

COMMISSION DE LA SANTE ET DE L'ÉGALITÉ DES CHANCES

du

MARDI 1 JUIN 2021

Après-midi

COMMISSIE VOOR GEZONDHEID EN GELIJKE KANSEN

van

DINSDAG 1 JUNI 2021

Namiddag

La réunion publique de commission est ouverte à 14 h 12 et présidée par M. Thierry Warmoes.

De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.12 uur en voorgezeten door de heer Thierry Warmoes.

Les textes des questions déposées sont publiés intégralement en annexe de ce compte rendu.

De teksten van de ingediende vragen worden integraal als bijlage bij dit verslag gepubliceerd.

Le **président**: Bonjour à toutes et tous, pour notre traditionnel débat d'actualité relatif au covid, qui comprend aujourd'hui un nombre assez bas, quoique important, de 46 questions. Nous allons recourir à la méthode des prises de parole par groupe.

Mevrouw Farih en mevrouw Merckx zijn verontschuldigd. Hun vragen zijn dus zonder voorwerp geworden.

01 COVID-19: actualiteitsdebat en toegevoegde vragen van

- Ellen Samyn aan Sophie Wilmès (VEM Buitenlandse en Europese Zaken) over "De versoepeling van de inreisbeperkingen voor toeristen uit niet-EU-landen" (55017663C)
- Dominiek Sneepe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De overbodige federale stock van vaccins" (55017845C)
- Dominiek Sneepe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De kosten van de vaccinatiecampagne" (55017846C)
- Steven Creyelman aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De Spaanse studie over een tweede prik met Pfizer na een eerste prik met AstraZeneca" (55017905C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De geestelijke gezondheidszorg voor studenten" (55017911C)
- Hervé Rigot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De monoklonale antilichamen" (55017927C)
- Barbara Creemers aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De kritiek op de Coronalert-app en de toekomst ervan" (55018020C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De juridische strijd tussen Europa en AstraZeneca" (55018024C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De Johnson & Johnson-vaccins" (55018025C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De Pfizer-vaccins" (55018026C)
- Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De stand van zaken over de epidemie, de vaccinatiecampagne en de besmettingen op de werkvloer" (55018061C)
- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De app Coronalert" (55018073C)
- Dominiek Sneepe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De vaccinatie van min 18-jarigen" (55018082C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De groepsimmuniteit en de regionale verschillen m.b.t. de vaccinatiebereidheid" (55018148C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De werking van QVAX" (55018150C)
- Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het EU-coronacertificaat" (55018221C)
- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De

besmettingen met SARS-CoV-2 in openlucht" (55018233C)

- Laurence Zanchetta aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De door het FAGG goedgekeurde nieuwe behandeling tegen COVID-19" (55018255C)
- Laurence Zanchetta aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De toediening van een extra dosis vaccin" (55018256C)
- Laurence Zanchetta aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De opschorting van de toediening van het Johnson & Johnson-vaccin aan de min 41-jarigen" (55018257C)
- Laurence Zanchetta aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het testen van reizigers" (55018260C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De vaccinatiestrategie" (55018278C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De onzekere leveringen van en het tekort aan vaccins" (55018281C)
- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De vaccinatie tegen covid" (55018298C)
- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De varianten van het coronavirus" (55018299C)
- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De coronatests en het coronapaspoort" (55018300C)
- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "COVID-19 en de CO2-meters in de scholen" (55018301C)
- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "COVID-19 en de ventilatiesystemen" (55018302C)
- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De bezoekenregeling in de woon-zorgcentra in het kader van covid" (55018303C)
- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Long covid" (55018304C)
- Dominiek Sneepe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De bijwerkingen van de coronavaccins" (55018340C)
- Daniel Bacquellaine aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het aantal vaccindossissen in België voor personen die besmet zijn geraakt met het coronavirus" (55018343C)
- Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De evolutie van de coronavaccinatiestrategie" (55018347C)
- Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De risico's die massale versoepelingen deze zomer met zich kunnen brengen" (55018348C)
- Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het ventilatieplan en de organisatie van de stapsgewijze versoepelingen door de betrokken sectoren" (55018349C)
- Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het noodzakelijke onderzoek naar de vaccins met een adenovirus als vector" (55018351C)
- Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De ontwikkeling van een app om de coronaveiligheid van openbare plaatsen te bepalen" (55018350C)
- Laurence Zanchetta aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De vaccinatie van de gedetineerden" (55018354C)
- Karin Jiroflée aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De vaccinatiedoelstelling" (55018359C)
- Eva Platteau aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De kritiek op de Coronalert-app en de toekomst ervan" (55018363C)
- Thierry Warmoes aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De toediening van het J&J-vaccin aan daklozen en 'sans-papiers'" (55018365C)
- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Aangepaste adviezen over mondkmaskers" (55018367C)
- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Introducties van coronavirus uit het buitenland" (55018369C)
- Caroline Taquin aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De kostprijs van de verplichte PCR-tests" (55018370C)
- Caroline Taquin aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De vaccinatiecampagne en de derde dosis van het coronavaccin" (55018371C)
- Caroline Taquin aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De nieuwe

gezondheidsmaatregelen in het licht van de voor 9 juni aangekondigde versoepelingen" (55018372C)

[01] Covid-19: débat d'actualité et questions jointes de

- Ellen Samyn à Sophie Wilmès (VPM Affaires étrangères et européennes) sur "L'assouplissement des restrictions d'entrée pour les touristes provenant de pays hors UE" (55017663C)
- Dominiek Snelpe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le stock fédéral de vaccins excédentaires" (55017845C)
- Dominiek Snelpe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les coûts de la campagne de vaccination" (55017846C)
- Steven Creyelman à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'étude espagnole sur l'administration d'une 2ème dose Pfizer après une 1ère dose AstraZeneca" (55017905C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les soins de santé mentale pour les étudiants" (55017911C)
- Hervé Rigot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les anticorps monoclonaux" (55017927C)
- Barbara Creemers à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les critiques concernant l'application Coronalert et l'avenir de cette dernière" (55018020C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La bataille juridique entre l'Europe et AstraZeneca" (55018024C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les vaccins Johnson & Johnson" (55018025C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les vaccins Pfizer" (55018026C)
- Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le point sur l'épidémie, la campagne de vaccination et les contaminations au travail" (55018061C)
- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'application Coronalert" (55018073C)
- Dominiek Snelpe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La vaccination des moins de 18 ans" (55018082C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'immunité de groupe et les différences régionales en ce qui concerne l'adhésion à la vaccination" (55018148C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le fonctionnement de QVAX" (55018150C)
- Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le certificat covid européen" (55018221C)
- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les contaminations au SARS-CoV-2 en plein air" (55018233C)
- Laurence Zanchetta à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le nouveau traitement contre le covid approuvé par l'AFMPS" (55018255C)
- Laurence Zanchetta à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'administration d'une dose supplémentaire de vaccin" (55018256C)
- Laurence Zanchetta à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le vaccin de Johnson & Johnson suspendu pour les moins de 41 ans" (55018257C)
- Laurence Zanchetta à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le testing des voyageurs" (55018260C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La stratégie vaccinale" (55018278C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les livraisons incertaines et la pénurie de vaccins" (55018281C)
- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La vaccination contre le covid" (55018298C)
- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les variants du Covid-19" (55018299C)
- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le testing covid et le corona pass" (55018300C)
- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le Covid-19 et les détecteurs de CO2 dans les écoles" (55018301C)
- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le Covid-19 et les systèmes de ventilation" (55018302C)
- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le covid et

les visites dans les maisons de repos" (55018303C)

- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Long covid" (55018304C)

- Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les effets secondaires des vaccins contre le coronavirus" (55018340C)

- Daniel Bacquelaire à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le nombre de doses de vaccin en Belgique pour les personnes ayant contracté le coronavirus" (55018343C)

- Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'évolution de la stratégie de vaccination contre le Covid-19" (55018347C)

- Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les risques liés au déconfinement massif cet été" (55018348C)

- Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le plan ventilation et l'organisation du déconfinement par les secteurs concernés" (55018349C)

- Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La nécessité de recherches sur les vaccins à adénovirus" (55018351C)

- Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le développement d'une application de mesure de sécurité sanitaire des lieux publics" (55018350C)

- Laurence Zanchetta à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La vaccination des détenus" (55018354C)

- Karin Jiroflée à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'objectif de vaccination" (55018359C)

- Eva Platteau à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les critiques concernant l'application Coronalert et son avenir" (55018363C)

- Thierry Warmoes à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'administration du vaccin J&J aux sans-abri et aux sans-papiers" (55018365C)

- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les avis adaptés concernant les masques buccaux" (55018367C)

- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les introductions de coronavirus au départ de l'étranger" (55018369C)

- Caroline Taquin à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le coût des tests PCR obligatoires" (55018370C)

- Caroline Taquin à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La campagne de vaccination et la troisième dose du vaccin contre le covid" (55018371C)

- Caroline Taquin à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les nouveaux dispositifs sanitaires légaux à la lumière des assouplissements prévus pour le 9 juin" (55018372C)

Ik geef meteen het woord aan de verschillende fracties en stel voor dat u onderling het woord aan elkaar doorgeeft. Groepen met drie leden hebben acht minuten spreektijd.

01.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, ik houd het kort en verwijs graag naar de vragen zoals ze schriftelijk zijn ingediend onder de nrs. 55018073C, 55018233C, 55018367C, en 55018369C.

Een van die vragen handelt over de Coronalert-app. Daarover had ik graag uw mening gehad: in welke mate zal de app nog een rol spelen, zeker nu er sprake is van meer versoepelingen? Heeft de app nog een toegevoegde waarde? Zo ja, wat zal er worden ondernomen om de app meer te promoten?

Hebt u een idee van het aantal actieve gebruikers van de app op dit moment? Persoonlijk heb ik de indruk dat hij nog maar heel weinig wordt gebruikt.

Bij de introductie vorig najaar, hoorde ik van artsen dat zij de app bijzonder ongebruiksvriendelijk vonden. Is er ondertussen al een doorlichting gebeurd? Zo ja, wat zijn daarvan de resultaten? Wordt er op basis van die eventuele resultaten gesleuteld aan meer gebruiksvriendelijkheid?

01.02 **Yoleen Van Camp** (N-VA): Mijnheer de minister, ik hoop u wellicht niet te herhalen dat ik vooral de dossiers in verband met de zorgverleners opvolg. Collega's doen dat voor de andere beroepsgroepen.

Ik heb gemerkt dat de ministerraad, zoals vooropgesteld was, eind mei de compensatiepremie voor het beschermmateriaal voor de thuisverpleegkundigen heeft goedgekeurd.

Ik heb de volgende vragen. Hoelang duurt het nog voor die uitbetaald wordt? Welke stappen moeten er nu nog doorlopen worden? Wordt de premie ook met terugwerkende kracht toegekend? Hoe zult u de opgelopen vertraging compenseren?

Dat zijn mijn enige vragen, waarop ik vandaag graag een antwoord zou krijgen.

01.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, ik verwijst naar mijn vragen 55017911C, 55018024C, 55018025C, 55018026C, 55018146C, 55018148C, 55018150C, 55018157C, 55018278C, 55018281C?

Ik zou nog enkele vragen willen toelichten. Hoe verlopen de gesprekken met de vereniging voor psychologen rond de conventie in het kader van de noodzakelijke extra hulp voor de begeleiding van de jeugd ten gevolge van de COVID-19-pandemie? Wordt er vooruitgang geboekt?

Welke perspectieven kunt u geven aan de jeugd?

Vandaag dreigen immers heel wat jonge burgers uit de vaccinatieboot te vallen, voor de zomer eraan komt. Dat zal zeker implicaties hebben voor hun perspectief op de zomer. Hoe zult u daaraan tegemoetkomen qua psychologische begeleiding? Gaat u voor de vaccinaties zelf op zoek naar alternatieven? Hebt u al gesprekken gehad met andere fabrikanten dan de huidige? Zult u uit uw comfortzone stappen en vaccins voor de jeugd naar ons land brengen?

Ik lees in de pers dat u een oplossing zoekt voor de PCR-testen. Wie niet gevaccineerd is en toch op reis wil vertrekken, moet het resultaat van een PCR-test kunnen voorleggen. Die kost vandaag nog ongeveer 37 euro. In hoeverre zult u in een tegemoetkoming voorzien voor wie nog geen kans had zich te laten vaccineren? Of zult u de test helemaal gratis maken? Of die helemaal niet terugbetalen? Kortom, welke piste zult u bewandelen?

Ik had ook graag nog eens het contract met het bedrijf Medista besproken. Dat liep namelijk af einde mei. Is er vandaag al een nieuw contract? Zo ja, ter waarde van hoeveel euro? Hoeveel kandidaten waren er? Wordt het vorige contract geëvalueerd?

Wat de vaccinatiecampagne betreft, zijn er vandaag leveringsproblemen en weten we vooralsnog niet of we aan voldoende vaccins zullen geraken. Tegelijk geven onze virologen aan dat een vaccinatiegraad van 70 % waarschijnlijk niet voldoende zal zijn gelet op het risico van de varianten, zoals de Indische en de Britse. Wij kunnen ons nu ook al zorgen beginnen te maken over de Vietnamese variant. Hoe zult u, gezien de veel lagere vaccinatiegraad in Brussel en Wallonië, een vaccinatiegraad van 90 % procent bereiken? Welke stappen zult u daartoe ondernemen? Ziet u dat percentage überhaupt haalbaar?

Een andere bezorgdheid is ingegeven door het feit dat dertigers, veertigers en vijftigers die één prik hebben gekregen, op reis kunnen vertrekken. Hoe zult u ervoor zorgen dat zij zeker ook hun tweede prik komen halen? Voor van de bescherming tegen varianten is de tweede prik immers een belangrijk aandachtspunt.

Graag had ik van u vernomen hoeveel sneltests onze bedrijven tot op vandaag hebben opgevraagd. Ik heb gezien dat u extra middelen in de begroting hebt ingeschreven.

Hoeveel Johnson & Johnson-vaccins verwacht u nu eigenlijk? De voorzitter van de taskforce heeft het over 900.000 vaccins, maar het kunnen er ook de helft zijn. Hebt u daar vandaag al een zicht op?

Hebt u enig zicht op het verloop van het kort geding tussen de Europese Commissie en AstraZeneca?

Ik heb ook een vraag ingediend over het probleem van de zorgverstrekkers die in ouderschapsverlof zijn en die komen helpen in de vaccinatiedorpen. Het blijkt dat zij, indien zij één dag helpen in het vaccinatiecentrum, hun recht op ouderschapsverlof gedurende het hele jaar zouden verliezen. Dat is erg jammer, zeker met de zomer in zicht. Aangezien alle mannen en vrouwen die willen helpen in een vaccinatiecentrum, echt wel noodzakelijk zullen zijn, moet daarvoor een oplossing worden gezocht.

Ik had ook graag van u vernomen wat de stand van zaken is in de onderhandelingen in de IMC over de prijs per gevaccineerde. Welke prijs zult u hanteren? Is er al vooruitgang in de onderhandelingen? U hebt blijkbaar 80 miljoen euro uitgetrokken om aan de deelstaten uit te betalen voor de vaccinatoren en voor de artsen die de vaccinaties begeleiden. Welke prijs en welke barema's hanteert u ter zake? Gaat het om

dezelfde barema's voor Vlaanderen als voor Wallonië?

01.04 Eva Platteau (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, mijn vraag gaat ook over de Coronalert-app. Er is al heel wat gezegd en geschreven over die app. Er is ook al veel kritiek geleverd. Nochtans kan zo'n app heel effectief zijn om infecties te voorkomen.

In een onderzoek van de Universiteit van Oxford en het Alan Turing Institute werd berekend dat de Britse COVID-19-app in de laatste drie maanden van vorig jaar tussen 4.200 en 8.700 overlijdens zou hebben voorkomen. Als wij die cijfers extrapoleren, zou er in België volgens de schatting van professor Bart Perneel door Coronalert een honderdtal overlijdens voorkomen zijn.

Dat stond in een artikel in *De Standaard* van 20 mei. Het was een interessante bijdrage, want er werd ingegaan op de voordelen en de nadelen van de Coronalert-app. Als voordeel werd genoemd dat de app heel goede garanties biedt voor de privacy, waar heel wat over te doen geweest is.

Er is echter ook een aantal nadelen. De app slaat automatisch gegevens op. De mensen hoeven daarvoor de app niet actief te bekijken en dan lijkt het alsof die app helemaal niets doet. Dat heeft men geprobeerd op te vangen door allerlei informatie te geven over het aantal besmettingen, zodat de mensen er af en toe toch eens naar kijken. Ook de ziektecijfers van corona worden erin opgenomen.

Ik heb de app ook geïnstalleerd en ik moet toegeven dat ik hem nog maar zelden open. Nochtans zag ik onlangs dat er een aantal interessante tools in zitten, bijvoorbeeld een link naar het Passenger Location Form en een link naar de reservelijst voor vaccinaties. Dat zijn toch positieve aspecten.

In dat artikel werd ook een aantal andere nadelen opgesomd. Zo zouden veel mensen een negatieve gebruikservaring hebben, waardoor zij de app niet meer willen gebruiken. Sommigen kregen bijvoorbeeld het resultaat van een test niet te zien, of zij vonden het storend dat de app heel veel batterijkracht van hun smartphone opsloopte. Het zou ook een heel gedoe zijn een negatief testresultaat te koppelen, waardoor mensen hun motivatie de app te gebruiken verliezen.

Een ander probleem dat bij het ontwikkelen van de app onderschat werd, is dat de huisartsen niet helemaal mee zijn in het verhaal. Het invoeren van een code van 17 cijfers om een test te koppelen aan de app is tijdrovend en maakt het systeem niet echt gebruiksvriendelijk voor de artsen. Hierdoor zouden huisartsen hun patiënten veel te weinig hebben aangemoedigd om de app te gebruiken.

Een evaluatie dringt zich dus op, vooral omdat de app in de komende maanden mogelijk opnieuw een grote rol zal spelen. Met de versoepelingen zullen we immers weer meer contacten hebben. We zullen ook mensen ontmoeten die we niet kennen, bijvoorbeeld in een restaurant of op een receptie. We zullen die contacten niet kunnen doorgeven aan de contacttracing, waardoor de app opnieuw nut zou kunnen hebben.

Mijnheer de minister, ik heb hierover enkele vragen. Wat vindt u van de kritiek op de app? Hoe schat u het nut van de app in de komende maanden in? Gaat u ervoor zorgen dat mensen aangemoedigd worden om de app te installeren en te gebruiken?

De bescherming van de privacy zorgt ervoor dat de gegevens slechts beperkt gebruikt en geëvalueerd kunnen worden. Hoe kan men nagaan in welke mate de app daadwerkelijk een bijdrage levert aan het beperken van de besmettingsgraad? Men kan hier immers wel algemene gegevens uit halen, bijvoorbeeld over het aantal gebruikers en de tests, maar echt doorgedreven analyses zijn niet mogelijk. Wat is uw visie ter zake?

Hoe gaat u de huisartsen en de andere zorgverstrekkers van de eerste lijn meekrijgen in het verhaal? Hoe zult u hen sensibiliseren om de app meer te gaan gebruiken?

01.05 Laurence Zanchetta (PS): Monsieur le ministre, ma première question concerne la vaccination des détenus dans les prisons. Nos prisons ont été classées comme milieux à haut risque, mais il semble qu'elles peinent à assurer la vaccination des détenus. Au regard de la spécificité des prisons en matière de risques, où en est à ce jour la campagne de vaccination des détenus? La situation est-elle identique dans les différentes régions du pays? Qu'en est-il de l'adhésion vaccinale dans les prisons? Existe-t-il des priorités vaccinales dans les catégories de détenus? Des changements sont-ils prévus dans ce cadre, vu la situation?

Ma deuxième question concerne le vaccin Johnson & Johnson. Une femme âgée de moins de 40 ans est récemment décédée d'une thrombose, quelques jours après avoir reçu une injection de ce vaccin. Dans l'attente des conclusions de l'Agence européenne des médicaments (EMA) sur cet incident tragique, la Belgique a décidé de suspendre provisoirement l'administration de ce vaccin aux moins de 41 ans, sauf pour les publics précaires tels que les personnes sans-abri ou les migrants.

Monsieur le ministre, l'EMA vous a-t-elle fait part de ses conclusions à ce sujet? Si le lien entre le vaccin et la thrombose est avéré, quelles mesures prendrez-vous pour ce vaccin? Pourquoi avoir décidé de continuer à administrer ce vaccin au public dit précaire, même si les personnes ont moins de 41 ans? Certaines associations de terrain ont d'ailleurs décidé de ne pas se conformer à cette mesure. Comprenez-vous cette décision?

Monsieur le ministre, alors que certaines personnes n'ont pas encore reçu leur première dose de vaccin, la question de l'administration d'une dose complémentaire se pose déjà, les vaccins ne nous immunisant pas indéfiniment contre le covid-19. De quelles informations dispose-t-on à ce jour concernant cette dose complémentaire en fonction des différents vaccins approuvés? Celle-ci sera-t-elle nécessaire pour assurer une protection complète contre le covid-19 ou devrait-on plutôt envisager une vaccination récurrente comme celle contre la grippe? Cette dose complémentaire serait-elle destinée à tous ou seulement aux personnes les plus fragiles?

J'en arrive à ma quatrième question. Récemment, l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS) nous informait qu'un nouveau traitement destiné aux patients contaminés par le coronavirus avait été approuvé par arrêté ministériel. Les résultats intermédiaires des études cliniques ont effectivement montré que ce traitement permettait de réduire significativement la charge virale du coronavirus, autrement dit sa concentration dans le corps.

Monsieur le ministre, comment ce traitement fonctionne-t-il et comment s'utilise-t-il? Quelle en est l'efficacité? Pour quels patients est-il recommandé? Quand la Belgique commencera-t-elle à utiliser ce traitement pour soigner les personnes atteintes de covid?

Ma dernière question concerne le *testing* des voyageurs. En effet, nous savons aujourd'hui que le certificat covid européen entrera bien en application chez nous au plus tard le 1^{er} juillet et qu'il permettra de prouver que l'on est vacciné, que l'on est immunisé après une contamination au cours des six derniers mois ou que l'on a été testé négatif.

Toutefois, si les personnes vaccinées ne seront *a priori* pas obligées de se soumettre aux tests PCR pour partir en vacances, ce sera bel et bien le cas pour tous les autres voyageurs. Évidemment, cela nécessitera de gros efforts en termes d'organisation et de logistique.

Monsieur le ministre, comment le *testing* va-t-il s'organiser pour les voyageurs? Avec cette nouvelle plateforme *bis*, allons-nous recevoir la garantie que nous pourrions déployer un système de *testing* important, tout en évitant les problèmes du passé: files devant les centres de *testing*, retards dans l'obtention des résultats, etc.? Quelles sont nos capacités actuelles et jusqu'où pensez-vous qu'il sera nécessaire de les déployer pour répondre à cette future demande?

01.06 Steven Creyelman (VB): Mijnheer de minister, ik verwijz naar mijn schriftelijk ingediende vraag nr. 55017905C.

01.07 Dominiek Snelpe (VB): Mijnheer de minister, ik verwijz naar mijn schriftelijk ingediende vragen nrs. 55017845C en 55017846C.

Ik heb nog twee andere vragen.

Mijn eerste vraag gaat over de bijwerkingen van de vaccins. Op 26 mei 2021 bereikte ons het tragische nieuws dat een jonge vrouw in ons land overleed ten gevolge van een trombose en trombocytopenie na een vaccinatie met het covidvaccin van Johnson & Johnson. Daarnaast onderzoekt het Amerikaanse CDC sinds kort verschillende gevallen van myocarditis bij jonge mensen na vaccinatie met een mRNA-vaccin. Dit trad voornamelijk op bij mannen na een tweede dosis en vier dagen na de vaccinatie. In Israël zouden 62 gevallen van myocarditis worden onderzocht.

Ik heb hierover de volgende vragen, mijnheer de minister.

Zijn in België reeds gevallen gekend van myocarditis na vaccinatie?

Is het een optie om vrouwen geen Johnson & Johnson of AstraZeneca-vaccin te geven, aangezien de ernstige bijwerkingen vooral vrouwen treffen bij die vaccins? Is het omgekeerd ook mogelijk om mannen dan weer geen mRNA-vaccin meer te geven wanneer blijkt dat myocarditis bij jonge mannen kan optreden?

Bent u op de hoogte van andere ernstige nevenwerkingen na vaccinatie? Hoe schat u de melding van nevenwerkingen in? Is er sprake van een onderschatting of een overschatting?

Hoe verklaart u de individuele *benefit-risk ratio* voor kerngezonde jongeren die een zeer lage kans op overlijden hebben ten gevolge van COVID-19, maar ook een zeer lage kans hebben op een overlijden na vaccinatie?

Is het te verantwoorden om een innovatief vaccin dat veilig is, maar waarvan de effecten op lange termijn ongekend zijn, massaal te gebruiken voor onze jongeren?

Dat sluit naadloos aan bij mijn tweede vraag over de vaccinatie van min-18-jarigen. Nu er meer en meer vaart achter de vaccinatie zit, is er al sprake van het vaccineren van jongeren. De eerste groep zouden de 16- en 17-jarigen zijn, maar later zouden ook de min16-jarigen in aanmerking komen. Deze strategie heeft als doel de groepsimmunitet te bereiken en zodoende het virus te verslaan.

Hierover stel ik u graag de volgende vragen, mijnheer de minister.

Gebeurde er reeds voldoende en degelijk onderzoek naar de mogelijke gevolgen op lange termijn voor het vaccineren van onze jongeren? Zo ja, over welk onderzoek gaat het? Zo niet, is het dan niet zeer voorbarig onze jongeren met die vaccins in te enten?

Is het niet beter voor onze jongeren, die van COVID-19 niet echt ziek worden, om hun eigen immuunsysteem zijn werk te laten doen?

Waarom is er tegenwoordig alleen nog sprake van het verwerven van groepsimmunitet door vaccinatie en wordt het eigen immuunsysteem buitenspel gezet?

01.08 Caroline Taquin (MR): Monsieur le ministre, je souhaite vous questionner sur le coût des tests obligatoires et sur la future campagne de vaccination covid à l'automne prochain.

Pour ce qui concerne le coût des tests obligatoires, je vous avais interrogé au cours de notre dernier débat à ce sujet, alors que vous aviez déclaré être opposé à une réduction notamment pour les participations aux activités culturelles. Si vous ne m'aviez pas répondu clairement, vous sembliez cependant moins catégorique. Je vous pose donc la question à nouveau.

Depuis des mois, nous savons que nous devons faire de nombreux tests, et ce, de manière multiple pour retrouver une vie plus normale. J'ai certainement dû vous questionner à plus de dix reprises sur cette question. Concrètement, la gratuité ou la quasi-gratuité des tests obligatoires se pose, non seulement pour les déplacements et les voyages - sujet déjà discuté au niveau européen -, mais également pour des rassemblements et événements dans notre pays (participations sportives ou culturelles).

Le Comité de bioéthique plaide clairement pour une meilleure accessibilité aussi. Soyons clairs! Cinquante euros par test, c'est trop! La gratuité me paraît indispensable quel que soit l'âge et certainement pour les trois mois d'été qui s'ouvrent à nous, et ce, après plus d'un an de crise aiguë et de multiples restrictions imposées à tous. Cela serait sans doute plus productif, bien moins discriminant, et permettrait en outre un message positif et non uniquement contraignant. Précisément, le certificat numérique européen décidé par les États est gratuit mais pas les tests qu'il intègre pour les voyages.

Quelles sont donc les décisions prises par le fédéral et les entités fédérées quant à son utilisation pour les activités culturelles, sportives, événementielles? Quelle décision a-t-elle été prise par le fédéral et les entités fédérées quant au coût des tests obligatoires? Comptez-vous rendre gratuits les tests PCR obligatoires et

quelle est la place des tests antigéniques et des autotests dans ce cadre?

