u dit meegenomen in uw risicoanalyse?

Dan heb ik een bedenking in verband met de vaccinatoren. U hebt erover nagedacht, dat is uiteraard zeer goed. De zorgdeskundigen die nu werken in de testdorpen, zullen daar blijven werken, denk ik, hoop ik. Wij zullen dus toch wel over een zeer groot contingent mensen moeten kunnen beschikken, los van de testers, die ook spuiten kunnen zetten. Ik neem aan dat de testers blijven. Met de derde golf in het vooruitzicht, als wij professor Snoeck mogen geloven, zullen die zeker nodig zijn. Daarnaast zal een, misschien wel even groot, contingent vaccinspuiters nodig zijn.

Een volgende vraag had ik misschien beter aan de minister gesteld, maar ik wil ze toch even hier in de groep gooien. Hoe komt het dat de vaccinatiestart in Wallonië sneller ging dan in Vlaanderen. Volgens Bart De Wever was dat omdat Wallonië de afspraken niet nakwam. Ik had daarover graag uw gedacht gekend.

Mijnheer Ramaekers, het volgende was mij niet echt duidelijk. U zegt dat u zicht hebt op het aantal naalden dat u zult nodig hebben, maar dat er op een bepaald moment zal moeten overgeschakeld worden op grotere naalden. (*De heer Ramaekers geeft aan van nee, geen grotere naalden*)

Gaat dat over grotere dosissen? Ik begrijp het niet goed, ik ben niet medisch opgeleid. Graag zou ik daarover wat meer uitleg krijgen, om zeker te zijn dat het probleem zeker niet daar zit.

De politieke visie was steeds om het vaccin niet te verplichten. Ik heb hier nogmaals gehoord dat wij toch gaan voor een vaccinatiegraad van 70 %. Blijven wij bij het niet verplichten van de vaccinatie, ook als wij die 70 % niet halen?

De **voorzitter**: De leden van de taskforce kunnen nog even blijven, dus dan kunnen alle vragen nog gesteld en beantwoord worden.

01.57 Nawal Farih (CD&V): Mijnheer de voorzitter, ik had een vraag over de psychiatrische patiënten, een

doelgroep van ongeveer 150.000 patiënten, die in psychiatrische ziekenhuizen ook samenleven. Wij weten dat het voor hen veel moeilijker is om de coronaregels te begrijpen.

Zitten zij in de eerste fase ook als prioritaire groep? Ik zie hen immers ook als een kwetsbare doelgroep. Indien niet, wanneer is het dan tijd voor hen in fase 1 of 2, om in aanmerking te komen voor een mogelijke vaccinatie?

01.58 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Mijnheer de voorzitter, ik dank de experts omdat zij nog iets langer kunnen blijven.

Ik wil immers toch nog even ingaan op de vraag of mijn kritiek van daarjuist. U neemt natuurlijk niet de politieke beslissingen. Het gaat echter over de zoektocht naar de manier om zo snel mogelijk zo veel mogelijk mensen te vaccineren, vooral zij die tot de risicogroepen behoren, niet alleen in de woonzorgcentra maar ook alle 80-plussers die nog thuis wonen.

Ik heb geen antwoord gekregen op mijn vraag waarom wij die tussenperiode van 42 dagen niet toepassen, hoewel dat op de bijsluiter stond. Op die vraag is geen antwoord gekomen. Waarom wordt niet voorgesteld aan mensen die antilichamen hebben ontwikkeld om zich niet prioritair te laten vaccineren?

Ik heb nog een vraag die niet op die problematiek ingaat maar wel op de eventuele doeltreffendheid van de vaccinatiecampagne. Is het vaccin al dan niet efficiënt voor de nieuwe Engelse variant? Op die vraag heb ik ook geen antwoord gekregen.

U neemt niet de politieke beslissingen maar ik wil niettemin nog even de nadruk leggen op de overlast bij de huisartsen. Ik las gisteren in de krant immers dat de eerstelijnszones een en ander concreet zullen moeten realiseren. Ik hou dan ook mijn hart vast. Ik ben zelf ook huisarts. Er is al heel veel van de huisartsen gevergd. Het is vooral nodig dat de huisartsen hun patiënten goed kunnen informeren en ervoor kunnen zorgen dat zij de namen van de patiënten die zij kennen, die tot de risicogroepen behoren en het vaccin zouden moeten kunnen krijgen, op een efficiënte manier kunnen melden aan de overheid, die er dan kan voor zorgen dat die personen worden gevaccineerd.

Ik dring nogmaals aan, met het fiasco van het griepvaccin in gedachten, waar wij compleet machteloos stonden tegenover onze patiënten die dat griepvaccin niet te pakken kregen.

Ik wil ook nog eens het volgende benadrukken. Er werd niet gereageerd op het feit dat de testcentra en de vaccinatiecentra fysiek op dezelfde plaats zouden zijn. Indien er een derde golf of een verhoging van het aantal besmettingen zou zijn, ben ik ter zake ook niet gerustgesteld. Zo is het mogelijk dat mensen samen met de wagen komen, de ene om zich te laten vaccineren en de andere om een test te doen. Ik wil enkel zeggen dat ik daar een gevaar zie.

