

COMMISSION DE LA SANTE ET DE L'ÉGALITE DES CHANCES

du

MARDI 25 JANVIER 2022

Après-midi

COMMISSIE VOOR GEZONDHEID EN GELIJKE KANSEN

van

DINSDAG 25 JANUARI 2022

Namiddag

La réunion publique de commission est ouverte à 14 h 11 et présidée par M. Thierry Warmoes.
De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.11 uur en voorgezeten door de heer Thierry Warmoes.

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

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

01 Débat d'actualité sur le tableau de bord corona et questions jointes de

- Caroline Taquin à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'exigence d'un tableau de bord de gestion de la crise sanitaire" (55023675C)
- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le baromètre corona" (55023775C)
- Dominiek Snelpe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le baromètre coronavirus" (55024047C)
- Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le baromètre corona" (55024344C)
- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le baromètre Covid-19 annoncé par le Codeco le 21 janvier 2022" (55024392C)
- Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le baromètre arrêté lors du Comité de concertation du 21 janvier 2022" (55024408C)

01 Actualiteitsdebat over de coronabarometer en toegevoegde vragen van

- Caroline Taquin aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De coronabarometer" (55023675C)
- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De coronabarometer" (55023775C)
- Dominiek Snelpe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De coronabarometer" (55024047C)
- Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De coronabarometer" (55024344C)
- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De door het Overlegcomité op 21 januari 2022 aangekondigde coronabarometer" (55024392C)
- Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De door het Overlegcomité op 21 januari 2022 goedgekeurde coronabarometer" (55024408C)

01.01 **Caroline Taquin** (MR): Monsieur le président, monsieur le ministre, j'ai déposé cette question avant le dernier Comité de concertation. Ces derniers mois, j'avais déjà pu vous interroger à plusieurs reprises sur la nécessité d'un tel tableau de bord décisionnel de crise sanitaire.

Après deux ans de pandémie, on possède plus d'informations sur le virus, même si, par exemple, les variants sont des points d'interrogation scientifiques et médicaux à chaque fois et ce, durant plusieurs semaines. D'ailleurs, la durée de la haute efficacité des vaccins l'est aussi. Ces derniers mois, on a ainsi vu beaucoup de décisions remises en question politiquement et judiciairement, de façon répétée.

Nous y sommes. Nous voici avec un tel outil de décision. Après plus d'un an de discussions interrompues,

vous avez annoncé la mise en place, pour ce 28 janvier 2022, d'un baromètre. Il s'agit d'un point important pour la lisibilité et la compréhension, voire l'adhésion aux mesures, ce baromètre sera bien le même pour l'ensemble des Régions du pays. Évidemment, il faut que cet outil soit lisible et qu'il comporte des critères expliqués et stables. S'il n'est certainement pas l'outil miracle pour prendre des décisions, j'espère que les critères et analyses scientifiques qui ont servi de base pour les codes couleurs correspondent au mieux à la réalité de la propagation du virus dans les différents secteurs.

Monsieur le ministre, pouvez-vous expliquer la structure de ce nouvel outil? Qui en aura la gestion? Comment sera-t-il utilisé précisément dans les prises de décisions au sein du Codeco, notamment du 7 février 2022, pour alléger – ou pas – les mesures sanitaires actuelles?

Quel sera l'accompagnement – et non le contrôle – proposé aux petites structures pour la mise en place des appareils de qualité de l'air afin de les aider et de les informer?

Pouvez-vous préciser ce que veut dire le commissaire corona lorsqu'il dit que les seuils de codes couleurs vont évoluer? Comment et quelles mesures garantiront-elles la stabilité et la lisibilité du baromètre?

01.02 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, mijn oorspronkelijk ingediende vraag is ondertussen al achterhaald. De barometer is er ondertussen. Wij zijn daar blij mee. Onze fractie is al vragende partij voor deze barometer sinds het najaar van 2020.

De barometer geeft een aantal fases aan: de rode, de oranje en de gele fase. De gele fase kunnen we beschouwen als een fase waarin het virus endemisch is en er nog bepaalde adviezen gelden.

Mijnheer de minister, zal de regie in de gele fase liggen bij de provincies en de lokale besturen? In welke mate ziet u deze fase los van de pandemiewet? Valt dat volgens u samen? Is de pandemiewet dan niet meer actief?

In de gele fase valt het CST weg. Als we opnieuw naar de oranje of rode fase moeten opschalen, wordt het CST dan eerst grondig herbekeken? Er zijn immers steeds meer twijfels over het nut van het CST nu we een hoge vaccinatiegraad hebben bereikt. Experts geven dat ook aan. In welke mate wordt dat meegenomen? Zal dat worden herbekeken? Zal dit wegvallen?

Stel dat we terug in de gele fase zijn aanbeland, hopelijk gebeurt dat snel, en er moet terug naar oranje of rood worden opgeschaald, kan dit dan ook op lokaal niveau, per provincie of per gemeente, gebeuren?

Er wordt in de barometer met richtwaarden over de hospitalisatiegraad en de bezetting van intensieve zorg gewerkt. Daar staat ook telkens een politieke beslissing tegenover. Als er twijfel bestaat over het overgaan van de ene fase naar de andere, zal dan voorrang worden gegeven aan de fase met de minste beperkingen? Zal men met andere woorden voorrang geven aan de mentale gezondheid?

In de gele fase worden kwetsbare mensen aangeraden om FFP2-maskers te dragen. Garandeert u dat er een voldoende voorraad van die maskers is? Is de barometer ook gekoppeld aan een barometer voor de gezondheidszorg? Wordt dat overwogen? Kunt u dat toelichten?

01.03 Dominiek Snelpe (VB): Mijnheer de minister, de berichten die wij lezen over de coronabarometer doen enkele vragen rijzen. Ik zal dan ook direct met de deur in huis vallen.

Welke criteria zorgen voor de overgang van de ene naar de andere kleur? U maakt ter zake een opsplitsing tussen de IC-bezetting en de hospitalisatie. Wij zien met omikron dat de IC-bezetting daalt, maar dat de hospitalisatie stijgt. Wat is dan de drempel om van de ene kleur naar de andere over te gaan?

In andere landen wordt zo'n barometer niet meer nuttig bevonden. Waarom wordt hij in België dan toch ingevoerd?

In de kleine lettertjes wordt toch verwezen naar een mogelijke lockdown, terwijl uit onderzoek blijkt dat die maatregel meer kwaad deed dan goed. Is een lockdown nog voorzien in de barometer of mogen wij hem naar de geschiedenis verwijzen? Graag wat meer uitleg daarover.

Waarom werden bepaalde sectoren niet vermeld in de barometer?

Wij betreuren erg dat het CST in de barometer gebetonneerd zit, terwijl steeds meer wetenschappers ijveren voor de afschaffing van dat onding, omdat het een vals gevoel van veiligheid geeft. Waarom blijft u vasthouden aan het CST?

U zegt dat de barometer perspectief en hoop moet geven aan de mensen en de betrokken sectoren, maar waarom werd dan geen groene kleur ingevoerd? Dat zou immers pas hoopgevend zijn. Groen is trouwens ook de kleur van de hoop.

01.04 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, na twee jaar pandemie is de coronabarometer er eindelijk. Hij zal moeten zorgen voor meer voorspelbaarheid en coherentie in het coronabeleid en wordt slechts toegepast op drie sectoren, namelijk de horeca, de jeugd en de cultuur. Het is natuurlijk beter op een dergelijke manier te werk te gaan dan op de compleet arbitraire manier waarop sommige beslissingen tot nog toe werden genomen. Wij denken dan natuurlijk aan de cultuursector. De barometer gaat enkel over het openen en sluiten van bepaalde activiteiten. In de vorige situatie kon echter niemand nog volgen, dus hopelijk zal dat niet meer het geval zijn in de toekomst.

Een probleem dat naar voren komt volgens sommige critici is dat de beslissingsmacht uiteindelijk wel bij het Overlegcomité blijft, of wij nu in code rood, oranje of geel zitten. Het is de regering die beslist over de fase en de criteria en bijvoorbeeld niet het Parlement. De Vlaamse regering bleek ook niet echt opgetogen met de barometer. Zij vindt dat de macht van de regio's te veel naar het federale niveau wordt getrokken bij bepaalde kleuren, waardoor de pandemiewet wordt geactiveerd.

De Standaard schreef dat het de bedoeling is dat, als de federale regering zou aangeven dat zij in de groene fase de beslissingsbevoegdheid wil lossen, die bevoegdheid niet in de handen van de regionale regeringen zou komen, maar eerder bij de provincies en de gemeenten, die lokaal strengere maatregelen kunnen nemen indien nodig. Kunt u dat bevestigen?

Op basis waarvan werd beslist welke criteria in overweging werden genomen?

Op basis waarvan werden de drempelwaarden afgesproken? Waarom geraakte het Overlegcomité het daarover niet eens?

Waarom is de gele fase de laatste fase en waarom is er geen groene fase? Omgekeerd, waarom is er geen donkerder dan rode fase, want vandaag gaan wij naar de rode fase en komen er heel wat versoepelingen?

Waarom hebt u zich beperkt tot voornamelijk criteria over welke activiteiten al dan niet mogen doorgaan? Er zijn heel weinig sanitaire elementen in de barometer opgenomen. Ik heb het dan bijvoorbeeld over het veranderen van de teststrategie en het opbouwen of afbouwen van het contactonderzoek al naargelang de fase. Waarom is daar niet meer over nagedacht? Het zou ook kunnen dat bepaalde quarantaineregels in bepaalde fases wel of niet worden toegepast. Het is immers ook een grote frustratie op het terrein dat dit zo aleatoir gebeurt. Waarom is er dus over de andere criteria niet meer nagedacht?

01.05 Catherine Fonck (cdH): Monsieur le président, monsieur le ministre, une série de points ont déjà été abordés. J'insisterai dès lors sur trois points particuliers.

Premièrement, j'évoquerai le choix du type de codes. Il y a en fait trois codes, ce qui signifie qu'il n'y a pas de code vert. Cela manque manifestement car il est tout à fait possible que cette pandémie évolue et ne nécessite plus, à un moment donné, de mesures particulières mais bien une vigilance de tous les instants en termes de contamination.

Par ailleurs, psychologiquement, ne pas mettre de code vert, c'est ne pas prendre en compte l'importance de lancer un signal car on ne va évidemment pas rester en permanence dans les règles qui prévalent pour le code jaune. Cela n'a pas de sens et j'espère que vous serez d'accord avec moi. Je souhaiterais que vous clarifiez les choses. Car s'il n'y a que du jaune, de l'orange et du rouge, qu'en est-il alors des critères pour être hors baromètre? Je vous suggère de rajouter plutôt une couche verte.

Deuxièmement, vous abordez les choses avec une approche terriblement statique, alors qu'on sait qu'en cas d'épidémie, il faut une approche dynamique. L'histoire nous le montre depuis deux ans. Un même nombre d'hospitalisés aux soins intensifs ne signifie absolument pas la même chose si on est dans une phase

ascendante exponentielle ou si on est dans une phase descendante. Ainsi, par exemple, vous savez aussi bien que moi, je l'espère, qu'en phase exponentielle ascendante d'une épidémie, il a été démontré à maintes reprises qu'il fallait réagir le plus tôt possible, ce qui permettait des mesures moins dures et moins longues. Or, si on attend les références du nombre de lits d'hospitalisation que vous avez déterminées en phase ascendante, cela signifie qu'à l'inverse d'une stratégie précoce, on opte pour une stratégie tardive avec des mesures plus dures et plus longues qui auront un impact beaucoup plus important tant sur la santé que sur le volet économique.

Troisièmement, il s'agit d'une sorte de "bulletin météo". Mais, dans le fond, l'essentiel n'est pas dans le "bulletin météo" mais au contraire dans les mesures très concrètes - tous niveaux de pouvoir confondus - qu'il faudra mettre en place et financer pour sécuriser et diminuer les risques sanitaires, lieu par lieu, tout en permettant le maintien des activités. Vous savez que, depuis un an, je plaide pour le volet de la qualité de l'air. Nous n'en sommes nulle part! C'est alors une véritable gestion des risques. Pourquoi n'y a-t-il plus ce volet de gestion des risques, d'approche très concrète de soutien pour sécuriser et minimiser les risques, secteur par secteur, avec une politique proactive et de soutien financier?

01.06 Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le ministre, à l'instar de mes collègues, je souhaitais vous interroger sur les dernières mesures prises lors du Codeco et, en particulier, sur ce baromètre qui était initialement censé donner des perspectives aux secteurs, en tenant compte de leurs efforts mais aussi des variants et de l'effet de la vaccination sur ceux-ci. Il en est ressorti une véritable déception puisque votre baromètre entend plutôt normaliser sur le long terme des mesures sanitaires qui, qu'on le veuille ou non, restent disproportionnées et même parfois injustes.

En effet, si une proportionnalité dans la jauge des salles de spectacle et de cinéma a enfin été établie, des questions restent en suspens, ce qui fait craindre à certains secteurs de nouvelles fermetures ou de rester fermés. Je pense notamment au monde de la nuit qui est encore une fois ciblé.

Outre la pression exercée sur nos hôpitaux, quant à elle parfaitement objectivable, le premier ministre a aussi pris l'engagement de tenir compte de la santé mentale. Mais, aujourd'hui, nous n'avons encore aucune garantie sur la manière concrète dont elle le sera. Il y a donc un véritable flou qui aurait pu être évité par l'adoption d'un baromètre relatif à la santé mentale et pour lequel avaient plaidé différents psychologues et sur lequel je vous avais également interpellé, malheureusement sans aucune réponse. C'est d'ailleurs la raison de mes nombreuses questions.

Quels éléments précis sont-ils pris en compte dans le cadre de ce baromètre, mis à part les hospitalisations? De quelle manière concrète va-t-on prendre en compte la santé mentale, la ventilation ou encore l'immunité acquise par la population par voie de contamination ou par vaccination?

Confirmez-vous que seules les hospitalisations dues au covid seront prises en compte, à l'exclusion des personnes hospitalisées pour d'autres raisons mais qui sont testées positives au covid à leur arrivée à l'hôpital? Pourquoi vous obstinez-vous à cibler toujours les mêmes secteurs? Avez-vous au moins évalué les résultats des événements-tests pour les considérer comme plus ou moins à risque? De quelle façon ces secteurs ont-ils été impliqués dans l'élaboration de ce baromètre?

Vu que le baromètre autorise une capacité de 100 % des salles en cas de ventilation optimale, le gouvernement fédéral s'engage-t-il à soutenir financièrement ces secteurs pour l'achat de dispositifs complémentaires de ventilation?

Pourquoi le label Covid Safe, alors qu'il est demandé par les experts depuis près d'un an, n'a-t-il jamais été étudié ou retenu? Qu'en est-il de votre plan ventilation annoncé dans votre note de politique générale?

Ce baromètre, qui agit donc davantage comme une boussole que comme un instrument contraignant, permettra-t-il à terme d'inclure davantage le Parlement dans les décisions, à la place de voir le Codeco avoir sans cesse le dernier mot sur ces mesures?

Enfin, à l'issue du Codeco, le premier ministre a aussi affirmé que le CST ne serait pas exigé un jour de trop. C'est un bel engagement. Mais de quelle manière pouvons-nous espérer, concrètement, que ce baromètre permettra de tenir cette promesse? Je vous remercie.

Le président: Des membres d'autres groupes politiques souhaitent-ils prendre la parole à ce stade? Cela

sera également possible pendant les répliques. Je ne vois personne. Dan geef ik nu het woord aan de minister voor zijn antwoorden.

01.07 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer de voorzitter, geachte leden, vermits de barometer is goedgekeurd door het Overlegcomité en uitvoerig toegelicht in de pers, presenteer ik hier niet opnieuw de barometer. Ik herhaal ook niet met welke criteria we rekening houden en hoe de procedure eruitziet. Ik zal geen exhaustief antwoord geven op alle vragen, maar ik ga in op enkele punten waarbij zeer hardnekkige misverstanden bestaan of mogelijk misverstanden kunnen rijzen in de toekomst.

Wat mij betreft, is het nooit de bedoeling geweest om een soort automatische piloot te installeren. Ik heb mij in het verleden zeer uitdrukkelijk verzet tegen het idee van een barometer die een automatisme zou zijn, ook in publieke discussies. De mensen zouden dan thuis vernemen hoeveel hospitalisaties wegens corona er zijn. Vervolgens zouden zij automatisch en onmiddellijk weten welke maatregelen daaruit voortvloeien. Dat werkt niet en zo zullen we ook niet werken. Het beoordelen van een epidemie is veel complexer. Er moet met heel veel elementen rekening worden gehouden. Er is een heel dashboard aan gegevens dat beoordeeld moet worden, in de eerste plaats door onze Risk Assessment Group. Vervolgens wordt er politiek beslist, op basis van de beoordeling van de Risk Assessment Group en andere beoordelingen die we krijgen, over de context waarin we ons bevinden en de maatregelen die daarbij passen. Dat het geen automatisme is, is essentieel.

Mevrouw Merckx, in uw vraag is het niet duidelijk of u een voor- of tegenstander bent van een automatisme. U zegt dat niet het Overlegcomité, maar wel het Parlement die beslissingen zou moeten nemen. Dat is wel een bijzonder onpraktisch voorstel. Het is niet werkbaar om telkens het Parlement bijeen te roepen om te beslissen over een komend pakket aan maatregelen. Het Parlement moet de uitvoerende macht controleren. De regering en de uitvoerende macht hebben de politieke verantwoordelijkheid om maatregelen te nemen en de barometer is daarbij als een beleidsoriënterend kader. Dat is een kader dat zorgt voor oriëntering van het beleid. Het zorgt voor een betere voorbereiding van het beleid en op die manier ook voor meer voorspelbaarheid.

De essentie van een barometer is dat er meer voorspelbaarheid verkregen wordt omdat maatregelen die genomen kunnen worden wanneer de situatie erger wordt of wanneer de situatie beter wordt, op voorhand omschreven zijn, besproken zijn, geïdentificeerd zijn, op papier gezet zijn. De sectoren weten waaraan ze zich moeten verwachten. Die duidelijkheid is belangrijk. De beslissing welk maatregelenpakket effectief in werking wordt gezet, kan niet worden overgelaten aan een computerprogramma of een groep experts. Die beslissing moet politiek genomen worden op basis van een zicht op de hele situatie. Dat wil ik nog eens sterk beklemtonen.

Ik wil eveneens onderstrepen dat de beoordeling natuurlijk niet alleen rekening houdt met hoeveel virus er circuleert, maar ook met heel wat andere gegevens, zoals sociale gegevens, economische gegevens en het belang van het mentale welzijn.

Madame Rohonyi, je trouve un peu fatigant de vous demander cela, mais sur quelles données vous basez-vous? Quelles sont les données concernant la santé mentale? De grâce, consultez les documents qui sont publiés. Lisez les avis. Tout ceci est inclus dans les travaux préparatoires. Pour rappel, on a installé dans le GEMS un groupe d'évaluation mentale (le MAG), comprenant des experts issus des universités, des administrations, des acteurs sociaux, des experts en santé au travail, Sciensano, etc.

Ce groupe d'évaluation mentale a collecté un large éventail d'informations qualitatives et quantitatives sur la santé mentale et l'utilisation des capacités des soins de santé.

Dix rapports sur la santé mentale ont ainsi été publiés via le site internet dédié depuis début 2021, avec une série d'indicateurs et de données! Mais vous continuez à répéter qu'on ne fait rien sur la santé mentale et vous vous demandez encore où trouver les données. De grâce, consultez les travaux du GEMS, avec ses dix rapports publiés sur la santé mentale! Ceux-ci comportent une série de données quantitatives et qualitatives qui ont été intégrées dans les avis du GEMS et donc aussi intégrées dans la préparation de nos décisions via les rapports et les notes du Commissariat Corona.

C'est un peu fatigant de devoir tout le temps répéter la même réponse!

De même, en ce qui concerne la motivation, 38 rapports ont été publiés jusqu'à présent sur ce baromètre.

Pour nous, cela fait également partie intégrante de notre préparation quand, sur la base de ces rapports, nous proposons et nous discutons des mesures au sein du Codeco.

Mijnheer de voorzitter, ik herhaal het nog eens in het Nederlands omdat dit een hardnekkig misverstand is. Ik lees dat ook in manifesten die worden gepubliceerd. Het is duidelijk dat die mensen nooit de adviezen in kwestie hebben gelezen.

We baseren ons helemaal niet alleen op de circulatie van het virus. Op zich is dat uiteraard wel een essentieel gegeven, vermits het hier per slot van rekening allemaal gaat om de ziekte die het veroorzaakt. Er zijn echter door de GEMS al tien rapporten gepubliceerd over het mentale welzijn en de mentale gezondheid tijdens de covidcrisis, met tal van indicatoren en gegevens waar wel degelijk rekening mee wordt gehouden. Zowel de GEMS, als het coronacommissariaat houdt er rekening mee in de voorstellen die ze formuleren, en ook de politiek doet dat.