En ce qui concerne la vaccination, brièvement, j'aimerais des informations sur la préparation de la mise en place des campagnes de vaccination qui démarreront très vite à la sortie de l'été. Les doses pour la grippe sont en négociation. Il y a la question de la troisième dose covid et vous m'aviez précisé que vous attendiez des avis du Conseil Supérieur de la Santé, des médecins, du Conseil fédéral de l'art infirmier, aussi concernant l'apport des pharmaciens. Pourriez-vous déjà m'indiquer, à tout le moins, quel est le calendrier de travail et si vous anticipez les décisions et la planification par vaccin, par âge du patient, par période, compte tenu de cet hiver qui s'annonce exceptionnel en matière de vaccination?

01.09 Daniel Bacquelaine (MR): Monsieur le président, monsieur le ministre, je fais référence à ma question n° 55018343C, qui porte sur la deuxième dose du vaccin pour les personnes qui ont déjà été contaminées par le covid-19 et qui possèdent un taux d'anticorps élevé. J'ai noté que le Conseil Supérieur de la Santé préconisait de maintenir les deux doses, mais vraisemblablement davantage pour des raisons d'organisation pratique des vaccins que pour une question de santé publique.

Or, dans d'autres pays tels que la France, la Haute Autorité de Santé a émis un avis qui portait strictement sur la santé publique. Cette autorité préconise de ne pas administrer de deuxième dose lorsque la personne est déjà porteuse d'un taux d'anticorps à la suite d'une contamination. Dès lors, monsieur le ministre, n'est-il pas opportun de revoir ce choix et de demander une fois de plus au Conseil Supérieur de la Santé de se prononcer uniquement sur la question de la santé publique, et non sur l'organisation de la vaccination?

Nous pourrions par exemple suivre l'avis de la revue *Science*, qui est une revue sérieuse et qui préconise de n'administrer qu'une seule dose, qui aurait un effet de rappel devant permettre d'augmenter le taux d'anticorps et d'améliorer l'efficacité face aux différents variants. Pourquoi la Belgique va-t-elle à l'inverse de la plupart des grands pays européens, que ce soit l'Italie, l'Espagne, l'Allemagne ou la France?

Quelle est l'incidence de cette décision, notamment sur l'utilisation du certificat européen en matière de "sauf-conduit" pour les personnes qui recevraient ce certificat avec une ou deux doses? La question reste ouverte.

De **voorzitter**: CD&V is vandaag niet vertegenwoordigd. Ik zal mijn vraag namens PVDA op het einde stellen, zoals gebruikelijk is voor de voorzitter. Open Vld is evenmin vertegenwoordigd. Mevrouw Jiroflée krijgt het woord voor de Vooruit-fractie.

01.10 Karin Jiroflée (Vooruit): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, de pandemie in ons land neemt in kracht af. Er liggen minder dan 500 mensen op intensieve zorg, de helft van de volwassen Belgen heeft al een eerste prik gekregen en in Vlaanderen hebben vier op vijf mensen met een onderliggende aandoening al een eerste prik gekregen.

Dat is allemaal positief, maar er is toch één aspect van deze crisis dat mij zorgen baart en dat is de vaccinatie. Ik hoor dat ik niet de enige ben. Er zijn leveringsproblemen bij Johnson & Johnson, waardoor er vertragingen zouden kunnen volgen en er is de leeftijdsbeperking tot 41-plussers voor Johnson & Johnson, die ook vertraging kan betekenen. Vooral voor jongeren dreigt op die manier de eerste prik midden in de vakantie te vallen, wat geen prettig vooruitzicht is.

Dat we op 11 juli allemaal een eerste prik zouden krijgen, zoals minister Beke had voorspeld, lijkt mij helemaal niet haalbaar. Bovendien verschilt de vaccinatiebereidheid per regio enorm. Het laatste dat we lazen, was dat men mensen jonger dan 41 jaar de keuze zou laten om zich te laten vaccineren met AstraZeneca of Johnson & Johnson.

De laatste week is het dus chaos troef en de vaccinatiecampagne lijkt alle kanten uit te gaan. Ik wil u daarom een heel eenvoudige vraag stellen. Kunt u wat duidelijkheid scheppen? Wat zijn nu de doelstellingen van de lopende vaccinatiecampagne? Op welke manier kunnen die volgens u worden bereikt?

01.11 Catherine Fonck (cdH): Monsieur le président, monsieur le ministre, chers collègues, je voudrais d'abord évoquer la vaccination. Le premier constat porte sur la répartition de la vaccination qui n'est pas homogène dans notre pays. On le voit à Bruxelles mais aussi dans une série de régions autour de Liège, Charleroi, Mons, dans le Borinage. Cela est manifestement en lien avec des personnes souffrant d'un certain isolement, de précarité ou de fragilité. Quelle est la stratégie des différents gouvernements pour

rattraper le retard de vaccination dans certaines zones?

Deuxièmement, aucune communication n'a eu lieu de la part des gouvernements sur la modification des conditions de conservation du vaccin Pfizer. Elles sont fortement allégées puisque ce vaccin peut être conservé pendant un mois dans un frigo ordinaire et non plus en méthode de congélation. Pourtant, aucune communication officielle n'a eu lieu à ce sujet en Belgique. Or, c'est vital et cela nous permet d'avancer car comme je le plaçais, il y a quelques mois déjà, les médecins généralistes pourraient participer à la campagne de vaccination dans leur cabinet et au domicile. C'est d'autant plus important qu'on a besoin d'une campagne de proximité pour les personnes qui, aujourd'hui, ne se font pas vacciner notamment lorsqu'elles ont des doutes ou des difficultés.

Comment justifiez-vous le maintien du vaccin Johnson & Johnson pour les personnes fragilisées de moins de 41 ans?

Je plaide depuis très longtemps pour une dose unique de vaccin pour les patients guéris du covid. Cela a été démontré dans la littérature. La Haute Autorité de Santé en France l'a préconisée ainsi que d'autres agences de santé. J'entends à présent que d'autres collègues de la majorité me rejoignent. Ce n'est toujours pas d'application en Belgique. L'argument de la logistique est, à mon avis, un très mauvais argument parce que la majorité des personnes qui ont fait le covid le savent. Une dose permettrait donc d'avoir une bonne réponse mais aussi d'éviter certaines complications puisque les personnes ayant été malades du covid font des complications plus importantes lors de la deuxième injection.

Monsieur le ministre, une étude toute récente démontre que deux doses de vaccin ne suffisent pas pour un certain nombre de patients notamment immunodéprimés, tels que les greffés rénaux et les dialysés. Ils sont particulièrement à risque de faire un covid très sévère. Une troisième dose pour ceux qui sont *non-responders* semble donc indispensable. Certains pays comme la France ont déjà débuté une troisième dose pour leurs patients non répondeurs en l'absence d'anticorps après deux doses. Quid en Belgique? Il me semble particulièrement urgent que cette porte soit ouverte pour ces patients si fragiles.

Je voudrais également revenir sur les variants covid et singulièrement sur le variant Delta qui correspond au variant indien. On voit son évolution exponentielle dans une série de pays, notamment au Royaume-Uni. Monsieur le ministre, je vous avais appelé à renforcer les dispositifs. Qu'en est-il? Quelles sont les restrictions de voyage et d'arrivée? Quel est le renforcement de *tracing* et d'isolement pour tous les pays où ce variant circule de manière importante? C'est un enjeu stratégique pour les prochaines semaines et les prochains mois. C'est urgentissime!

Comme vous le savez, j'ai fait voter un amendement pour la gratuité des tests tant que les personnes n'étaient pas vaccinées et n'avaient pas eu accès au vaccin. J'entends qu'aujourd'hui des collègues de la majorité Vivaldi me rejoignent alors qu'ils avaient pourtant voté contre ma proposition. Je plaide cela depuis longtemps. C'est très important en matière de santé publique. C'est aussi une question d'équité pour tous ceux qui n'ont pas encore eu accès au vaccin. Les lignes bougent du côté du gouvernement. J'ose espérer qu'en la matière, cela pourra être appliqué, malgré quelques déclarations un peu fortes de présidents de parti qui s'y opposent. Qu'en est-il également du passeport européen? Pourra-t-il être utilisé pour les activités à risque en Belgique plutôt que de devoir développer un nouvel outil, un nouveau *corona pass*?

Par ailleurs, monsieur le président, pour ce qui est des questions n^{os} 55018301C, 55018302C, 55018303C et 55018304C, je renvoie à mes questions telles que déposées.

01.12 **Sophie Rohonyi** (DéFI): Monsieur le président, je renvoie à mes questions n^{os} 550347C à 550351C.

Ceci m'amène, monsieur le ministre, à vous interpellier sur les mesures attendues lors du fameux Codeco prévu ce vendredi. On en attend principalement deux choses: des éclaircissements sur les protocoles de reprise des secteurs mais aussi sur l'encadrement des voyages à l'étranger.

En ce qui concerne les protocoles de reprise, pour mon parti DéFI, il faut avant toute chose une harmonisation des horaires d'ouverture pour l'horeca mais aussi pour tous les secteurs. Il faut des protocoles issus de la concertation et communiqués au plus vite. On peut d'ailleurs regretter que ces protocoles n'aient pas pu être communiqués plus de cinq jours avant la reprise, ce qui nous semble beaucoup trop tard, d'autant plus que les annonces qui en ressortiront vendredi ne seront certainement pas suffisamment détaillées.

Ma question vise donc à savoir le pourquoi de décisions si tardives. Pourquoi un tel décalage entre votre arrêté ministériel sur les dispositifs de ventilation et les protocoles concernant chaque secteur? J'ai également ouï dire que votre arrêté ministériel sur les dispositifs de ventilation pourrait être corrigé pour ne plus interdire certains dispositifs qui sont reconnus depuis des mois en Belgique. Le confirmez-vous? J'entends aussi que l'horeca est particulièrement inquiet du maintien du télétravail à raison de quatre jours par semaine. Les acteurs du secteur ont besoin des bureaux pour pouvoir fournir aux gens les petits déjeuners, les lunches de midi et les *after work*; par conséquent, un assouplissement est-il éventuellement prévu à cet égard?

S'agissant de l'encadrement des voyages à l'étranger, quelles pistes sont-elles sur la table du Codeco concernant la gratuité des test PCR? Je constate qu'au sein de certains partis, on ne semble pas défendre la même position. J'entends le président du MR dire qu'on ne peut pas raser gratis et que rien n'est gratuit, et en même temps, j'entends l'une des députées de son parti plaider pour la gratuité.

Je pense, pour ma part, que plaider en faveur de la liberté de choix en matière de vaccination n'a aucun sens, si on décide, ensuite, d'entraver la liberté de circulation en pénalisant les personnes qui n'ont pas encore eu l'occasion d'être vaccinées.

Je souhaiterais également vous entendre au sujet de la carte blanche qui a été publiée, hier, par de nombreux académiques au sujet d'une analyse des coûts et des bénéfices du confinement. Quelle est votre réaction à cet égard? Indépendamment des dispositions prévues dans le cadre de la loi pandémie, une évaluation globale de l'impact sanitaire, social, économique, de santé mentale, etc., est-elle prévue? Par qui? Avez-vous sollicité le Bureau fédéral du Plan ou Sciensano?

Par ailleurs, je voudrais vous interpeller au sujet de la pénurie des infirmiers et infirmières. En effet, nombreux sont ceux qui soignent encore des patients covid dans les services de soins intensifs. Cette pénurie est principalement due aux carrières incomplètes de cinq à dix ans au niveau des soins intensifs. En outre, beaucoup d'infirmiers ont attiré mon attention sur le fait que vos promesses de revalorisations salariales qui sont nécessaires pour réduire les départs prématurés ne sont pas suivies des effets escomptés et que, pire encore, leur profession serait pénalisée avec le nouveau système barémique IFIC. Comment expliquez-vous cette situation? Êtes-vous en mesure de rassurer aujourd'hui les infirmiers et infirmières?

Je terminerai mon intervention avec la question de la vaccination. Il me revient que des personnes qui ont été convoquées pour se faire vacciner avec le vaccin Johnson & Johnson, alors que leur médecin traitant leur a déconseillé ce vaccin pour des raisons médicales, se sont entendu dire qu'il n'était pas question de leur en administrer un autre, sauf en cas de risque anaphylactique ou de cancer. Autrement dit, aucune autre pathologie n'entrerait en ligne de compte, ce même avec un avis médical contraire du médecin traitant. Confirmez-vous cette information? Estimez-vous cette façon de faire normale? Une plus grande souplesse dans le choix des vaccins ne serait-elle pas souhaitable quand cela se justifie pour des raisons médicales sérieuses afin d'éviter que des personnes motivées décident finalement de suivre les conseils de leur médecin traitant et refusent de se faire vacciner?

01.13 Thierry Warmoes (PVDA-PTB): Monsieur le ministre, je vais poser une question sur un sujet qui a déjà été évoqué par d'autres collègues. Il s'agit du décès d'une femme slovène qui avait été vaccinée avec le vaccin Johnson & Johnson. Suite à ce décès, il a été décidé de ne plus administrer ce vaccin à des personnes de moins de 41 ans, sauf pour des publics cibles précis comme les sans-abri et les sans-papiers.

Monsieur le ministre, j'aimerais connaître les raisons de cette décision, qui est une forme de discrimination. Trouvez-vous correct, d'un point de vue éthique, d'administrer ce vaccin à des personnes de moins de 41 ans de ces groupes-là avec les risques inhérents? Avez-vous eu éventuellement des contacts avec des partenaires ou des organisations qui s'occupent spécifiquement de ces groupes, comme les centres d'accueil pour réfugiés, les organisations de lutte contre la pauvreté ou les services sociaux et les CPAS? Avez-vous une estimation du nombre de personnes de moins de 41 ans qui sont concernées? Y a-t-il éventuellement d'autres solutions? Des vies humaines sont en jeu.

01.14 Minister Frank Vandenbroucke: Mijnheer de voorzitter, in mijn antwoord wil ik eerst zeer algemeen antwoorden op de belangrijkste voorliggende kwesties, waarna ik meer in detail wil ingaan op verschillende thema's.

Wat mijn algemene antwoord betreft, wil ik graag onderscheid maken tussen drie vragen. De eerste vraag is: waar staan we vandaag in de strijd tegen het virus? Wat hebben we gerealiseerd? De tweede vraag is: hoe zijn we zover geraakt? We mogen immers wel zeggen dat we vandaag aankijken tegen een zeer gunstige ontwikkeling. We moeten ons dus afvragen waar dat het resultaat van is. Een derde vraag is: wat zijn de verdere stappen die we zullen zetten in de strijd tegen het virus? Dat zijn voorzichtige stappen, geleidelijk aan, naar wat ik in deze commissie ooit "het rijk van de vrijheid" heb genoemd. Ik dacht toen aan september, oktober, november, waarbij de zomer een overgangperiode zou zijn. Dat zal ongetwijfeld zo zijn. Welke voorzichtige stappen zullen we nu verder zetten? Dat zijn de drie grote vragen. Omdat de vraag uitdrukkelijk werd gesteld, wil ik ook kort ingaan op de vraag wat we kunnen verwachten van het Overlegcomité dat deze week vrijdag samenkomt.

Waar staan we vandaag? We zien dat het aantal mensen dat ziek is door covid en verblijft op intensieve zorg, van dag tot dag daalt.

Wij bereiken duidelijk de mijlpaal die wij voor onszelf hadden vastgelegd, namelijk minder dan 500 mensen met covid op intensieve zorg voor het ingaan van een nieuwe ronde van versoepelingen op 9 juni. Dat is een eerste hele belangrijke mijlpaal, die wij vandaag bereikt hebben.

Er is meer dan dat. U zult zich herinneren dat ik herhaaldelijk heb gezegd in deze commissie en in de media dat deze mijlpaal van minder dan 500 mensen met covid op intensieve zorg slechts één element was. Dat ontwricht ons ziekenhuiswezen en verhindert een normaal verloop van het werk. Ik heb er echter ook steeds aan toegevoegd dat wij ervoor moeten zorgen dat dit cijfer echt duidelijk blijft dalen. Daarvoor moet de dagelijkse instroom van mensen die gehospitaliseerd worden met covid, dalen. Wij moeten naar minder dan 150 opnames per dag gaan. Wij moeten naar minder dan 100 per dag gaan. In de zomer zouden wij moeten geraken aan een situatie waarbij minder dan 75 mensen per dag opgenomen worden met covid in het ziekenhuis.

Een aantal maanden geleden hebben wij advies gekregen van de experts dat het aantal mensen dat dagelijks in de ziekenhuizen wordt opgenomen met covid minder dan 75 moet zijn om in een enigszins veilige haven te komen. Daarom heb ik zelf, bijkomend aan de beslissingen van het Overlegcomité, steeds heel sterk de nadruk gelegd op minder dan 500 mensen op intensieve zorg en een dalende dagelijkse toestroom van minder dan 150, minder dan 100, minder dan 75. Daar zouden wij moeten geraken.

Het goede nieuws is dat wij daarnaar op weg zijn. Dat is buitengewoon goed nieuws.

Met het Overlegcomité hadden we ook een tweede mijlpaal in de grond geklopt. We hadden gezegd dat niet alleen bij de oudere bevolking een voldoende aantal mensen gevaccineerd moest zijn, maar ook bij de landgenoten die lijden aan bepaalde aandoeningen, zoals hoge bloeddruk of suikerziekte. Bij dat deel van de bevolking, mensen met een onderliggende aandoeningen, moet minstens 80 % een eerste dosis van het vaccin gekregen hebben.

Wel, het goede nieuws is dat we – waarschijnlijk eind deze week, begin volgende week – ook deze mijlpaal zullen bereiken. Dan zal 80 % van de Belgen die de een of andere onderliggende aandoening hebben, een eerste dosis van het vaccin hebben gekregen. Ook die tweede mijlpaal, die op het vorige Overlegcomité heel duidelijk in de grond was geslagen, zullen we realiseren. Dat is buitengewoon belangrijk.

Dat we zover zijn geraakt, is natuurlijk te danken aan het succes van de vaccinatiecampagne. Dat staat buiten kijf. In de groepen die gevaccineerd zijn, gaat het aantal mensen dat met covid in het ziekenhuis wordt opgenomen, drastisch achteruit. Dat is voor het eerst duidelijk geworden bij de bewoners van onze woon-zorgcentra. Het succes van de vaccinatie en de enorme inzet van het personeel van de vaccinatiecentra, professionals en vrijwilligers, de gewestelijke agentschappen en mijn gewestelijke collega's: het heeft allemaal aan dat succes bijgedragen, maar we zullen de inspanningen nog lang moeten volhouden.

Er is nog een ander element dat we misschien een beetje onderschatten en dat ik in deze commissie onder de aandacht wil brengen. Steven Van Gucht, een van onze federale woordvoerders, zei een tijdje geleden dat het ernaar uitziet dat we in het meest gunstige scenario zitten van wat ons voorspeld was door de wetenschappers, die met wiskundige modellen voorspellingen maken de evolutie van de epidemie.

Ik verwijs daarvoor naar professor Niel Hens en zijn collega's, die met modellen vrij betrouwbare voorspellingen maken over hoe de epidemie zal evolueren. Als men kijkt naar hun laatste voorspellingen en naar de situatie van vandaag, dan zitten we aan de meest gunstige kant van deze voorspellingen.

De vraag is hoe dat komt. Is dat een of ander mirakel? Het antwoord is neen. Het is geen mirakel. Het heeft ook te maken met het feit dat de mensen zich heel voorzichtig hebben gedragen. Zo zegt tenminste professor Hens, die ik daarover de voorbije dagen uitvoerig heb ondervraagd. Dat is misschien niet het beeld dat we hebben, omdat we heel vrolijke beelden zien van mensen die het leven hervatten, maar professor Hens en zijn equipe houden al heel lang heel gedetailleerde gegevens bij over het aantal contacten dat onze mensen onderhouden. Als men die gegevens bekijkt, dan ziet men dat tot voor kort, tot een eind in de maand mei, het contactgedrag van de mensen heel voorzichtig is gebleven. Professor Hens heeft daarover heel mooie grafieken die ik hier niet kan tonen, maar die u aan hem kunt vragen.

Dat is mede de verklaring waarom wij met de vaccinatie en met het voorzichtig contactgedrag vandaag zo'n gunstige ontwikkeling hebben in de ziekenhuisopnames door covid en waarom de circulatie van het virus duidelijk achteruitgaat. Het lijkt erop dat de Belgen, nadat ze maandenlang allerlei richtlijnen hebben aangehoord, ingeschreven in ministeriële besluiten, een aantal tips niet alleen in grote mate hebben gevolgd, maar ook heel goed hebben begrepen. Zij begrepen het waarom van de maatregelen en de noodzaak voorzichtig te zijn, ook al was dat sociaal moeilijk en eigenlijk spijtig.

Wij hebben in ons dagelijks leven een grote dosis voorzichtigheid opgebouwd. Dat is bijzonder belangrijk. Ik kan ze niet tonen, maar ik wil iedereen aanraden de gegevens bij Niel Hens op te vragen. Hij illustreert zeer mooi dat het contactgedrag dat wij vandaag zien, helemaal niet het contactgedrag is dat er was vóór de pandemie. Het is veel voorzichtiger. Eigenlijk moeten wij het zo houden, want als dat een factor van succes is, naast de vaccinatie, moeten wij die factor van succes in stand houden.

Dat is de reden waarom de regering beslist heeft het persoonlijke gedrag van de mensen bij hen thuis niet meer met regels in een ministerieel besluit vast te leggen, maar te rekenen op hun inzicht, dat toch gegroeid is, en te werken met in aanbevelingen vertaalde informatie over wat voorzichtig gedrag is. Het coronacommissariaat heeft in de voorbije weken, samen met de wetenschappelijke experts, mijzelf en mijn medewerkers, intensief gewerkt aan vrij eenvoudige informatie en aanbevelingen over voorzichtig gedrag in het persoonlijke leven.

Ik hoop dat die informatie en die aanbevelingen in de komende maanden naar buiten zullen komen en een politiek draagvlak zullen krijgen. Het is dus belangrijk dat mijn politieke collega's die volgende vrijdag samen met mij zullen vergaderen in het Overlegcomité, ze goed kunnen bekijken en er mee over nadenken.

Voor alle duidelijkheid, toen wij gezegd hebben dat wij niet meer alle regels in detail in een ministerieel besluit zouden inschrijven, was dat geen aankondiging dat we konden terugkeren naar het contactgedrag van voor de pandemie. Absoluut niet. Dat was geen aankondiging van het rijk van de vrijheid hier en nu. Dat was geen boodschap dat alle remmen los kunnen worden gegooid en men iedereen kan beginnen te knuffelen, hoe graag we dat misschien ook zouden doen. Dat was niet de boodschap.

Wat is dan wel de boodschap? We schrijven de informatie over hoe men zich voorzichtig gedraagt en wat dat betekent, niet meer in een ministerieel besluit. Overigens, wie leest dat? We voeren een campagne op basis van aanbevelingen.

Wat daarbij ook speelt - ik zal daar vandaag verder niet meer over zeggen -, is dat de informatie waarover we vandaag beschikken, en de aanbevelingen die we aan mensen kunnen geven, behoorlijk genuanceerd en ook behoorlijk complex zijn geworden.

We moeten inderdaad een onderscheid maken tussen wie volledig en wie niet volledig gevaccineerd is. Oudere mensen of kwetsbare mensen met onderlinge aandoeningen zoals een hoge bloeddruk of diabetes die wel al volledig gevaccineerd zijn, kunnen zich eigenlijk wel wat meer vrijheid veroorloven, als zij omgaan met andere mensen die volledig gevaccineerd zijn. Oudere mensen of kwetsbare mensen met aandoeningen die niet volledig gevaccineerd zijn, moeten vandaag even voorzichtig blijven als vroeger. Dat wil zeggen: niet met te grote groepen samenkomen, afstand houden, als dat niet lukt, een mondkapje dragen en buiten kan men meer dan binnen.

In het ministerieel besluit staat overigens dat men onder zijn dak geen grotere groep dan vier mensen die

niet tot het huishouden behoren, kan verzamelen.

We moeten dus een onderscheid beginnen te maken in onze raadgeving tussen wie volledig is gevaccineerd en wie het niet is. We moeten er ook de aandacht op vestigen dat het verstandig is om bij twijfel een zelftest te halen bij de apotheek. Zo kan men testen of men besmettelijk is en of men andere mensen zou kunnen besmetten wanneer men ze ontmoet. We moeten ook duidelijk maken aan de bevolking dat een ruimte goed moet worden geventileerd, wanneer dat mogelijk is. De informatie waarover we beschikken, met alle nuances en complexiteit, steken we vandaag niet meer in een ministerieel besluit. We verwerken die in aanbevelingen. Dat zullen behoorlijk voorzichtige aanbevelingen zijn, die duidelijk niet het signaal geven dat alle remmen los kunnen. Absoluut niet. We hebben daar de voorbije weken hard aan gewerkt, samen met het coronacommissariaat. De heer Facon heeft al een tipje van de sluier opgelicht in de media. Hopelijk vinden we daar ook een goed draagvlak voor in het Overlegcomité.

Hoe gaan we nu verder? Ten eerste moeten we heel voorzichtig blijven. Daarbij wordt een onderscheid gemaakt tussen wie gevaccineerd is en wie niet. Ten tweede moeten we ook duidelijkheid hebben over de richting van onze vaccinatiecampagne. Mevrouw Jiroflée, mevrouw Depoorter en anderen hebben gevraagd wat onze doelstelling is. Voor meer versoepelingen, bijvoorbeeld op het einde van de zomer, blijven we bij de drempel dat 70 % van de bevolking gevaccineerd moet zijn. Dat is een minimum. In de pers leest u dat onze wetenschappers ondertussen wel in debat zijn over de vraag of 70 % van de bevolking wetenschappelijk wel voldoende is om het virus echt te marginaliseren en echt de hele samenleving te beschermen. Sommige wetenschappers verkiezen nu 80 %; anderen houden vast aan 90 %.

De waarheid is dat we daarover vandaag geen definitieve uitspraak kunnen doen. Er bestaat veel ernstig wetenschappelijk werk over het thema, maar de uitspraak over of men nu naar 80 % of 90 % vaccinatiegraad moet, hangt eigenlijk af van de varianten van het virus die we nog zullen zien opduiken. Het antwoord op de vraag of 70 % of 80 % of 90 % van de bevolking gevaccineerd moet zijn, hangt af van de besmettelijkheid van de varianten. We weten nog niet alles daarover, omdat we nog varianten kunnen zien opduiken. Ik vraag dus een beetje begrip voor de wetenschappers die met de kwestie worstelen, daar ernstig onderzoek over doen en met elkaar debatteren.

Voor ons, als politiek verantwoordelijken, rijst de vraag welke boodschap we aan de bevolking moeten geven. Welnu, wat ons betreft, is de boodschap eigenlijk eenvoudig en duidelijk. De boodschap is dat zoveel mogelijk mensen zich zouden moeten laten vaccineren om zich te beschermen tegen ernstige ziekte. Zoveel mogelijk mensen zouden zich volledig moeten laten vaccineren, niet één keer als men twee dosissen nodig hebt, maar twee keer. Volledige bescherming door twee dosissen betekent immers ook dat men de besmettelijkheid van het virus en het rondgaan van het virus verder achteruitduwt. Met twee dosissen zijn we zekerder zijn dat we ook tegen die varianten goed beschermd zijn, zoals de Indische variant. De boodschap is eigenlijk eenvoudig, maar wel ambitieus: zoveel mogelijk mensen, in alle bevolkingsgroepen, overal, in alle gemeenten, in alle wijken, volledig vaccineren. Volledig, dat wil zeggen met twee dosissen.

Ik kom dadelijk terug bij een aantal vragen daarover.

Langs de ene kant is er een mijlpaal die we in de beslissingen van het Overlegcomité al in de grond geklopt hebben, met name dat we uiteindelijk minstens 70 % van de bevolking gevaccineerd zouden moeten hebben. Die mijlpaal blijft daar staan. Het is een minimum minimorum.

Wanneer men weet dat er ondertussen meer besmettelijke varianten zijn, en dat er misschien nog meer besmettelijke varianten zullen komen, moet het dan niet 80 % of 90 % zijn? Dat wetenschappelijke debat gaan we vandaag niet beslechten. De ambitie moet echter helder zijn op dit moment: zoveel mogelijk mensen, in alle bevolkingsgroepen, overal, niet één keer maar twee keer vaccineren met Pfizer, Moderna, AstraZeneca of met een vaccin zoals dat van Johnson & Johnson, waarvan één dosis volstaat.