01.59 **Catherine Fonck** (cdH): Monsieur le président, messieurs, je vous remercie.

Je voudrais insister sur l'importance de disposer de capacités de vaccination de proximité lorsque nous vaccinerons plus largement, notamment pour atteindre des personnes en difficulté. Je pense qu'il y a vraiment moyen d'intégrer les médecins généralistes, surtout lorsque nous disposerons d'unidoses. Cela me semble plus compliqué avec des multidoses.

Sur le volet des vaccinateurs, je trouve qu'il faudrait dès maintenant envisager des tandems médecin-infirmier. Nous savons qu'il faudra être optimal quand nous aurons les centres de vaccination de proximité. Nous pourrions déjà commencer à constituer des tandems de médecins et d'infirmiers pour avoir une bonne capacité d'équipes de vaccinateurs. Cette piste devrait être explorée.

Sur la sixième dose, ce n'est pas un positionnement politique. D'ailleurs, plusieurs pays ont pris cette décision et l'appliquent depuis plusieurs semaines. Je vous avoue que cela me déçoit, quand on voit que plusieurs milliers de doses n'ont pas été utilisées chez nous. Je vous avoue que cela m'a fait mal aux tripes, hier, parce que c'était autant de personnes qui auraient pu être vaccinées en plus. La U.S. Food and Drug Administration l'a déjà validé depuis plusieurs semaines, de même que la Suisse et le Danemark, pour ne prendre que quelques exemples. Donc, surtout, allons-y! 2,2 ml: il n'y a pas photo! Il y aura même parfois une septième dose. Mais je pense que par sécurité, il faut effectivement s'en tenir à six doses.

Sur le choc anaphylactique, j'ai vu hier cette étude décomptant 21 anaphylaxies sur 1,8 million de doses. Cela représente 11 personnes pour 1 million d'injections aux USA. Je me permets une suggestion.

Je me rends compte que du côté des vaccinateurs, on se retrouve parfois face à des personnes – puisque l'on vaccine aussi le personnel – qui ont des antécédents allergiques, qui ont déjà fait un œdème de Quincke, par exemple. Ne pourrions pas avoir une aide à la décision? Pas pour tout, pas pour trois plaques d'urticaire. Nous savons que ces personnes-là doivent être surveillées pendant 30 minutes. Mais pourrions-nous avoir une aide à la décision d'un spécialiste en allergologie, y compris sur les volets vaccin, qui tienne compte de toutes les données publiées? Cela permettrait aux vaccinateurs de bénéficier d'une aide pour trancher la question de savoir s'il convient de vacciner, en cas d'antécédents allergiques, notamment d'œdème de Quincke – aujourd'hui, c'est complètement contre-indiqué – ou de choc anaphylactique. Il y a entre autres la question du polyéthylène glycol.

Je me dis que dans les semaines qui viennent, cela pourrait être un appui supplémentaire. Je me permets cette suggestion très concrète.

Je reste dans l'attente de pouvoir examiner les pistes pour vacciner d'abord les non-immunisés surtout quand on ne dispose pas de beaucoup de vaccins. L'étude sortie, hier, sur les anticorps acquis avec une durée de huit mois est quand même interpellante comme la possibilité d'utiliser la deuxième dose dans les 42 jours et non pas dans les 21 jours, à tout le moins chez les personnes plus jeunes; en effet, les personnes plus âgées ont vraisemblablement besoin des deux doses puisqu'elles ont plus de difficulté à obtenir une immunité.

Quant au projet d'éventuellement augmenter nos capacités de production pour l'ensemble de l'Europe à partir de nos sites belges, que ce soit celui de Puurs ou en collaboration avec une autre société pharmaceutique, j'ignore s'il relève de vous ou des politiques.

Enfin, est-ce la *task force* qui doit valider l'utilisation des 60 000 doses dans les congélateurs ou est-ce une décision des politiques? Si c'est dans vos mains, pouvez-vous envisager cette question, même dès ce week-end? Commencer à vacciner dans les hôpitaux les soignants à risques serait tout à fait faisable. Les équipes peuvent rapidement être mises en place ou, en tout cas, au tout début de la semaine prochaine. Vous le savez, avec la sixième dose, la semaine prochaine, on n'aura pas 83 000 doses mais une capacité d'une centaine de milliers de doses. Allons-y! Je ne sais pas si cette décision dépend de vous ou des politiques. J'aimerais qu'on puisse clarifier ce point.

01.60 Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le président, je souhaiterais revenir sur quelques points.

Pour ce qui concerne le fait de retarder l'administration de la deuxième dose comme le permet l'OMS dans sa dernière recommandation tout en précisant que cela ne viserait que des circonstances exceptionnelles, j'aimerais que si l'on se dirige vers cette stratégie-là, on reste dans le cadre de circonstances exceptionnelles et que cela ne devienne pas la norme.

J'entends que cette stratégie n'est pas retenue pour l'instant car trop d'inconnues l'entourent. Mais ne pourrait-on pas appeler l'Union européenne à coupler les différentes études sur ce sujet pour avoir une vue globale et plus claire? Je pense que l'Union européenne peut avoir son rôle à jouer.