Hetzelfde geldt voor de motivatie. Er zijn al 38 rapporten gepubliceerd over de motivatie van de bevolking, en of er veel of weinig draagvlak is voor de maatregelen die worden voorgesteld of zijn genomen. Ik vind het dan ook bijzonder vreemd dat hier alsmaar wordt herhaald dat er sprake zou zijn van een tunnelvisie die men aankleeft.

Mevrouw Gijbels, uiteraard kan op basis van de indicatoren die op tafel liggen getwijfeld worden of we ons nu in code rood, dan wel code oranje of geel bevinden. We kijken vooral naar twee indicatoren, sleutelindicatoren dus, omdat het hier in wezen gaat over het beschermen van onze gezondheidszorg en het bewerkstelligen dat alle burgers toegang blijven hebben tot goede gezondheidszorg. Een eerste sleutelindicator is inderdaad het aantal nieuwe hospitalisaties wegens covid. Die hospitalisaties geven, zoals u terecht hebt opgemerkt, de dynamiek aan. De tweede indicator heeft betrekking op het aandeel van onze capaciteit in intensieve zorg dat wordt ingenomen door patiënten met covid.

Deze twee sleutelindicatoren kunnen inderdaad in een verschillende richting wijzen, zoals we momenteel ook vaststellen. De wijzer inzake intensieve zorg wijst naar een code oranje. De wijzer inzake de nieuwe hospitalisaties wegens covid wijst dan weer naar een code rood, zelfs zeer sterk naar code rood.

Er moet dus een globale beoordeling worden gemaakt. Er kan heus niet zomaar worden gekozen, mevrouw Gijbels, voor het maatregelenpakket dat men als het meest gunstige inschat voor het mentale welzijn.

Nee, op basis van de wijzers, die inderdaad in verschillende richtingen wijzen, maakt men een beoordeling van de epidemiologische situatie en men houdt rekening met het mentale welzijn. Ik voeg daar nog aan toe dat het idee dat het mentaal welzijn alleen maar gebaat is bij een koers naar versoepelingen, een beetje vreemd is. De mensen moeten vooral worden gerustgesteld met betrekking tot onze bekwaamheid om de situatie goed te beheersen en te controleren. Er zijn ook mensen die bang zijn voor een ongecontroleerde situatie, vaak oudere mensen die ongerust zijn over een epidemie waarvan zij het gevoel hebben dat zij niet onder controle is.

Als de situatie in de scholen niet onder controle is omdat het virus razendsnel rondgaat, is dat op zichzelf natuurlijk een oorzaak van mentaal onwelzijn. Dat is op zichzelf een probleem dat aanleiding geeft tot gevoelens van onzekerheid en angst. Het idee dat men het best zoveel mogelijk versoepelt en zo weinig mogelijk maatregelen neemt om het mentaal welzijn van mensen te ondersteunen, is dus, eerlijk gezegd, nogal vreemd. Mensen moeten vooral het gevoel hebben dat de situatie onder controle is, inderdaad met een minimum aan beperkingen van onze vrijheid, met een maximale mogelijkheid om een normaal leven te leiden. Daarover gaat het. Wij wilden dus absoluut geen automatische piloot invoeren. Dat is het eerste misverstand.

Er is een tweede misverstand. Het is absolute onzin dat er geen rekening wordt gehouden met het mentale welzijn, dat daarover geen gegevens zijn en dat mevrouw Rohonyi daar al een jaar om vraagt zonder enig resultaat. Die gegevens zijn er intussen in grote mate, reeds in tien rapporten.

Ten derde halen wij een ander automatisme boven als de indicatoren in verschillende richtingen wijzen, waarbij wij dan voor het meeste vrijheid en het meeste versoepeling kiezen? Nee, wij maken een beoordeling waarbij wij ook rekening houden met de dynamiek van de situatie. Dat is natuurlijk vandaag ook zo. Vandaag zien wij eigenlijk een stabilisatie op een redelijk hoog niveau van bezetting van onze intensieve zorg door patiënten besmet met covid en een zeer hoog aantal hospitalisaties door covid. Het goede nieuws

is dat de hospitalisaties, in verhouding tot het aantal besmettingen, veel minder omvangrijk zijn dan vroeger, dat zij blijkbaar ook vaak gepaard gaan met minder ernstige ziekten en een minder lang verblijf in het ziekenhuis. Wanneer het gaat om omikron, geven de besmettingen ook veel minder aanleiding tot een verblijf op intensieve zorg. Dat is het goede nieuws.

Er blijft echter een enorme golf van besmettingen, wat mij doet zeggen dat wij er zeker goed aan doen om beslissingen te nemen die zijn gebaseerd op code rood. Ook in code rood hebben wij echter vrijheidsgraden. De barometer zegt niet dat men maar een enkele soort beslissing kan nemen. Er zijn vorken en mogelijkheden waarbinnen het Overlegcomité keuzes maakt.

Wij moeten ons vandaag nog altijd grote zorgen maken over de impact van een totaal ongecontroleerde omikrongolf – als wij dat zouden laten gebeuren – op afwezigheden op het werk en op de continuïteit van sleutelsectoren, het onderwijs en de zorg. Dat is ook de reden waarom ik van oordeel ben dat het nodig is om snel een aantal beslissingen te nemen die toelaten dat ziekenhuizen en andere bedrijven verder kunnen blijven functioneren, ondanks de groeiende uitval van personeel. Het is de bedoeling van de regering om ter zake snel met voorstellen te komen. Wij hopen dat het Parlement in staat is om daarover snel beslissingen te nemen zodat men tijdelijk en uitzonderlijk op een flexibele manier extra personeel kan inzetten.

Over de specifiekere vragen kan ik nog het volgende zeggen.

D'abord, l'idée selon laquelle le baromètre et l'ensemble des mesures sont uniquement orientés vers la fermeture ou l'ouverture de certains secteurs est, selon moi, incorrecte. Bien au contraire, je pense qu'un pas en avant important vient d'être franchi avec ce débat sur le baromètre. Au lieu de dire qu'on va ouvrir ou fermer tout un secteur, on va avant tout établir une différenciation sur la base du type d'activité dans un certain secteur.

Deuxièmement, dans les secteurs, la différenciation se fera sur la base de la capacité de la ventilation. À cet égard, Mme Rohonyi a fait référence à une idée lancée il y a déjà longtemps, selon laquelle il faut peut-être travailler sur la base de labels et différencier dans les secteurs ceux qui sont capables de rester ouverts pendant une épidémie et ceux qui n'en sont pas capables. En l'occurrence, c'est notamment la capacité de ventilation qu'il convient de prendre en considération. C'est sur ce point que le débat au sein du Codeco a, selon moi, franchi une étape extrêmement importante, parce qu'on va procéder à une différenciation au sein des secteurs sur la base de la capacité de ventilation. Je sais bien que la ventilation est un défi important, mais je crois que les décisions prises et les jauges définies sont réalistes pour toute une série d'infrastructures et de secteurs.

Prévoyons-nous déjà un label? Non, mais dans l'avant-projet de loi que j'ai déposé au sein du gouvernement et dont nous sommes en train de débattre avec les entités fédérées, l'idée d'un *labelling* est absolument essentielle. L'idée que je défends dans cet avant-projet consiste, dans un premier temps, à légiférer sur les métriques, la nécessité de disposer d'un compteur de CO₂ dans certaines infrastructures, et ensuite à travailler sur la base d'un *labelling* qui va indiquer quelles salles, quels établissements sont capables de ventiler suffisamment l'air intérieur.

Ce n'est que dans une troisième étape qu'il faut, selon moi, imposer des mesures et des normes et prévoir les sanctions y attachées. Telle est mon idée.

Ik kan niet veel zeggen over een voorontwerp van wet, omdat de tekst nog niet openbaar is. Ik ben hem op het ogenblik aan het bespreken met de deelstaten. Mijn idee is inderdaad dat de eerste stap in het beleid rond luchtkwaliteit moet zijn om overal te voorzien in meetinstrumenten, de zogenaamde CO₂-meters. In een volgende stap zou men inderdaad moeten gaan naar een systeem van *labeling*. Zo laat men toe aan zalen, infrastructuren, cafés en restaurants om uit te hangen welke kwaliteit van ventilatie zij kunnen bereiken. Zo kan het publiek geïnformeerd worden en is ook inspectie gemakkelijker. Dat is wat men volgens mij moet doen.

Als het wetgevende initiatief er komt, is het breder en permanenter van aard dan wat hier voorligt met de barometer. Dat is namelijk een beleid inzake ventilatie, specifiek verankerd in een epidemische situatie.

Dat brengt mij bij uw opmerkingen, mevrouw Gijbels. We moeten toch opletten voor terminologische begripsverwarring, waarmee ik niet gezegd heb dat u dat doet. U zegt dat het, als we in de gele fase van de barometer zitten, betekent dat het virus endemisch is geworden. Dat zou ik eerlijk gezegd zo niet zeggen. Ik

zou een beetje voorzichtig zijn met die terminologie. Ik heb aan het commissariaat gevraagd om dat op te klaren. Een virus is endemisch als het regelmatig terugkomt. Endemisch wil zeggen dat we te maken hebben met een seizoensfenomeen. Dat is de betekenis van endemisch, niet meer of niet minder. Het is dus niet omdat het virus endemisch zou zijn, dat we in een groene of gele fase zitten. Het is ook niet omdat we in een groene of gele fase zitten, dat het virus endemisch is. Dat is eigenlijk iets anders. Het zijn dus verschillende discussies. Endemisch betekent dat het virus regelmatig terugkomt. Onze barometer zegt iets over de ernst van de circulatie van een virus op een welbepaald moment, of het nu endemisch is of niet.

Wij moeten ook een beetje voorzichtig zijn bij de identificatie van rood, oranje en geel met activering van de pandemiewet of niet. Het lijkt mij evident dat bij code rood de pandemiewet moet geactiveerd zijn. Het lijkt mij ook redelijk evident dat in code oranje op zijn minst de vraag wordt gesteld of de pandemiewet dan niet moet geactiveerd zijn. Dat is redelijk evident.

Wij moeten opletten met het maken van een soort van geclicheerd verband. De pandemiewet is een wettelijke basis om op het federale vlak maatregelen te nemen in een epidemische noodsituatie. Een pandemie wil zeggen dat het virus wereldwijd is verspreid. Pandemiewet is dus eigenlijk een verkeerd woord. Het is een wet die mogelijkheden geeft aan de federale overheid in een epidemische noodsituatie, dat is ook de juiste benaming van die wet. Het woord pandemie komt daarin niet voor. Het woord endemisch komt daarin ook niet voor. Een virus dat endemisch is, kan ook een epidemische noodsituatie geven op een bepaald moment. Wij moeten die termen dus echt uit elkaar houden en opletten met het vocabularium.

Ik wil een beetje waarschuwen voor simplisme. De barometer beschrijft om te beginnen niveaus van bedreiging door circulatie van een virus. De barometer zegt niet of er een pandemie is of niet. De barometer zegt ook niet of dat virus endemisch is of niet. De barometer beschrijft de mogelijke risico's voor het gezondheidszorgsysteem, met verschillende niveaus van risico en wat dan te doen.

Mevrouw Gijbels, ik volg u wel als het gaat over het volgende. De barometer is een instrument dat men soms in de kast zal leggen, omdat men niet te maken heeft met de circulatie van een virus waarbij moet nagedacht worden over geel, oranje of rood. Eigenlijk is dat hetgeen u omschreef als groen. Er is dan geen noemenswaardige circulatie van een virus waardoor wij ons de vraag moeten stellen of wij in geel, oranje of rood zitten.

Geel wil wel zeggen dat er circulatie is van een virus en dat de situatie onder controle is. De barometer met geel-oranje-rood is een instrument dat hopelijk op een bepaald ogenblik rustig in een kast kan belanden en er misschien op een ander ogenblik misschien opnieuw zal worden uitgehaald.

Laat ik duidelijk zijn. Voor de meeste mensen hoort het gebruik van een coronapas bij een code rood of een code oranje en niet bij wat wij omschrijven als code geel. Dat is behoorlijk duidelijk, hoewel daarover in de toekomst nog heel wat discussie zal zijn. Alleen zou ik daaraan nog de hiernavolgende beschouwing willen toevoegen. Een coronapas of later misschien, na het debat daarover, dat wij nu nog niet hebben gevoerd, een coronapas die uitsluitend is gebaseerd op het vaccinatiebewijs, dus kortweg een vaccinatiebewijs, is zoals een paraplu die bij mooi weer in de paraplubak blijft staan, zoals alle andere maatregelen overigens. Een barometer heeft niet veel zin, als men geen verzameling paraplu's in de paraplubak heeft klaarstaan.

Het instrument van de coronapas, later misschien ooit gereduceerd tot het instrument van het vaccinatiebewijs, waarover het Parlement nog moet nadenken, moet ter beschikking zijn. De paraplu moet bij slecht weer klaarstaan in de paraplubak. Die mag niet worden weggegooid, wanneer het goed weer is. Die mag niet naar het afvalpark worden gebracht, wanneer het goed weer is. Die moet rustig blijven staan.

Dit is het pleidooi dat ik zou willen houden, wanneer het gaat over al dan niet een barometer of over al dan niet een coronapas. Een coronapas zal nodig zijn in sommige omstandigheden, zoals de paraplu in sommige omstandigheden wordt bovengehaald. Wanneer de paraplu niet nodig is, wordt die niet op het containerpark weggegooid. Die blijft rustig en goed in orde in de paraplubak staan.

Wij zullen dus pakketten van maatregelen, zoals een coronapas, moeten klaarhouden voor wanneer dat nodig is, maar we zullen die niet altijd hoeven te gebruiken. Eerlijk gezegd, de logica is dat, wanneer wij in een situatie van code geel zijn, zeker wanneer wij de barometer in de kast leggen, geen coronapas zullen gebruiken, naar ik veronderstel. Dat moet dus erg duidelijk zijn.

Ondertussen kreunt onze samenleving toch wel onder het virus. Ook ons onderwijs kreunt eronder. Wij

zullen daar morgen over spreken. Hoe dan ook heb ik al publiekelijk uitgelegd dat op dit ogenblik, en op tijdelijke basis, mijns inziens de quarantainemaatregelen in het onderwijs disfunctioneel aan het worden zijn. Kinderen die besmet zijn, moeten thuis in isolatie blijven. Evenzeer denk ik dat we, als we in het onderwijs tijdelijk de quarantainemaatregelen niet gebruiken, op andere vlakken dubbel zo streng en misschien ambitieuzer zullen moeten zijn. Dan denk ik bijvoorbeeld aan de vaccinatie van kinderen, waarop we straks nog zullen terugkomen.

Als we dus de scholen draaiende willen houden zonder quarantaineregels, dan zullen we dubbel zo hard moeten inzetten op vaccinatie van de kinderen. Dan zullen we zeer voorzichtig moeten zijn met de heropstart van andere mogelijkheden, zoals buitenschoolse activiteiten met overnachtingen, en dan zal de hele samenleving heel voorzichtig moeten zijn. Telewerk zullen we dan bijvoorbeeld duidelijk nog een hele tijd in stand moeten houden.

Als samenleving moeten we er iets voor overhebben dat we de scholen willen openhouden. Dat is ook een deel van het debat dat we morgen in de interministeriële conferentie Volksgezondheid zullen voeren.

Ziedaar, mijnheer de voorzitter, een aantal reacties op wat in de vragen aan bod kwam.

01.08 Caroline Taquin (MR): Monsieur le ministre, je vous remercie pour les éclaircissements que vous avez donnés.

Je retiens que dans ce baromètre figurent les indicateurs concernant la capacité en soins intensifs mais aussi les nouvelles hospitalisations dues au covid et la santé mentale, et qu'il est nécessaire de mener une évaluation globale.

J'entends qu'il n'y a pas uniquement à la clé des décisions d'ouverture et de fermeture; il y a également une certaine marge de manœuvre pour prendre les décisions politiques sur une base scientifique. C'est très bien. Mais vous ne répondez pas à ma question concernant les petites structures et la ventilation. Vous parlez de labellisation, de capteurs CO₂, de l'imposition de normes strictes et de sanctions. Toutefois, j'aurais voulu vous entendre sur les aides et l'information à donner à ces plus petites structures.

Ce que je relève aussi ces derniers jours, comme depuis un bon moment au travers de cette pandémie, c'est qu'il y a toujours un problème de communication. Mettre en place le baromètre, c'est une très bonne chose et nous avons été plusieurs à le solliciter et à vous appuyer dans cette démarche depuis longtemps. Cependant, le baromètre ayant à peine été décidé et n'étant pas encore mis en application – mais c'est pour très bientôt –, le commissaire corona annonçait hier, je pense, que nous serons probablement encore en code jaune d'ici le mois de mars. Les "serait", les conditionnels et les annonces de type boule de cristal sont, selon moi, à éviter pour notre population qui a du mal à s'y retrouver, qui doit mieux anticiper au travers de cet outil, qui n'est pas la solution unique mais qui peut permettre à tout un chacun d'avoir des perspectives.

Qu'on arrête, de grâce, de brouiller les pistes et de donner des espoirs à coups de communication non centralisée! Cette communication est essentielle pour garantir les meilleures chances de réussite à tous ces outils que vous déployez pour gérer au mieux cette crise.

Par ailleurs, la question a été posée concernant le rôle des bourgmestres mais je pense que tout le monde a bien compris en quoi il consiste. En revanche, ces bourgmestres – et c'est une demande criante – voudraient connaître le rôle exact des gouverneurs dans la mise en application des mesures qui sont décidées.

Par exemple, je suis bourgmestre d'une commune du Hainaut. Les carnavals sont extrêmement importants chez nous. Nous appliquons les règles telles qu'elles nous sont dictées et avec tout le devoir que cela implique, mais d'une commune à l'autre, chacun se pose la question de savoir si nous sommes en mesure d'appliquer toutes les règles qui sont dans le code rouge en termes de carnaval.

Nous avons besoin d'uniformité sur notre territoire. Il nous semble que le rôle du gouverneur n'est soit pas suffisamment clarifié, soit peut-être pas suffisamment intégré. Pourriez-vous faire remonter l'information, m'apporter la réponse ou en discuter avec vos collègues?

Ce rôle est très important à clarifier et à énoncer auprès de tous les bourgmestres pour qu'on puisse aboutir à un niveau de pouvoir décisionnel entre le fédéral, les Régions et les communes, qui permette une certaine

uniformité sur un territoire plus large que la commune. Souvent, on se sent bien seul dans l'application des mesures.

01.09 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, u zegt dat de barometer op een gegeven moment weer in de kast zal kunnen gaan. Ik hoop dat met u. Ik begrijp dat die dan ook weer uit de kast kan komen. Kan dat bijvoorbeeld ook gebeuren bij een influenza-epidemie? Wie beslist daar dan over?

Ik voel dat we hiermee bijna op een hellend vlak terechtkomen. Ik denk dat daar dan toch een debat aan vooraf moet gaan. Dat raakt immers ook aan het domein van de Gemeenschappen.

Over het vaccinatiebewijs zegt u dat het klaar moet zijn en zoals de paraplu in de paraplubak klaar moet staan. Geldt dat dan ook voor influenza? Waar ligt de grens? In welke mate blijft dat een federale bevoegdheid? Ik heb daar echt twijfels over.

U hebt geen antwoord gegeven op mijn vraag of een opschaling vanuit de gele fase naar oranje of rood ook op provinciaal of gemeentelijk niveau kan gebeuren.

U bent breed ingegaan op mijn vraag of men voorrang zou geven aan de fase met de minste vrijheidsbeperkingen bij twijfel. U zegt dat mentaal welzijn niet alleen wordt bepaald door de graad van vrijheid, maar ook door het gevoel dat mensen zich beschermd en veilig voelen. Ik geef toe dat dat een moeilijk evenwicht is.

Tegelijk grijpt u dit podium aan om een uitgebreid statement over het Wintermanifest te maken. Dat vind ik toch wel jammer. U staat blijkbaar niet open voor een debat. Er bieden zich zo veel mensen aan uit verschillende disciplines met verschillende expertises die een grondig debat ter zake mee willen voeren. U werpt op dat u altijd rekening hebt gehouden met hun opmerkingen en er dus geen probleem is. Dat vind ik jammer. Ik hoop dat u ter zake van mening verandert en dat u openstaat voor wat zij kunnen bijdragen.

01.10 Dominiek Snelpe (VB): Een en ander is nog niet opgehelderd en ik heb zelfs nog meer vragen dan voordien.

U zegt dat u met de coronabarometer duidelijkheid wil scheppen. Eindelijk, na twee jaar mag er inderdaad duidelijkheid komen, maar helaas zie ik ook dat u weer een achterpoortje inbouwt. U zegt dat er voldoende manoeuvreerruimte moet zijn, dat er niet op automatische piloot mee wordt gewerkt en in de pers zei u ook nog dat de maatregelen altijd strenger kunnen zijn dan de barometer aangeeft. Met andere woorden, u hebt de verschillende sectoren een spreekwoordelijke lolly gegeven waarmee ze weer een tijdje zoet gehouden worden. Uiteindelijk zal er weinig veranderen. Ik zeg nog niet dat er niets zal veranderen. Maar u zult uw zin blijven doen.

