

COMMISSION DE LA SANTE ET  
DE L'ÉGALITE DES CHANCES

du

VENDREDI 10 DECEMBRE 2021

Après-midi

---

COMMISSIE VOOR GEZONDHEID  
EN GELIJKE KANSEN

van

VRIJDAG 10 DECEMBER 2021

Namiddag

---

La réunion publique de commission est ouverte à 14 h 08 et présidée par Mme Sofie Merckx.

De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.08 uur en voorgezeten door mevrouw Sofie Merckx.

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

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

**01 Actualiteitsdebat over de nieuwe coronavarianten en toegevoegde vragen van**

- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De B.1.1.529-variant" (55022926C)
- Ellen Samyn aan Sophie Wilmès (VEM Buitenlandse en Europese Zaken) over "De import van nieuwe coronavarianten en het reisverkeer tussen België en zuidelijk Afrika" (55022943C)
- Laurence Hennuy aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De B.1.1.529-coronavirus" (55022947C)
- Dominiek Snelpe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De nieuwe coronavirus" (55022950C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De ontdekking van een nieuwe variant in Zuid-Afrika" (55022952C)
- Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De nieuwe Zuid-Afrikaanse coronavirus" (55022959C)
- Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De omikronvariant" (55022991C)
- Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het updaten van de vaccins voor een grotere werkzaamheid tegen de nieuwe varianten" (55023029C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De aan nieuwe varianten aangepaste vaccins en de vierde prik" (55023101C)
- Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De omikronvariant" (55023131C)
- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De varianten van het SARS-CoV-2-virus" (55023135C)
- Laurence Zanchetta aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De coronavaccins en de omikronvariant" (55023136C)
- Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De covidbehandelingen en -vaccins in het licht van de nieuwe varianten" (55023157C)
- Caroline Taquin aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De Europese Commissie en het aanpassen van de vaccins aan nieuwe virusvarianten" (55023160C)
- Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het omikronvirus" (55023211C)
- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De omikronvariant en de evolutie van de covidpandemie" (55023221C)

**01 Débat d'actualité sur les nouveaux variants du coronavirus et questions jointes de**

- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le variant B.1.1.529" (55022926C)
- Ellen Samyn à Sophie Wilmès (VPM Affaires étrangères et européennes) sur "L'arrivée de nouveaux

variants du coronavirus et les voyages entre la Belgique et l'Afrique australe" (55022943C)

- Laurence Hennuy à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le variant B.1.1.529" (55022947C)
- Dominiek Snelpe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le nouveau variant du coronavirus" (55022950C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La découverte d'un nouveau variant en Afrique du Sud" (55022952C)
- Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le nouveau variant sud-africain" (55022959C)
- Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le variant omicron" (55022991C)
- Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La mise à jour des vaccins pour une meilleure efficacité contre les nouveaux variants" (55023029C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les vaccins qui protègent contre les nouveaux variants dans le contexte d'une quatrième dose" (55023101C)
- Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le variant omicron" (55023131C)
- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les variants du virus SARS-CoV-2" (55023135C)
- Laurence Zanchetta à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les vaccins anti-covid et le variant omicron" (55023136C)
- Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les traitements et vaccins contre le covid à l'aune des nouveaux variants" (55023157C)
- Caroline Taquin à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La Commission européenne et l'adaptabilité des vaccins aux variants" (55023160C)
- Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le virus omicron" (55023211C)
- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le variant omicron et l'évolution de la pandémie de covid" (55023221C)

De **voorzitter**: Voor ons actualiteitsdebat over de omikronvariant hebben wij een gastspreker. Bedankt voor uw aanwezigheid, mijnheer Van Gucht. De minister heeft weliswaar enige vertraging. We zullen dus even moeten wachten tot hij aanwezig is.

Op dat moment zal iedereen zijn vragen kunnen stellen in volgorde van indiening, zoals vermeld op de agenda. Leden die twee vragen hebben ingediend, krijgen een dubbele spreektijd: 4 in plaats van 2 minuten. Fracties die geen vragen hebben ingediend, kunnen zich desgewenst nog inschrijven, ofwel voor het stellen van vragen ofwel voor een repliek. Als dat voor iemand het geval is, kan die zich nu reeds bij mij aanmelden. Dan neem ik daar nota van.

Als de heer Van Gucht ermee instemt, kan hij al met zijn presentatie beginnen en kunnen er eventueel al enkele vragen worden gesteld.

**01.01 Steven Van Gucht:** Minister Vandenbroucke vroeg me gisteren om een presentatie voor te bereiden, specifiek rond de situatie met de omikronvariant.

Het gaat om een nieuwe variant die we nog maar pas hebben leren kennen en waar we, naar mijn gevoel, meer niet dan wel over weten.

Een aantal zaken weten we zeker en daarvan heb ik een lijst gemaakt. Ik zal ze kort overlopen. Ten eerste, de nieuwe variant heeft opvallend veel mutaties. Links op de slide ziet u het stekeleiwit van het coronavirus. Links staat het deltavirus, rechts het omikronvirus. De rode bolletjes die u ziet, zijn allemaal gemuteerde plaatsen.

Het valt op dat de omikronvariant veel meer mutaties heeft dan bijvoorbeeld de deltavariant. Het coronavirus heeft een genetische code van ongeveer 30.000 letters of nucleotiden. Bij delta zijn er daarvan 27 veranderd ten opzichte van het originele Chinese virus. Op zich is dat niet zoveel, het gaat nog altijd maar om een beperkt aantal mutaties. Bij omikron zijn dat er 72, bijna 3 keer zoveel. Op de totaliteit van die genetische code blijft dat nog relatief beperkt. Ik wil dat benadrukken. We spreken hier nog altijd over het coronavirus

SARS-CoV-2. Het is geen compleet nieuw virus. Het is nog altijd het coronavirus, maar wel een aparte tak van de stamboom. Dat ziet u op de rechter figuur. Rechts onderaan staan alle oude varianten, geclusterd, die wel wat op elkaar lijken. De tak die naar boven gaat, is de omikrontak. U ziet dat die echt wel afwijkt. Dat maakt dat wij met vrij veel onzekerheden worden geconfronteerd over hoe die tak zich precies gedraagt.

Er zijn intussen ook al twee subvarianten van het omikronvirus, eentje met *S gene dropout* en eentje zonder. Dat is een technisch gegeven, maar dat kan wel belangrijk zijn voor de detectie.

Wat weten we nog, behalve dat de variant veel mutaties heeft? We zien dat die zich heel snel aan het verspreiden is in bepaalde landen, in de eerste plaats in Zuid-Afrika, maar ondertussen krijgen we ook signalen uit het Verenigd Koninkrijk dat men een snelle toename ziet van omikron. Gisteren had ik een vergadering met mijn Engelse collega's. Zij hebben dat wel bevestigd. Het Verenigd Koninkrijk had tot voor kort relatief weinig maatregelen. De situatie is daar anders dan bij ons. De ruimte die zo'n variant daar krijgt, is een heel stuk groter dan bij ons.

Op de figuur ziet u de situatie in Zuid-Afrika. Bepaalde curves weerspiegelen de vorige golf. De zwarte opgaande lijn is de toename van het aantal gevallen van die omikronvariant. Die gaat heel steil naar boven. In Zuid-Afrika hebben nochtans de meeste mensen een zekere immuniteit, een klein deel door vaccinatie, een groter deel door een vorige besmetting met de bèta-variant of met de delta-variant. Omikron lijkt daar echter niet zo zeer door gehinderd te zijn. Mijn collega's van het VK bevestigen meer dan 500 gevallen, wat een relatief klein aantal is, maar wat de toename betreft, zien ze wel een verdubbeling van het aantal gevallen om de 2 tot 3 dagen. Dat is wel snel.

De mutaties in het spike-eiwit zitten typisch op een plaats waar antistoffen binden bij de omikronvariant. We hadden al een vermoeden dat er een probleem zou zijn met de herkenning door antistoffen. Dat is de jongste dagen ook bevestigd door tal van laboratoriumstudies, onder andere een uit Duitsland. Ik heb een voorbeeld gegeven van een studie, maar er zijn er gelijkaardige. De herkenning door antistoffen is daarin heel fel gereduceerd. Die antistoffen hebben mensen gekregen door vroegere vaccinatie met twee dosissen van het vaccin of door een vroegere natuurlijke besmetting.

In veel gevallen is er geen herkenning meer door de antistoffen.

Het goede nieuws dat uit de studies komt, is dat, als aan de immuniteit een extra boost wordt gegeven of de immuniteit extra wordt gestimuleerd, bijvoorbeeld door een derde dosis te geven, er opnieuw activiteit merkbaar is van de antistoffen, ook tegen omikron. Ze is niet zo sterk als tegen de andere varianten, maar waarschijnlijk wel voldoende om effectief te zijn.

Wij zien ook dat mensen die een zogenaamde hybride immuniteit hebben, zijnde gevaccineerde mensen die ook zijn blootgesteld aan het virus – zo zijn er redelijk veel ondertussen –, ook een hogere antistoffenactiviteit hebben. Ook hun antistoffen zijn nog in staat om omikron te neutraliseren. Omikron kan dus niet volledig ontsnappen aan onze antistoffen. De antistoffen moeten echter wel een hoog gehalte hebben om nog actief te zijn.

Uit de resultaten blijkt ook dat bij mensen die alleen maar de besmetting hebben opgelopen, nauwelijks nog herkenning is door de antistoffen. Dat verklaart deels wat wij in Zuid-Afrika zien. Omikron verspreidt zich daar alsof de populatie ginds volledig naïef is en alsof ze dus geen immuniteit heeft. Het gaat om besmettingen. Het gaat niet over ziekte. Dat is nog een andere kwestie. Er worden in Zuid-Afrika echter heel veel herbesmettingen gemeld.

Ondertussen weten wij ook nog het volgende. Antistoffen kunnen worden gekweekt dankzij vaccinatie of na een natuurlijke besmetting. Antistoffen kunnen echter ook in het lab of industrieel worden aangemaakt, in een potje gestopt en toegediend aan mensen. Dat is een behandeling die soms wordt gegeven in het ziekenhuis of aan hoogrisicopatiënten die verslechteren, om te verhinderen dat zij in het ziekenhuis terechtkomen.

Er is ondertussen bijvoorbeeld één heel bekend preparaat, Regeneron. Dat is het product dat is toegepast op president Trump. Het bevat twee antistoffen. Zij werken echter niet meer tegen omikron. Omikron is zodanig gemuteerd dat die antistoffen niet meer werkzaam zijn. Dat kan worden aangepast. De antistoffen kunnen worden aangepast. Er zijn andere preparaten op de markt, die waarschijnlijk nog wel een activiteit zullen geven. Dat is echter een voorbeeld waarbij het virus waarschijnlijk is ontsnapt aan de werkzaamheid

van dat product.

Dat zijn de zaken die wij zeker weten.

Op de volgende slide ziet u wat wij weten over de verspreiding. Omikron is ondertussen al gedetecteerd in alle werelddelen. Waar zien we het vooral opduiken? In de eerste plaats, in landen die goede bewakingssystemen hebben, die een goede genomische bewaking uitvoeren. Die landen pikken het virus op en leveren ons de meeste data. Dat is bijvoorbeeld het geval in Zuid-Afrika, in het Verenigd Koninkrijk en in Denemarken. Ook in België. Wij hebben een vrij goed systeem. Wij vinden ook gevallen.

Er zijn een aantal grijze landen op de wereldkaart. Daarvan moet men de gegevens met een korrel zout nemen. Het gaat vaak om landen die de zaak niet goed monitoren en bewaken. Daarvan weten wij het dus eigenlijk niet goed. U ziet dat in vele van die landen gevallen worden gevonden die reisgerelateerd zijn, bijvoorbeeld bij mensen die terugkomen uit zuidelijk Afrika, maar ook lokale gevallen.

Kortom, omikron zit al overal een beetje. Meestal nog wel in relatief lage aantallen. Soms ziet men ook grote uitbraken, onder andere in Oslo en in Denemarken, gerelateerd aan feestjes. Men ziet dat na zo'n feestje 30 % tot 50 % van de mensen die eraan deelgenomen heeft, besmet wordt. Dat is een hoge *attack rate*. Dat is op zich echter niet zo bijzonder. Dat zijn zaken die wij bij andere varianten ook al gezien hebben. Bij de deltavariant kan dat ook, bijvoorbeeld.

De volgende slide toont de huidige stand van zaken in België. Wij vinden meer en meer gevallen van omikron. Er zijn ondertussen minstens 30 gevallen bevestigd in het lab. Wij hebben weet van 3 uitbraken, of clusters, die reisgerelateerd zijn. Zo heeft iemand het binnengebracht via Egypte, Turkije, Dubai, Tsjechië. Maar er is ook 1 cluster in een school waarbij wij nog geen reislink hebben gevonden. Het is dus best mogelijk dat het virus reeds lokaal op ons grondgebied circuleert.

Wanneer we kijken naar de gegevens van het referentielabo, krijgen we op basis van de signalen van de uitgevoerde PCR-testen een idee hoeveel van die testen mogelijk de omikronvariant detecteren. Dat is het zogenaamde *S dropout* signaal. Het referentielab schat dat op dit moment 1 % tot 2 % van de besmettingen door omikron veroorzaakt zou kunnen zijn. Dat is nog niet bevestigd, maar wij zien dat het percentage wel aan het stijgen is.

De figuur die u onderaan ziet, toont het percentage *S dropouts*. Dit is een profiel dat wij typisch bij de omikronvariant zien. Niet uitsluitend, want de deltavariant heeft dat ook soms, maar het gaat vooral toch om omikron op dit moment. Men ziet dat het percentage geleidelijk aan het stijgen is.

Tot voor kort was dat 0,2 %, de jongste dagen zien we dat we aan 1 tot 2 % zitten, dus dat lijkt wel toe te nemen.

De belangrijkste vraag is wellicht: wat weten we nog niet?

Een eerste punt is de vraag wat de reden is van de snelle toename of verspreiding van het virus in verschillende landen. Er moet daarbij een onderscheid gemaakt worden, want de snelle groei van een virus is niet hetzelfde als de inherente besmettelijkheid van het virus; dat is iets te kort door de bocht. De verspreiding van een virus wordt door drie zaken veroorzaakt. Ten eerste, in hoeverre wordt het virus gehinderd door de immuniteit, opgebouwd onder de bevolking? In hoeverre kan het virus die basisimmuniteit ontduiken? In technische termen noemen we dat de immuno-evasie. Als een virus dat goed kan, dan kan het gemakkelijker verspreiden en heeft het een concurrentievoordeel op een virus dat meer gehinderd wordt door onze antistoffen. Ten tweede, de verspreiding wordt ook bepaald door het aantal contacten. In een land als Zuid-Afrika golden er nauwelijks restricties en eigenlijk gold hetzelfde tot voor kort voor het Verenigd Koninkrijk en Denemarken, stuk voor stuk landen waar wij een snelle opmars zien van omikron, maar die tot voor kort relatief weinig maatregelen hadden. In België is de situatie iets anders. Een derde factor die een rol kan spelen, is een inherente eigenschap van het virus, de besmettelijkheid. Hoeveel virus produceert iemand, hoeveel van het virus scheidt een mens uit, op welke manier verspreidt het zich? Dat kan gelinkt zijn aan bepaalde mutaties. In de pers worden nogal snel de besmettelijkheid en de verspreiding of groei van een variant als een soort van synoniem gebruikt, maar dat is dus niet helemaal hetzelfde.

Een tweede punt is de vraag naar de oorsprong van het virus. Dat weten we ook nog niet. Deze variant is voor het eerst beschreven in Zuid-Afrika op 25 november jongstleden, maar we vermoeden dat hij eerder is

ontstaan. We denken wel dat het vrij recent is, het gaat niet om een variant die al maanden of een jaar circuleert zonder dat wij het weten. We vermoeden dat deze variant recent, eind oktober of begin november, is opgedoken, volgens de laatste schattingen, en vermoedelijk in Afrika, maar ook daarvan zijn we niet 100 % zeker.

Dan komen wij bij de ernst van de ziekte, een van de kernvragen. Er zijn nogal wat geruchten en verhalen uit Zuid-Afrika die aangeven dat het virus zeer besmettelijk zou zijn maar een veel milder ziektebeeld geeft. Ik sprak gisteren met Engelse en Zuid-Afrikaanse collega's. Zij bevestigden dat wij dat op dit moment nog niet kunnen stellen. Het idee dat deze variant milder zou zijn, is op dit moment speculatie.

De ernst van de symptomen wordt bepaald door een aantal factoren. Zo is er het profiel van de patiënt, met de leeftijd en de onderliggende aandoeningen. Er is een bepaalde basisimmunitet bij de bevolking en bij de risicopopulatie. Ook de eigenschappen van het virus kunnen een rol spelen. Het gaat dan over bepaalde mutaties. Dat is dus complex.

Wij zien op dit moment inderdaad dat er in Zuid-Afrika heel veel milde besmettingen zijn. Er is echter ook een stijging van het aantal ziekenhuisopnames. Tevens is er een stijging van het aantal overlijdens. Alleen lijkt deze stijging wat trager te gaan dan de stijging van het aantal besmettingen. Men moet wel opletten want daar zit steeds een bepaalde vertraging op. Het is nog te vroeg om daarover iets te zeggen.

Wij zien ook dat in Zuid-Afrika momenteel vooral jonge mensen besmet worden. Zij hebben ook de meeste contacten. Het gaat meestal ook om jonge mensen die niet gevaccineerd zijn. In Zuid-Afrika is het namelijk vaak de oudere bevolking die zich heeft laten vaccineren. Van jonge mensen weten wij dat ze doorgaans een milder ziektebeeld ontwikkelen.

De meeste mensen in Zuid-Afrika hebben eigenlijk alleen natuurlijke immuniteit, door de vorige golven die ze hebben meegemaakt. Wij weten dat die natuurlijke immuniteit onvoldoende barrières opwerpt om de verspreiding van omikron tegen te gaan. De antistoffen die men ontwikkelt, herkennen deze omikron nog nauwelijks na enkele maanden.