Enfin, en ce qui concerne la communication, M. Englert, lors de son passage mercredi à la RTBF, a expliqué que pour l'instant, la communication mise davantage sur le personnel soignant et sur les médecins parce que d'instinct les personnes se dirigent vers leur médecin pour poser des questions. À côté de cela, il ne faut pas oublier le grand public. Beaucoup de personnes préfèrent, par exemple, chercher les informations sur les réseaux sociaux; il ne faut vraiment pas négliger ces canaux-là.

C'est notamment ce qu'a fait Israël, qui a investi massivement dans la communication via les réseaux sociaux à destination de sa population. En outre, un effet d'emballement a été constaté en raison du fait que des personnalités notoires se sont fait vacciner. Ne pourrait-on pas diffuser de l'information relative au nombre de personnes qui se font vacciner dans le monde et au nombre peu important d'effets secondaires? Cela pourrait contribuer à rassurer les gens.

Par ailleurs, ne pourrait-on pas rendre publics les dossiers d'approbation des vaccins par l'Agence européenne des médicaments? En effet, l'opacité ne sert pas à cette campagne de vaccination. Plus on

assurera la transparence, plus facilement on atteindra le taux de vaccination requis, sachant que ce taux devra être plus important s'il devait s'avérer que la fameuse variante britannique du virus est plus virulente. Nous devons donc faire preuve de vigilance par rapport à cette question.

01.61 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de voorzitter, ik profiteer er even van nu de heren professoren nog even aanwezig zijn.

Op een aantal vragen werd nog niet geantwoord, dacht ik. We willen een vaccinatiegraad van 70 % bereiken. Is dat geteld op de hele bevolking of enkel op de 18-plussers? Als het voor de hele bevolking is en we vaccineren de -18-jarigen niet, dan mogen we slechts weinig vaccinatieweigeraars hebben om tot 70 % te geraken. Heeft men een strategie in gedachten voor de -18-jarigen als we daar meer studies over hebben?

Inzake de risicopersonen kreeg ik geen antwoord welke aandoeningen een verhoogd risico met zich meebrengen. Ik begrijp dat pas later zal worden uitgeklaard hoe die mensen te bereiken. Inzake natuurlijke immuniteit zijn er een aantal steekproeven geweest, waarvan wij de resultaten kennen via Sciensano. Epidemiologische modellen geven echter aan dat er sprake zou kunnen zijn van een natuurlijke immuniteit van 29 %. Is dat volgens u realistisch? Kunnen we daarvan geen gebruik maken om sneller, alleszins voorlopig, tot 70 % inzake immuniteit te komen?

Ook mijn laatste vraag zag ik nog niet beantwoord. Werd de evenementensector aangesproken om bij te dragen of mee te helpen aan de organisatie van de massavaccinaties?

Le président: Quelqu'un d'autre souhaite-t-il encore poser des questions? (*Non*)

Je donne la parole aux membres de la *task force* en remerciant d'être encore présents.

We zien inderdaad de minister dinsdag, zoals mevrouw Rohonyi herhaalde. Dit wat de meer politieke vragen betreft. Die keuze laat ik uiteraard aan u over.

01.62 Dirk Ramaekers: Misschien even benadrukken dat wij met zijn drieën hier al even zitten te popelen om op een aantal vragen te kunnen antwoorden. Ik zal snel proberen te zijn. Pierre en Jean-Michel zullen mij ongetwijfeld aanvullen.

Wat de minder mobiele patiënten betreft, ook daar denken we al aan. Dat is een kleinere groep, maar een belangrijke groep. Ik denk dat we vanuit de vaccinatiecentra in functie van de specificiteit van het vaccin mobiele ploegen zullen ontwikkelen. Daar wordt nu al aan gedacht. Brussel, een belangrijke partner van onze taskforce, is daar het verst in gevorderd. Dat zullen we zeker oplossen.

Ik heb ook heel duidelijk de vraag genoteerd van Tristan, toch wel een aantal jongere personen met ernstige aandoeningen. Uiteraard begrijpt de taskforce dit en het is evident dat dit onze aandacht trekt.

Bij de start van de vaccinatiestrategie werd in de eerste plaats gemikt op de grootste winst. U weet dat de mortaliteit bij COVID-19 stijgt met de leeftijd. Ook de Hoge Gezondheidsraad heeft benadrukt dat leeftijd de allerbelangrijkste risicofactor blijft. Daarnaast zijn er risicopatiënten, wat in hun advies en ons uitgebreid rapport beschreven is. Het gaat daarbij om de chronische patiënten, in eerste aanzet die tussen 45 en 65 jaar. Dat zijn diabetespatiënten, mensen met nierziekten, leverziekten enzovoort. Het gaat dus om een vrij ruime groep en het was ons in december al duidelijk dat de leeftijdsgrens van 45 jaar arbitrair was.

Op dit ogenblik bereidt de Hoge Gezondheidsraad, een zeer belangrijke partner van de taskforce, dan ook een update van het advies voor. Er zal de komende weken een update komen, maar er zullen er ongetwijfeld nog meer moeten volgen. De bijkomende risicogroepen zullen bepaald worden en het is natuurlijk niet de bedoeling dat de risicogroepen die momenteel nog niet benoemd zijn achteraan moeten aanschuiven. Dat aspect heeft absoluut de aandacht van de taskforce en er wordt aan gewerkt.