Daarmee kom ik natuurlijk op een gevoelig punt. De vaccinatie is het toegangsticket tot de vrijheid voor de samenleving, maar ook voor individuen. Dat is geen kwestie van discriminatie, het is een realiteit. Als vier al wat oudere vrienden elkaar ontmoeten en ze zijn volledig gevaccineerd, kunnen ze zich meer veroorloven dan vier oudere vrienden waarvan niet iedereen volledig is gevaccineerd. Dat moeten we uitleggen aan de mensen.

Wie nog niet volledig gevaccineerd is, kan zich minder veroorloven. Dat is zo. Zo iemand moet veel voorzichtiger zijn. Dat zullen we moeten uitleggen. Daar komt nog een element bij: met het oog op het

toeristische seizoenen zullen landen regels uitvaardigen voor wie er toegelaten wordt om het land binnen te komen, zonder volledige vaccinatie. Wat zullen deze landen zeggen aan mensen die niet volledig gevaccineerd zijn? Er zal een onderscheid gemaakt worden.

Voor iedereen in deze commissie is het essentieel dat men mensen niet mag tegenhouden om zich te verplaatsen of om naar een culturele activiteit te gaan, als ze zelfs nog geen aanbod hebben gekregen voor vaccinatie. Dat zou discriminatie zijn. Dat is niet aanvaardbaar.

We staan vandaag voor een complex en belangrijk debat. Hoe gaat ons land om met mensen die deze zomer naar België zullen reizen of mensen die terugkeren uit andere landen? Dat is een eerste vraag.

De tweede vraag is wat andere landen zullen doen. Wat zullen Frankrijk, Duitsland, Italië en Spanje doen? Op die laatste vraag heb ik geen antwoord. Het is mogelijk dat een aantal landen de toegang weigeren als men geen twee keer gevaccineerd is met vaccins die twee dosissen vereisen, zoals AstraZeneca, Pfizer en Moderna, tenzij men een negatieve PCR-test heeft afgelegd en het bewijs daarvan heeft.

Het zou kunnen dat een aantal landen die regel toepassen en ze hebben daarvoor misschien heel goede argumenten. Er is nog geen beslissing genomen, maar wij moeten daarover zelf ook nadenken. Wat zullen wij zeggen aan mensen die België binnenkomen of aan mensen die terugkomen uit het buitenland? De logica is dat we zullen zeggen dat men zeker één keer gevaccineerd moet zijn, maar er zijn ook goede argumenten om te zeggen dat men twee keer gevaccineerd moet zijn en dat men, als dat niet het geval is, het bewijs van een negatieve test moet voorleggen, zoals sommige andere landen misschien zullen beslissen.

Dat brengt mij tot de belangrijke vraag over de toegang tot testing. Ik wil daar duidelijk over zijn, zeker in de wetenschap dat landen op die manier het reizigersverkeer zullen bewaken en zeker in de wetenschap dat we - helaas - vertraging zullen hebben in de leveringen van vaccins en dat dit onze vaccinatiecampagne vertraagt.

We moeten ervoor zorgen dat ook mensen die weinig geld in hun portemonnee hebben, zich een PCR-test kunnen veroorloven. Dat is ook de reden waarom ik in de regering heb gepleit om het toegankelijk maken, om het goedkoop maken van PCR-tests, minstens één PCR-test, voor mensen die nog geen aanbod hebben gekregen om zich te laten vaccineren zodat zij toch op reis of naar een massafestival kunnen gaan. Mensen die het aanbod nog niet gekregen hebben, die hebben in mijn ogen inderdaad recht op een zeer goedkope of zelfs gratis PCR-test.

Concreet moeten we dus nadenken over het volgende principe: wie een aanbod heeft gekregen dat toelaat om volledig gevaccineerd te zijn en wie ook de tijd heeft gehad om daarop in te gaan, die moeten we niet per se een gratis of goedkope PCR-test aanbieden. Bij iemand die de kans niet heeft gehad, is dat wel nodig. Daar pleit ik voor en dat zijn we momenteel aan het bekijken in de regering. Zo niet ontstaat inderdaad een probleem en kan men spreken van een onfaire, onbillijke behandeling. Mevrouw Taquin, mevrouw Fonck en anderen hebben daarop gewezen. Sommige mensen zullen de kans hebben gehad om zich te laten vaccineren, andere niet.

Het is dus heel belangrijk om te zeggen dat er een verschil is tussen wie wel en wie niet gevaccineerd is. Het is ook belangrijk dat mensen zich tweemaal laten vaccineren, als het vaccin twee dosissen vraagt. De mensen die dat gedaan hebben, zullen zich meer kunnen veroorloven. De Europese landen zullen hierover ook spelregels bepalen. Wie op dat moment niet de kans heeft gekregen zich te laten vaccineren, moet goedkoop of gratis toegang hebben tot PCR-tests. Dat is essentieel.

Ik kom straks nog terug op een punt dat mevrouw Depoorter aanhaalde, namelijk het verschil tussen de gemeenten. Het is duidelijk dat in sommige gemeenten de vaccinatie vlotter loopt dan in andere. Vooral in stedelijke contexten gaat het vaak moeizamer. In het Brussels Gewest is dat bijvoorbeeld meer het geval dan in Oost-Vlaanderen, waar de vaccinatiecampagne uiterst vlot verloopt. Mijn collega's Alain Maron en Christy Morreale doen hun uiterste best, en veel van de inspanningen die zij leveren, zijn wellicht onvoldoende bekend bij deze commissie. We moeten hun inspanningen ondersteunen en ervoor zorgen dat iedereen - uit alle bevolkingsgroepen en met om het even welke sociale achtergrond - niet alleen toegang heeft tot de vaccinatie, maar ook overtuigd wordt van het belang zich te laten vaccineren.

Ik ga ervan uit dat we dat in de komende periode, samen met de collega's, nauwgezet opvolgen. We moeten

ervoor zorgen dat er een brede spreiding is van de vaccinatie over alle bevolkingsgroepen. Ik beschouw dat niet alleen als een sanitaire opdracht, maar ook als een opdracht van sociale rechtvaardigheid. Niet alleen goed opgeleide en goed geïnformeerde mensen mogen toegang hebben tot de vaccins. Ook in wijken met veel sociale achterstelling en veel geïsoleerde en moeilijk bereikbare burgers moet de vaccinatie tot een goed einde worden gebracht.

Mevrouw Rohonyi, u vroeg mij wat te verwachten van de vergadering van het Overlegcomité op 4 juni. Er komen geen bijkomende versoepelingen, die staan niet aan de agenda. Er komen wel twee grote en complexe onderwerpen aan bod. Ten eerste bespreken we hoe wij in België zullen omgaan met het internationale reizigersverkeer. Hoe zullen wij de toeristen onthalen die naar België willen komen en hoe zullen wij omgaan met de informatie die beschikbaar is op het European Green Certificate, dat nu blijkbaar Digital COVID Certificate zal gaan heten? Wat zullen wij eisen, zowel van toeristen die naar hier komen als van Belgen die terugkomen uit het buitenland? Dat is een eerste vraag en ik zal daar niet op vooruitlopen.

Ten tweede, hoe zorgen we ervoor dat we het voorzichtige gedrag dat zeer veel mensen zich eigen hebben gemaakt in stand houden? Hoe zorgen we voor goede informatie en duidelijke aanbevelingen, waardoor dat voorzichtige gedrag ook blijft bestaan? Dat lijkt me immers essentieel. Dat zijn de belangrijke onderwerpen van de vergadering van 4 juni.

Ik kan mij inbeelden dat er snel daarna nog een vergadering zal komen, met vragen over bijkomende versoepelingen in de zomerperiode. Er staan immers nog vragen open van de horeca, bijvoorbeeld over het sluitingsuur. Ik ga ervan uit dat die na 4 juni snel aan bod zullen kunnen komen tijdens een volgende vergadering van het Overlegcomité. Op 4 juni is echter alle aandacht op de organisatie van het reizigersverkeer gericht. We moeten er bovendien ook voor zorgen dat de bevolking goed begrijpt dat de boodschap niet is 'alle remmen los'.

Ik ga nog even door in het Nederlands, maar maak u geen zorgen, ik zal ook in het Frans antwoorden.

Ik ga een beetje meer in detail in op de varianten. Er waren daarover vragen van mevrouw Gijbels en mevrouw Fonck.

J'y viens immédiatement, madame Fonck, avec quelques informations.

Ik begin met de varianten in het algemeen.

Mevrouw Gijbels, u weet dat we enerzijds met sequencerings en anderzijds met contacttracing werken. Op die manier proberen wij de zorgwekkende varianten in kaart te krijgen, zodat wij een zicht krijgen op wat er in ons land gebeurt.

Ik denk niet dat we de verschillende golven van de epidemie in ons land rechtstreeks aan de introductie van bepaalde varianten kunnen verbinden. Er wordt soms beweerd dat de derde golf mee te verklaren is door de overgang van de dominantie van de oude, klassieke varianten naar de zogenaamde Britse variant. Daar zit iets in, maar de Britse variant werd al geïntroduceerd in december 2020 en januari 2021. De derde golf is pas maanden later gekomen. De Britse variant heeft daarin een rol gespeeld, maar het is toch niet alleen dat. Het gaat ook over het gedrag van mensen, waarbij er op een bepaald moment te veel contacten waren, wat dan gunstig is voor het virus.

Bij de tweede golf van vorig jaar zagen we ook geen specifieke dominantie van één variant, maar een mengeling van verschillende varianten die daarvoor al circuleerden. In de eerste golf zagen wij overigens ook al een mengeling van varianten uit verschillende geografische gebieden.

Er zijn landen in de wereld waar de eerste golf homogener was dan bij ons, maar het is moeilijk om daarover algemene uitspraken te doen.

Als een variant in bepaalde landen echter in grote mate circuleert, is de kans wel groot dat men die niet een keer, maar meerdere keren in ons land geïntroduceerd krijgt.

Er is natuurlijk een zeker, zij het geen sterk verband tussen het aantal introducties en de grootte van de kans dat een bepaalde variant vervolgens de dominante variant wordt.

Mevrouw Gijbels, het is dus een complex en genuanceerd verhaal.

Ik wil eindigen met een algemene waarschuwing, maar sta mij toe eerst nog het volgende mee te geven. Er zijn in het algemeen wel geruststellende gegevens dat de vaccins werkzaam zijn tegen de Britse variant. Er wordt een enigszins verminderde werkzaamheid verwacht tegen de Zuid-Afrikaanse variant. Dat is gebleken uit veldstudies voor AstraZeneca en in mindere mate voor Pfizer. Voor Moderna is dat enkel nog maar getoond in laboratoriumexperimenten. Ook voor Johnson & Johnson is dat alleen nog maar gebleken in klinische studies van de fabrikant.

Anderzijds is het ook heel goed mogelijk dat ondanks een enigszins mindere werkzaamheid van een vaccin tegen milde of matige vormen van COVID-19 er nog altijd een heel goed bescherming is tegen ernstige vormen van de ziekte, wat zeker is aangetoond voor Pfizer, in klinische studies voor Johnson & Johnson en in hoge mate voor AstraZeneca.

Voor de Braziliaanse variant zien wij in laboratoriumstudies een licht verlaagde werkzaamheid, die evenwel hoger is dan voor de Zuid-Afrikaanse variant en meer in lijn met de werkzaamheid tegen de Britse variant.

Over de Indiase variant is er heel wat debat en bezorgdheid. Er zijn immers aanduidingen van mindere werkzaamheid, zeker na één dosis. Dat moet nader worden onderzocht.

Dat pleit er in het algemeen voor om ervoor te zorgen dat mensen, wanneer een vaccin is ontworpen om in twee dosissen te worden toegediend, die twee dosissen ook gebruiken. Wanneer een farmaceutisch bedrijf een product op de markt brengt dat in twee dosissen moet worden toegediend, dan is het gek te denken dat één dosis wel zal volstaan.

Als ik met de fiets rijd en er staan twee remmen op mijn fiets, is het gek om te denken dat ik mij van één rem kan bedienen en dat de tweede rem er voor niks op staat. Het is gek om dat te denken. Dat is met vaccins die men in twee dosissen moet toedienen, ook zo.

Ik heb het nog even over wat ik daarnet heb gezegd: structureel moeten we ervoor zorgen dat, in het licht van de onzekerheid over varianten die misschien nog op ons afkomen en in het licht van de onzekerheid over de mate van werkzaamheid van onze vaccins tegenover varianten zoals de Indiase, een zo groot mogelijk deel van de Belgische bevolking, in alle bevolkingsgroepen, in alle wijken, in alle gemeenten, twee keer gevaccineerd is. Dat is eigenlijk de doelstelling.

Mais évidemment, comme Mme Fonck l'a dit, il faut aussi se poser des questions en ce qui concerne la gestion de l'épidémie et ce que nous faisons au niveau des voyages. Je répète que, depuis le 28 avril 2021, il est interdit aux personnes qui se sont trouvées sur le territoire de l'Inde à un moment au cours des 14 derniers jours de se rendre directement ou indirectement sur le territoire belge, pour autant que ces personnes ne possèdent pas la nationalité belge ou n'aient pas leur résidence principale en Belgique.

Il y a des exceptions concernant cette interdiction:

- les déplacements professionnels des travailleurs du transport, du fret et des marins, à condition qu'ils disposent d'une attestation de leur employeur;
- les déplacements des diplomates, du personnel des organisations internationales et des personnes qui sont invitées par des organisations internationales et dont la présence physique est indispensable pour le bon fonctionnement de ces organisations, dans l'exercice de leurs fonctions, pour autant qu'ils disposent d'une attestation de voyage essentiel délivrée par la mission diplomatique ou le poste consulaire belge concerné.

Ces deux exceptions signifient que ladite règle des 48 heures n'est pas appliquée aux voyageurs qui ont séjourné en Inde au cours des 14 jours précédant leur arrivée en Belgique.

Les personnes possédant la nationalité belge ou ayant leur résidence principale en Belgique n'ont pas le droit de se rendre en Inde, mais si elles étaient en Inde avant l'entrée en vigueur de l'interdiction de voyager, elles sont autorisées à retourner en Belgique. À leur arrivée en Belgique, celles-ci doivent subir deux tests PCR: un dès que possible après l'arrivée et un au septième jour de la quarantaine. La période de quarantaine obligatoire de dix jours peut être raccourcie si le résultat du deuxième test PCR, effectué au plus tôt le septième jour, s'avère négatif.

La durée de la quarantaine et la stratégie de test sont basées sur les connaissances scientifiques formulées

par le Risk Assessment Group (RAG) et validées par le Risk Management Group (RMG).

En outre, tous les échantillons positifs provenant de voyageurs se trouvant dans une zone rouge sont actuellement en cours de séquençage. Les indicateurs de séquençage du génome pour la détection des variants permettent également d'examiner les échantillons qui pourraient avoir été causés par un variant. Cela peut se faire, soit suite à un lien avec une mutation connue, soit à la demande spéciale de l'inspecteur sanitaire.

Une analyse de risque est réalisée au niveau belge et européen pour déterminer les pays européens ou non européens qui représentent un risque accru en matière de voyages, en fonction de l'incidence du virus, du séquençage de celui-ci, du génome dans le pays, de la circulation ou non de *variants of concern* et leur taux de circulation le cas échéant.

Ainsi, il existe un haut degré de vigilance autour de la circulation, entre autres de la mutation indienne en Inde et dans d'autres pays en dehors de l'Inde, comme par exemple le Royaume-Uni. Les Régions, qui sont compétentes en matière de *tracing*, de quarantaine et de tests, ont accès aux données du Passenger Locator Form (PLF) grâce à un accord de coopération. Dans les Régions, l'accent est également mis sur la sensibilisation et sur la surveillance des voyageurs afin d'améliorer le respect de la quarantaine et des tests.

Ce test PCR est obligatoire dans le cadre d'un voyage dans une zone rouge, ce qui contribue à une capacité de réaction rapide en cas d'infection, et à une meilleure connaissance de la circulation et de l'importation de variants en Belgique.

Vous savez que la police fédérale reçoit des informations sur les voyageurs en provenance des zones rouges, qui sont obligés de se soumettre à une quarantaine et à des tests, et qui n'ont pas encore activé leur code CTPC (Covid-19 Test Prescription Code).

Dan kom ik aan het thema ventilatie en buitenlucht. Er werd naar gevraagd, maar ik kan niet gemakkelijk met cijfers komen, laat staan exacte cijfers over het besmettingsrisico in buitenlucht versus binnen, en wetenschappers evenmin. Mensen zien elkaar vaak, zowel buiten als binnen en eventuele besmettingen die specifiek te linken zijn aan drukte op het openbare domein, buiten, zijn natuurlijk moeilijk aan elkaar te koppelen. Uiteraard kan men ook niet zomaar experimenteel onderzoek uitvoeren waarbij een besmettelijk persoon in de buitenlucht anderen ontmoet.

Er zijn wel testevenementen geweest of gepland, waarbij wij zeer uitdrukkelijk onderzoeken hoe de luchtkwaliteit of de ventilatie en het aantal besmettingen met elkaar in verband staan. De exacte protocollen die wij gebruiken, verschillen afhankelijk van het type evenement. Sciensano en VITO hebben bovendien een onderzoeksprotocol klaar om de luchtkwaliteit in woon-zorgcentra en bepaalde openbare ruimtes in kaart te brengen en die gegevens te koppelen aan het aantal besmettingen met respiratoire infecties. U hoort dat ik hiermee sterk in het vaarwater kom van de deelstaten. Ik kan er dus niet veel meer over zeggen, maar ik vind het wel zeer belangrijk.

Dan was er een vraag over zorgverstrekkers en maskers. Zorgverstrekkers kennen over het algemeen een hoge vaccinatiegraad, maar ze komen natuurlijk ook vanzelfsprekend in hun werk in contact met kwetsbare personen, die nog niet allemaal gevaccineerd zijn. Ook het Amerikaanse CDC, dat over het algemeen zegt dat volledig gevaccineerde personen geen mondmaskers meer moeten dragen, houdt het zogenaamde *universal masking* aan in ziekenhuizen en ander instellingen voor gezondheidszorg.

Ik heb onze experts daarover laten nadenken. Ze hebben adviezen geformuleerd. Die adviezen worden ook in onze aanbevelingen vertaald. Ik wil daar niet te fel op vooruitlopen, maar volgens mij is er voor het werk in ziekenhuizen en woon-zorgcentra nog heel grote voorzichtigheid geboden.

Ventilatie is belangrijk. Daar kom ik niet op terug; ik herinner wel aan de vraag van het Overlegcomité aan het Nationaal Crisiscentrum om een bewustmakingscampagne over het belang van ventilatie te voeren. Ook het coronacommissariaat werkt op dat thema, maar opnieuw, het betreft een bevoegdheid van de deelstaten. Wij moedigen onze deelstaten ten eerste aan om normen met betrekking tot ventilatie en luchtkwaliteit in de praktijk te brengen via hun bevoegdheden. Overigens, als ik kijk naar de federale fiscaliteit of naar fiscaliteit in het algemeen, is het ook mogelijk om maatregelen die bedrijven nemen om te investeren in ventilatie, aan te rekenen als kosten. Ik verwijs voorts naar de notificatie van het Overlegcomité daarover. Ik was alvast blij dat het Overlegcomité de vorige keer een echte boost heeft gegeven aan het

nadenken over en het handelen met betrekking tot ventilatie. De Risk Assessment Group (RAG) verstrekt adviezen over ventilatie. Ik nodig iedereen uit die te bekijken.

Madame Zanchetta, pour répondre précisément à un élément de vos questions, la plateforme fédérale *bis* permet d'augmenter la capacité de *testing* à raison de 56 000 tests PCR en plus par jour, et en plus de la capacité déjà disponible grâce aux laboratoires de biologie clinique agréés. Cette plateforme fédérale *bis* reste extrêmement importante. Pendant l'été, comme pas mal de pays vont demander une attestation de vaccination et même de vaccination complète à deux doses pour ceux qui veulent y entrer, il faudra en corollaire mettre à disposition des tests PCR. Cela veut non seulement dire qu'il faut les rendre accessibles financièrement mais qu'il faut aussi pouvoir les organiser. Il faut aussi avoir un *turn-over* des résultats suffisamment rapide sinon on risque d'attendre les résultats. C'est pour cela que cette capacité qui a été réalisée et qui est actuellement sous-utilisée de la plateforme *bis* reste très importante.

Il faudra valoriser cette capacité et valoriser la capacité des laboratoires cliniques. C'est d'ailleurs l'un des sujets sur lesquels le Commissariat et mes collaborateurs sont en train de travailler. Nous travaillons actuellement tant sur une stratégie de remboursement d'au moins un test PCR pour ceux qui n'ont pas eu accès à la vaccination, mais on est aussi en train de travailler sur une stratégie qui permet de garantir qu'il y aura suffisamment de capacités d'analyse des tests PCR et aussi suffisamment de capacités pour organiser les prélèvements des échantillons. Tout ceci reste crucial.

Mevrouw Creemers, mevrouw Gijbels, in mei 2021 is een nieuwe versie van Coronalert gelanceerd. Deze release houdt verschillende verbeteringen in: toevoegen van een positief testresultaat, toevoegen van een *toolbox* met nuttige links, toevoegen van vaccinatiecentra, versterken van de gebruikersinterface, opladen van sleutels van dezelfde dag voor mensen die met een Androidsysteem werken, verbeteren van de risicoberekening. Er is dus heel wat gebeurd.

Men werkt parallel aan een nieuwe communicatiecampagne. Momenteel wordt het strategische en creatieve concept van de campagne uitgewerkt door een bureau. De campagne zal tot doel hebben om de app verder te promoten en ervoor te zorgen dat mensen de app meer gaan gebruiken.

Er zijn nu 2,7 miljoen mensen die de app hebben gedownload. Dat is mooi qua aantal, maar eigenlijk moet dit nog stijgen. Naast de algemene promotie, moet de campagne er ook voor zorgen dat de mensen de app actief en correct gebruiken. We merken dat het potentieel van de app onderbenut blijft, omdat gebruikers de bestaande functionaliteiten soms niet correct toepassen. Zo verwittigt bijvoorbeeld amper 37 % van de gebruikers die een positieve test hebben afgelegd haar/zijn contacten via de app. Dat is nochtans wel essentieel. Ook het linken van de app aan een test via het webformulier of de 17-cijferige code, blijft soms problematisch. We verwachten dat de communicatiecampagne begin juni 2021 gelanceerd wordt.

Er was ook een vraag naar de prestatie-indicatoren, die opgevolgd worden door het Interfederaal Comité Testing & Tracing.

Ik som deze indicatoren even op. Het gaat om het aantal downloads van de app Coronalert, inmiddels meer dan 2.758.000. Verder gaat het om het aantal actieve downloads, namelijk ongeveer 1,5 miljoen. We kennen ook de verdeling per taal voor het besturingssysteem Android, namelijk 63,9 % Nederlands, 26,1 % Franstalig, 6,4 % Engels, 0,5 % Duits en 3,1 % andere talen. We weten verder hoeveel testresultaten er al zijn ontvangen via de app, namelijk 806.000. Hiervan waren 76.000 resultaten positief, wat een positiviteitsratio van 9,43 % oplevert.

We weten tevens hoeveel gebruikers een positief testresultaat gedeeld hebben, met name 27.800. Dat is in feite te weinig. Het aantal gebruikers dat zijn contacten anoniem verwittigt via de app bedraagt slechts 37 %. Dat is weinig, wat jammer is omdat er geen goede argumenten voor bestaan. Waarom zou men zijn gegevens immers niet delen? Het gebeurt volledig anoniem, want de gebruikers die een melding krijgen weten niet wie positief getest werd. Het waarschuwen van de contacten is ook supersimpel, want het vergt maar één klik in de app. Het getuigt trouwens van burgerzin om dit te doen, wat precies één van de redenen is waarom er een nieuwe campagne gelanceerd wordt. We willen de mensen daartoe aanzetten.

Deze indicatoren worden bovendien voortdurend gemonitord. Ik wil er wel meteen aan toevoegen dat het ondanks die monitoring niet zo gemakkelijk is om het systeem te evalueren, precies omwille van de uitgebreide gegevensbescherming. Er zijn veel dingen die we niet weten over de gegevens die uitgewisseld worden, juist vanwege de bezorgdheid om de privacy.

Vanzelfsprekend, als de pandemie voorbij is, moet heel dat systeem grondig geëvalueerd worden. Ik neem aan dat de bijzondere covidcommissie in die zin ook aanbevelingen zal formuleren.

In de schoot van het Interfederaal Comité Testing & Tracing wordt er ook voortdurend overlegd met vertegenwoordigers van huisartsenverenigingen. Zij krijgen informatie uit de eerste hand. Zij hebben ook een platform voor het melden van problemen met de app. De huisartsen zullen ook betrokken worden bij de nieuwe communicatiecampagne, die ik daarnet heb aangekondigd. Concrete samenwerkingen met belanghebbenden, zoals lokale besturen en artsenverenigingen, zitten in een voorbereidende fase.

Wat heeft dit gekost? Welnu, tot nu toe hebben wij 987.429 euro besteed aan de app, onder andere voor de ontwikkeling, de audits, de hosting en de recurrente serverkosten. Bijkomend hebben wij 19.579 euro besteed aan zowel de ontwikkeling als de hosting van de website coronalert.be. Tot slot hebben we 278.971 euro besteed aan de promotie ervan door communicatiecampagnes. Het geheel van die drie bedragen wordt volgens een vaste verdeelsleutel verdeeld over de deelstaten.

Wij hebben de kosten enigszins kunnen beperken, doordat wij ons in belangrijke mate of voor belangrijke onderdelen hebben gebaseerd op de *corona warn app* van de Duitse federale overheid en de Europese open standaard DP-3T.

Ik kom dan bij de vaccinatiestrategie.

Il y avait une question relative aux personnes en détention.

Er was een vraag over de gevangenen. Eind vorige week kregen 2.813 personen in de gevangenis een eerste dosis van het vaccin toegediend. Het ging om mensen van 65 jaar en ouder, mensen met comorbiditeit en stagiairs. Op 1 juni beginnen we met de toediening van de tweede dosis aan de risicogroep.

Mijnheer de voorzitter, u had ook nog een vraag over Johnson & Johnson. Ik had dat beter in het begin vermeld, want dit is toch een maatschappelijk belangrijk en ethisch-principieel gevoelig punt. We hebben op Belgisch grondgebied inderdaad één casus gehad van een overlijden van een wat jongere dame die was gevaccineerd met het vaccin van Johnson & Johnson, buiten onze campagne om. Bij onze campagne zou zij immers nog niet aan bod zijn gekomen. Die dame is jammer genoeg in een Belgisch ziekenhuis overleden. We hebben dat onderzocht en gemeld aan het EMA. Wij hebben ondertussen ook meer gegevens over de bijwerkingen van Johnson & Johnson die in de Verenigde Staten werden vastgesteld, wat erop leek te wijzen dat men een gelijkaardig profiel van bijwerkingen zou kunnen hebben, als voor het AstraZeneca-vaccin.

Wij hebben dan in een eerste voorzichtigheidsbenadering onmiddellijk beslist om aan de algemene bevolking die we uitnodigen in de vaccinatiecentra geen vaccin van Johnson & Johnson meer toe te dienen aan mensen jonger dan 41 jaar, zoals we ook doen met AstraZeneca, maar daar is dat een meer definitieve beslissing. We zullen dat voorlopig dus ook niet meer toedienen, in afwachting van meer analyse.

In de interministeriële conferentie hebben we beslist om dat wel te blijven doen voor mensen die in de prioritaire groep zitten en die we nu feitelijk aan het vaccineren zijn met Johnson&Johnson. Het gaat dan om oudere mensen die thuis gevaccineerd worden, en ook andere mensen die we niet gemakkelijk bereiken met de vaccinatiecampagne en die men niet gemakkelijk in een vaccinatiecentrum krijgt.

