

Commissie voor Gezondheid en
Gelijke Kansen

van

WOENSDAG 20 MEI 2026

Voormiddag

Commission de la Santé et de
l'Égalité des chances

du

MERCREDI 20 MAI 2026

Matin

Le développement des questions commence à 10 h 30. La réunion est présidée par Mme Ludivine Dedonder.

De behandeling van de vragen vangt aan om 10.30 uur. De vergadering wordt voorgezeten door mevrouw Ludivine Dedonder.

La **présidente**: Chers collègues, en tant que présidente de cette commission et au vu de l'apparition d'un foyer d'hantavirus des Andes, j'ai pris l'initiative la semaine dernière de solliciter le ministre pour que nous puissions avoir un large échange à ce sujet, au-delà du débat d'actualité, en présence des responsables du SPF Santé publique.

Il convient bien entendu de préciser que, même si nous ne sommes pas dans une situation comparable à celle du covid-19, l'apparition d'un tel foyer nous y fait inmanquablement repenser et craindre pour l'avenir. Je pense qu'aucun citoyen et aucun soignant n'a envie de revivre une telle situation. Cette démarche a pour objectif de nous assurer de la maîtrise de la situation et de notre état de préparation.

Je vais céder la parole à M. le ministre et aux différents représentants pour faire un point global sur l'évolution réelle des risques pour la population, sur la stratégie mise en place, sur la coopération à l'échelle internationale ainsi que sur la coordination entre les différents acteurs et autorités belges. Après leur intervention, chaque député pourra bien évidemment interagir et poser des questions complémentaires.

01 Gedachtewisseling met de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding, de heer Dirk Ramaekers (FOD Volksgezondheid) en met de heer Bertrand Draguez Chief Medical Officer van de FOD Volksgezondheid over het hantavirus en toegevoegde vragen van

-Natalie Eggermont aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het hantavirus" (56015819C)

-Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het hantavirus" (56015837C)

-Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het hantavirus" (56015889C)

-Ludivine Dedonder aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het hantavirus" (56015963C)

01 Echange de vues avec le vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté, M. Dirk Ramaekers (SPF Santé publique) et M. Bertrand Draguez, Chief Medical Officer du SPF Santé publique sur le hantavirus et questions jointes de

- Natalie Eggermont à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le hantavirus" (56015819C)

- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le hantavirus" (56015837C)

- Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le hantavirus" (56015889C)

- Ludivine Dedonder à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le hantavirus" (56015963C)

01.01 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw de voorzitter, deze gedachtewisseling lijkt me heel nuttig. De verantwoordelijken van onze FOD hebben een mooie presentatie voorbereid. Ik stel voor dat

de heer Ramaekers begint en ook even uitlegt wat de rol is van zijn collega.

Ik zal op het einde nog een woordje toevoegen, een zeer algemene korte conclusie, maar ik wil de presentatie graag overlaten aan de verantwoordelijken van de FOD.

01.02 Dirk Ramaekers: Mevrouw de voorzitter, vooreerst onze dank dat we hier uitgenodigd zijn voor deze gedachtewisseling. Het is heel belangrijk om dit type van interactie te kunnen hebben met u.

Ik heb de eer en het genoegen om voor het eerst dokter Bertrand Draguez te kunnen meebrengen, en hem aan u te mogen voorstellen. Bertrand is ondertussen bijna drie jaar onze *chief medical officer*. Dat is een functie met bijzonder veel verantwoordelijkheid. Hij is onze link met de Wereldgezondheidsorganisatie voor alles wat met EHR en met crisissen te maken heeft.

We zullen onze presentatie afwisselend geven. Dat geeft wat dynamiek. Uiteraard zijn we sterk geïnteresseerd in de aansluitende sessie met vragen en interacties.

01.03 Bertrand Draguez: Mesdames et messieurs, je commencerai par un rappel des faits relatifs à la situation qui nous a préoccupés et qui continue à nous préoccuper actuellement.

Vous avez sans doute suivi la situation dans la presse. À l'heure où on nous parlait, il y avait un foyer épidémique d'hantavirose dans un bateau de croisière comptant plus ou moins 150 personnes, à bord duquel se trouvaient des passagers originaires de 23 pays différents, dont 9 nationalités européennes.

À l'heure actuelle, 11 cas ont été confirmés, 3 décès malheureusement, plus ce que l'on appelle 2 cas probables. Ce sont des cas qui n'ont pas encore été diagnostiqués par PCR (par diagnostic), mais qui ont développé des symptômes et qui ont été en contact avec des cas confirmés ou probables.

Rappelons peut-être d'où part ce navire. C'est un navire de croisière de petite envergure qui a participé à des explorations ornithologiques dans le sud de l'Amérique, principalement en Argentine, mais également dans d'autres pays. Il est parti d'Ushuaïa, en Argentine, le 1^{er} avril. L'un des passagers a développé des symptômes à partir du 4-7 avril et est malheureusement décédé le 11 avril. Par la suite, le bateau a débarqué toute une série de passagers sur différents points.

J'insiste sur cet aspect, car c'est assez important: dans ce genre d'épidémies, il faut vraiment analyser la situation en temps, en lieux et en personnes. Le gros avantage que nous avons en l'occurrence, c'est que l'épidémie est confinée dans un seul endroit. Il n'y a donc qu'une seule chaîne de transmission actuellement, celle qui s'est manifestée sur le bateau.

Ce que nous avons alors dû faire, c'est une analyse des risques par rapport aux différents types de profils (à haut risque et à bas risque), en collaboration avec le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).

Il est vraiment important de bien se rendre compte qu'il n'y a qu'une seule chaîne de transmission à l'heure actuelle.

Concernant les différents risques et la façon dont on a pu déterminer les personnes à haut risque et les personnes à bas risque, je ne vais pas entrer trop dans les détails. Ce qu'il faut savoir, c'est qu'on considère comme un contact à haut risque des gens qui sont en contact, qui ont eu un contact étroit et prolongé avec une personne qui a été diagnostiquée positive à l'hantavirus ou qui est un cas fortement probable. C'est une catégorie. L'autre catégorie, ce sont les contacts à bas risque, où il y a eu un contact avec une personne probable ou confirmée, mais ce contact ne s'est pas fait de manière prolongée, ni même de manière étroite. On s'est vraiment basé sur ce qu'on sait de cette maladie. Je reviendrai sur le sujet.

Concernant notre population et nos ressortissants qui se trouvaient dans ce bateau, l'ensemble des passagers et du personnel de bord ont été considérés comme à haut risque. Pourquoi? Parce qu'on n'avait pas assez d'informations spécifiques sur les mesures de contrôle qui ont pu être mises en place entre le départ de ce bateau jusqu'à l'arrivée à Tenerife. Deux ressortissants belges étaient à bord de ce bateau, et sont donc considérés comme à haut risque.

Et puis, on a ce qu'on appelle des cas contacts à bas risque, qui sont des gens qui ont été en contact, mais pas de manière très étroite, avec un cas probable ou un cas confirmé. Et ce sont principalement des membres d'un avion qui a décollé de Johannesburg vers Amsterdam en passant par Bruxelles, à la date du 26 avril. Pendant une courte période de 45 minutes, un des cas confirmés a essayé de prendre cet avion pour rejoindre son pays d'origine, à savoir les Pays-Bas. Malheureusement, cette personne est décédée à Johannesburg. Donc ces personnes-là sont considérées comme des personnes à faible risque.

On a également quatre personnes qui étaient dans cet avion, et une cinquième personne considérée comme à bas risque, qui était un membre de l'équipe d'évaluation des risques de l'OMS et de l'ECDC. Ils sont rentrés à l'intérieur du bateau à la date, si je me rappelle bien, du 8 ou 9 mai. Comme ils étaient en combinaison totale (masque, PPE, ce qu'on appelle des équipements de protection individuelle), ils sont considérés comme à faible risque.

Quel est le risque global pour la population en Europe et en Belgique? Assez rapidement, l'ECDC a mis en avant toute une série de réflexions sur cette problématique de contacts étroits et prolongés.

Par le passé, d'autres épidémies d'hantavirus de cette forme-là – donc la forme des Andes – ont été décrites. Nous avons alors remarqué qu'il existait une possibilité de transmission interhumaine, mais uniquement dans le cadre de contacts étroits et prolongés. Nous ne sommes donc pas dans une situation de pandémie respiratoire, où même des contacts éloignés peuvent être infectants. Ce sont vraiment deux choses tout à fait différentes.

L'hypothèse de travail qui avait été avancée est qu'un des passagers aurait rencontré un rongeur, ou en tout cas des excréta, de la salive, ou aurait peut-être été mordu par un rongeur en Amérique du Sud. Cette personne aurait ensuite développé des symptômes au début du mois d'avril, entraînant une chaîne de transmission interhumaine au sein du bateau.

Pourquoi considère-t-on le risque comme faible? Tout simplement parce que la transmission n'est possible qu'avec des contacts étroits et prolongés, mais aussi parce que le réservoir de la maladie est constitué de rongeurs, lesquels ne sont pas présents sur notre territoire, en tout cas pas pour la forme des Andes. Je reviendrai un peu plus tard sur les autres types de maladies.

Que sait-on sur ce virus? Il existe trois types d'hantavirus. Premièrement, les formes européennes ou asiatiques, provoquent des syndromes rénaux. Sa mortalité est relativement importante, pouvant aller jusqu'à 15 %, mais elle ne dépasse pas ce taux. Ces formes se rencontrent en Europe et en Asie. Deuxièmement, la forme dite des néphropathies épidémiques provoque des problématiques rénales. Sa mortalité est très faible. Enfin, la forme des Andes – celle qui nous préoccupe actuellement – a une mortalité relativement élevée, pouvant aller jusqu'à 50 %. C'est également la seule forme pour laquelle une transmission interhumaine est décrite, mais uniquement dans le cadre de contacts rapprochés.

Il est important d'insister sur le fait que le réservoir des maladies diffère entre ces trois types d'hantavirus. Je ne vais pas entrer dans les détails, mais pour celui-ci, il s'agit d'un rongeur très spécifique, présent dans certaines régions du monde, mais absolument pas chez nous, en Europe.

Sur le plan symptomatologique, cette forme des Andes a la particularité de commencer par des symptômes très généraux. Cela peut mimer une grippe, des symptômes de fièvre, d'arthralgie, de myalgie. Ensuite, vous allez avoir des apparitions de symptômes gastro-intestinaux: des diarrhées, des vomissements, parfois même de manière assez profuse. Enfin, il importe de savoir qu'apparaissent brutalement des symptômes cardio-respiratoires: des hypotensions, des détresses respiratoires qui peuvent mener à des insuffisances cardio-pulmonaires. Les symptômes se manifestent généralement après trois semaines, mais le temps d'incubation de la maladie va jusqu'à six semaines. Il y a eu quelques cas, dont un cas spécifique qui est même allé jusqu'à huit semaines. On retient que le temps d'incubation dure en général entre une et six semaines. Il convient de le savoir en vue de distinguer les degrés de risque.