Ik heb al toegelicht dat we menen dat de huisartsen het best geplaatst zijn voor het opsporen van de risicogroepen, om het signaal vanuit hun medisch dossier te kunnen geven. De suggestie is gedaan om ook naar andere gegevens te kijken en ik heb nog niet de tijd gehad om dat uit te leggen. Dit is echter al voorzien in onze methodiek. Het betreft de ziekenfondsgegevens, bijvoorbeeld over geneesmiddelen, maar ook het kankerregister. Ook die zaken zullen gebruikt worden om de risicogroepen te identificeren. We zullen die

mensen in de juiste fase contacteren om desgewenst een afspraak te maken voor vaccinatie.

Wat betreft de discussie over de barcode, het lotnummer en de CNK-code, dat moet zeker verder bekeken worden. Er zijn ook afspraken tussen het geneesmiddelenagentschap en Pfizer. Ik zal daar geen verdere details over geven omdat ik niet over alle antwoorden beschik. Ik heb het echter alleszins genoteerd.

Wat de impact op de bloeddruk betreft, is het beschreven dat de vaccinatie even op de bloeddruk kan inwerken. Vandaar ook de wachttijd van 15 tot 20 minuten. Als dit zich voordoet, dan gebeurt het immers in principe vrij snel. Dat is geen nevenwerking waarover wij ons ernstig zorgen maken. Op anafylaxie zijn we al uitgebreid ingegaan en we zijn daar heel waakzaam voor. Voor de groep van mensen met ernstige allergieën, bijvoorbeeld diegenen die een EpiPen moeten gebruiken, moeten we absoluut een oplossing vinden. We weten namelijk al op voorhand dat zij een serieus hoger risico op nevenwerkingen hebben.

Wat de derde golf betreft, de taskforce heeft die uitgebreid besproken en heeft al een signaal gegeven. Laten wij wel wezen, een succesvolle vaccinatiestrategie zal hand in hand gaan met alle andere maatregelen die we naargelang de incidentie, zo gedisciplineerd mogelijk kunnen voortzetten. U moet dat aan ons drieën niet vragen, want wij zouden op een aantal punten graag nog wat meer discipline zien, zodat de cijfers nog beter worden. Op dit ogenblik is er een redelijk gunstige evolutie. Hoe gunstiger die wordt, hoe meer capaciteit wij in de vaccinatiecentra zullen hebben.

Mijn persoonlijke opinie is dat bij een *full-blown* derde golf ons gezondheidssysteem overspoeld zal worden, zoals wij op sommige plaatsen in de eerste en tweede golf hebben gezien. Ik blijf er dus de nadruk op leggen dat de twee zullen moeten samengaan. We moeten dus ook proberen de incidenties beperkt te houden. Het commissariaat wil dan ook dat wij de beheersstrategie goed afstemmen met onder meer de testing. Er is heel wat interactie, maar als er een *full-blown* derde golf komt, dan zal die wel een impact hebben op onze strategie, hoewel wij er nu al over aan het nadenken zijn om meer mensen, ook andere mensen – onder supervisie van, kwalitatief in orde – in te zetten. Wij delen die bezorgdheid dus.

U had ook vragen over mensen in collectiviteiten. Ook die zijn opgenomen in onze strategie. Wij zijn ons bewust van het leeftijdselement en de kwetsbaarheid. Daarom waren de woon-zorgcentra de eerste groep. In de strategie wordt die onmiddellijk gevolgd door alle andere collectieve zorginstellingen. Er zijn er al een aantal vernoemd. Ik kan er u ook nog andere opsommen. Wij hebben van de deelstaten de eerste inventaris van die instellingen gekregen. Er werd zelfs vanmorgen nog over gecommuniceerd. Zij volgen in een volgende fase, na de woon-zorgcentra, met de beschikbare vaccins. Ik kan u daarover absoluut geruststellen. Ook bepaalde andere collectiviteiten werden hier al genoemd, zoals asielcentra. Ook daarover hebben we al een eerste overlegmoment gehad. Ook daarvoor zullen wij een oplossing vinden.

De naalden en de spuiten, dat hebben we misschien nog onvoldoende uitgelegd. Ik heb niet gezegd dat er met grotere of dikkere spuiten zal moeten worden gewerkt. Ik wil dat toch benadrukken, zodat er geen bepaald beeld ontstaat. De naalden zelf zijn altijd kleine naaldjes. Als het kan, gebruiken we tuberculinespuiten, dus heel kleine en precieze spuiten. We hebben er daarvan heel wat gekocht, maar omdat die markt wereldwijd onder druk staat, is het niet uitgesloten dat we op een bepaald ogenblik, als we nog meer vaccins moeten toedienen, ook andere kleine spuitjes zullen moeten gebruiken. Dat bedoelde ik. Er is niets mis met die spuitjes, maar ze zijn iets minder gemakkelijk precies te doseren en zullen dus ook een potentiële impact hebben op die exacte kwantiteit. Ik bedoelde dus absoluut niet dat mensen met een dikke spuit zullen worden gevaccineerd.