Het is dus gewoon te vroeg om iets te zeggen over het ziektebeeld. Wij gaan daarover pas gaandeweg kunnen leren van de velddata.

Een heel belangrijke vraag is hoe goed onze vaccins beschermen. Wij hebben ondertussen allemaal reeds gehoord van die antistoffen. Zoals men op voorhand reeds vermoedde, op basis van de mutaties, werken die antistoffen minder goed tegen omikron. De antistoffen die wij gekweekt hebben na vaccinatie of na natuurlijke besmetting, herkennen deze variant veel minder goed dan de deltavariant, en zeker dan de alfavariant.

Onze immuniteit is echter veel complexer dan antistoffen alleen. We hebben ook cellulaire immuniteit, die voor een groot stuk door T-cellen wordt bepaald. Die T-cellen worden gestimuleerd en getraind door vaccinatie, maar ook door natuurlijke besmetting. We vermoeden dat de T-cellen ook werkzaam zullen blijven tegen de omikronvariant. Het is zeer moeilijk voor een virus en zijn varianten om de T-celimmuniteit te ontduiken. Dat werkt volgens een heel ander mechanisme, waarbij bepaalde delen van het virus herkend worden die vaak heel goed bewaard blijven en niet zo gemakkelijk kunnen variëren. De T-celimmuniteit zal volgens mij dus wel overeind blijven.

T-cellen komen meestal wat later in actie, ze beschermen ons niet tegen besmetting. Ze hebben ook niet zo'n groot effect op de transmissie, het overdragen van het virus, maar kunnen wel een belangrijke rol spelen in de bescherming tegen ernstige ziekte. Wanneer het virus in de longen zit en zware complicaties kan geven, kunnen T-cellen een groot verschil maken. Dat is iets wat we zullen moeten leren, dat kan men in het lab niet zo gemakkelijk bepalen.

Belangrijk is dat antistoffen geen synoniem zijn met de werkzaamheid van het vaccin. Het is complexer dan dat. Om de vaccinwerkzaamheid echt te kunnen beoordelen, moeten we opnieuw wachten op meer data van het veld. Dat zal men niet alleen in het lab kunnen bepalen.

Pfizer heeft recent in een persmededeling bevestigd dat een boosterdosis de werking van de antistoffen tegen omikron verhoogt. Het bedrijf gaf ook aan dat de CD8-T-cellen, die opgewekt worden door hun vaccin, waarschijnlijk ook nog werkzaam zullen zijn tegen omikron, iets wat mij zelf helemaal niet verbaast.

Wat is de impact voor ons? Betekent dit een vijfde golf? Wij weten dat niet goed. Een pandemie komt in golven, dat is iets wat wel wij weten. Het is een opeenvolging van golven. Vaak worden die door een nieuwe variant getriggerd. Als het niet de omikronvariant is, dan zal het wel een andere variant zijn. Dat we nog een vijfde golf zullen krijgen, is voor mij eerder waarschijnlijk dan onwaarschijnlijk. Hoe hoog zal die zijn? Hoe intens zal die zijn? Welke maatregelen heeft men nodig om die te beheersen? Dat zijn zaken die we op dit moment niet met zekerheid kunnen zeggen.

Als men kijkt naar de situatie in Zuid-Afrika, maar ook in het VK, dan ziet men wel dat die omikronvariant bepaalde voordelen heeft, mogelijk ook tegenover de deltavariant. Het zou kunnen dat de omikronvariant een volgende golf zal veroorzaken en in de komende weken dominant zal worden en zodoende de deltavariant zal verdringen. Wat dat precies betekent voor de belasting van ons zorgsysteem en de omvang van die golf, is moeilijk nu al te zeggen. Dat hangt onder andere af van de maatregelen, van de contacten die we hebben, elementen dus die in elk land verschillend zijn. Het zal geleidelijk aan duidelijk worden, we moeten dat dus blijven monitoren en evalueren.

De laatste slide handelt over de vraag: wat kunnen we op dit moment doen? Als men de labresultaten over de antistoffen bekijkt, is het duidelijk dat een boosterdosering ons kan helpen. Dat zagen we al bij de deltavariant, het is niets nieuws. Het omikronverhaal bevestigt dat het belangrijk is dat we die boosterprik geven en dat mensen begrijpen dat die heel nuttig is, niet alleen tegen de deltavariant, maar zeker ook tegen de omikronvariant. Onze antistoffen zullen daardoor de hoogte in gaan en de bescherming zal ook breder worden. En dat hebben we nodig. 'Breder' betekent dat een groter scala aan varianten herkend wordt.

De covidmaatregelen blijven werken, ongeacht de variant. Dat zal ook met de omikronvariant zo zijn. Het dragen van een masker, afstand houden, ventilatie, het beperken van onze contacten: deze zaken werken tegen elk coronavirus, ook tegen omikron en andere varianten.

De omikronvariant drukt ons ook met de neus op de feiten dat het belangrijk is deze vierde golf snel de kop in te drukken. We moeten de belasting op onze ziekenhuizen zo snel mogelijk verminderen, want daar is op dit moment weinig marge. We zitten met de onzekerheid van de omikronvariant en met de onzekerheid van een griep epidemie die misschien nog op ons afkomt. Er moet snel weer reserve komen in de ziekenhuizen, de batterijen moeten daar weer opgeladen kunnen worden. Dat is een belangrijk argument om nu niet te snel te versoepelen. We zitten nog met een bezetting van meer dan 800 bedden op intensieve zorg; er is dus nog een heel lange weg naar beneden te gaan.

Het is het belangrijk te benadrukken dat omikron momenteel nog zeldzaam is in ons land. De meeste besmettingen worden nog altijd door de deltavariant veroorzaakt. Ik denk dat het nog altijd zin heeft om nieuwe import van dat virus proberen te vermijden. Zo kunnen we enkele weken tijd kopen. Niet veel, we zullen het niet volledig kunnen tegenhouden: als die variant echt in het voordeel is, zal die het overnemen. Maar we kunnen misschien één of twee weken winnen. Dat kan nuttig zijn.

Tegen dan zullen we over meer informatie beschikken, en hebben we ook meer tijd gehad om onze boostercampagne te vervolledigen en af te ronden.

Momenteel zijn er strenge test- en quarantaineregels van kracht voor reizigers uit VOC-landen. Die moeten we aanhouden. Ik denk wel dat het belangrijk is dat een inreisverbod vanuit Zuid-Afrika en andere Afrikaanse landen een tijdelijke maatregel moet blijven. Op een bepaald ogenblik zal de omikronvariant zodanig verspreid zijn in België dat die extra introducties uit het buitenland niet langer het grote verschil zullen maken. Dan moet men zich concentreren op lokale en nationale maatregelen. Op dit moment heeft het nog zin om nieuwe introducties te vermijden, want telkens wanneer het virus binnenkomt, kan dat het begin zijn van een of meerdere clusters, kan het virus zich uitzaaien en kan het wat sneller gaan. We kunnen het dus enigszins vertragen, maar zullen het nooit volledig kunnen tegenhouden.

Zo'n inreisverbod moet tijdelijk zijn, want voor een deel straft men daar ook landen mee die het erg goed doen en een goed bewakingssysteem hebben. Zuid-Afrika heeft een uitstekend bewakingssysteem, is zeer transparant geweest en wordt daar nu voor een deel voor gestraft, in die zin dat het land geïsoleerd wordt. Wij hebben nu wat de vrees dat, in de toekomst, andere landen misschien tweemaal zullen nadenken alvorens zij alarm slaan wanneer een nieuwe variant opduikt op hun grondgebied. We moeten daar dus proberen proportioneel in te zijn en dat soort maatregelen ook tijdelijk te hanteren.

Ik stel voor dat we nu de minister het woord geven, maar ik blijf natuurlijk beschikbaar voor vragen.

De **voorzitter**: Bedankt, professor Van Gucht, u bleef perfect binnen uw vooropgestelde tijd van twintig minuten.

Ik stel voor dat we nu overgaan tot de vragen van de parlementsleden, zoals was gepland, waarna u beiden kunt antwoorden, naargelang aan wie de vraag wordt gesteld.

Mevrouw Gijbels had twee vragen ingediend en krijgt vier minuten de tijd om haar vragen te stellen.

**01.02 Frieda Gijbels (N-VA)**: Vooreerst wil ik opmerken dat technisch-wetenschappelijke sessies zeer interessant zijn. Hopelijk kunnen we er binnenkort weer tijd voor maken om vaker sprekers uit te nodigen, om ons helemaal op de hoogte te houden over wat er aan de hand is.

Professor Van Gucht, dank u voor uw uiteenzetting. Ik heb enkele technische vragen voor u. U had het over 2 subtypes van de omikronvariant, eentje met *S gene dropout* en de andere zonder. Hebt u enig idee van de verdeling? Als we PCR-testen willen gebruiken om de aanwezigheid van de omikronvariant in te schatten, veronderstel ik dat dat alleen kan bij de versie waarbij de *dropout* aanwezig is. Het zou interessant zijn om de verdeling van de types te kennen.

In Denemarken wordt er heel veel en heel vaak gesequencet. Doen wij dat genoeg? Zou het interessant zijn om dat meer te doen?

Ik heb het in onze commissie al vaak gehad over afvalwaterscreening, het monitoren van het rioolwater. Wordt het afvalwater ook getest op varianten en in het bijzonder op de omikronvariant? In Denemarken werden er verschillende clusters van omikron op die manier gedetecteerd. Zouden wij op die manier niet een beter beeld kunnen krijgen van hoe verspreid het type virus eventueel al is?

Hebben wij een simulatie gemaakt hoe snel de vijfde golf er zou kunnen zijn wanneer de omikronvariant zich doorzet? Ik snap wel dat het afhankelijk is van de maatregelen die al dan niet worden aangehouden en aangenomen, maar ik kan mij voorstellen dat die in verschillende modellen kunnen worden verwerkt.

In de berichten over Zuid-Afrika viel het mij op dat er ook nul- tot tweejarigen werden opgenomen in het ziekenhuis. Het was niet geheel duidelijk of dat ten gevolge van de omikronvariant was. Die leeftijdscategorie kreeg misschien minder dan vroeger te maken met besmettingen allerlei. Zou het kunnen dat zij misschien minder basisweerstand hebben dan kinderen die in andere tijden zijn opgegroeid? Moeten wij de pandemiebaby's extra in de gaten houden?

Dan kom ik tot mijn vragen voor de minister. We weten nog een heleboel niet, zoals herhaaldelijk aangehaald in de presentatie.

Dat neemt niet weg dat we voorbereid moeten zijn op verschillende scenario's, bijvoorbeeld een hogere besmettelijkheidsgraad, het ontwijken van de immuniteit of het feit dat er meer jongeren getroffen worden. Zijn die scenario's uitgewerkt? Weten we wat ons te doen staat als een van die factoren doorslaggevend is? Zijn die scenario's doorgesproken met de verschillende partners die moeten optreden in een crisis zoals deze, zodat er niet in volle paniek wordt gereageerd als een bepaald scenario zich voltrekt?

De grafiek die u toonde, is blijkbaar gebaseerd op het *dropout* gen, maar ik dacht dat er in het nationaal referentielaboratorium ook gesequencet werd. Kunt u daar meer over vertellen? Werd er ook retrograde onderzoek gedaan op oudere stalen? Worden er ook stalen van rioolwater bewaard om later te kunnen terugkijken of een bepaalde variant reeds eerder aanwezig was dan gedacht?

Ten slotte zijn er twee bezorgdheden omtrent het ziekmakende vermogen. Enerzijds dreigen de ziekenhuizen overspoeld te worden en moeten we ervoor zorgen dat we indien nodig snel voldoende hulpkrachten kunnen inschakelen. Mocht de variant minder ziekmakend zijn, dan zal anderzijds de eerstelijnszorg overspoeld worden, dus daar moeten we ook op voorbereid zijn, des te meer als het een heel besmettelijke variant blijkt. Dan moeten ook daar bijvoorbeeld voldoende administratieve krachten snel kunnen worden ingezet.

**01.03 Ellen Samyn (VB)**: Bedankt voor uw toelichting, professor Van Gucht. Mijnheer de minister, initieel

had ik mijn vraag gesteld aan uw collega, mevrouw Wilmès, maar ik vermoed dat u en de professor wel op een aantal van mijn vragen zullen kunnen antwoorden.

De verspreiding van een nieuwe variant van het coronavirus in Zuid-Afrika wekt grote bezorgdheid. Experts vrezen met name dat de nieuwe variant nog besmettelijker is dan de deltavariant en dat de vaccins mogelijk minder werkzaam zullen zijn.

Verschillende landen besloten ondertussen het reisverkeer met zes landen uit zuidelijk Afrika, namelijk Zuid-Afrika zelf, Namibië, Lesotho, Swaziland, Zimbabwe en Botswana, tot een absoluut minimum te beperken, het luchtverkeer met die landen op te schorten en nog meer restricties op het reisverkeer in te voeren.

Welke specifieke maatregelen nam België om het luchtverkeer met voornoemde zes landen uit zuidelijk Afrika tot het absolute minimum te beperken? Hoever gaat dat inreisverbod? In welke mate en voor welke doeleinden zijn reizen van en naar voornoemde landen nog mogelijk? Welke uitzonderingen zijn er?

Er verschenen in de pers toch wel stuitende berichten over reizigers uit Zuid-Afrika, die verbaasd waren over het gemak waarmee ze het land waren binnengekomen. Ik krijg daarover graag een verklaring. Hoe wordt een en ander gecontroleerd? Professor Van Gucht sprak daarnet nog van strenge test- en quarantaineregels met betrekking tot de VOC-landen, maar hoe zeker weten we dat die worden uitgevoerd en opgevolgd?

Europese samenwerking is hier meer dan gewenst. Een inreisverbod afkondigen voor bepaalde landen is één zaak, het is een goed begin, maar het levert weinig op wanneer de betrokkenen bijvoorbeeld in Parijs landen in plaats van in Brussel en daarna zonder probleem België binnenkomen. Zal België op Europees niveau pleiten voor een gezamenlijke inperking van het reisverkeer of zich aansluiten bij andere landen die op dit vlak vragende partij zijn?

Ten slotte, moet de beperkte lijst van zes landen niet op korte termijn worden uitgebreid? Het is immers vrijwel zeker dat de nieuwe mutatie zich niet tot Zuid-Afrika en de buurlanden zal beperken, maar zich allicht ook zal uitbreiden naar nabijgelegen landen zoals Congo. Professor Van Gucht zei daarnet dat er reeds een snelle stijging waar te nemen is in het Verenigd Koninkrijk en we weten allemaal dat het virus niet stopt aan de grens.

**01.04 Laurence Henny** (Ecolo-Groen): Professeur Van Gucht, votre présentation et vos informations correspondent exactement à ce que nous en attendions aujourd'hui. De nombreuses questions ont déjà été posées par ma collègue Gijbels.

Je me questionne plutôt sur l'adaptation de notre stratégie. Nous arrivons au terme de deux ans de pandémie. On savait que ce variant omicron surviendrait et qu'il remettrait en question l'efficacité des vaccins. Je lisais dans un tweet d'un microbiologiste bien connu qu'un vaccin adapté était annoncé et probablement disponible dans 100 jours. Est-ce encore utile? Si c'est pour sans cesse courir derrière cette pandémie, sachant que tant que le monde entier n'est pas vacciné, de nouveaux variants pourront toujours survenir, la situation actuelle perdurera.

En termes de timing, nous devons réfléchir à une manière de gérer cette pandémie sur le long terme et adapter notre stratégie qui, pour le moment, ne porte pas complètement ses fruits. Il faudrait peut-être anticiper à plus long terme.

**01.05 Dominiek Snelpe** (VB): Mevrouw de voorzitter, wat de vraag zelf betreft, verwijs ik naar de schriftelijk ingediende versie. De inleiding van mijn vraag is al gedateerd en mijn vragen zijn min of meer beantwoord door de professor.

*Israël waarschuwt voor een nieuwe variant van het coronavirus, die nog besmettelijker zou zijn dan de al zeer besmettelijke delta-variant. De variant B.1.1.529 zou afkomstig zijn uit zuidelijk Afrika.*

*In België werden voorlopig nog geen besmettingen met deze variant ontdekt, maar verder onderzoek is op dit moment nog bezig.*

*Daarover volgende vragen:*

*Hoe ver staat het ondertussen met dat onderzoek? Wat zijn de conclusies?*

*Is de bron van besmetting gekend?*

*Wat betekent deze verontrustende mutatie voor de effectiviteit van het vaccin?*

*De variant zou nog besmettelijker zijn dan de delta-variant, maar hoe verloopt het ziekteverloop van de besmette personen? Hoe ziek wordt men van deze variant?*

*Welke maatregelen zullen genomen worden inzake het reisverkeer vanuit de met deze variant besmette landen?*

Ik wil toch nog enkele bijkomende vragen stellen aan de professor.

U sprak over subvarianten, waarvan een met een *S gene dropout* en de andere niet. Dat is belangrijk voor detectie. Waarom is dat belangrijk?

U zegt dat omikron terug te vinden is in alle continenten. Australië is ongeveer hermetisch afgesloten, maar op uw presentatie zie ik dat omikron daar ook aanwezig is. Hoe komt dat? Zijn dat besmettingen vanuit Afrika? Dat lijkt mij moeilijk, aangezien Australië bijna hermetisch is afgesloten.

Onze antistoffen herkennen de omikronvariant niet zo goed meer, maar we hebben gelukkig nog een tweede barrière, namelijk de T-cellen. Als die opgewekt worden door vaccinatie, herkennen die omikron. Als ze echter opgewekt worden door natuurlijke besmetting, herkennen ze omikron dan ook? U zegt van wel.