Lorsque le bateau est arrivé à Tenerife, un mécanisme européen a été déployé pour transférer l'ensemble des passagers vers leur pays d'origine. Cela a permis à nos deux ressortissants présents sur le bateau et aux médecins belges de l'équipe d'évaluation d'être rapatriés à Eindhoven, grâce à la coopération avec les autorités néerlandaises. Une fois qu'ils furent arrivés à Eindhoven, plusieurs

mesures ont été prises. Il convient de différencier les contacts à haut risque et à faible risque. Pour les premiers, il est recommandé actuellement de réaliser une analyse de risques et d'entreprendre une discussion avec les autorités flamandes, ainsi qu'avec l'équipe du professeur Vlieghe à Anvers, qui a peaufiné cette analyse de risques en produisant une anamnèse un peu plus précise au moyen d'un test destiné à confirmer ou non la présence du virus chez ces deux passagers. Fort heureusement, le test s'est révélé négatif. Ils poursuivent à présent leur quarantaine à leur domicile pendant six semaines, puisque c'est le temps d'incubation de la maladie. Pour les contacts à faible risque, en revanche, on ne réalise pas de test. On demande seulement à la personne de s'auto-évaluer. Si les symptômes se développent, elle devra alors se faire tester.

Il importe également de signaler que, pour les contacts à haut risque, les contacts entre ces deux personnes et les autorités servent à vérifier si les symptômes se développent, auquel cas elles devraient être hospitalisées dans une unité spécialisée dans les maladies infectieuses à Anvers.

Pour les contacts à faible risque, des contacts se font de manière régulière, deux ou trois fois par semaine, afin de garder le contact. C'est important, dans ce type de situation, si vous vous mettez à la place de ces personnes, de garder des contacts très proches. Cela rassure ces personnes et cela permet d'avoir une meilleure compliance par rapport à ces mesures.

Pour ce qui est de l'organisation pratique de la quarantaine, une fois que les personnes se trouvent chez elles, que leur demande-t-on? On leur demande de rester dans leur chambre, donc de ne pas la partager, de garder des distances par rapport aux autres membres de la famille; si jamais ils doivent entrer dans la chambre, pour apporter leur nourriture, ils doivent garder des distances. Si, par exemple, elles veulent faire une promenade et s'aérer pour leur bien-être mental, c'est possible. Elles doivent à ce moment-là porter des masques. Mais elles ne peuvent pas entrer dans des grands rassemblements, dans des supermarchés, dans des transports publics, ni même des transports aériens. Par ailleurs, elles doivent toujours rester en contact avec les autorités, que ce soit les autorités du Département Zorg ou de l'AVIQ ou de Vivalis. Des équipes sont prêtes, au cas où ces personnes développeraient des symptômes, pour agir directement et les transporter vers l'Universitair Ziekenhuis Antwerpen.

On demande aussi de faire des stratégies de testing. Pourquoi? Parce que, comme vous le savez peut-être, même si un PCR est négatif, à un moment donné, il se peut que la personne développe des symptômes et fasse la maladie après trois ou quatre semaines. Il y a donc chaque semaine des tests pour les personnes à haut risque. Chaque semaine, un test PCR est demandé. Pour les personnes à faible risque, aucun test n'est recommandé à l'heure actuelle.

S'agissant de l'activation des structures européennes, je vais laisser la parole au professeur Ramaekers.

01.04 | Dirk Ramaekers: U stelt zich allicht de vraag hoe de structuren hebben gefunctioneerd en wat we van covid hebben geleerd. In België hebben we na covid een uitgebreide reflectie gehouden. Ook het Parlement heeft daar in belangrijke mate aandacht aan besteed.

Misschien is het belangrijkste initiatief dat op Europees niveau werd genomen, de verordening van 2022 inzake ernstige grensoverschrijdende gezondheidsbedreigingen. Die verordening hield in dat een aantal belangrijke stappen werden gezet, onder meer wat betreft het mandaat van verschillende Europese organen. Daarnaast werd ook de Health Emergency Preparedness and Response Authority (HERA) opgericht. Dat was toen een nieuwe speler.

Nu we enkele jaren verder zijn, rijst de vraag hoe die structuren functioneren. U hebt van dokter Draguez al begrepen dat het hantavirus weliswaar van een andere grootteorde is dan covid.

Ik kan dat jammer genoeg niet op een heel eenvoudige manier voorstellen, maar we zullen onze presentatie uiteraard naar u doorsturen. Wat was de consequentie van de nieuwe regelgeving? Er zijn structuren die in vredetijd – in de paraatheidsfase – actief moeten zijn. Daar komen de structuren bij die optreden als de situatie zeer ernstig wordt. Ik licht er de belangrijkste uit.

Het centrale Europese orgaan op dit moment, onder het gezag van de ministers van Volksgezondheid, is het Health Security Committee. Dat comité werkt permanent en beschikt over diverse werkgroepen. Zodra zich een gezondheidsbedreiging voordoet, wordt het onmiddellijk geactiveerd. Rond sommige

punten bestaat nog altijd enige onduidelijkheid. Onze ervaring tijdens deze crisis was evenwel dat de puzzelstukken steeds beter in elkaar begonnen te vallen.

Daarnaast zijn er nog twee andere belangrijke instellingen.

Ten eerste is er het European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), waar overigens ook een aantal Belgen werkzaam is. Dat centrum verricht belangrijk epidemiologisch werk. Nieuw is ook dat het ECDC beschikt over een *outreach team*, een taskforce van diverse experts die onmiddellijk ter plaatse kunnen gaan. Dat is nu ook gebeurd. Ze waren vrij snel actief aan boord van het schip om, samen met de Wereldgezondheidsorganisatie, evaluaties uit te voeren.

Daarnaast is er HERA, dat onmiddellijk in actie komt om na te gaan welke medische tegenmaatregelen beschikbaar zijn of nodig zullen zijn. Dat betreft geneesmiddelen, vaccins en eventueel andere zaken zoals beschermingsmiddelen. Wat is beschikbaar en wat zullen we nodig hebben? Als men bij een heel grote crisis, zoals de covidcrisis, vaccins moet beginnen produceren, is dat ook een opdracht van HERA.

U herinnert zich misschien nog dat er tijdens de covidcrisis een *steering board* was waarin alle landen zetelden. De *steering board* is opgegaan in HERA, dus een grotere structuur waarin ook de lidstaten sterk vertegenwoordigd zijn.

Los van al die raden vraagt u zich misschien af waar het politieke niveau zit. Dat politieke niveau is voorlopig nog heel beperkt geactiveerd. Het betreft IPCR (Integrated Political Crisis Response), waar uiteraard ook onze Belgische vertegenwoordigers deel van uitmaken.

Voorlopig zijn zij niet in crisismodus, maar zijn ze in informatiemodus. Zij zien er dus op toe dat de informatie goed wordt uitgewisseld. Dat is een signaal dat men het ernstig neemt, maar aangezien de crisis op dit ogenblik, zoals ik heb toegelicht, een beperkte impact heeft, is dat volgens mij een goede inschatting.

U vraagt zich misschien af hoe dat nu bij ons gebeurt. We beschikken over een wat parallelle structuur. Het Europese Health Security Committee is bij ons de Risk Management Group (RMG), waarin zowel de federale overheid als de deelstaatsoverheden en ook de betrokken kabinetten van de bevoegde ministers vertegenwoordigd zijn, voorgezeten door dokter Draguez. Die groep neemt zeer sterk haar verantwoordelijkheid op en schakelt heel snel. De leden kennen elkaar goed. Dat is een belangrijk punt, want tijdens een crisis moet je elkaar kennen, elkaar kunnen vertrouwen en een gemeenschappelijke visie ontwikkelen.

Zo nodig is er de Risk Assessment Group (RAG), voorgezeten door Sciensano. In dit geval hebben we heel snel moeten handelen en waren we heel blij dat het ECDC proactief dag na dag risk assessments met ons deelde, zodat we ook op het niveau RAG en RMG snel konden werken. De RAG is trouwens ook in de RMG vertegenwoordigd.

Op dit ogenblik zitten we nog lang niet in een grote gezondheidscrisis, een federale fase of wat dan ook. Dat laat toe om in de interkabinettenwerkgroep Volksgezondheid de ministers samen te brengen, die uiteraard via hun vertegenwoordigers permanent goed op de hoogte worden gehouden. Als het echt een grote crisis wordt met impact op alle andere sectoren, waarbij uiteraard het Nationaal Crisiscentrum geactiveerd wordt, met alle structuren, kan ook het OCC actief worden.

Ter informatie, ons Nationaal Crisiscentrum zetelt ook in de RMG, dus er is een naadloze interactie en informatie-uitwisseling.

Ik geef even de chronologie. Deze crisis begon al in april op het cruiseschip. Op zaterdag 2 mei werd een eerste alarm gegeven. Dat gebeurde via een melding via het Europese systeem EWRS. Dat is een communicatiesysteem dat heel goed werkt en waarop heel proactief informatie wordt uitgewisseld tussen lidstaten. Aansluitend werd op maandagochtend 4 mei al een eerste meeting *touchpoint* van de RMG georganiseerd door dokter Draguez. We hebben onmiddellijk informatie ontvangen en een eerste Europese meeting ging door op 6 mei.

Vanaf dan werd er vrijwel dagelijks informatie uitgewisseld en werden er meetings en discussies

georganiseerd tussen het ECDC en het Health Security Committee. Ook de RMG heeft dat ritme deels gevolgd, zodat we onze visie en strategie goed konden afstemmen. Er werd vrij snel beslist om de passagiers op een correcte, veilige en gecontroleerde manier vanuit Tenerife zoveel mogelijk naar hun thuisland over te brengen. Voor de Europeanen was dat perfect haalbaar, maar er waren ook passagiers uit Japan, Turkije en heel wat andere landen. Ook internationaal heeft dat bijzonder goed gewerkt. Dat is vrij vlot verlopen. Ere wie ere toekomt, complimenten voor Spanje, de Spaanse structuren en de Spaanse minister, waardoor de hele operatie vrij vlot verliep. Dat zijn immers geen eenvoudige operaties. Ook de media werden continu heel goed geïnformeerd. Men kon het live volgen.

Op 10 mei zijn de twee Belgen aangekomen. Ondertussen blijft het Health Security Committee alles verder opvolgen. We hebben heel goede interacties met alle landen, ook met Nederland. De twee contacten zijn ondertussen in thuisquarantaine.

Een belangrijk deel van crisisaanpak is communicatie. We hebben dat ook geleerd van de covidpandemie. Men moet de bevolking correct en transparant informeren. Dat is belangrijk. Vertrouwen in structuur en het beheer van een gezondheidscrisis hangt samen met transparantie. De RMG heeft, samen met alle deelstaten, een netwerk van communicatoren opgestart, dat in dit geval onmiddellijk geactiveerd werd. U zult gemerkt hebben dat we bijna dagelijks gecommuniceerd hebben, zelfs over relatief kleine conclusies, bijvoorbeeld tests. Dat is heel belangrijk, men moet heel transparant en heel proactief communiceren, ook over moeilijke zaken. In dit geval is het gelukkig – hout vasthouden - tot nu toe vlot verlopen. Dat is een bewuste strategie geweest, die systematisch werd afgestemd tussen de deelstaten en het federale niveau. Dat werkt goed en gaat ook heel snel, zoals u hebt gemerkt. We zullen dat blijven doen. Dat is onze manier om te werken aan het vertrouwen ten aanzien van de bevolking.

Wat gebeurt er nog achter de schermen? Heel belangrijk is de vraag wat we hieruit inhoudelijk, wetenschappelijk en medisch kunnen leren. Tijdens de covidcrisis was het allesbehalve evident en het verliep dat niet altijd even fraai. Op vergaderingen met Europese landen, met onderzoekers en *principal investigators*, ook nationaal, zag men soms wat competitie op het vlak van onderzoek optreden. Dat leidt uiteraard niet tot hoogkwalitatief onderzoek. In elke crisis is het nodig om relatief snel tot het produceren van *evidence* te komen, maar competitie helpt niet.