Het verplichten van de 70 % is inderdaad eerder een politieke beslissing geweest. We zijn gestart met een campagne voor vrijwillige vaccinatie omdat we ervan uitgaan dat goed geïnformeerde burgers de juiste keuze kunnen maken. Ik weet niet hoe dat verder zal evolueren. Op een bepaald ogenblik kan het zijn dat de taskforce zich daarover zal buigen, maar op dit ogenblik zetten we maximaal in op vrijwillige vaccinatie en op het proberen mensen te overtuigen van de meerwaarde van de vaccins. We zullen op termijn zien hoe dit evolueert en desgevallend een advies in de een of andere richting formuleren. Ik kan daar moeilijk op vooruitlopen.

Wat de huisartsen betreft, ik wil toch nog eens benadrukken dat de huisartsen zich fantastisch hebben ingezet. Ik stel nu vast dat de huisartsen en hun verenigingen samen met andere zorgverstrekkers opnieuw hun verantwoordelijkheid opnemen. Ik zou hen zelfs als drijvende kracht willen typeren.

Vragen wij inspanningen van hen? Ja, maar wij merken dat niet alleen de huisartsen, maar ook anderen

daarin opnieuw het voortouw nemen. Het kan niet zonder hen. Met alle sympathie, ook van onze kant. Ik denk dat ze al enorme inspanningen hebben geleverd en dat de komende maanden en het komende jaar verder zullen doen, maar het is niet eenvoudig voor hen. Ik wil benadrukken dat wij ons daarvan bewust zijn. De mentale belasting die heel wat van onze zorgverstrekkers ervaren is niet min. Wel is er het feit dat we langzaam het licht aan het einde van de tunnel zien komen voor hen ook wel een hart onder de riem.

De combinatie van test- en vaccinatiecentra zit om evidente redenen niet echt in ons prioritair model. Toch kan het op een bepaald ogenblik wel zijn dat bepaalde test- of vaccinatiecentra wel zouden dienen als ander centrum. Dit zou infrastructuurueel kunnen. Sommige centra zullen misschien gebruikt kunnen worden voor specifieke doelgroepen. Dat sluiten we niet uit.

En ce qui concerne la question relative à l'unidose, quand on a des unidoses, on entre plutôt dans le schéma d'une vaccination classique. On n'a plus tous ces problèmes de distribution et de décongélation, etc.

Ik wil nog een puntje benadrukken, over de diepvriezers. Wekelijks komen er nu dosissen toe. Vanaf het moment dat die dosissen begonnen toe te komen, werden ze getransporteerd naar de ziekenhuishubs. Vandaar gaan ze naar de woon-zorgcentra. Het is inderdaad zo dat men in de eerste week vrij voorzichtig is gestart.

Als we zien hoeveel tienduizenden woon-zorgcentrabewoners en personeel er de komende week op de lijst staan ingepland, met daarbij een versnelling door de bijkomende zekerheid van Pfizer – we hebben dat gisterenavond ook in de taskforce bekeken –, dan zullen die dosissen opgebruikt geraken als de bijkomende vaccins en het Moderna-vaccin er niet bij komen.

Daar zit altijd een *time lag* op. Het feit dat er nu exponentieel wordt gewerkt, heeft er even extra impact op gehad. Volgende week zit men op kruissnelheid. Dan zullen de dosissen systematisch worden gebruikt. We hebben dus eerder een omgekeerde ongerustheid voor binnen een paar weken.

Wat als binnenkort blijkt, want we hebben nog geen finaal rapport van AstraZeneca, dat de cijfers van de werkzaamheid zouden verschillen? Dat zou kunnen.

Voor dat antwoord geef ik het woord aan de heer Dogné.

01.63 Jean-Michel Dogné: Monsieur le président, je reprendrai certaines questions et, ensuite, Pierre Van Damme enchaînera avec d'autres.

En ce qui concerne la traçabilité, pour chacun des vaccins, on s'adapte pour avoir un système harmonisé entre les pays et entre les vaccins pour assurer la traçabilité. L'Agence européenne recommande que tant le nom que le numéro de lot du produit administré doivent être clairement enregistrés. Mais il est vrai, madame Depoorter que le système n'est pas mentionné. Je suis tout à fait d'accord avec vous. En Belgique, on a proposé d'avoir un système de code-barres 2D. Ce qui est intéressant, c'est que ces discussions peuvent être nationales.

Maintenant, un système de code-barres 2D doit aussi être utilisable, utilisé et être amené dans la base de données, là où ce sera encodé. Les pharmacies en ont évidemment l'habitude; les centres de vaccination pas forcément. Il ne s'agit pas juste d'avoir le pistolet pour lire le code-barres. Il faut aussi avoir le programme qui le permet. Comme mentionné par le président, c'est en cours d'étude avec les firmes, tant Pfizer que Moderna. C'est quelque chose qu'on soutient et je vous remercie de le soutenir également.

En ce qui concerne la question sur les vaccins mRNA, je n'ai pas très bien compris si elle portait sur l'augmentation du risque de maladies auto-immunes ou sur la problématique des données chez les patients immunodéprimés. Je répondrai donc aux deux aspects.