Daar hebben we de volgende afweging gemaakt. In de vaccinatiecentra gebruiken we Pfizer, Moderna en AstraZeneca probleemloos. Maar die vaccins zijn minder evident als je *outreaching* moet werken, als je bij iemand thuis moet langsgaan, bij daklozen, bij iemand in moeilijke omstandigheden, iemand met ernstige mentale problemen. De keuze om dan niet Johnson & Johnson te gebruiken maar wel een ander vaccin ligt daar veel minder voor de hand.

Ik wil nog het volgende onderstrepen. De beslissing om AstraZeneca niet te gebruiken voor mensen onder de 41 jaar komt erop neer dat men voor die mensen Pfizer of Moderna gebruikt. Het gaat erom de verschillende vaccins optimaal in te zetten. Iemand die men niet gemakkelijk in een vaccinatiecentrum krijgt en voor wie er praktisch gesproken niet veel alternatieven voor Johnson & Johnson zijn, geen Johnson & Johnson toedienen, betekent zoveel als dat die persoon geen vaccin krijgt. Dat is natuurlijk een beslissing van een andere orde. We hebben geen reden om te beslissen dat iemand voor wie er geen alternatief is voor Johnson & Johnson, eigenlijk geen vaccin krijgt, bij voorbeeld bij thuisvaccinatie.

Wij hebben dus beslist voorlopig door te gaan met de thuisvaccinatiecampagne en de vaccinatiecampagne van specifieke kwetsbare groepen met Johnson & Johnson.

Een Belgisch wetenschappelijk team maakt op dit ogenblik een analyse van alles wat wij weten over bijwerkingen bij Johnson & Johnson, met name ook op basis van de Amerikaanse data. In de Verenigde Staten is Johnson & Johnson namelijk al massaal ingezet. Meer dan acht miljoen dosissen en eigenlijk al tien miljoen dosissen zijn verstrekt met Johnson & Johnson.

Ik heb aan het Europees Geneesmiddelenagentschap gevraagd een en ander te analyseren samen met de schaarse gegevens die wij hebben over de inzet van Johnson & Johnson in Europa. Die analyse is mij beloofd. Ik verwacht ze uiterlijk over een paar weken. Omdat de tijd echter dringt, hebben wij ook met een Belgisch team een analyse opgezet. Die analyse is naar verluidt nu klaar. Ik heb de gegevens nog niet. Wij zullen de resultaten daarvan echter moeten bekijken en op basis daarvan beslissingen nemen.

Wij kunnen verschillende soorten beslissingen nemen. Wij zouden kunnen beslissen dat het voordeel van Johnson & Johnson voor elke leeftijdscategorie zoveel groter is dan het mogelijke risico dat wij voor elke leeftijdscategorie Johnson & Johnson opnieuw opnemen in de algemene campagne. Wij bieden in dat geval Johnson & Johnson dus aan zonder keuze, omdat wij menen dat zulks nuttig is in de campagne voor iedereen. Dat kan een mogelijke beslissing zijn.

Een andere beslissing zou kunnen zijn dat er voldoende aanwijzingen zijn voor zeldzame maar toch erg vervelende bijwerkingen beneden een bepaalde leeftijd en wij het vaccin dus niet gebruiken onder die leeftijd. Wij zouden voor die categorieën dan de andere vaccins gebruiken. Dat zou ook een beslissing kunnen zijn.

Een andere mogelijke beslissing ligt daar wat tussen. Als men mensen goed informeert, is het ook voor jonge mensen niet onverantwoord om het vaccin van Johnson & Johnson te krijgen, maar ze moeten wel geïnformeerd worden dat de balans tussen voordeel en risico minder uitgesproken gunstig is dan bij wat oudere mensen. Als zij Johnson & Johnson willen krijgen omdat ze zich willen beschermen, dan mogen ze en kunnen ze dat vragen. Dat is ook een mogelijke benadering, gebaseerd op *informed consent*. Andere landen doen dit vandaag met Johnson & Johnson en AstraZeneca. Ik acht het zeer goed mogelijk dat wij ook dergelijke beslissing nemen. Ik vind dat dit in alle openheid moet bekeken worden.

Dergelijke beslissing betekent dat men het verantwoord acht om Johnson & Johnson te gebruiken voor elke leeftijd – de balans is positief – maar dat men begrijpt dat mensen onder een bepaalde leeftijd liever een ander vaccin hebben, omdat de balans uitgesproken interessanter is voor dat ander vaccin. Daarom is het echter niet oninteressant, laat staan verkeerd, om Johnson & Johnson te krijgen als men jonger is. Wij bieden het aan voor wie wil op basis van *informed consent*. Dat is ook een mogelijke beslissing.

Ik hoop dat wij dergelijke beslissingen redelijk snel kunnen voorleggen en wij ze kunnen nemen op basis van degelijke analyse van de data. Ik denk dat wij de data-analyse eerstdaags zullen ontvangen, bijeengebracht op Belgisch niveau. Op Europees vlak duurt dat zeker nog twee à drie weken. Op basis van de Belgische analyses zullen wij echter reeds bepaalde oriëntaties kunnen nemen.

Ik wil daar niet op vooruit lopen, maar we moeten met open geest, wetende hoe belangrijk deze vaccinatiecampagne is, die verschillende mogelijkheden bekijken.

Monsieur Bacquelaine, en ce qui concerne ceux qui ont été infectés et au sujet desquels on se demande si une seule dose suffirait comme vaccination complète, comme vous l'avez mentionné, le Conseil Supérieur de la Santé (CSS) a répété un avis extrêmement prudent et négatif. Selon lui, la règle la plus intelligente et opérationnelle consiste à dire que même si on a été infecté, il faut deux doses. Vous avez raison, monsieur Bacquelaine, il y a des aspects sanitaires et organisationnels; mais une campagne est une organisation. Je ne dis pas que le débat est clos, mais l'avis que nous venons de recevoir du CSS nous dirige tout de même vers la position consistant à recommander deux doses du vaccin, même pour ceux qui ont été infectés. Il est possible que certains pays européens disent que, pour entrer chez eux, il faut deux doses de ce vaccin, mais que l'on peut rentrer si l'on a été infecté, si l'on a été positif et que l'on présente une certaine immunité combinée avec une seule dose. Il est possible que de tels schémas se produisent. Je ne peux pas préjuger. Mais notre CSS nous dit que même pour ceux qui ont été infectés, il faut administrer deux doses de vaccin.

In verband met de 16- en 17-jarigen is er een advies uitgebracht door de Hoge Gezondheidsraad, dat het aangewezen is om die doelgroep te vaccineren. Gelet op het voornemen om zoveel mogelijk mensen te vaccineren om de circulatie van het virus terug te dringen, en gelet op de vaststelling dat het vaccin werkzaam is bij jongeren en er geen problemen zijn met nevenwerkingen, wat het geval is met het Pfizer-vaccin – de balans is dus voordelig – adviseert de Hoge Gezondheidsraad dat de 16- en 17-jarigen best ook opgenomen worden in de vaccinatiecampagne. Er is nog geen beslissing genomen door de interministeriële conferentie van de ministers van Volksgezondheid, maar ik verwacht dat we dat eerstdaags wel zullen doen.

Madame Zanchetta, en ce qui concerne les *boosters*, nous disposons actuellement de peu de données sur la durée de protection des vaccins contre le covid-19, notamment dans le contexte de l'émergence de nouveaux variants du virus. Cependant, selon une évaluation des risques effectuée par le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) et publiée le 23 avril dernier en rapport avec les stratégies de vaccination, il est probable que des rappels répétés avec des formulations vaccinales actualisées soient nécessaires à intervalles réguliers pour une large majorité de la population.

La meilleure approche, qu'il s'agisse de la vaccination répétée de tout le monde ou seulement des groupes à haut risque - comme c'est le cas pour la grippe - fait actuellement l'objet de recherches et de discussions. Pfizer et BioNTech étudient actuellement la sécurité et l'immunité protectrice d'une troisième dose de leur vaccin contre les variants éventuellement en circulation, afin de déterminer si un rappel sera nécessaire.

Moderna teste également l'efficacité d'une troisième dose de son vaccin et de son rappel spécifique pour le variant sud-africain. D'autres initiatives sont également en cours, par exemple au Royaume-Uni, où l'étude COV-Boost Vaccine Study étudie l'utilisation de sept vaccins différents contre le covid-19, administrés en troisième dose.

Mevrouw Depoorter en mevrouw Sneppe, ik geef wat cijfers over de leveringen. In totaal werden er al 6.648.675 vaccins geleverd aan ons land. Meer dan 4 miljoen daarvan waren Pfizer-BioNTech-vaccins. De komende week zullen er 580.320 Pfizer-vaccins geleverd worden, 76.800 Moderna-vaccins, 335.200 AstraZeneca-vaccins en 85.600 Johnson & Johnson-vaccins. Voor de week van 7 juni werden bevestigd: 580.320 Pfizer-vaccins en 76.800 Moderna-vaccins. Voor de week van 14 juni werden volgende leveringen bevestigd: 580.320 Pfizer-vaccins, 81.600 Moderna-vaccins en 100.200 AstraZeneca-vaccins. Voor de week van 21 juni zijn bevestigd: 580.320 Pfizer-vaccins en 85.200 Moderna-vaccins.

We communiceren altijd heel transparant over de stand van zaken en tot nu toe, mevrouw Depoorter en andere, goede collega's, is er geen signaal dat de burgers afhaken, al is het wel een beetje hout vasthouden. Het is eigenlijk een groot succes. In Vlaanderen en Oost-België is dat zeer uitgesproken, maar ook in Wallonië bij de 65-plussers is het een megasucces. Er is ook een zeer hoog aantal inschrijvingen op de QVAX-reservelijst, met meer dan 1 miljoen mensen.

Het loopt dus goed, denk ik. Het blijft wel belangrijk om eerlijk te communiceren, met alle kaarten op tafel, ook al is dat soms ingewikkeld om te volgen, ook voor de pers. Ik denk dat we het zo moeten blijven doen. Alleszins moeten we de vinger aan de pols houden en ingrijpen als we vaststellen dat onder bepaalde bevolkingsgroepen, in bepaalde wijken of gemeenten de vaccinatiebereidheid duidelijk minder groot is.

Op beslissing van de IMC werden al 33 miljoen vaccins via de Europese aankoopprocedures besteld. Die worden geprefinancierd door de FOD Volksgezondheid. We zetten ze zo efficiënt mogelijk in en hebben ook al beslist om er 4 miljoen ter beschikking te stellen van COVAX.

De Europese Commissie ondertekende op 20 mei 2021 een derde contract met Pfizer/BioNTech, voor tweemaal 900 miljoen doses voor de periode 2021-2023. De eerste 900 miljoen zijn bedoeld voor de eerste 2 jaar, vanaf eind 2021. De jaren nadien kunnen er optioneel bijkomend 900 miljoen doses worden aangekocht. Belangrijk is dat contractueel is vastgelegd dat het vaccin telkens aan de belangrijkste varianten wordt aangepast.

Mevrouw Depoorter, ik hoef u het pro-rataprincipe onderhand niet meer toe te lichten. Het houdt in dat wij 22,9 miljoen doses krijgen van het totaal van 900 miljoen. Optioneel kunnen er daar nog eens 22,9 miljoen bij komen. Dat aantal moet opnieuw door 2 worden gedeeld en dat levert een mooi aantal op, dat evenwel niet hoger ligt dan het totale aantal Belgen. Volgens de basisovereenkomst die we hebben gesloten, zou men theoretisch, met alleen Pfizer-vaccins ter beschikking, de hele Belgische bevolking 1 keer per jaar in die

periode van 2 jaar een aangepast boostervaccin kunnen toedienen.

Het contract bepaalt dat de vaccinproductie volledig in Europa plaatsvindt. Dat is geen probleem, want Pfizer heeft zijn belangrijkste productiesites in Puurs en het Duitse Wartburg. Ook de essentiële bestanddelen van het vaccin zullen uit de Europese Unie komen.

Het contract specificeert ook dat de leveringen aan de Europese Unie gegarandeerd moeten zijn. Het is echter principieel niet zo goed dat we van één leverancier afhankelijk zijn in dat verdere verhaal. Het zou natuurlijk goed zijn als we een portefeuille zouden hebben, met meerdere aanbieders. Pfizer komt hier als eerste en we hebben natuurlijk ons pro-rata-aandeel genomen, dat ons toelaat de Belgische bevolking te dekken.

Mevrouw Depoorter, de uitspraak van het hof van beroep te Brussel betreffende het juridisch geschil tussen Europa en AstraZeneca volgt later in juni.

Mevrouw Farih, mevrouw Rohonyi, mevrouw Taquin en mevrouw Fonck, het Europese COVID-19-certificaat is geen paspoort op basis waarvan reizigers toegang tot het Belgische grondgebied kan worden ontzegd. De verordening is daar heel expliciet in. Het Europees certificaat zorgt er enkel voor dat reizigers kunnen vrijgesteld worden van sanitaire maatregelen, zoals het verplicht testen en quarantaine. Het covidcertificaat van de Europese Unie organiseert het vrij verkeer. We kunnen iemand zonder covidcertificaat de toegang niet weigeren. Zonder covidcertificaat dat voldoende geruststellende informatie bevat, moet iemand zich laten testen en eventueel in quarantaine gaan. De verordening verplicht de lidstaten om certificaten te erkennen op basis van EMA-erkende vaccins, maar ze bevat ook een duidelijke oproep om ook alle overige WHO-erkende vaccins te erkennen. Dat is echter niet verplicht. De lidstaten hebben daarin de keuze. België heeft daar nog geen beslissingen over genomen. We voeren daarover informeel overleg met andere lidstaten. Verschillende lidstaten kijken daar blijkbaar op verschillende manieren naar. Mijn mening, en de mening van de meeste ministers in de Belgische regering, is dat er groen licht moet worden gegeven aan mensen die gevaccineerd zijn met een vaccin erkend door het EMA als ze over de grens komen. Dan bekijken we het echt Europees.

We weten dat de procedures die het EMA volgt duidelijk en kwaliteitsvol zijn. Men zou in een wederzijdse gelijkstelling kunnen voorzien van vaccins, erkend door de FDA in de VS en het Britse MHRA, maar ik weet niet of wij het goed moeten vinden dat iemand over de grens komt met een vaccin dat in China wordt gebruikt op basis van procedures die we niet goed kennen. Dat vind ik iets anders. Dat debat wordt in verschillende Europese lidstaten gevoerd. Het aanvoelen daarover is verschillend.

U weet dat de Europese Unie wil werken met een vaccinatiecertificaat dat toelaat om over de grens te gaan. Wie dat niet heeft, moet dan getest worden. De testen moeten dan ook betaalbaar zijn. U weet dat de Europese Unie daarvoor ook een bedrag wil uittrekken. 100 miljoen euro klinkt veel, maar daarmee gaan we het in België niet redden. We zullen dus zelf een budgettaire inspanning moeten doen als we voor mensen die zich niet kunnen laten vaccineren goedkope of gratis PCR-testen ter beschikking willen stellen.

D'après les décisions du Comité de concertation, il y aura un certificat européen. Celui-ci ira de pair avec un Covid Safe Ticket qui ne sera utilisé en Belgique que lors des grands événements, dès la mi-août. Toutefois, il est prévu que ce Covid Safe Ticket sera utilisé pour des événements tests à partir de juillet. Son concept sera techniquement très similaire au certificat européen covid-19, mais juridiquement, ce sera un instrument différent.

En ce qui concerne la nourriture et les boissons lors des grands événements, les mêmes règles que celles en vigueur dans l'horeca à ce moment-là s'appliqueront. Lors de grands événements, des citoyens d'autres pays européens seront admis. J'imagine mal faire une différence entre les nationalités, ce qui serait discriminatoire. Ces Européens non belges seront soumis aux mêmes conditions relatives au Covid Safe Ticket.

Ik heb het al uitgebreid gehad over de vaccinatiebereidheid.

Mevrouw Depoorter, op 26 mei stonden er 1.027.875 mensen op de reservelijst QVAX, waarvan er nog 419.553 uitgenodigd kunnen worden. De overige personen werden reeds uitgenodigd via het normale uitnodigingscircuit. In totaal werden op 26 mei al 112.636 burgers uitgenodigd via QVAX. Het e-mailadres dat gebruikt wordt om de burgers uit te nodigen bevat steeds QVAXvaccinenotification. Het e-mailadres

bevat dus een referentie aan het QVAX-systeem. Het klopt wel dat in de e-mail geen telefoonnummer van het bedrijf achter QVAX is opgenomen. In het contract met het bedrijf dat instaat voor het systeem werd immers niet bepaald dat zij in een eerstelijns helpdesk voor de burgers moesten voorzien. Indien iemand vragen heeft over de echtheid van de mail kan er contact worden opgenomen met het vaccinatiecentrum, dat ook een zicht heeft op wie uitgenodigd wordt via QVAX.

Daarnaast klopt het dat de meeste vaccinatiecentra ervoor kiezen om de registratietijd voor een vaccinatieafspraken te beperken tot 30 minuten. Elk vaccinatiecentrum kan deze parameter zelf bepalen. De tijd wordt echter meestal bewust kort gehouden, omdat via QVAX vooral de resterende dosissen van de specifieke dag worden verdeeld. De burgers dienen vaak nog op dezelfde dag of de volgende langs te komen.

Bij de registratie van de burger is een veld voorzien om een gsm-nummer op te geven, evenals een veld om het e-mailadres door te geven. Minstens één van de twee velden moet worden ingevuld. De burger wordt dus uitgenodigd via het ingevulde e-mailadres of gsm-nummer. Indien er geen gsm-nummer werd ingevuld, kan er vanzelfsprekend ook geen uitnodiging via sms worden verstuurd. Tot slot heeft de externe dienstverlener die de sms'en verstuurt in de voorbije weken inderdaad een aantal vertragingen gekend. De problemen met de software die gebruikt wordt voor het versturen van de sms'en zijn intussen opgelost.

Mevrouw Depoorter, u stelde een belangrijke vraag over de zeer grote investering die wij willen uitrollen inzake eerstelijnspsychologische ondersteuning. Daarin zullen wij, zoals aangekondigd, 112 miljoen euro investeren. Omgerekend in man- en vrouwkracht betekent dit dat er 1.500 voltijdse eenheden betaald kunnen worden, een zeer aanzienlijk aantal. De vraag rijst natuurlijk hoe we dat aanpakken. Ik klink nu misschien als 'Saïdjah's vader had een buffel': we zijn nog altijd aan het overleggen. Dat is ook nodig. We moeten grondig overleggen met de betrokken actoren en beroepsorganisaties, met al diegenen die wij verzameld hebben in een transversale overeenkomstencommissie, die wij opgericht hebben in het RIZIV.

Dat overleg is nodig omdat wij echt innovatief te werk willen gaan. Wat wij willen uitrollen qua eerstelijnspsychologische ondersteuning, moet goed verankerd zijn in de eerste lijn. Wij moeten ook echt populatiegericht kunnen werken. De bevolking in een bepaald gebied, in een regio of subregio, moeten wij goed kunnen bedienen met eerstelijnspsychologische ondersteuning. Ook moeten wij denken aan methodieken die misschien niet altijd strikt individueel zijn. Al die zaken vragen veel overleg, dat goed loopt, maar vergt tijd.

Zoals u in uw vraag aanhaalde, dient ook de RIZIV-conventie te worden aangepast. Een dergelijke aanpassing betekent ook samenwerking en afstemming op het terrein binnen de lokale context, ook rekening houdend met de bevoegdheidsverdeling. Sinds enkele weken werken wij op verschillende niveaus, met name met medewerkers van mijn collega's in de interkabinettenwerkgroep Gezondheidszorg, maar ook van de ministers van Onderwijs, om alle middelen die wij via diverse acties ter beschikking stellen, zo goed mogelijk in te zetten.

Hiermee heb ik het belangrijkste gezegd.

Mevrouw Van Camp, u klopt altijd op dezelfde nagel met betrekking tot de compensatiepremies voor het beschermingsmateriaal, maar ik neem dat u niet kwalijk. De ministerraad heeft het koninklijk besluit betreffende de compensatiepremies voor het beschermingsmateriaal voor thuisverpleegkundigen voor de periode van september tot november 2020 goedgekeurd. Het besluit is dus al enkele dagen geleden aan de Raad van State bezorgd en wij verwachten binnen vijf dagen een advies. De wettelijke basis voorziet in een tussenkomst voor beschermende maatregelen en uitrusting, niet om de vertraging bij de toepassing van de maatregel te compenseren. De vertraging heeft geen gevolgen voor de kosten van de zorgverleners. Die kosten zijn er en wij zullen ze compenseren.

Madame Fonck, le covid long est un sujet de plus en plus important à mes yeux, sur la base de ce qu'on lit dans la littérature internationale mais aussi en raison du nombre de personnes infectées. Les nouvelles contaminations continuent et le potentiel de covid long est donc important. Il faut s'en préoccuper sérieusement.

Il nous semble qu'une approche ciblée et harmonisée entre les différents prestataires de soins est importante. Un rapport intermédiaire sur les mécanismes hypothétiques du covid de longue durée est un des volets de l'étude du Centre fédéral d'expertise – étude "besoins et suivi des patients atteints du covid de

longue durée". Ce rapport intermédiaire a été publié le 18 mai. Il apparaît dans ce rapport que les mécanismes sous-jacents aux symptômes du covid de longue durée restent encore largement inconnus. C'est un peu gênant à dire. De plus, comme le spectre de ces symptômes est très large, plusieurs mécanismes différents sont probablement à l'œuvre et interfèrent entre eux. Par ailleurs, les données scientifiques sont encore assez limitées et hétérogènes. Elles décrivent des formes, des durées et des sévérités différentes.

Les résultats rapportés dans ce rapport intermédiaire doivent donc être interprétés avec prudence. Il ne s'agit à ce jour que d'hypothèses qui ne peuvent être généralisées et vont encore évoluer. À l'heure actuelle, on peut distinguer deux catégories de mécanismes à l'origine de la persistance des symptômes après un épisode aigu de covid-19: d'une part les mécanismes qui ont conduit à des lésions à certains organes lors de la phase précoce de la maladie, dont les symptômes persistants sont les conséquences, et d'autre part les mécanismes responsables de symptômes persistants non liés à des lésions d'organes classiquement objectivables. Il faudra tenir compte de ces deux catégories de mécanismes.

Ne connaissant pas à ce jour les meilleures pratiques médicales pour la revalidation de ces patients, un consortium de recherche a pour mission d'élaborer des recommandations de bonnes pratiques, *evidence-based*, pour une telle revalidation en première ligne.

La nomenclature de kinésithérapie actuelle prévoit néanmoins un remboursement des soins nécessaires au traitement du patient. Certains patients covid peuvent déjà bénéficier de 60 séances remboursées au meilleur taux de remboursement s'ils ont, par exemple, été admis en unité de soins intensifs. Après ces 60 séances, un remboursement est toujours possible mais avec un montant inférieur. Pour d'autres patients, la limite de remboursement au meilleur taux de l'assurance est fixée à 18 séances, mais le traitement peut être poursuivi par la suite avec un remboursement moindre.

Par ailleurs, ma cellule stratégique examine actuellement avec les administrations de la santé concernées l'impact du covid de longue durée et les coûts que cela peut engendrer pour les patients concernés.

Après vérification, il s'avère qu'en tant qu'instrument limitant les frais annuels de santé des ménages, le maximum à facturer (MàF) peut, en effet, apporter des solutions pour alléger les coûts importants qui semblent rester à charge de certains patients atteints de covid de longue durée. Mais on sait, évidemment, qu'il y a aussi des limites au maximum à facturer. Il n'en reste pas moins que cet instrument s'applique aux patients atteints de covid de longue durée. L'application du MàF présente aussi l'avantage d'une protection pour une année entière et de la possibilité, pour certaines prestations, d'une prise en charge à 100 % grâce au tiers payant. La prise en compte du ticket modérateur dans le MàF permet également de bénéficier, moyennant le respect d'autres conditions, d'autres instruments d'accessibilité prévus par l'assurance obligatoire soins de santé, comme le forfait pour malades chroniques. Vous connaissez bien ces instruments puisque vous avez attiré mon attention sur le fait qu'il était important de vérifier que ces mécanismes fonctionnent. Vous devez savoir que ces mécanismes ne requièrent pas la reconnaissance d'une maladie ou d'une pathologie. Ce sont des mécanismes génériques qui fonctionnent sur la base de prestations. Il est important de le savoir.

Monsieur le président, je pense ainsi avoir répondu à toutes les questions.

De **voorzitter**: Ik geef meteen het woord aan de N-VA, naar ik aanneem in dezelfde volgorde.

01.15 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, ik wil nog even terugkomen op de epidemiologie, waarmee u ook begonnen bent. U geeft aan dat alles goed evolueert. Dat klopt. De curves gaan goed naar beneden. U zoekt de oorzaak vooral in het beperken van de contacten. De vaccinatiegraad speelt natuurlijk ook een heel grote rol ter zake.

Nu de curves dalen, vraag ik mij af of het geen tijd is geworden om een aantal instrumenten in stelling te brengen waarvan vroeger altijd werd gesteld dat zij naar voren zouden moeten komen op het moment waarop het aantal besmettingen veeleer laag was. Dat is bijvoorbeeld – ik zal ook nog eens op dezelfde nagel kloppen – de afvalwaterscreening en de monitoring van het afvalwater.

Nu wij met minder besmettingen kampen, is het belangrijk dat, vooraleer er klinische symptomen zijn van nieuwe clusters, die eerste signalen kunnen worden opgepikt en snel in de kiem kunnen worden gesmoord.

Wij hebben nu al zes maanden niets meer gehoord van de afvalwaterscreening. Ik vraag mij af of er nog iets van komt.

Over de barometer heb ik dezelfde vraag. Een heel visuele barometer kan zijn nut hebben, waarin zaken zoals de vaccinatiegraad maar ook andere indicatoren worden gecombineerd, om mensen een goed zicht te geven op de situatie.

Ik denk bijvoorbeeld ook aan de positiviteitsratio. Wanneer wij de meest recente cijfers bekijken, blijkt die positiviteitsratio immers nog niet overal onder 5 % te liggen, wat toch de richting is die wij uit moeten volgens de WHO. In Henegouwen en Luik is die ratio bijvoorbeeld nog altijd 7 % en 6,5 %. Ik vraag mij af of wij niet per provincie moeten kijken, monitoren en stimuleren om meer en gericht te testen waar nodig, zodat wij nieuwe haarden beperken en voorkomen dat zij opnieuw overslaan naar een bredere regio.

U geeft ook aan dat het voorzichtige gedrag dat wij nu gewend zijn, in stand moet blijven. Ik ga akkoord met die stelling. Wij bevinden ons immers in een fragiele situatie. Ik hoop echter ook dat bij de aanbevelingen ook rekening wordt gehouden met het feit dat wij nu al meer dan een jaar met abnormale sociale contacten zitten, wat een grote mentale impact heeft. Ik hoop dus dat in de nieuwe aanbevelingen de mentale factor wordt meegenomen.

In verband met de varianten heb ik mijn vraag niet alleen rond de varianten *of concern* gesteld, maar ook rond de verschillende stammen die in België ontdekt zijn. Daaruit blijkt dat we een groot aantal verschillende introducties hebben gekend in ons land. Daarom denk ik dat het wel een punt van aandacht moet zijn. We moeten aan de grenzen alert blijven voor nieuwe introducties. Ons land is nu eenmaal een kruispunt tussen verschillende landen. Daarom moet dit onze aandacht blijven wegdragen. Ik hoop ook dat er een goede analyse volgt.

Wat de Coronalert-app betreft, geeft u zelf aan dat hij te weinig wordt gebruikt. Tot nu toe zijn er 27.800 positieve resultaten gedeeld, zegt u. Dat is inderdaad heel weinig. We zien vooral dat er in het laatste half jaar nauwelijks positieve meldingen zijn bijgekomen. In december 2020 was het aantal al 20.000. In de laatste vijf à zes maanden zijn er dus nauwelijks meer resultaten gemeld.