Ook in dit geval zijn er heel veel onbekende zaken. We zien dat HERA een belangrijke meerwaarde biedt. HERA heeft een groot netwerk ontwikkeld met alle lidstaten en is zeer snel gestart met een totaaloverzicht van alle mogelijke pistes. Ik denk dat we in twee à drie dagen tijd een volledig overzicht hadden van alle mogelijke elementen. Het heeft alle structuren samengebracht. Ik moet BE READY speciaal vermelden. Dat is een netwerk voor wetenschappelijk onderzoek, waarbij ook Belgische experts zijn betrokken. Het beschikt ook over een specifiek coördinatiemechanisme, het CTCM, het Clinical Trial Coordination Mechanism.

Als er studies moeten gebeuren, kunnen we op internationaal vlak samenwerken om zo snel mogelijk zo veel mogelijk patiënten te rekruteren.

In dit geval gaat het om zeer weinig patiënten. Men kan hier dus niet over grote RCT's spreken, hooguit over een aantal observationele studies, maar wat we kunnen doen, moeten we zeker doen.

Er bestaat momenteel nog geen behandeling voor mensen die ziek worden ten gevolge van het hantavirus, of in dit geval het Andesvirus. Er zijn heel wat hypothesen. Wereldwijd worden een aantal antilichamen bekeken. Wij hebben die niet allemaal te onzer beschikking. Er zijn ook antivirale middelen. De farma-industrie investeert al lang in antivirale middelen en er blijven regelmatig nieuwe middelen bijkomen, maar tot onze frustratie hebben we de silver bullet helaas nog niet zien passeren. Er is ook een benefit-riskafweging. Het EMA participeert eveneens in die discussies. Er zijn ook antivirale middelen met vrij impressionante mogelijke nevenwerkingen. Postcovid zijn we enigszins gefrustreerd dat een aantal antivirale middelen met claims over werkzaamheid, vermijden van hospitalisatie en dergelijke, jammer genoeg niet deden wat ze beloofden.

In de besprekingen komen twee antivirale middelen het meest naar voren.

Het eerste is Ribavirine. Kleine, gerandomiseerde studies uit Amerika tonen evenwel aan dat het niet voldoende werkt. Dat zal, gezien de belangrijke nevenwerkingen, in Europa weinig of niet worden

gebruikt.

Voor het tweede, Favipiravir, bestaan een aantal preklinische studies die mogelijk enige werking tonen. Ook daar moet men met de nevenwerkingen rekening houden.

Ik vergat nog te vermelden dat het Verenigd Koninkrijk bij alle besprekingen van het Health Security Committee aanwezig is. Gisteren was ook Zwitserland aanwezig, omdat men daar vermoedelijk ook één geval met een hoog risico heeft. In het VK werd een protocol opgestart om een beperkt aantal mensen met een hoog risico, met *informed consent*, experimenteel te behandelen en te bekijken of Favipiravir enige impact heeft. Daar kom ik dadelijk nog even op terug.

Er bestaat geen vaccin er is ook op korte termijn geen vaccin beschikbaar. Voor bepaalde andere types dan het Andesvirus bestaan er in andere delen van de wereld wel een aantal mogelijke vaccins, maar bij ons hebben we dat niet onmiddellijk beschikbaar. HERA is onmiddellijk in contact getreden, ook met de industrie, maar ik denk niet dat we zo ver zullen geraken dat we effectief naar vaccinproductie zullen evolueren. Dat is op dit ogenblik niet aan de orde.

Ik kom tot de concrete evoluties wat studies betreft. Heel belangrijk om te weten is wat er nu precies op dat schip is gebeurd. Als men dat epidemiologisch bekijkt, is dat wetenschappelijk gezien een enorme opportuniteit. Men brengt mensen gedurende een langere tijd samen in een gesloten omgeving. Er werden onmiddellijk twee studies opgestart, die nog lopen, want ook achteraf moet men dat nog opvolgen. Het gaat om NAVIS (Natural History of Andes Virus Infection in a Shipboard Outbreak) en ISARIC.

Zoals ik daarnet al zei, is er ook Favipiravir. We zijn dat nu aan het bekijken vanuit België, dus ik vermoed dat we daaraan zullen meewerken. Dat zal geen RCT zijn, maar we zouden bij degenen die PCR-positief zouden worden, maar nog niet symptomatisch zijn, kunnen testen of dat al dan niet effect heeft. We zijn relatief restrictief, maar dat heeft ook te maken met wat we tot nu toe weten, *benefit-risk*.

Alle gehospitaliseerden worden uiteraard ook van nabij opgevolgd. Op dit ogenblik is HERA aan het onderhandelen met de firma om vanuit het Europese budget een beperkte bijkomende stock van Favipiravir aan te kopen, specifiek voor studiedoeleinden. In België beschikken we ook over een beperkte stock, dus ook onze academici en onderzoekers zijn daarmee bezig in de voorbereidingsfase. In principe zullen we dus kunnen participeren in de internationale studie.

Dat was, kort samengevat, hoe de internationale structuren geactiveerd werden en hun merites getoond hebben.

01.05 Bertrand Draguez: Notre responsabilité consiste à présent à poursuivre le suivi, pendant cette période d'incubation de six semaines, des contacts à haut risque. En ce qui concerne la personne ou les cinq personnes qui présentent un faible risque, il faut continuer à vérifier si ces contacts développent des symptômes. Nous allons également continuer à suivre les différentes recommandations, car il s'agit d'un processus dynamique. Hier, par exemple, une personne avait été catégorisée comme étant un cas non conclusif pour des problématiques de diagnostic et a aujourd'hui été testée négative. Nous devons être en mesure d'assurer un suivi régulier de tous ces aspects.

Bien sûr, les communications et les interactions entre nous et les différentes entités fédérées sont essentielles. Comme l'a rappelé le professeur Ramaekers, la communication est essentielle. Il y a lieu de veiller à assurer une communication alignée entre les différents acteurs, que ce soit entre nous, entre les différentes entités fédérées, mais aussi aux niveaux international et européen.

Un autre aspect important est le projet financé par le SPF Santé publique en rapport avec la VirusBank Platform. Il s'agit d'un projet capital en matière de recherche et de développement sur les vaccins et les autres thérapeutiques antiviraux. Ce projet doit permettre à la Belgique de se positionner, car notre pays a une grande histoire en matière de développement de vaccins, et nous comptons bien entendu poursuivre sur cette voie.

Pour conclure, je tiens à remercier l'ensemble des acteurs, à savoir les autorités espagnoles et néerlandaises, qui ont facilité le rapatriement de nos deux ressortissants présents sur le bateau. Les opérations de rapatriement se sont déroulées en bonne concertation, dans le calme et dans le respect

des citoyens et de leur intimité. Il est en effet primordial de rappeler que ces personnes contraintes de rester chez elles pendant 40, 42 ou 45 jours ont besoin d'une certaine intimité. Ce besoin d'intimité a été parfaitement respecté.

Par rapport aux différentes interactions avec les entités fédérées, les communications ont été extrêmement bonnes, et l'alignement des communications également. C'est un point qu'il faut soulever, le tout s'inscrivant évidemment sous l'égide de l'Europe.

Un petit mot de remerciement aussi envers la Défense, car nous entretenons une collaboration assez étroite avec le ministère de la Défense pour le transport de certains de ces patients ou cas contacts; je tenais donc à l'en remercier.

Voilà, nous sommes arrivés à la conclusion. Nous sommes ravis de répondre à vos interactions et à vos réflexions.

01.06 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw de voorzitter, ik wil in de eerste plaats de heren Ramaekers en Draguez bedanken voor deze zeer nuttige presentatie, maar vooral ook voor hun inzet voor het crisismanagement tijdens de confrontatie met het hantavirus.

Als voorschot op het debat geef ik een paar algemene beschouwingen. U mag misschien zelfs zeggen dat ik een hypothese formuleer.

Ik wil terugkomen op de vele goede discussies over paraatheid die we in het verleden hebben gehad in deze commissie en ook in de plenaire vergadering van de Kamer. Wat betekent het dat men paraat is voor een crisis en meer in het bijzonder voor een mogelijke pandemie?

Als we ons de vraag stellen of we in 2019 in België of op Europees niveau paraat waren voor een pandemie als COVID-19, dan is het antwoord nee. We waren niet paraat.

Als u mij de vraag stelt of we ondertussen beter voorbereid zijn, dan denk ik dat het antwoord ja is, zowel op Europees als op Belgisch – ik zeg dan natuurlijk meteen ook interfederaal – niveau. Ik voeg daar meteen aan toe dat dit geen zelfgenoegzaam of onkritisch statement is. Wat bijvoorbeeld de Europese structuren betreft, heeft ons land tijdens zijn Europees voorzitterschap in 2024 zelf gezegd dat er complexe instituties werden gecreëerd. Bij een ernstige crisis is het soms een beetje onduidelijk wat we nu eigenlijk van wie verwachten.

De heer Ramaekers heeft goed geïllustreerd dat we hier niet in de ernstigste vorm van crisis en escalatie zaten, waardoor die complexiteit ons niet gehinderd heeft, maar de Europese structuur is dus wel relatief complex. Die bedenking hebben we eerder ook al geformuleerd. In de toekomst is er misschien verbetering mogelijk. De belangrijkste vaststelling is wel dat dit op Europees niveau goed heeft gefunctioneerd.

Ik kom nu tot het Belgische niveau. In het verleden hebben we debatten gevoerd over de paraatheid. Ik heb daarover op een bepaald ogenblik gezegd dat een paraatheidsplan geen map is met instructies en procedures die men ergens in een kast legt en die men als er een crisis opduikt uit de kast haalt. Natuurlijk zijn er procedures en instructies vastgelegd, maar het is bijzonder belangrijk dat men de contacten tussen agentschappen en administraties en tussen de verantwoordelijken van verschillende bevoegdheidsniveaus onderhoudt en dat men blijft inzetten op samenwerking en netwerking, zodat men goed geroedeerd is. Uit de presentatie blijkt dat zo te zijn, met name in de contacten met de deelstaten, die daarin ook belangrijke eigen bevoegdheden hebben. Ik denk dan bijvoorbeeld aan een verplichte quarantaine voor iemand die terugkomt van een buitenlandse vakantie. Tussen de entiteiten bestaan er dus gedlopende contacten.

Ik wil mijn dankbaarheid uitdrukken voor de manier waarop onze Risk Management Group ondertussen functioneert. In die Risk Management Group zijn de contacten en het netwerken ondertussen immers echt geïnstitutionaliseerd. Ik heb zelf binnen de IMC beklemtoond dat we die Risk Management Group voldoende autonomie in haar beleid moesten geven. Het is dus niet toevallig dat u mij tijdens deze hantavirusepisode niet op tv hebt gezien. Ook de deelstaatscollega's hebt u niet of weinig op tv gezien. We hebben de communicatie in handen gelaten van de verantwoordelijke leidende ambtenaren van de Risk Management Group. Er werd ook uitgelegd dat zij zorgvuldig hebben gecommuniceerd. U hebt

ambtenaren gezien van de deelstaten en van het federale niveau. We hebben dus heel wat autonomie gelaten aan hen.

Zoals de heer Ramaekers ook zei, zitten we nog niet op een dusdanig escalatieniveau dat de politiek echt moet optreden. Collega's, ik onderstreep dat even, omdat dat niet evident is. Ik zal een heel ander voorbeeld geven. Onze benadering van het griepseizoen en van wat we het winterplan noemen, waarbij we werken met risiconiveaus en kleuren codes, namelijk groen, geel, oranje en rood, hebben we eigenlijk ook in handen gelegd van de Risk Assessment Group en de Risk Management Group, zonder dat we daar politiek veel in optreden. Het is belangrijk dat we dat durven doen en dat we dat ook effectief doen. Wij durven dat doen, omdat we geloven in de kwaliteit van de mensen die in die groepen zitten en in de samenwerking die tot stand is gekomen.