Les patients immunodéprimés ont été exclus des études mais ne sont pas contre-indiqués, estimant qu'on peut avoir moins d'efficacité chez ces personnes. Ces patients font par ailleurs – j'ai parlé des études post-marketing qui sont en cours et qui sont des *commitments*, c'est-à-dire que la firme s'engage à réaliser – également l'objet d'études, malgré le fait que le produit se trouve sur le marché. On aura des données concernant les patients immunodéprimés. Il faut quand même savoir que toute une série de patients immunodéprimés étaient indirectement inclus. Dans les études Pfizer, on avait un certain nombre de patients HIV positifs, souffrant d'hépatite C même si ce n'est pas une immunodéficience en tant que telle.

Par contre, pour ce qui est du risque d'augmenter les maladies auto-immunes, ce risque est lié à tous les vaccins car, par définition, on sait que cela peut arriver. Les vaccins HPV ont été étudiés dans ce cadre-là ainsi que d'autres vaccins. En l'occurrence, j'ai parlé de la préparation à la fois au niveau national, international et au niveau de l'OMS. On a établi une liste de ce qu'on appelle les *adverse events of special interest* qui ne sont pas des événements indésirables liés à la vaccination des vaccins actuels mais qui pourraient éventuellement survenir et pour lesquels on doit étudier ce qu'on appelle "les taux d'incidence de base" de ces maladies auto-immunes, notamment. Cela ne vaut pas uniquement pour les maladies auto-immunes. C'est le syndrome de Guillain-Barré. On a parlé aussi de myélite transverse pour le vaccin Oxford. On étudie les taux d'incidence de base au préalable avant les campagnes de vaccination – et on les a – pour après analyser si on voit une augmentation de ces taux d'incidence de base auprès de la population vaccinée. C'est en cours d'étude au fur et à mesure que les données apparaissent. Ce n'est pas uniquement lié au vaccin mRNA. Ce sera pour l'ensemble des vaccins. Je tiens à rassurer du suivi.

Ces études ne vont pas permettre d'empêcher des risques. Que les choses soient claires! Si un risque d'augmentation devait apparaître, on va l'identifier le plus tôt possible – c'est ce qu'on espère – et le remettre dans le contexte de la balance bénéfices-risques éventuels. Cela a été prévu et c'est en cours: tant les études chez les patients immunodéprimés que les risques de maladies auto-immunes.

Troisièmement, avant de céder la parole à Pierre, il a été question de rendre publiques les évaluations. C'est le cas, je tenais à vous rassurer: l'Agence européenne a rendu publique l'évaluation du vaccin Pfizer. Elle avait indiqué qu'elle le ferait dans les trois jours qui suivraient l'autorisation de la Commission des médicaments. De mémoire, celle-ci a rendu son avis le 21 décembre en ce qui concerne le vaccin Pfizer. Trois jours plus tard, ce que l'on appelle "l'évaluation publique scientifique" a été fournie. C'est un document de 140 pages, disponible sur le site de l'Agence européenne des médicaments. Peut-être est-ce est ligne depuis aujourd'hui pour le vaccin Moderna, mais je vais vérifier. Bref, l'Agence européenne s'est engagée à une totale transparence des données d'évaluation en général et d'évaluation mensuelle des événements indésirables, voire plus. Nous y avons accès quotidiennement.

Le *dashboard* concerne l'information grand public quant au nombre de vaccins administrés dans le monde. Ce n'est pas pour rien que vous nous avez vus, avec Yvon Englert, à la RTBF. En effet, nous essayons de toucher au maximum le grand public via des débats. Le *dashboard* mondial est disponible sur différents sites, raison pour laquelle je vous ai parlé de 15/16 millions de vaccins. Une importante campagne grand public se prépare avec Yvon Englert. Nous ne ménageons pas nos efforts pour communiquer de telles présentations. Vous aurez peut-être vu passer certaines présentations mises à jour et disponibles sur internet.

Enfin, je vous remercie de vos suggestions pour les événements indésirables en cas d'anaphylaxie. Nous venons d'en discuter avec Pierre, hier soir et ce matin, afin de rendre disponibles les meilleures informations, qui soient les plus adéquates possible. Des questions ont été posées à ce sujet. Comme vous l'avez suggéré, nous voulons fournir un arbre décisionnel adapté.

J'ai déjà identifié des spécificités intéressantes. Plus de 90 % sont des femmes, sans que nous en connaissions la raison exacte. Plus de 80 % ont eu des réactions allergiques. En vaccinant, nous apprenons aussi. Le Royaume-Uni a été le premier à autoriser le vaccin, de mémoire, en date du 8 décembre. Deux jours plus tard, les autorités l'ont "contre-indiqué" pour les personnes ayant des antécédents de réaction allergique à la nourriture, par exemple. Et puis, elles sont revenues en arrière et se sont adaptées à ce qui été fait à la FDA et l'EMA. Maintenant, l'ECDC propose aussi, comme vous l'avez justement souligné, de limiter le recours au vaccin chez les patients ayant fait des allergies au polyéthylène glycol. Nous devons donc nous adapter au jour le jour. C'est un aspect important, et je vous remercie d'avoir souligné cette nécessité de fournir un document adéquat et optimal aux décideurs.