U geeft aan dat er geen goede argumenten zijn om de app niet goed te gebruiken. Maar geeft dit niet net aan dat we niet goed weten waarom het niet goed gebruikt wordt? Het lijkt me een argument voor een tussentijdse evaluatie. U zegt dat een evaluatie moet volgen, maar volgens mij moet dit nu gebeuren. De nieuwe versie van de app is nu gelanceerd. Ik hoop dat er daarbij ook rekening is gehouden met de gebruikers en de artsen en dat er werk wordt gemaakt van het vertrouwen in de app. Hij is er nu, dan is het ook belangrijk om erop in te zetten. Hij is immers één van de tools die ons kan helpen om een nieuwe golf te voorkomen.

01.16 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de voorzitter, ik zal mijn turbo inschakelen. Ik heb toch nog een aantal bemerkingen, mijnheer de minister, vooral over de eerstelijnspsychologen. Ik hoor u spreken van 112 miljoen euro en 1.500 voltijdse equivalenten. Dat verhaal heb ik al enkele keren gehoord, maar er komt niet zoveel schot in de zaak.

Wat mij enorm verwondert, is dat ik een bericht krijg van de voorzitter van de Belgische Federatie van Psychologen waarin hij meldt dat hij nog niet gehoord is door uw kabinet. Dan stel ik me de vraag wie hier onwaarheden verkondigt. U bent in oktober aangetreden en u hebt dan al te kennen gegeven dat u zeker met de eerstelijnspsychologen tot een akkoord of een conventie zou willen komen, maar dan moet er met hen wel gesproken worden. Die bezorgdheid wou ik u dus zeker nog eens meedelen. De minister van Onderwijs heeft me inderdaad gezegd dat uw kabinet contact heeft opgenomen om te kijken hoe er specifiek voor de jeugd kan worden gewerkt.

In verband met de vaccinaties had u het over de aanbevelingen waaraan u werkt. Ik zou toch een oproep willen doen om dit goed op te volgen. Qua communicatie is deze regering tot nu toe nog geen topper geweest. We moeten heel duidelijk communiceren. Ik ben wel wat angstig. We hebben een moeilijke periode achter de rug, maar het zal er echt nog toe doen dat we ons aan de regels houden in de toekomst.

U walst ook omheen de vaccinatiebereidheid. U geeft aan dat elke gemeenschap, elke regio zal moeten worden gevaccineerd. Maar er zijn wel verschillen. De ReVaX-initiatieven zijn goed, maar we moeten ervoor zorgen dat die vaccinatiegraad voldoende hoog is.

01.17 Minister **Frank Vandenbroucke**: Voor de goede orde van het debat, wij vinden elkaar daarin perfect. Ik vind dat cruciaal. Ik wil alleen niet te veel retoriek verkopen. Ik heb echter in mijn algemene inleiding gezegd dat iedereen, in alle bevolkingsgroepen, in alle wijken in ons land, twee keer moet gevaccineerd worden. Ik heb dat nog eens beklemtoond. Natuurlijk zeg ik dat omdat ik vind dat het niet volstaat te spreken over x %. Die x % moet er overal zijn. Dat is essentieel. Daarmee ben ik het eens.

Ik kan u overigens zeggen dat ik met mijn goede collega's, Alain Maron, Christine Morreale en anderen, daarover voortdurend in contact sta. Wij spreken daar ook over met elkaar. De inspanningen zitten natuurlijk in grote mate bij hen. Ze doen ook inspanningen, zoals het heroproepen van de 65-plussers.

Ik zou het een beetje impertinent vinden om hen te zeggen wat zij moeten doen of niet moeten doen. Ik vind het belangrijk dat wij het opvolgen en dat onze interfederale taskforce als het ware alle mogelijke inspanningen van hen faciliteert. Ik kan u zeggen dat ik daarover vandaag nog heb gesproken, informeel, met de heer Maron, met de vraag of het vanuit zijn oogpunt loopt zoals het moet lopen, omdat wij inderdaad onze zorgen proberen te delen. Ik kan alleen maar zeggen dat ik denk dat ze een zeer grote inspanning doen. Een inspanning betekent evenwel nog geen resultaat.

Ik vind dat wij moeten opletten met de indruk te geven dat men geen inspanning zou doen. Dat mag niet gezegd zijn. Ik deel echter absoluut wat u zegt. Ik ben helemaal mee, er is geen tegenstelling tussen ons.

01.18 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, een inspanning staat inderdaad niet gelijk aan een resultaat, maar problemen mogen ook worden benoemd. Er zijn groepen, regio's, gemeenschappen waar een tandje bijgestoken moet worden. Dat weet u, dat weet ik. In het kader van de algemene volksgezondheid en in het kader van het voorkomen van varianten zal daar echt aan moeten worden gewerkt.

Ik ben het met u eens dat er grondige analyse inzake Johnson & Johnson moet gebeuren. Het is bijvoorbeeld mogelijk te werken met *informed consent*, maar u hebt geen antwoord gegeven op de vraag hoeveel vaccins u verwacht. Ik vermoed dat u het ook niet weet. Het grootste probleem zal dus nog altijd zijn of wij voldoende vaccins zullen krijgen en de mate waarin dat onze vaccinatiecampagne zal beïnvloeden.

U zei, tot slot, dat u een PCR-test wilt laten terugbetalen voor de mensen die geen kans hebben gehad om zich te laten vaccineren. Dat is een correcte analyse en daarvoor hebt u onze steun.

01.19 **Eva Platteau** (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, het was niet Barbara Creemers die de vraag heeft gesteld, maar ik, want mevrouw Creemers is verontschuldigd.

Ik dank u voor uw uiteenzetting over de huidige stand van zaken, hoe wij daar zijn geraakt en waar wij naartoe willen. Ik vond dat zeer interessant en verhelderend.

Ik wil graag iets zeggen over de jongeren. U zei dat de jonge mensen door de vertragingen bij de leveringen nog langer zullen moeten wachten om te worden gevaccineerd en dus op hun vrijheid. Wie nu al gevaccineerd is, zal waarschijnlijk wel iets meer vrijheid krijgen. U verwees ook naar sociale rechtvaardigheid. Als het gaat over de jongeren, moeten wij echter ook denken aan de intergenerationele rechtvaardigheid. Ik weet dat u dat concept zeer goed kent uit uw werk als academicus. Wij hebben een grote solidariteit gevraagd van de jongeren tijdens de coronacrisis en ik vind het een hele moeilijke boodschap voor de jongeren dat zij in de komende maanden minder vrijheid zullen krijgen. Dat wou ik even aanhalen in mijn repliek.

Ik volg u volledig wanneer u zegt dat we voorzichtig moeten blijven. Het voorzichtige gedrag waaraan we gewend zijn geraakt in het normale leven, moeten we de komende tijd blijven aanhouden om de cijfers gunstig te houden. Dat brengt mij bij de Coronalert-app waarover mijn vraag ging. Ik stel vast dat een heel aantal mensen bereid was om de app te gebruiken, maar als we zien dat anderen dat niet doen, dan heeft men weinig aan die app. De app kan alleen iets opleveren als andere mensen dat ook doen, net als bij de vaccinaties. Als de app bovendien niet gebruiksvriendelijk is, is dat niet echt bevorderlijk voor de mensen die hem hebben en bereid waren hem te gebruiken. Volgens mij was de kritiek op die app terecht. We moeten dat bekijken en bijsturen om ervoor te zorgen dat die app de komende maanden een rol kan spelen om de mensen waakzaam te houden.

U zegt dat er een nieuwe versie werd gelanceerd in mei. U verwees naar de toolbox, een betere interface en een betere risicoanalyse. Dat is heel goed, maar niet veel mensen weten dat. Als u zegt dat er een nieuwe informatiecampagne zal komen, is dat goed en nodig. U verwees naar andere prestatie-indicatoren: het aantal van 2,7 miljoen mensen dat hem heeft gedownload, moet naar omhoog. Interessanter is om te vergelijken met het aantal actieve gebruikers. Ik heb horen zeggen dat dit 1,5 miljoen is. 2,7 miljoen mensen hebben hem gedownload, maar slechts 1,7 miljoen, een ruime helft daarvan, gebruikt hem echt. Daar moeten we lessen uit trekken, want zoals u zegt, blijft nog een groot potentieel onderbenut. Ook de andere prestatie-indicatoren wijzen in dezelfde richting. Er zijn te weinig mensen die hun contacten via de app op de hoogte hebben gebracht. Slechts 37 % van de gebruikers heeft effectief een test gelinkt aan de app en dat is toch een gemiste kans. Daarbij is vooral belangrijk dat we de huisartsen erbij betrekken. Zij nemen de test af en kunnen dus de patiënt wijzen op het gebruik van de app en kunnen aanmoedigen om de testresultaten op te laden. Natuurlijk moet dat dan gebruiksvriendelijk zijn.

U had het ook over het digitaal vaccinatiepaspoort. Dat zal wellicht ook via een app verlopen. Deze zomer zullen veel mensen die nog niet gevaccineerd zijn zich moeten laten testen. Dat is misschien het ideale moment om een nieuwe communicatiecampagne over die app te voeren en om mensen aan te moedigen om hun testresultaat in die app te zetten.

Een grondige evaluatie van die app na de pandemie zal zeker nodig zijn. Het is de eerste keer in de geschiedenis dat de overheid een app heeft gelanceerd. Dit is zeker een kans om daar lessen uit te trekken, ook op het gebied van gedrag. De ontwikkeling van de app gebeurde tijdens een crisis. Dat is niet evident. Ik denk dat we ons moeten voorbereiden op de toekomst, zodat we klaar zijn als dit nog eens zou gebeuren. eHealth zal daarbij ook steeds belangrijker worden. Misschien zijn er ook nog andere toepassingen waaraan we moeten denken. Ik denk dus dat een evaluatie zeer belangrijk is.

Mijnheer de minister, ik dank u nogmaals voor uw antwoorden.

01.20 Yoleen Van Camp (N-VA): Mijnheer de voorzitter, ik heb aan mijn collega's laten weten dat ik het antwoord voldoende vond.

01.21 Dominiek Snelpe (VB): Mijnheer de voorzitter, de heer Creyelman zal het woord niet meer nemen, omdat hij geen antwoord heeft gekregen op zijn vraag. Mijn vragen zijn ook nauwelijks half beantwoord.

Mijnheer de minister, ik ben vooral bezorgd dat zware en gevaarlijke bijwerkingen afgedaan worden als zeer zeldzaam en dus te verwaarlozen, maar het zal maar jouw vader of moeder, broer of zus, dochter of zoon zijn die het meemaakt. De bijwerkingen worden ook vaak niet gerapporteerd. Er is dus een serieuze onderrapportage. Hoe wordt trouwens aangetoond dat het vaccin verantwoordelijk is voor de dood of een ernstige bijwerking of ziekte? Hoe zal over een aantal jaren kunnen worden aangetoond dat bepaalde ziekten het gevolg zijn van deze vaccinatie? Ik heb daar hoe langer hoe meer mijn twijfels over, ook omdat daar heel weinig transparantie rond is.

Het is een innovatief, maar nog steeds experimenteel vaccin dat wel een goede immunrespons geeft en dus werkt, maar we kennen de gevolgen op lange termijn nog niet. Zo'n vaccin zouden we willen toedienen aan onze kinderen. Een studie in het Verenigd Koninkrijk detecteerde geen zeldzame bijwerkingen volgens het EMA omdat de groep onderzochte kinderen te beperkt was. Toch zullen we die risico's nemen en zullen we onze kinderen en jongeren inenten met het vaccin. Onze jongeren worden trouwens niet erg ziek van dit virus. De meesten hebben enkel een lichte verkoudheid, sommigen krijgen een zwaardere verkoudheid, maar niks ergs. Toch nemen we het risico om kerngezonde kinderen in te enten. Een studie van ECDC vermeldt dat de kans op dood of ernstige covid voor niet-gevaccineerde jonge en gezonde mensen weinig tot niet significant is, zelfs voor de start van de vaccinatiecampagne. Waarom zullen we onze jongeren dan blootstellen aan dergelijke onzekerheid? Moeten we hier het voorzichtigheidsprincipe niet toepassen?

Kinderen zijn geen kleine volwassenen. Ik dring erop aan dat het Overlegcomité zeer goed nadenkt over eventuele beslissingen in verband met onze jongeren en onze kinderen niet als proefkonijnen gebruikt.

Ik ga nog even in op een aantal van uw antwoorden. U zei dat we ernaar moeten streven om in de zomer minder dan 75 mensen opgenomen te zien in de ziekenhuizen. Ik heb al meermaals gevraagd waarom men dan niet meer inzet op medicatie. Nu verwacht men alle heil van de vaccins, maar waarom wordt goede medicatie niet beter onderzocht? Ik denk dan bijvoorbeeld aan ivermectine. Er zijn echter ook nog andere geneesmiddelen die hoop bieden en die we kunnen inzetten om mensen die toch nog ziek worden van het

virus, thuis te laten behandelen door de huisarts. Zo kan de druk op de ziekenhuizen verlaagd worden.

U gaat er prat op dat inmiddels 80 % van de mensen met onderliggende aandoeningen gevaccineerd is. Dat is uiteraard zeer goed nieuws. Wat doet wel de vraag rijzen waarom we onze jongeren dan nog moeten vaccineren.

U hebt ook niet geantwoord op mijn vraag over de overbodige federale stock van vaccins. Kunnen we die niet beter inzetten in de ontwikkelingslanden, waar men er te weinig heeft? Dat was de jongste tijd immers wel een issue. Op die manier zouden we ervoor kunnen zorgen dat ten minste de zorgverstrekkers en de kwetsbaren daar al gevaccineerd worden. Ik begrijp uw logica en die van de Europese beleidsmensen ter zake niet.

U waarschuwt ook dat een aantal beperkingen overeind blijven, ook al zullen ze niet bij ministerieel besluit worden opgelegd, maar worden het aanbevelingen. Op dat punt volg ik collega Gijbels dat we daarmee moeten opletten. We zitten intussen al meer dan anderhalf jaar in een carcan waarin mensen beperkt worden in hun vrijheid. We moeten dus zeker opletten met de aanbevelingen.

Zelfs wie gevaccineerd is, zal toch nog voorzichtig moeten blijven, zo zegt u. Maar ofwel is men gevaccineerd en beschermd en kan men van de vrijheid genieten. Ofwel luidt de boodschap dat men toch nog voorzichtig moet zijn en dan kan ik niet anders dan concluderen dat u blijkbaar niet zoveel vertrouwen hebt in de vaccins.

U zegt dat 70 % van de bevolking ingeënt moet zijn om te kunnen versoepelen en om de vrijheid terug te krijgen. Wetenschappers trekken dat percentage op tot 80 %. Er lijkt wel een opbod. In Israël is 60 % gevaccineerd en daar gooit men alle beperkingen de vuilnisbak in, ook het vaccinatiepaspoort. Ik pleit er dus voor om uw vaccinatiegraad bij te stellen en realistisch te kijken naar wat de voorbije periode met de mensen gedaan heeft. Ook de geestelijke gezondheid speelt een belangrijke rol.

Ten slotte val ik van mijn stoel, als ik een socialistische minister hoor zeggen dat er een verschil zal zijn tussen gevaccineerden en niet-gevaccineerden. U pleit dus openlijk voor segregatie: gevaccineerden zullen meer mogen, niet-gevaccineerden zullen niets mogen of veel minder. U pleit dus voor het opzetten van gevaccineerden tegen niet-gevaccineerden. Mocht het Vlaams Belang zo iets durven te zeggen, was het kot te klein.

01.22 Minister Frank Vandenbroucke: Wat voor een onwaarschijnlijke onzin bent u aan het vertellen...

01.23 Dominiek Sneppe (VB): U hebt het hier net zelf gezegd.

01.24 Minister Frank Vandenbroucke: Ik weet niet of het de moeite is om hierop te reageren. Eerst vraagt u of we, als de ouderen en kwetsbaren gevaccineerd zijn, de rest nog moeten vaccineren. Er zijn zeer goede redenen waarom men de bevolking moet vaccineren, met name om de circulatie van het virus terug te dringen, zo niet blijft iedereen kwetsbaar. Ik heb de indruk dat u flirt met een anti-vaxsentiment. Uw argumenten zijn zo slordig, zo slordig.

Wat beweert u nu over segregatie? Wat is dat voor onzin? Het is gewoon een feit dat, indien u en ik volledig gevaccineerd zijn en wij elkaar ontmoeten, wij elkaar niet ziek zullen maken of besmetten. Waarom zouden wij dan een mondmasker moeten aandoen het komende halfjaar? Waarom zou dat nodig zijn?

Omgekeerd, indien u en ik elkaar ontmoeten en u bent niet gevaccineerd en ik wel, dan is zelfs het kleine risico dat ik toch nog besmettelijk zou kunnen zijn, waardoor u ziek zou kunnen worden, een reden om een mondmasker aan te doen en afstand te houden.

Wat heeft dat met segregatie te maken? Wat vertelt u toch voor onzin? Het gaat hier over de gezondheid van mensen. Het gaat over wat men moet doen om zich gezond te gedragen.

Wanneer iemand de griep heeft, vragen wij hem of haar om thuis te blijven en niet te gaan werken. Is dat segregatie? Wat is dat nu voor praat?

01.25 Dominiek Sneppe (VB): Mijnheer de minister, ik heb uw eigen verklaring genoteerd, omdat ik ze zo frappant vond, namelijk "een onderscheid tussen volledig gevaccineerden of niet volledig gevaccineerden".

Dat hebt u verklaard. Wij willen dat later kunnen terug bekijken op de videobeelden. Dat zijn niet mijn woorden. Voor een socialist is dat geen verhaal.

01.26 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Sneppe, u bent onwaarschijnlijk bezig. Er is een onderscheid tussen iemand die de griep heeft, en iemand die geen griep heeft. Iemand die de griep heeft, moet niet gaan werken. Ik wens niet dat hij of zij gaat werken. Is dat discriminatie of segregatie? Neen, dat is het natuurlijk niet. Ik wens alleen niet dat hij of zij zijn of haar collega's ziek maakt.

Wat vertelt u toch allemaal? Het is bijna interessant om te beluisteren. Ik wist niet dat het Vlaams Belang zo flirtte met antivaxsentiment.

01.27 **Dominiek Sneppe** (VB): Dat is alweer het bewijs dat, wanneer men vragen stelt die niet in het vakje passen van wat we voortdurend horen, men in het hoekje van de anti-vaxxers wordt geduwd. Ik ben geen anti-vaxxer. Mijn kinderen zijn allemaal gevaccineerd. Ik mag als politica toch kritische vragen stellen? Die kritische vragen zijn er en u antwoordt niet op mijn kritische vragen.

01.28 Minister **Frank Vandenbroucke**: Hou het een beetje conceptueel...

01.29 **Dominiek Sneppe** (VB): Mijnheer de minister, wat zult u doen met de overbodige federale stocks van vaccins, waarvan de Inspectie van Financiën aangeeft dat het om 33,6 miljoen stuks gaat? Ik krijg op die vraag geen antwoord.

Ik had ook vragen over de bijwerkingen. Hoe transparant is men daarover? Wat is het verband tussen iemand die ziek wordt na een vaccinatie, en het vaccin? Daar komt ook geen antwoord op. Dan zegt u dat ik een antivaxer ben. Ik probeer hier gewoon de kritische stem van de mensen te laten horen. Misschien moet u wat meer onder de mensen komen. Dan zult u die kritische stem ook horen. Als vertegenwoordiger van het volk probeer ik die kritische stemmen hier te laten horen, want in het hele coviddebat is die kritische stem afwezig.

U hebt het nog eens duidelijk gezegd. Als men een kritische stem laat horen, is men een anti-vaxxer. Ik vind dat zeer jammer. Er is hier nooit een deftig debat geweest, ook nu niet, want men wordt in het hoekje van de anti-vaxxer geduwd, waar ik helemaal niet in thuishoor.

01.30 **Caroline Taquin** (MR): Monsieur le ministre, je vous ai entendu au sujet de la campagne de vaccination ainsi que sur ma demande de gratuité ou de gratuité partielle des tests. Je ne suis pas rassurée dans le sens où j'entends vos arguments, cependant aujourd'hui, sur le terrain, la situation est différente.

Tout d'abord, le *testing* obligatoire si l'on n'est pas vacciné sera-t-il applicable uniquement dans le cadre de vacances? Je n'en suis pas persuadée. Il est important que je vous renvoie un petit topo de la situation actuelle et de la place du bourgmestre au sein de cette campagne de vaccination diligentée par la Région. Je sais que les ministres régionaux font le maximum et que la tâche n'est simple pour personne.

Au 30 mai, la situation de la vaccination de la population au-dessus de 18 ans et plus (chiffres extraits de la plate-forme Plasma à la disposition des bourgmestres en Région wallonne) pour les personnes partiellement vaccinées en Belgique, en est à 30,4 %. En Hainaut, cette situation en est à 28,82 %. À Charleroi, elle en est à 26,13 %.

Pour ce qui concerne les personnes totalement vaccinées, la Belgique en est à 22,24 %. En Hainaut on en est à 20,59 % et à Charleroi, à 15,48 %.

Pour ce qui concerne les personnes vaccinées ayant reçu au moins une dose, la Belgique en est à 54,64 %, en Hainaut, à 49,42 % et à Charleroi, à 41,61 %

Parmi les pourcentages qui ne sont pas repris, soit les personnes qui n'ont pas du tout été vaccinées ne sont pas forcément dans cette situation à cause d'un choix. Aujourd'hui, mes collègues bourgmestres et moi sommes sollicités tous les jours par des citoyens qui n'ont toujours pas reçu de convocation ou qui se sont inscrits sur des plateformes pour être vaccinés mais qui ne sont pas appelés, ou par des personnes faisant partie d'une catégorie qui, à cause de l'âge, n'a pas encore la possibilité de se faire vacciner. Aujourd'hui, on est obligé de se tester pour partir en vacances, pour retrouver les libertés. Je peux vous dire qu'il existe un vrai élan de la population, qui souhaite se faire vacciner, parce qu'elle a compris qu'elle pourra regagner ses

libertés en passant par la vaccination, et qu'elle en est convaincue, même s'il subsiste des craintes, car cela reste un acte médical. Il est donc important que chacun pose son choix et que celui-ci soit mûrement réfléchi. Je peux vous garantir que bon nombre de citoyens souhaitent se faire vacciner, mais n'en ont pas la possibilité. Cela n'est pas normal.

C'est en ce sens que, lorsqu'on prend une mesure qui est tout à fait légitime, pour le bien commun et pour la santé de tous, il faut que cette mesure soit réalisable. Cela signifie que tout le monde doit passer à la vaccination. Tant que ce n'est pas le cas, à moins que des personnes refusent, - je suis contre toute discrimination - il faut donner les moyens aux citoyens, quel que soit leur âge, quelles que soient leur classe sociale et leur origine, la possibilité d'accès aux tests, qui ne doivent pas grever leur budget ni connaître de frein nuisant à l'accès à ceux-ci.

On sait qu'il n'est pas évident de se faire tester de manière officielle et que ce test soit reconnu. J'attire vraiment votre attention sur ce point. J'en suis persuadée aujourd'hui, mais je ne dis pas que la situation sera la même dans un mois. Aujourd'hui, la situation n'est pas favorable pour que vous puissiez atteindre votre objectif. C'est en ce sens que je plaide pour un geste, au moins pour les trois mois qui viennent.

01.31 Frank Vandebroucke, ministre: Madame Taquin, je crois que nous sommes sur la même longueur d'ondes. J'ai dit que les trois mois que vous évoquez sont une période de vacances, de festivals et d'activités diverses, de sorte qu'il faut prévoir au moins un test très bon marché ou gratuit, de qualité PCR, pour toute personne qui n'a pas eu accès – donc pas d'offre, pas d'invitation – à la vaccination. Nous sommes d'accord sur ce point.

Le débat est en train de se développer au sein du gouvernement fédéral, mais je crois que tous les partis sont d'accord, et vous l'avez bien exprimé. Bien sûr, il reste à déterminer les modalités concrètes de cette mesure mais, au niveau de la doctrine, je suis tout à fait d'accord, comme vous l'avez formulé.

01.32 Caroline Taquin (MR): Si je peux me permettre, monsieur le ministre, un point qui me préoccupe également est le fait que vous évoquiez "les personnes qui n'ont pas reçu leur invitation à se faire vacciner". Comment pourriez-vous vérifier qu'une personne n'a pas reçu l'invitation en question?

01.33 Frank Vandebroucke, ministre: C'est assez facile, en principe, grâce à nos systèmes informatiques. Le système d'invitation s'inscrit dans le cadre de cette mesure centralisée. Au niveau central, nous disposons des données de toutes les personnes qui ont été invitées ou non à se faire vacciner. Nous disposons de ces données pour tous les Belges. Dès lors, il est possible de signaler que quelqu'un a été invité ou n'a pas encore été invité à recevoir une première ou une deuxième dose du vaccin.

En principe, nous pouvons organiser ce contrôle, me disent mes collaborateurs, mais vous avez raison d'insister sur tous les soucis pratiques et la réalité que vous vivez sur le terrain. Je crois cependant que nous sommes d'accord sur le principe et que, sur le plan technologique, il est faisable.

01.34 Caroline Taquin (MR): Monsieur le ministre, je suis rassurée que nous nous trouvons sur la même longueur d'onde et que vous me compreniez. Je ne fais que relayer un vécu du terrain, qui est loin d'être évident depuis plus d'un an – et pas seulement pour moi. Je ne suis pas la porte-parole des bourgmestres, mais j'aime bien remonter ces informations à partir de mon expérience.

Il sera toujours possible que les programmes informatiques enregistrent une invitation adressée à un citoyen, alors même qu'elle ne lui sera pas parvenue. Nous avons déjà connu des couacs informatiques en d'autres domaines. Il planera donc toujours un doute et, partant, un risque de discrimination.

Je comprends que vous prêtiez une oreille attentive et vous remercie, mais gardez toutes ces considérations à l'esprit pour éviter que ces mesures ne débouchent sur une discrimination!

De **voorzitter**: Mevrouw Jiroflée heeft laten weten dat zij genoeg neemt met het antwoord van de minister.

01.35 Catherine Fonck (cdH): Monsieur le ministre, vous nous avez dressé beaucoup de constats. Moi qui suis la littérature scientifique au quotidien, je vous avoue que c'est sympathique d'entendre les constats mais ce n'est pas tellement cela que j'attends d'un ministre. J'attends des solutions et des actions. La campagne de vaccination avance mais permettez-moi d'apporter un certain nombre de commentaires et de réflexions. Je vais rester dans mon rôle d'aiguillon. D'abord, on a des coups d'accélérateur en matière de livraisons. Il

faut que la logistique suive, y compris la manière dont les doses arrivent aux centres de vaccination. Un million de doses sont en stock pour le moment. C'est beaucoup. Il y a vraiment une obligation de réussite dans la gestion de la logistique qui doit suivre les livraisons qui s'accroissent essentiellement pour Pfizer.

Ensuite, même si la vaccination avance, cela n'empêche pas un certain nombre de problèmes. Le taux de vaccination n'est pas homogène. Vous êtes d'accord avec moi pour dire que des difficultés sont rencontrées dans certains quartiers et certaines régions. Les constats, on les connaît. Ce qui m'intéresse, ce sont des solutions et des actions. Je pense qu'on ne va pas y arriver sans un travail de proximité particulier avec les associations de terrain et les médecins généralistes.

Par ailleurs, aucune information n'est donnée en Belgique concernant le fait que le vaccin Pfizer est conservable pendant un mois au frigo et non plus au congélateur. Si ce travail de proximité n'est pas réalisé, des quartiers et des zones auront toujours un taux de vaccination plus faible. Il y a là une obligation et une responsabilité ministérielle qui, à ce stade, est insuffisamment portée. Non seulement il y a du retard dans certains endroits mais il continue à se creuser. C'est problématique pour les personnes concernées dans ces régions mais pas uniquement. En effet, si le taux de vaccination n'est pas élevé et relativement homogène sur l'ensemble du territoire, l'efficacité sera moindre en termes de santé publique. On peut dire cela pour la Belgique, pour l'Europe ou pour le monde.