Een van de drempels is het aantal ziekenhuisopnames. U zegt dat de cijfers van de IC en het aantal hospitalisaties uit elkaar kunnen lopen. U beklemtoont ook dat het om patiënten gaat die vanwege covid in het ziekenhuis opgenomen worden. Mijnheer de minister, ik zou willen dat u daar eindelijk eens duidelijkheid over schept. Hebben wij intussen ter zake de cijfers? Werden de covidpatiënten die nu geteld worden, allemaal vanwege een covidbesmetting in het ziekenhuis opgenomen of gaat het ook om patiënten die bijvoorbeeld voor een nieuwe heup in het ziekenhuis worden opgenomen en na een test daar met corona blijken besmet? Na twee jaar is dat nog steeds niet duidelijk. Als u die cijfers hebt, dan zou ik graag zien dat u die deelt met het Parlement, maar ik vrees dat u mij daar niet op zult antwoorden.

Met de coronabarometer is ook de gezondheidspas gebetonneerd. De gezondheidspas evolueert steeds verder naar wat de jodenster was in de jaren 30 en 40. Wie geen groen vinkje heeft, is nergens meer toegelaten. Het groene vinkje krijgt men pas als men 3 keer langs de vaccinatiekassa gelopen is; dus niet na 2 keer, zoals u beloofd had, maar intussen na 3 keer. Dat is absurd, gelet op het feit dat een vaccinatie de transmissie niet tegenhoudt en dat het CST of het gezondheidspasje een vals gevoel van veiligheid geeft en het virus niet tegenhoudt.

Het verontrust mij ook dat u het hebt over een virus. U zegt dat de barometer soms in de kast ligt en dat die bij circulatie van een virus uit de kast wordt gehaald.

Spreek me gerust tegen, mijnheer de minister, maar ik vrees dat we hier op een hellend vlak zitten. Een wereld zonder virussen bestaat niet, dus zal de coronabarometer ook uit de kast gehaald worden wanneer er

een stevige griep op komst is. Of is het toch een echte coronabarometer en kan die in de kast blijven als er geen sprake meer is van corona? Ik hoop dat u mij daar nog bevestigend op kunt antwoorden. Is het dus een echte coronabarometer en geen virusbarometer?

U beklemtoont ook dat die maatregelen zeer belangrijk zijn om het virus de baas te kunnen en om de mensen te beschermen enzovoort. U spreekt echter niet over investeringen in de zorg, niet over meer handen aan de bedden, waar we het al zo vaak over hebben gehad.

Alle maatregelen zijn goed, maar investeren in de zorg komt er niet aan te pas. Daar slaat u de bal toch mis. De eerste maatregel die genomen moet worden, is investeren in de zorg en ervoor zorgen dat er daar genoeg capaciteit is. Investeer dus daar uw tijd en centen in, in plaats van in absurde pasjes en absurde barometers.

01.11 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, u hebt gezegd dat u niet te veel in details wou treden. Ik heb naar de persconferentie geluisterd en ik heb mij ook geïnformeerd, maar veel zaken zijn me toch nog altijd niet duidelijk. U hebt niet gezegd hoe het zit met de bevoegdheden en welk niveau bij welke kleur commandeert in de barometer. U hebt ook niets gezegd over het feit dat er geen groene of zwarte zone is.

Op een bepaald moment was de culturele sector van dit land helemaal gesloten, maar zo'n maatregel staat nu niet in de barometer. Dat is spijtig. Misschien hebt u een website waar wij die gedetailleerde informatie kunnen terugvinden? Zo ja, dan zou ik die graag kennen.

U bent ook niet ingegaan op de vraag waarom welbepaalde maatregelen in de barometer staan en andere sanitaire maatregelen niet. Waarom worden de zelftesten bijvoorbeeld niet gratis vanaf een bepaalde frequentie in een bepaalde code? Welk beleid wordt gevoerd op het vlak van testing, tracing en quarantaine in een bepaalde code?

U hebt gezegd dat het CST een paraplu is die je niet kan weggooien. Een tracingbeleid bijvoorbeeld kan echter niet zomaar in de kast worden gelegd en er opnieuw worden uitgehaald. Over de gezondheidsstructuur moet op lange termijn worden nagedacht. Bijvoorbeeld, op welke manier kan indien nodig worden omgeschakeld naar het tracingbeleid, zodat we niet opnieuw in dezelfde problemen komen waar we nu mee kampen?

Tot besluit mag ik stellen dat u een soort systeem hebt gevonden om een aantal vergaderingen vlotter te doen verlopen in plaats van de grillen van bepaalde politici in bedwang te moeten houden. Het moet er ook voor zorgen dat het Overlegcomité vlotter verloopt, wat op zich een goede zaak is. Fundamenteel kunnen echter nog veel vragen over dat systeem worden gesteld.

De vraag is effectief waarom de macht bij het Overlegcomité blijft. U stelt immers dat de beslissingen niet door het Parlement kunnen worden genomen. Ik zie echter niet in waarom het Parlement bijvoorbeeld niet af en toe zou kunnen samenkomen om de door het Overlegcomité voorgestelde maatregelen te bekrachtigen, eventueel te amenderen en met een stemming te valideren. Nu is er immers enkel een soort rapportering.

De gevolgen daarvan kennen we. We hebben gezien wat er met de cultuursector is gebeurd en dat de Raad van State die beslissing ongedaan heeft moeten maken. Heel veel getroffen maatregelen waren ook absurd.

Ten slotte, u hebt ook de scholen vermeld. Ik zou daarover iets willen opmerken. Wat er aan de hand is met onze scholen, is vrij dramatisch. Ze sluiten massaal. Ik heb ook net het bericht gekregen dat mijn zoon naar huis is gestuurd, omdat zijn klas wordt gesloten. Nochtans heeft hij onlangs een coronabesmetting gehad. Normaal moet hij dus niet in quarantaine gaan.

Dat is ook het gevolg van de beslissing die een aantal weken geleden is genomen, namelijk om de zelftesten niet ter beschikking te stellen en de mensen aan hun lot over te laten. Er is toen een enquête geweest waaruit bleek dat slechts 8 % van de mensen die zelftesten zou toepassen. De mensen hebben ook heel veel vragen over de zelftesten. Een en ander moet natuurlijk worden omkaderd en de testen moeten beschikbaar zijn.

Ik hoop dat u niet enkel over de quarantaineregels maar ook daarover eindelijk beslissingen zult nemen. Andere landen tonen aan dat het anders kan. Een land als Denemarken doet twee keer per week zelftesten

bij kinderen. Daardoor slaagt het erin de klassen zo veel mogelijk open te houden en zorgt het ervoor dat de kinderen zo veel mogelijk naar school kunnen gaan.

01.12 Catherine Fonck (cdH): Monsieur le président, avant d'intervenir dans le cadre de ma réplique, je voudrais vous dire combien j'ai été profondément choquée d'entendre les propos tenus, il y a un instant, par un membre de cette commission qui a comparé la vaccination à la Shoah en faisant référence à l'étoile de David. Ce type de propos m'horrifie! C'est faire preuve d'un irrespect total à l'égard de la souffrance infligée aux Juifs, mais aussi au regard des enjeux scientifiques actuels, en particulier de la vaccination qui a permis de sauver des milliers de vies. Faut-il rappeler qu'avec le covid, le risque de se retrouver hospitalisé quand on n'est pas vacciné est de 1 sur 5, que le risque de décéder est de 1 sur 50 alors que, lorsqu'on est vacciné, le risque d'être hospitalisé est de 1 sur 10 000 et celui de décéder est de 1 sur 30 000? Entendre ce type de propos dans une commission de la Santé, c'est à vomir! Je le pense, je le dis et je l'assume.

Monsieur le ministre, j'en reviens à la discussion sur le baromètre. Je vais continuer à plaider pour qu'un code vert soit ajouté à ce dernier ou pour qu'on définisse très clairement à partir de quand ledit baromètre pourra être mis de côté. Pour ce qui me concerne, je suis plutôt favorable au code vert, compte tenu de la manière avec laquelle des virus de cette nature se répandent, avec une transmission par voie respiratoire, dans le cadre d'une pandémie mondiale. Ce genre de virus ne s'arrête donc pas à la petite Belgique qui n'est pas une île. Avec un tel code, toutes les mesures sont abandonnées, mais une vigilance reste de mise en termes de suivi épidémiologique puisqu'il faut prendre en compte toute la dynamique mondiale.

Pour ce qui concerne la gestion des risques, un baromètre, c'est une photo. Selon moi, l'essentiel, c'est de sécuriser et de minimiser les risques lieu public par lieu public. Je parle ici de n'importe quel type de lieu sans qu'il ne soit encore juste et toujours question d'une loi qui prévoit des normes et des sanctions. Il faut des mesures opérationnelles concrètes, avec un soutien apporté par tous niveaux de pouvoir confondus du fédéral aux communes, y compris financier. Il est ici question de mesures permettant de minimiser les risques et d'améliorer la qualité de l'air. Cette politique ne doit pas simplement s'inscrire dans le cadre du covid. Il s'agit d'une politique à moyen et à long terme en matière de santé publique.

En fait, on a tout intérêt, tant sur le plan sanitaire que sur le plan économique, que ce type d'approche soit mis en place d'urgence. Ne pas le faire revient à faire des économies de bouts de chandelle qui nous coûteront vraiment beaucoup plus cher, et pas seulement dans le cadre du covid-19.

Enfin, monsieur le président, le ministre a fourni une réponse très longue en abordant de nombreux sujets. Le ministre a évoqué le CST, mais étant donné que je n'ai pas le droit de répliquer ici, je demande qu'une question d'actualité lui soit posée à ce sujet.

S'agissant des enfants, la situation dans les écoles est effectivement assez catastrophique. Néanmoins, même si nous ne sommes pas dans ce débat-là, je pense que cette situation est quand même la conséquence d'une série de décisions prises par les différents ministres de la Santé et de l'Enseignement et, surtout, de non-mesures. En ce qui concerne les capteurs de CO₂, il a fallu longtemps pour en placer et il n'y en a pas partout.

Par ailleurs, il n'y a pas de politique de ventilation dans les écoles, alors qu'il est clairement démontré sur le plan scientifique qu'une politique de ventilation performante dans les écoles diminue drastiquement les contaminations. La situation ne serait sans doute pas aussi catastrophique qu'aujourd'hui si ce type de politique avait été mis en place à temps, et on a eu toutes les indications pour ce faire.

01.13 Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre longue réponse qui, malgré tout, appelle certaines réflexions et m'oblige à rebondir sur certaines de vos affirmations.

Lorsque vous dites que le baromètre ne rendra pas les mesures sanitaires automatiques, seul l'avenir nous le dira. Par contre, ce dont je suis convaincue, c'est que cet outil rendra automatique la privation du débat parlementaire sur les mesures sanitaires. Ce n'est pas uniquement une députée de l'opposition qui vous le dit, mais aussi des experts comme M. Coppieters, qui nous a quand même accompagnés pendant une longue année dans le cadre de nos travaux sur la Commission spéciale covid-19, et qui voit ce baromètre comme un outil de justification des mesures plutôt que comme un outil d'anticipation. Je pense donc qu'il s'agit davantage d'un instrument politique que d'un outil de gestion réelle des risques.

Lorsque vous dites que ce baromètre se base sur des rapports relatifs à la santé mentale de la population, le

message que je voulais vous transmettre n'était pas de dire que rien n'avait été fait en matière de soutien à la santé mentale, pas du tout. Par contre, on ne voit toujours pas, à travers ce baromètre, comment il a été tenu compte concrètement de ces mêmes rapports.

D'ailleurs, on a vu tout au long de cette gestion de crise qu'à plusieurs reprises, les rapports du GEMS n'ont pas du tout été pris en compte par le Codeco et les mesures qui pourraient découler de ce baromètre restent les mêmes depuis le début de cette crise, indépendamment de l'avancement de la vaccination, indépendamment de l'immunité naturelle acquise par la population, indépendamment des efforts qui ont été consentis par les secteurs notamment en termes de ventilation.

Je doute donc par ailleurs que la santé mentale et des secteurs qui ont été fermés pendant des mois ou qui restent fermés aujourd'hui aient été pris en compte, indépendamment des efforts déployés par ces mêmes secteurs. Vous ne m'avez d'ailleurs toujours pas répondu quant à l'évaluation et les résultats qui s'en sont suivis de la réelle dangerosité au regard des événements tests qui ont eu lieu au sein de ces secteurs.

Vous nous dites aussi que le baromètre ne vise plus certains secteurs en particulier mais la capacité de ventilation des établissements, qu'un projet de loi ventilation est attendu et irait donc dans le sens de ce fameux label Covid Safe que mon parti appelle depuis maintenant près d'un an. C'est très bien mais je regrette néanmoins que ce label n'arrive qu'aussi tardivement. Cela fait plus d'un an qu'on l'attend, au prix de combien de faillites dans les secteurs concernés et qui ont investi dans ces dispositifs.

Et oui, monsieur le ministre, on voit que ce sont toujours les mêmes secteurs qui trinquent! Notamment la culture et pas, par exemple, les transports en commun, alors que la culture a toujours été reconnue comme étant le secteur le plus sécurisant, et ce, par de nombreuses études.

Enfin, j'en terminerai quand même par le CST car il y a un lien avec ce baromètre. Le premier ministre a promis, la bouche en cœur, qu'il ne serait pas utilisé un jour de trop. Finalement, doit-on voir ce baromètre, comme vous le dites, comme un instrument qui sert de parapluie lorsqu'on en a besoin et qui pourra être rangé lorsqu'on n'en aura plus besoin? Toutefois, dans le même temps, vous avez renforcé ce CST et rien ne nous dit qu'il restera temporaire, comme le recommandait notamment l'avis du Conseil d'État. Rien ne nous dit que lorsque les contaminations augmenteront à nouveau, notamment en raison de la saisonnalité du virus, on ne le réactivera pas alors même - et à ce sujet je n'ai pas reçu non plus de réponse - que ce CST n'a jamais été évalué, en tout cas son impact tant sur les contaminations que sur l'adhésion à la vaccination. C'est préoccupant surtout lorsqu'on sait que vous entendez transformer ce CST en pass vaccinal, mais cela, au moins sur cette question, c'est le Parlement qui pourra en débattre.

Le **président**: D'autres membres souhaitent-ils encore intervenir pour une réplique?

01.14 Barbara Creemers (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, dat de barometer er nu is, is sowieso goed voor de voorspelbaarheid en de logica van de maatregelen, maar we moeten toegeven dat het werk nog lang niet af is. Er zijn nog andere domeinen en sectoren die ook die voorspelbaarheid en logica verdienen.

De vraag is: hoe past het CST bij de barometer? Vanaf wanneer kunnen we het CST in de koelkast stoppen, of in de paraplubak, zoals u het zelf zei?

Mijnheer de minister, als we naar buiten gaan tijdens een hevige regenbui, hebben we niet alleen een paraplu nodig. Dan hebben we ook stevige laarzen en een regenjas nodig.

Ik zie de eerste stap van deze barometer inderdaad als een paraplu, maar ik meen dat die paraplu deel moet uitmaken van een heel plan voor die stevige regenbui, en dat we nog heel wat werk voor de boeg hebben. Ik hoop dat we dat werk op korte termijn niet nodig zullen hebben, maar in het najaar komt er misschien een volgende golf en kunnen we onze regenplannen beter voorbereid hebben op een moment dat daar geen acute nood aan was. Dat hebben we uit de bijzondere covidcommissie geleerd.

Om het met de woorden van coronacommissaris Pedro Facon te zeggen: in vreedstijden maakt men de beste oorlogsplannen.

01.15 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, we zouden bijna vergeten dat u een econoom bent en geen viroloog. U hebt een grote uitleg gegeven over een 'endemisch' virus.

Een endemisch virus, mijnheer de minister, wordt epidemisch wanneer het exponentieel groeit. Zult u de pandemiewet dus ook toepassen op influenza, zoals mijn collega daarnet gevraagd heeft?

Is dit de verborgen agenda die we hier moeten veronderstellen? Dat is een factuele vraag, mijnheer de minister. U hebt me heel erg beangstigd met uw antwoord, omdat u heel ver gaat in uw redenering over deze pandemiewet.

Wij zijn het er helemaal over eens dat 'pandemiewet' de verkeerde term is, maar ook dat de inhoud van die pandemiewet volledig antidemocratisch is. U gaat heel ver. U geeft het voorbeeld van een endemisch virus dat, wanneer het exponentieel stijgt, epidemisch kan worden.

In hoeverre kunt u de bevolking het vertrouwen geven dat ze nodig heeft?

01.16 Minister **Frank Vandenbroucke**: Misschien had ik het ten overvloede moeten zeggen, mevrouw Depoorter of mevrouw Gijbels, maar ik vond het onwaarschijnlijk evident. De naam van deze barometer is 'coronabareometer', dat is ook zo genotificeerd door het Overlegcomité. Het is geen barometer voor om het even welk virus.

Ik dacht dat ik dat niet moest zeggen, maar als u zonodig gerustgesteld moet worden, voeg ik dat daar graag aan toe. Overigens heeft het Overlegcomité ook gezegd dat we de barometer in zijn huidige vorm zullen gebruiken tot eind juni. Ondertussen zullen we hem permanent evalueren. We gaan ervan uit dat we het met dit schema doen tot eind juni, maar misschien steken we hem voor einde juni al in de kast.

Over de terminologie zijn we het eens, denk ik. Een endemisch virus kan een ernstige epidemie vormen en kan een epidemiologische noodsituatie creëren. U spreekt terecht van de 'vermeende pandemiewet', want die wet verwijst eigenlijk naar een epidemiologische noodsituatie, niet naar een wereldwijde noodsituatie. Dat we het eens zijn over de terminologie, is al heel behulpzaam.

De **voorzitter**: Mevrouw Depoorter, de minister heeft gesproken en anderen zijn er ook al over tussengekomen.

01.17 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Maar er is geen antwoord gegeven, voorzitter.

De **voorzitter**: Hij heeft wel een antwoord gegeven, maar het bevalt u misschien niet.

01.18 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Ik heb gevraagd of de pandemiewet dan ook toegepast zou worden op een influenza-epidemie en of dat de visie is van de federale regering.

01.19 Minister **Frank Vandenbroucke**: Lees die wet.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

02 Actualiteitsdebat over long covid en toegevoegde vragen van

- Karin Jiroflée aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Langdurige covid" (55023613C)
- Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Long covid" (55023779C)
- Florence Reuter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De opvolging van de resolutie betreffende de erkenning van long covid" (55023900C)
- Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Long covid" (55024389C)
- Barbara Creemers aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De impact van long covid op de afwezigheid binnen de gezondheidszorg" (55024403C)

02 Débat d'actualité sur le covid long et questions jointes de

- Karin Jiroflée à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le covid long" (55023613C)
- Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le covid long" (55023779C)
- Florence Reuter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le suivi de la

résolution relative à la reconnaissance du covid long" (55023900C)

- **Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le covid de longue durée" (55024389C)**

- **Barbara Creemers à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'incidence du covid long sur les absences dans les soins de santé" (55024403C)**

02.01 Karin Jiroflée (Vooruit): Mijnheer de minister, iedereen weet waarover we het hebben als het over long covid gaat. Het zijn symptomen die blijven hangen en waarvan mensen last hebben op lange termijn, op een moment waarop de ziekte eigenlijk al overwonnen zou moeten zijn. We denken dan aan vermoeidheid, kortademigheid, hoofdpijn en daarnaast ook mentale klachten als angst en depressie.

In mei 2021 heeft het Parlement op initiatief van de Vooruitfractie een resolutie goedgekeurd waarin erkenning werd gevraagd voor patiënten die aan long covid lijden. De resolutie vraagt niet alleen om de aandoening te erkennen, maar ook om werk te maken van een bredere bekendheid van de aandoening, zodat de patiënten sneller kunnen worden geholpen. Daarbij wordt de nadruk gelegd op een multidisciplinaire aanpak. Het is van cruciaal belang dat we verder onderzoek steunen, zodat patiënten op de beste zorgverlening kunnen rekenen. Dat was in mei 2021, wij vonden het tijd voor een stand van zaken.

Op welke manier omschrijven de recentste onderzoeksresultaten langdurige covid het best? Welke symptomen overheersen nu? Hoelang sleept de aandoening gemiddeld aan? Zijn er al nieuwe cijfers over, zoveel maanden later?

Hebt u zicht op het aantal patiënten dat in ons land aan langdurige covid lijdt of heeft geleden? We hebben ons toen over de cijfers gebogen, maar die zijn ongetwijfeld geëvolueerd.

Uit een aantal studies blijkt dat mensen die bij hun initiële besmetting weinig tot geen symptomen hadden, uiteindelijk toch kunnen lijden aan langdurige covid. Hebt u zicht op het aantal patiënten dat in die situatie zit? Ook kinderen blijven niet gespaard. Hebt u zicht op hoeveel kinderen er aan langdurige covid lijden of geleden hebben?

Op welke manier wordt er nu gediagnosticeerd op langdurige covid? Op welke manier worden die patiënten ondersteund in hun noden? Staat dat op punt of werkt men daar nog aan? Wordt dat nog verbeterd?