Ik volg op YouTube de documentaires van de heer Campbell. Die zijn zeer interessant. De geruchten uit Zuid-Afrika laten verstaan dat het een milder virus zou zijn, misschien wel besmettelijker, maar het ziektebeeld zou milder zijn. Laten we hopen dat dit juist is. Is het dan mogelijk dat het een endemisch virus wordt en moeten we onze maatregelen dan daaraan aanpassen zodat we uiteindelijk leren leven met het virus?

De **voorzitter**: Mevrouw Depoorter, u krijgt het woord voor uw twee vragen, waardoor u vier minuten spreektijd hebt.

**01.06 Kathleen Depoorter (N-VA)**: Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, professor Van Gucht, aangezien mijn ingediende vragen al enigszins gedateerd zijn, heb ik nog enkele bijkomende vragen over de vaccins.

Professor Van Gucht, u sprak over de T-cellen, die moeilijk te ontlopen zijn door nieuwe varianten, iets wat wel vaker gesteld wordt. Wanneer schat u dat wij daarover zekerheid hebben? Als we het onderzoek en de data uit het veld krijgen, hoelang moeten we er dan nog op wachten?

Gisteren heeft het EMA de boosterdosis na twaalf weken gevalideerd. Wij hadden daartoe opgeroepen in de plenaire vergadering.

Professor Van Gucht, vindt u het opportuun om nu maximaal boostervaccins toe te dienen, dus om ervoor te zorgen dat een maximaal aantal mensen een derde prik krijgt op zo kort mogelijke termijn en dus zodoende het interval van twaalf weken zo snel mogelijk te respecteren?

U gaf aan niet te snel te willen versoepelen en u sprak ook over reisrestricties. De kerstvakantie komt eraan. Bedoelt u reisrestricties voor onze burgers of bedoelt u enkel een beperking van het inreizen van mensen die uit het zuiden komen? We weten dat de omikronvariant nu zowat overal een opmars kent. Hoe gaat u om met reizen naar bijvoorbeeld het Verenigd Koninkrijk?

In verband met de maatregelen en een eventuele versoepeling ervan, heb ik de jongste studie van IDEWE doorgenomen. Daarin lezen we bijvoorbeeld dat kappers niet meer risico lopen op besmetting dan andere sectoren. Thuiswerken geeft niet minder risico op transmissie dan werken in sectoren waar goed geventileerd wordt. Wat is in dat verband uw toekomstvisie, als we moeten leren leven met het virus en een vijfde golf waarschijnlijk is? Mij lijkt het de bedoeling dat we zoveel mogelijk zoeken naar een manier van leven die voor ons socio-economisch, mentaal en geneeskundig optimaal is en het virus zoveel mogelijk buitenspel zet. Om dat te bereiken, meen ik dat wij ons op gegevens uit die studie moeten baseren.

Er is sprake van een aanpassing van het vaccin, de producenten zijn daarmee bezig. Het zou honderd dagen duren vooraleer de aangepaste vaccins toegediend kunnen worden. Vindt u het opportuun om nu reeds die vierde prik voor te bereiden? Moet er daarover ook al gecommuniceerd worden met de bevolking? Gisteren lasen we in de krant dat een derde van de bevolking twijfels heeft over de derde prik, maar vanuit wetenschappelijk oogpunt weten we dat die derde prik noodzakelijk is. Vindt u het vanuit dat oogpunt opportuun om nu al in te zetten op de vierde prik?

U zei ook dat een vijfde golf mogelijk is. Mijnheer de minister, hoe zult u inzetten op veerkracht voor de zorg na de vijfde golf? Zult u zorgen voor meer IZ-personeel? Zult u zorgen voor een buddywerking? Zult u ervoor zorgen dat onze ziekenhuizen dit aankunnen?

Ik heb in mijn apotheek gecontroleerd of de zelftesten en de sneltesten die we verkopen, ook de omikronvariant detecteren. Daar zit immers een certificaat bij. Mijnheer de minister, kunt u garanderen dat alle zelftesten die vandaag in ons land worden verkocht, ook de omikronvariant zullen detecteren?

Er is nog een tweede probleem. Een klant had een zelftest gekocht waar alleen een Franstalige bijsluiters bijzat. Worden de bijsluiters van de zelftesten die niet in het apotheekcircuit worden verkocht gecontroleerd? Zijn die ook geschikt voor de omikronvariant?

We hebben 10.000 dosissen virusremmers besteld. Er is nog een tweede virusremmer, Paxlovid, die nog wordt gereviseerd. Ik heb gelezen dat wordt aangeraden om voor 1 % van de bevolking dosissen te voorzien. Wij hebben er voor 0,1 % van de bevolking voorzien. Zijn er adviezen om meer aan te kopen, zeker in het licht van het feit dat er nog een vijfde golf zou kunnen komen?

**01.07** Minister **Frank Vandenbroucke**: Hebt u het over molnupiravir?

**01.08** **Kathleen Depoorter** (N-VA): Ik heb het over Paxlovid en molnupiravir.

Ik heb nog een vraag voor professor Van Gucht over de eitwitvaccins. We weten dat een aantal zorgverstrekkers een medische contra-indicatie heeft om gevaccineerd te worden. De verplichting komt eraan. Zou u dan aanraden om die zorgverstrekkers eiwitvaccins te geven, zodat zij beschermd kunnen werken?

**01.09** **Nawal Farih** (CD&V): Mevrouw Depoorter heeft al enkele vragen gesteld die ik ook had, dus ik kan het kort houden.

Ik heb ook een vraag over de antivirale middelen. Zijn er al effectiviteitsstudies die aantonen dat deze ook werken voor de omikronvariant?

Er zou een vijfde en misschien ook een zesde en zevende golf op ons afkomen. Wij hebben vandaag geen zekerheid over infectieziekten door de globalisering. Zijn er ook in ons land effectiviteitsstudies gemaakt van de genomen maatregelen over alle golven heen? Ik heb gezien dat het Institut Pasteur in Parijs een dergelijke studie heeft gepubliceerd.

Die komt helemaal niet overeen met eerdere studies die ik gelezen heb. Er werd bijvoorbeeld aangegeven dat reizen wel echt een bron van besmetting kan zijn, terwijl in eerdere conclusies van wetenschappelijke studies werd gezegd dat reizen een tamelijk veilige activiteit was. Ik ben dus zoekende. Zijn daar op federaal niveau studies over gemaakt? Is men daarmee bezig om de barometer goed te kunnen implementeren?

Voor de rest zijn mijn vragen al door anderen gesteld.

**01.10** **Laurence Zanchetta** (PS): Madame la présidente, je tiens également à remercier M. Van Gucht pour son exposé.

Ce que nous venons d'entendre n'a rien de rassurant. Aujourd'hui, c'est l'apparition du variant omicron qui suscite les inquiétudes. Comme vous l'avez souligné, monsieur Van Gucht, on ne connaît pas encore grand-chose sur ce variant, si ce n'est qu'il est extrêmement contagieux, qu'il connaît de nombreuses mutations et qu'il pourrait devenir dominant d'ici quelques semaines.

Les incertitudes au sujet de ce nouveau variant sont nombreuses, à un moment où chacun d'entre nous a besoin de certitudes et de perspectives à plus long terme.

J'entends que nous allons devoir nous habituer et vivre avec ce virus, ce qui est probablement vrai. Mais que savons-nous, aujourd'hui, monsieur le ministre, concernant les vaccins disponibles, leur efficacité par rapport à ce variant et surtout l'intérêt de la troisième dose (booster)?

Qu'en est-il de l'efficacité du nouveau vaccin de Novavax et de Sanofi/GSK qui ne s'appuient pas sur l'adénovirus ou l'ARN messager, mais directement sur la protéine *spike*? Ces deux vaccins pourraient-ils être utilisés en Belgique afin de renforcer notre campagne de vaccination? Quand l'autorisation de mise sur le marché par l'Agence européenne des médicaments (EMA) est-elle attendue? Enfin, pourriez-vous nous préciser quand des vaccins renforcés pour lutter notamment contre le variant delta pourront être disponibles sur le marché?

**01.11 Sophie Rohonyi (DéFI):** Madame la présidente, monsieur le ministre, monsieur Van Gucht, je vous remercie pour votre exposé qui suscite certaines inquiétudes.

Je tiens ici à m'attarder sur trois points particuliers.

Premièrement, la surveillance des variants. Je souhaite d'ailleurs saluer le travail réalisé par les experts en Afrique du Sud. En effet, encore aujourd'hui, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) s'interroge quant à la mutation du variant omicron qui aurait évolué, durant ces derniers mois, sans être remarqué pour finalement exploser aujourd'hui. Monsieur Van Gucht, vous avez expliqué à quel point ce variant mute beaucoup plus que le variant delta, à tel point que l'on vient de découvrir une version furtive de ce nouveau variant.

Deuxièmement, pour ce qui concerne l'efficacité des vaccins, on pourrait être rassuré par le fait que cette dose booster pourrait renforcer les anticorps pour faire face au virus. Mais, alors qu'on invite les gens à recevoir cette troisième dose, les laboratoires pharmaceutiques développent un vaccin dit adapté.

Troisièmement, il y a la question de l'adhésion de la population à cette dose booster. On voit que toute une fraction de la population reste réticente à cette troisième dose ou même à la vaccination en général. Nous voyons aussi aujourd'hui, alors que de par les dernières mesures nous fermons toute une série de secteurs, le CST n'est plus l'incitant qu'il était, en particulier pour les jeunes.

Voici mes questions.

Le travail de séquençage du génome est-il suffisamment avancé pour pouvoir comprendre ces mutations permettant à un variant qui, au départ, est sans risque, de devenir beaucoup plus contagieux? Lorsqu'on parle de vaccin adapté, mise-t-on sur un vaccin qui active tant les anticorps que les cellules T que vous avez évoquées tout à l'heure?

Qu'en est-il également de l'achat des nouvelles versions de ces vaccins qui sont annoncés? N'arriveront-ils pas trop tard? Vous nous expliquez que le variant omicron serait dominant d'ici le mois de janvier, voire février, alors que les entreprises nous annoncent ce vaccin adapté pour le mois de mars.

Il est aussi question du vaccin Novavax, qui répondrait aux préoccupations des personnes réagissant mal aux vaccins à ARN messager. Envisage-t-on de procéder à son achat? Sera-t-il efficace face aux nouveaux variants?

La **présidente**: Pourriez-vous doucement clôturer?

**01.12 Sophie Rohonyi (DéFI):** Oui, je termine par trois dernières questions, si vous me le permettez.

Vous avez dit aussi que certains traitements ne fonctionneraient plus contre le variant. La question de la pilule anti-covid, développée par Pfizer, en fait-elle partie? Allons-nous malgré tout continuer à acheter ces traitements antiviraux?

Je terminerai par deux questions politiques. Monsieur le ministre, comment allez-vous assurer l'adhésion de la population à la troisième dose? Allez-vous diversifier les canaux d'information pour toucher les différents

publics cibles?

Pour ce qui concerne la vaccination dans le monde, nous savons à quel point nous serons toujours confrontés à de nouveaux variants si nous ne veillons pas à vacciner le monde entier. Hier, la ministre en charge de la Coopération au développement nous a expliqué, en séance plénière, que nous allions continuer à faire des dons, que nous soutenions également une usine au Sénégal pour permettre à ce type de pays de produire des vaccins directement sur leur territoire.

Mais cela ne représente-t-il pas une goutte d'eau dans un océan? Ne serait-il pas temps de mettre sur la table du gouvernement la levée temporaire des brevets sur les vaccins et de plaider en ce sens au niveau européen? Je vous remercie.

**01.13** **Caroline Taquin** (MR): Madame la présidente, monsieur le ministre, depuis le dépôt de ma question, de nombreuses informations nous parviennent chaque jour. La situation des variants a été décrite par les scientifiques et épidémiologistes à plusieurs reprises avec des interprétations voire des estimations qui ne se sont pas toujours avérées correctes. Cela n'est évidemment pas simple.

Récemment, la Commission européenne a rappelé que des conventions de commande de vaccins comportaient une clause d'adaptation à des variants par les entreprises productrices. Un délai de cent jours est précisé. Par ailleurs, l'Agence européenne des médicaments (EMA) a aussi rappelé qu'une homologation peut être délivrée en trois à quatre mois.

Depuis la mi-juillet, une étude de la KUL a démontré que le variant delta représentait 95 % des cas dans notre pays. Le 5 août, des données sanitaires américaines indiquaient que l'efficacité des vaccins Pfizer et Moderna baissait de 91 % à 66 % face au variant dominant delta. Début novembre, vous disiez que nous avions sous-estimé la contagiosité du variant delta. En effet, Israël, par exemple, administre sa troisième dose depuis quatre mois déjà, depuis le 10 août.

Par ailleurs, des vaccins auraient été adaptés pour lutter contre les variants beta et delta. Mais, récemment, des chercheurs de l'UCL indiquaient que les vaccins actuels suffisent pour lutter contre le variant delta et même l'omicron, considérant que la souche du virus reste identique. Cela semble se confirmer ces dernières heures. Toutefois, un biostatisticien de la KUL déclare, quant à lui, que ce variant omicron contourne l'immunité construite par une infection antérieure et par les vaccins actuels. Il parle bien de nouvelle souche du virus, alors que la troisième dose actuelle est efficace et que Pfizer annonce réaliser un vaccin adapté à omicron depuis le mois de mars.

D'autres immunologues rappellent parallèlement que la question d'une nouvelle baisse d'efficacité de la troisième dose dans quelques mois pourrait se constater à un moment où le variant omicron sera peut-être devenu dominant dans notre population. On constate effectivement que les cas se sont multipliés par onze en six jours en Angleterre.

Monsieur le ministre, vous conviendrez que toutes ces informations contradictoires peuvent nuire à la confiance que la population a envers les décisions prises, les vaccins, leur efficacité et la campagne lancée pour la troisième dose. Cela se confirme d'ailleurs. Hier ont été publiés les résultats d'études d'opinions, notamment le baromètre de la motivation réalisé par l'ULB, l'UCL, la KUL et l'UGent. Ceux-ci indiquent que 33 % des Belges vaccinés refusent ce booster ou hésitent.

Il est évident que ceci implique des actions et une réactivité concernant les processus décisionnels en vigueur.

Quelles demandes sont-elles introduites par nos instances de santé auprès de la Commission européenne dans le cadre de l'adaptation des vaccins par leurs concepteurs/producteurs dans le cadre de la clause de cent jours? Confirmez-vous que des vaccins adaptés ont été élaborés pour lutter contre les variants beta et delta? Est-il exact qu'aucune homologation de l'EMA n'a été émise pour ces adaptations aux variants beta et delta? Quelles informations avez-vous reçues de la Commission européenne à ce sujet? Comment, quand et par qui est-il décidé qu'un variant prospère et implique l'usage d'une adaptation vaccinale?

Précisément concernant le variant omicron, quelles sont vos informations sur son évolution, sur la façon dont il prospère et sur un vaccin adapté à administrer? Quelles analyses recevez-vous de notre *task force* Vaccination et de l'AFMPS ainsi que des instances européennes? Quelles initiatives avez-vous pu prendre

auprès de celles-ci pour assurer une réactivité et une décision politique au bon moment à notre niveau et au niveau européen en la matière?

**01.14 Robby De Caluwé** (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, professor Van Gucht, ik dank u hartelijk voor uw toelichting. U hebt de vragen beantwoord die ik had. Ik had wel nog graag van u geweten of er ook kennis is van besmetting van ouderen in Zuid-Afrika of in het Verenigd Koninkrijk. Hebben wij een zicht op wat de omikronvariant daar bij de ouderen doet?

Mijnheer de minister, ik heb ook nog een aantal vragen voor u.

De omikronvariant zorgt voor enige ongerustheid. Er zijn heel veel onbekende factoren. Een aantal voorbereidingen zijn dus noodzakelijk. De farmaceutische bedrijven hebben altijd gesteld dat zij in een paar maanden tijd hun vaccins zouden kunnen aanpassen aan nieuwe varianten van COVID-19. Weet u of weten de farmaceutische bedrijven al of zij die aanpassing ook zouden kunnen doen voor de omikronvariant?

Persoonlijk heb ik enkele bedenkingen bij een eventueel nieuw vaccin en wat dat zou betekenen voor de boostercampagne, die momenteel goed loopt. Wat zullen wij doen als er een aangepast vaccin komt voor de omikronvariant en er een tussenperiode moet zijn tussen het boostervaccin dat wij nu toedienen en het aangepaste vaccin voor omikron?

Ik heb ook begrepen uit de presentatie van de heer Van Gucht dat een snelle isolatie belangrijk zal zijn. Dat is in het verleden ook altijd belangrijk geweest. Gezien de mogelijk hogere besmettelijkheid van de omikronvariant zal dat wellicht nog veel belangrijker worden. Dat betekent echter ook dat het belangrijk is dat wij veelvuldig kunnen blijven testen. De voorbije periode heeft onze testcapaciteit onder druk gestaan met meer dan 100.000 testen per dag. Zijn er mogelijkheden om de testcapaciteit nog op te trekken, teneinde zo nodig klaar te zijn om meer testen te kunnen doen?

Ik dank u alvast voor uw antwoorden.

**01.15 Catherine Fonck** (cdH): Monsieur le ministre, professeur Van Gucht, merci pour votre présentation. Je mentionnerai quelques éléments scientifiques avant d'en venir au volet politique.

La grande question aujourd'hui est de savoir qui va gagner le match, si peut m'exprimer ainsi, entre delta et omicron. Les dernières données émanant du Royaume-Uni, du Danemark, etc. hormis ce que l'on connaissait déjà de l'Afrique du Sud, interpellent. Vous avez évoqué 1,5 à 2 % pour la Belgique. N'avons-nous pas là une marge d'erreur non négligeable comme on en a connu au tout début, même si nous sommes plus précis aujourd'hui puisque davantage de séquençages sont réalisés?