Dit was inderdaad een heel andere crisis dan de COVID-19-crisis, maar het is wel een interessante test geweest. Ook de manier waarop we zijn omgegaan met het griepseizoen en de communicatie daarover, is een interessante test geweest om te zien of we goed geroedeerd zijn. Ik durf te stellen dat het antwoord daarop ja is, maar ik stel dat voorzichtig en zonder enige zelfgenoegzaamheid. Het is misschien zelfs meer een hypothese dan een heel straf statement. We hebben ter zake echter wel belangrijke stappen vooruitgezet.

Het klinkt beter in het Engels dan in het Nederlands maar *pandemic preparedness* of dus voorbereid zijn op een mogelijke pandemie, betekent voorbereid zijn op het onbekende en voorbereid zijn op alle niveaus. Er zijn hier leden die daarover vorige week nog tijdens de plenaire vergadering een tussenkomst hebben gehouden. Het betekent ook voorbereid zijn op het vlak van onderzoek en ontwikkeling. We mogen niet stellen dat we daarmee klaar zijn. We moeten dat verder ontwikkelen en daarin verder investeren.

Het is echter een nuttige gelegenheid om die presentatie hier te houden en te bekijken of dat de legitieme verwachtingen van het Parlement maar ook van de burger beantwoordt. Dat wou ik even toevoegen. Ik geef dat mee met de nodige voorzichtigheid en wil graag luisteren naar het debat. Ik zal de antwoorden in eerste instantie natuurlijk laten geven door de mensen naast mij.

La **présidente**: Je remercie tous les intervenants.

Plusieurs personnes avaient déposé des questions, et j'imagine que, parmi les membres présents, d'autres souhaitent également intervenir. Mme Ramlot, qui doit nous quitter, m'a demandé si elle pouvait prendre la parole en premier. Si personne n'y voit d'inconvénient, je lui cède donc la parole.

01.07 Carmen Ramlot (Les Engagés): Merci à toutes et à tous pour cette faveur.

Monsieur le ministre, je vous remercie ainsi que les deux intervenants pour ces explications très intéressantes qui répondent davantage encore à la question d'actualité posée par mon collègue, Jean-François Gatelier, en séance plénière, la semaine passée. La façon dont cela s'est déroulé est remarquable et c'est à mentionner. Vous l'avez souligné mais je me permets aussi de le dire. La communication a été vraiment très bonne. On pourrait même considérer cela comme une sorte d'exercice grandeur nature, même si ce n'est pas de gaieté de cœur.

Je suis très heureuse d'apprendre que la coordination avec l'Europe s'est bien passée. Pour avoir vécu la crise du Covid en première ligne en tant que pharmacienne, je dois vous avouer que, même si c'était peut-être une grande première, cela ne s'est pas forcément passé de manière assez fluide à mon goût. Mais nous avons essuyé les plâtres et, aujourd'hui, nous tirons les leçons du passé pour avancer.

Je me réjouis aussi d'apprendre qu'il y a une bonne coordination avec l'AVIQ, parce que vous savez que Les Engagés prônaient l'instauration d'un seul ministre de la Santé publique. Cela met maintenant complètement à plat mon argument, même si je pense que c'est toujours plus simple quand il y a moins d'intervenants. Comme quoi, on n'a pas forcément toujours raison à 100 %. J'en suis persuadée, et cela permet de recadrer les choses.

Alors, j'ai quelques questions d'ordre très pratique à vous poser, parce que je me mets dans la peau du pharmacien à son comptoir à qui on va un jour poser des questions du genre: "On nous dit que la transmission n'est pas aérienne, mais on nous demande de porter le masque, pourquoi?" En effet, vous

expliquez qu'une personne en quarantaine doit porter le masque dès qu'elle sort de sa chambre pour aller se promener. Je me demandais donc à quel moment ces patients deviennent contagieux. J'ai bien compris que la période d'incubation durait de six à huit semaines, mais à quel moment sont-ils contagieux? J'imagine que, lorsqu'ils développent des symptômes comme une diarrhée ou des problèmes pulmonaires, ils sont effectivement contagieux; mais qu'en est-il de la phase qui précède?

Vous avez parlé de tests PCR. J'imagine que c'est la même chose que pour le Covid, avec l'écouvillon dans le nez. J'aurais voulu savoir si les résultats étaient, comme pour le Covid, quasi-instantanés; et comment cela se pratiquait, parce que ça m'intéresse de le savoir.

J'ai cru comprendre – même si vous ne l'avez pas dit exactement comme ça – que vous profitez de l'aubaine, même si ce n'est peut-être pas très adéquat d'utiliser ce terme, de ce virus qui est à nos portes, pour prendre régulièrement les paramètres des gens qui sont en quarantaine et pouvoir nourrir nos études scientifiques. J'aimerais savoir si c'est le cas, parce que cela peut être riche d'enseignement.

Je voulais aussi souligner que je suis très contente d'apprendre que cela a permis d'anticiper sur les stocks éventuels. La bonne communication, parce que c'est un très bon exercice, va aussi nous permettre d'évoluer scientifiquement et d'en savoir un peu plus sur les hantavirus.

Je vous remercie par avance de vos réponses et, comme la présidente l'a souligné, si je vous quitte, ce n'est pas un manque d'intérêt, mais j'ai rendez-vous.

01.08 La présidente: Pas pour un test?

01.09 Carmen Ramlot (Les Engagés): Pour en faire un, peut-être... Non, pas pour un test.

01.10 La présidente: Je n'espère pas non plus, d'ailleurs. On va reprendre l'ordre des questions: Mevrouw Gijbels.

01.11 Frieda Gijbels (N-VA): Dank u wel aan de verschillende sprekers en aan de minister.

Het lijkt voorlopig om een uitbraak te gaan die beperkt blijft. Zoals aangehaald, kan dat echter worden beschouwd als een soort testcase om na te gaan of onze structuren goed werken, of de communicatielijnen functioneren en of de paraatheid op punt staat.

Ik vraag mij dan ook af of er een debriefing zal plaatsvinden. Zal, zodra we weten hoe de situatie is geëvolueerd, worden nagegaan of alles goed is verlopen en of we klaar zijn voor het geval het toch om een grotere of een andere uitbraak zou gaan? Zijn we in staat om snel op te schalen?

Mijnheer de minister, u verwees ook naar het pandemieplan, dat inderdaad een dynamisch document moet zijn, geen vaststaand gegeven. Wel vraag ik mij af wie vandaag toegang heeft tot het pandemieplan. Beschikken de verschillende beleidsniveaus daarover? Hebben ook de beleidsmakers er zelf toegang toe? Een van de kritieken tijdens de covidcrisis was immers dat de uitvoerende macht vaak zelf onvoldoende op de hoogte was van wat een pandemie inhoudt en wat dat betekent op het vlak van communicatie en inzet. Wordt dat geoefend en doorgesproken met de beleidsmakers zelf, dus met de verschillende regeringen? Het is van belang om deze testcase aan te grijpen om de verschillende regeringen daarover een soort van bijscholing te geven.

Wat ik misschien niet helemaal heb meegekegen, – hoewel het hier of daar mogelijk al werd vermeld – is of inmiddels is vastgesteld dat het virus van mens op mens wordt overgedragen, dan wel of dat voorlopig nog niet is vastgesteld.

We hebben via de pers ook vernomen dat het testen op het hantavirus van de personen die in België zijn aangekomen niet zo evident was. Dat werd hier ook even aangehaald. Hoe kwam dat precies? Is er geanalyseerd waarom die testen niet zo evident waren?

Ik vraag me ook af wat het referentiecentrum voor het hantavirus in België is. Wanneer ik daarover onderzoek doe, vind ik zowel UZ Leuven als Sciensano terug, waarbij Sciensano instaat voor de PCR-testen voor het hantavirus. Tegelijk hoor ik dat de opvarenden behandeld werden in het UZ Antwerpen.

Daarom vraag ik mij af waarom daarvoor gekozen werd. Waarom werd bijvoorbeeld niet gekozen voor UZ Leuven? Dat leek mij logischer.

Ik hoor dat de internationale uitwisseling van gegevens vlot verloopt. Daarover heb ik dan ook geen verdere vragen.

Wel heb ik nog vragen over de RMG, die op 7 mei een advies uitgebracht. Dokter Ramaekers haalde terecht aan dat transparantie, communicatie en vertrouwen zeer belangrijk zijn. Het verslag van de RMG lijkt echter nog niet beschikbaar te zijn. Ik vind het althans niet terug op de website. Is dat nog niet publiek beschikbaar? Kan daarvoor eventueel gezorgd worden?

Daarnaast heb ik nog een vraag over de plaats waar het brede publiek informatie kan opzoeken. Ik hield voortdurend de website van Sciensano in de gaten, maar blijkbaar werd de informatie gepubliceerd op de website van de FOD. Wat is daaromtrent de richtlijn? Wat is het eerste informatiepunt waar burgers terecht kunnen? Is dat Sciensano of de FOD? Moet ook niet duidelijk gecommuniceerd worden waar burgers gegarandeerd correcte informatie kunnen vinden?

De informatie op de website van de FOD vind ik wel heel duidelijk. Tegelijk was het niet mijn eerste reflex om daar te gaan kijken. Ik vraag mij dus af of dat voor het brede publiek wel zo evident is.

Ik vind het heel goed dat deze commissievergadering nu op deze manier plaatsvindt. Dit is het soort technische commissievergadering waarvoor we ook gepleit hebben tijdens de covidpandemie. Het lijkt mij een goede traditie om dat op deze manier verder te zetten. Misschien is het ook aangewezen om dat rond ebola te doen, zodat het Parlement ook daarover de recentste informatie kan krijgen.

01.12 Katleen Bury (VB): Geachte sprekers, bedankt voor de tijd die u voor ons vrijmaakt.

Ten eerste is het ook dringend nodig om dergelijke commissievergadering te organiseren met betrekking tot ebola, want dat lijkt men een veel ergere situatie. Er vinden bovendien veel meer transfers plaats naar de verschillende landen, via luchthavens en dergelijke. Ik denk dat we inzake ebola met een groot probleem zitten.

Met betrekking tot het hantavirus was er in zekere zin dubbele communicatie. In de pers ging het over een dodelijk en geheimzinnig virus. De mensen zijn toch wel een beetje bang geweest. Daartegenover staat de communicatie van de WHO, die stelde dat er geen zware dreiging is en niemand zich zorgen moet maken. Mijnheer de minister, ik heb u inderdaad ook niet op televisie gezien, dus dan maak ik mij ook wat minder zorgen. Die zaken zijn dus goed verlopen.

Het volgende begrijp ik echter niet zo goed en veel mensen in mijn omgeving stellen zich die vraag ook. Het is een testcase en alles werd mooi in gang is gezet, maar waarom hield men die mensen niet eenvoudigweg aan boord? Dat is toch de beste quarantaineplaats? Alle landen schoten in actie om zo snel mogelijk hun burgers terug te nemen. Aan boord zijn er echter ook heel veel faciliteiten. Men kan er met een gespecialiseerd medisch team naartoe, zodat die mensen aan boord kunnen blijven. Een cruiseschip is ook zo gemaakt dat men daar heel lang kan overleven.