Hoe verloopt ondertussen de samenwerking hierover met de deelstaten?

02.02 Sophie Rohonyi (DéFI): *"Monsieur le ministre, les contaminations au Covid-19 ne cessent d'augmenter et, avec elles, les patients atteints de Covid-long. En effet, les symptômes à long terme du Covid concerneraient 10 à 15% des personnes infectées par le virus.*

Nous en savons davantage aujourd'hui sur cette nouvelle maladie autrefois inconnue. Les symptômes sont divers et relèvent tant de l'ordre physique que psychologique.

En termes de santé mentale, l'on retrouve des troubles anxieux pour 12% des patients atteints de Covid long, des pensées dépressives pour 18% d'entre eux mais aussi des troubles de la concentration et de la mémoire ou encore un repli sur soi-même. Par ailleurs, certains symptômes sont assez proches de la dépression et pourraient mettre en jeu des mécanismes neurologiques.

C'est dans ce contexte qu'en collaboration avec le service de médecine, le service psychologie des hôpitaux Iris-Sud (Etterbeek-Ixelles, Joseph Bracops et Molière) va prendre en charge les patients qui souffrent du Covid long sur leurs trois sites, et ce pour le début de l'année 2022.

En conséquence, monsieur le ministre:

- Cette prise en charge au niveau du service de psychologie relève-t-elle de l'initiative des hôpitaux Iris-Sud à eux seuls ou provient-elle d'une directive des autorités?*
- Comptez-vous suivre de près les résultats d'une telle prise en charge au sein des hôpitaux Iris-Sud et, en cas de résultats positifs, la généraliser à tous les hôpitaux du pays? Dans la négative, pourquoi?*
- Une budgétisation d'une telle généralisation a-t-elle été réalisée?*
- Comment sont actuellement pris en charge les aspects psychologiques du Covid long au sein des autres hôpitaux?"*

02.03 Florence Reuter (MR): Monsieur le ministre, ma question porte sur le suivi de la résolution adoptée le 20 mars 2021 en commission de la Santé concernant les patients qui souffrent du covid long.

La résolution prévoyait notamment d'examiner au sein de l'INAMI si les coûts liés au covid long pouvaient être intégrés dans le maximum à facturer aux patients ou encore d'accroître l'accessibilité des programmes de rééducation.

Un groupe de travail réunissant les mutualités, des représentants de patients, une association de médecins généralistes et autres a été mis sur pied.

Monsieur le ministre, où en sont les discussions au sein de ce groupe de travail? Où en est l'application des 14 demandes de la résolution?

02.04 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Op 16 maart hebben wij een resolutie aangenomen om onder andere te onderzoeken hoe de kosten kunnen worden opgenomen in de maximumfactuur en om de revalidatieprogramma's en fysiotherapie toegankelijker te maken. Eind oktober was er nog niet veel schot in de zaak. U zei dat er nog meer inzicht nodig was over de doeltreffendheid en de kosteneffectiviteit van de behandeling. Verder zei u dat de richtlijnen moesten steunen op *evidence based practices*.

Wat is de stand van zaken van die richtlijnen? Welke zijn de resultaten van de trials van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) rond de behandeling van langdurige covid in verband met de verbetering van de cognitieve functies, voeding en locomotorische revalidatie en verandering in functionele inspanningstolerantie?

Vous disiez aussi: "Dans le cadre de ce trajet de soins, on examinera la nécessité de rembourser la kinésithérapie". C'est effectivement une demande très importante des patients souffrant du covid long.

Va-t-on prendre des mesures rapidement pour les séances de kinésithérapie?

02.05 Barbara Creemers (Ecolo-Groen): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, dit is een onderwerp dat vorig jaar op voorzet van collega's Rohonyi en Fonck onder onze aandacht werd gebracht en waaraan wij als meerderheid heel graag hebben meegewerkt. Dit ligt mij intussen nog nader aan het hart omdat ik er persoonlijk ook van afzie.

Men hoort het niet alleen bij ons, maar overal. Het Verenigd Koninkrijk kwam vorige week met cijfers naar buiten, waaruit blijkt dat er voor de eerste 18 maanden van de pandemie in de gezondheidszorg al bijna 2 miljoen dagen van afwezigheid werden geteld. Ook de Finse regering zei begin dit jaar dat de gezondheidsgerelateerde en economische gevolgen van long covid nog heel lang zullen aanslepen.

We maken ons daarover zorgen. Ik heb een aantal vragen waarmee ik wellicht te vroeg ben om die op ons land over te zetten. Hebt u een idee van hoeveel werkdagen er in ons land verloren zijn gegaan door de langdurige gevolgen van COVID-19? Hebt u zicht op hoeveel patiënten met langdurige COVID-19 sukkelen? Hoe wordt dat in kaart gebracht? Hoe zit het met de lopende initiatieven? Zijn er bijkomende initiatieven nodig? We maakten ons daarover vorig jaar al veel zorgen, maar iedereen kent nu wel patiënten die maanden na de besmetting nog steeds niet helemaal mee kunnen draaien op hun werk of in de maatschappij. Lukt het met de lopende initiatieven of zijn er bijkomende initiatieven nodig?

02.06 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, het Kenniscentrum voerde een tijdje geleden al via een bevraging onderzoek naar mensen die te maken hebben met langdurige covid. Een van de aanbevelingen was dat er een bilan moet worden opgesteld van mensen met long covid, waarbij dan zou worden doorverwezen naar zorg op maat.

Dat bilan zou moeten worden opgemaakt door gespecialiseerde centra. Het Kenniscentrum raadt aan dat de opvolging van die patiënten binnen de eerste lijn zou gebeuren. Is daar al iets mee gebeurd? Hoe ver staan we daarmee? Hebben wij dergelijke centra om die bilans op te maken? Hebt u al een zicht op hoe groot de impact is en hoeveel mensen daarmee te maken hebben?

Hoe zit het voor die mensen met de kosten en de betaalbaarheid van hun zorg? Zijn er problemen gemeld? Zijn er plannen ter remediëring?

Ten slotte, zijn er doorbraken met betrekking tot de mechanismes waarbij de langdurige covid tot stand komt? Weten we daar medisch gezien al meer over? Zijn er bepaalde therapieën die beter aanslaan dan andere en waarop we eventueel verder kunnen inzetten?

02.07 Catherine Fonck (cdH): Monsieur le président, je me joins aux questions plutôt qu'aux répliques. En effet, dans le fond, je poserai une question sous forme de chemin à tracer. Vous savez que j'essaie de faire bouger les lignes de longue date, monsieur le ministre. Les collègues se sont joints et c'est une bonne chose. Nous disposons à présent de données de la littérature internationale récente, qui s'additionnent de plus en plus. Je ne vais pas faire un topo des chiffres ici, mais on dispose de faits *evidence based*. Le pire serait de faire semblant que cela n'existe pas ou que c'est anodin alors même que s'il y a bien une urgence, c'est d'une part d'apprendre à diagnostiquer le covid long, de garantir un suivi multidisciplinaire et, par ailleurs, d'avoir aussi clairement une approche permettant de concrétiser et de mettre en œuvre, notamment, les thérapies non médicamenteuses qui donnent déjà des résultats.

Le volet de la revalidation et de la prise en charge par les kinésithérapeutes est donc un enjeu majeur. Vous le savez, de longue date j'ai plaidé pour qu'on puisse proposer une prise en charge suffisante, à la mesure des besoins au niveau des kinésithérapeutes, et je continue à le faire. Je ne parle pas de quelques séances et d'un remboursement amputé. Je pense que cela pourra vous faire faire d'énormes économies en matière de santé publique. Ne pas le faire, ne pas avancer, ne pas soutenir davantage les possibilités de prise en charge kinésithérapique, c'est faire des économies de bouts de chandelle à très court terme, et le payer beaucoup plus cher à moyen et à long terme.

Je profite de l'occasion aujourd'hui pour remettre un peu de pression à ce sujet et tenter encore une fois de faire bouger les lignes. D'accord, vous faites des études, mais il y a énormément d'études au niveau international. Maintenant, il faut peut-être poursuivre ces études, mais surtout soutenir concrètement les gens selon les lignes que j'ai tracées, notamment les patients concernés. Je vous remercie.

Le **président**: D'autres membres veulent-ils intervenir? (*Non*)

02.08 Frank Vandenbroucke, ministre: Heureusement, la plupart des gens se remettent du covid-19 mais il y a aussi un groupe croissant de personnes qui continuent à avoir des symptômes persistants après trois mois.

Cependant, la connaissance du covid long reste encore partielle. C'est pourquoi il est important de travailler ensemble et de partager les connaissances et les idées.

Il est clair qu'il y a un impact psychologique. Là aussi, on ne sait peut-être pas encore tout. On sait que de tels effets psychologiques importants se produisent également avec d'autres maladies infectieuses, de sorte que l'approche ne doit pas nécessairement être différente mais elle doit évidemment être là.

Puisqu'il est toujours nécessaire d'approfondir les connaissances scientifiques en la matière, vous savez que le KCE a été chargé d'un projet de recherche visant à décrire les connaissances sur le covid long et à évaluer son impact ainsi qu'à trouver comment aider les patients. L'objectif de cette étude était de fournir aux décideurs politiques des informations pour les aider à prendre des décisions sur la manière d'organiser les soins et les remboursements des personnes atteintes de covid long. L'étude visait également à informer les soignants et le grand public à propos des connaissances scientifiques sur cette nouvelle pathologie.

Le rapport n° 344 du KCE du 26 octobre 2021 formule un certain nombre de recommandations dont, par exemple, l'élaboration d'un bilan holistique interdisciplinaire pour les patients soupçonnés d'être atteints du covid à long terme qui vise à les orienter vers le parcours de soins le plus approprié sur la base des connaissances scientifiques disponibles à ce moment-là.

Les possibilités actuelles d'évaluation et de revalidation des patients présentant des conséquences psychologiques ou neurocognitives après covid-19 sont décrites brièvement dans les chapitres 5.2, 5.4 et 6.2 de la synthèse du rapport du KCE. Les médecins des principales spécialités concernées (pneumologues, spécialistes des maladies infectieuses, neurologues, spécialistes de la médecine physique et de la réadaptation, etc.), les physiothérapeutes, les psychologues et les travailleurs sociaux peuvent donc préparer une évaluation générale du patient en consultation avec son médecin traitant. Ce bilan permettrait d'évaluer précisément les besoins fonctionnels du patient et d'orienter vers une prise en charge adaptée et coordonnée sur mesure.

Cette évaluation doit avoir lieu dans des centres spécialisés mais les traitements prescrits et le suivi doivent avoir lieu dans la première ligne dans la mesure du possible. Les recommandations sont examinées plus en détail par mes services.

Les hôpitaux travaillent déjà avec le secteur de la première ligne sur un programme global de réhabilitation. Un groupe de travail de l'INAMI se penche actuellement sur les modalités d'organisation. De plus, le réseau belge d'*evidence based practice* travaille sur l'élaboration d'une *guideline* de revalidation et de prise en charge destinée à la première ligne de soins.

Les résultats de l'initiative prise par les hôpitaux Iris Sud seront certainement suivis et pris en compte. En outre, à la suite du rapport du KCE, KCE Trials, le programme de financement d'essais cliniques non commerciaux du KCE, a lancé un appel à projets et sélectionné pour financement trois études cliniques randomisées visant à établir quels traitements et interventions pourraient être effectifs pour aider les patients présentant des symptômes du covid long.

Une de ces trois études, l'étude CovCOG, traitera des patients souffrant de difficultés cognitives et leur proposera une intervention basée sur la psychoéducation, une approche qui vise à informer sur les différents facteurs impliqués dans les symptômes et à donner aux patients les moyens de mieux gérer leur rétablissement.

Vervolgens kom ik bij de relatief precieze vragen van mevrouw Jiroflée over wat we nu weten over het verband tussen vaccinatie en long covid. U moet weten dat de resultaten van het rapport van Sciensano de eerste resultaten zijn van een studie die nog loopt tot april 2023. Uit die eerste resultaten blijkt dat er geen significant verband bestaat tussen het aantal doses van het COVID-19-vaccin op het moment van de besmetting – of het nu gaat over nul, één of twee doses tussen 30 april en 20 juni 2021 – en het al dan niet hebben van langdurige covid drie maanden later. We zien dus nog niet klaar in de band tussen besmet zijn en langdurigheid, en de mediërende rol van de vaccins daarin.

In dit stadium hebben die analyses betrekking op verbanden en associaties. We kunnen in feite nog geen conclusies trekken over oorzakelijkheid. Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) en Sciensano hebben een kort overzicht gemaakt van de literatuur over dit relatief nieuwe en daardoor nog nauwelijks gedocumenteerde onderwerp.

De vraag is bovendien niet alleen of er long covid is of niet, er zijn ook heel veel verschillende symptomen. Mensen met langdurige covid kunnen last hebben van respiratoire, neurologische of gastro-intestinale symptomen. Het zou ook mogelijk kunnen zijn dat de vaccinatiestatus verband houdt met bepaalde symptomen en met andere niet, maar op dit moment zien we daar, op basis van de beschikbare gegevens, nog niet klaar in. We kunnen dus nog geen sluitende conclusies trekken over de incidentie van langdurige covid na vaccinatie. Het aantal publicaties is beperkt, ze zijn observationeel van aard, en ook methodologisch zijn er belangrijke beperkingen.

Wel heel belangrijk – en ik moet dat even herhalen om misverstanden te vermijden – is dat alle beschikbare studies bevestigen dat vaccinatie gedeeltelijk – niet 100 %, maar wel voor een belangrijk deel – beschermt tegen besmetting en vooral tegen ernstige vormen van COVID-19. Dat is uiteraard een basisgegeven als we het hebben over long covid, maar het is niet duidelijk wat de prevalentie van langdurige covid is na een doorbraakinfectie, noch wat de zorgbehoefte of de impact op de levenskwaliteit dan is.

Hetzelfde geldt a fortiori voor de impact van een eventueel boostervaccin op long covid. Ook daar kunnen wij nog niets over zeggen.

Wij zien ook de eerste wetenschappelijke artikels verschijnen over het effect van vaccinatie bij patiënten die al langdurige covid hebben. Die studies hebben tot doel om na te gaan of mensen die voor hun vaccinatie waren besmet en langdurige covid rapporteerden, na hun vaccinatie nog symptomen van langdurige covid vertonen. Het is in die studies niet de bedoeling om na te gaan hoe waarschijnlijk het is dat mensen die besmet werden na hun vaccinatie langdurige covid zouden ontwikkelen. De meeste studies zagen een verbetering na de vaccinatie, maar één studie rapporteerde een verslechtering op basis van een zelfrapportage van de respondenten. Het is dus eigenlijk te vroeg om over die specifieke vraag conclusies te trekken.

Ten slotte heeft de Franse Haute Autorité de Santé onlangs *guidelines* gepubliceerd voor de aanpak van langdurige covid. Daarin wordt gepreciseerd dat de aanwezigheid van langdurige symptomen van COVID-19 noch de indicaties, noch de contra-indicaties voor vaccinatie tegen COVID-19 wijzigt. De wetenschappelijke literatuur over de impact van vaccinatie op langdurige symptomen na een doorbraakinfectie is dus niet volledig duidelijk. Uit de studies kunnen wij echter wel besluiten dat ook na vaccinatie long covid zal blijven voorkomen. De aanbevelingen van de KCE-studie nr. 344 die in oktober 2021 werd gepubliceerd, blijven dan ook zeer actueel, ook na een vaccinatiecampagne, en het RIZIV werkt momenteel een regeling uit voor de aanpak en de zorg van de behandeling van deze patiëntengroep. Het is echter belangrijk om alle wetenschappelijke inzichten te blijven opvolgen.

Met betrekking tot de maximumfactuur wil ik gewoon herinneren aan de wet houdende diverse bepalingen inzake gezondheid. Daarin hebben wij een opening voorzien om extra kosten voor voedingssupplementen te kunnen opnemen in de maximumfactuur. De werkgroep van het RIZIV is nog bezig met de analyse van die kosten. Patiëntenorganisaties participeren ook in deze werkgroep. Ik herinner aan het feit dat ik destijds vaak heb gezegd dat dit ontwerp dringend was. Misschien moeten sommige leden van deze commissie daar nog eens over nadenken.

Is er een verschil in effect tussen de verschillende vaccins op de ontwikkeling van langdurige covid? Sciensano heeft bijkomende analyses verricht met de gegevens van het Sciensanoproject COVIMPACT. Er is geen significant verschil tussen de verschillende vaccins. Geen enkel vaccin kon significant in verband worden gebracht met het risico op het al dan niet oplopen van langdurige covid. Deze resultaten kunnen evolueren naarmate de studie vordert en naarmate de vaccinatie in de cohort van de deelnemers van de studie evolueert.

De resultaten die in andere studies worden gerapporteerd, zijn uiteenlopend met soms gerapporteerde verschillen tussen de verschillende vaccins.

Mevrouw Jiroflée, u had een vraag over de boostervaccins. Wij weten het nog niet. Het is nog te vroeg om te zeggen of er een specifiek effect op long covid is.

U had ook een vraag over kinderen. Het COVIMPACT-project van Sciensano is specifiek gericht op langdurige covid en heeft de goedkeuring van een ethisch comité gekregen om zelfgerapporteerde gezondheidsgegevens te verzamelen van personen die 18 jaar of ouder zijn. Voor zover ik weet is er in België geen onderzoeksproject aangaande langdurige covid bij personen jonger dan 18 jaar.

In het algemeen wordt langdurige covid weinig onderzocht bij kinderen. Uit een rapport van de Office for National Statistics van het Verenigd Koninkrijk in april vorig jaar blijkt dat kinderen van 2 tot 16 jaar significant minder waarschijnlijk dan volwassenen zelf symptomen van langdurige covid rapporteerden. In dezelfde studie is het percentage van de 2- tot 16-jarigen die drie maanden na besmetting symptomen meldde op 7,4 % geraamd.

De impact van langdurige covid op het dagelijkse functioneren is kleiner bij kinderen dan bij volwassenen. Op basis van een literatuuroverzicht komt het KCE in het rapport nr. 344 ook tot dezelfde conclusie.

Madame Reuter, un groupe de travail au sein de l'INAMI se penche sur l'approche et le financement du traitement du post-covid en mettant l'accent sur une prise en charge multidisciplinaire dès la première ligne. Ce projet est repris dans le trajet pluriannuel des soins transversaux 2022, ce qui signifie que c'est compris dans le budget. Un financement est donc possible.

Un groupe de réflexion a déjà élaboré un modèle de *step care* commençant par le médecin généraliste et coordonné par un *case manager*. Une concertation transversale avec les différents partenaires est prévue le 2 février pour approfondir la proposition de remboursement afin que ce modèle de soins soit mis en pratique.

Volgende woensdag is er een transversaal overleg gepland met verschillende stakeholders om dat model verder uit te werken naar concrete terugbetalingsmodaliteiten, om zodoende de toegankelijkheid tot zorg, afgestemd op de specifieke noden van deze patiëntengroep, te vergroten. Een communicatie voor post covid zal worden opgesteld wanneer het voorstel van zorgplan binnen dat transversaal overleg is aanvaard. De vorderingen in de uitwerking zullen dan ook telkens via de website van het RIZIV beschikbaar zijn.

Mevrouw Creemers, een exacte inschatting van het aantal zorgmedewerkers met langdurige covid is niet

beschikbaar. We hebben wel informatie over langdurige covid en ziekteverzuim in de algemene bevolking. Die wordt verzameld in het COVIMPACT-project van Sciensano. De doelgroep rapporteert zelf, de informatie wordt door de deelnemers gerapporteerd. Het gaat over volwassenen met een COVID-19-infectie in België. We weten eigenlijk niet specifiek of het gaat over mensen die een beroep uitoefenen in de zorg.

Uit het laatste rapport bleek dat drie maanden na besmetting met COVID-19 het gemiddelde aantal ziektedagen 20 dagen was bij mensen met langdurige covid en 13 dagen bij mensen die na drie maanden geen symptomen meer vertoonden. Voorts weten we uit de opvolging van COVID-19-infecties volgens beroepssector dat gezondheidswerkers tijdens bepaalde periodes van de pandemie significant zwaarder werden getroffen door het virus. Daaruit zou kunnen volgen dat ze ook een verhoogd risico op langdurige covid hebben, maar die hypothese moet verder worden onderzocht.

Gegevens over de totale prevalentie van langdurige covid in de Belgische bevolking hebben we nu niet. Met het COVIMPACT-project van Sciensano kunnen we wel een raming maken van de cumulatieve incidentie van nieuwe gevallen in een bepaalde periode. Van de studiedeelnemers die tussen 30 april en 20 juni van vorig jaar met COVID-19 werden geïnfecteerd, heeft 47 % langdurige covid drie maanden na de infectie, dat wil zeggen tussen 2 augustus en 22 september. Omdat langdurige covid een chronisch gezondheidsprobleem is, is het mogelijk dat de prevalentie ook wel hoger ligt dan deze cumulatieve incidentie. De conclusie is toch wel dat het belangrijk is. Het gaat over een relatief significant aandeel van deze mensen.