01.64 Pierre Van Damme: Mijnheer de voorzitter, dames en heren, ik wil u in naam van de taskforce, zoals mijn collega's gezegd hebben, bedanken voor de interessante input die u geeft, ook vanop het terrein. Dat doet ons enorm veel deugd. Onder andere nadenken over bijvoorbeeld een algoritme om mensen die allergisch zijn, te helpen beslissen, vind ik een schitterend idee om meteen mee te nemen. Misschien kunnen we dat ook toepassen voor een aantal andere risicopopulaties.

Het feit dat wij hier zijn en dat wij hier dag en nacht aan werken – u hoorde het: de discussies van gisterenavond, vannacht, vanmorgen – toont dat wij er ook in geloven.

Als wij vandaag horen dat België te traag is gestart, moeten wij dat toch wel rechtzetten.

Ik sta onze voorzitter bij. We hadden ook alles kunnen starten, met meer woon-zorgcentra, maar dan hadden we op het einde van de maand minder kunnen doen. Dan zou alles op zijn wat we nu hebben. Dat moeten we ook beseffen. De opstartfase werd wel gecalculeerd. Ik neem het voorbeeld van Vlaanderen: we starten op met 5 centra in een week, 41 centra in een week, 400 centra in een week. Dat kan je maar doen als je die dosissen ook hebt. Als je dat omdraait, eindig je op een bepaald moment met een week met 5 centra. Dat zijn zaken die je ook ergens moet begrijpen: je hebt liever het voordeel om op een voorzichtige, georganiseerde manier op te starten. Dat wil ik toch even benadrukken.

Ook wat de prioriteiten betreft, ik denk dat heel duidelijk is waarom we het zo gedaan hebben bij de woon-zorgcentra. Vergeet de druk bij de eerste golf en bij de tweede golf niet op de patiënten van die leeftijd in zo'n collectiviteit waar de epidemie het hoogste woedt. De incidentie is daar het hoogst, voor die mensen en voor het personeel, laten we dat niet vergeten. Dus pak je een epidemie aan waar de incidentie het hoogste is. De mortaliteit is daar zeer hoog, net zoals de ziektelast. Dus oefent dat ook druk uit op ons gezondheidszorgsysteem, waardoor de non-covidpatiënt eigenlijk geen plaats meer krijgt in onze gezondheidszorg. Het is dus in het voordeel van de hele samenleving om die populatie vooraan te zetten. Het voordeel dat we nu hebben, is dat we ook de gezondheidswerkers daarbij kunnen schuiven, dankzij net het verhogen van de snelheid en de elementen die hier zijn aangehaald.

De bezorgdheid over wat als er een derde golf is, is belangrijk. Hebben we dan handen genoeg? U mag weten – onze voorzitter weet het ondertussen ook –, onze mailbox zit vol met gepensioneerde gezondheidswerkers die heel graag willen werken. Wij brengen die in contact met de eerstelijnszones in Vlaanderen. Wellicht gebeurt hetzelfde ook aan Franstalige zijde. Waarom? Die gepensioneerden kunnen we niet zo gemakkelijk inzetten in de covidzorg, net wegens de leeftijd. Die kunnen we wel allemaal inzetten in de preventieve zorg, in de vaccinatiezorg. Dat is een enorm voordeel. Ook studenten verpleegkunde kunnen ingezet worden. Dat loopt al op het niveau van de vaccinatiecentra en op het niveau van de eerstelijnszones.

Waar ik ook zeker op wil terugkomen – ik had de spelregels in de commissie niet goed begrepen, vandaar dat ik daarnet alleen een aanvulling gaf omtrent de adrenaline, maar ik wou nog heel wat van de gestelde vragen beantwoorden –, is de vraag over verplichting of niet.

Ik kan zeggen dat België het bijzonder goed doet met de vaccinatie in het algemeen. Inzake zuigelingen-vaccinatie en adolescentenvaccinatie behoren wij tot de top in Europa. Dat willen wij voortzetten, natuurlijk ook via sensibiliseringscampagnes, waarover Jean-Michel Dogné het al had, en via het bereiken van apothekers en huisartsen, die onze vertrouwenspersonen zijn vanuit het terrein. Wij moeten die mensen dus voorzien van informatie, zodat zij zich comfortabel voelen om de vragen van hun patiënten te beantwoorden. Daarmee zijn wij volop bezig, middels talrijke *webinars*, om ervoor te zorgen dat de bevolking klaar is voor een hoge vaccinatiegraad.

Een vaccinatiegraad van 70 % is een minimum. Wij willen voor meer gaan, want de populatie onder 18 jaar zullen we niet onmiddellijk kunnen bereiken, al is het wel degelijk de bedoeling om vroeg of laat ook naar de jongerenpopulatie te gaan, vanaf het moment dat er resultaten komen van de pediatrische studies. Dat betekent dat wij aanvankelijk alle aandacht vestigen op 18-plussers, maar waarschijnlijk krijgen we tegen de zomervakantie ook de data van de studies bij jongeren en zullen wij onze vaccinatie ook onder de jongeren moeten voortzetten. Het is eveneens de bedoeling om in de groep jongeren minstens 70 % te bereiken, want anders blijft het virus circuleren bij een deel van de bevolking, wat zeker niet de bedoeling is.