On pourrait être en présence d'un phénomène de pointe de l'iceberg. Vous n'avez pas parlé des analyses de sérum qui ont été réalisées à Innsbruck, notamment pour examiner à la fois les échappements et l'évasion immunitaire. Les données sont certes très préliminaires mais intéressantes et portent sur ce qui peut protéger en matière vaccinale. Deux doses sont clairement insuffisantes. Ce sera soit trois doses, soit un booster pour quelqu'un qui a déjà fait un covid. C'est vrai que ces données sont préliminaires mais il est intéressant d'en parler car cela doit nous amener à réexaminer la stratégie sur le plan politique.

J'en arrive, monsieur le ministre, à la stratégie politique. J'aborderai quelques points rapidement. C'est dommage mais nous n'avons pas beaucoup de temps. Cela nécessiterait quelque chose d'un peu plus poussé.

Premièrement, il faut évidemment minimiser au mieux toute prochaine vague, qu'elle s'appelle delta, omicron ou oméga ou autre chose, en gardant la main sur le frein en permanence et en développant ce qu'on n'a toujours pas mis en oeuvre à 100 % aujourd'hui. Je pense notamment à la ventilation. C'est vraiment un maillon qui pourrait nous renforcer.

Deuxièmement, on voit qu'il y a un décrochage dans la surveillance des médecins vigies au niveau de la grippe. Ce décrochage a eu lieu plus ou moins à la fin du mois de novembre. C'est interpellant! Ne faut-il pas relancer maintenant un appel à la vaccination contre la grippe à l'intention des personnes qui ne seraient pas encore vaccinées et qui sont à risque?

Troisièmement, à propos du booster, on sait depuis maintenant plusieurs semaines que l'efficacité vaccinale

diminue, non après six mois mais déjà après quatre ou cinq mois. Plusieurs pays ont adapté leur stratégie en anticipant le *booster* à quatre mois. Je parle ici évidemment de la vaccination après un vaccin à ARN messenger. Ne serait-il pas nécessaire maintenant, en Belgique, d'anticiper le booster? Nous pourrions commencer la vaccination par booster – ou troisième dose – pour ceux qui ont reçu un vaccin à ARN messenger dès le quatrième mois après la deuxième dose de vaccination.

La **présidente**: Madame Fonck, je vous demande de conclure.

**01.16 Catherine Fonck** (cdH): On sait que Pfizer travaille sur un vaccin adapté. Qu'en est-il? Les commandes au niveau européen suivront-elles le même schéma que les précédentes? Un calendrier a-t-il été annoncé par les firmes? Monsieur le ministre, il me semble important que vous puissiez clarifier les choses.

Enfin, j'aurais voulu parler de la méthode de travail en ce qui concerne le Codeco mais je n'en aurai pas le temps. J'y reviendrai ultérieurement.

La **présidente**: Vous pourrez peut-être y revenir à l'occasion de votre réplique.

**01.17 Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Mijnheer Van Gucht, bedankt voor uw uiteenzetting. U zei daarnet dat de bescherming na een eerste en tweede dosis, of na een natuurlijke immuniteit, niet efficiënt genoeg is tegen de omikronvariant, maar dat een derde dosis dat wel zal zijn. Kunt u iets beter uitleggen hoe dat komt? We weten immers dat er met elke dosis miljoenen euro's of dollars winst gemaakt worden. Mensen willen zekerheid dat er geen misbruik is. Ook Pfizer kondigt alvast aan dat de derde dosis wel efficiënt is, maar hoe zeker bent u daarvan en wat is het bewijs daarvoor?

U zegt ook dat we reeds weten dat de omikronvariant besmettelijker is. We weten dus nog niet hoe gevaarlijk hij is, maar wel dat hij besmettelijker is. Zijn er dan consequenties voor onze teststrategie? Die heeft immers tot doel dat mensen elkaar niet besmetten, dus zijn de huidige criteria goed genoeg qua quarantaineregels bijvoorbeeld? Nu moet men zich na een hoogrisicocontact na drie à zes dagen testen, waarna men vier dagen later uit quarantaine mag met een sneltest, maar is dat beleid wel aangepast aan de omikronvariant? We kunnen ons sowieso al afvragen of het wel aangepast is aan de deltavariant.

Over de sneltesten had ik dezelfde vraag als mevrouw Depoorter. Zijn ze efficiënt voor de omikronvariant en moeten ze niet massaler gebruikt worden, aangezien ze toch blijken te kunnen aantonen dat iemand besmettelijk is zolang dat het geval is. Vindt u ook dat er een probleem van beschikbaarheid is van die sneltesten? Ze kosten nu 8 euro, al zouden er in Colruyt ondertussen iets goedkopere te koop zijn. Zouden de zelftesten volgens u moeten worden terugbetaald door de ziekenfondsen?

Het grote politieke debat gaat over de opkomende varianten en het beschermen van de intellectuele eigendom op de vaccins. Ik richt me tot de minister, maar had ook graag uw advies daarover als wetenschapper gehoord. Al meer dan een jaar vragen de armere landen om die kennis te delen. De laatste dagen is er ook veel discussie over geweest. Zo was er een interview met u in *De Morgen*. U zei in dat interview dat u het wel cynisch vond want de Zuid-Afrikanen hebben door goed te sequencen die variant gemeld, maar uiteindelijk worden zij gestraft met zeer sterke reisrestricties die een impact hebben op hun economie. De farmaceutische industrie maakt zich ondertussen klaar om de vaccins aan te passen. Als die vaccins er dan zijn, zullen de mensen in Afrika misschien weer de laatsten zijn die daarvan kunnen profiteren. Dit verhaal wordt dus elke dag cynischer. Wat denkt u als wetenschapper over de bescherming van die patenten?

Mijnheer de minister, politiek gezien, hoe lang kunnen wij de situatie nog behouden dat dit wordt geblokkeerd in Europa? Vandaag verscheen in *De Standaard* een editoriaal dat stelde dat de argumenten om de formule van de patenten niet te delen, totaal niet standhouden. Mevrouw Kitir stelde het deze week opnieuw, nu iets sterker dan de vorige keer. Ik moedig dat aan. Mijnheer de minister, wat is uw positie? Wat is de positie van onze regering? Wat vindt u daarvan?

Na verloop van tijd zijn wij immers medeplichtig aan het in stand houden van de pandemie wereldwijd. Wij hebben ook een internationale verantwoordelijkheid, die zwaarder en zwaarder begint door te wegen.

**01.18 Minister Frank Vandenbroucke**: Best begin ik, dan kan de heer Van Gucht corrigeren waar nodig. Dat is de beste procedure, denk ik.

Mevrouw de voorzitter, om te beginnen wil ik mij verontschuldigen omdat ik door de ministerraad vertraging had. Ik kom meteen ter zake.

Meer dan ooit gaan wij door dagen, misschien wel weken, van grote onzekerheid. Eigenlijk is dat de les die wij altijd opnieuw leren. Dit virus, deze pandemie, confronteert ons met fundamentele onzekerheid. Wat moet men doen wanneer men fundamenteel onzeker is? Een eerste belangrijk houvast is de wetenschap. Een tweede belangrijk houvast is dat wij als mensen in staat zijn om samen solidair op te treden, de krachten te bundelen en op die manier resultaten te boeken. Wat mij betreft, zijn en blijven het wetenschap en solidariteit. Daarom vond ik het belangrijk hier vandaag niet alleen te zitten in dit actuadebat, maar professor Van Gucht bij mij te hebben. Het beste wat kan gebeuren in zo'n debat met het Parlement is dat onze wetenschappelijke instelling, Sciensano, hier vertegenwoordigd door de heer Van Gucht, rechtstreeks een stand van zaken geeft.

Belangrijk bij die stand van zaken, zoals heel goed onderstreept door de heer Van Gucht, is dat er ook bij wetenschappers onzekerheid is. Wetenschappers hebben echter een methode om daarmee om te gaan: de feiten verzamelen, de feiten kritisch bekijken, waar nodig een mening bijstellen, waar nodig een therapie bijsturen, waar nodig een strategie veranderen, maar alles op basis van feiten en analyse. Het is belangrijk om dat ook uit te leggen aan de bevolking.

Ik wil meteen tamelijk praktisch worden. Wat moeten we doen, hebben vele leden hier gevraagd. Wat heeft de politiek daarover te zeggen? Ik laat de heer Van Gucht dadelijk aanvullen wat ik zeg, want een aantal vragen wordt beter door hem behandeld.

Wat heeft de politiek in dezen te zeggen? Wat werkt met zekerheid tegen iets als de omikronvariant? Ik denk dat het eenvoudige maatregelen zijn, zoals een mondk masker dragen, ook voor kinderen. Wij weten met absolute zekerheid dat dit ook zeer goed werkt tegen deze omikronvariant. Ik meen ook dat wij aan de bevolking moeten zeggen dat we waarschijnlijk nog gedurende een lange periode mondk maskers zullen moeten gebruiken, misschien in bepaalde periodes intenser dan in andere periodes. Misschien zullen er periodes komen waarin mondk maskers weinig belangrijk zullen zijn, en komen er daarna opnieuw periodes waarin mondk maskers opnieuw belangrijk zijn.

Wij hebben in het verleden vaak de term 'jobbeleid' gebruikt om te zeggen dat het niet goed was snel allerlei veranderingen in het beleid door te voeren. Een jobbeleid is niet goed, maar wat we misschien wel aan de bevolking moeten beginnen meegeven, is dat we soms iets zullen moeten afschakelen en soms weer zullen moeten aanschakelen. Het kan een beetje een slingerbeweging worden. Dat moeten we vandaag meegeven aan de mensen. Dat geldt bijvoorbeeld voor het dragen van mondk maskers. In de zomer, wanneer men veel buiten loopt, zijn die minder belangrijk dan in de winter, wanneer men veel binnen zit. Dat geldt ook voor afstand houden.

Daarom ben ik vandaag toch een klein beetje ongelukkig als ik mensen hoor zeggen dat ze die mondk maskers voor kinderen weer zo snel mogelijk willen afschaffen. Nee, we weten niet of we die mondk maskers voor kinderen weer zo snel mogelijk kunnen afschaffen. Dat moeten we bekijken, vind ik.

Wat ook zeker werkt, is ventilatie. Ventilatie is erg onderschat in het begin. Ik meen dat wij nu met zekerheid weten dat ventilatie buitengewoon belangrijk is. Ik heb dus een voorontwerp van wet laten uitwerken door mijn administratie. Dat ligt op dit moment voor in de federale regering. Dat voorontwerp van wet omvat het hele probleem van de luchtkwaliteit en wil een basis vormen voor een ventilatiestrategie over de hele lijn. Dat is niet eenvoudig. Ik hoop dat mijn collega's mij erin willen volgen, want ik meen dat het zeer belangrijk wordt. We weten immers met zekerheid dat ventilatie werkt.

Waar we misschien iets minder zeker over zijn, is hoe het nu met de vaccins en de boosters zit. Ik zal niet alles herhalen wat de heer Van Gucht heeft gezegd en hij mag me gerust tegenspreken. De politieke conclusie kan ik als volgt samenvatten: we kunnen met betrekking tot de kwaliteit van de boosterprik nu beter het zekere voor het onzekere nemen en de vaccinatiecampagne ook inzetten als wapen, niet alleen tegen de huidige variant, maar ook tegen de omikronvariant. Er zijn veel aanduidingen en je kunt a priori ook met enige waarschijnlijkheid zeggen dat zo'n boostervaccin helpt. Daarom kun je beter het zekere voor het onzekere nemen en zeer sterk inzetten op de boosters.

Enkele leden vroegen of we moeten blijven vasthouden aan de schema's, namelijk een booster zes

maanden na Moderna en Pfizer, vier maanden na AstraZeneca en twee maanden na Johnson & Johnson. Moeten we die tijdsintervallen misschien inkorten? Ik heb daarover formeel advies gevraagd aan de Hoge Gezondheidsraad en aan de Taskforce Vaccinatie, na overleg met de andere ministers van Volksgezondheid. Ik wacht hun formele advies af, waarbij ook de operationele aspecten van de campagne ongetwijfeld zeer belangrijk zullen zijn.

U zult allicht uit de reactie van Vlaams minister van Volksgezondheid Wouter Beke al begrepen hebben dat hij sterk beklemtoont dat hij een operationeel schema hanteert in de Vlaamse vaccinatiecampagne, waarbij het ritme van die twee, vier en zes maanden goed werkt. Dat tempo veranderen is niet vanzelfsprekend, het is een operationele kwestie. Stel dat je ook snel kinderen tussen 5 en 11 jaar oud wilt vaccineren, dan moet je ook daar capaciteit voor ontwikkelen. Er zijn dus zowel wetenschappelijke en biomedische als operationele doelmatigheidsvragen wanneer we het hebben over die periodes van twee, vier en zes maanden en het eventuele inkorten ervan.

Na informeel overleg daarover met de andere ministers van Volksgezondheid heb ik dus formeel advies gevraagd van de Hoge Gezondheidsraad en de Taskforce Vaccinatie. Ik wacht daar momenteel nog op, maar we moeten dat met een open geest bekijken.

Un troisième élément dont nous sommes sûrs – je remercie Mme Fonck de l'avoir évoqué – est celui de la vaccination contre la grippe, et ce, notamment à l'adresse des personnes vulnérables. J'appelle tout un chacun, particulièrement les personnes âgées ou celles qui pour des raisons de comorbidités ou de contexte professionnel sont concernées, à se faire vacciner contre la grippe. Mme Fonck a raison, une incertitude existe. Nous voulons éviter à tout prix une combinaison de l'épidémie de covid (encore virulente) avec celle de la grippe saisonnière. La vaccination est, à cet effet, extrêmement importante.

Mevrouw Gijbels vroeg of ik scenario's zou ontwikkelen. Dat is een heel goede vraag. Wij weten nog niet met zekerheid waar we voor staan met de omikronvariant, maar ik ben u dankbaar voor het idee dat men in scenario's moet denken. Als men onzeker is, is dat niet slecht.

Mevrouw de voorzitter, ik wil meteen aangeven hoe ik tegen de volgende bijeenkomst van het Overlegcomité aankijk. Dat Overlegcomité zal zich niet buigen over versoepelingsmaatregelen. Mensen die denken dat het daarover zal gaan, vergissen zich van agenda. Naar mijn gevoel – en dit is ook wat de eerste minister daarover denkt – zullen er een viertal thema's voorliggen op de vergadering van het Overlegcomité vóór Kerstmis.

Het eerste thema is natuurlijk de epidemiologische situatie. Het tweede thema, dat we mijns inziens uitdrukkelijk op de agenda moeten zetten, is omikron. Wat betekent het verschijnen van de variant voor ons? Dat is een heel belangrijk agendapunt voor de volgende bijeenkomst van het Overlegcomité. Het derde thema waarover we zeker een eerste gedachteswisseling moeten hebben, is de vraag naar een beheersstrategie. Ik verwijs dan naar de terugkerende discussie over bijvoorbeeld de coronabarometer. Daarover verwachten we een uiteenzetting van het coronacommissariaat, niet noodzakelijk conclusief, maar dat moet op die vergadering van het Overlegcomité aan de orde zijn. Ik wil daarover straks nog iets meer zeggen.

Ten vierde, ik ga ervan uit dat de heer Facon nog geen finale versie zal hebben van het rapport dat we hem hebben gevraagd over de manieren om de vaccinatie maximaal te maken, weze het een algemene verplichting of een strategie van het type 2G of een andere strategie. Een vooruitgangsrapportering zou nuttig zijn.

Ik denk dat het Overlegcomité een zware agenda zal hebben, met de epidemiologische situatie, omikron, een gedachteswisseling over een beheersstrategie en indien mogelijk een gedachteswisseling over het werk dat de heer Facon aan het leveren is met betrekking tot 2G, vaccinatieplicht en andere strategieën om de vaccinatie te maximaliseren. Er zal dus niet veel tijd zijn om over versoepelingen te spreken.

Dat brengt mij, inhakend op wat mevrouw Gijbels en anderen hebben gezegd, bij de aanpak.

We moeten inderdaad te midden van grote onzekerheid nadenken of we iets meer voorspelbaarheid kunnen brengen in wat we doen. De kritiek op wat er de voorbije weken is gebeurd, is natuurlijk begrijpelijk: een dergelijke cascade van beslissingen leidt ongetwijfeld tot verwarring. Ik zou wel willen zeggen dat ik ervan overtuigd ben, wat men er verder ook over mag denken, dat de maatregelen die de voorbije maand

genomen zijn, een impact hebben. Dat ziet men ook aan het feit dat er snel een keerpunt is bereikt: ongeveer 14 dagen na de eerste vergadering van de reeks Overlegcomités zijn die maatregelen effect beginnen te sorteren. Met alle kritiek die we daarop kunnen hebben, hebben de maatregelen dus een impact. Dat moeten we ook aan de bevolking zeggen.

Er is echter inderdaad de vraag naar meer voorspelbaarheid. In het begin van de regeerperiode, nu meer dan een jaar geleden, lag er een voorstel op tafel vanuit de toenmalige Celeval voor de invoering van een coronabarofoon. Ik vond toen – en ik was niet de enige – dat dat nogal ingewikkeld was, misschien een beetje te mechanisch en niet zo gemakkelijk hanteerbaar. Het coronacommissariaat heeft dan een eenvoudiger voorstel uitgewerkt, waar we ook een andere naam aan gegeven hebben: de beheersstrategie. Daarin zaten in essentie twee alarmniveaus. Pedro Facon en ik hebben dat stevig verdedigd in het Overlegcomité, maar het is daar gesneuveld. Ik weet nog zeer goed hoe – ik zal geen details geven –, waar en wanneer; het was op 27 november vorig jaar. Jammer.