U vroeg naar de langetermijngevolgen.

Het COVIMPACT-project beoogt een cohort van personen op te bouwen die positief testten op covid, om precies de langetermijnevolutie van een COVID-19-besmetting op de lichamelijke, psychische en sociale gezondheid te bestuderen en de risicogroepen en de factoren geassocieerd met een gunstige of ongunstige evolutie te identificeren. Daarnaast coördineert Sciensano ook het HELICON-project, dat aan de hand van datakoppelingen zal nagaan welke de impact is van covidhospitalisaties of positieve tests op de evolutie van de sociale en de gezondheidstoestand tot drie jaar na de gebeurtenis. Bovendien zal het HELICON-project de gezondheids- en economische impact van de indirecte gevolgen van de covidcrisis in kaart brengen, zoals de impact van uitgestelde zorg.

Er is op dit ogenblik geen specifieke behandeling voor langdurige covid, waarmee ik antwoord op de vraag die wellicht de meeste mensen bezighoudt. Symptomen kunnen veelvoudig zijn, in sommige gevallen veel organen beïnvloeden. Meestal worden patiënten met langdurige covid nu behandeld op basis van revalidatietechnieken specifiek voor de gepresenteerde klachten en uiteraard gebaseerd op de kennis van dit moment. In binnen- en buitenland lopen er studies om te bepalen hoe revalidatieprogramma's kunnen worden ontwikkeld en gefocust, bijvoorbeeld voor cardiorespiratoire klachten, vermoeidheid of neurocognitieve symptomen. Ook in België zijn er budgetten vrijgemaakt voor dergelijk wetenschappelijk onderzoek. Het KCE Trials-programma heeft een oproep tot de indiening van voorstellen gelanceerd en, zoals ik daarnet al zei, drie gerandomiseerde klinische studies geselecteerd die zullen bestuderen welke behandelingen in dit geval effectief kunnen zijn.

Tot slot werkt het Belgisch Evidence-Based Practice netwerk aan de ontwikkeling van een richtlijn voor revalidatie en begeleiding van patiënten met langdurige covid. Wij hopen die in de komende maanden te kunnen publiceren.

Mijnheer de voorzitter, opnieuw was dit een lang antwoord, maar de vragen gingen dan ook over de gehele problematiek van langdurige covid.

02.09 Karin Jiroflée (Vooruit): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, ik dank u voor uw uitgebreide antwoord. Dat kon ook niet anders.

Ik ben bijzonder blij dat er op een aantal vlakken projecten lopen, maar dat er ook nog onderzoek loopt. Dat blijkt heel erg duidelijk uit uw hele antwoord.

Dat vooruitgang wordt geboekt om bepaalde noden van bepaalde mensen die met long covid leven meer toegankelijk te maken, en dat ze de komende weken nader worden besproken, verheugt mij ook.

Ik blijf enigszins op mijn honger wat betreft de kinderen. Significant minder kinderen schijnen aan long covid

te lijden. Mij lijkt het echter belangrijk dat die kleine groep goed wordt opgevolgd en dat kinderen niet, wanneer ze nog heel jong of tiener zijn, al met een soort chronische aandoening worden opgezadeld door het virus. Hoewel het niet om een significant aandeel gaat, zou het de moeite waard zijn om ook daarnaar onderzoek te doen.

Dat waren een paar opmerkingen. Ik had vooral naar een stand van zaken gevraagd. Het is duidelijk: *ça bouge*. Misschien zouden wij allemaal graag zien dat het nog een beetje sneller gaat. Ik kom dus over een aantal maanden zeker nog op de problematiek terug.

02.10 Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse.

Je suis satisfaite d'apprendre que l'étude du KCE porte ses fruits, d'autant que cela fait maintenant plus d'un an que les patients souffrant du covid long avaient fait la demande. Je suis également très satisfaite car cela va dans le sens d'une des grandes demandes qui avait été intégrée dans la proposition de résolution que nous avons votée en mai dernier. Cette même résolution prévoyait aussi une accessibilité à des programmes multidisciplinaires de rééducation alors que, pour votre part, monsieur le ministre, vous insistez sur le fait que l'évaluation du covid long doit être réalisée au sein des centres spécialisés, mais que, pour ce qui concerne le suivi, c'est essentiellement la première ligne qui doit en assurer la prise en charge. Or, la première ligne ne sera informée de cette problématique du covid long qu'à long terme. La résolution visait d'ailleurs à demander une information correcte de la première ligne, en particulier des médecins généralistes, sur cette pathologie. Il ne faut pas non plus oublier que la première ligne n'est pas outillée pour assurer un suivi psychologique correct dont ont besoin les patients qui souffrent du covid long. Par ailleurs, les patients les plus atteints ont besoin de soins à domicile, soins qui leur sont essentiels.

Par conséquent, je reste intimement convaincue que le meilleur suivi que l'on puisse assurer à ces patients ne peut avoir lieu que dans des centres multidisciplinaires spécialisés. C'est déjà le cas aujourd'hui dans les hôpitaux Iris Sud ou encore au sein du CHIREC-Hôpital Delta à Bruxelles, depuis le mois de juin 2020. Cela fait donc depuis maintenant plus d'un an et demi que l'on dispose d'une expertise qui doit pouvoir être généralisée grâce à un financement du gouvernement fédéral. En effet, Bruxelles reste difficile d'accès pour toute une série de patients qui habitent en province. L'enjeu est donc d'assurer une égalité de traitement entre les patients indépendamment du type de covid long dont ils souffrent, de leurs symptômes et de leur situation géographique.

02.11 Florence Reuter (MR): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre longue réponse. Nous attendions d'avoir une évolution détaillée de ce qui a été fait, des études qui ont été menées et des résultats de ce groupe de travail.

Pouvoir transmettre l'évolution de la situation aux personnes qui souffrent de ce covid long était essentiel. Aujourd'hui, on peut effectivement commencer à leur apporter des réponses. J'attends impatiemment le résultat de la concertation qui se tiendra la semaine prochaine pour pouvoir avancer dans ce domaine, qui handicape clairement tous ces patients dont vous avez évoqué les chiffres – même si on a encore du mal à diagnostiquer qui est véritablement touché. En tout cas, ceux qui le sont se retrouvent dans une situation fort compliquée aujourd'hui. Il est donc capital de leur apporter des réponses.

Merci encore pour vos réponses qui apportent déjà beaucoup de satisfaction.

02.12 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse.

Je suis interpellée par les chiffres de l'étude de Sciensano: 47 % d'incidences cumulatives de personnes souffrant de covid long. C'est un chiffre énorme, me semble-t-il, par rapport à ceux qui ont circulé jusqu'ici, ce qui montre toute l'importance de la prévention et le fait que cette maladie est loin d'être une maladie banale.

Quant aux avancements concrets pour ces personnes, j'entends que, la semaine prochaine, vous présenterez un modèle de *stepped care* avec un remboursement à la clef. J'espère que ce dernier suivra rapidement. Ne connaissant pas les conditions de ce *stepped care*, il m'est difficile d'en parler à l'avance. Je ne peux qu'espérer que ce ne sera ni trop contraignant ni trop difficile d'accès au vu du nombre important de patients souffrant de covid long et qui n'ont peut-être pas besoin de l'ensemble des propositions du modèle. Sera-t-il accessible partout pour tous? Y aura-t-il des listes d'attente pour y avoir accès?

Je suis déçue de ne pas avoir entendu dans votre réponse ce qu'il en est du remboursement des séances de kiné. Il n'y a pas d'avancement sur la question alors que des personnes pourraient en bénéficier sans être obligées de rentrer dans ce programme spécialisé. Je le dis avec toute la prudence étant donné que je ne connais pas votre plan précis. Je l'analyserai attentivement.

02.13 Barbara Creemers (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, dank u wel voor uw uitvoerige antwoord. Ik meen dat het inderdaad nodig was hier zo lang bij stil te staan.

Ik ken het Sciensano-onderzoek, ik was er helaas deelnemer aan. Ik ben blij te vernemen dat het tot april 2023 zal lopen, omdat het de mensen zeker twee jaar opvolgt. Sciensano heeft nu de contactgegevens van heel wat longcovidpatiënten, en ik meen dat het heel goed is dat goed in kaart wordt gebracht hoe het met hen gaat, hoe het met ons gaat.

U sprak over de eerste groep, die van april tot juni. Ik zit ook in die groep, ik heb ook covid opgelopen begin juni. Ik was nog niet gevaccineerd, aangezien de vaccinatie voor mensen van mijn leeftijd toen nog niet gebeurde. Ik meen dat het heel logisch is dat men op dit moment nog niets kan zeggen.

Ik heb nog twee korte puntjes.

Ik heb zelf ondervonden hoe superbelangrijk de eerstelijnszorg is, waar men opgevangen wordt en waar signalen ernstig genomen worden, in een fase waar de eerstelijnszorg al bijna twee jaar zo overbelast is, dat wij alleen kunnen applaudisseren voor de overbelaste eerstelijnsmedewerkers, die dit er toch allemaal bijnemen en dat supergoed doen. Ik meen dat te tijd dringt. Wij moeten dit nu doortrekken naar een multidisciplinaire aanpak, naar een plan. Ik meen dat dit nu nodig is.

Dit weekend heb ik in de krant gestaan met mijn getuigenis. Ik heb heel veel reacties gekregen, ook van patiënten die langdurige gevolgen hebben van andere virale infecties. Ik heb hen op het hart gedrukt dat ik hun bezorgdheid, want zij hebben heel veel dezelfde symptomen als longcovidpatiënten, aan u zou doorgeven. Ook zij botsen op heel veel grenzen binnen onze gezondheidszorg. Misschien is het een goed idee alles inzake long covid ook voor hen open te stellen.

02.14 Steven Creyelman (VB): Mijnheer de minister, zoals u daarstraks zei, is het niet de eerste keer dat wij het in deze commissie hebben over long covid. Vorig jaar was er de resolutie, zelf heb ik in oktober nog vragen gesteld in verband met long covid, voor een deel zelfs dezelfde vragen als die welke mevrouw Jiroflée nu stelt. Denk maar aan de vraag naar statistische data en naar definiëring. U antwoordde mij toen ook al dat u nog niet over statistische gegevens beschikte, maar u beloofde toen wel een aantal gegevens te verzamelen. Ik noteer dat u ondertussen een aantal studies besteld hebt en dat een aantal zaken onderweg is, maar dat er nog maar weinig concrete resultaten zijn.

U zult zich herinneren, mijnheer de minister, dat ik in de aanloop van mijn vraag in oktober een aantal gesprekken heb gevoerd met de vertegenwoordigers van organisaties van longcovidpatiënten. Een van de conclusies die toen ook al getrokken werd in die gesprekken, was dat die mensen eigenlijk op zoek zijn naar een aanspreekpunt, een *single point of contact*. Ik meen uit uw antwoord nu toch te mogen concluderen dat die vraag nog altijd zeer actueel is.

Ik wil u dus beleefd, maar met enige spoed, aanmanen die vraag ter harte te nemen. Ik meen immers dat long covid een van de zaken is waarop wij met het oog op de eindstrijd tegen het virus zeer snel een antwoord moeten bieden.

*Het incident is gesloten.
L'incident est clos.*

03 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De besmettingen met SARS-CoV-2 bij het zorgpersoneel" (55022429C)

03 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les contaminations au SARS-CoV-2 au sein du personnel soignant" (55022429C)

03.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, ik heb mijn vraag al een aantal keer gesteld, maar ik stel ze opnieuw omdat ik er eigenlijk nooit een antwoord op heb gekregen, ook omdat zij dikwijls deel uitmaakte van een groot actualiteitsdebat.

Als ik mij niet vergis, is er in de coronacrisis altijd weinig aandacht geweest voor het aantal besmettingen bij het zorgpersoneel, in schril contrast met vele andere landen waar er wel een continue rapportering was van in het begin van de epidemie. Het is van belang om het zorgpersoneel goed te monitoren, zodat zij performant blijven. Zo kunnen wij ook zien hoe acuut een bepaalde problematiek is en hoeveel handen er aan de bedden en in de eerste lijn zijn.

Ik heb hierover enkele vragen.

Is er nu een continu en volledig overzicht van het aantal besmettingen bij zorgverstrekkers? Zo ja, waar kunnen wij dat terugvinden? Kunt u de cijfers toelichten? Is er een verschil tussen de verschillende Gewesten en kunt u dat toelichten? Zo neen, waarom worden die cijfers niet geregistreerd?

Worden er analyses gedaan van de hoeveelheid antistoffen of eventuele cellulaire immuniteit die nog aanwezig zijn bij het zorgpersoneel? Zo ja, kunt u dat toelichten? Het vreemde is immers dat Sciensano wel cijfers heeft geregistreerd, maar dat het daarmee is gestopt in april 2021 voor de ziekenhuissector en in september 2021 voor de eerste lijn.

De vraag of er uitval is van zorgpersoneel door covidbesmettingen is ondertussen achterhaald. Dat weten wij nu heel duidelijk, zeker met de omikrongolf. Kunt u ons echter een idee geven van de grootte van de uitval en kunt u ook dat specificeren per Gewest?

03.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Gijbels, er is een voortdurende monitoring van het aantal besmettingen bij de algemene bevolking. Dat vindt u terug in de rapporten van Sciensano. Die monitoring wordt aangevuld met een sporadische koppeling van de gegevens met andere databronnen, zoals de surveillance in de woon-zorgcentra – ik verwijs naar het aparte rapport *COVID-19 in de woon-zorgcentra* –; de CoBRHA-databank, die een identificatie van zorgverleners mogelijk maakt op basis van hun diploma – ik verwijs naar het thematische rapport *Vaccinatie bij zorgverleners* –; en de RSZ-databank, die toelaat om een apart rapport te publiceren dat eigenlijk zeer frequent wordt geüpdatet, met name *COVID-19-incidentie in de actieve beroepsbevolking*. Al die rapporten zijn beschikbaar op de website van Sciensano, dus de gegevens zijn toch in grote mate beschikbaar, zeker wat betreft de werknemers in de zorgsector. Daaruit blijkt dat de besmettingen bij het zorgpersoneel de algemene tendensen in de samenleving volgen, wat ook niet 100 % verbazend is.

Uw tweede vraag ging over antistoffen. Het door Sciensano gecoördineerde onderzoek naar antistoffen bij ziekenhuisgezondheidswerkers liep tot april 2021 en de studie bij eerstelijnsgezondheidswerkers tot december 2021. De resultaten zijn beschikbaar via het dashboard van Sciensano op het tabblad *Seroprevalence*. Beide studies tonen een duidelijke impact van de vaccinatie en voor de eerstelijnsgezondheidswerkers ook van de booster op de prevalentie van gezondheidswerkers met antistoffen. De studies bij zowel de ziekenhuis- en eerstelijnsgezondheidswerkers tonen een vergelijkbare prevalentie met die gevonden in de algemene populatie. De studies in de algemene populatie lopen voort in 2022, maar gezien de vergelijkbare bevindingen en dus eigenlijk het gebrek aan toegevoegde waarde is er besloten om de studies specifiek bij gezondheidswerkers niet voort te zetten.

Er is helaas uitval van zorgpersoneel door covidbesmettingen, wat natuurlijk nog eens beklemtoont hoe belangrijk het is dat het zorgpersoneel zich laat vaccineren en laat booster na de basisvaccinatie.

03.03 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, u geeft aan dat er verschillende databanken zijn waarvan de data worden gekruist, waardoor er uiteindelijk wel overzichten zijn, maar ik vind het toch jammer dat er niet van in het begin een apart en zelfs vrij gedetailleerd overzicht werd gepresenteerd. Dat is belangrijk om de omvang van de uitval te monitoren, maar het zou ook mogen worden meegenomen in het bepalen van de ernst van de fase van de pandemie waarin wij ons bevinden.

Het allerbelangrijkste wat wij nu moeten doen, is echter zoveel mogelijk lessen trekken. Wij maken nu helaas een epidemie door, waarvan wij eigenlijk hadden moeten weten dat zij er zat aan te komen. In welke vorm was natuurlijk wel de vraag. Laat ons tenminste nu de lessen trekken en de gegevens verzamelen die wij kunnen verzamelen om ons beter voor te bereiden op een volgende epidemie.

Ik bedoel daarmee concreet het volgende. Hebben wij in kaart gebracht welke zorgsectoren meer getroffen zijn dan andere en kunnen wij daar lessen uit trekken? Welke sectoren hebben zich beter beschermd dan

andere en zijn daar lessen uit getrokken? Zijn die lessen al gecommuniceerd naar bepaalde groepen binnen de zorg waar er meer besmettingen waren? Wat was bijvoorbeeld de impact van de beperkte beschikbaarheid van beschermingsmaterialen? Ik zou het heel jammer vinden als wij al die dingen nu niet capteren.

Ik doe dus nog eens een oproep, voor zover het nog niet te laat is, om toch meer gedetailleerde en prominente gegevens te verzamelen en die ook voortdurend en overzichtelijk te presenteren.

*Het incident is gesloten.
L'incident est clos.*

04 **Samengevoegde vragen van**

- **Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De ziekenhuistransfers" (55022443C)**
- **Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De gegevens over de opnameduur en het interhospitaal transport" (55023772C)**

04 **Questions jointes de**

- **Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les transferts interhospitaliers" (55022443C)**
- **Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les données concernant la durée d'hospitalisation et les transferts interhospitaliers" (55023772C)**

04.01 **Frieda Gijbels (N-VA):** Mijnheer de minister, de vragen werden al een tijdje geleden ingediend; ik vat ze even samen.

Mijn eerste vraag heeft te maken met de inschatting van de ernst van de epidemie. Is er een overzicht van de opnameduur van coronapatiënten en de verschillen tussen de gevaccineerden en de niet-gevaccineerden? Voor zover ik kon nagaan, is er geen overzicht van de opnameduur, het aantal verpleegdagen. Dat zou volgens mij nochtans heel interessant zijn, onder andere om de belasting op de ziekenhuizen beter te kunnen monitoren. Men kan dat kennelijk berekenen en analyseren, maar een en ander is weinig overzichtelijk.

Ten tweede, kunt u wat toelichting geven in verband met de transfers van patiënten tussen ziekenhuizen in verschillende provincies? U hebt mij in het verleden al eens verwezen naar de website van het comité HTSC, waar die cijfers volgens u beschikbaar zouden zijn, maar ik kon ze daar niet vinden. Waar kunnen we die cijfers dan wel vinden?

Hoe wordt het interhospitaaltransport ondertussen georganiseerd? Werden er bepaalde lessen getrokken? Wordt de medische component van Defensie daarbij nog betrokken? Is er bijvoorbeeld ooit nagedacht over gespecialiseerde hospitaaltransportteams, die zouden kunnen klaarstaan om die delicate transporten te begeleiden?

04.02 **Minister Frank Vandenbroucke:** Mevrouw Gijbels, informatie over de vaccinatiestatus van gehospitaliseerde patiënten is beschikbaar in het epidemiologische updateverslag van de RAG. U kunt dat op de website vinden.

Er is een verschil in ernst van ziekte. In de periode van 1 november 2021 tot en met 31 december 2021 werden 2.556 volledig gevaccineerde gehospitaliseerde covidpatiënten en 3.142 niet-gevaccineerde covidpatiënten gerapporteerd in het Clinical Hospital Surveillance Report. Van de volledig gevaccineerden in die surveillance kampte 12,1 % met ernstige COVID-19, terwijl 11,1 % van de niet-gevaccineerden ernstige COVID-19 had.

Het gaat hier om patiënten opgenomen met en vanwege COVID-19. In dezelfde periode waren volgens de survey bij de patiënten opgenomen vanwege COVID-19, 1.639 volledig gevaccineerde en 2.459 niet-gevaccineerde gehospitaliseerde covidpatiënten. Van de volledig gevaccineerden kampte 13,7 % met ernstige COVID-19 en van de niet-gevaccineerden 11,15 %.

De transfers worden dagelijks geregistreerd door de ziekenhuizen in de surge-capacitygegevens. Het HTSC-comité volgt die gegevens op. Van 1 november 2021 tot en met januari 2022 werden volgende aantallen opnames wegens transfer uit een ander ziekenhuis genoteerd: in Antwerpen 127, in Brussel 114, in

Henegouwen 189, in Limburg 48, in Luik 59, in Luxemburg 18, in Namen 33, in Oost-Vlaanderen 160, in Vlaams-Brabant 80, in Waals-Brabant 6 en in West-Vlaanderen 54. In totaal gaat het dus om 888 opnames.

Wat de transparantie betreft, bij het opstarten van een nieuw surveillancesysteem wordt tijd besteed aan datachecks om fouten in de data te kunnen waarnemen. Daarna bekijkt men hoe de gegevens het best op een automatische manier in rapporten kunnen worden geïntegreerd. Als dat is gebeurd, worden de data publiek beschikbaar gesteld. Ik kan in dat verband nog eens verwijzen naar de rapportering van de Hospital Surveillance op de website van Sciensano.

04.03 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoord.