Er is verwezen naar een studie over nog aanwezige antilichaamtiter tot acht maanden, nadat een patiënt de infectie heeft doorgemaakt. Wat de beschermende waarde daarvan is, weten wij echter niet. Het correlaat van bescherming tegen COVID-19 is ons onbekend. Wel weten wij dat er doorbraakinfecties of herinfecties zijn. De Centers for Disease Control and Prevention (CDC) heeft berekend en geschat dat de gemiddelde duur van bescherming na infectie twaalf weken is, dus drie maanden, wat een korte periode is. Dat moet nog bevestigd worden, want het is maar een schatting, weliswaar afkomstig van de CDC, dus wij willen daarmee toch rekening houden. Veronderstel, wanneer wij ervoor kiezen om mensen die de ziekte doorgemaakt hebben, nu niet te vaccineren, dat al die mensen tegen september-oktober allemaal weer vatbaar worden, dan hebben we geen groepsimmuniteit. Het is bijgevolg een belangrijke keuze om ook aan die mensen het vaccin aan te bieden.

De 21 dagen/42 dagen biedt ons mogelijkheden voor enkele woon-zorgcentra nu, maar ook puur vanuit logistiek oogpunt. Waar die 21 dagen niet worden gehaald en waar het praktischer is om het tweede vaccin bijvoorbeeld na 28 dagen te geven, dan kan die flexibiliteit worden ingebouwd. We hoeven ons dus niet vast te pinnen op die 21 dagen, wat een enorm voordeel is. Ons plan is dynamisch en flexibel en dat helpt daarbij.

Een heel terechte vraag van mevrouw Merckx was of de vaccinatie tegen de varianten helpt. Er zijn heel wat varianten in omloop.

Wij mogen, ten eerste, niet vergeten dat een groot deel van de fase 3-studies is gebeurd in aanwezigheid van een aantal varianten. De werkzaamheid van 94 % en van 95 % bij Moderna en Pfizer is gebeurd onder andere in Zuid-Afrika, onder andere in Brazilië en onder andere in Europa, waar al een aantal varianten circuleerden.

Ten tweede, wat is heel specifiek de werkzaamheid tegen de variant die nu vooral aanwezig is in het Verenigd Koninkrijk en in Zuid-Afrika? Daarover hebben wij momenteel nog geen gegevens. Daar wordt aan gewerkt op basis van verschillende modellen, niet alleen puur in het labo maar ook op basis van het nagaan van de infecties die de mensen hebben doorgemaakt in fase 3. Waren dat toevallige varianten of niet? Dat wordt momenteel onderzocht. Wij hebben gisteren een *public hearing* gehad, onder andere met Pfizer. Dat punt staat op zijn onderzoeksagenda en dat natuurlijk een heel belangrijke zaak is.

De **voorzitter**: Mijnheer Van Damme, kunt u stilaan afronden? Het spijt mij.

01.65 Pierre Van Damme: Mijnheer de voorzitter, ik ben er bijna.

Kan de evenementensector worden ingeschakeld? Het komt de lokale besturen en de eerstelijnszones toe om dat te doen. Dat behoort tot hun mandaat of hun taken.

Er is even gesproken over de productiecapaciteit. Dat is een heel logisch idee. De heer Dogné zal echter bevestigen dat het gemakkelijk een of twee jaar in beslag neemt om een productieplant op alle niveaus van de productie van een vaccin goed te keuren. Dat kan niet zomaar als een snelle oplossing dienen; de idee is alleszins te overwegen waard.

Ten slotte, over de vergelijking tussen ziekte en antilichamen en de duur van bescherming moet u weten dat de ziekte een deel van onze immuniteit aantast. De germinale centra in de lymfeknopen worden aangetast door het virus, waardoor de kwaliteit van de antistoffen maar vooral het geheugen van de antistoffen van ons geheugensysteem van onze immuniteit wordt aangetast. Dat verklaart ook waarom de immuniteit door de ziekte tijdelijk is, terwijl het doel van de immuniteit die wordt opgewekt door vaccinatie, van langere duur bedoeld is. Dat moet natuurlijk worden aangetoond. Er kan natuurlijk altijd met de door een vaccinatie opgewekte antilichamen een herhalingsvaccinatie worden gegeven na een jaar, mocht dat nodig zijn. Ik wou toch even onderstrepen dat er een heel groot verschil is in de werking van de twee soorten antilichamen.

De **voorzitter**: Mijnheer Van Damme, ik dank u.

Wij moeten nu afronden. Ik dank de experts heel erg voor hun aanwezigheid en hun expertise. Hun uitleg was heel nuttig en interessant.

01.66 Dirk Ramaekers: Mijnheer de voorzitter, op onze beurt danken wij de leden van de commissie heel erg. De vergadering was heel nuttig. Wij danken de leden ook voor hun suggesties.

*De openbare commissievergadering wordt gesloten om 14.58 uur.
La réunion publique de la commission est levée à 14 h 58.*