De fysieke isolatie, de gecontroleerde omgeving en het beperkte contact met de buitenwereld waren daar allemaal aanwezig. Daarom lijkt het me dat heel wat in gang is gezet wat absoluut niet nodig was.

Mijn vragen sluiten daarbij aan. Wat heeft die operatie de Belgische overheid tot vandaag al gekost? Welke bijkomende kosten worden nog verwacht voor monitoring, testing, quarantaine, transport en medische opvolging?

Ik begrijp niet goed waarom alles op deze schaal in gang is gezet. Het is ook dubbel: enerzijds zegt de Wereldgezondheidsorganisatie dat het allemaal niet zo erg is en anderzijds zien mensen op het journaal al die maatregelen. Dat is tegenstrijdig.

We moeten daarmee ook oppassen, want er zijn twee soorten reacties. Sommige mensen reageren helemaal niet meer op panieksituaties, andere mensen reageren net overdreven sterk. Daarom vond ik deze testcase niet zo geslaagd. Ik hoop toch nog antwoorden te krijgen op de vraag waarom uiteindelijk voor die oplossing is gekozen.

01.13 **Ludivine Dedonder (PS):** Messieurs, je vous remercie pour toutes les explications ayant été données et de vous être rendus disponibles.

En effet, je trouve que c'était intéressant de pouvoir avoir cet échange et de prendre le temps, justement pour informer au mieux et pas pour minimiser ni pour dramatiser. C'est fondamental.

Par rapport à votre présentation, vous avez dit qu'il y a eu une réunion le 6 mai, et que tout s'est enchaîné assez vite. Il y a peut-être eu des réunions ou des contacts avant, mais vous avez parlé du 6 mai. Le cas du premier malade s'est déclaré le 6 avril, suivi de son décès le 11 avril. Que s'est-il donc passé entre le 6 avril et le 6 mai, jour de cette fameuse réunion?

Vous avez beaucoup parlé de la communication. Y a-t-il eu une communication spécifique ayant été envoyée ou qui allait être envoyée aux médecins généralistes, aux services d'urgence et aux hôpitaux pour permettre de détecter d'éventuels cas suspects? Vous avez mentionné plus tôt une communication sur tel ou tel site internet; je pense que les généralistes ne reçoivent pas nécessairement toujours la bonne information ou l'information la plus précise. Avez-vous des démarches prévues en ce sens?

Concernant Sciensano et les structures hospitalières belges, confirmez-vous qu'ils disposent à ce jour des capacités de diagnostic suffisantes pour détecter rapidement un éventuel cas d'hantavirus, plus particulièrement celui des Andes?

Vous avez dit qu'il n'y avait aujourd'hui aucun traitement spécifique, qu'il n'y avait pas de vaccin, et que ce n'était pas envisageable à court terme. J'aurais peut-être voulu revoir les *slides* parce que cela a été assez rapide. Il me semblait que dans les *slides*, on parlait de la Chine ou d'autres pays, où il y avait peut-être des traitements. Je n'en sais rien, j'aimerais donc avoir quelques informations en la matière. Effectivement, ce n'est pas nécessairement rassurant de savoir qu'il n'y a pas de traitement, ou qu'on en est qu'aux balbutiements à ce sujet, et qu'il n'y a pas de vaccin en perspective à court terme. Je me dis dès lors qu'il faut travailler plus en amont.

Dans cette région d'Argentine d'où est parti le navire où tout a commencé, il était quand même connu – pas de ma part, mais d'une manière générale – que cet hantavirus sévissait. Je me pose donc la question: dans quelle mesure les agents touristiques et les navires qui partent régulièrement de là-bas sont-ils mis au courant? Je vous dis cela en lien avec ma réflexion précédente sur le fait de travailler en amont. À partir du moment où il n'y a pas de traitement, ni de vaccin, il faudrait pouvoir identifier les zones où ce type de virus ou d'autres virus d'ailleurs sévissent et travailler alors avec une identification des menaces potentielles. Vous parliez tout à l'heure de la Défense; on fait régulièrement, dans ce département, une évaluation des risques en amont. Cela permettrait d'indiquer aux organismes de voyage, aux aéroports, aux compagnies de navigation, etc., qu'il y a des risques potentiels ou des mesures à prendre. Est-ce envisagé?

Je pense que, d'une manière générale, il faut que nous puissions travailler davantage sur la surveillance et la détection précoce, mais à l'échelle internationale. Cela ne concerne évidemment pas que la Belgique.

Nous parlions tout à l'heure de l'Ebola, qui est connu. Le hantavirus l'était moins. Il y en a peut-être d'autres. À un moment donné, je pense que nous pouvons être, pas uniquement la Belgique, mais tous ensemble, plus performants.

La dernière question est en lien avec ma question précédente. Concernant cet hantavirus et la situation que nous avons connue, des mesures spécifiques de vigilance ont-elles été mises en place dans les aéroports ou dans les points d'entrée?

01.14 **Kathleen Depoorter (N-VA):** Ik dank u, heren, voor uw toelichting.

Het hantavirus heeft ons wat door elkaar geschud. Misschien was er paniek waar die niet echt nodig was, maar voor de betrokken families en de opvarenden van het schip heeft het zeker wat impact gehad, net als voor ons als beleidsmakers en voor de organisatie van onze gezondheidszorg.

Het is hier al een paar keer gezegd: dit kan echt wel als oefening of als test gebruikt worden. Uiteraard is het belangrijk dat we bekijken welke antivirale middelen een antwoord kunnen bieden op een dergelijk virus of een dergelijke variant van het virus. U zei ook dat er geen vaccin bestaat. De vraag rijst of het vandaag nodig is om in een vaccin te voorzien, aangezien het om een beperkte haard gaat. We kunnen wel uit deze casus leren wat er mankeert in de keten van de vaccinontwikkeling.

Ik heb de minister vorige week in de plenaire vergadering gevraagd hoe hij de rol van VaxAdvance ziet in die hele keten. Vandaag kennen we het antigeen van de Andesvariant van het hantavirus. We weten ook welk proefdiermodel gebruikt moet worden als we tot preklinische testing van een of ander vaccin zouden willen overgaan. We stellen echter vast dat er nog geen waiver is voorzien, waardoor we sowieso een aantal maanden verliezen.

Misschien is het dus belangrijk om vandaag na te denken over hoe we dat kunnen versnellen, mocht blijken dat er nood is om op te schalen en om onmiddellijk tot preklinische studies over te gaan. Hoe kan ons land die preklinische toxiciteitsstudies voorzien, ze faciliteren en organiseren? Dat is vandaag het allerbelangrijkste wat we, naast de andere zaken die al zijn aangehaald, rond de uitbraak van het hantavirus zouden moeten doen, evalueren in de verschillende gremia en eruit leren, zoals de collega's ook al hebben aangegeven.

01.15 Jan Bertels (Vooruit): Heren dokters, ik dank u voor de toelichting.

Zoals sommige collega's al hebben aangehaald, was het een beperkte virusuitbraak bij een aantal personen, maar het was effectief een goede testcase om na te gaan hoe onze systemen, die na de covidperiode al dan niet verder geoptimaliseerd zijn, gewerkt hebben. We kunnen wel zeggen dat de structuren, zowel op Europees niveau als op Belgisch niveau, hebben gewerkt.

U hebt het ook vermeld in de opvolgpunten, we moeten bekijken of er nieuwe inzichten en/of aanbevelingen zijn die we verder moeten implementeren. Dat is ook de bedoeling van "een casus". Uit elke casus kunnen we leren of iets verbeterd kan worden. Dat is goed.

Voor onze fractie is het ook een goede zaak dat de autonomie van de structuren heeft gewerkt en dat die autonomie er was. Tijdens de covidperiode hebben we andere zaken meegemaakt, waarbij niemand de vinger durfde op te steken. Nu hebben we gezien dat, binnen de Belgische contouren de RMG en de RAG, onderverdeeld waar nodig, hebben gewerkt, met betrokkenheid van de deelgebieden, in het ingewikkelde gezondheidsbeleid van ons land, over de verschillende facetten heen. Het is belangrijk dat de deelgebieden van bij het begin betrokken worden en ook bij de opvolging betrokken blijven. Er zijn hoogrisicogeveallen in Vlaanderen en laagrisicogeveallen in Brussel en Wallonië. Alle structuren zijn dus betrokken. De Duitstalige Gemeenschap laat ik even terzijde, dat is iets anders. We zijn er allemaal bij betrokken en dat is een goede oefening voor iedereen. Tot nog toe heeft dat gewerkt, ook wegens de ampleur van de situatie, want het betreft hier geen zware gezondheidscrisis. Het is een goede oefening.

Ten tweede moeten we, zoals de minister ook heeft gezegd, zeker niet zelfvoldaan zijn. We moeten blijven nagaan hoe het werkt en waar het beter kan. Dat zullen we permanent moeten doen, want er zullen nieuwe crisissen uitbreken. Dat weten we. We weten alleen niet welke en we weten niet wanneer, maar ze zullen er komen.

In dat kader heeft dokter Draguez even verwezen – misschien kan hij daar wat verder op ingaan – naar de virusbank, het platform dat we enkele jaren geleden hebben opgericht en dat we financieren. Naar welke oefening of studie verwijst hij precies? In de virusbank zitten immers veel virussen. Is er nu specifiek met betrekking tot het hantavirus iets aan de gang, in het bijzonder de Andesstam van het hantavirus? Is er, om het heel zwart-wit te zeggen, binnen België een prioriteit om dat virus verder te bestuderen? Misschien wel, misschien niet. Dat laat ik aan de specialisten over.

01.16 Dominiek Sneye (VB): Ik dank beide heren voor de goede uitleg over het verloop van het probleem.

Ik heb nog enkele punctuele vragen.

Er was sprake van drie varianten van het virus. Zijn ze alle drie even besmettelijk of hebben we nu te

maken met de meest besmettelijke variant? Er zijn, denk ik, drie mensen overleden. Zijn ze effectief overleden aan dat virus of aan onderliggende aandoeningen die ze misschien ook hadden? Wat is het profiel van de dodelijke slachtoffers?

Wat houdt de opvolging van de quarantaine door het Departement Zorg precies in? Worden die mensen dagelijks gebeld of gebeurt dat via videocalls? Langsgaan zal wellicht geen optie zijn.

Naar verluidt is de besmetting in Argentinië begonnen. Zien we daar ook een ernstige uitbraak of gaat het om iemand die daar toevallig het virus heeft opgelopen en het vervolgens heeft meegenomen op het schip? Als er in Argentinië ook sprake is van een zorgwekkende uitbraak van het hantavirus, worden reizigers die terugkomen uit dat land of meer algemeen uit Zuid-Amerika dan stelselmatig getest, los van die cruise?

Bij het ebolavirus is het geweten dat een overleden persoon nog altijd een hoge virale lading heeft. Hoe zit dat bij het hantavirus? Moeten er specifieke maatregelen genomen worden om besmettingen post mortem te vermijden? Moet er dus worden opgepast bij de behandeling van het lichaam en bij de laatste zorgen? Hoe gaat dat precies in zijn werk?

We horen hier dat we beter voorbereid zijn dan ten tijde van de covidcrisis en dat we daar toch lessen uit hebben getrokken. Hoe staat het met de strategische stock? Is die voldoende aangevuld? Hoe werkt dat juist? Er was daar immers heel wat om te doen net na de covidcrisis. Er zou een soort roll-on-roll-offsysteem zijn, volgens het principe first in, first out. Kunt u dat toelichten?

01.17 Julie Taton (MR): Je remercie M. le ministre, le professeur Ramaekers et le docteur Draguez pour toutes ces explications.