In de zomer hebben wij, dus het coronacommissariaat, mijn medewerkers en ikzelf, met de evenementensector een heel interessante onderhandeling gevoerd over een soort beheersstrategie, een soort *contingency plan* voor de evenementensector. Ik kan u alleen maar zeggen dat ook dat vervolgens, in de politieke discussies die op het einde van de zomer volgden, vermalen en gesneuveld is.

Waarom zeg ik dat? Ik ben voorstander van zo'n beheersstrategie, een eenvoudige barometer, *contingency planning*, in overleg met de sectoren. Maar het is dan wel heel belangrijk dat de politiek en al mijn collega's dat echt vragen, wensen en willen gebruiken. Als er daarvoor geen politiek draagvlak is, wordt het altijd weer doorkruist door politieke beslissingen die er haaks op staan.

Het is belangrijk om op een volgende vergadering van het Overlegcomité een gedachtewisseling te hebben over de nieuwe beheersstrategie, die de heer Facon zal inleiden. Het is belangrijk om te weten of er daarvoor een politiek draagvlak is en of de politieke wereld zich daarnaar wil schikken of niet. Ik denk, eerlijk gezegd, dat men met een beheersstrategie nooit het onvoorspelbare, het soms heel snel en onverwacht moeten schakelen, het herdenken van strategieën zal kunnen uitsluiten. We leven met fundamentele onzekerheid.

U weet dat ik een econoom ben. Een van de basisgegevens in de economische wetenschap is het verschil tussen *risk* en *uncertainty*. Wij hebben hier niet te maken met *risk*, met dingen waarvan men de probabiliteit kan berekenen. Wij hebben hier te maken met *uncertainty*, met onzekerheid. Men kan zelfs de probabiliteit niet berekenen. Dat is veel fundamenteeler. Daarmee hebben wij te maken. Deze academische bedenking even terzijde.

Mevrouw Gijbels, u hebt dus een goede vraag gesteld die mij een paar dingen heeft doen zeggen over het volgende Overlegcomité, over een beheersstrategie die essentieel is.

Mevrouw de voorzitter, ik kom dan aan de afzonderlijke vragen. Ik pik er degene uit die ik echt politiek moet beantwoorden. Ik ga ervan uit dat de heer Van Gucht een en ander zal aanvullen.

Mevrouw Samyn en andere leden stelden vragen over het reizigersverkeer. Op het vlak van internationaal reizigersverkeer heeft de Europese Unie vlug gehandeld. Reeds op vrijdag 26 november is het Europese noodremmechanisme geactiveerd. Er zijn gemeenschappelijke aanbevelingen aangenomen door alle lidstaten. Sinds 28 november geldt een inreisverbod en is het verboden voor personen die zich op enig moment in de afgelopen 14 dagen op het grondgebied van 9 landen in zuidelijk Afrika bevonden, om zich rechtstreeks of onrechtstreeks naar het Belgische grondgebied te verplaatsen. De 9 landen die zijn toegevoegd aan de lijst van landen met een zogenaamd heel hoog risico, zijn Botswana, Swaziland, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibië, Zambia, Zimbabwe en Zuid-Afrika.

Enkel wie de Belgische nationaliteit heeft of zijn hoofdverblijfplaats in ons land heeft, kan vanuit die landen terugreizen naar ons land. Daar zijn een aantal gangbare uitzonderingen bij, bijvoorbeeld gezinsleden van landgenoten, inwoners van Europese lidstaten in de Schengenzone die doorreizen naar hun eigen land, reizigers in transit die doorreizen naar landen buiten de Europese Unie en de Schengenzone, personen die reizen om dwingende humanitaire redenen, diplomaten en personeel van internationale organisaties voor essentiële reizen en vervoerpersoneel. Dat zijn uitzonderingen. Voor mensen die niet de Belgische nationaliteit hebben of niet hun hoofdverblijfplaats in ons land hebben, met inbegrip van die enkele uitzonderingen, is er dus een inreisverbod.

Wie nog naar ons land mag reizen, bijvoorbeeld een Belg die terugkeert uit een van de genoemde gebieden, moet niet alleen het PLF invullen, maar moet zich, resident of niet, hier laten testen op dag 1 en dag 7. Iedereen die terugkeert uit een derde land met een heel hoog risico, waarvan wij lijsten bijhouden, moet bovendien 10 dagen in quarantaine.

Die maatregelen – testen en quarantaine – zijn ook van toepassing op mensen die volledig zijn gevaccineerd.

Omdat België geen rechtstreekse vluchten heeft met de betrokken landen, worden extra controles gedaan op de PLF's en wordt opgevolgd of terugkerende reizigers de maatregelen strikt naleven.

Ik sprak over die bijzondere lijst van landen met een heel hoog risico. Er is een meer algemene maatregel afgesproken, namelijk voor derde landen, dus landen die niet behoren tot de Europese Unie of de Schengenlanden. Het gaat niet om derde landen die op de zogenaamde witte lijst staan. Ik heb het over derde landen die niet op de zogenaamde witte lijst staan. Voor die landen geldt het volgende. Reizigers moeten een negatieve test afleggen vóór hun vertrek naar België. Zij worden na aankomst zo snel mogelijk met een PCR-test getest. Een tweede test volgt na zeven dagen. Indien ze niet gevaccineerd zijn, moeten ze intussen in quarantaine blijven. Indien ze wel gevaccineerd zijn, kunnen ze na de eerste test uit quarantaine gaan.

Met andere woorden, wij hebben toch wel degelijk maatregelen genomen. Ik wil ook zeggen dat iedere positieve test met een *S gene dropout* natuurlijk genomisch gesequencet wordt. In geval van besmetting met omikron wordt door de bevoegde gezondheidsinspectie natuurlijk zeer nauw opgevolgd wat er moet gebeuren, vanzelfsprekend inbegrepen contacttracing en bronopsporing.

Mevrouw Depoorter, u had een vraag over de geneesmiddelen Molnupiravir en Paxlovid. Wat molnupiravir betreft, hebben wij bilateraal een contract onderhandeld met Merck. Wij hebben al 10.000 dosissen gekocht. Het contract laat toe om bilateraal meer schijven aan te kopen. Het staat eigenlijk open, alleen de aantallen liggen nog niet vast. De eerste 10.000 zijn gekocht en worden geleverd wanneer ze geproduceerd zijn. Dan kunnen we bijkomende schijven laten komen volgens het contract. Daarbij werd wel duidelijk afgesproken dat als er een Europese gemeenschappelijke aankoop van dat medicijn komt, we de Belgische bilaterale afspraak met Merck daarin inpassen.

Wat Paxlovid betreft, heb ik mijn collega's van het Beneluxa-initiatief, een samenwerkingsverband met de Benelux, Oostenrijk en Ierland inzake farmaceutica, voorgesteld om eventueel samen iets te doen. Daar zijn enkele reacties op geweest. Het is mogelijk dat we met enkele andere landen samen iets doen rond Paxlovid. Ik ga daar natuurlijk niet te lang op wachten. Eventueel moet België alleen een contract afsluiten voor Paxlovid, altijd vanuit dezelfde filosofie. Een Europese benadering heeft mijn voorkeur, maar ik wil daar ook niet per se op wachten.

Er zijn vragen gesteld over de therapeutische middelen Paxlovid en molnupiravir en wat we over omikron weten. De heer Van Gucht heeft dat al aangestipt, maar misschien moeten we het nog even hebben over wat we daarover al zouden kunnen weten. Ik durf daar op dit ogenblik niets over te zeggen, het hoort nog thuis in de lijst van onzekerheden.

Madame Zanchetta, vous avez posé une question concernant Novavax. Ces deux vaccins à protéine recombinante utilisent la protéine *spike* du virus SARS-CoV-2 comme antigène pour aider l'organisme à reconnaître et, idéalement, combattre le virus si une personne est infectée. La protéine *spike* permet au coronavirus de s'introduire dans les cellules humaines, dont celles des poumons.

Pour Novavax, le taux d'efficacité annoncé dans le contexte actuel est de 89,7 %. La Belgique a commandé 500 000 doses du vaccin Novavax, qui viendront renforcer notre campagne de vaccination en ciblant notamment les personnes allergiques au PEG – composant présent dans les vaccins à ARNm – ou les personnes ayant eu un effet secondaire grave lors d'une première injection avec un autre vaccin.

La *task force* Vaccination étudie en ce moment la manière dont ce vaccin Novavax pourrait être utilisé au mieux dans la campagne de vaccination. Les livraisons sont attendues dans le courant du mois de janvier. L'autorisation de l'EMA est attendue pour le 16 décembre.

Je n'ose rien dire au sujet de la relation avec omicron, je laisse cela aux scientifiques ici présents.

Nous avons l'idée d'utiliser Novavax en tant qu'élément précis dans notre campagne.

Pour Sanofi-GSK, le *rolling review* a débuté en juillet 2021 mais il y a des retards dans la soumission des données cliniques et les résultats de l'évaluation ne sont pas attendus avant février 2022.

Madame Rohonyi, vous avez posé des questions sur les thérapies et sur le *testing* – de même que M. De Caluwé. En ce qui concerne la capacité de *testing*, j'espère qu'on pourra poursuivre avec la capacité existante – en cours de rationalisation et de réduction. Ce n'est peut-être pas optimal mais on réduit le nombre de tests, par nécessité, pour les personnes ayant eu un contact à haut risque et qui sont vaccinées. Pour celles-là, il n'y aura plus qu'un test au cinquième jour, au lieu de deux, avec une période de quarantaine d'au moins trois jours. La sortie est autorisée à partir du quatrième jour avec un autotest. Cela devrait aider à rationaliser un peu l'usage de notre capacité de *testing*, le but étant de donner la priorité aux tests des personnes symptomatiques.

Il y a aussi des questions sur l'appel pressant aux autotests comme instruments auxiliaires – et je fais cet appel avec mes collègues. Nous croyons que c'est important dans l'enseignement, pour les individus, pour la sortie de quarantaine de ceux ayant eu un contact à haut risque.

Autre question importante, les autotests sont-ils encore fiables dans un contexte omicron? Je laisse M. Van Gucht y réfléchir et nous donner un élément de réponse.

Madame Rohonyi, tout comme la présidente, vous avez à juste titre souligné la problématique de notre solidarité internationale. Je vais être bref. Je crois qu'au niveau européen, la Belgique est l'un des pays qui se dit prêt à toutes sortes d'initiatives innovantes et créatives pour renforcer la capacité d'autres pays à produire des vaccins et à réaliser des campagnes de vaccination. La Belgique n'est pas un frein en la matière. D'ailleurs, je ne vais pas redire qu'au niveau de COVAX, nous réalisons un effort important – mais qui n'est certes pas suffisant. Mme Kitir s'est aussi prononcée à ce sujet. Il y a vraiment un défi de solidarité internationale important et que je souligne. La Belgique n'est pas et ne peut pas être un frein en la matière.

Mevrouw Depoorter, ik heb niet goed begrepen wat u zei over die Franse bijsluiter. Wilt u daarmee zeggen dat die zelftest in een ander land gekocht is?

**01.19 Kathleen Depoorter (N-VA):** Die zelftest is om de hoek in een supermarkt gekocht, had een verpakking enkel in het Frans en een bijsluiter enkel in het Frans. Dat is uiteraard tegen de wetgeving. Elk medisch hulpmiddel dat wordt verkocht in België, moet een bijsluiter in de drie landstalen hebben. Dat is gemeld aan het FAGG. Het FAGG heeft geantwoord op de hoogte te zijn van de situatie en de winkelier te contacteren. Natuurlijk wil dat niet zeggen dat er zaken uit de handel worden gehaald.

Wat zult u daaraan doen? In hoeverre zijn die testen valabel en betrouwbaar?

**01.20 Minister Frank Vandenbroucke:** Ik zal dat opnemen. Ik was niet zeker of ik het incident goed begrepen had.

Mevrouw Farih, op het laatste Overlegcomité heeft de heer Facon een tabel uitgedeeld met wat we uit metastudies weten over de effectiviteit van strategieën. Ik zal niet herhalen wat daarin stond. Toen ik daarop inging tijdens het Overlegcomité, heeft dat aanleiding gegeven tot enige discussie. Studies over de effectiviteit van maatregelen bestaan, maar we moeten dat misschien hernieuwen. Dat doen Sciensano of het Kenniscentrum niet echt bij ons. Het zijn typisch internationale consortia of wetenschappelijke instellingen die dat soort metaonderzoek uitvoeren. We kunnen ons daarop baseren. Dat is inderdaad belangrijk.

J'en viens aux questions importantes de Mme Taquin et de M. De Caluwé. Madame Taquin, j'espère que vous ne m'en voudrez pas de vous répondre en néerlandais, car mon texte est en néerlandais et je ne veux pas improviser sur la question des vaccins et des variants: quand disposerons-nous de vaccins aussi efficaces contre le variant omicron? Quelles sont les procédures et que peut-on espérer en la matière?

Kort samengevat, de Europese Commissie volgt zeer nauwgezet alle wetenschappelijke informatie die beschikbaar komt over de werkzaamheid van de bestaande vaccins tegen de nieuwe variant. Waarom

verwijs ik naar de Europese Commissie? Omdat de aankoopcontracten op dat niveau gemaakt zijn. België volgt de Europese informatieverzameling in de Steering Board, die de begeleiding doet van de Joint Procurement Agreement van de gemeenschappelijke aankopen. De Europese Commissie heeft dus een continue dialoog met vaccinproducenten zoals Pfizer, Moderna en Johnson & Johnson.

Men verwacht de eerste meer betrouwbare neutralisatiestudies op korte termijn, maar dat zijn studies die louter het effect van virusneutraliserende antistoffen bestuderen. Daarover heeft Steven Van Gucht het al gehad. Op korte termijn zullen we dus studies krijgen over het effect op de antistoffen. Minstens even belangrijk in het voorkomen van ernstige covid is het effect van varianten op de T4- en T8-geheugencellen. Die testen worden momenteel uitgevoerd door de firma's. Uiteindelijk hopen we meer inzicht te krijgen uit observationele studies op patiënten uit bijvoorbeeld Zuid-Afrika en vermoedelijk ook andere landen.

*Voorzitster: Karin Jiroflée.*

*Présidente: Karin Jiroflée.*

Mevrouw Taquin, toen we te maken kregen met de deltavariant, gaven studies uit onder meer het Verenigd Koninkrijk heel belangrijke inzichten voor onze vaccinatiestrategie in de context van de deltavariant. Indien een variantaanpassing nodig is, leert de feedback die we nu krijgen van Pfizer op het Europese niveau dat het mogelijk zou moeten zijn om dergelijke aanpassingen tegen maart 2022 te doen. Dat staat ook zo in het contract tussen Pfizer en de Europese Commissie. Een soortgelijke clause werd ook met Moderna afgesproken.

Ik heb het over het contract waartoe België is toegetreden.

Een eventuele aanpassing aan de variant is dus opgenomen, maar een uiteindelijke beslissing daarover zal afhangen van wetenschappelijk onderzoek dat nog lopende is. De definitieve beslissing zal op het Europese niveau worden genomen. Ik denk wel dat we die beslissing op korte termijn zullen krijgen, maar ik kan daarop niet vooruitlopen.

Madame Taquin, en ce sens, je fais confiance au contrat établi, qui oblige l'industrie – en l'occurrence Pfizer et Moderna – à apporter des ajustements et des adaptations si nécessaire. Ils ont la capacité scientifique pour le faire. Des décisions interviendront donc assez rapidement, mais il faut également tenir compte du délai de production, qui peut être ennuyant en termes de délai. En effet, on n'aura pas tout cela dans les trois mois à venir. Je reviens dès lors sur une des choses que j'ai dites. Et M. Van Gucht peut me corriger d'un point de vue scientifique. Même si on sait que des vaccins adaptés seront peut-être produits et disponibles, en attendant, pour être vraiment sûrs – *het zekere voor het onzekere nemen* –, je crois qu'il faut utiliser le booster pour sécuriser notre situation.

J'ai demandé un avis au Conseil Supérieur de la Santé et à la *task force* Vaccination pour savoir s'il est indiqué d'éventuellement modifier légèrement l'intervalle de temps entre la vaccination de base et le booster qui est normalement administré deux mois après le vaccin Janssen, quatre mois après l'AstraZeneca et six mois après le Pfizer et le Moderna.

*Présidente: Sofie Merckx.*

*Voorzitster: Sofie Merckx.*

Ik heb lang gesproken, maar ik dacht dat het toch nuttig was om in dit debat wat klaarheid te scheppen over de vragen die gesteld zijn. Ik stel voor dat de heer Van Gucht mij aanvult, onder meer over het afvalwater. Ik zou suggereren, mevrouw Gijbels, dat de heer Van Gucht dat ook oppikt.

**01.21 Steven Van Gucht:** Dank u wel, mijnheer de minister. Ik zal meteen inpikken op het laatste, betreffende de aanpassing van de vaccins aan nieuwe varianten.

Het is logisch dat firma's daarmee bezig zijn. Men heeft niet de luxe om te wachten. We moeten wel opletten dat we niet telkens de varianten achterna hollen. We moeten verder vooruitkijken. Stel dat men nu het vaccin aanpast aan de omikronvariant – al vind ik het goed dat men daarmee begint, men weet immers maar nooit –, dan kan dat ten vroegste pas over drie maanden op de markt komen, terwijl we tegen dan onze omikrongolf misschien al gehad hebben. Als omikron werkelijk zo besmettelijk is als uit sommige projecties blijkt, dan zal dat vaccin er pas komen als omikron zijn ding al gedaan heeft. Dat is bovendien een risico dat we nog een aantal keren zullen lopen. Men moet daar volgens mij een andere strategie voor ontwikkelen.

Wat men beoogt met een vaccin, is dat men ongeveer in het midden van 'de immunologische map' blijft, zodat men een immuniteit krijgt die breed genoeg is om een brede waaier aan varianten te kunnen neutraliseren.