Ik blijf oproepen om aandacht te besteden aan actieve transparantie en om, als er gegevens zijn, die zo overzichtelijk, helder en grafisch mogelijk weer te geven. Een tijdje geleden ontstond er een discussie over het aantal gevaccineerde en niet-gevaccineerde gehospitaliseerde patiënten. Die discussie houdt nog steeds aan. Er is de laatste tijd verbetering op dat vlak en er wordt daaraan inderdaad meer aandacht besteed dan in het verleden, maar om wantrouwen zoveel mogelijk te vermijden, is het belangrijk om zoveel mogelijk cijfers te communiceren, overigens ook over de ziekenhuistransporten.

*Het incident is gesloten.
L'incident est clos.*

05 Samengevoegde vragen van

- **Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Telemonitoring" (55022896C)**
- **Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De telemonitoring van covidpatiënten" (55024252C)**

05 Questions jointes de

- **Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La télésurveillance" (55022896C)**
- **Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le télémonitoring des patients atteints du covid" (55024252C)**

05.01 Dominiek Sneppe (VB): Mijnheer de minister, mijn vraag werd eind november ingediend en is dus al enigszins gedateerd.

Het is duidelijk dat ook tijdens deze vierde golf de capaciteit aan IC-bedden een belangrijke flessenhals is. Om de vierde golf en toekomstige golven beter op te vangen is een belangrijke rol weggelegd voor telemonitoring van covidpatiënten. Hierbij kunnen besmette patiënten met een thermometer en een saturatiemeter hun eigen parameters meten en registreren in een multidisciplinair platform. Ze worden verder nauw opgevolgd door verpleegkundigen en artsen.

Een pilootproject in Aalst toonde tijdens de derde golf reeds aan dat er een substantiële winst kan worden geboekt door covidpatiënten op afstand op te volgen. Patiënten moeten minder snel naar intensieve zorg en gehospitaliseerde patiënten kunnen gemiddeld 2,5 dagen vroeger het ziekenhuis verlaten. Daarnaast worden ook hospitalisaties vermeden, omdat de patiënt alleen wordt opgenomen wanneer dat echt nodig is.

Mijnheer de minister, zult u gehoor geven aan de oproep van de initiatiefnemers van het pilootproject? Zal er meer ingezet worden op telemonitoring? Is dat in de vierde golf gebeurd? Zo ja, is dit overal in het land gebeurd? Moet er een stroomlijning van de verschillende initiatieven komen?

Hoeveel mensen worden er momenteel opgevolgd via het systeem van telemonitoring en waar gebeurt dat?

De zuurstofsaturatie in het bloed is een gemakkelijk te meten parameter. Tevens heeft dit een belangrijke predictieve waarde voor een al dan niet slecht verloop van covid. Het is zo dat sommige patiënten het zelf niet merken als hun zuurstofwaarden bedreigend laag zijn en te laat naar het ziekenhuis gaan. Wordt er voldoende ingezet op het zelf opvolgen van de zuurstofsaturatie thuis? Zou niet elke covidpatiënt die thuis uitziekt moeten beschikken over een zuurstofsaturatiemeter?

05.02 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, begin 2021 werd een project opgestart om covidpatiënten thuis op te volgen via telemonitoring. Dit project zal in 2022 worden verlengd. Negentien

ziekenhuizen of groeperingen van zorgverleners nemen deel en sloten reeds een RIZIV-overeenkomst af.

Mijnheer de minister, welke winst werd er geboekt met betrekking tot de ziekenhuisbezetting en de zorgcapaciteit via teleconsultatie? Welke financiële winst werd er eventueel geboekt? Hoe staat u tegenover het gebruik van teleconsultatie bij covidpatiënten?

Is het uw intentie om dit uit te breiden naar andere pathologieën? Welke? Welke voordelen heeft dat?

Kunt u een overzicht geven van het aantal patiënten dat werd geïncludeerd in de projecten die werden opgestart?

Voorziet u binnen het project een uitbreiding naar andere zorgverstrekkers zoals kinesitherapeuten? Denkt u dat kinesitherapeuten ook een rol in dit project kunnen spelen, specifiek bij de opvolging van covidpatiënten via telemonitoring?

05.03 Minister **Frank Vandenbroucke**: Telemonitoring van thuisblijvende covidpatiënten en van patiënten na hun ontslag uit het ziekenhuis is heel belangrijk. Het aantal inclusies in de verschillende projecten bedroeg eind november 937 patiënten. Ik kan u de gedetailleerde tabel en een overzicht van het aantal inclusies per maand bezorgen.

Bij wijze van indicatie kan ik meegeven dat het voor het UZA om 307 geïncludeerde patiënten ging en voor CovidCare@Home om 304 inclusies verspreid over 13 ziekenhuizen. Het Ziekenhuis Oost-Limburg telde 107 inclusies en Mederi in Aalst had er 79. We zagen het hoogste aantal patiënten in april met 230, en in mei met 244 patiënten.

Het pilootproject eindigde normaal gezien eind december 2021, maar het Verzekeringscomité van het RIZIV besliste tot een verlenging met zes maanden. Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg werkt aan een evaluatie. Dit rapport zal ook gegevens met betrekking tot de gezondheidseconomische winst bevatten, evenals een analyse van de rol van alle betrokken zorgverleners bij de uitvoering van de telemonitoring van covidpatiënten.

Er is momenteel geen uitbreiding voorzien naar andere zorgverstrekkers binnen het huidige project. De rol van de kinesist bij de telemonitoring van covidpatiënten in de acute fase van het ziekteverloop is op die manier nog niet duidelijk.

Het KCE-evaluatierapport zal samen met het KCE-rapport *Evaluatie van hartmonitoring op afstand*, zijnde rapport nr. 445A, richtinggevend zijn voor de manier waarop en voor welke pathologie de telemonitoring in ons gezondheidssysteem verder kan worden geïmplementeerd. Bij de uitwerking zullen de plaats in het zorgproces, de voor- en nadelen voor de patiënt en de zorgverlener en de gezondheidseconomische winst zeker in beschouwing worden genomen.

Naast het pilootproject van het RIZIV werden er ook gelijkaardige projecten door zorgverleners opgestart. De projecten die deelnemen aan het pilootproject van het RIZIV moeten voldoen aan verschillende vereisten inzake inclusiecriteria, gebruikte apparatuur, continuïteit van zorgen, telemonitoringteams en verschillende rollen van de zorgverleners, waarbij toch nog voldoende vrijheid van uitvoering voor de verschillende initiatieven wordt behouden.

Door de verlenging van de overeenkomsten zullen de bestaande initiatieven op dezelfde manier worden voortgezet in de eerste zes maanden van 2022.

Ten slotte, in antwoord op de vierde vraag van mevrouw Sneppe is het belangrijk te weten dat de behandelende arts uiteindelijk de beslissing neemt of het opvolgen van de zuurstofsaturatie al dan niet noodzakelijk is, afhankelijk van de toestand en het risicoprofiel van de patiënt. Indien wordt beslist de telemetrie op te starten, minstens perifere zuurstofsaturatie, kan een thuisverpleegkundige het toestel bij de patiënt thuis installeren en de toestand in de daarop volgende dagen nader opvolgen.

05.04 **Dominiek Sneppe** (VB): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoord. Het is goed dat het pilootproject van de telemonitoring wordt verlengd met zes maanden. Ik hoop dat het daarna verder wordt geïmplementeerd, wanneer de studie van het KCE of het rapport gunstig blijkt te zijn.

Indien wij de flessenhals van de ziekenhuizen en de Intensieve Zorgen willen ontlasten, is telemonitoring een goede zaak. Ze zou de patiënten ten minste enige houvast geven. Zij zouden niet meer zo snel naar het ziekenhuis gaan. Iemand die al wat kortademig is, kan immers in paniek raken en te vroeg naar het ziekenhuis gaan. Iemand die niet doorheeft dat zijn zuurstofsaturatie laag is, kan daarentegen stilletjes uitdoven vooraleer hij naar het ziekenhuis gaat.

Het is dus in beide richtingen belangrijk dat mensen een en ander zelf in handen kunnen houden. Doorheen de hele pandemie zien wij immers dat alles wordt geregeld door de regering. Mensen krijgen geen verantwoordelijkheid meer, zij moeten alleen nog regeltjes volgen. Daarom is het belangrijk dat de verantwoordelijkheid terug bij de patiënt komt en dat hij of zij opnieuw met gezond verstand de ernst van zijn situatie kan beoordelen. De telemonitoring kan daarbij zeker een helpende hand bieden.

05.05 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, ik ben ook heel benieuwd naar de evaluatie door het KCE, waarbij ook de gezondheidseconomische winst duidelijk zal worden. Telemonitoring zal echter sowieso deel uitmaken van de zorg van de toekomst.

Volgens mij is er op verschillende vlakken winst te boeken. Mensen zouden sneller uit het ziekenhuis kunnen worden ontslagen, wat dan weer voordelen heeft op het vlak van handen aan het bed en de beschikbaarheid van het zorgpersoneel.

U hebt het zelf over de cardiale problematiek gehad en gezegd dat telemonitoring ook daarop zal worden toegepast. Ze zou desgevallend ook kunnen zorgen voor een betere opvolging van mensen met een cardiale problematiek, voor een snellere detectie van problemen en voor vroegere interventies. Daardoor kunnen zowel op economisch gebied als op het vlak van het budget besparingen worden gerealiseerd, terwijl ook de kwaliteit van onze zorg kan worden verbeterd.

Ik kijk dus heel erg uit naar de verdere ontwikkelingen, die ik heel graag zal opvolgen.

*Het incident is gesloten.
L'incident est clos.*

06 Vraag van Dominiek Snelpe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De vrijgave van FDA-data" (55022898C)

06 Question de Dominiek Snelpe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La publication des données de la FDA" (55022898C)

06.01 Dominiek Snelpe (VB): Mijnheer de minister, op 18 november 2021 meldt Reuters dat de FDA maar liefst 55 jaar de tijd wil nemen om een zogenaamde Freedom of Information Act-request te behandelen over de vaccinatiedata. Een groep van ruim 30 professoren en wetenschappers van onder andere Yale en Harvard – niet zomaar eender wie – diende bij de FDA een aanvraag in om de data te delen die de instelling gebruikte om het Pfizer-COVID-19-vaccin te vergunnen. De wetenschappers benadrukken dat de vrijgave van de data kan bijdragen aan transparantie waardoor het vertrouwen in het vaccin kan toenemen en vaccinsceptici kunnen worden overtuigd van de veiligheid en effectiviteit ervan.

Blijkbaar was het antwoord van de FDA dat pas over 55 jaar zal kunnen worden ingegaan op het verzoek. De FDA geeft als reden dat het eerst 329.000 pagina's moet reviewen om vertrouwelijke bedrijfsgegevens, handelsinformatie en persoonlijke patiëntinformatie te beschermen. De eisers stellen echter 3 maart 2022 als deadline. Dat is dezelfde periode van 180 dagen die de FDA nodig had om de documenten te reviewen om Comirnaty goed te keuren en dus te oordelen of het vaccin veilig en efficiënt was.

Gezien het feit dat klokkenluiders een tijdje geleden nog in *the BMJ* vertelden dat een deel van de klinische testen die werden uitgevoerd, niet voldeed aan de vereisten, lijkt het vrijgeven van de data zeer belangrijk.

Bent u van mening dat de vrijgave van de documenten kan bijdragen tot de transparantie van het Pfizervaccin waardoor het vertrouwen in het vaccin kan toenemen?

Bent u van oordeel dat een vaccin verplicht kan worden wanneer belangrijke data daarover niet toegankelijk zijn voor het publiek, ook niet voor onafhankelijke professoren en wetenschappers die met kennis van zaken de documenten kunnen beoordelen?

Zijn er al aanvragen bij het EMA geweest om het dossier dat door het EMA werd behandeld, vrij te geven? Wat zijn bij het EMA de procedures? Wanneer zal het EMA de data vrijgeven?

Hebt u zelf het recht om het dossier in te kijken dat bij het EMA werd ingediend en waarop België zich baseert om de bevolking in te enten?

Wij lezen bijvoorbeeld in het *assessment report* van het EMA over Comirnaty dat er verschillende *major objections* zijn geweest. Zal de informatie hierover beschikbaar worden gesteld om geëvalueerd te worden door onafhankelijke experts? Ook al is het misschien geen gangbare praktijk in deze crisis, het is zeker geen overbodige luxe.

06.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer de voorzitter, mevrouw Sneppe, wij steunen het idee dat maximale transparantie gegeven wordt over documenten die de basis vormen voor de marktvergunning van een geneesmiddel, hetzij een vaccin, hetzij een ander geneesmiddel. Er moet wel rekening worden gehouden met bestaande nationale en Europese wetgeving betreffende de openbaarheid van bestuur. Er kunnen bijvoorbeeld geen gegevens publiek gemaakt worden die de persoonlijke levenssfeer van individuen in gevaar brengen. Daarnaast kunnen er ook geen vertrouwelijke fabricagegegevens vrijgegeven worden.

Het is belangrijk te melden dat de aanvragen voor marktvergunningen binnen het EMA worden beoordeeld door een wetenschappelijk comité, het CHMP, waarin alle lidstaten vertegenwoordigd zijn. De wetenschappelijke gegevens die de marktaanvraag ondersteunen, worden in detail geëvalueerd door onafhankelijke wetenschappelijke experts uit verschillende lidstaten. Pas als de verschillende experts het erover eens zijn dat de risico-batenbalans van het geneesmiddel positief is, wordt een marktvergunning aangeboden. Daarnaast heeft het EMA ook een sterk uitgebouwd geneesmiddelenbewakingssysteem dat onverwachte bijwerkingen na commercialisatie opspoor.

Indien andere wetenschappers inzage willen in de data, dan kunnen zij toegang vragen volgens de EMA-procedures. De EMA-procedures betreffende de toegang tot documenten zijn gebaseerd op de Europese wetgeving en gepubliceerd op de website van het EMA. Het EMA stelt heel wat informatie betreffende de vergunde geneesmiddelen, inclusief de covidvaccins, actief ter beschikking via het Europese public assessment report, het EPAR, gepubliceerd op de EMA-website. Daarnaast is het mogelijk om documenten op te vragen.

Zoals al gezegd, worden aanvragen voor marktvergunningen binnen het EMA beoordeeld door het wetenschappelijk comité CHMP. De afgevaardigden van het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten in het CHMP volgen het evaluatieproces en hebben inzage in de relevante documenten. De minister wordt systematisch via het FAGG geïnformeerd.

Het feit dat er tijdens de evaluatieprocedure voor een geneesmiddel *major objections* geformuleerd worden, betekent niet dat er een probleem is met de kwaliteit, de veiligheid of de doeltreffendheid van het geneesmiddel dat op de markt komt. Een *major objection* kan tijdens de procedure bijvoorbeeld geformuleerd worden omdat bijkomende gegevens nodig zijn om het geneesmiddel correct te kunnen beoordelen of omdat er bepaalde aanpassingen gevraagd worden aan de productinformatie of de testmethode. Die *major objection* kan worden opgelost als de firma relevante bijkomende gegevens aanlevert of de gevraagde aanpassingen doorvoert.

Een positief advies voor de marktvergunning wordt pas gegeven als de risico-batenbalans voor het geneesmiddel positief wordt beoordeeld.

Tot slot wil ik nog melden dat de covidvaccins binnen verkorte tijdslijnen werden geëvalueerd, maar wel volgens de algemeen geldende normen en standaarden.

06.03 **Dominiek Sneppe** (VB): Mijnheer de minister, bedankt voor uw duidelijk antwoord. Op de eerste pagina's die vrijgegeven werden, was er sprake van 1.223 overlijdens in de eerste 11 vaccinatieweken. Er worden ook meldingen gedaan van myocarditis en pericarditis na vaccinatie, van verstoorde menstruatiecycli en van trombose, maar telkens worden die meldingen afgedaan als zeer zeldzaam, van voorbijgaande aard en niet ernstig. Om die reden denk ik dat transparantie, geloofwaardigheid en betrouwbaarheid van data ervoor kunnen zorgen dat vaccinatiesceptici lik op stuk krijgen, want misschien krijgt u erin gelijk dat de vaccinatieschade zeer zeldzaam, van voorbijgaande aard en niet ernstig te noemen is.

U zwaait telkens met de geheimhouding, de EMA-wetgeving en wetgeving in verband met privacy en dergelijke, waarin ik u voor een deel wel kan volgen. Als u echter een vaccin wil verplichten, dan getuigt het volgens mij van enige redelijkheid als die data vrijgegeven worden vooraleer er over een verplichting gesproken wordt.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

07 Vraag van Dominiek Snelpe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De criteria voor een opname in het ziekenhuis en in de IC" (55022899C)

07 Question de Dominiek Snelpe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les critères d'admission à l'hôpital et aux soins intensifs" (55022899C)

07.01 Dominiek Snelpe (VB): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, deze vraag dateert ook al van een tijd geleden. Alle ogen zijn andermaal op de zorg gericht. Al meer dan twee jaar staat deze sector onder druk. Veel aandacht gaat terecht naar het aantal ziekenhuisopnames en de intensievezorgenbezetting. Zoals in eerder golven is dit ook in de vierde golf de bottleneck gebleken.

Voorzitster: Kathleen Depoorter.

Présidente: Kathleen Depoorter.

Wat zijn de criteria om een covidpatiënt te hospitaliseren en/of in het ziekenhuis te verplaatsen naar de intensieve zorgen? Wie of wat bepaalt hoe lang iemand op intensieve zorgen blijft? Zijn daar objectieve criteria voor? Zo ja, welke?

07.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Snelpe, een belangrijk basisprincipe in onze zorg is dat iedereen die zorg nodig heeft, deze zorg ook moet krijgen. Dat moet ook overeind blijven in crisistijden.

Wanneer een arts of een arts-specialist zijn patiënt wenst door te verwijzen naar intensieve zorgen zal er altijd een gesprek plaatsvinden tussen de behandelende arts en de arts-specialist intensieve geneeskunde. Tijdens dit gesprek stellen de artsen de al of niet noodzaak tot opname op intensieve zorgen vast op basis van de aandoening, de ernstgraad van de aandoening, de algemene toestand van de patiënt, de keuze van de patiënt, die mogelijk opgenomen werd binnen een zorgplanning, en de prognose van de patiënt. De geneesheer-specialist in de intensieve geneeskunde zal hiertoe niet één criterium in de weegschaal leggen, maar alle elementen die hem of haar tijdens de vooropleiding geneeskunde en specialisering tot geneesheer-specialist intensieve geneeskunde aangeleerd werden.

In tijden van schaarste bestaat het risico dat er moet worden overgegaan tot triage en het maken van keuzes. Hiertoe werd door de Belgische Vereniging voor Intensieve Geneeskunde in maart 2020 de richtlijn met ethische principes betreffende de gelijkwaardigheid van de intensieve zorg tijdens de covidpandemie van 2020 in België als advies uitgebracht. Ook het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek bracht in december 2020 een advies uit met betrekking tot de ethische aspecten betreffende de prioritering van zorg in tijden van COVID-19. Deze aanbeveling werd onderschreven door de Orde der artsen en de Hoge Gezondheidsraad. De maatregelen genomen door het Comité Hospital & Transport Surge Capacity, namelijk het uitstel van niet-dringende planbare zorg ten voordele van de niet-planbare dringende zorg, beogen precies een gebrek aan intensievezorgenbedden te voorkomen.

De keuze voor opname op ICU is dus eerst en vooral een therapiekeuze en dat hoort ook zo te blijven.

07.03 Dominiek Snelpe (VB): Mijnheer de minister, dank u voor uw antwoord. Het is inderdaad zo dat het in de eerste plaats een therapiekeuze hoort te zijn. Maar mensen zijn uiteraard vaak bang – soms terecht, soms onterecht – en ik heb de indruk dat ze daardoor soms sneller naar het ziekenhuis gaan. Zeker als ze positief getest zijn, dan houden ze des te nauwer de parameters in het oog, en denken ze bij het minste ongemak dat ze aan het sterven zijn en naar het ziekenhuis moeten. Dat heeft natuurlijk ook te maken met de angst die mensen voor een deel aangepraat wordt.

De vraag over telemonitoring, waar ik het al over had, sluit daar nauw bij aan. Wie van thuis uit begeleid en behandeld kan worden, hoeft niet – of toch niet onmiddellijk – naar het ziekenhuis. Wat ik mij in dezen altijd al afvroeg, is het volgende. U hebt in uw coronabeleid de eerste lijn herleid tot een minimum, tot een

doorgeefluik. Coronapatiënten mogen ten eerste niet vroeg behandeld worden, de protocollen die daarvoor bestaan, worden niet goedgekeurd en mogen niet uitgerold worden. Verder mogen ze niet naar de dokter. Ze moeten thuis afwachten tot ze ofwel beter worden, ofwel zo slecht zijn dat ze naar het ziekenhuis moeten. Dus met het oog op het verlichten van de zorg heb ik het altijd vreemd gevonden dat daar nooit iets mee gedaan is, zowel met die protocollen als met die telemonitoring.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

08 **Samengevoegde vragen van**

- Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De overbelasting van de laboratoria" (55022904C)

- Laurence Zanchetta aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het mogelijke capaciteitsstekort in de testcentra" (55024378C)

08 **Questions jointes de**

- Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La surcharge de travail dans les laboratoires" (55022904C)

- Laurence Zanchetta à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La potentielle saturation des centres de testing" (55024378C)

08.01 **Laurence Zanchetta** (PS): Monsieur le ministre, selon les chiffres publiés par Sciensano, plus de 90 000 tests en moyenne ont été réalisés chaque jour au cours des sept derniers jours. Début janvier, la barre des 100 000 tests par jour a même été franchie. Ces chiffres flirtent dangereusement avec la capacité maximale des centres de testing. Et l'intensité de la vague omicron, dont nous n'avons pas encore atteint le pic, risque d'accentuer davantage cette pression.