Je suis déjà intervenue jeudi passé en séance plénière à ce sujet. Il est important aujourd'hui de rappeler les choses de manière calme et factuelle, comme vous venez d'ailleurs de le faire ce matin. Le Risk Management Group (RMG) a fait le point sur la situation. Cela a été également très clair.

Afin d'éviter des inquiétudes inutiles dans la population, il importe de rappeler que nous ne sommes pas dans une situation comparable à celle du Covid. Comme cela a été répété aujourd'hui, cela n'empêche évidemment pas de rester attentifs et vigilants. Cela a donc constitué un bon test.

À ce stade, les autorités sanitaires indiquent que la situation en Belgique reste suivie de près et sous contrôle. Comme vous l'avez rappelé jeudi dernier, monsieur le ministre, nous sommes aujourd'hui beaucoup mieux préparés face à ce type de situation.

Il faut aussi saluer le travail des équipes du SPF Santé publique, de M. Ramaekers et de l'ensemble des experts qui assurent ce suivi de manière rigoureuse et coordonnée. Les mécanismes de coordination existent, et les échanges entre le fédéral, les entités fédérées et les experts sont plus rapides et plus fluides qu'auparavant. Vous en avez d'ailleurs parlé, docteur Draguez. Il est important de rappeler ces éléments.

Au niveau européen également, les choses ont évolué. Comme Hadja Lahbib l'a rappelé il y a quelques jours, l'Europe a renforcé ses capacités de surveillance, de recherche et de réaction sanitaire. Des moyens et des stocks existent aujourd'hui pour soutenir les États membres si nécessaire. Tout cela est évidemment très rassurant.

Nous savons naturellement que nous pouvons compter sur vous, monsieur le ministre, ainsi que sur l'ensemble des équipes de santé publique, pour continuer à suivre cette situation avec transparence envers les citoyens, notamment via le site health.belgium.be.

Je n'ai pas de questions supplémentaires et je vous remercie beaucoup.

La **présidente**: Je vais maintenant céder la parole aux experts pour leur réponse à nos différentes questions.

01.18 Dirk Ramaekers: Je vais commencer par la première question de Mme Ramlot – qui n'est plus là –, qui demandait si les personnes en quarantaine doivent porter un masque et à quel moment elles

sont contagieuses – même si dès lors qu'elles développent des symptômes on peut considérer qu'elles sont contagieuses. Théoriquement, on considère que ces personnes sont potentiellement contagieuses jusqu'à cinq jours avant les symptômes. Cet aspect fait partie des recherches que nous menons actuellement.

Le test PCR utilisé est similaire à celui utilisé pour le Covid-19 mais, à ce stade, nous constatons que c'est encore plus compliqué. Aujourd'hui, on a les amorces correctes. Le premier test a été effectué par des tests d'amorces plus globaux – les amorces pan-hanta – qui ont livré chez nous des tests non concluants. C'est pour cette raison que le processus a pris deux jours en Belgique. Nous avons clairement insisté auprès de notre laboratoire de référence – le laboratoire de l'UZ Leuven – pour poursuivre les tests avec les amorces correctes.

Dans certains pays européens, mais aussi au Canada, ont eu lieu des tests non concluants qui se sont en fin de compte avérés négatifs. Dès lors, de notre côté, nous avons bien insisté pour avoir un test valide. C'est en cours d'élaboration. Bien sûr, pendant la crise sanitaire, il nous a fallu pas mal de temps pour affiner ce test. Mais ici, nous disposons des amorces. Pour les prochains tests, nous devrions avoir des résultats corrects et valides dans un délai de 24 heures.

Les patients doivent vérifier leurs paramètres régulièrement. Ceux qui sont en quarantaine doivent le faire plusieurs fois par jour. Il ne s'agit pas uniquement de la température mais aussi d'un certain nombre d'autres paramètres qui doivent être suivis de façon systématique. Pour nos deux personnes à haut risque, cela se fait même de façon digitale, avec une application qui leur permet de transférer les données à tout moment, et aussi de poser des questions, etc. Le système marche très bien. Il y a au moins un contact par jour entre le médecin responsable – en l'occurrence le Département Zorg – et nos deux citoyens. Jusqu'ici, cela fonctionne très bien, de bons contacts ont lieu tous les jours.

Mevrouw Gijbels, dat maakt uiteraard deel uit van onze systematiek. Dat betekent dat we een systematische evaluatie maken, eenmaal wij uit een crisis komen, dus wanneer het belangrijkste deel gepasseerd is. We willen daarin ook heel transparant zijn met de zogenaamde Retex. Dat gebeurt ook met alle betrokkenen, en heel kritisch. Dat is ook heel belangrijk. We zijn *critical friends*.

Opnieuw geef ik mee dat het uiteraard een test is, misschien een kleine test, maar een heel nuttige test. We hebben heel veel oefeningen. We hebben recent nog een grote SimEx gedaan, zijnde een simulatieoefening rond *avian influenza*, waar we nu al een paar jaar naar kijken, ook met de deelstaten. Het is trouwens al de derde test op een half jaar tijd. Telkens opnieuw zijn er op het einde van de test verbeterpunten. Inzake het hantavirus zullen we er ongetwijfeld ook hebben. Dat maakt deel uit van de systematiek. Daarover wordt ook gerapporteerd.

Wat daarvan ook deel uitmaakt en waarvan ik, zoals u weet, een sterke voorstander ben, is dat we ons regelmatig extern laten evalueren. We mogen immers zelf nog zo kritisch zijn, het blijft deels een auto-evaluatie.

Wij waren de allereerste die zich Europees hebben laten testen door ECDC voor onze pandemieparaatheid. Dat is ondertussen twee jaar geleden en werd gevolgd door een actieplan dat ook door de IMC Volksgezondheid en andere instanties is besproken en goedgekeurd. Dat blijft continu *ongoing business*.

In 2027 zullen wij ook de eerste zijn. Of ik daar fier op zal zijn, weet ik niet, want dat zal van ons resultaat afhangen. Er zullen immers waarschijnlijk opnieuw best wel wat verbeterpunten uitkomen rond chemische bedreigingen. In de huidige geopolitieke toestand is dat uiteraard ook geen luxe. Ook op dat punt moeten we ons extern laten evalueren.

We hebben er ook op aangedrongen dat de evaluatie van de pandemieparaatheid publiek raadpleegbaar is op de website van het ECDC. Dat is niet voor alle landen zo evident. Voor ons is dat iets wat verworven is, namelijk dat die transparantie de norm moet zijn. Dat wil dus ook zeggen dat we soms eens met zaken naar buiten zullen komen die nog niet zijn wat ze moeten zijn.

U verwijst terecht naar de verschillende beleidsniveaus, afspraken en het pandemieplan. We hebben ondertussen al een tweetal jaar een generisch *preparedness plan*, dat ook een beetje onze kapstok is. ECDC is daarbij betrokken. Dat komt ook regelmatig in de IMC en ook de RMG kijkt er regelmatig naar.

Dat bevat specifieke modules. Zo zijn we bijvoorbeeld samen met Defensie heel sterk bezig rond CBRN (chemische, biologische, radiologische of nucleaire stoffen) Dat gaat vrij ver en omvat ook opleidingen daaromtrent. Alles wat met virussen en outbreaks te maken heeft, vormt ook een belangrijk deel. Zo hebben we het vandaag bijvoorbeeld niet over ebola, maar ik vermoed dat dat de komende dagen en weken wel het geval zal zijn. Dat zal de volgende crisis zijn die we goed moeten controleren en beheersen. Het ebolaplan is net geüpdatet en ik vermoed dat het deze week of ten laatste volgende week op onze website zal staan en voor iedereen beschikbaar zal zijn. Dat is ook ontwikkeld samen met de deelstaten en met onze experts.

Men blijft dat iteratief updaten. Ongetwijfeld zullen we nog andere plannen moeten ontwikkelen, maar ik benadruk dat, zoals ook de minister heeft gezegd, dit een *ongoing business* is. Men verwerft voortdurend bijkomende inzichten. Dat is niet iets dat zomaar ergens op een website of in een kast mag staan, waarnaar niemand kijkt. Ook in onze oefeningen en in het communicatienetwerk blijft dat terugkomen.

Kan het virus van mens op mens overgedragen worden?

01.19 Bertrand Draguez: Par rapport à ce virus de la forme des Andes, une transmission interhumaine est possible. Il faut aller plus en profondeur dans les différents programmes de recherche. La transmission interhumaine se fait-elle par la salive, par la voie sanguine?

Comme vous l'avez vu dans la littérature, certaines épidémies antérieures ont tout de même pu faire suggérer une transmission par voie sanguine. Cela doit être confirmé avec plus de robustesse scientifique. Tout cela est en cours de développement et plusieurs études seront réalisées. À l'heure actuelle, dans les différents débats et discussions au niveau des autorités internationales, c'est tout de même le *statement* que nous avons adopté, à savoir une transmission humaine possible, mais avec contact étroit et prolongé.

01.20 Dirk Ramaekers: Er werd opgemerkt dat het testen van personen in België niet evident is. Ik denk dat dat bij ons eigenlijk wel vrij evident is *as such*. Al onze ziekenhuizen zijn op de hoogte, evenals alle labo's, klinisch biologen, infectiologen. We kennen onze referentielaboratoria en weten waar de expertise zit. Er worden zeer vlot stalen getransporteerd. Dat is een belangrijk punt, want dan ontwikkelt men ook expertise. Ik ben er best fier op, Sciensano speelt een belangrijke coördinerende rol. Het heeft ook een aantal referentielabo's, maar niet uitsluitend. Die cartografie zit best goed in elkaar.

Het labo van het UZ Leuven is het referentielaboratorium. Waarom werd er dan gekozen voor het UZ Antwerpen? Dat is eigenlijk ook heel eenvoudig. Het UZA is, samen met Saint-Pierre, een van de twee ziekenhuizen waar er een *high-level isolation unit* is. Concreet, het UZA heeft een apart gebouw, enigszins losstaand van het ziekenhuis maar vlakbij, waar men zelfs intensieve zorg kan aanbieden, en waar alles inzake afvalverwerking en riolering perfect gescheiden gebeurt. In dit geval gaat het niet over het grootste drama, maar men kan zich wel zaken inbeelden die men echt afgesloten moet houden van de rest van het ziekenhuis. Daar werkt een zeer ervaren en geroedeerd team, iedereen erkent dat ook. Op dat vlak merken we ook geen concurrentie tussen onze universitaire en andere ziekenhuizen, want men moet natuurlijk ook bereid zijn om dat werk te doen. Het UZA doet dat zeer goed. Er zijn ook onderlinge contacten. Het UZA werkt ook samen met buitenlandse, gelijkaardige centra. Op een bepaald moment kan men immers toevallig relatief veel patiënten zien binnenkomen. Ik denk dat we daarop redelijk goed voorbereid zijn.

De communicatie tussen het referentielabo en het UZA is naadloos verlopen. In Leuven staat professor Immanuel André daarvoor in. Hij neemt trouwens ook deel aan het Health Security Committee, hij is ook voorzitter van een comité dat adviezen geeft over onder andere procedures en testen. Zoals ik al heb uitgelegd – en ik wil daarin heel expliciet zijn – hebben zij de test ook echt wel op punt gesteld. We hebben daarover ook gecommuniceerd, zeggende dat we nog geen resultaat konden geven, dat men nog verdere *sequencing* ging doen. Dat hebben ze volgens mij ook zeer goed gedaan. Het is heel belangrijk dat men niet, zoals sommige landen, eerst zegt dat het misschien toch positief is en vervolgens weer niet. Ook tegenover de betrokken patiënten of personen is dat belangrijk. Dat is voor mij geen punt van kritiek. Integendeel, ik ben zeker te spreken over de manier waarop ze het hebben aangepakt.