Nous sommes en tout cas compétents pour la Belgique et nous aurons alors une moindre efficacité en matière de santé publique.

Je ne vais pas revenir sur Johnson & Johnson. Je vous ai interpellé à plusieurs reprises sur ce vaccin puisque cela fait longtemps que les publications ont démontré que c'est la même physiopathologie pour les complications sévères qu'AstraZeneca. En la matière, au niveau de l'âge, je vous avoue que je ne comprends pas pourquoi on a fait une différence entre ces deux vaccins.

Je ne vous suis pas non plus sur les personnes qui sont covid-positives. Vous mettez en avant le Conseil Supérieur de la Santé. Parfois vous le suivez, parfois vous ne le suivez pas. Quand je vois la manière avec laquelle les patients covid-positifs ont des effets secondaires beaucoup plus importants à la deuxième dose de vaccin, cet aspect des choses n'est pas pris en considération. Je pense que c'est une erreur. Les publications se multiplient pour démontrer qu'il y a un taux élevé. Ce n'est pas récent mais ça continue avec des taux extrêmement élevés lorsqu'il y a eu un covid préalable. Il n'y a donc aucune justification de faire une deuxième dose. Et la majorité des patients savent très bien qu'ils ont fait le covid.

Le deuxième volet sur lequel j'attendais quelque chose d'un peu plus incisif de votre part en matière d'action c'est la menace potentielle des variants. Cela reste un enjeu majeur, surtout le variant indien rebaptisé le variant delta. Vous parlez du contrôle au retour de l'Inde. On sait qu'on a une accélération de ce variant dans toute une série de pays. On sait que ce variant est un peu plus résistant au vaccin et qu'il est un peu plus rapide et plus contagieux. Quels sont les leviers? Vous me dites qu'il y a interdiction des retours pour l'Inde, sauf les Belges. D'accord, mais qu'est-ce qu'on fait de spécifique par rapport au Royaume-Uni? On fait du séquençage. D'accord, mais la réalité c'est que des retours de ces zones qui sont extrêmement à risque par rapport par exemple à ce variant, l'efficacité des fameux tests OJ1 et OJ7 reste très faible. Sans une efficacité parfaite du *testing* OJ1 et OJ7, vous savez que le risque d'importer ou de faire circuler encore plus vite ce variant au sein de la Belgique est majeur.

Là-dessus, des mesures fortes doivent être prises. Elles restent aujourd'hui trop faibles en Belgique. Nous allons dans le bon sens, mais nous devons gérer parfaitement les menaces qui persistent. Dans le cas contraire, nous risquons de nouveau d'avoir des problèmes.

Au sujet du test PCR, vous connaissez mon avis depuis longtemps. Ce n'est pas pour rien que j'ai essayé de le faire voter. Un test gratuit ou quasi gratuit pour cet été pour ceux qui n'ont pas encore eu accès à la vaccination, ce n'est franchement pas assez. D'abord, pour une question d'équité.

Nous avons demandé aux jeunes de ne pas bouger alors qu'ils avaient peu de risques, pour protéger les personnes les plus âgées. À présent que les personnes plus âgées sont vaccinées et vont pouvoir circuler beaucoup plus, on dit aux jeunes qu'ils vont devoir faire beaucoup de choses et le payer de leur poche. Je trouve qu'il y a un vrai problème par rapport à cela dans la manière dont on prête attention aux différentes catégories dans la population, et singulièrement celles qui ont fait le plus d'efforts, alors qu'elles avaient le moins de risques. Ce sont les jeunes.

Par ailleurs, quand le coût est invoqué: oui, cela coûte! Mais faire trop peu de tests, et donc de *tracing*, et donc d'isolement de positifs, coûte. L'insuffisance de tests coûte beaucoup plus cher. Cela coûte beaucoup plus cher en matière de santé, en matière économique et en matière de restrictions de libertés collectives.

Rapidement encore quelques petits points. En ce qui concerne la ventilation, là aussi, on reste dans les constats. Cela fait un an que nous sommes dans les constats sur la ventilation. La littérature est légion. Elle est implacable. Je ne vois pas grand chose qui se passe à ce sujet. Vous renvoyez vers les entités fédérées. Vous n'avez pas tort, c'est vrai, pour tout ce qui concerne les écoles, les détecteurs CO₂ etc.

Ceci étant, vous avez aussi vous-même pris un arrêté ministériel sur les règles en matière de dispositifs de ventilation, d'épuration d'air, etc. Cet arrêté ministériel pose un certain nombre de questions par rapport aux dispositifs qui ont été exclus. Vous avez aussi une compétence qui est engagée par rapport à cela.

Je ne peux qu'inciter l'ensemble des gouvernements à donner un fameux coup d'accélérateur. En septembre, avec la rentrée, et puis à l'automne, le facteur de la ventilation restera un facteur clé, y compris d'ailleurs par rapport aux variants que j'ai évoqués.

Enfin, en ce qui concerne les maisons de repos et notamment mon appel demandant l'assouplissement d'un certain nombre de visites, même lorsque les critères déterminés par le RMG ne sont pas atteints - les fameux 70 % de personnes vaccinées parmi le personnel -, il y a là un vrai problème!

On ne peut pas continuer à garder des maisons de repos strictement sous cloche uniquement sur cet aspect de vaccination du personnel soignant, d'autant qu'un certain nombre d'entre eux, en sus, ont fait le covid et ont donc des anticorps et une immunité acquise, ce qui représente alors plus que 70 % de protection. Imaginer qu'il n'y ait quasi pas de visites y compris de proches vaccinés, constitue un vrai problème. Je propose qu'en la matière, vous sollicitiez un nouvel avis scientifique et que cet avis relatif aux visites (les exigences et les conditions des visites en maisons de repos) soit réévalué et revu.

Si vous me le permettez, je ferai le même commentaire pour les personnes en dialyse, les greffés, les immunodéprimés sévères et qui sont non répondeurs aux deux premières doses de vaccin. La littérature montre aujourd'hui qu'une troisième dose très rapide permet de récupérer un certain nombre de patients très fragiles. La France a déjà lancé la stratégie. À ce sujet, si vous ne me répondez pas, j'imagine que c'est parce que vous n'avez pas de réponse à m'apporter. Sollicitez un avis des scientifiques! La littérature en la matière dévoile des chiffres aujourd'hui. Il y a des décisions à prendre rapidement pour protéger ces patients.

Ma grande déception du jour et j'en terminerai par-là, concerne les patients à covid long. Vous me racontez des choses que je connais. L'étude du KCE, c'est bien, mais pour nos patients cela ne change rien. Vous nous expliquez que, pour la kiné, ceux qui sont allés aux soins intensifs ont droit aux 60 séances. Je voudrais vous parler de tous ces patients à covid long qui ne sont pas allés aux soins intensifs. Vous dites que 18 séances pour eux, ce n'est pas si mal, qu'après ils pourront en avoir d'autres. Ce n'est pas possible d'entendre cela, monsieur le ministre!

Vous avez beaucoup communiqué. Tout d'abord, vous avez rejeté mes demandes au sujet du covid long, en m'envoyant "bouler". C'était en juillet et septembre 2020. Puis, vous avez quand même essayé de rattraper le tir, en admettant qu'un problème existait.

01.36 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame Fonck, en juillet, je n'étais pas encore entré en fonction! Excusez-moi!

Le **président**: Monsieur le ministre, je vais d'abord laisser terminer Mme Fonck. Vous réagirez ensuite. J'aime bien le débat, mais il ne faut pas s'interrompre.

01.37 Catherine Fonck (cdH): Monsieur le ministre, en juillet et septembre, vous n'étiez pas encore là, c'est exact. Toutefois, quand je suis venue présenter des propositions de résolution, on m'a rétorqué que je faisais partie de l'opposition. Je devrais peut-être vous renvoyer la très longue réponse que vous m'aviez adressée pour expliquer que, dans le fond, ce n'était pas un si long covid, que tous les dispositifs étaient installés en Belgique et qu'aucun remboursement particulier n'était nécessaire.

Je ne vais quand même pas non plus vous rappeler que votre cabinet a bloqué le dossier des kinésithérapeutes depuis de très nombreux mois, alors que la proposition provenait des soignants eux-mêmes. Je ne vais pas non plus vous remémorer votre grande communication de ces dernières semaines, avant que vous ne finissiez par me répondre aujourd'hui que les 18 séances de kiné ne sont pas si inutiles puisque certains patients peuvent en recevoir 60 - tant pis pour les autres! Ils ont droit au MAF, comme tous les autres patients, mais sans aucune prise en charge particulière.

Pour vous le dire franchement, c'est terriblement décevant. De plus, je vois une forme d'indécence dans votre manière de vous être mis en lumière sur le plan de la communication en promettant plein de choses. Or, en définitive, il y a eu beaucoup de com' mais, à ce stade, toujours rien pour les patients. Je trouve cela décevant et inacceptable.

01.38 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame Fonck, l'opposition est là pour s'opposer et vous êtes clairement là pour être très critique. Cela ne pose pas de problème mais il faut quand même un peu mesurer vos propos.

Je répète simplement le raisonnement de fond sur le covid long. Premièrement, sur le maximum à facturer (MAF), il est important de vérifier si celui-ci permet de couvrir l'accumulation de tickets modérateurs pour ce type de patients. Nous gérons notre système de soins de santé non pas sur la base de la reconnaissance spécifique de centaines et de centaines de pathologies différentes. Ce n'est pas comme cela que nous gérons les soins de santé. Nous les gérons sur la base d'une couverture de prestations qui sont légitimes au vu des plaintes des patients, au vu des thérapies qui sont nécessaires.

Quand il s'agit de couverture en soins de santé, dire "vous devez créer quelque chose de spécifique pour le covid long", je ne dis pas qu'on ne le fera jamais mais c'est très rare que nous le fassions. On ne crée pas une couverture spécifique pour une maladie A, B, C, D, E, F... On ne fonctionne pas ainsi en soins de santé. On fonctionne sur la base de prestations qui sont remboursées, des prestations qui sont évidemment liées à des prescriptions, à des conditions spécifiques et à des pathologies. L'idée de créer pour chaque maladie qui se présente un système spécifique de couverture, non, c'est une mauvaise idée.

Evidemment, il faut vérifier si pour ces patients-là, les prestations, leurs remboursements et les couvertures spécifiques comme le MAF sont adéquats, mais de là à dire que c'est "décevant", "insultant", "incompréhensible" et tous les mots que vous utilisez quand je réaffirme un principe de base valable pour tout notre système de soins de santé, il faut un peu mesurer vos propos.

Toutes les deux semaines, on me pose une question sur le covid long. Je ne dispose pas toujours d'élément neuf. Ce qui est important, c'est que scientifiquement, il faut travailler sur la base d'instructions, de *guidelines* de la pratique médicale. Quelles sont la pratique médicale, la pratique de revalidation, etc. qui conviennent à ces patients? On ne peut pas l'inventer. On l'apprend sur la base des expériences, des recherches, de la littérature, etc.; ça prend du temps.

Tous les quinze jours, je vous réponds donc à peu près la même chose évidemment. Je sais que je ne vais pas vous convaincre mais de grâce, majorité comme opposition, essayons d'avoir un débat critique, m'incitant à agir, etc. Mais il faut que le débat reste sérieux. Être sérieux, c'est reconnaître qu'il faut des *guidelines* de bonnes pratiques pour s'attaquer au problème du long covid. Si la recherche est en cours, si les projets tout récents que j'ai mentionnés sont en cours, il faut un peu de patience. Si dans quinze jours, vous revenez avec les mêmes questions et si je réponds la même chose, vous allez revenir avec les mêmes questions et dire que c'est insultant, indécent, invraisemblable. Voyons...

01.39 Catherine Fonck (cdH): Non, monsieur le ministre, je ne suis pas dans l'opposition pour m'opposer. D'ailleurs, dans la gestion du covid-19, j'ai été un aiguillon par rapport à la révision de la stratégie de vaccination qui traînait, aux problématiques logistiques, à tout ce qui concerne les tests ou encore par rapport au besoin de mieux associer les soignants. Je ne suis pas là pour m'opposer par principe. Je pense avoir beaucoup relayé les propos du terrain, donné beaucoup de ma personne également et avoir suivi de près la littérature à ce sujet. Je pense donc avoir joué, à de nombreuses occasions, le rôle d'aiguillon.

Pour revenir sur les formes longues du covid-19, c'est vous, monsieur le ministre, qui avez fait une communication très large dans les médias à la date du 25 mai. Vos annonces ont été comprises par nombre de personnes comme étant des avancées en matière de prise en charge financière.

01.40 Frank Vandenbroucke, ministre: Non, je n'ai pas fait cela. Excusez-moi, mais il s'agit d'une interprétation de mes propos. Lisez le *Knack*.

01.41 Catherine Fonck (cdH): Il n'y a pas que le *Knack*, vous savez.

Le **président**: Je propose que Mme Fonck termine car Mme Rohonyi doit encore intervenir, et nous devons impérativement terminer à 17 h 30.

01.42 Catherine Fonck (cdH): Merci, Monsieur le président. Si vous voulez, monsieur le ministre, je vous enverrai tous les articles, il suffit de faire une recherche dans Google.

Vous rappelez les principes de santé. Mais qui a voulu que les patients covid aigu bénéficient d'un remboursement de 100 %? Le sp.a. Vous me parlez de principes de santé publique. Qu'existe-t-il au niveau des kinésithérapeutes pour toute une série de listes de pathologies chroniques qui, justement, nécessitent une prise en charge et un remboursement de 60 séances et pas de 18? Oui, cela existe. Pour le covid de longue durée, c'est laissé de côté.

Pour les remboursements, qu'en est-il de l'approche? Quand c'est le covid aigu, le sp.a est d'accord pour une prise en charge à 100 %. Mais quand c'est le covid de longue durée, il n'y a pas d'approche particulière. Pourtant, au moment de ces débats, quand cette loi pour les patients atteint de covid aigu a été votée, le sp.a avait dit: "Oui, nous le ferons aussi pour après l'hôpital." Et toutes ces promesses se sont envolées. Aujourd'hui, on nous remet en avant le principe de santé publique.

Franchement, par rapport à cela, monsieur le ministre, si vous n'aviez pas fait ces grandes sorties dans la presse, j'aurais continué, c'est vrai, à jouer l'aiguillon. Mais quand on fait de telles sorties "sexy" dans la presse, je pense qu'il faut assumer, ne pas vendre du vent, et être correct avec les gens. Parce que si vous me demandez d'être correcte, moi, je vous demande d'abord et avant tout d'être correct avec les patients.

01.43 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame, je vous invite à lire l'interview dans *Knack*. Qu'est-ce qui constitue une grande annonce? C'est tout ce que j'ai dit, c'est une interview dans *Knack*. Lisez-la!

Le **président**: Monsieur Vandenbroucke, je propose de laisser terminer Mme Fonck. Madame, je vous demande de conclure. Nous devons terminer à 17 h 30.

01.44 Catherine Fonck (cdH): Monsieur le ministre, la réalité de ces patients est qu'ils rencontrent de grands soucis par rapport à la prise en charge financière. À travers cette grande communication "sexy", vous leur avez expliqué aujourd'hui que c'était juste ce qui existait déjà. Mais ce n'est pas ce que vous aviez annoncé.

Enfin, pour ce qui concerne les *guidelines* sur le plan médical, moi-même, je l'avais demandé. Je me souviens d'ailleurs qu'en commission, certains de la majorité Vivaldi s'étaient opposés pour finir par quand même me rejoindre. Certes, le KCE fait une étude. Mais n'oublions pas la littérature scientifique et les bonnes pratiques des autres pays. On a déjà énormément de matières, en l'occurrence pour une prise en charge la plus adéquate possible. Des pays pas si lointains, comme le Royaume-Uni, ont déjà lancé une stratégie de santé publique particulière ciblée sur le covid de longue durée pour aider au mieux les patients et améliorer leur récupération. Je pense donc que la Belgique, au-delà de l'étude du KCE, devrait pouvoir avancer en la matière avec tout ce dont on dispose déjà et qui peut véritablement améliorer la prise en charge de ces patients.

01.45 Thierry Warmoes (PVDA-PTB): Monsieur le ministre, j'ai bien entendu vos explications sur la situation actuelle. Je n'y réagirai pas.

Pour ce qui concerne le vaccin Johnson & Johnson, vous avez décidé de ne plus l'administrer aux personnes de moins de 41 ans dans les centres de vaccination, mais bien aux personnes âgées vaccinées à domicile et à certains publics comme les sans-papiers et les SDF. Ces publics sont différents et moins faciles à atteindre, quoique les personnes âgées à domicile soient connues de par leur domicile – c'est une catégorie à part.

Je reconnais qu'il y a bien un problème avec le public des SDF et des sans-papiers qui sont plus difficiles à atteindre. Je comprends le dilemme auquel nous sommes confrontés.

Par ailleurs, vous avez dit, à mon estime de manière un peu trop carrée, que si on ne peut pas leur administrer le vaccin Johnson & Johnson, cela implique que ces personnes ne seront pas du tout vaccinées. Selon moi, cela ne doit pas nécessairement être le cas.

Je vous ai également demandé si vous aviez eu des contacts avec les organisations qui s'occupent spécifiquement de ces publics. Je pense ici aux organisations de lutte contre la pauvreté et aux services sociaux. Vous n'avez pas répondu à cette question qui – il est vrai – ne figurait pas dans ma question écrite. J'espère que c'est le cas ou que cela sera le cas lors de la prise de décision. En effet, il est question de différents publics, et, à ce stade, je ne sais pas s'il n'est pas possible de leur administrer les deux doses. Il convient donc d'examiner la question, en tout cas pour certains publics.

Je me réjouis de votre décision de faire procéder à une analyse accélérée en Belgique, parallèlement à l'analyse faite par l'Agence européenne des médicaments (EMA) sur la base notamment des résultats obtenus aux États-Unis. Mais la question se pose de savoir ce que vous allez faire si les conclusions de l'EMA devaient être négatives. Cela signifierait-il que ces personnes ne seraient plus vaccinées? Je suppose que vous devrez trouver une solution pour qu'elles puissent quand même être vaccinées.

Vous n'avez pas non plus répondu à ma question relative au nombre des personnes concernées. Mais il est vrai qu'elle ne figurait pas non plus dans la question écrite qui vous a été transmise. Cependant, il serait intéressant de savoir de combien de milliers de personnes il est réellement question.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La réunion publique de commission est levée à 17 h 15.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.15 uur.

Vraag van Ellen Samyn aan Sophie Wilmès (VEM Buitenlandse en Europese Zaken) over "De versoepeling van de inreisbeperkingen voor toeristen uit niet-EU-landen" (55017663C)
Question de Ellen Samyn à Sophie Wilmès (VPM Affaires étrangères et européennes) sur "L'assouplissement des restrictions d'entrée pour les touristes provenant de pays hors UE" (55017663C)

De Europese Commissie stelt voor om de beperkingen voor niet-essentiële reizen naar de Europese Unie te versoepelen. Concreet stelt ze voor dat reizigers uit niet-EU-landen die volledig gevaccineerd zijn met een vaccin dat door het Europese geneesmiddelenbureau EMA of via de noodprocedure van de WHO toegelaten is, Europa weer kunnen inreizen.

Reizigers zullen bovendien een certificaat moeten kunnen voorleggen.

Ook reizigers uit niet-EU-landen met een gunstige epidemiologische situatie zouden weer welkom zijn. De criteria voor landen die als veilig beschouwd worden, worden versoepeld. Nu staan er maar zeven landen op die lijst.

Er wordt ook een soort noodremprocedure ingebouwd. Als er in niet-EU-landen een virusvariant zou opduiken die reden tot bezorgdheid geeft, zouden lidstaten kunnen beslissen om reizen van en naar dat land op te schorten.

Voor essentiële reizen verandert er niets. Mensen uit niet-EU-landen die zich verplaatsen om essentiële redenen, zullen nog altijd naar Europa kunnen reizen, ongeacht of ze volledig gevaccineerd zijn.

Het gaat dus om een voorstel van de Europese Commissie, de lidstaten moeten het nog bespreken. De Europese Commissie hoopt dat het voorstel tegen het einde van de maand wordt goedgekeurd.

- Ware het niet beter om enkel reizigers te laten inreizen die gevaccineerd zijn met een door het EMA goedgekeurd vaccin?
- Is er ondertussen al zekerheid dat door het EMA goedgekeurde vaccins resistent zijn tegen de virusmutanten?
- Welke garanties zijn er dat zo'n certificaat echt is en er niet (massaal) gefraudeerd zal worden?

Vraag van Dominiek Snelpe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De overbodige federale stock van vaccins" (55017845C)
Question de Dominiek Snelpe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le stock fédéral de vaccins excédentaire" (55017845C)

Uit een document van de Inspectie Financiën blijkt dat er een enorme stock aan overtollige vaccins zal zijn. Zo zou er sprake zijn van 33,6 miljoen bestelde vaccins voor een totaal van bijna 283 miljoen euro. Afhankelijk van hoeveel mensen zich finaal zullen laten vaccineren, komt men uit op 137 tot 181 miljoen euro aan wat de IF "overbodige federale stock" noemt.

Daarover volgende vragen:

1. Kloppen deze cijfers?
2. Wat zal er gebeuren met die "overbodige federale stock"?
3. Hoe zal de minister trachten om op zijn minst een deel van de betaalde factuur te recupereren?
4. Wie betaalt die factuur?

Vraag van Dominiek Snelpe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De kosten van de vaccinatiecampagne" (55017846C)
Question de Dominiek Snelpe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les coûts de la campagne de vaccination" (55017846C)

Eind 2020 was er een akkoord over een 80/20-verdeelsleutel voor de kostenverdeling van de vaccinatiecampagne. 80% federaal en 20% deelstaten. Maar nu blijkt dat tussen de deelstaten grote verschillen zijn. Uit een berekening van de Inspectie Financiën van de Vlaamse overheid blijkt dat het plaatsen van een vaccin in een vaccinatiecentrum in Vlaanderen 52,53€ kost, terwijl het in Wallonië oploopt tot 71,67€ per gevaccineerde. Erger is de situatie in de WZC's. In Vlaanderen kost een vaccinatie daar 10€, in Wallonië ruim 22€.

Daarover volgende vragen:

1. Is de minister op de hoogte van de verschillen in kosten?
2. Wat is de reden van deze (grote) verschillen?
3. Wie zal de meerkost van de Waalse vaccinatie betalen?

Vraag van Steven Creyelman aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De Spaanse studie over een tweede prik met Pfizer na een eerste prik met AstraZeneca" (55017905C)

Question de Steven Creyelman à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'étude espagnole sur l'administration d'une 2ème dose Pfizer après une 1ère dose AstraZeneca" (55017905C)

Een zogenaamde combivacs-studie met 600 proefpersonen, uitgevoerd door het Spaanse Carlos III Gezondheidsinstituut in Madrid, concludeert dat een tweede vaccinatieprik met het Pfizer-vaccin na een eerste vaccinatieprik met het AstraZeneca-vaccin veilig en effectief is en dus zodoende voor een goede bescherming tegen COVID-19 zorgt. Er zouden bovendien weinig ernstige bijwerkingen zijn.

Van de minister vernam ik zodoende graag of deze bevindingen invloed zullen hebben op de vaccinatiestrategie in ons land en welke argumenten hij hiervoor aanhaalt.

Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De geestelijke gezondheidszorg voor studenten" (55017911C)

Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les soins de santé mentale pour les étudiants" (55017911C)

Meneer de minister,

Op 10 februari kondigde de federale regering bij monde van de premier aan dat er 1500 extra psychologen voorzien werden en een extra budget van 30 miljoen euro dat ter beschikking zou gesteld worden aan de OCMW's om jongeren en jobstudenten te helpen. Dit alles moest tegevoerkomen aan de stress op de mentale gezondheid en de financiële situatie van studenten door de coronamaatregelen.

Mijn vragen voor u:

- 1) Op vandaag blijkt dat er voor België maar 20 VTE extra studentenpsychologen ingezet kunnen worden. Dat zijn er 12 voor Vlaanderen. De examens staan opnieuw voor de deur. Waar gaat u de psychologen halen? Wat is er gebeurd waardoor de plannen niet uitgevoerd kunnen worden en deze maatregel aankondigingspolitiek blijkt te zijn? In hoeverre had u hierover nog overleg met de VVS, de Vlaamse Vereniging van Studenten?
- 2) Klopt het dat u enkel overleg had met de Vlaamse minister van welzijn hierover en niet met de minister van volksgezondheid? Wat was de reden daartoe? Had u overleg met de Waalse en Brusselse minister van Onderwijs?
- 3) Hoe concreet is het plan om 30 miljoen euro ter beschikking te stellen van de OCMW's om studenten die hun studentenjob verloren zijn omwille van corona uitgewerkt? Hoeveel studenten heeft u op deze manier al kunnen helpen? Hoeveel budget van de 30 miljoen is er op vandaag uitbetaald aan studenten en OCMW's?

Dank voor uw antwoord,

Question de Hervé Rigot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les anticorps monoclonaux" (55017927C)

Vraag van Hervé Rigot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De monoklonale antilichamen" (55017927C)

Monsieur le Ministre,

Comme nous le savons, la vaccination est une arme fondamentale dans la lutte contre le Covid. Mais elle n'est pas la seule. Les traitements sont également extrêmement importants dans la lutte contre le virus, spécifiquement pour les personnes immunodéprimées.

Pour ces patients à haut risque de développer une forme sévère de la maladie, les anticorps monoclonaux sont indispensables. Nous avons déjà eu l'occasion d'avoir un premier échange sur le sujet. Ce sont des anticorps produits en laboratoire qui réduiraient nettement le risque d'hospitalisations ou de décès. Ce traitement serait également efficace contre les variants.

L'Académie royale de Médecine de Belgique (ARMB) appelle donc au déploiement de ces anticorps monoclonaux.

Monsieur le Ministre,

Pour l'Académie royale de Médecine de Belgique, il y a urgence à disposer de ces traitements et à les faire approuver alors qu'il sont déjà utilisés dans plusieurs pays européens. Selon le Professeur Jean-Michel Foidart, Secrétaire perpétuel de l'ARMB, seuls quelques patients ont eu la chance d'en bénéficier à titre compassionnel. Il faudrait selon lui à présent les rendre disponibles pour tous les patients éligibles. Pouvez-vous nous informer à ce sujet ? Quand ces anticorps monoclonaux pourront-ils être administrés aux patients en Belgique ?

En raison du coût du traitement et des contraintes logistiques, l'ARMB recommande de réserver prioritairement les anticorps monoclonaux aux patients immunodéprimés à haut risque et d'adapter la liste, établie de manière scientifique et indépendante, en fonction de la réponse vaccinale de certaines populations de patients au vaccin anti-SARS- CoV-2. Que pensez-vous de cette solution vis-à-vis des patients les plus fragiles afin d'éviter de longues hospitalisations pénibles et coûteuses ?

Afin de faire progresser les connaissances liées à ce traitement du Covid-19 par immunothérapie passive, il est également recommandé de créer un registre dans lequel seraient consignées les informations aux anticorps monoclonaux. Existe-t-il déjà un registre ou une plateforme accessible aux médecins les informant de l'efficacité et des effets secondaires après injection d'anticorps monoclonaux ?

Je vous remercie pour vos réponses.

Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De juridische strijd tussen Europa en AstraZeneca" (55018024C)
Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La bataille juridique entre l'Europe et AstraZeneca" (55018024C)

Meneer de minister,

Het kortgeding voor het Hof van Beroep in Brussel dat het juridisch verschil tussen Europa en de vaccinproducent AstraZeneca behandelt komt op dinsdag 26 mei voor.

Mijn vragen voor u:

- 1) Hoe interpreteert u de verslagen en uitspraken van het Hof van Beroep?
- 2) Welke zijn de volgende te nemen stappen?
- 3) Welke gevolgen zal dit hebben voor de vaccinatiecampagne in ons land?