Monsieur le ministre, mes questions sont donc les suivantes:

Quel est l'état de la situation dans les centres de testing aujourd'hui? Quid d'éventuelles pénuries de matériel? Qu'en est-il du délai d'obtention des résultats des tests à ce jour? Un risque de saturation est-il toujours d'actualité?

Si tel est le cas, et malgré les initiatives déjà prises, envisagez-vous d'autres mesures pour pallier le problème?

08.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: En général, 96 à 98 % des résultats des tests arrivent endéans les 36 heures. On peut dire que les laboratoires suivent toujours. Il n'y a actuellement aucune pénurie de matériel, ce qui est confirmé par les fournisseurs. Le rythme de deux à trois semaines de délai après la commande est maintenu, comme c'était le cas en décembre.

Lorsque le personnel est malade, ce n'est en effet pas toujours évident. Mais pour l'instant, le service n'est pas impacté. En cas de nécessité, ce personnel peut travailler contaminé s'il n'est pas malade, mais seulement en cas de nécessité.

Le rythme est soutenu dans les centres de testing et les pharmacies. La situation me semble correcte dans l'ensemble, mais les chiffres actuels montrent qu'une modification des indications pour le test, ainsi qu'elle a été instaurée, était nécessaire.

Vous avez posé la question de savoir s'il existe toujours un risque de saturation. Un risque zéro n'existe pas. Mais on peut constater qu'il existe encore un peu de marge au niveau des pharmaciens ainsi qu'au niveau des laboratoires et des centres de prélèvement. Je peux donc dire que, jusqu'à présent, tout est conforme aux prévisions. Mais je répète que le risque zéro n'existe pas.

Vous avez également demandé – je cite –: "Si tel est le cas, malgré les initiatives déjà prises, envisagez-vous d'autres mesures pour pallier le problème?" Vous devez savoir que les priorités de testing telles que prévues par le RMG offrent encore des possibilités pour limiter les tests à moins de catégories, mais cette question n'est pas encore à l'ordre du jour.

Vous vous souviendrez peut-être qu'il y avait une cascade de priorités. On peut donc aller plus loin et décider l'arrêt d'une série de tests ou de composantes de la stratégie en cas de nécessité. Mais le problème ne se pose pas actuellement. Évidemment, une évaluation de la charge administrative pour les médecins

traitants est toujours en cours, sachant que l'on veut limiter au maximum cette charge afin d'optimiser le temps que les médecins traitants peuvent consacrer à leurs patients. Je vous renvoie ici au formulaire après autotest positif qui se trouve en ligne depuis la fin de la semaine passée et qui permet de faire suivre ce test par un test PCR. De nombreux codes pour un test sont ainsi obtenus après une auto-évaluation via le site, etc.

08.03 Laurence Zanchetta (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie pour vos réponses qui sont rassurantes, malgré l'ampleur de l'épidémie de ce variant qui, même s'il n'est pas "dangereux", n'en reste pas moins très virulent. Pourvu que cela dure et qu'on ne doive pas activer des priorités en matière d'accessibilité aux tests PCR!

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

09 Samengevoegde vragen van

- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De covidvaccinatie bij kinderen" (55022955C)
- Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Kindervaccins" (55023138C)
- Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De vaccinatie voor kinderen vanaf 5 jaar" (55023139C)
- Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Kindervaccinatie" (55023210C)
- Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het GEMS-advies van 3/12/2021 inzake het vaccinatieplan voor kinderen jonger dan 12 jaar" (55023251C)
- Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het advies van de HGR inzake kindervaccinatie" (55023584C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De kindervaccinatie en de omikronvariant" (55023592C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De klinische studies over de covidvaccinatie voor kinderen" (55023723C)
- Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Reclame voor kindervaccinatie" (55023899C)
- Laurence Zanchetta aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De vaccinatie tegen COVID-19 van kinderen van 5 tot 11 jaar door pediaters" (55023916C)
- Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De vaccinatie van de 5- tot 11-jarigen" (55023934C)
- Laurence Zanchetta aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De vaccinatie van kinderen van gescheiden ouders" (55024391C)

09 Questions jointes de

- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La vaccination des enfants contre le coronavirus" (55022955C)
- Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les vaccins destinés aux enfants" (55023138C)
- Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La vaccination des enfants à partir de 5 ans" (55023139C)
- Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La vaccination des enfants" (55023210C)
- Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'avis du GEMS du 3/12/2021 concernant le plan de vaccination des enfants de moins de 12 ans" (55023251C)
- Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'avis du CSS sur la vaccination des enfants" (55023584C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La vaccination des enfants et le variant omicron" (55023592C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les études cliniques concernant la vaccination des enfants contre le covid" (55023723C)
- Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La promotion de la vaccination des enfants" (55023899C)
- Laurence Zanchetta à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La vaccination contre le Covid-19 des enfants âgés de 5-11 ans par les pédiatres" (55023916C)

- **Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La vaccination des enfants de 5 à 11 ans" (55023934C)**
- **Laurence Zanchetta à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La vaccination des enfants de parents séparés" (55024391C)**

09.01 Dominiek Sneppe (VB): Mijnheer de minister, mijn vele vragen, waarvan ik sommige al een tijdje geleden heb ingediend, tonen aan hoe na het onderwerp mij aan het hart ligt. Tijdens een interview op het VTM-nieuws van 3 december verklaarde u dat er nog geen beslissing was genomen voor de bestelling van 736.000 kindervaccins, waarvoor u een contract had ondertekend.

Op basis waarvan tekende u dan dat contract? Kon u dat contract nog opzeggen indien uw collega's toch niet instemden met de vaccinatie van jonge kinderen? Wat is de kosten-batenanalyse in verband met het effect van de vaccins op kinderen? Moeten we hier niet opteren voor het voorzichtigheidsprincipe, zeker bij jonge kinderen, aangezien we nog niets weten over de nevenwerkingen op lange termijn?

Zullen ook kinderen een CST krijgen? In de media ontkent u dat nu, maar u hebt al vaker dingen ontkend die dan later toch doorgang vonden. Worden niet-gevaccineerde kinderen dan uitgesloten van buitenschoolse of zelfs binnenschoolse activiteiten?

Wat is de waarde van het contract dat u tekende, in euro's?

Zal voor de vaccinatie van minderjarigen de toestemming van de ouders of voogd noodzakelijk zijn? We horen dat bepaalde CLB's die toestemming als gegeven beschouwen, hoewel de ouders die toestemming niet gaven; ze gaan kennelijk uit van stilzwijgende toestemming.

Wilt u de vaccinatie van 5- tot 11-jarigen verplicht maken? Zal die mee in de verplichting vervat zitten waarover we straks debatteren?

Waarom worden, aangezien de adviezen van de GEMS tot nu toe stevast lekten in de pers, wat tot frustratie leidde bij de bevolking alsook bij experts en politici, de rapporten en adviezen niet onmiddellijk vrijgegeven, zodat iedereen er inzage in heeft?

Over het advies van de Hoge Gezondheidsraad inzake kindervaccinatie werd in de pers onmiddellijk getoeterd dat het een positief advies was, hoewel de Hoge Gezondheidsraad toch enkele belangrijke voorwaarden stelt. De raad beklemtoont dat kinderen in die leeftijdsgroep zelden echt ziek worden en dat vaccinatie dan ook prioritair moet zijn bedoeld voor kinderen met onderliggende aandoeningen. Behalve de vaccinatie beklemtoont de Hoge Gezondheidsraad het belang van de basisregels, zijnde handhygiëne, mondkapjes en ventilatie.

Het advies bestaat uit vier aanbevelingen, met name, ten eerste, een doorgedreven primaire vaccinatie van de volwassen bevolking, ten tweede, een snelle implementatie van de boosterprik voor de meest kwetsbaren, ten derde, de vaccinatie van kinderen van vijf tot twaalf jaar met onderliggende aandoeningen of die met hoogrisicopatiënten in aanraking komen en, ten vierde, het kunnen aanbieden van de vaccinatie aan die leeftijdsgroep zonder comorbiditeiten op individuele en vrijwillige beslissing van het kind en zijn of haar ouders.

Mijnheer de minister, gaat u akkoord met de vier aanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad? Indien niet, waarom gaat u niet akkoord? Zult u rekening houden met de voorgestelde volgorde van aanbevelingen? Indien niet, waarom zult u dat niet doen? We hebben intussen wel al het advies van het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-Ethiek gekregen.

Ik heb nog een vraag over de vaccinatie van de vijf- tot elfjarigen. De kans dat het virus gezonde kinderen ernstig ziek maakt, is klein. Dat haalde u zelf aan in een interview in *Humo*. Door hen te vaccineren, beschermen zij echter wel hun omgeving, ouders, grootouders, leerkrachten en klasgenoten. Indien wij willen dat de scholen veilig open kunnen blijven, is het nodig dat zoveel mogelijk kinderen gevaccineerd zijn, maar dat blijft een vrije keuze. Dat zijn uw woorden in het bewuste interview.

U stelt in hetzelfde interview dat kinderen met onderliggende aandoeningen twaalf keer meer kans hebben om in het ziekenhuis te belanden en negentien keer meer kans hebben om op Intensieve Zorg te belanden. Op basis van welke wetenschappelijke studies of van welk onderzoek doet u die uitspraak? Welk instituut of

welke onderzoeker heeft dat bevestigd?

Hoeveel kinderen uit de leeftijdsgroep van 5 tot 11 jaar werden er sinds het begin van de epidemie gehospitaliseerd in België? Wat was de mediaan van de opnameduur in dagen? Hoeveel kinderen overleden er tot op heden aan covid in België en wat was hun leeftijd? Hoeveel gevallen van long covid waren er in de leeftijdscategorie van 5 tot 11 en van 12 tot 18? Hoeveel minderjarigen zijn er op de afdeling Intensieve Zorg beland?

U stelt dat het een vrije keuze is om kinderen te laten vaccineren. Uit informatie van het Agentschap Zorg en Gezondheid blijkt dat er zou worden gewerkt met een opt-outsysteem. Ouders moeten dus expliciet aangeven dat ze geen vaccinatie willen, zo niet wordt er uitgegaan van hun toestemming. Is dat zo afgesproken in het Overlegcomité? Bent u het eens dat opt-out niet overeenkomt met aanbieden, zoals aanbevolen door de Hoge Gezondheidsraad en het Comité voor Bio-ethiek?

Kunt u bevestigen dat kinderen via het CST nooit de toegang geweigerd zal worden tot de school of sportactiviteiten of culturele activiteiten, zoals aanbevolen door de Hoge Gezondheidsraad en het Comité voor Bio-ethiek?

Het kindervaccin kan nevenwerkingen hebben, zoals myocarditis, een ontsteking van de hartspier. Over de langetermijneffecten is nog maar weinig geweten. Hoe weet u dan zeker dat het vaccin veilig is? Dat wordt immers steeds weer beklemtoond.

In de Verenigde Staten zijn 7 miljoen kinderen van 5 tot 11 jaar ingeënt zijn, zegt u. Hoeveel gevallen van myocarditis hebben zich daar voorgedaan? Bij jongens van 12 tot 17 jaar zou myocarditis zich bij maximaal 1 op 5.000 gevallen voordoen, aldus het Agentschap Zorg en Gezondheid. Hoeveel Belgische kinderen tussen 12 en 17 jaar biedt u een kindervaccin aan?

De regering is intussen gestart met de vaccinatie van kinderen tussen 5 en 11 jaar. Alle middelen worden ingezet om de kinderen en hun ouders te overtuigen van de noodzaak daarvan: vaccinaties in dieren- en pretparken, influencers op Ketnet en heuse reclamespotjes op de radio. Kosten noch moeite worden gespaard. Nochtans staat in de wet een verbod op reclame voor geneesmiddelen, onder andere als die voornamelijk of uitsluitend op kinderen gericht is conform het KB van 7 april 1995 betreffende de voorlichting en de reclame inzake geneesmiddelen voor menselijk gebruik.

Mijnheer de minister, hoe rijmt u die reclamepraktijken met het verbod in het KB? Welke zijn de kosten van degelijke marketing en welke uitgaven dekken zij? Worden influencers in België betaald voor hun diensten, zoals in Nederland rapper Boef onlangs publiek maakte? Hoeveel krijgen ze daarvoor en hoeveel influencers worden er betaald?

09.02 Laurence Zanchetta (PS): Madame la présidente, monsieur le ministre, à l'heure où de nombreux parents d'enfants âgés de 5 à 11 ans reçoivent à leur domicile une invitation à faire vacciner leur enfant sur base volontaire et dans le respect du libre choix éclairé de chacun, certains parents, même les plus convaincus par la vaccination, se questionnent sur les risques et effets secondaires liés à l'injection.

Comme pour tous les vaccins administrés aux enfants, qu'ils soient obligatoires ou non, de nombreux parents se tournent vers les pédiatres qui les accompagnent souvent depuis la naissance de leur enfant, afin de recueillir leurs avis, avis qui leur semble essentiel pour prendre les décisions qui s'imposent de la manière la plus éclairée possible.

Si aujourd'hui, il est possible à chaque citoyen de préférer une vaccination via son médecin traitant plutôt que via un centre de vaccination, il semble que l'opportunité de solliciter son pédiatre pour faire vacciner son enfant n'ait pas été envisagée, alors qu'ils restent, la plupart du temps, les professionnels privilégiés et de confiance pour les familles concernant la santé des enfants.

Monsieur le ministre, les modalités liées à la vaccination des enfants de 5 à 11 ans (non à risques) comprennent-elles la possibilité de faire appel aux pédiatres? Sinon, serait-ce envisageable à l'avenir, si cela devait rassurer les parents et les amener à faire vacciner leurs enfants? Et, à défaut, pourrait-on envisager l'ajout de pédiatres aux équipes des centres de vaccination déjà en place? Qu'en est-il des enfants dits à risques? La vaccination par les pédiatres est-elle privilégiée dans ce cadre?

J'en arrive à ma seconde question qui concerne les parents séparés. La vaccination des enfants relève d'une décision et d'une démarche proactive des parents et n'est possible qu'avec l'accord des parents ou du tuteur légal et ce, en accord avec le principe de l'autorité parentale conjointe.

Si de nombreux spécialistes encouragent malgré tous les parents à demander l'avis de l'enfant de moins de 12 ans, force est de constater que seuls les parents ont le pouvoir d'autoriser ou non la vaccination de l'enfant et qu'il existe à cet égard une présomption pour les tiers selon laquelle le parent qui se présente bénéficie de l'accord de l'autre parent.

Dans la plupart des cas, cela ne pose aucun problème mais, pour les enfants de couples séparés, les choses peuvent s'avérer plus complexes. Certains parents, par inquiétude ou par conviction, s'opposent parfois de manière arbitraire à la vaccination de leur enfant, laissant souvent l'autre parent démuni face à cette situation.

Si la législation prévoit qu'en cas de désaccord, le litige est tranché par le tribunal de la famille en appliquant le principe de l'intérêt principal de l'enfant, peu de parents franchissent le pas en raison de la lourdeur de la procédure, mais également parce que certains craignent que le juge ne puisse prendre une décision conforme à ses convictions personnelles.

Monsieur le ministre, des avis ont-ils pu être demandés aux instances consultatives de santé et d'éthique dans ce cadre? Comment faciliter la procédure judiciaire pour éviter une perte de temps considérable dans le cadre de la vaccination des enfants? Enfin, quelles seront les éventuelles conséquences d'une jurisprudence à l'encontre de la vaccination des enfants de moins de 12 ans? Une réflexion commune est-elle menée à cet égard avec le ministre de la Justice?

09.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, sommige vragen zijn inmiddels achterhaald, dus ik zal mij tot de meest actuele beperken.

Het EMA heeft de toestemming gegeven om kinderen tussen de 5 en 11 jaar te vaccineren. Die campagne is nu volop aan de gang. Ik vind wel weinig achtergrondinformatie over klinische studies in dit verband. Hoeveel kinderen hebben deelgenomen aan de klinische studie waar het EMA zich op baseert? Welke criteria werden hiervoor gehanteerd en namen er ook Belgische kinderen deel aan studies? Zo ja, had ik graag de aantallen gekend, alsook de geografische spreiding, leeftijden en geslachten.

In een publiek debat is er op een bepaald moment een vorm van twijfel geuit door een van de deskundigen. Is er onderzocht op basis van welke gegevens die twijfel is geuit? Hebt u daarop geanticipeerd? Staat dit enigszins in verband met de klinische studies of is er een andere achterliggende reden?

Wat ik ook bijzonder vind, is het onderzoek van Sciensano naar de natuurlijke immuniteit die kinderen intussen bezitten. Die blijkt zeer hoog te zijn. Wordt er in de campagne en in de begeleidende informatie naar de ouders toe rekening gehouden met die natuurlijke immuniteit? In hoeverre worden er boosterpijken gepland voor kinderen? Wordt de eventuele noodzaak aan boosters gekoppeld aan de intussen verworven natuurlijke immuniteit?

Ik wil graag wijzen op de bezorgdheid van sommige ouders met betrekking tot de vermelding van de vaccinatie van hun kinderen op het CST. Zijn er op Europees vlak al afspraken gemaakt rond de al dan niet noodzakelijkheid van een CST voor een kind, bijvoorbeeld om te kunnen reizen. De krokusvakantie komt eraan, en sommige gezinnen willen dan graag gaan skiën. Wat is uw standpunt daarover?

09.04 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw de voorzitter, ik wil eerst een zeer algemene bedenking maken. Vaccinatie van kinderen tussen 5 en 11 jaar en van jongeren tot 17 jaar is een zeer essentieel onderdeel van onze verdediging tegen het virus. Ik meen dat dit vandaag meer dan ooit moet beklemtoond worden

De onderwijswereld vraagt ons nu de quarantainemaatregelen die wij samen met het onderwijs beslist hebben tijdelijk buiten werking te stellen. Ik meen inderdaad dat wij die vraag positief moeten beantwoorden. Nood breekt wet. Ik meen dat wij de huidige quarantaineregels in het onderwijs niet kunnen volhouden. Ik meen wel heel duidelijk dat wij moeten zeggen dat een kind dat besmet is, thuis moet blijven. Het gaat dan niet alleen over een kind met symptomen, elk kind dat positief getest is, zou thuis moeten blijven. Dat zou toch duidelijk moeten zijn.

Ik meen dat wij morgen in de interministeriële conferentie deze beslissing zullen nemen. Alle kinderen die besmet zijn, blijven thuis, maar de quarantainemaatregelen laten wij niet gelden voor kinderen die naar school willen gaan. Als wij dan tegelijkertijd de leerkrachten willen beschermen en aan het werk houden, en toch de verdere verspreiding van het virus maximaal willen controleren, is de vaccinatie van kinderen en jongeren essentieel. Ik merk een zekere terughoudendheid, ook in onderwijsmilieus, de vaccinatie aan te bevelen. Ik meen dat men aan de ouders moet zeggen dat vaccinatie een essentiële verdediging is van het schoolleven. Ze draagt bij aan het kunnen openhouden van de scholen. Ik zal dat ook punt morgen maken in het overleg dat wij zullen houden met de ministers van Volksgezondheid.

Er worden vragen gesteld over nevenwerkingen, over de veiligheid. Ik meen echt dat wij kunnen zeggen dat de mRNA-vaccins die wij gebruiken niet alleen speciaal aangepast zijn voor kinderen, maar ook veilig zijn. Dat wordt bevestigd op basis van gegevens uit de Verenigde Staten en Israël, waar al enkele miljoenen kinderen een eerste en een tweede dosis gekregen hebben.

Natuurlijk stelt men milde bijwerkingen vast. Het bedrijf Pfizer stelt bijvoorbeeld milde bijwerkingen vast als vermoeidheid, hoofdpijn, rillingen. Er is ook een verhoogde waakzaamheid voor myocarditis, ontsteking van de hartspier. Bij de klinische proeven van Pfizer waren er geen gevallen, maar op 31 december heeft de Amerikaanse gezondheidsautoriteit wel gepubliceerd hoe vaak er complicaties optraden na de vaccinatie van 5- tot 11-jarigen.

Na 8,7 miljoen toegediende vaccins werden 100 ernstige gevallen van nevenwerking vastgesteld. 29 keren ging het over hoge koorts, 21 keren over overgeven, 15 keren myocarditis waarvan 11 bevestigd. De meerderheid van de myocarditisgevallen was mild en al herstellend of aan de beterhand. Eigenlijk is dit een absoluut miniem aantal nevenwerkingen, wat men in de balans moet leggen met een zeer groot voordeel van extra bescherming. De gegevens die ik heb gegeven, die 100, zijn een vaststelling nadat men in de Verenigde Staten 8,7 miljoen vaccins heeft toegediend aan kinderen.