Normaal gezien is er al een verslag van de RMG beschikbaar. Dat duurt meestal wel een week en soms twee weken, omdat we verwachten dat iedereen dat verslag nog eens bekijkt en goedkeurt. We zullen dat straks nagaan, want het moet absoluut aan de andere verslagen worden toegevoegd.

Ik kom nu bij een terecht punt. Op dit ogenblik kan zowel bij de deelstaten – zeker bij Vlaanderen, dat onmiddellijk een update heeft gedaan – als bij de FOD en bij Sciensano informatie worden gevonden. Er is een enorm goed contact tussen de communicatoren, maar er is niet één plaats waar de burger alle informatie kan vinden. Ik verwacht eerlijk gezegd ook niet dat we dat morgen zullen hebben. Dat is misschien wat verwarrend voor de burger, maar tegelijkertijd doet elke overheid ook deels haar eigen communicatie. Inhoudelijk wordt een en ander wel afgestemd. Dat is belangrijk.

Ik kan u ook meegeven dat mochten we in een echt belangrijke grote crisis terechtkomen, we samen met het Nationaal Crisiscentrum op dit ogenblik al activiteiten hebben en voorbereidingen maken om een website te hebben bij het NCCN die onmiddellijk kan worden geactiveerd. Op dat moment komt er wel één centrale site waarop alles verschijnt wanneer er echt een majeure crisis is. Dat hebben we ook uit de covidcrisis geleerd. Er is toen echt hard gewerkt, maar de informatie stond niet klaar. Nu is er in overleg met het NCCN een schaduwsite die al klaarstaat, zodat we onmiddellijk inhoud kunnen toevoegen en online kunnen gaan.

Ik kom nu bij de klassieke reactie in de pers. Persoonlijk ben ik van mening dat de pers heel evenwichtig heeft gerapporteerd. We hebben ook heel veel contact gehad met journalisten. Zowel de deelstaten als wijzelf zijn heel beschikbaar geweest. Dat heeft bijgedragen tot een evenwichtige berichtgeving.

Dan was er de vraag om de betrokkenen op de boot te laten zitten en daar op te sluiten. Daar komt het toch ongeveer op neer. Als we dat zouden doen, is dat niet voor zes weken. De passagiers proberen sowieso al afstand te houden en een deel daarvan heeft dat heel goed gedaan met behulp van onder andere mondklappers. Misschien hebben zij dat niet allemaal voor de volle 100 % gedaan. Vooraleer de ernst duidelijk werd, waren de regels iets minder strikt. Toen waren er uiteraard nog geen echte maatregelen. Wanneer we hen zouden opsluiten, zouden we hen waarschijnlijk gedurende vele maanden moeten vasthouden. Er zullen immers nog meer mensen ziek worden, waarna opnieuw een incubatieperiode volgt vooraleer de volgende ziek wordt. We zijn dan dus voor enige tijd vertrokken. Op een bepaald moment zullen ze wel allemaal uitgezikt zijn, maar zal er dan wel 50 % mortaliteit zijn.

Ik wil daar een concreet antwoord op geven. Er wordt soms beweerd dat men daar enkele artsen kan plaatsen en dat patiënten daar perfect kunnen worden verzorgd. Ik wil dat evenwel nog zien gebeuren. We weten dat er op een bepaald eiland een persoon met een hoog risico was, die positief testte. Uit welk land die persoon afkomstig was, speelt nu geen rol – het ging niet om België. Men heeft overwogen om daar een intensievecareafdeling met een helikopter naartoe te brengen, maar men is daar niet echt in geslaagd. Ik zie niet gebeuren dat men voldoende intensieve zorg op een schip zal kunnen toedienen. In dit geval, als een patiënt daar echt een cardiopulmonaal syndroom zou ontwikkelen, zou men zelfs moeten overwegen om hart-longmachines, ECMO en dergelijke toe te passen. Ik kan u vanuit mijn ervaring zeggen dat ik dat niet zie gebeuren.

Naast het feit dat men mensen daar maandenlang echt in quarantaine zou moeten houden, zijn er nog andere gezondheidsproblemen, psychosociaal welzijn enzovoort. In dit geval was daar geen reden toe, want men wist perfect hoe het risico van het virus zich verhoudt. Men kon die mensen dus onder zeer veilige en correcte omstandigheden transporteren, observeren en opvolgen.

Wat nu gebeurt, is dus vanuit een risico-evaluatie zeker te verdedigen. Men is ook niet over één nacht ijs gegaan. Daarover werd uitgebreid overlegd tussen de WHO, Europa en Spanje, samen met alle experts, voordat de beslissing werd genomen. U hebt ook gezien dat dat zeer rigoureuus is verlopen.

Wat dat allemaal heeft gekost, kan ik niet exact becijferen. Dat zullen we nog kunnen bekijken, maar het transport van Defensie vormt een onderdeel daarvan. Cijfers over de teams en het medisch transport zelf, met alle uitrusting, zijn beschikbaar. Dat zijn dus eerder vaste kosten.

De twee personen van UZA zelf zijn daar enkele nachten aanwezig geweest. Dat zal inderdaad binnen het BFM (budget van financiële middelen) vallen. Een bed op intensieve zorg in principe. Er zijn enkele testen uitgevoerd. Dat zit ook binnen de vaste financiering van onze referentielaboratoria, aangevuld met enkele testen klinische biologie. De quarantaine zelf zal volgens mij weinig of geen kosten met zich

meebrengen, misschien slechts beperkt. Het gaat om een geheel. Uiteraard moeten we altijd rekening houden met de kosten, dat is evident, maar ik denk dat die hier al bij al zullen meevallen.

Ik heb de WHO niet horen verklaren dat het allemaal niet zo erg zou zijn. Dokter Tedros heeft twee dingen gezegd. Ten eerste, dit is wel degelijk een ernstige ziekte, met een hoge mortaliteit. Ten tweede, de besmetting verloopt via een nauw en intens contact, waardoor de kans op een grootschalige verspreiding, op een pandemie, zeer beperkt is. Daarom is er dus een laag risico.

Ik kreeg niet de indruk dat men die nuances in de pers niet heeft gebracht. Ik vind dat men daarover vrij goed heeft gecommuniceerd. Sommige commentaren daarop zien we niet alleen bij dit fenomeen, maar ook bij veel andere zaken. Hoe komt dat? Dat laat ik in het midden.

Het blijft alleszins onze strategie om transparant te blijven communiceren over risico's in alle richtingen en over wat er al dan niet kan worden gedaan.

01.21 Bertrand Draguez: Madame la présidente, concernant votre question quant au délai entre les premiers symptômes qui sont apparus sur le bateau et les alertes ayant été lancées au niveau international, cette personne se trouvant dans le bateau a développé des symptômes entre le 4 avril et le 7 avril, avant de décéder le 11 avril. Dans le bateau, il n'y a effectivement pas de laboratoire permettant d'identifier ce type de virus, cela n'existe pas.

Que s'est-il passé? Malheureusement, ce délai est dû au transfert de l'épouse de cette personne qui, une fois débarquée à Sainte-Hélène, cette île sous protectorat britannique, a pris un avion vers Johannesburg, et a ensuite retenté de prendre un avion vers Amsterdam via Bruxelles. Elle a été débarquée à la suite d'un malaise dans l'avion, et a ensuite été hospitalisée dans un hôpital de Johannesburg. Elle y est malheureusement décédée. C'est à ce moment-là que le diagnostic a été posé, vers le 26 avril. Elle a pris l'avion de Sainte-Hélène vers l'Afrique du Sud vers le 23-24 avril, et tenté de prendre l'avion vers l'Europe le 25-26 avril, avant de décéder le 26 ou le 27 avril.

Les délais par rapport à ces alertes internationales sont principalement dus au fait que la cause du décès n'avait pas encore été identifiée à bord du bateau, mais également parce qu'une recherche épidémiologique a été faite sur les liens et les causalités entre les différentes personnes, entre celle déjà décédée sur le bateau, entre son épouse – parce que c'est un autre type d'autorité – et cela a ensuite été déclaré – car il a fallu attendre que le bateau rejoigne une autre île afin de pouvoir échanger des informations. C'est à ce moment-là, vers le 2 mai, que l'alerte est donnée via ces deux systèmes, au niveau européen via le *Early Warning and Response System* (EWRS), également au niveau de l'OMS. Ce sont des contacts au niveau britannique qui ont alerté l'OMS sur le sujet. Ces délais sont dus à ce phénomène-là.

Pour ce qui est d'une communication aux médecins généralistes et aux urgences, il faut évidemment se rendre compte qu'il est important de bien focaliser la communication sur un public cible. Il y a toujours le risque et le bénéfice d'avoir une communication trop proactive qui peut provoquer une certaine anxiété au sein du personnel soignant.

En l'occurrence, nous ne parlons pas de "cas" ni de "patients". Ces personnes ne sont pas infectées, mais sont identifiées comme des cas contacts. C'est pourquoi nous avons préféré avertir les autorités, évidemment régionales ainsi que différents partenaires de ces deux hôpitaux spécifiquement, afin d'établir un lien direct entre le patient – ou le futur patient s'il vient à développer des symptômes – et l'hôpital de référence, au sein de ces unités spécifiques. Cela permettra de fluidifier la communication et de gagner en rapidité.

On ne s'attend pas à ce que ces personnes, telles que ces deux personnes à haut risque ou même les personnes à faible risque, qui développeraient un symptôme de toux ou de fièvre, aillent voir leur médecin généraliste en pensant avoir potentiellement une grippe ou une infection diarrhéique. Ce n'est en tout cas pas notre désir, on a préféré cibler directement l'hôpital, puisque je vous rappelle que ce syndrome cardio-respiratoire apparaît vraiment assez rapidement. On a donc vraiment averti uniquement certaines autorités. C'est pour un type de maladie spécifique.

Maintenant, si on fait référence à Ebola, par exemple, ce sera évidemment tout à fait différent, puisqu'on passe à un autre risque, également en termes d'information. Il importe donc de savoir qu'en Belgique,

à l'heure actuelle, les personnes susceptibles de développer des symptômes sont uniquement les personnes à faible risque ou à haut risque. Et ces personnes-là sont en contact direct avec les hôpitaux de référence qu'on a vraiment privilégiés en termes de communication.

Toutes les informations préalables existent déjà. Quand vous regardez au niveau des sites des Affaires étrangères des différents pays européens, il y a toute une série de fiches techniques de risques pour les voyageurs, pour les touristes, quand ils vont dans un certain pays.

Les compagnies aériennes et les compagnies maritimes sont également au courant. Ce qui s'est passé ici, c'est que nous avons eu affaire à des passagers ayant un intérêt spécifique pour l'ornithologie. Ils sont donc, en termes de sensibilisation et d'information, plus informés que les populations générales et globales. Ils ont été voir des oiseaux, c'était vraiment le but de ce voyage. Ils sont partis d'Europe pour aller vers l'Amérique du Sud et ensuite ils sont revenus. Donc, ce sont des gens qui étaient au courant.

Ce qui est intéressant, en tous cas pour nous, c'est de savoir quand le cas index, le premier cas, a été infecté. C'est vraiment la chose la plus importante. En termes d'informations, ce sont des informations qui sont tout à fait connues. Vous avez des cartes très bien développées.