Tot nu toe is dat vrij goed gelukt. Met het oorspronkelijke vaccin, dat nog altijd op de Chinese stam is gebaseerd, hadden we een goede werkzaamheid tegen alfa, bèta, gamma en ook delta. Er waren zeker verschillen, maar ze waren nog altijd aanvaardbaar. Uit de ziekenhuisgegevens blijkt dat die vaccins nog altijd goed beschermen. We moeten dus ergens in het midden zitten van de mogelijke variaties, ik denk dat dat een betere strategie is op langere termijn en dat we zo moeten denken.

Men kan voor een vaccin een stam kiezen die ergens het midden houdt, maar men kan eventueel ook overwegen om combinaties te maken van verschillende varianten die zowat het spectrum bestrijken. Echter, we moeten eerst gaandeweg nog leren wat het spectrum is. Met de omikronvariant hebben we nu waarschijnlijk een ander uiteinde van het spectrum. Theoretisch hebben we wel al een idee over hoeveel groter het spectrum nog kan worden, maar ik denk dat men in die zin verder moet redeneren, want de varianten volgen elkaar op dit moment heel snel op. Dat komt omdat we nog altijd in de pandemie zitten en niet in een endemische situatie. Dit evolueert heel snel en men kan het niet achterna blijven hollen.

Los daarvan denk ik dat het wel belangrijk is om daar toch op in te zetten.

Wat met de eiwitvaccins? Ik denk dat het goed is dat België ook die eiwitvaccins bestelt en besteld heeft, zeker voor de mensen die allergisch reageren op de RNA-vaccins, meer bepaald op polyethyleenglycol, een bepaalde component van RNA-vaccins. Voor de duidelijkheid, die allergische reactie is zeldzaam, het gaat om heel weinig mensen, maar het lijkt mij wel goed om voor hen een alternatief te hebben. De eiwitvaccins lijken goed te presteren, eigenlijk net als de RNA-vaccins. Soms merk ik bij mensen wat weerstand tegen RNA en hebben ze meer vertrouwen in het eiwitvaccin, maar naar mijn mening is dat ongegrond. Toch is het goed om een portefeuille met alternatieven open te houden.

Er werd ook een vraag gesteld over het mechanisme. Waarom zijn drie dosissen van het vaccin beter dan twee dosissen? Ik denk dat er twee aspecten spelen. Ten eerste, bij wie een derde dosis krijgt, gaan de antistoffen opnieuw de hoogte in. Na enkele maanden zakt het aantal antistoffen, maar de derde dosis doet het aantal antistoffen opnieuw met het vijf- tot tienvoudige de hoogte in gaan. Dat zal waarschijnlijk maar een tijdelijk effect zijn, maar hoe hoger de waarden zijn, des te groter is de kans op werkzaamheid tegen een meer afwijkende variant. In dat eiwit blijven namelijk altijd delen zitten die herkend worden, al is het vaak maar een kleine fractie van de antistoffen. Als we de totaliteit van de antistoffen de hoogte injagen, dan krijgt men ook genoeg minoritaire antistoffen die toch werkzaam worden. Het gaat dus gewoon om een verhoging van het effect van de antistoffen.

Er speelt nog een tweede mechanisme, dat meteen een argument is om niet te snel te booster. In zekere zin wil men het immuunsysteem een beetje rust gunnen en niet dan stimuleren, want daar zit een heel rijpingsproces achter. We weten dat het immuunsysteem kan *matureren*, verder kan uitrijpen. Meestal gaat dat ook gepaard met een grotere diversificatie in de responsen.

Het kan zijn dat met een extra dosis van hetzelfde vaccin de respons breder wordt dan die vroeger was. Soms kan men zelfs een respons uitlokken tegen een variant die niet in het vaccin zit en die men nooit is tegengekomen, maar die door de maturatie is bewerkstelligd. Een booster kan in dat opzicht zeer nuttig zijn. Men hoeft niet noodzakelijk de nieuwe variant erin te steken om toch een bredere respons te krijgen. Dat is het idee dat daarachter zit.

Het advies om het interval tussen de tweede en de derde dosis in te korten moet van de Hoge Gezondheidsraad komen. Als dat interval iets langer is, kan men de stimulatie misschien toch iets beter tot haar recht laten komen.

Wat het testen betreft in het licht van de subvariant met en zonder *S dropout*, een heel technisch gegeven, hadden wij als het ware geluk dat de omikronvariant in eerste instantie met zo'n *S dropout* kwam. Dat maakte het ons iets gemakkelijker om hem snel te herkennen in het labo. Maar de *S dropout* is geen noodzakelijke voorwaarde. Normaal, als men een variant wil karakteriseren, gaat men meestal over tot een tweede ronde van testing, de sequencing. Dat kan men altijd doen. *Dropout* of geen *dropout*, men doet de sequencing van het staal en dan weet men exact welke variant erin zit.

Omdat de omikronvariant vaak die *S dropout* heeft, is het iets gemakkelijker, want met bepaalde PCR-testen kan men al direct in de eerste ronde zien dat het wel eens om omikron kan gaan, want in plaats van drie positieve signalen krijgt men er maar twee. Dat is een *red flag*, een knipperlicht dat het virus in het staal wel eens omikron zou kunnen zijn en dat het zeker naar de tweede ronde van testing moet worden verwezen.

Als blijkt dat er een subvariant begint te circuleren die de *S dropout* niet heeft, houdt men daar geen rekening mee en zal men automatisch tot de tweede ronde overgaan en doet men de sequencing.

Eigenlijk kregen we dus in het begin een klein cadeau van die variant, aangezien hij zo'n specifiek signaal gaf. Dat gebeurt trouwens niet bij alle PCR-testen. Ongeveer één op vier labo's gebruikt een PCR-test die toelaat de *S dropout* te herkennen. Dat is puur toeval. Wij hebben daar gewoon geluk mee gehad. De deltavariant heeft die *S dropout* bijvoorbeeld niet.

Voor onze *surveillance* is die *dropout* niet noodzakelijk. Wij kunnen deze variant ook oppikken zonder die *dropout*. Wij hebben een *baseline surveillance*. Dit wil zeggen dat wij willekeurig 5 à 10 % van alle positieve stalen in België verzamelen en sequencen, zo willekeurig en representatief mogelijk, om te weten wat er circuleert. Momenteel is dat nog steeds vooral delta. Binnenkort zullen daar omikronstalen tussen komen te zitten. Het gaat dus om 5 à 10 % van de positieve stalen. Men kan zeggen dat dit niet genoeg is om een zeldzame variant op te pikken. Dat is juist. Als die heel zeldzaam is, zal men die niet onmiddellijk oppikken. Men mag echter niet vergeten dat die *sequencing* heel duur is. Dat is heel omslachtig, dat is een duur proces. 5 à 10 % is niet min. Wij komen van 20.000 besmettingen per dag. Wij zitten nu aan ongeveer 15 à 16.000. Men spreekt dus reeds snel over 1.500 *sequencings* per dag. Dat is heel veel, dat is een heel dure operatie. Het leert ons wel iets. De grote evoluties zien wij wel. Dat is de *baseline surveillance*. Die is representatief. Die geeft ons de grote lijnen weer van wat er circuleert.

Wij hangen niet alleen daarvan af. We hebben ook een actief surveillancesysteem. Daar sequencen wij heel gericht. Bijvoorbeeld, iemand komt binnen uit Zuid-Afrika, test positief met een PCR-test, *dropout* of geen *dropout*, hij wordt gesequencet. Wij kiezen dan gericht. Het is niet zomaar om het even wie, wij hebben eigenlijk reeds een vermoeden, er is reeds een hogere probabiliteit dat dit omikron kan zijn. Wij sequencen die dus zeker. Dat gebeurt nu ook. Als men weet dat het een hoogrisicocontact is van iemand die omikron heeft, gaat men het ook sequencen. Dat zijn dan die meer dan 30 bevestigde gevallen die wij reeds hebben. Die worden voornamelijk op die manier opgepikt.

Het is echter sowieso niet sluitend. Het is bijna onmogelijk om heel zeldzame varianten onmiddellijk op te pikken. Men moet dan bijna alles sequencen. België kan zijn huiswerk zeer goed doen, maar wij zitten in Europa en in de wereld. Het grootste probleem is vooral dat er nog steeds zeer veel landen zijn die nauwelijks of niet sequencen. Er zijn ook grote verschillen binnen de Europese Unie. Men moet maar eens kijken naar Oost-Europa. Alhoewel zij zeer sterk gestimuleerd zijn om ook maximaal in te zetten op sequencen, er zijn daar Europese fondsen voor, ziet men grote verschillen. Uit sommige landen krijgen wij onvoldoende informatie daarover.

Het zijn de landen die ons informatie geven die vaak rood kleuren op de kaart. Dat zijn meestal de betere leerlingen. Dat blijft een probleem en dat zullen we in België ook niet oplossen door onze sequencingcapaciteit nog verder op te drijven. Ik denk dat het belangrijker is om ook andere landen te stimuleren om die inspanning op hetzelfde niveau te krijgen. Er zijn ook landen die dat fantastisch doen, zelfs nog beter dan België, maar algemeen zit België bij de betere. We zijn nog niet zo volledig als het Verenigd Koninkrijk of Denemarken, maar we zitten zeker bij de betere leerlingen als we kijken naar het aantal stalen dat we sequencen. Onze *baseline surveillance* is niet perfect, maar ik vind ze zeker niet ondermaats.

Wat betreft het afvalwater, dat is een goede opmerking. Op dit moment is dat nog niet mogelijk, maar we werken eraan om te weten hoeveel genetisch materiaal van het coronavirus in het afvalwater zit. Dat geeft ons dan een idee over de algemene circulatie van het virus in een stad, een gemeente of een gebied waarvoor dat afvalwater representatief is. In principe zou het mogelijk zijn om ook de sequenties te bepalen, maar dat is niet zo evident. Het gebeurt in sommige landen en er wordt gewerkt aan die methodologie, maar men moet wel beseffen dat men dat alleen maar zal merken als die variant zich heel sterk begint te verspreiden. Als het maar om 1 of 2 % van de besmettingen in die streek gaat, zal men dat niet oppikken in het afvalwater. Dat is niet gevoelig genoeg. Het dient eerder om de grote dynamieken in de tijd te bestuderen, maar om een zeldzaam iets op te pikken, zal het nooit voldoende gevoelig zijn.

De methode is wel erg interessant en ik sta er volledig achter. Er wordt ook hard aan gewerkt. Ik zou echter niet verwachten dat dit de manier wordt om iets zeldzaams op te pikken.

Er was een vraag over de leeftijdsverdeling bij de omikronpatiënten in Zuid-Afrika. Er is een signaal gegeven dat veel jonge mensen besmet zijn en ook in het ziekenhuis liggen, zelfs kinderen. Zeker wat die kinderen betreft, denk ik dat het te vroeg is om daar epidemiologische en medische conclusies uit te trekken. We mogen ook niet vergeten dat we ook in België elke dag te maken hebben met ziekenhuisopnames van jonge kinderen, want 6 à 7 % van de opnames betreft jonge kinderen met de deltavariant. Meestal gaat het wel om milde gevallen, die uit voorzorg naar het ziekenhuis gaan, bijvoorbeeld wanneer ze hoge koorts ontwikkelen, en die na twee à drie dagen het ziekenhuis weer mogen verlaten. Het is zeer uitzonderlijk dat zo'n kind op de intensieve zorg belandt en overlijdt. Die 6 à 7 % betreft wel vaak de allerjongste kinderen. In Zuid-Afrika wordt hetzelfde vastgesteld. Het is echter nog te vroeg om vast te stellen of er iets bijzonders aan de hand is en om uitspraken te doen over het feit of dat gerelateerd is aan de omikronvariant.

Hetzelfde geldt voor de oudere leeftijdsgroepen. Ouderen zijn bij uitstek de personen die zich in Zuid-Afrika wel hebben laten vaccineren. Desondanks bereiken zij daar niet onze Belgische vaccinatiegraad. Ook daarover is het te vroeg om iets te zeggen, behalve dan dat de meeste besmettingen zich tot nu toe bij jonge mensen voordeden. Ik denk dat dit vaak te maken heeft met de contacten. Jongere mensen hebben sowieso veel meer contacten. De eerste uitbraken deden zich voor in een studentenpopulatie aan universiteiten. Het aantal contacten is daar nu eenmaal vele malen groter dan bij de doorsnee zeventigers of tachtigers. Daar zit volgens mij dus al een belangrijke verklaring. Voor het overige is het te vroeg om daar veel over te zeggen.

Er is ook gesproken over zelftesten en de teststrategie. Wat met zelftesten en antigeentesten en hun werkzaamheid ten aanzien van de omikronvariant? We hebben nog meer gegevens nodig, maar de eerste resultaten die ik heb gezien zijn bemoedigend, want de testen werken.

Het gaat vaak om heel beperkte en preliminaire studies, maar wij zien dat de antigeentesten omikron kunnen oppikken en dat er een mooi signaal zichtbaar is. De twee streepjes komen heel mooi door. Dat is ook wat ik had verwacht, omdat de antigeentesten het nucleocapside antigeen van het virus herkennen. Het gaat niet over het spike-eiwit of uitsteeksel waarop heel veel mutaties zitten, het gaat om een eiwit dat binnenin het virus zit en dat beter geconserveerd is, ook bij omikron. Er zijn wel enkele mutaties, maar volgens mij onvoldoende om ervoor te zorgen dat een dergelijke antigeentest of zelftest niet meer zal werken. Het lijkt mij dus logisch dat ze blijven werken. De eerste resultaten die ik heb gezien, zijn bemoedigend. Een en ander zal zeker nog nader worden bestudeerd, maar voorlopig ziet het er goed uit.

Ik heb ook nog de vraag gekregen of de huidige teststrategie is aangepast aan omikron. Die strategie is echter ook niet ideaal voor de deltavariant. Het feit dat wij maar één test hebben, namelijk op dag 5, op dag 3 tot 6 of een zelftest op dag 4, en er wordt verwacht dat mensen tot dan in quarantaine blijven, is een operationele beslissing, om de druk weg te nemen bij de huisartsen. Dat is een heel begrijpelijke reden. Wanneer het veld niet kan volgen, moet er iets worden gedaan aan de strategie.

Is dat ideaal? Nee, dat is het niet. De vorige strategie, waarbij zo snel mogelijk werd getest na een hoogrisicocontact, gevolgd door een tweede test op dag 7, is veel beter. De niet-gevaccineerde bleef daarbij in quarantaine en de gevaccineerde mocht uit quarantaine komen. Wij kunnen stellen dat indien we omikron echt willen tegenhouden en indien het klopt dat die variant heel vlot besmettingen veroorzaakt, het ook voor gevaccineerde mensen met maar twee dosissen of zelfs met een natuurlijke besmetting niet ideaal is dat ze niet in quarantaine moeten na een hoogrisicocontact. Het virus kan zich dan vlot verspreiden.

Dus nee, de strategie is niet echt aangepast om één en ander echt helemaal te controleren. Wij moeten daar echter ook mee opletten. Het zal vooral draaien rond de vraag wat de impact van omikron zal zijn op ernstige ziekte en op onze ziekenhuisbezetting. Wanneer het voornamelijk om milde besmettingen gaat, zijn dat niet de besmettingen waarvan wij voortdurend wakker liggen. Dat is wel het geval indien die besmettingen voorspellen wat er in de ziekenhuizen zal gebeuren.

Om transmissie tegen te houden, is de huidige teststrategie beter dan helemaal niks doen. Ze is echter zeker niet ideaal, maar dat geldt net zo goed voor de deltavariant. Ik zou exact hetzelfde hebben verteld met betrekking tot de deltavariant.

Wat virusremmers betreft, is er het reeds genoemde molnupiravir, de proteaseremmer van Pfizer en verder remdesivir, dat momenteel al in de ziekenhuizen gebruikt wordt. We wachten nog op data, ik heb nog geen studies gezien. Op basis van mijn kennis van virussen verwacht ik echter op het eerste gezicht geen groot probleem. Bij die virusremmers is de kans op resistentie niet zo groot. Je ziet dat die virusremmers meestal inwerken op plaatsen van het virus die vrij goed geconserveerd zijn. Dat geldt voor remdesivir, een polymerase, het geldt voor molnupiravir en ook voor de proteaseremmer van Pfizer. Ik acht de kans dus relatief klein dat omikron hieraan ontsnapt. Ik wacht op data want ik heb nog geen bewijs gezien, maar ik vermoed dat deze virusremmers werkzaam zullen blijven.

Het blijft wel een open vraag hoe goed de virusremmers gaan werken, ook tegen delta. Over molnupiravir zei de firma aanvankelijk dat die pil bij tijdige inname 50 % bescherming biedt tegen ziekenhuisopname. Dat is nu al gezakt tot 30 %. We zullen ook moeten afwachten hoe groot de bescherming op het terrein zal zijn, want in de realiteit is de werkzaamheid meestal lager omdat de omstandigheden waarin medicijnen worden genomen, niet ideaal zijn. Ik ben blij dat dit medicijn op komst is, maar we moeten nog afwachten hoe goed het zal werken op het terrein. Wel hoop ik dat de werkzaamheid bij omikron ongeveer dezelfde zal zijn, aangezien het inwerkt op andere plaatsen van het virus, meestal beter geconserveerde delen.

Er was een vraag over de patenten. Minister Vandenbroucke heeft daarop geantwoord. Dat is voor een groot stuk een politieke vraag. Ik ben er persoonlijk voorstander van om zo snel mogelijk de hele wereld te vaccineren. We zullen daar met zijn allen voordeel bij hebben. De kans dat er dan zo'n snelle opeenvolging van varianten komt, zal kleiner worden. Er zullen altijd varianten komen, zelfs als iedereen gevaccineerd is, maar ze zullen misschien minder snel op elkaar volgen. We zullen wat meer ademruimte en tijd krijgen.