Dank voor uw antwoord,

Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De Johnson & Johnson-vaccins" (55018025C)
Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les vaccins Johnson & Johnson" (55018025C)

Meneer de minister,

De Duitse krant Der Spiegel publiceerde vrijdag 21 mei een artikel rond de Amerikaanse productiesite van Johnson&Johnson in Baltimore. De site blijft voorlopig gesloten, dit heeft gevolgen voor de productie van het Johnson&Johnson vaccin dat door ons land besteld is. De vaccinatiecampagne voor de brede bevolking die nu ongeveer van start gaat is gestoeld op de vaccins van Johnson&Johnson die maar één prik vereisen. De fabriek in Leiden, die ook voorziet in de productie van de Johnson&Johnson vaccins, beschikt niet over de capaciteit om de bestelde vaccins voor ons land en de Europese lidstaten te produceren.

Mijn vragen voor u:

- 1) Bent u op de hoogte gesteld van het inspectierapport dat in de week van 20 mei verwacht werd ? Welke is de conclusie die u trekt? Kan u mij dit rapport bezorgen?
- 2) Het lijkt erop dat Johnson&Johnson het beloofde leverschema niet zal kunnen nakomen. Welke impact heeft dit op de vaccinatiecampagne?
- 3) Heeft de Taskforce Vaccinatie alternatieven voor de vele jongere burgers die gevaccineerd zouden worden met Johnson&Johnson en dus dankzij één prik veilig de zomer in zouden kunnen gaan?

Dank voor uw antwoord,

Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De Pfizer-vaccins" (55018026C)
Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les vaccins Pfizer" (55018026C)

Meneer de minister,

Europa heeft extra doses Pfizer vaccins besteld voor de reboot van het Covid-vaccin.

Graag had ik van u vernomen of dit een nieuw onderhandeld contract betreft. Welke zijn de afgesproken modaliteiten? De prijs zou hoger liggen dan voor de eerste doses. Kan u dit bevestigen? Betreft het opnieuw een voorafbetaling of wordt er betaald na levering?

Is er onderhandeld over het format van de doses? Heeft de commissie afgedwongen dat het om unidoses zou gaan of op z'n minst dat er onderzocht wordt of unidoses haalbaar zijn ?

Dank voor uw antwoord,

Vraag van Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De stand van zaken over de epidemie, de vaccinatiecampagne en de besmettingen op de werkvloer" (55018061C)
Question de Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le point sur l'épidémie, la campagne de vaccination et les contaminations au travail" (55018061C)

Meneer de minister,

het is positief dat het aantal coronabesmettingen, ziekenhuisopnames en overlijdens in ons land blijft afnemen. Uit het epidemiologisch bulletin van Sciensano (21 mei 2021) blijkt echter dat voor week 19 de meest actieve clusters opnieuw gemeld werden op de werkplaats, voor maar liefst 49%. Week na week blijkt dit opnieuw het geval te zijn.

•Hoe komt het dat het aantal besmettingen op de werkplaats zo moeilijk terug te dringen zijn?

•Zal er op het volgende overlegcomité eindelijk werk gemaakt worden van dwingende maatregelen, i.p.v. strenge aanbevelingen, om de veiligheid op de werkvloer te garanderen?

•Zal het Overlegcomité doortastende maatregelen nemen, bijvoorbeeld rond de sneltesten in de bedrijven, het brononderzoek en de volledige inkomensgarantie bij quarantaine? Zo nee, waarom niet?

•Wat is de stand van zaken van de snelteststrategie?

•Vorige week gaf u ons een reeks cijfers over hoeveel bedrijven gecontroleerd en gesanctioneerd waren na inbreuk op de sanitaire maatregelen. U heeft echter niet geantwoord op de vraag of er ondertussen structureel werk gemaakt is van een testbeleid voor de bedrijfspoorst? Is dit het geval? Zo nee, waarom niet?

•Hoe wordt opgevolgd of de verdeelde (snel- of zelf-)testen effectief gebruikt worden door de regionale bevoegdheden?

•Wat is de stand van zaken van de vaccinatiestrategie?

•Wat is de stand van zaken van de vaccinleveringen?

Alvast bedankt voor uw antwoord.

Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De app Coronalert" (55018073C)

Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'application Coronalert" (55018073C)

Mijnheer de minister,

De Coronalert app werd op 30 september vorig jaar door de overheid gelanceerd.

Op VRT nieuws was vandaag (21/05) te lezen dat de overheid zelf niet weet of de app effectief werkt. Ik heb u over deze App al verschillende parlementaire vragen gesteld, waarvan er sommige onbeantwoord bleven, zoals over de gebruiksvriendelijkheid van de app en een eventuele doorlichting. Ik stel ze daarom graag opnieuw:

- Vindt u dat de app zijn nut heeft bewezen? Hoe schat u het nut van de app in voor de komende maanden wanneer er weer meer contacten zullen zijn?

- Er wordt aangegeven dat er te weinig wordt gedaan met de verzamelde data. Uiteraard moeten de gegevens op een GDPR conforme wijze worden verwerkt. Maar welke data worden verzameld? Klopt het dat er te weinig data zijn om te verwerken? Artsen moeten toch ingeven of een staal werd genomen op aangeven van een alert op de app? Wat wordt met deze gegevens dan gedaan? Klopt het dat data als aantal actieve gebruikers en verwijderde apps wel degelijk op anonieme manier verzameld kunnen worden? Waarom gebeurt dat niet?

- Is er een evaluatie van de Coronalert-app gebeurd? Zo ja, welke factoren werden geëvalueerd en wat zijn hiervan de resultaten? Werd de gebruiksvriendelijkheid geëvalueerd? Werden huisartsen bevraagd? Indien er nog geen evaluatie gebeurde, staat dit gepland en wanneer?

- Hoeveel werd er besteed aan de promotiecampagne, waaruit bestond die en zal u nog zaken ondernemen om het gebruik ervan te verhogen?

Met dank voor uw antwoorden,

Vraag van Dominiek Snelpe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De vaccinatie van min 18-jarigen" (55018082C)

Question de Dominiek Snelpe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La vaccination des moins de 18 ans" (55018082C)

Nu er meer vaart achter de vaccinatie zit, is er al sprake van het vaccineren van jongeren. De eerste groep zou de 16-17 jarigen zijn, maar later zouden de -16 jarigen ook in aanmerking kunnen komen.

Deze strategie heeft als doel de groepsimmunitet te bereiken en zodoende het virus te verslaan.

1. Gebeurde er reeds voldoende en degelijk onderzoek naar de mogelijke gevolgen op lange termijn voor het vaccineren van onze jongeren?

a. Indien wel, over welk onderzoek gaat het dan?

b. Indien niet, is het dan niet zeer voorbarig ook onze jongeren in te enten?

2. Is het dan niet beter voor onze jongeren die van covid19 niet echt ziek worden hun eigen immuunsysteem zijn werk te laten doen?

3. Waarom is er tegenwoordig nog enkel sprake van het verwerven van groepsimmunititeit door vaccinatie en wordt het eigen immuunsysteem buiten spel gezet?

Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De groepsimmunititeit en de regionale verschillen m.b.t. de vaccinatiebereidheid" (55018148C)
Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'immunité de groupe et les différences régionales en ce qui concerne l'adhésion à la vaccination" (55018148C)

Meneer de minister,

Verwacht wordt dat binnen twee a drie weken de lijsten met bereidwilligen om zich te laten vaccineren in Brussel afgewerkt zullen zijn. De grote vraag die zich stelt is of het aantal personen dat zich op vrijwillige basis liet vaccineren voldoende zal blijken om de groepsimmunititeit van 70% te halen.

Graag had ik van u vernomen welke houding de federale regering zal aannemen indien één van de regio's niet aan een vaccinatiegraad van 70% zal komen?

Hoe zal u de solidariteit om zich te laten vaccineren en dus voor elkaar te zorgen aanwakkeren?

In hoeverre gaf u de opdracht om te onderzoeken welke gevolgen het niet behalen van 70% op wetenschappelijk vlak, met name op het risico van nieuwe varianten, met zich meebrengt? Zo ja, wat is de uitkomst en welke gevolgen zal u hieraan koppelen?

Dank voor uw antwoord,

Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De werking van QVAX" (55018150C)
Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le fonctionnement de QVAX" (55018150C)

Meneer de minister,

Er werd gecommuniceerd dat op een bepaald moment één miljoen Belgen geregistreerd waren op de QVax-lijst. Naast een aantal zeer bemoedigende berichten rond het gebruik van de lijst keeg ik ook een aantal bezorgdheden gemeld.

Zo zou de mail die de bevolking ontvangt van een email adres komen dat niet voldoende vertrouwen wekt omdat in dit email adres geen verwijzing of link is met de domeinnaam van QVax. Er zou in de mail ook geen verwijzing gebeuren naar een telefoonnummer waar de echtheid van de mail eventueel gecheckt zou kunnen worden.

De tijd tussen het ontvangen van de email en de noodzakelijke registratie voor het ontvangen van het vaccin zou bovendien zeer kort zijn (30 min). Bij de registratie wordt vermeld dat een telefoonnummer verplicht op te geven is, maar er zou geen veld voorzien zijn om het telefoonnummer in te vullen.

QVax stuurt een sms ter verwittiging wanneer de email met uitnodiging verstuurd wordt. Echter, deze sms komt aan nadat de tijd voor registratie tussen de uitnodiging en bevestiging van de registratie verstreken is.

Bent u op de hoogte van deze feiten en wat kan eraan gedaan worden?

Beperken deze technische mankementen het goede verloop van de QVax-strategie?

Dank voor uw antwoord,

Vraag van Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het EU-coronacertificaat" (55018221C)

Question de Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le certificat covid européen" (55018221C)

Geachte meneer de Minister,

Het coronacertificaat van de Europese Unie (EU) zal op 1 juli in werking treden. Dit maakt het voor inwoners van de EU mogelijk om vrij te reizen doorheen de lidstaten wanneer ze gevaccineerd zijn, een negatieve test hebben afgelegd of antistoffen hebben na een besmetting. Toch zijn er nog enkele zaken die de lidstaten zelf nationaal moeten uitwerken.

Dit zijn onder andere de voorwaarden voor de testing, zoals de prijs. De Europese Commissie verklaart dat iedereen toegang moet krijgen tot een test en trekt daarom 100 miljoen euro uit om gratis tests ter beschikking te stellen van de lidstaten. Daarnaast moeten de lidstaten ook de systemen om de certificaten af te vaardigen en te controleren, zelf implementeren. Er kan hiervoor wel gerekend worden op steun van de Europese Commissie. Daarover enkele vragen:

- Hoeveel budget zal ons land krijgen van de Europese Commissie?

- Zullen dat voldoende middelen zijn? Wat indien er niet voldoende middelen ter beschikking zijn? Zal men dan moeten betalen voor een test?

- Wanneer verwacht ons land klaar te zijn met de implementatie van de systemen voor het coronacertificaat? Is er hiervoor al een plan opgesteld?

- Lidstaten mogen bijkomende reisbeperkingen opleggen indien deze noodzakelijk en proportioneel zijn om de gezondheid van de bevolking te beschermen. Welke maatstaven zal ons land gebruiken om te bepalen of de gezondheid van de bevolking in het gedrang komt? Welke beperkingen zullen er als eerste worden opgelegd? Hebben wij hiervoor een plan?

Ik dank de Minister voor zijn antwoord.

Vraag van Yoleen Van Camp aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De betaling van compensatiepremies voor het beschermingsmateriaal van thuisverpleegkundigen" (55018251C)

Question de Yoleen Van Camp à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le paiement des primes de compensation pour les équipements de protection des infirmières à domicile" (55018251C)

Ik heb u hier vlak voor het paasreces, de week na het reces en midden mei al vragen over gesteld. Midden maart kregen heel wat thuisverpleegkundigen namelijk slecht nieuws. Zij kregen te horen dat de datum voor de betaling van compensatiepremies voor hun beschermingsmateriaal, initieel nochtans vastgelegd op 31/03/2021, ineens "nader te bepalen" is. Op mijn laatste vragen daarover antwoordde u: "Het dossier van de compensatiepremies voor het beschermingsmateriaal van thuisverpleegkundigen heb ik medio maart 2021 bezorgd aan de staatssecretaris voor Begroting. Het dossier zal worden besproken op de Ministerraad van 21 mei 2021. De nota's van het Verzekeringscomité van het RIZIV worden altijd bij de voor advies voorgelegde besluiten gevoegd. Zij bevatten reeds een ruime uitleg van de redenen voor het besluit en de redenering die daaraan ten grondslag ligt. In functie van de beslissing van de Ministerraad zal het koninklijk besluit worden gepubliceerd en zullen de betalingen worden uitgevoerd. Er wordt in geen andere compensatie voorzien dan in de compensatie voor de uitrustings- en beschermingsmaterialen."

Mijn vragen aan u:

- 1.Is dit ondertussen in orde gebracht op de ministerraad van 21 mei?
- 2.Waarom weigert u een compensatie, omwille van de vertraging die deze premie heeft opgelopen, te voorzien voor de thuisverpleegkundigen?

Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De besmettingen met SARS-CoV-2 in openlucht" (55018233C)
Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les contaminations au SARS-CoV-2 en plein air" (55018233C)

Mijnheer de minister,

De technische sessie over de 'wiskundige modellen van COVID-19 in België gebruikt om besluitvorming te onderbouwen' met Professor Niel Hens op 25 mei onthulde enkele opmerkelijke vaststellingen. Zo bevestigde Professor Hens het gebrek aan wetenschappelijke evidentie inzake het risico op besmetting met, en de transmissie van, het SARS-CoV-2 virus in openlucht. Dit internationaal, maar vooral ook hier bij ons in België. Hij omschreef het als volgt: "Dergelijk onderzoek zou hier ook moeten kunnen".

In een recent gestelde en beantwoorde schriftelijke vraag aan uw adres liet u verstaan dat "er geen gedetailleerde gegevens bestaan over het aantal infecties in België dat binnen of buiten werden opgelopen."

Gelet op het feit dat buitenactiviteiten gestimuleerd worden en de evenementensector zich voorbereidt op activiteiten in openlucht, leg ik u graag volgende vraag voor:

Waarom wordt er niet ingezet op onderzoek naar het risico op infectie in openlucht? Worden er studieprotocollen voorbereid? Zo ja, kan u deze toelichten?

Dank voor uw antwoorden,

Question de Laurence Zanchetta à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le nouveau traitement contre le covid approuvé par l'AFMPS" (55018255C)

Vraag van Laurence Zanchetta aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De door het FAGG goedgekeurde nieuwe behandeling tegen COVID-19" (55018255C)

Monsieur le Ministre,

Récemment, l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS) nous informait qu'un nouveau traitement destiné aux patients contaminés par le coronavirus avait été approuvé par arrêté ministériel.

Les résultats intermédiaires des études cliniques ont effectivement montré que ce traitement permettait de réduire significativement la charge virale du coronavirus, soit la concentration de virus dans le corps.

Monsieur le Ministre,

Comment ce traitement fonctionne-t-il et comment s'utilise-t-il ?

Pour quels patients est-il recommandé ?

Quand la Belgique commencera-t-elle à utiliser ce traitement pour soigner les personnes atteintes de Covid ?

Je vous remercie pour vos réponses.

Question de Laurence Zanchetta à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'administration d'une dose supplémentaire de vaccin" (55018256C)

Vraag van Laurence Zanchetta aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De toediening van een extra dosis vaccin" (55018256C)

Monsieur le Ministre,

Alors que certaines personnes n'ont pas encore reçu leur première dose de vaccin, se pose déjà la question de l'administration une dose complémentaire, les vaccins ne nous immunisant pas indéfiniment contre le Covid.

Monsieur le Ministre,

De quelles informations dispose-t-on à ce jour concernant cette dose complémentaire en fonction des différents vaccins approuvés aujourd'hui ?

Celle-ci sera-t-elle nécessaire pour s'assurer une protection complète contre la Covid ? Ou devra-t-on peut-être envisager une vaccination récurrente, comme pour la grippe ? Cette dose complémentaire devrait-elle être destinée à tous ou seulement aux personnes plus fragiles ?

Où en sont les études dans ce cadre ?

Je vous remercie pour vos réponses.

Question de Laurence Zanchetta à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le vaccin de Johnson & Johnson suspendu pour les moins de 41 ans" (55018257C)

Vraag van Laurence Zanchetta aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De opschorting van de toediening van het Johnson & Johnson-vaccin aan de min 41-jarigen" (55018257C)

Monsieur le Ministre,

Récemment, une femme âgée de moins de 40 ans est décédée, quelques jours après avoir reçu une injection du vaccin à dose unique Johnson & Johnson. Cette personne avait été admise à l'hôpital avec une thrombose sévère et un déficit de plaquettes sanguines.

La Belgique a demandé à l'EMA d'évaluer rapidement le lien entre le décès et l'administration du vaccin, mais aussi de se prononcer sur la balance bénéfices/risques par groupes d'âge.

Dans l'attente des conclusions de l'EMA, la Belgique a décidé de suspendre provisoirement l'administration de ce vaccin à dose unique pour les moins de 41 ans, sauf pour les publics précaires tels que les sans-abris ou les migrants, pour lesquels un vaccin à dose unique est le plus indiqué.

Monsieur le Ministre,

A ce jour, l'EMA vous a-t-elle fait part de ses conclusions concernant un possible lien de cause à effet entre l'injection du vaccin Johnson & Johnson et le décès de cette personne ? Si ce lien est avéré, quelles mesures comptez-vous prendre vis-à-vis de ce vaccin ?

Pourquoi avoir décidé de continuer à administrer ce vaccin aux publics dits précaires, même si les personnes ont moins de 41 ans ? Pourquoi cette distinction ? Certaines associations de terrain ont d'ailleurs décidé de ne pas se conformer à cette décision et de ne pas administrer le vaccin aux personnes de moins de 41 ans. Comprenez-vous leur décision ?

Je vous remercie pour vos réponses.

Question de Laurence Zanchetta à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le testing des voyageurs" (55018260C)

Vraag van Laurence Zanchetta aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het testen van reizigers" (55018260C)

Monsieur le Ministre,

Les vacances d'été approchent et les Belges seront sans aucun doute nombreux à voyager. Nous savons aujourd'hui que le certificat Covid européen sera bien d'application chez nous au plus tard le 1er juillet, et qu'il permettra de prouver que l'on est vacciné, que l'on est immunisé après une contamination dans les 6 derniers mois ou que l'on a été testé négatif.

Toutefois, si les personnes vaccinées n'auront pas, a priori, l'obligation de se soumettre aux tests PCR pour partir en vacances, ce sera bel et bien le cas pour tous les autres voyageurs. Et cela demandera de gros efforts en termes d'organisation et de logistique, notamment pour que les résultats de ces tests soient obtenus en temps et en heure.

Monsieur le Ministre,

Comment le testing va-t-il s'organiser pour les voyageurs ? Une procédure spécifique sera-t-elle mise en place dans ce cadre ?

Avec cette nouvelle plateforme bis, a-t-on la garantie aujourd'hui que nous pourrions déployer un système de testing important tout en évitant les problèmes du passé : files devant les centres de testing, retard dans l'obtention des résultats, etc. ? Quelles sont nos capacités actuelles et jusqu'où pensez-vous qu'il sera nécessaire de les déployer pour répondre à la demande ?

Je vous remercie pour vos réponses.

Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De vaccinatiestrategie" (55018278C)
Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La stratégie vaccinale" (55018278C)

Meneer de minister,

Naast de verontrustende communicatie rond de onzekerheid van leveringen van vaccins door Johnson&Johnson en AstraZeneca blijkt nu ook dat de tot nu toe stabiele leveringen van Pfizer/BioNtech wankelen.

Het gevolg is dat de vaccinatiestrategie dreigt langer uit te lopen dan eerder verwacht. Het lijkt erop dat heel wat jongere mensen niet voor een eerste keer gevaccineerd zullen kunnen zijn voor de zomervakantie.

Dit heeft uiteraard implicaties voor de vrije tijdsbesteding van de bevolking maar ook voor de ontwikkeling van eventuele varianten.

Mijn vragen voor u:

- 1) U roept in de pers op om de bevolking aan te sporen zich zoveel mogelijk te laten vaccineren. In Vlaanderen stellen we vast dat er nog altijd meer gegadigden dan vaccins zijn. In hoeverre kan u de communicatie zodanig sturen dat de burgers die van plan zijn zich te laten vaccineren niet afhaken omwille van de onduidelijkheden rond de leveringen?
- 2) In hoeverre schat u de gevolgen in van deze laattijdige leveringen op de vaccinatiegraad en de vaccinatiecampagne?
- 3) Het niet kunnen beschikken over een vaccin zal de toestroom aan noodzakelijke PCR testen om te kunnen reizen verhogen. In hoeverre zal de federale regering hierop anticiperen?
- 4) De kans is het grootst voor de jongeren om uit de vaccinatie-boot te vallen. In hoeverre kan u hen tegemoetkomen?
- 5) Zal de federale regering op zoek gaan naar andere vaccins om de jongeren toch nog te kunnen vaccineren voor of in de zomer?

Dank voor uw antwoord,

Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De onzekere leveringen van en het tekort aan vaccins" (55018281C)
Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les livraisons incertaines et la pénurie de vaccins" (55018281C)

Meneer de minister,

Het leveringsschema van de vaccins is in de war met als zeer waarschijnlijk gevolg dat de vaccinatiecampagne er niet in zal slagen om voor de zomer ook de jongeren te vaccineren zoals eerder gecommuniceerd werd.

In hoeverre heeft u op dit moment bilaterale gesprekken met vaccin producenten om toch nog aan voldoende vaccins te geraken voor onze bevolking?

Welke stappen heeft u ondernomen om toch nog voldoende vaccins te voorzien?

Overweegt u een alternatief toedieningsschema?

Dank voor uw antwoord,

Question de Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La vaccination contre le covid" (55018298C)
Vraag van Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De vaccinatie tegen covid" (55018298C)

Monsieur le Ministre,

- Quelles mesures comptez-vous mettre en œuvre pour que les zones les moins vaccinées actuellement rattrapent leur retard de vaccination dans les prochaines semaines ?

- Quand allez-vous permettre aux médecins généralistes de participer à la campagne de vaccination à leur cabinet et à domicile, sans aucune limitation, et ce d'autant plus que les conditions de conservation pour le vaccin Pfizer sont fortement allégées ?

- Comment justifiez-vous le maintien du vaccin J&J pour les personnes fragilisées de moins de 41 ans ?

Je vous remercie pour vos réponses.

Question de Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les variants du Covid-19" (55018299C)
Vraag van Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De varianten van het coronavirus" (55018299C)

Monsieur le Ministre,

Nous avons déjà été confrontés à plusieurs variants du covid19 et nous devons y être attentifs. Etant donné l'évolution du variant indien dans une série de pays y compris au Royaume-Uni, quelles mesures mettez-vous en œuvre pour lutter contre ce variant ? Quelles restrictions de voyages et d'arrivées ? Quel renforcement de tracing et d'isolement à l'arrivée en Belgique pour tous les pays où ce virus circule de manière importante ?

Je vous remercie pour vos réponses.

Question de Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le testing covid et le corona pass" (55018300C)
Vraag van Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De coronatests en het coronapaspoort" (55018300C)

Monsieur le Ministre,

Le prix des tests peut s'élever important pour certaines familles et constituer un frein au testing alors que celui-ci est, avec le tracing et la quarantaine, l'une de nos stratégies pour lutter efficacement contre le covid. Cela est d'autant plus important que nous approchons des vacances d'été et qu'il faudra gérer le départ et le retour des nombreux belges de l'étranger, mais aussi l'effectivité d'un test pour accéder à des activités à risque . Allez-vous prévoir la gratuité des tests pour que ceux-ci deviennent un véritable geste réflexe ? Où en est la mise en place du Corona pass en Belgique ? Pourquoi ne pas utiliser le passeport européen pour les activités à risque à déterminer en Belgique, plutôt que de constituer un autre Corona pass ?

Je vous remercie pour vos réponses.

Question de Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le Covid-19 et les détecteurs de CO2 dans les écoles" (55018301C)
Vraag van Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "COVID-19 en de CO2-meters in de scholen" (55018301C)

Monsieur le Ministre,

Après les vacances, il y aura la rentrée scolaire qui méritera aussi toute notre attention. Il faut y penser dès maintenant. Quelles mesures comptez-vous prendre pour éviter une explosion des contaminations à la rentrée ? Allez-vous prévoir et soutenir la mise en place de détecteurs de CO2 dans les classes, crèches, salles de profs,... ?

Je vous remercie pour votre réponse.

Question de Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le Covid-19 et les systèmes de ventilation" (55018302C)
Vraag van Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "COVID-19 en de ventilatiesystemen" (55018302C)

Monsieur le Ministre,

Le secteur de l'Horeca attend avec impatience de pouvoir retravailler dans de meilleures conditions. Pourriez-vous nous éclairer sur les éléments sur lesquels vous vous êtes basés pour définir le contenu de votre arrêté ministériel définissant les systèmes de ventilation qui peuvent être utilisés dans le cadre de la lutte contre le covid, notamment dans l'Horeca ? Pourriez-vous justifier pourquoi certains dispositifs ont été exclus ? Le gouvernement compte-t-il soutenir les secteurs dans l'achat de ces dispositifs ?

Je vous remercie pour vos réponses.

Question de Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le covid et les visites dans les maisons de repos" (55018303C)
Vraag van Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De bezoekenregeling in de woon-zorgcentra in het kader van covid" (55018303C)

Monsieur le Ministre,

A l'heure actuelle, la règle définie par le RAG pour les visites dans les maisons de repos est d'atteindre 90% de résidents vaccinés et 70 % du personnel. Or cette règle ne tient compte que du personnel soignant vacciné et pas de celui immunisé guéri du Covid. Aujourd'hui, on sait que dans certaines maisons de repos, il y a 30 à 50 % du personnel soignant qui a fait le Covid. Comptez-vous revoir cette règle et prendre en compte le personnel qui a fait le covid ? Ne pensez-vous pas que les autotests pourraient être utilisés pour les visiteurs non vaccinés, en plus des mesures barrières, pour mieux concilier sécurité sanitaire et reprise des relations sociales ? Il est urgent de pouvoir prendre en compte la situation d'isolement et de phénomènes de glissement de personnes âgées en maisons de repos, d'autant que nous sommes en capacité de permettre les visites de proches tout en garantissant la sécurité sanitaire.

Je vous remercie pour vos réponses.

Question de Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Long covid" (55018304C)
Vraag van Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Long covid" (55018304C)

Monsieur le Ministre,

Qu'en est-il exactement de vos déclarations sur un meilleur accès financier via le MAF pour les patients souffrant de Long Covid ? Quand pourront-ils enfin bénéficier de 60 séances de kinésithérapie, en lieu et place des 15 séances actuelles inadaptées pour la majorité des patients concernés ?

Je vous remercie pour vos réponses.

Vraag van Dominiek Snelpe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De bijwerkingen van de coronavaccins" (55018340C)
Question de Dominiek Snelpe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les effets secondaires des vaccins contre le coronavirus" (55018340C)

Op 26 mei 2021 bereikte ons het tragische nieuws dat een jonge vrouw overleed in ons land ten gevolge van trombose en trombocytopenie na een vaccinatie met het J&J covid vaccin. Daarnaast onderzoekt de Amerikaanse CDC sinds kort verschillende gevallen van myocarditis ontwikkeld bij jonge mensen na vaccinatie met een mRNA vaccin. Dit trad voornamelijk op bij mannen, na een tweede dosis en 4 dagen na vaccinatie. In Israël zouden 62 gevallen van myocarditis onderzocht worden.

1. Zijn in België reeds gevallen gekend van myocarditis na vaccinatie?
2. Is het een optie om vrouwen geen J&J of AZ vaccin te geven, gezien de ernstige bijwerkingen vooral vrouwen treffen bij deze vaccins? Omgekeerd is het mogelijk om dan weer mannen geen mRNA vaccin meer te geven wanneer blijkt dat myocarditis bij jonge mannen kan optreden?
3. Is de Minister op de hoogte van andere ernstige nevenwerkingen na vaccinatie?
4. Hoe schat u de melding van nevenwerkingen in? Onderschatting of overschatting?
5. Hoe verklaart u de individuele benefit/risk ratio voor kerngezonde jongeren die een zeer lage kans op overlijden kennen ten gevolge van covid, maar ook een zeer lage kans hebben op een overlijden na vaccinatie?
6. Is het te verantwoorden om een innovatief vaccin, dat veilig is maar waarvan de effecten op lange termijn ongekend zijn, massaal te gebruiken voor onze jongeren?