We mogen echt zeggen dat een vaccinatiecampagne bij kinderen goed is om scholen open te houden, goed is om kinderen zelf te beschermen, goed is om degenen die in contact komen met kinderen als leerkrachten, ouders en grootouders, te beschermen, gewoon goed is voor de wereld waarin kinderen vandaag leven en dus goed is voor het welzijn van kinderen.

Natuurlijk worden jonge kinderen zelden zwaar ziek na een besmetting. Bij een klein deel van de kinderen kan COVID-19 wel voor een ernstig verloop zorgen, met eventueel hospitalisatie en zelfs opname op intensieve zorgen. Sinds het begin van de epidemie in België zijn 135 kinderen tussen 5 en 11 jaar in het ziekenhuis opgenomen door covid, maar geen enkel kind in die leeftijdsgroep overleed in ons land door covid. Een zeldzame, maar toch wel ernstige verwickeling na een besmetting is MIS-C. Dat is een ontstekingsziekte waarbij kinderen aanhoudende koorts hebben, met mogelijk orgaanfalen tot gevolg. Per 10.000 kinderen die besmet raken, hebben er 2 tot 5 daarmee af te rekenen. Dat blijkt uit gegevens in de Verenigde Staten en Duitsland. Ook dat is in de meeste gevallen goed te behandelen. Twee recente studies bij adolescenten in de Verenigde Staten en Frankrijk tonen dat de vaccinatie de kans op MIS-C met meer dan 90 % doet zakken. We hebben het er daarnet over gehad, soms heb je bij kinderen ook langdurige klachten, een vorm van long covid. Het is onduidelijk hoe lang die klachten blijven duren.

Een ernstig verloop is niet altijd voorspelbaar. Uit de ECD-gegevens blijkt dat 78 % van de gehospitaliseerde kinderen met COVID-19 geen onderliggende aandoening had. Men kon het dus niet voorspellen. Omikron heeft een ander verloop, met proportioneel meer opnames van jongeren en kinderen dan de deltavariant. Dat blijkt tenminste uit de gegevens uit Zuid-Afrika, de Verenigde Staten en het Verenigd Koninkrijk, maar is wel niet bevestigd door gegevens uit Denemarken, waar wij bij kinderen tot nu toe eenzelfde verloop hebben gezien als met de deltavariant.

Men schat dat een substantieel deel van de kinderen in ons land al COVID-19 met de delta- of de bètavariant heeft opgelopen, maar dat alleen is geen garantie voor bescherming tegen omikron. Wel is het zo dat de vaccinatie de reeds opgebouwde immuniteit nog zal verhogen. Bij degenen die COVID-19 nog niet hebben doorgemaakt, zal de kans na vaccinatie klein zijn dat zij erg ziek worden.

Wachten om kinderen te vaccineren tot er aangepaste vaccins tegen omikron zijn ontwikkeld, zou betekenen dat wij moeten wachten tot het derde of vierde kwartaal van 2022 om te kunnen starten met vaccineren en ondertussen zouden wij de omikronvariant in deze leeftijdsgroep vrij spel geven. Omikron zal dan nog meer

circuleren in de scholen, met nog meer sluitingen tot gevolg.

Wij moeten dus de vaccinatiecampagne bij kinderen voeren. Ik zou als minister van Volksgezondheid de vaccinatie van kinderen echt willen aanbevelen. Ik zou graag hebben dat de ministers van Onderwijs ook bondgenoten waren in de campagne. Natuurlijk moeten ouders weloverwogen beslissingen nemen. Daar kom ik dadelijk op terug.

Het CST is geen optie onder twaalf jaar. Ik denk niet dat ik uitvoerig moet terugkomen op de regelingen met betrekking tot het CST. Als andere landen echter zeggen dat jonge kinderen een coronapas moeten voorleggen wanneer zij het land willen inreizen, staan wij daar natuurlijk een beetje machteloos tegenover. Dat is ook de reden waarom wij wel certificaten ter beschikking stellen, maar wij willen zelf het CST, behoudens een aantal specifieke omstandigheden, niet gebruiken voor kinderen. Er zijn omstandigheden waarin de deelstaten het CST wel vragen voor kinderen vanaf 12 jaar en er zijn omstandigheden waarin het wordt gevraagd vanaf 16 jaar, maar onder 12 jaar is het niet van toepassing.

Mevrouw Depoorter, u had een aantal specifieke vragen. U vroeg hoeveel kinderen deelgenomen hebben aan de klinische studies. In de studie van fase 2 en fase 3 van Walter et al. werden in totaal 2.268 kinderen van 5 tot 11 jaar toegewezen aan het BNT162b2-vaccin – dat waren dus 1.517 kinderen – met een lagere mRNA-dosis van een derde van de originele dosis, of aan een placebo – dat dan werd toegediend aan 751 kinderen. Bij de 5- tot 11-jarigen had het BNT162b2-vaccin een gunstig veiligheidsprofiel, met alleen milde bijwerkingen zoals vermoeidheid, hoofdpijn en rillingen en geen gevallen van myocarditis. Zoals reeds gezegd, werd de veiligheid van deze lagere dosis voor kinderen verder onderzocht en bevestigd op basis van *real world data* uit de Verenigde Staten en Israël, waarbij miljoenen kinderen een eerste en tweede dosis kregen. Ik heb u deze gegevens daarnet al gegeven.

U vroeg welke voorwaarden en criteria er werden gehanteerd. Voor de klinische fase 3-studie van Walter et al. werden kinderen tussen 5 en 11 geïnccludeerd die ofwel geen, ofwel stabiele voorafbestaande aandoeningen hadden, met uitzondering van een immuuncompromitterende of immunodeficiëntiestoornis, een voorgeschiedenis van een multisysteem inflammatoir syndroom (MIS-C) of kinderen die immunosuppressiva kregen, inclusief cytotoxische middelen en systemische glucocorticoïden. In de *real world data* van de VS waren er geen exclusiecriteria en werden alle gevaccineerde kinderen van 5 tot 11 jaar opgenomen.

U vroeg of er B-studies lopende zijn en of Belgische kinderen daaraan hebben deelgenomen, en zo ja, in welke aantallen en op basis van welke spreiding. In België loopt één klinische proef waarbij een pediatrische populatie is ingesloten voor een nog niet vergund vaccin. Het is de pilootstudie 322A-2020-0042-17 (Clover-vaccin). Het protocol is gewijzigd om adolescenten tussen 12 en 18 jaar toe te voegen bij de tweede substantiële wijziging. De betrokken sites in België zijn PneumoCare sprl - Private Practice Namen, het Anima Research Center in Limburg en het CUB-Erasmushospitaal in Brussel. De drie deelstaten zijn dus betrokken, mevrouw Depoorter. De cohorte van adolescenten omvat 600 deelnemers, gerekruteerd in België, Colombia en de Filipijnen. Het is de bedoeling dat zowel mannelijke als vrouwelijke adolescenten worden gerekruteerd. Dat voor wat de gegevens over deze specifieke studie betreft.

U had het ook over publieke twijfel van experts, maar aangezien u daarover niet meer zei, weet ik ook niet goed wat ik daarop moet antwoorden.

Madame Zanchetta, s'agissant du rôle du pédiatre et l'implication des parents, dans le cadre de la vaccination des enfants décidée en décembre dernier, la priorité est réservée aux enfants présentant davantage de risques (comorbidités), en concertation avec un pédiatre. Pour ces enfants, les invitations ont été lancées fin décembre. Ils ont été invités selon la procédure applicable à la vaccination des adolescents présentant des comorbidités. Cela signifie que les médecins généralistes et les pédiatres peuvent identifier les enfants concernés dans leur cabinet et les inviter à se faire vacciner.

Les enfants sans comorbidité ont également la possibilité de se faire vacciner sur une base volontaire et avec l'accord des parents.

En ce qui concerne l'administration des vaccins aux enfants, la majorité de ce groupe cible est invitée dans un centre de vaccination. Les exceptions sont les enfants qui sont alités et/ou ont une indication médicale stricte, par exemple un handicap physique grave, et qui ne peuvent quitter leur lieu de résidence dans des circonstances normales. Ils peuvent être vaccinés à domicile par l'équipe mobile du centre de vaccination ou

par leur médecin traitant. En outre, les vaccins sont mis à la disposition des services pédiatriques des hôpitaux et des centres de référence pour les enfants atteints de maladies rares.

Comme vous le souligniez, la concertation avec les pédiatres peut être utile pour lever certaines craintes et répondre aux questions que tant les parents que les enfants peuvent se poser. Dans ce contexte, à l'image de ce qui a été observé lors de la campagne de vaccination des adultes, la relation de confiance qui lie un patient à un professionnel de la santé, qu'il s'agisse d'un médecin généraliste ou d'un pédiatre, est primordiale. Pour autant, cela n'a aucune influence sur l'injection du vaccin. La confiance doit faciliter l'accès à une information fiable et éclairante et ne passe pas nécessairement par l'administration du vaccin en tant que tel.

Cette distinction qui est faite entre l'accès à l'information et l'acte de vaccination s'appuie sur le même raisonnement qui a prévalu lorsque la question de la vaccination des adultes par leur médecin généraliste a été soulevée.

L'administration la plus rapide possible est privilégiée par la centralisation de leur mise à disposition au sein de centres spécifiques. Cette approche a permis la vaccination très large et rapide de plus de 8,8 millions de Belges. Outre la rapidité d'exécution, c'est aussi le meilleur moyen d'éviter un gaspillage des doses disponibles dès lors que leurs critères de conservation sont très stricts.

En conclusion, nous privilégions le recours aux pédiatres pour faciliter l'accès des patients à une information claire et fiable. Les centres de vaccination restent quant à eux incontournables pour garantir une administration rapide au plus grand nombre. Si nous n'écartons pas l'hypothèse qu'à terme les pédiatres pourraient administrer eux-mêmes les doses de vaccin, ce n'est pas l'option qui a été retenue à ce stade pour des raisons strictement opérationnelles.

A propos des parents, à l'arrivée au centre, le consentement verbal est demandé au parent accompagnant l'enfant. Quelle que soit la relation des parents (mariés, divorcés ou séparés), il est vivement recommandé de leur demander de s'accorder au préalable entre eux sur la décision à prendre quant à la vaccination de leur enfant, notamment par le biais d'une discussion avec l'enfant lui-même.

Il existe une présomption pour les tiers (écoles, clubs sportifs, etc.) pour lesquels le parent qui se présente a l'accord de l'autre parent. En cas de désaccord, c'est au tribunal de la famille de trancher par l'application de la notion principale de l'intérêt de l'enfant. Cela signifie que le tribunal se met à la place de l'enfant plutôt qu'à la place de l'un ou de l'autre parent.

Les centres de vaccination n'ont pas pour vocation de trancher d'éventuels conflits intrafamiliaux et doivent rester des lieux où chacun se rend librement dans le seul souci de se protéger contre le virus et ses variants. Des avis du Conseil Supérieur de la Santé et du Comité consultatif de Bioéthique de Belgique ont été remis à la Conférence interministérielle Santé et portaient sur l'opportunité d'ouvrir la vaccination aux enfants de moins de 12 ans.

En aucune manière, ils ne se prononcent sur la manière de traiter les éventuels désaccords entre parents. C'est là une question de justice, et non de santé publique.

Selon moi, madame Zanchetta, la vaccination d'un enfant relève d'une question d'ordre général et concerne son bien-être. Pour cette raison, il est essentiel que les parents puissent surmonter leurs éventuels conflits dans ce seul but.

Mevrouw Sneppe, een van de vreemde redeneringen die u hebt ontwikkeld, is dat wij campagnes zouden organiseren die in strijd zijn met de verbodsbepalingen op reclame. Voorlichtingscampagnes met betrekking tot vaccinaties zijn geen reclame en zijn niet onderworpen aan de verbodsbepalingen van het koninklijk besluit van 7 april 1995. De federale overheid doet overigens niet aan marketing en schakelt ook geen influencers in.

09.05 Dominiek Sneppe (VB): Mijnheer de minister, het was een hele boterham. Het is een beetje ondankbaar om alle vragen in één hap te moeten stellen, maar goed.

U benadrukt dan wel steeds dat het vaccin veilig is, maar wat weten we in feite over de lange termijn? Daar weten we toch niets over? Of weet u misschien meer en kunt u in de toekomst kijken? Dat alleen al is iets

wat ik met aandacht wil bekijken en er vragen bij stellen. Als we de kosten tegen de baten afwegen, moeten we kinderen dan wel vaccineren? Kinderen worden niet of nauwelijks ziek. Ik heb al studies gelezen waaruit blijkt dat zij ook niet de besmettingsbron van volwassenen zijn. Ik laat in het midden of dat waardevolle studies zijn of niet, maar het feit dat wetenschappers dat soort studies voeren in wetenschappelijke media, doet me soms de wenkbrauwen fronsen. We moeten het debat openhouden en ervoor zorgen dat we over alle feiten beschikken.

Wat het opt-outsysteem betreft, dat staat in schril contrast met wat de Hoge Gezondheidsraad en het Comité voor Bio-ethiek aanraden. Zij spreken over *aanbieden*. Ik heb echter getuigenissen uit mijn streek waaruit blijkt dat bepaalde CLB's dat toch wel zeer letterlijk nemen en dat er sprake is van opt-out. Ik heb zelf kinderen, en ik weet dat het CLB voor andere vaccins de toestemming van de ouders vraagt.

Ze vragen of de vaccinaties bij het CLB gepland worden en of het kind gevaccineerd mag worden. Het stoot mij dan voor de borst dat dit bij dit vaccin niet zou gebeuren. Gooi dat op tafel in het interministerieel overleg. CLB's belangen de regio's aan. Kaart dat aan zodat niets zeggen niet gelijk staat aan toestemming geven.

Voor het CST houdt u een slag om de arm. U zegt dat kinderen op geen enkel moment een CST nodig zullen hebben. Bijna een jaar geleden wilde u ook geen CST invoeren, om niet te discrimineren. Ondertussen is het CST er wel. Ondertussen denkt u er zelfs over na om niet de 3G toe te passen, maar naar 1G te gaan. Ik twijfel dus aan uw oprechtheid bij het CST voor kinderen. Als andere landen het nodig achten om op reis te gaan en dergelijke kan daar volgens u weinig aan worden gedaan. Dat is natuurlijk waar. Daar zet u echter de deur al op een kier.

Kindervaccinatie is volgens u een essentieel onderdeel van de bescherming tegen het virus. Ik haalde hier al een studie aan die daar toch bemerkingen rond maakt. We zullen nooit een akkoord bereiken betreffende kindervaccinaties. Ik was een van de eersten die aan de alarmbel trok en pleitte voor het voorzichtigheidsprincipe, ook bij de vaccinatie-uitbreiding naar zestien- en zeventienjarigen, toen naar twaalfjarigen en ondertussen vijf- tot elfjarigen. Hopelijk hebt u gelijk.

09.06 Laurence Zanchetta (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie pour vos réponses mais je m'interroge encore. Il s'agit davantage d'une réflexion sur la vaccination des enfants dont les parents sont séparés. Vous dites effectivement qu'il faut penser au bien-être des enfants et que les parents doivent pouvoir parfois dépasser leur mésentente. Si je vous pose la question, c'est que parfois dans certaines familles, il est purement et simplement impossible de dépasser les conflits et les désaccords pour essayer de trouver une solution. C'est la raison pour laquelle je vous posais justement cette question.

09.07 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, vaccinatie en natuurlijke immuniteit lijken mij effectief essentiële factoren om de scholen open te houden. Wij zijn het er absoluut over eens dat we de scholen open moeten houden. Onze kinderen hebben er mentaal nood aan, maar wij moeten ook waakzaam zijn voor een zekere leerachterstand. Daarom zou het goed zijn om die quarantaineregels effectief te veranderen.

Ik las daarnet een publicatie van de apothekersbond, waarin gepleit wordt voor terugbetaling van een snelle antigeentest of PCR-test na een positieve zelftest. Dat zou zeker een goed middel zijn om ervoor te zorgen dat mensen effectief heel duidelijk weten wanneer iemand, al dan niet symptomatisch, besmet is en wanneer het kind dan thuis moet blijven.

U gaf aan dat natuurlijke immuniteit niet voldoende is tegen omikron. Daarover zijn wij het niet volledig eens, want ook de vaccins kunnen weliswaar op korte termijn een zekere bescherming tegen omikron bieden, maar zijn niet afdoende. Wij moeten echt inzetten op de bepaling van natuurlijke immuniteit, zodat ouders op basis daarvan kunnen beslissen of zij al dan niet meegaan in een vaccinatie of niet.

U schudt het hoofd.

09.08 Minister Frank Vandenbroucke: Ik vind het verkeerd wat u daaromtrent zegt. Daarom schud ik het hoofd.

De immuniteit die men krijgt door delta, helpt niet tegen omikron. Dat is een eerste gegeven. Natuurlijk kan men zeggen dat de immuniteit die men krijgt door omikron kan helpen tegen omikron. Ja, maar ondertussen zijn de kinderen wel drager van het virus en spelen ze, helaas, ongewild een rol in de transmissie van het

virus. Ze kunnen misschien zelf ziek worden.

Met andere woorden, hier en nu is er slechts één goed antwoord, namelijk vaccineren, ook al heeft dat misschien binnen een aantal maanden minder impact. Dat hebben wij gezien, deze vaccins verliezen na een aantal maanden een stuk van hun sterkte tegen omikron. Het zijn vaccins die gemaakt zijn op een andere variant. Dat weten wij.

Maar hier en nu, alstublieft, u als apotheker hebt toch een wetenschappelijke opleiding, geef toch niet achter de micro de indruk dat we kunnen rekenen op immuniteit om de circulatie van het virus tegen te houden. Dat is zeggen: "Laat de kinderen eerst omikron krijgen, dan gaan we de circulatie van het virus tegenhouden." Ik zou dat niet vertellen. Ik zou zeggen: "Laten we kinderen vaccineren." Dat is een vrijwillige keuze en gewoon een goede zaak voor de kinderen, voor hun scholen, voor hun leerkrachten, voor hun ouders. Aan de exit van het verhaal zal immuniteit inderdaad een rol spelen, maar dat is hier en nu geen hefboom. Ik vind het echt vreemd dat u dit hier bepleit. Ik zou niet graag hebben dat ouders au sérieux nemen wat u zegt.

09.09 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, de vaccins zijn gestoeld op de deltavariant. We hebben absoluut geen bewijs dat de natuurlijke immuniteit tegen delta of een vaccin tegen delta een verschillende immuniteit tegen omikron zal geven. Ook dat is wetenschap. Ik ben een wetenschapper, ik volg de wetenschap. Ik zal hierin niet veranderen van idee, omdat u dit hier als minister bepleit. Het is een feit dat we onze kinderen zo goed mogelijk moeten beschermen, maar ouders moeten daar zelf een oordeel over kunnen vellen. Daarvoor moeten we ook een beroep kunnen doen op de serologische gegevens van het kind. Dat is eerlijkheid.

Wat het CST betreft, geeft u geen duidelijkheid. U hebt het niet in de hand, daar ben ik het mee eens. Toch is het wel een bezorgdheid van de ouders: zullen wij nog op reis kunnen gaan zonder een vaccin?

Mijnheer de minister, u bepleit hier dat u de wetenschap in pacht hebt. Ik wil het even hebben over de lange termijn. Laat mij duidelijk stellen dat het voor mij geen reden zou zijn om niet tot vaccinatie over te gaan, maar het is wel een bezorgdheid die ik meedraag.

De polyethyleenglycolipiden die in de vaccins aanwezig zijn, vormen voor mij wel een bezorgdheid. Die kunnen zwak immunogeen optreden. Wij weten dat er een mogelijkheid bestaat waarbij de immuniteit bepaald, veranderd of bespeeld wordt door die PEG-ketens. Als een kind later MS of een bepaald type kanker ontwikkelt, kan dat bepalend zijn voor de werking van het geneesmiddel. Die bezorgdheid geef ik hier mee en ik vraag om die op te volgen, want het heeft geen zin om halve wetenschap te verkondigen.

U hebt niet geantwoord op mijn vraag over de booster. Die vraag zal ik opnieuw indienen.

09.10 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Depoorter, de reden daarvoor is heel eenvoudig. We zijn in afwachting van een vergunning voor de booster door het EMA voor jongeren van 16 en 17 jaar. Wij weten absoluut niet wanneer het EMA het dossier voor de 11- tot 15-jarigen zal afronden. Naar verluidt is het probleem voor een stuk dat Pfizer zijn dossier, ingediend bij EMA, nog moet vervolledigen. Als het EMA de vergunning toekent voor 16- tot 17-jarigen, dan kunnen wij, aangezien we ook al advies aan de Hoge Gezondheidsraad hebben gevraagd, zeer snel de gepaste beslissingen nemen. Uw vraag heb ik dus nog niet beantwoord, omdat wij die vergunning op dit moment gewoonweg niet hebben.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.41 uur.

La réunion publique de commission est levée à 17 h 41.