Misschien moeten daarvoor patenten opgeheven worden. Ik ben daar geen specialist in. Als je aan bijvoorbeeld de DRC een patent geeft, los je het probleem nog niet op. De productie van de vaccins is heel complex, complexer dan bijvoorbeeld een virusremmer maken. Dat is pure chemie. Een vaccin maken, is een biochemisch proces. Dat is een stukje complexer, moeilijker te controleren. Dat vraagt veel knowhow en kennisoverdracht. Dat is heel belangrijk. De vraag is of het opheffen van een patent de beste strategie is. Moet de technologie in licentie worden gegeven? Zo worden andere landen en fabrikanten ondersteund in het maken van die vaccins en wordt er ook aan kennisoverdracht gedaan. Het is niet mijn expertise, maar vaccins moeten zo veel mogelijk beschikbaar zijn voor alle landen in de wereld, in de eerste plaats voor die landen zelf, maar ook voor ons.

Wat de sneltesten betreft, is er een heel amalgaam van merken dat wordt aangeboden. Er zijn ook grote verschillen in kwaliteit tussen die testen, ook in performantie, naar gevoeligheid en specificiteit toe. Daar zit toch wel een lacune. We geven niet echt een goede leidraad aan de mensen wat nu de goede testen zijn en welke beter niet gekocht worden. Als er op dit moment een CE-label is, is het goed. De fabrikant doet een studie en geeft de resultaten mee, maar ik zou het liefste zien dat dat op een onafhankelijke manier wordt onderzocht en dat we een leidraad geven over de betrouwbare en minder betrouwbare testen. Ik heb zelf ook al zelftesten gekocht. Soms heb ik er moeten kopen omdat er geen andere waren waarvan ik op voorhand al dacht dat ze niet de beste koop waren. Het zou goed zijn als daar een betere leidraad voor komt.

**01.22 Ellen Samyn (VB):** Dank u, mijnheer de minister en mijnheer Van Gucht, voor uw antwoorden.

Zolang er geen absolute zekerheid is over de aard en de impact van de nieuwe variant, is absolute voorzichtigheid geboden. We moeten ons de vraag durven te stellen in hoeverre er in derde landen correct geregistreerd en gerapporteerd wordt. Zeker in het licht van het feit dat we volop in de vierde golf zitten en in het licht van de huidige coronacijfers is het van het grootste belang er alles aan te doen om de intrede van die nieuwe variant in de mate van het mogelijke tegen te houden of op zijn minst af te remmen en te vertragen.

Ik verneem van de minister dat hiervoor een aantal inspanningen zijn gedaan, ook op Europees niveau, maar ik blijf wat op mijn honger zitten als ik die stuitende berichten opvang in de pers over reizigers die nog steeds gemakkelijk tot hier raken. Recent waren er nog berichten dat reizigers uit Zuid-Afrika vrij gemakkelijk ons land zijn binnengekomen. Ik hoop dat daar nauwgezet controle op wordt uitgeoefend.

**01.23 Laurence Hennuy (Ecolo-Groen):** Madame la présidente, c'est Mme Creemers qui va prendre la parole.

**01.24 Barbara Creemers** (Ecolo-Groen): Dank u, professor Van Gucht en mijnheer de minister. Dit is een voorbeeld van wat collega Gijbels bedoelde met de technische sessie die we in de COVID-19-commissie hebben goedgekeurd. We hebben een aantal technische sessies gehad met enkel een vertegenwoordiger van Sciensano en daarbij bleef ik altijd op mijn honger zitten. U twee kunt elkaar aanvullen en ik heb nu het gevoel dat we vandaag alle nodige antwoorden hebben gekregen, waarvoor oprecht dank.

Mijnheer de minister, ik steun u waar u zegt dat de voorbereidingen voor het Overlegcomité van 22 december over de omikronvariant moeten gaan en hoe ons daarop voor te bereiden. Ik erger mij waarschijnlijk net als u geel en groen en alle kleuren van de regenboog aan het opbod dat is begonnen over wat er weer open moet gaan na 22 december. Ik hoop dat we de focus weer op de essentie leggen: hoe gaan we om met de situatie nu en met wat ons nog te wachten staat?

Tot slot nog een kleine opmerking over de patenten en dat we pas veilig zijn als iedereen veilig is. Ik begrijp professor Van Gucht met de vraag of het nu via patenten moet. Het is een zeer ingewikkelde situatie. Het doel dat we voor ogen hebben, is massale kennisdeling, iets wat nu niet gebeurt. We moeten een manier vinden om de bedrijven die nu met vaccins bezig zijn, aan te porren of te verplichten om massaal aan kennisdeling te doen. De patenten lijken logisch, maar hoe gaan we het dan doen? Daarop moet u niet antwoorden, maar ik blijf met de vraag zitten. De omikronvariant leert nog maar eens dat we pas veilig zijn als de hele wereld veilig is. We moeten het debat blijven voeren over de vraag hoe we tot massale kennisdeling komen als de bedrijven het niet vrijwillig doen. Daar blijf ik mee zitten, maar daar hebben we het waarschijnlijk nog een andere keer over.

**01.25 Dominiek Snelpe** (VB): Mijnheer de minister, ik ben blij dat u zegt dat wetenschap twifelen is, debatteren, een proces van voortschrijdend inzicht en dat we onze conclusies qua maatregelen moeten aanpassen. In schril contrast daarmee staat de politiek. Het wetenschappelijk inzicht verandert wel, maar het politieke inzicht blijft hetzelfde. Dat is uitermate jammer. Dat wilde ik even zeggen.

Mijnheer Van Gucht, bedankt voor uw heldere uitleg. U hebt bij mij nog een aantal vragen opgewekt.

U zegt dat de vaccins aangepast moeten worden aan de omikronvariant, dus dat we achterlopen. Kunt u een vergelijking maken met het griepvaccin? Van wat ik mij herinner uit wat ik lees en hoor, wordt het griepvaccin ook steeds geënt op het virus van het voorgaande jaar.

**01.26 Steven Van Gucht:** De griepvirussen volgen elkaar minder snel op. Bij griep hebben we één epidemie per jaar, meestal in de periode januari, februari en maart. Wij kunnen ons baseren op wat er zes maanden tevoren in het zuidelijk halfrond is gebeurd, want de griepvirussen circuleren meestal wereldwijd. Wanneer bij ons de winter intreedt, kunnen we nagaan welke de dominante griepvarianten waren tijdens het winterseizoen in het zuidelijk halfrond, zes maanden eerder dan ons winterseizoen. Ons griepvaccin kan aan die varianten aangepast worden. Er zit meer tijd tussen, waardoor een aangepast vaccin gemaakt kan worden. Zelfs met die extra tijdsruimte is het soms nog zeer moeilijk. Er kunnen vergissingen gemaakt worden, bijvoorbeeld als niet de juiste variant in het vaccin terechtkomt, wat resulteert in een jaar waarin het vaccin wat minder werkt. We zien echter altijd wel een zekere werkzaamheid, het is nooit zwart-wit, het is nooit on-off, maar als de match wat minder is, zal het griepvaccin wat minder werken. Er is dus meer tijd, het volgt elkaar minder snel op.

In geval van het coronavirus volgen de varianten elkaar wel heel snel op. We zitten namelijk nog volop in de deltagolf, terwijl de volgende variant al begint te circuleren. De reden is dat we in een pandemie zitten en dat de varianten elkaar te snel opvolgen. Wereldwijd zijn er ook nog te grote verschillen in de vaccinatiegraad, dat speelt ook een rol. Bij de griep gaat het net iets trager, waardoor er beter geanticipeerd kan worden.

**01.27 Dominiek Snelpe** (VB): Dank u.

Ik heb nog een bijkomende vraag, over wanneer het virus endemisch wordt. U zegt dat het virus nog niet endemisch is, wat u daarnet nog herhaald hebt. Vanaf wanneer kunnen we corona endemisch noemen?

**01.28 Steven Van Gucht:** Om van een endemische situatie te spreken, moeten we een soort van stabiele, lage circulatie van het virus hebben, waarbij we eerder een beeld krijgen alsof het om griep gaat. Bij griep is er in een bepaalde periode van het jaar heel weinig circulatie en in het najaar en de winterperiode zien we opstoten. Belangrijk is dat die opstoten op een gegeven moment steeds kleiner worden, als we kunnen rekenen op een brede basisimmunitet bij de bevolking. Ik vermijd het woord 'groepsimmunitet' want dat

impliceert misschien te veel dat er geen viruscirculatie meer is, wat we niet mogen verwachten, maar wel dat het zorgsysteem niet meer in de problemen komt. Daar zitten we nog niet, want de golven zijn te hoog en ons zorgsysteem kan dat niet aan. Onze hoop is wel dat, met het verstrijken van de tijd, met de opeenvolging van de golven, die golven kleiner worden en dat we die op den duur kunnen laten voorbijgaan zoals een griepgolf onder relatief normale omstandigheden. Let wel, een griepgolf is ook zwaar, want de zorg kreunt dan ook, maar het is bij een griepgolf niet nodig om afdelingen te sluiten of extra IC-bedden te creëren.

Het gaat dan om een tijdelijke aanpassing en het is nog beheersbaar.

Wanneer zal die periode komen? Is dat volgend jaar? Is dat over twee jaar? Dat durf ik niet te zeggen. Het feit is wel dat onze basisimmunitet altijd maar breder en beter wordt. Telkens als we een booster geven, stimuleren we dat. Mensen worden ook op een natuurlijke manier blootgesteld. Dat draagt allemaal bij tot het verbeteren van de basisimmunitet. Er zullen echter altijd mensen ziek worden. Mensen zullen blijven overlijden. Dat zien we ook met de griep. De vraag is wanneer covid beheersbaar wordt, zonder naar de crisismodus te moeten overgaan. Dat zal komen, ik kan alleen niet zeggen welk winterseizoen dat precies zal zijn.

**01.29 Dominiek Snelpe (VB):** Dank u.

**01.30 Kathleen Depoorter (N-VA):** Mijnheer de minister, professor Van Gucht, bedankt voor uw antwoorden.

Professor Van Gucht, ik ben blij met uw uitspraak over de zelftesten, want ik heb ook zorgen over de kwaliteitscontrole van de zelftesten. Ik denk dat daarop echt moet worden ingezet. Vandaar ook mijn oproep aan de minister. Zorg ervoor dat wat de mensen kopen, goed van kwaliteit is en dat men erop kan vertrouwen.

We hebben met de zelftesten uiteraard geen 100 % garantie, maar daarmee wordt wel een richting aangegeven voor het gedrag van mensen. Heel veel mensen kopen een test vooraleer ze hun oma bezoeken of met vrienden samenkomen. We geven ook de boodschap om dat te doen. Dan moeten de zelftesten op de markt wel gegarandeerd de vereiste kwaliteit hebben.

Hetzelfde geldt voor de talen in de bijsluiter. U hebt gezegd dat u dat aan het FAGG zult signaleren, maar die zelftesten moeten eigenlijk meteen uit de handel worden genomen. Als ze niet correct worden gebruikt, kan dat immers tot valsnegatieve resultaten leiden en dus het virus verspreiden.

Dat gaat ook op voor het testbeleid, waarover we gisteren in de plenaire vergadering een discussie hadden. Professor Van Gucht geeft aan dat het niet ideaal is. Als politici moeten we inderdaad naar compromissen zoeken, maar ook dan zijn er meerdere mogelijkheden. Er is nog altijd ruimte voor de apotheken om snelle antigeentesten uit te voeren. Die worden ook doorgegeven aan Sciensano. Op die manier kunt u de eerste dag, waarop vroeger een PCR-test moest worden uitgevoerd, overbruggen, om dan op de derde, vierde of vijfde dag de PCR-test uit te voeren. Op dit moment richt u zich op zelftesten. Dat is zeer goed voor zorgpersoneel en voor mensen die daarvoor frequent in aanmerking komen, maar dat is niet voor iedereen een oplossing.

Het is heel goed dat de virusremmers besteld zijn en we zien geen bezwaar tegen bilaterale contracten die overlopen in een Europese *joint procurement*, of tegen Beneluxa, maar wacht er toch niet te lang mee, mijnheer de minister. We moeten echt voorbereid zijn.

Mijnheer de minister, wat de vaccins en de patenten betreft, ben ik er meer voorstander van dat licenties tussen bedrijven worden gedeeld. In de communicatie van de regering frappeert mij de uitspraak dat men nu patenten of formules zal kraken. U weet toch dat Moderna een *patent pledge* heeft gedaan? Het IP van Moderna is dus beschikbaar, maar het moet de bedoeling zijn om de technologische mogelijkheden die noodzakelijk zijn om het vaccin te maken, in kaart te brengen. Die communicatie geeft mij het gevoel dat uw collega Kitir haar bevoegdheden daar wat heeft gepimpt. Het gaat niet om een formule kraken. De formule is beschikbaar en men moet die nu in productie kunnen krijgen.

Tot slot, mijnheer de minister, heb ik geen antwoord gehoord op mijn herhaalde vraag wat uw plan is rond de veerkracht van de zorg. Het is echt heel belangrijk dat daarop ingezet wordt.

Professor Van Gucht heeft gezegd dat de epidemie in golven komt en in golven zal blijven komen en we die golven beheersbaar moeten maken, zodat we niet constant in crisismodus moeten gaan. Wel, door in te zetten op de zorg, zullen we die crisismodus misschien niet nodig hebben.

Wat het Overlegcomité betreft, ik zal dat doorgeven aan mijn collega, Frieda Gijbels. Voor onze fractie is werken met scenario's, de coronabarofoon invoeren en echt vooruit kijken, veel verder dan de eerstkomende drie maanden, perfect.

Maar om maatregelen te versoepelen of niet te versoepelen, hebben wij data nodig. Waar is de transmissie het grootst? In welke sectoren worden de werknemers of de klanten blootgesteld aan het virus? Aan de hand van die data kunnen wij dan inderdaad beslissen waar versoepeld of verstrengd moet worden.

Ik meen dat dat de leidraad moet zijn en altijd geweest had moeten zijn.

**01.31 Daniel Bacquelaine (MR):** Madame la présidente, permettez-vous que je prenne la parole?

La **présidente:** Normalement, pas directement. En principe ce n'est pas encore votre tour. Le groupe MR a introduit une question. Mme Taquin a un droit de réplique et il n'y a pas de deuxième personne pouvant se joindre.

**01.32 Caroline Taquin (MR):** Je remercie monsieur le ministre.

La **présidente:** Attendez, madame Taquin. Ce n'est pas encore à vous non plus. Il y a confusion. J'ai juste donné la parole à M. Bacquelaine pour savoir pourquoi il levait la main. Mais la parole est à Mme Nawal Farih selon l'ordre du jour que nous suivons.

**01.33 Caroline Taquin (MR):** Quand viendra le tour du MR, je céderai la parole à M. Bacquelaine.

La **présidente:** Entendu. C'est comme pour Ecolo-Groen. La parole est à Mme Farih.

**01.34 Nawal Farih (CD&V):** Dank aan de professor en de minister. Ik vind oprecht dat we het opbod inderdaad moeten vermijden, zowel binnen het politieke landschap als binnen verschillende sectoren. De enige oplossing zal zijn om met de barometer te werken, omdat we daarmee kunnen vooruitkijken.

Ik schrok een beetje van het feit dat er metaoefeningen zijn, maar dat die blijkbaar nog niet voldoende basis bieden, als ik het goed begrijp. Kunnen die metaoefeningen gedeeld worden met het Parlement? Ik dacht gehoord te hebben dat Pedro Facon ze had voorgesteld op het Overlegcomité en dat dat voor intense debatten gezorgd heeft, maar is het mogelijk om ook via het Parlement inzage te krijgen in hoe die oefeningen precies gemaakt worden? We zullen die basis immers nodig hebben om mensen te mobiliseren om zich aan de regels te houden. Als we wetenschappelijk en op een logische manier kunnen aantonen waarom bepaalde regels worden geïmplementeerd, zullen mensen veel meer gemotiveerd zijn om de strijd te blijven aangaan, want we zijn er nog niet zo snel uit.

Ik ga het hierbij houden, maar ik ben lij om te horen dat er werk gemaakt wordt van de barometer. Ik hoop wel dat hij niet te complex zal zijn en beperkt zal worden tot maximaal vier fases. Het is vandaag immers al ingewikkeld genoeg voor iedereen.

**01.35 Daniel Bacquelaine (MR):** Monsieur Van Gucht, monsieur le ministre, merci pour les réponses que vous nous avez apportées aujourd'hui. Je trouve que le débat était particulièrement intéressant et instructif.

Je voulais marquer tout à fait mon accord avec le ministre, quand il parle du masque et de la ventilation. Je pense que, même si la population connaît évidemment l'intérêt du masque et d'une bonne ventilation, il faut sans cesse le rappeler. Tous les canaux d'information doivent être utilisés pour rappeler que le couple masque/ventilation est essentiel pour, simplement, diminuer le nombre de contaminations.

Au-delà de la diminution du nombre de contaminations, il me semble qu'il est vraiment important de diminuer aussi – c'est l'objectif premier – la saturation de nos hôpitaux et le nombre d'hospitalisations. Pour cela, le booster est évidemment une arme indispensable et intéressante.

À ce sujet, monsieur le ministre, vous n'en avez pas parlé, mais je voulais savoir quelle est, pour vous, la place du booster dans le cadre de l'obligation vaccinale, notamment du personnel soignant? Au moment où le variant omicron risque de se développer, il me semble que nos maisons de repos, nos institutions de soins, et tous les lieux de contacts que l'on peut avoir avec le système de santé, doivent être au maximum préservés. Le booster doit donc, sans doute, entrer en ligne de compte dans la vaccination du personnel soignant. Je ne sais pas quelle est la place que vous réservez au booster dans le cadre de l'obligation vaccinale du personnel soignant. Je pense que cette question doit être abordée.

J'ai une autre remarque sur un sujet dont nous avons peu parlé aujourd'hui, à savoir les anticorps monoclonaux. Peut-être serait-il utile d'organiser un jour un débat en profondeur sur ce sujet?