Question de Daniel Bacquelaine à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le nombre de doses de vaccin en Belgique pour les personnes ayant contracté le coronavirus" (55018343C)
Vraag van Daniel Bacquelaine aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het aantal vaccindosissen in België voor personen die besmet zijn geraakt met het coronavirus" (55018343C)

Monsieur le Ministre,

Selon les dernières données de Sciensano, la baisse de tous les indicateurs de la situation sanitaire se poursuit et nous nous en réjouissons. Les entrées à l'hôpital se font moins nombreuses et le nombre de personnes en soins intensifs diminue. Cela est une bonne chose et nous le devons à la vaccination.

Concernant le nombre de doses de vaccin à administrer, certains Etats ont décidé que lorsqu'une personne a contracté le coronavirus et possède des anticorps, une seule dose du vaccin suffit pour être suffisamment protégée car elle développe une forme d'immunité. C'est le cas de la France premier pays européen à avoir suivi cette recommandation de la Haute autorité de la santé.

Ce n'est pas le cas de la Belgique. Les autorités sanitaires belges ont penché pour que les injections de deux doses vaccinales ne soient pas conditionnées au fait d'avoir contracté ou non le Covid-19. C'est l'avis du Conseil supérieur de la Santé qui a été remis à la Task Force vaccination, au début du mois de mai.

Selon la revue Science, une injection unique faite à des personnes qui ont déjà contracté la Covid-19, aurait un effet de "rappel". Elle permettrait d'augmenter le taux d'anticorps et d'améliorer leur efficacité face à la neutralisation des variants anglais et sud-africain. Ainsi, une personne guérie du coronavirus recevant une première dose du vaccin Pfizer serait mieux protégée que quelqu'un qui n'a jamais attrapé la maladie. La deuxième dose aurait, ensuite, un effet limité.

Le 1er juillet, le certificat sanitaire européen permettant de circuler à l'intérieur des frontières européennes entrera en application.

Mais chaque Etat décide des mesures d'entrée sur son territoire et donc des conditions de voyages. Ce qui risque d'être à géométrie variable puisque la France, l'Allemagne, l'Italie et l'Espagne ont fixé à une dose le standard de protection vaccinale pour les personnes qui ont déjà été malades du Covid.

Monsieur le Ministre, mes questions à ce sujet sont les suivantes ;

Pourquoi la Belgique, au contraire d'autres pays européens impose-t-elle toujours 2 doses du vaccin aux personnes ayant des anticorps suite à une contamination antérieure ?
Quel est l'impact de cette décision sur l'utilisation du certificat européen ou sur celle du pass corona belge ?
Je vous remercie, Monsieur le Ministre, pour les réponses que vous voudrez bien m'apporter.

Question de Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'évolution de la stratégie de vaccination contre le Covid-19" (55018347C)
Vraag van Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De evolutie van de coronavaccinatiestrategie" (55018347C)

Monsieur le ministre,

Nous avons appris de nouveaux éléments susceptibles d'influencer notre stratégie de vaccination:

Le 28 mai dernier, l'Agence européenne des médicaments a autorisé la vaccination des jeunes de 12 à 15 ans avec le vaccin Pfizer. Jusqu'ici, son autorisation était limitée aux plus de 16 ans. L'UE rejoint ainsi le Canada et les Etats-Unis qui avaient déjà donné leur feu vert. Moderna va également déposer une demande d'autorisation

Par ailleurs, nous avons appris la suspension de l'administration du vaccin de Johnson & Johnson pour les moins de 41 ans suite au décès en Belgique d'une patiente de moins de 40 ans atteinte d'une thrombose veineuse cérébrale accompagnée d'une chute de plaquettes sanguines. La CIM Santé entendait pourtant organiser la vaccination à domicile et la vaccination mobile des personnes dites "vulnérables", les "sans papiers" ou SDF. La Wallonie suspendu la vaccination des publics précarisés, mais pas Bruxelles, qui a annoncé vouloir poursuivre.

Après avoir appris que Pfizer envisageait l'injection d'une 3^e dose, il semble que cela ne concernerait que les personnes particulièrement fragiles ou immunodépressives. Par ailleurs on apprend aussi qu'une 3^e dose serait utile pour se protéger du variant sud-africain

Enfin, les auditions organisées dans le cadre de propositions de levée des brevets sur les vaccins nous a confortés dans l'idée qu'il est indispensable d'aider davantage les pays pauvres à vacciner leur population.

Quelle est l'incidence de ces éléments sur notre stratégie de vaccination ?

La Belgique va-t-elle vacciner les jeunes ? Si oui, à partir de quand et dans quelle tranche d'âge ?

Quelle est votre appréciation de l'opportunité de faire de l'aide à la vaccination dans les pays pauvres une de nos priorités ?

Qu'en est-il du recours à J&J pour la vaccination à domicile ou mobile des personnes vulnérables?

Est-il exact que les généralistes sont obligés de commander des packs de 6 doses, et si oui, comment sont-ils censés accorder les priorités de vaccination étant donné que les seniors et personnes à comorbidité ont déjà quasiment pu avoir accès à la vaccination?

Comment justifier ces différences entre Régions? Avez-vous eu connaissance d'autres cas de thromboses ? Qu'en est-il à l'étranger ? Est-il exact que d'autres vaccins que celui contre le Covid-19 mais basés sur la même technique auraient aussi occasionné des thromboses ?

Qu'en est-il de cette "3ème dose" ? Pour qui ? Et dans quel objectif ?

Question de Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les risques liés au déconfinement massif cet été" (55018348C)

Vraag van Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De risico's die massale versoepelingen deze zomer met zich kunnen brengen" (55018348C)

Monsieur le Ministre,

Nous nous réjouissons de l'évolution à la baisse des chiffres liés à la covid-19. Le fait que le nombre de lits en soins intensifs soit passé en-dessous de 500 unités est une excellente nouvelle. Nous apprécions aussi l'annonce optimiste du Premier ministre au sujet de l'évolution de la vaccination dans notre pays : un adulte sur 2 aurait reçu une première dose. Cependant, DÉFI reste réservé pour deux raisons cet été :

les variants. A côté des variants sud-africain et indien, il est désormais question d'un vietnamien, qui serait hautement contagieux. Il combinerait les caractéristiques des variants indien et britannique.

la reprise des voyages à l'étranger cet été et des événements festifs qui vont inévitablement brasser une population internationale chez nous, et singulièrement des jeunes qui n'auront pas encore pu accéder à la vaccination.

Un "pass" belge aurait été adopté. Il devrait permettre l'organisation de grands événements culturels et sportifs à l'extérieur au cours de la seconde partie de l'été, par exemple Tomorrowland, Pukkelpop et le Grand-Prix F1 de Spa-Francorchamps. D'ici-là, la jauge maximale du nombre de spectateurs serait progressivement adaptée dès le 9 juin.

Par ailleurs, nous avons appris que les Etats membres de l'UE se sont accordés sur un pass sanitaire européen qui entrerait en vigueur au 1er juillet. Il devrait en principe n'être d'application qu'un an.

Monsieur le Ministre, pourriez-vous clarifier ces informations et nous faire savoir :

Quel est le bilan de la présence de variants du coronavirus en Belgique?

Confirmez-vous qu'un "pass" belge va bel et bien co-exister avec un pass de l'UE, et si oui avec quelles différences ?

Quels sont les protocoles prévus pour les grands événements, depuis l'accueil jusqu'à la sortie, en passant notamment par l'accès aux commodités, aux boissons, à la nourriture ?

Comment seront organisés le transport et l'accueil des participants venant de l'étranger ?

Quel dispositif de suivi-contrôle serait mis en place pour apprécier la situation sanitaire à la suite de tels événements ?

Question de Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le plan ventilation et l'organisation du déconfinement par les secteurs concernés" (55018349C)

Vraag van Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het ventilatieplan en de organisatie van de stapsgewijze versoepelingen door de betrokken sectoren" (55018349C)

Monsieur le Ministre,

L'Horeca pourra bien reprendre ses activités à l'intérieur comme prévu le 9 juin prochain.

Un plan intitulé "HORECA en toute sécurité" devrait reprendre des règles déjà appliquées pour les terrasses et comparables à ce qui était en vigueur après le premier déconfinement en juin 2020. La principale différence résiderait dans les conditions de ventilation par crainte des infections par aérosols.

Les établissements Horeca devront utiliser un appareil de mesure de la concentration en CO2. Ces dispositifs devraient être clairement visibles par les clients. A partir d'un certain seuil, l'exploitant doit pouvoir ventiler et purifier l'air (par exemple ouvrir une porte ou des fenêtres), voire fermer ses portes. Or pour l'instant, un dispositif de purification ou désinfection de l'air est fortement conseillé, mais pas obligatoire.

Pour le reste, les restaurants, mais aussi les bureaux, les cinémas, les salles de spectacles, de sport, ne savent toujours pas quels dispositifs de ventilation ils pourront utiliser.

Certains achètent donc déjà leurs dispositifs, sans savoir s'ils pourront être remboursés.

D'autres avaient déjà investi dans des technologies reconnues depuis des mois mais qui se voient purement interdites dans l'arrêté ministériel qui est entré en vigueur vendredi dernier.

Voici donc mes questions auxquelles le Premier Ministre, que j'ai interpellé en séance plénière jeudi dernier, n'a pas répondues::

Quand les protocoles sanitaires de reprise de l'Horeca et des autres secteurs leur seront communiqués?

Ces protocoles ont-ils tous fait l'objet d'une concertation avec les secteurs?

Comprendront-ils des recommandations précises sur les dispositifs de ventilation?

Si oui, sur la base de quels critères ?

Allez-vous soutenir les entreprises qui ont acheté de bonne foi des dispositifs qui finalement ne sont pas aux normes?

Pourquoi vous obstinez-vous à refuser un label covid safe malgré l'appel des experts ? Que pensez-vous du label "Clean Air safe"?

Allez-vous aligner l'heure de fermeture de 23h30 pour tout l'Horeca?

Question de Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La nécessité de recherches sur les vaccins à adénovirus" (55018351C)

Vraag van Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het noodzakelijke onderzoek naar de vaccins met een adenovirus als vector" (55018351C)

Monsieur le Ministre,

Le 21 mai dernier, une femme de 39 ans est décédée après avoir été vaccinée avec le vaccin Johnson&Johnson. Les causes de son décès sont connues : il s'agissait d'une thrombose sévère et d'un déficit de plaquettes sanguines. Ce drame a ravivé les craintes et inquiétudes autour d'un type de vaccin en particulier : ceux à adénovirus (vaccins ADN), soit Johnson&Johnson et AstraZeneca. En effet, ces cas de thromboses particulières semblent davantage se poser lorsqu'il est question des vaccins à ADN et non à ARN messenger, tels que Pfizer et Moderna.

Des chercheurs allemands ont conclu, dans une récente étude, que le problème viendrait potentiellement d'une lecture complexe du code génétique de la protéine Spike, nécessaire pour la production d'anticorps. Avec les vaccins ADN, la production de diverses versions de la protéine Spike serait possible, ce qui n'est pas le cas des vaccins à ARN messager qui suivent une trajectoire plus directe et qui ne nécessitent pas de transcription d'ADN vers l'ARN. L'une des versions possibles de la protéine Spike produite via les vaccins ADN est une forme plus courte qui peut ne pas s'accrocher aux membranes des cellules et se retrouver dans le sang en grandes quantités.

C'est précisément cette version de la protéine qui pourrait être à la source des rares cas de thromboses, une hypothèse "attirante" d'après le Professeur Cédric Hermans, hématologue et spécialiste des thromboses aux Cliniques universitaires Saint-Luc. Michel Goldman, professeur d'immunologie à l'ULB, estime quant à lui qu'il est, à présent, essentiel de déterminer si les risques de thromboses sont déclenchés avec tous les vaccins à ADN ou seulement les vaccins à ADN Covid.

En conséquence, Monsieur le Ministre :

Allez-vous lancer des recherches sur cette question ?

Si oui, quand débuteront-elles ? Si non, pourquoi ?

S'il s'avérait que c'est la protéine Spike "anormale" qui a un rôle déterminant dans les thromboses, et donc les vaccins Covid à ADN et non la technologie de vaccin ADN en tant que telle, qu'en sera-t-il pour la suite de notre campagne de vaccination avec les vaccins à adénovirus ?

Question de Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le développement d'une application de mesure de sécurité sanitaire des lieux publics" (55018350C)
Vraag van Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De ontwikkeling van een app om de coronaveiligheid van openbare plaatsen te bepalen" (55018350C)

Monsieur le Ministre,

Il y a quelques jours seulement, nous apprenions, via la presse, la création d'une application mobile de mesure de sécurité sanitaire des lieux publics. C'est le namurois Stéphane Vanautgaerden qui est l'origine de cette invention, aidé par un groupe de travail composé d'experts tels que des ingénieurs et des professeurs d'université.

Ce label numérique, disponible à partir du mois de juillet, a pour but de classer les établissements selon une série de critères sanitaires et de leur octroyer ainsi une note entre A et G, allant de l'établissement totalement "Covid-Safe" à celui pour lequel des gestes barrières sont encore requis. Ce label présente également une seconde classification liée à l'aération et la ventilation des lieux, allant cette fois-ci d'une à trois étoiles.

Le créateur le précise : le but n'est pas de pousser au surinvestissement ni à la discrimination des lieux qui ont moins de moyens financiers. Il ne serait pas nécessaire d'être suréquipé pour être considéré comme un établissement sécurisé. Le passage d'une note à l'autre peut tenir à des moyens tels que la présence d'un thermomètre pour la mesure de la température des clients d'un salon de coiffure, ou la présence d'une hotte super puissante dans un restaurant. Néanmoins, les risques liés à une potentielle discrimination entre établissements devraient être examinés.

En contrepartie, les avantages d'un tel label mériteraient également d'être analysés, que ce soit sur le plan du choix éclairé des établissements dans lesquels les personnes à risque souhaitent se rendre ou sur le plan de la possibilité de nouvelles vagues et donc du risque de nouveau "yo-yo" des fermetures et ouvertures d'établissement. Un tel label permettrait peut-être d'objectiver davantage les décisions de fermetures ou d'ouvertures et ce, de façon plus individuelle.

En conséquence, Monsieur le Ministre :

Quelle est votre opinion sur le développement d'une telle application mobile ?

Envisagez-vous d'examiner tant les avantages que les risques d'un tel label numérique ? Si non, pourquoi ? Si oui, pour quand au vu de sa très prochaine disponibilité ?

Question de Laurence Zanchetta à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La vaccination des détenus" (55018354C)

Vraag van Laurence Zanchetta aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De vaccinatie van de gedetineerden" (55018354C)

Monsieur le Ministre,

Alors que la campagne de vaccination bat son plein, la situation sanitaire au sein des prisons reste préoccupante. Nous avons encore pu le constater récemment avec le décès d'un détenu atteint du Covid à la prison de Termonde.

Pourtant, nos prisons ont été classées comme milieux à haut risques et ont été expressément identifiées par le Comité consultatif de Bioéthique de Belgique dans l'échelle de priorisation du déploiement vaccinal. C'est d'autant plus nécessaire en raison de la problématique de la surpopulation carcérale, rendant parfois le respect des gestes barrières impossible.

Mais force est de constater que nos prisons peinent à assurer la vaccination des détenus.

Monsieur le Ministre, mes questions sont donc les suivantes :

Au regard de la spécificité des prisons en matière de risques, où en est à ce jour la campagne de vaccination des détenus ? Combien d'entre eux ont-ils été vaccinés à ce jour ? La situation est-elle identique dans les différentes régions du pays ? Qu'en est-il de l'adhésion vaccinale dans les prisons ?

Y a-t-il des priorités vaccinales dans les catégories de détenus ? Des changements sont-ils prévus dans ce cadre vu la situation ?

Je vous remercie pour vos réponses.

Vraag van Karin Jiroflée aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De vaccinatie doelstelling" (55018359C)

Question de Karin Jiroflée à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'objectif de vaccination" (55018359C)

Mijnheer de minister,

De pandemie blijft in ons land in kracht afnemen, bij het schrijven van deze vraag worden er gemiddeld nog dagelijks 90 mensen opgenomen met covid in het ziekenhuis, wat een kwart minder is dan de week ervoor en liggen er minder dan 500 mensen op intensieve zorgen. De helft van de volwassen Belgen hebben reeds een eerste prik gekregen. Ook bij mensen met een onderliggende aandoening hebben al 4 op 5 mensen (in Vlaanderen) een eerste prik gekregen. Dit terwijl er ook een aantal versoepelingen zijn doorgevoerd. Dit is zeer goed nieuws.

Toch bereiken ons ook een aantal minder goede signalen: Door de leveringsproblemen bij producent Johnson and Johnson en de leeftijdsbeperking uit voorzorg (vanaf 41 jaar) zou de vaccinatiecampagne 2 tot 4 weken vertraging oplopen. Vooral voor jongeren dreigt de vaccinatie te worden opgeschoven waardoor de eerste prik midden in de zomervakantie. De datum van 11 juli die minister Beke voorop stelde lijkt moeilijk haalbaar. Ook lijkt de vaccinatiebereidheid heel verschillend van regio tot regio. Sommigen willen de keuze geven aan de mensen zelf, of zij bereid zijn ook het Astrazeneca of J&J vaccin te nemen onder de leeftijd van 41 jaar. Dit zou door de taskforce vaccinatie bekeken worden. Dit schept natuurlijk heel wat verwarring.

Kan u hierbij wat duidelijkheid scheppen? Wat zijn nu de doelen van de lopende vaccinatiecampagne? En op welke manier moeten die bereikt worden? Verloopt alles volgens schema?

Zal er een optie komen dat mensen wel hun akkoord kunnen geven om het ene of het andere vaccin te krijgen? Waarom wel waarom niet?

Alvast bedankt voor de verstrekte antwoorden.

Vraag van Eva Platteau aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De kritiek op de Coronalert-app en de toekomst ervan" (55018363C)
Question de Eva Platteau à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les critiques concernant l'application Coronalert et son avenir" (55018363C)

Meneer de minister,

De Coronalert-app kreeg de afgelopen dagen veel negatieve feedback omwille van haar beperkte bijdrage aan het beperken van de verspreiding van het COVID-virus. Nochtans zou de app enkele honderden doden hebben voorkomen volgens onderzoekers verbonden aan de universiteit van Oxford en het Alan Turing Institute. Daarnaast moet ook gezegd zijn dat de app de privacy van de gebruikers goed waarborgt en dat hij gebruiksvriendelijk is.

Er zijn echter ook enkele nadelen die niet te ontkennen vallen. Doordat de app automatisch gegevens opslaat, hoeven mensen de app niet te openen en lijkt de app 'niets te doen'. Dit werd opgevangen door er ook andere informatie op te voorzien, zoals de algemene besmettings- en ziektecijfers door corona. Daarnaast zijn er ook veel mensen die door een negatieve gebruikservaring de app liever niet meer gebruiken. Sommigen kregen bijvoorbeeld hun resultaten van een test er niet op te zien, anderen vonden het storen dat de app zoveel batterij van hun smartphone opslorpte. Een ander onderschat probleem is het beperkte enthousiasme van huisartsen om de app te gebruiken en het gebruik ervan door anderen aan te moedigen, aldus Marc Moens van het Vlaams Artsensyndicaat. Moens haalt ook aan dat er een sterke evaluatie nodig is, die zich focust op meer dan alleen een procesevaluatie. Dat zou echter moeilijk zijn door de privacy garanties die ervoor zorgen dat weinig data bekend zijn.

De app kan de komende maanden net een groter nut hebben, omdat we weer meer contacten zullen hebben die we niet kennen of waar we ons minder bewust van zijn. Die contacten zullen we niet doorgeven aan de contact tracing, omdat we nu eenmaal niet alle personen op het openbaar vervoer of op een trouwfeest kennen. Het is dan ook belangrijk dat de app terug meer geïnstalleerd wordt.

Hieromtrent heb ik voor u de volgende vragen:

Wat vindt u van de kritiek op de Coronalert-app? Hoe schat u het nut van de app gedurende de komende maanden in?

Wat zal u doen om het gebruik ervan terug te verhogen?

Op welke manier is zowel de app zelf als de informatie verkregen door de app reeds geëvalueerd geweest en op welke manier zal dit nog geëvalueerd worden?

Op welke manier vormen de privacy garanties een probleem voor het verzamelen van gegevens voor evaluatie en onderzoek en op welke manier zal dit worden opgevangen?

Op welke manier zal u eerstelijns-zorgverstrekkers zoals huisartsen overtuigen om mee te werken aan sensibilisering rond het gebruik van de app?

Bij voorbaat dank voor uw antwoorden.

Question de Thierry Warmoes à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'administration du vaccin J&J aux sans-abri et aux sans-papiers" (55018365C)
Vraag van Thierry Warmoes aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De toediening van het J&J-vaccin aan daklozen en 'sans-papiers'" (55018365C)

Meneer de minister,

Naar aanleiding van het overlijden van een Sloveense vrouw na een vaccinatie met het J&J vaccin werd besloten een leeftijdsgrens in te stellen op 41 jaar. Belgen die jonger zijn kunnen dus niet meer ingeënt

worden met dit vaccin. Een opmerkelijke beslissing is echter het feit dat men deze leeftijdsgrens laat vallen wanneer het gaat om daklozen of ‘sans papiers’.

Wat is de reden achter deze beslissing?

Waarom wordt een dergelijke discriminatie gehanteerd?

Vindt u het ethisch gezien correct om deze beslissing te rechtvaardigen?

Alvast bedankt voor uw antwoord.

Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Aangepaste adviezen over mondkmaskers" (55018367C)
Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les avis adaptés concernant les masques buccaux" (55018367C)

Mijnheer de minister,

De vaccinatiegraad begint gelukkig toe te nemen. In bepaalde omgevingen, denken we maar aan zorgverstrekkers, is er zelfs al een zeer hoge vaccinatiegraad.

De vraag stelt zich dan ook of, bijvoorbeeld in een omgeving van zorgverstrekkers, de maatregelen kunnen worden aangepast.

Er zijn wat dat betreft echter geen aangepaste richtlijnen terug te vinden op de website van Sciensano. Daarom volgende vragen:

Wordt er een aanpassing van de richtlijnen voorzien voor omgevingen met hoge vaccinatiegraden, zoals bij zorgverstrekkers onderling? Zo ja, wat houden deze aanpassingen dan in? Zo neen, waarom niet en wanneer kunnen deze worden verwacht?

Klopt het dat het voorlopig nog steeds zo is dat gevaccineerde zorgverstrekkers tijdens vergaderingen nog een mondkmasker moeten dragen? Zo ja, wat is daar de reden dan voor?

Met dank voor uw antwoorden.

Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Introducties van coronavirus uit het buitenland" (55018369C)
Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les introductions de coronavirus au départ de l'étranger" (55018369C)

Mijnheer de minister,

Aan het specifieke genoom van een virus kan men achterhalen of dit virus nieuw geïntroduceerd werd in ons land. Zo worden hele stambomen opgemaakt om het spoor van het virus te kunnen volgen.

Er zijn signalen dat er in ons land bijzonder veel afzonderlijke introducties waren in de verschillende golven.

Wordt er specifiek onderzocht welke varianten werden binnengebracht in ons land en is er een overzicht van het aantal afzonderlijke introducties?

Zo ja, kan u dit toelichten voor de verschillende golven? Hoe verhoudt zich dit ten opzichte van andere landen?

Wordt er ook gezocht naar verklaringen? Zo ja, wat zijn dan de verklaringen?

Met dank voor uw antwoorden.

Question de Caroline Taquin à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le coût des tests PCR obligatoires" (55018370C)

Vraag van Caroline Taquin aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De kostprijs van de verplichte PCR-tests" (55018370C)

Monsieur le Ministre,

Lors de notre dernier débat d'actualité, j'ai pu vous interpeller, avec d'autres collègues d'ailleurs, sur l'accessibilité au testing dans le cadre d'un retour à plus de libertés.

Vous savez que je vous questionne concernant notre stratégie de testing depuis des mois. Il y a 8 mois il était en effet déjà évident que nous devrions miser sur du testing massif et répété dans notre vie sociale. De l'école, au travail en passant par les activités culturelles et sportives.

Alors que vous aviez déclaré être opposé à une gratuité, ou quasi gratuité, des tests PCR obligatoires pour des participations culturelles, vous semblez plus ouvert aujourd'hui. Nous savons que les Etats doivent décider rapidement, notamment dans le cadre du certificat numérique européen pour ce qui concerne le retour de la liberté de circuler aisément et d'un pays à l'autre. Mais en outre, rien n'est encore communiqué quant à l'accès aux tests PCR obligatoires pour des loisirs notamment, ce qui dépen exclusivement des compétences nationales.

On sait depuis décembre que nos capacités de testing sont sous utilisées. Dans ce retour à une vie plus normale, nous sommes obligés d'imposer des tests, il semble normal d'intégrer la quasi gratuité dans cette stratégie qui doit être positive et non simplement contraignante.

Précisément donc :

Le certificat numérique européen décidé par les Etats est gratuit mais pas les tests qu'il intègre, quelles sont les décisions prises par le Fédéral et les entités fédérées quant à son utilisation pour les activités culturelles, sportives, événementielles ?

Quelle décision a été prise par le Fédéral et les entités fédérées quant au coût des tests PCR obligatoires ?
Comptez-vous rendre gratuit les tests PCR obligatoires ?

Je vous remercie.

Question de Caroline Taquin à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La campagne de vaccination et la troisième dose du vaccin contre le covid" (55018371C)
Vraag van Caroline Taquin aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De vaccinatiecampagne en de derde dosis van het coronavaccin" (55018371C)

Monsieur le Ministre,

La vaccination de la grippe est en cours de préparation, vous m'avez indiqué que les négociations se tiennent actuellement sur les réservations des doses.

J'aimerais cependant, déjà, des informations sur la préparation de la mise en place -des- campagnes de vaccination qui démarreront très vite à la sortie de l'été. En effet la question d'une troisième dose de vaccin Covid va être déterminée aussi, la question du personnel disponible se pose évidemment, c'est donc tout à fait spécifique cette année. Vous m'avez précisé que vous attendiez des avis à ces niveaux, du Conseil supérieur de la Santé, des médecins spécialistes et généralistes, du Conseil fédéral de l'art infirmier aussi concernant l'apport des pharmaciens, pourriez-vous donc m'indiquer à tout le moins quel est le calendrier de travail et si vous anticipez les décisions et la planification par vaccin, par âge du patient, par période, compte tenu de cet hiver qui s'annonce exceptionnel en matière de vaccination ?

Je vous remercie.

Question de Caroline Taquin à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les nouveaux dispositifs sanitaires légaux à la lumière des assouplissements prévus pour le 9 juin" (55018372C)

Vraag van Caroline Taquin aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De nieuwe gezondheidsmaatregelen in het licht van de voor 9 juni aangekondigde versoepelingen" (55018372C)

Monsieur le Ministre,

Les décisions prises au niveau Fédéral qui doivent être contrôlées et maîtrisées sur le terrain, au niveau local, sont toujours communiquées à la dernière minute, in extremis par rapport à la date de leur entrée en vigueur mais beaucoup trop tard pour une bonne gestion opérationnelle, efficace et pédagogique de terrain. Nous le déplorons à chaque fois.

Encore cette fois, les perspectives du 9 juin, notamment, restent en attente. Les acteurs de terrain, les acteurs économiques impactés, les autorités locales et la population sont évidemment dans l'attente.

Si je compte bien entendu questionner votre collègue de l'Intérieur à ce sujet, pourriez-vous m'indiquer pour ce qui concerne le Département de la Santé, si toutes les données scientifiques sont communiquées à votre Collègue de l'Intérieur et depuis combien de temps dans le cadre des nouvelles mesures sanitaires ?

Les autorités locales vont-elles encore recevoir les dispositions la veille de leur entrée en vigueur ? Quelles mesures et éléments ne permettent pas aux Gouvernements de communiquer le dispositif précis et complet dès à présent afin que les mesures de police administrative puissent être prises de manière efficace ?

Je vous remercie.