*Voorzitter: Thierry Warmoes.*

*Président Thierry Warmoes.*

Il serait utile de connaître parfaitement l'état de développement des analyses et des publications à propos des anticorps monoclonaux. Ils semblent manifestement montrer une grande efficacité, en ce qui concerne les diminutions des formes graves, et lorsqu'ils sont utilisés très précocement. Je m'étonne que nous en parlions relativement peu. Nous devons, je pense, envisager cet élément avec un peu plus d'acuité.

Enfin, j'entends qu'il est à nouveau question des brevets. Omicron le démontre: il faut assurer un maximum de vaccinations dans tous les pays du monde et cela reste un objectif que nous partageons. Cependant, il faut rappeler, au-delà de l'aspect dogmatique et idéologique du sujet, que l'on ne s'improvise pas fabricant de vaccin. Ceux qui laissent penser qu'il suffirait de lever les brevets pour résoudre les problèmes de la vaccination mondiale abusent de la crédulité de ceux qu'ils ciblent.

Le transfert de technologies prend du temps même lorsqu'il est volontaire. Au-delà de la fabrication du vaccin dans tous les pays du monde, il doit être ensuite distribué. Il faut un système de distribution. Peut-être qu'avec les ONG et l'ensemble des organisations humanitaires, il y aurait intérêt à mettre en place des systèmes permettant la bonne distribution et l'administration optimale des vaccins, lorsqu'on en dispose dans des pays en voie de développement.

Je souhaitais faire cette remarque par rapport au débat sur le vaccin car je vois un peu ce débat revenir. Il faut rester soucieux de la vaccination généralisée mais pour cela il faut un partenariat avec les entreprises pharmaceutiques qui ont déclaré à de multiples reprises être prêtes à travailler sur des transferts de technologie, tout en assurant une qualité de vaccin. On ne peut simplement considérer que certains pays n'ont droit qu'à des vaccins de moindre qualité.

Le **président**: Je constate que certains députés ont répliqué à la place de ceux qui avaient introduit les questions. Nous sommes dans un débat d'actualité mais les questions sont un droit personnel du député et, en principe, c'est le député lui-même qui doit répondre. Nous avons fait une exception aujourd'hui, ce n'est pas très grave. Je souhaitais simplement le signaler car il ne faut pas que cela devienne une habitude.

**01.36 Laurence Zanchetta (PS)**: Monsieur le président, je n'ai rien à dire de particulier, si ce n'est que je trouve également que ce débat d'actualité a été extrêmement instructif. Je tiens d'ailleurs à remercier M. le ministre pour sa réponse très précise qui colle avec l'actualité pour ce qui concerne le vaccin Novavax.

**01.37 Sophie Rohonyi (DéFI)**: Monsieur le ministre, monsieur Van Gucht, vous avez beaucoup parlé d'incertitude. Il y a au moins une certitude: on assiste à une véritable course contre la montre pour lutter contre ces variants.

Une des armes dont on dispose pour ce faire, c'est le séquençage. C'est la raison pour laquelle j'ai été assez heurtée d'entendre que certains pays ne procèdent absolument pas à ce travail, à tel point que l'on doit débloquer des fonds européens pour stimuler ce processus dans lesdits pays. Cela est-il suffisant? N'existe-t-il pas une crainte, sans doute politique, dans le chef de ces pays, d'être pointés du doigt s'ils devaient observer l'émergence d'un nouveau variant sur leur territoire?

Vous avez également rappelé l'importance des gestes barrières, notamment la ventilation. Je suis très contente de vous l'entendre dire, monsieur le ministre, car vous évoquez, dans votre note de politique générale, ce fameux plan ventilation pour le courant 2022. J'ose espérer qu'on l'obtiendra bien avant.

Il y a aussi bien évidemment le vaccin adapté. Il importe de rappeler que les firmes pharmaceutiques sont tenues d'adapter leurs vaccins aux différents variants. C'est une obligation contractuelle. Encore faut-il qu'ils soient ensuite homologués, produits et livrés. Est-on en droit d'attendre ces vaccins pour le mois de mars ou beaucoup plus tard? Dans le même temps, il faut administrer la troisième dose sans attendre ces vaccins adaptés. Le vaccin Novavax nous y aidera.

J'entends qu'un avis a été sollicité auprès du Conseil Supérieur de la Santé pour savoir quel laps de temps doit être observé entre la deuxième et la troisième dose. Toujours est-il que la troisième dose est déjà administrée sans que l'on s'assure que ce délai assez long soit respecté. Quand cet avis a-t-il été sollicité? Permettra-t-il d'accélérer l'administration de cette troisième dose? La population doit absolument être rassurée, même les personnes qui ont déjà été vaccinées via la première et la deuxième dose.

Le dernier baromètre interuniversitaire indique que seuls sept Belges sur dix parmi les doublement vaccinés sont prêts à se faire administrer cette dose booster. Il y a donc un gros travail à faire en matière de sensibilisation, y compris pour la grippe.

Enfin, je terminerai par le volet vaccination dans le monde. J'entends que ce n'est pas la Belgique qui freine. À défaut de freiner, la Belgique devrait peut-être jouer ce rôle de moteur dans une réflexion par rapport à la levée temporaire des brevets. Je tiens quand même à rappeler que c'est la position officielle du Parlement européen, étant donné qu'une résolution a été votée en ce sens, voici près de six mois, en juin dernier.

En outre, une réflexion doit avoir lieu sur les transferts des mécanismes de production. La Belgique doit jouer ce rôle de moteur en la matière. Je vous invite en tout cas à travailler en ce sens. Je vous remercie.

**01.38 Robby De Caluwé** (Open Vld): Mijnheer de minister, professor Van Gucht, de combinatie vormt inderdaad een meerwaarde. Het beleid moet wetenschappelijk worden gestuurd. Mevrouw Creemers haalde het daarnet al aan en ik volg haar daarin: waarschijnlijk is elke politicus daaraan schuldig. Soms roepen wij heel snel op om over te gaan tot versoepelingen. Wij hebben in het verleden gezien dat dit niet altijd verstandig is. Wij moeten beslissingen nemen die gebaseerd zijn op wetenschap, dat is belangrijk. Deze combinatie geeft dat belang aan.

Ik ben ook benieuwd naar het Overlegcomité van 22 december. Uiteraard hoop ik dat er versoepelingen mogelijk zullen zijn, maar ik wil nogmaals oproepen om vooral wetenschappelijke inzichten te gebruiken bij de beslissingen die daar genomen zullen worden.

**01.39 Catherine Fonck** (cdH): Messieurs, je vous remercie pour vos différentes réponses. Voici quelques réflexions et suggestions, si vous me le permettez.

Tout ce que l'on peut faire pour actionner au maximum les leviers, anticiper et minimiser une potentielle prochaine vague est, à mes yeux, fondamental. C'est ce qu'on n'a jamais fait jusqu'à maintenant depuis le début de la crise. Par rapport à cela, dispose-t-on de leviers que nous pouvons dès à présent renforcer et utiliser de manière accélérée parmi les armes à notre disposition? La réponse est oui.

En ce qui concerne la ventilation, monsieur le ministre, je vous entends chaque fois me répondre gentiment qu'il y a un projet de loi. C'est très bien, mais ce que j'attends, c'est qu'on pratique une ventilation efficace dans les écoles. On a perdu plus d'un an. On sait pourtant que le virus y circule très vite, que les enfants sont à ce stade non vaccinés et que, par ailleurs, le port du masque est toujours plus compliqué pour eux, ainsi que le respect des gestes barrières corrects. Ce dont nous avons besoin, c'est de l'opérationnel sur le terrain. Il faudrait y veiller plutôt que de faire un projet de loi – ou en plus de celui-ci. Je vous invite vraiment à remettre ce sujet-là à l'ordre du jour du prochain Codeco. Il faut prendre cet enjeu-là par les cornes. C'est une stratégie majeure contre le covid, pas seulement pour le mois qui vient mais pour tous les mois à venir.

Voulez-vous m'interrompre?

**01.40 Frank Vandenbroucke**, ministre: Oui, car je veux souligner que j'ai inscrit la question de la ventilation dans les écoles à l'agenda de chaque Codeco, et ce depuis des mois! Je suis donc d'accord avec vous.

**01.41 Catherine Fonck** (cdH): Monsieur le ministre, c'est bien, mais excusez-moi d'être une pragmatique, c'est l'efficacité sur le terrain qui m'intéresse. Or nous sommes très loin du minimum requis.

**01.42 Frank Vandenbroucke**, ministre: Absolument!

**01.43 Catherine Fonck** (cdH): Nous sommes d'accord sur l'objectif. Vous savez, je suis une petite députée et je veux même bien m'en occuper, mais tellement d'initiatives peuvent être prises, comme un marché public à l'échelle nationale en vue de lancer de grands chantiers et d'acheter des purificateurs à mettre à la disposition des écoles. Sur le terrain, il est impossible que la Communauté française joue au notaire en demandant aux écoles de se débrouiller. Un travail d'envergure est nécessaire à cet égard. Cela me semble possible. Sur le plan de la santé publique dans l'ensemble de la population, nous y gagnerons en qualité. De même, nous y gagnerons financièrement, puisque nous récupérerons ailleurs ce que nous avons dépensé en ce domaine.

Si je puis me permettre, tous les boosters avant la fin janvier sont bons à prendre. Nous disposons de données scientifiques internationales solides pour valider une troisième dose de Pfizer et Moderna dès le quatrième mois. J'entends vos réticences opérationnelles, mais permettez-moi de vous rappeler que la situation est telle que nous devons choisir une stratégie et adapter l'opérationnel à celle-ci.

Oui, il faut augmenter les lignes. Oui, il faut augmenter les centres de vaccination. Oui aussi, monsieur le ministre, je pense que nous devons pouvoir vacciner dès le quatrième mois, pour aller beaucoup plus vite.

Enfin, sur le Codeco, j'entends déjà – nous sommes quelques jours après le dernier Codeco (...)

Le **président**: Merci de doucement clôturer, madame Fonck.

**01.44 Catherine Fonck** (cdH): Monsieur le président, c'est promis. Le ministre m'a interrompue – mais ce n'est pas un problème qu'il l'ait fait.

Monsieur le ministre, nous entendons déjà certains ministres dire qu'il faut lâcher ceci ou cela ou qu'il ne faut pas lâcher. Puis-je peut-être plaider pour un changement de stratégie de gestion, qui soit beaucoup plus apaisante, qui soit plus efficace, qui soit plus concertée, avec les scientifiques mais aussi entre les politiques?

Arrêtons d'angoisser les gens à répétition et de faire de fausses promesses à chaque fois pendant la période précédant le Codeco. Il me semble que cela permettrait d'apaiser et surtout, aussi, d'augmenter la confiance des citoyens après chaque Codeco. C'est une petite demande que je formule, parce que je pense que gérer une crise de manière plus efficace, cela passe aussi par là. Je vous remercie.

**01.45 Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Monsieur le ministre, j'ai bien entendu ce que vous dites sur la levée des brevets, qui est largement abordée ici, dans le cadre du variant omicron. J'ai noté: "On ne peut être un frein en la matière". Monsieur le ministre, nous avançons tout doucement, mais nous sommes, aujourd'hui, un frein en la matière.

Le gouvernement et le Parlement sont un frein en la matière. Je rappelle qu'il y a une proposition de résolution du PS qui a été vidée de son sens pour devenir un compromis. J'en appelle à mes collègues qui sont dans la majorité pour aller dans l'autre sens et joindre la parole à l'acte en votant notre proposition de résolution, que nous souhaitons mettre au vote au plus vite.

Monsieur Van Gucht, il faut pouvoir disposer du code pour produire le vaccin. Ces pays sont en demande. Médecins Sans Frontières a fait une liste d'entreprises qui sont capables de produire ce vaccin et qui sont en attente des licences. Ces dernières ne sont données qu'au compte-gouttes, ce qui est insuffisant. De ce fait, nous sommes complices d'un crime contre l'humanité.

Monsieur le ministre, s'agissant du Codeco, je suis choquée de vous entendre annoncer aujourd'hui que nous allons continuer à imposer le port du masque pour les enfants. C'est ce que j'ai compris quand vous avez dit qu'il n'y aurait pas d'assouplissement et que le masque pour les enfants était efficace contre le variant omicron. Les enfants sont victimes aujourd'hui de la politique catastrophique de *testing* et de *tracing* dans nos écoles! Il n'y a pas de ventilation dans les écoles. La première chose à faire est de mettre de l'ordre dans ce cafouillage entre les PSE et le *tracing*. Je suis médecin sur le terrain et nous avons des témoignages tous les jours.

**01.46 Frank Vandenbroucke**, ministre: (...)

**01.47 Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Pour ce qui me concerne, j'ai toujours été très conséquente. J'ai toujours plaidé en faveur du *testing*, du *tracing* et de l'isolement. Ce sont trois clés dont l'utilisation s'avère insuffisante dans notre pays. C'est notamment pour cette raison que l'infection échappe à notre contrôle.

Les restaurants ont dit souhaiter pouvoir fermer plus tard. Or, vous annoncez déjà que cela ne sera pas possible. Des études ont pourtant été réalisées. Concernant les contaminations dans les restaurants, comme d'autres collègues, je souhaiterais savoir ce qui est effectivement possible ou pas.

Pour ce qui concerne la quarantaine et le *tracing*, j'ai bien entendu votre réponse, monsieur Van Gucht. En fait, la stratégie actuelle, y compris pour le variant delta, n'est pas du tout idéale. Elle ne l'est donc pas non plus, comme vous l'avez expliqué, pour le variant omicron, en tout cas tant que la population n'aura pas reçu la troisième dose.

Des améliorations doivent donc être apportées. Pour ce faire, j'ai deux pistes.

Premièrement, l'utilisation plus importante des tests antigéniques et rapides ou des autotests qui permettent d'augmenter la capacité sans surcharger les laboratoires et les médecins traitants. Il faut que ces tests soient rendus beaucoup plus disponibles. Dans certains pays, dont le Royaume-Uni, les gens peuvent se rendre à la pharmacie pour recevoir un test quand et autant qu'ils le souhaitent. Ces tests sont distribués à la population. Pourquoi ne s'inspire-t-on pas de cette pratique?

Deuxièmement, s'agissant de la quarantaine, pour que celle-ci soit respectée, il faut que le revenu tant des employés que des indépendants soit garanti.

Ces éléments sont essentiels si l'on veut améliorer le *tracing* et s'assurer du respect de la quarantaine.

**01.48 Frank Vandenbroucke**, ministre: Je suis surpris et, en même temps, je ne sais pas si je dois l'être! En fait, le PTB est opposé à toute mesure difficile, comme le port du masque par les enfants. Le PTB court derrière la contestation. Le PTB est contre des mesures restrictives dans l'horeca. Il faut expliquer cela au personnel soignant!

Il faut savoir choisir et oser défendre des mesures difficiles au lieu de courir derrière toute contestation. Je ne dirai plus rien, mais c'est vraiment votre *trade-mark*!

**01.49 Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Nous avons toujours été très conséquents. Des choses ont été faites sans le port du masque par les enfants. Cette mesure a été prise, mais je suis désolée: ce sont les enfants qui payent le prix de la mauvaise gestion, comme d'ailleurs c'est le cas aussi du personnel soignant qui paye le prix de la mauvaise gestion.

C'est vous et les neuf ministres qui n'arrivez pas à vous entendre et qui vous disputez avant chaque Codeco!

Ce que dit le PTB, c'est que la solidarité doit être mise en œuvre. Quand j'évoque le revenu qui doit être garanti en cas de quarantaine, c'est une mesure solidaire qui peut être prise immédiatement. Quand j'évoque le fait qu'il faille améliorer le *testing*, la mesure est facile à adopter rapidement. Il y a quelques jours, nous avons soumis ici au vote la proposition consistant à donner deux autotests par Belge et par semaine, par exemple. Nos propositions sont constructives, et c'est ce que nous faisons.

**01.50 Frieda Gijbels** (N-VA): Ik dank de minister en professor Van Gucht voor de antwoorden.

Mijnheer de minister, ik wil kort ingaan op iets wat u aan het begin van uw antwoorden zei. U gaf aan dat we met de omikronvariant een onzekere periode tegemoet gaan, maar dat we vertrouwen moeten hebben in de wetenschap. Ik denk dat in dat opzicht wetenschappelijke communicatie zeer belangrijk is. Daar heb ik het al vaker over gehad. Ik vind ook dat professor Van Gucht daar een heel goede rol in speelt, en die informatie heel verstaanbaar overbrengt.

U gaf aan dat we behoefte hebben aan solidariteit. Ook daar ben ik het mee eens, maar wat u telkens vergeet te zeggen, is dat we ook over *preparedness* moeten beschikken. Net dat ontbreekt telkens, vind ik, en dat is de rol van de overheid, die u telkens aan de kant lijkt te schuiven. Het gaat niet alleen om

wetenschap of solidariteit, het gaat ook om voorbereid zijn.

Waarom kunnen wij de verschillende scenario's niet op voorhand met de verschillende actoren en sectoren bespreken en uitwerken, mijnheer de minister? We zouden pakketten kunnen samenstellen die kunnen worden ingezet, in plaats van telkens op het Overlegcomité te moeten wachten om te weten wat er uit de bus komt.

Dat weegt heel zwaar door, en niet enkel mentaal. Het heeft ook enorme repercussies op de economie en op de zorg.

Ik wil er dus op aandringen dat u de derde factor, zijnde de *preparedness*, niet uit het oog verliest.

De **voorzitter**: Indien ik mij niet vergis, kunnen wij daarmee het actualiteitsdebat afronden.

*Het incident is gesloten.*

*L'incident est clos.*

*De behandeling van de vragen eindigt om 17.03 uur.*

*Le développement des questions se termine à 17 h 03.*