01.22 Ludivine Dedonder (PS): Je ne comprends pas, alors que c'est documenté et qu'on sait qu'il y a une éventualité d'être contaminé dans cette région d'Argentine, qu'on continue à organiser des voyages sans aucune précaution par ailleurs, et que vous dites que pour la communication, on se limite aux cas contacts. Mais des touristes belges pourraient très bien se rendre dans cette région autrement, et on ne le saura pas. Comment est-ce que...

01.23 Bertrand Draguez: Disons que le système est quand même relativement...

01.24 Ludivine Dedonder (PS): D'enregistrement?

01.25 Bertrand Draguez: Non. Dès que vous allez dans un pays à risque, vous êtes censé vous renseigner. Chacun est censé se renseigner.

01.26 Ludivine Dedonder (PS): Imaginons qu'ils ne se renseignent pas. Je pense aux conséquences pour les autres, aussi.

01.27 Bertrand Draguez: Je comprends bien. En fait, c'est toute la problématique justement de l'information qu'on donne à la population et de la compliance de celle-ci. Comment les personnes, une fois qu'elles ont reçu cette information, adopteront-elles un comportement adapté? C'est le *health-seeking behavior*. C'est assez spécifique, mais il n'est pas si facile de convaincre des gens de prendre des mesures spécifiques.

01.28 Ludivine Dedonder (PS): Donc, pour le moment, cette zone-là n'est pas spécialement plus dangereuse que d'autres?

01.29 Bertrand Draguez: Par rapport à ce virus hantavirus, je dirais que oui, puisqu'on sait qu'il existe, dans ces régions, un réservoir, ce fameux rat spécifique des rivières. C'est un risque qu'il faut évidemment prendre en compte lorsqu'on se rend là-bas.

Pour ce qui est de toutes les zoonoses, je pense qu'il y a vraiment un intérêt à mieux informer le public du risque zoonotique. C'est quelque chose qui doit se faire, petit à petit, pour qu'il y ait un changement de comportement face à ce risque.

01.30 Dirk Ramaekers: Je me permets d'apporter un complément. Je crois que le risque d'attraper ce virus, pour les touristes classiques, est quand même faible. Il faut vraiment avoir des contacts étroits, comme ici, dans le cadre de voyages très spécifiques. Pour de nombreux voyages vers des pays plutôt exotiques, il y a beaucoup d'autres risques de maladies. C'est pour cela aussi que dans nombre d'hôpitaux, il y a des services spécifiques. Notre Institut de Médecine Tropicale a également un très bon site web sur tous ces risques. De nombreux autres risques sont à considérer pour tous ces pays.

01.31 Bertrand Draguez: Vous demandiez si des mesures spécifiques avaient été mises en place

dans les aéroports et les ports. Non, aucune mesure spécifique n'a été mise en place ni renforcée puisque, comme on vous l'a présenté, il n'y a qu'une seule chaîne de transmission et le risque est limité à ce bateau. Pour les personnes qui reviendraient actuellement d'Argentine, via Madrid par exemple, le risque, comme le professeur Ramaekers l'a dit, est extrêmement faible. La probabilité qu'elles attrapent ce type de maladie dans ces environnements-là est extrêmement faible. Il n'y a donc pas eu de mesures spécifiques au niveau des aéroports et des ports à l'échelle européenne ni à l'échelle internationale.

01.32 Ludivine Dedonder (PS): (...)

01.33 Bertrand Draguez: Il s'agissait ici d'un voyage ornithologique. Le but n'était donc pas d'aller voir ces fameux rats des rizières à longue queue, mais bien des oiseaux. C'est pourquoi la première hypothèse portait sur une grippe aviaire plutôt que sur une hantavirose, l'idée de ce voyage étant d'aller voir ces oiseaux. On le sait aujourd'hui, puisque cela a été diagnostiqué mais à la base, ce n'était pas du tout cette hypothèse-là qui avait été formulée.

01.34 Dirk Ramaekers: Wat de vragen van mevrouw Depoorter betreft, deel ik haar analyse. Het is zaak dat we onze bestaande expertise op het vlak van vaccins maximaal valoriseren overal waar mogelijk. Ik beschouw mezelf ook als een ambassadeur van onze expertise en onze mensen. Het initiatief vanuit Gent werd al genoemd. Het gaat trouwens ruimer dan dat. Er is ook Vaccinopolis. We hebben dus echt wel expertise. Waar we ook kunnen, betrekken we onze experts telkens opnieuw bij ontmoetingen op internationaal niveau en proberen we hen mee te nemen.

Mijn persoonlijke mening is dat de kans relatief klein is dat er maximaal zal worden ingezet op de ontwikkeling van een vaccin, specifiek voor dat Andesvirus en bestemd voor ons in Europa. Als de komende weken alles rustig in zijn plooi zal vallen, dan hebben we dat virus meegemaakt, maar het vormt niet onmiddellijk een bedreiging. Men verwacht niet dat het virus zich hier zal manifesteren met verdere uitbraken. Dat is een terechte analyse van mevrouw Depoorter en die sluit deels aan bij een andere vraag van de heer Bertels.

Mijnheer Bertels, ik wil inderdaad bevestigen dat het problematisch zou zijn als ik op een bepaald moment zou zeggen dat we paraat zijn. Dat mogen we nooit zeggen. We komen van ver, maar we hebben ondertussen wel wat stappen gezet. Het werk is evenwel nooit af. Er komen nieuwe bedreigingen. Het heeft natuurlijk altijd met capaciteit te maken. Die discussies kent u. Toch moeten we blijven leren en ons voorbereiden op het onverwachte. Van een influenza zou men kunnen zeggen dat die *covid-like* is. Het hantavirus was eerlijk gezegd onverwacht. Niemand had dat zien aankomen. Dat is vrij uitzonderlijk, maar men moet daar op dat moment klaar voor zijn. Dat vergt studie en snelle mobilisatie van experts. Dan lukt het hopelijk op dat moment wel.

We morgen er fier op zijn dat men in het verleden sterk heeft ingezet op de virusbank. Die expertise en die capaciteit hebben we. Op dat vlak zijn Belgische onderzoekers nu bij Europese initiatieven betrokken. Het is positief dat we relatief weinig positieve gevallen in de EU zullen hebben. Onderzoeksmatig is dat natuurlijk eerder negatief, want men heeft weinig gevallen om te onderzoeken. Daarom vind ik het belangrijk om onze Belgische onderzoekers telkens opnieuw te positioneren en mee te nemen in discussies en vergaderingen, omdat we op dat moment ook ons onderzoeksecosysteem bekendmaken.

Dat is heel belangrijk. Dat is een netwerk. Ik merk gelukkig dat onze Belgische experts daar meestal al goed aanwezig zijn en dat die interactie met ons ook heel goed is. Het is heel belangrijk dat we daar telkens opnieuw op blijven inzetten.

Aan mevrouw Sneppe kan ik antwoorden dat er inderdaad een aantal varianten zijn. Andes is de meest problematische variant, gezien de hoge mortaliteit. Bij het klassieke hantavirus dat in Europa voorkomt, heeft men een veel lagere mortaliteit, 1 % tot maximum 15 % in bepaalde delen waar het voorkomt. Natuurlijk is het ook net de variant waarvoor we aanwijzingen hebben dat er waarschijnlijk transmissie van mens op mens zal plaatsvinden. Zeker in dit geval hebben we daar toch sterke aanwijzingen voor. Dat is dus de meest risicovolle variant.

We weten dat de overlijdens effectief te wijten zijn aan de ernstige vorm van het hantavirus. Ik kan geen antwoord geven op uw vraag over de comorbiditeit van de mensen die overleden zijn. Dat vergt

immers ook medische persoonsgegevens. Uit alles wat we nu weten, blijkt toch dat het hantavirus de doodsoorzaak was.

01.35 Dominiek Sneppe (VB): En hoe zit het met de leeftijd van de slachtoffers?

01.36 Dirk Ramaekers: Die mensen zijn effectief al wat ouder, dat klopt. Het kan ook bij jongere mensen ernstig verlopen, maar hier verwachten we natuurlijk dat leeftijd een van de beïnvloedende factoren kan zijn, ook als men heel ernstige, zwaar intensieve zorg moet krijgen, zoals ECMO. Dan weten we dat, prognostisch, jongere mensen klassiek iets meer kans hebben.

Hoe ging het Departement Zorg precies te werk? In het begin waren er heel intensieve en rechtstreekse contacten met die personen. Er waren al contacten toen ze nog op de boot zaten. Er is een vertrouwensrelatie ontstaan tussen de artsen van het Departement Zorg en die twee patiënten. Dat was ook het geval met de equipe van het UZA. We hebben minstens dagelijks contact. Bij het minste signaal zullen zij ook ter plaatse gaan. Het UZA heeft ook een *outreach team* beschikbaar. Het is immers niet de bedoeling dat die mensen bij een spoedgeval op eigen initiatief naar het ziekenhuis komen. Er wordt zo nodig gezorgd voor aangepast en veilig transport gezorgd. Dat is goed afgesproken en voorzien.

Eenmaal de zes weken gepasseerd zijn, zullen niet alleen die twee personen blij zijn. We zullen dan zien of alles perfect verlopen is of niet. We zullen ook dat evalueren, maar ik heb er alle vertrouwen in als ik zie hoe rigoureuus het Departement Zorg dat op zich heeft genomen.

Bertrand Draguez heeft al even over Argentinië gesproken. Ik denk dat we op dit moment geen argumenten hebben om reizigers te testen als ze asymptomatisch zijn. Ik vermoed dat de meeste mensen nu al meer gealarmeerd zijn, zeker wanneer ze specifieke uitstappen maken waarbij ze mogelijk met knaagdieren in contact kunnen komen. Verder moeten we daar op dit moment niet op ingaan. Dat is niet nodig. Uiteraard moeten we alles blijven opvolgen.

Die hoge virale lading verwacht men natuurlijk. Op het schip dat in Rotterdam is aangekomen, bevindt zich een overleden persoon. Ik kan u zeggen dat men daar in Nederland sterk mee bezig is. We hebben dat gisteren nog even besproken. Ook dat volledige schip moet worden gedesinfecteerd. Men bekijkt hoe men dat het best aanpakt. Er worden uiteraard zeer specifieke maatregelen genomen om die persoon op een waardige, maar tegelijk zeer correcte manier te behandelen, zodat er geen bijkomende transmissie kan plaatsvinden.

Dat zijn de klassieke maatregelen die we ook nemen wanneer mensen met ernstige infectieziekten overlijden. Daarbij gelden dubbele isolatiemaatregelen en vaak ook crematie enzovoort. Dat is dus vrij goed vastgelegd. Ook in Nederland pakken ze het zo aan. Dat is een terechte bekommernis.

Inzake de strategische voorraad heb ik de antivirale middelen al toegelicht. We beschikken momenteel niet over iets waarvan ondubbelzinnig vaststaat dat het werkt, maar voor eventueel onderzoek beschikken we wel over een beperkte voorraad om een aantal patiënten binnen een protocol profylactisch te behandelen, mocht dat nodig blijken. Voorlopig hebben we echter geen patiënten, dus dat is momenteel niet aan de orde.

De PBM's zijn uiteraard vergelijkbaar met de PBM's die ook tijdens de covidperiode werden gebruikt. Op dit moment stellen we vast dat – en dat is ook de instructie die we hebben gegeven – onze ziekenhuizen in principe een voorraad voor drie maanden moeten hebben. Als zich iets ernstigs voordoet – hoewel men in dit geval een zeer beperkt gebruik van PBM's verwacht, aangezien het slechts om enkele gevallen gaat en men geen onmiddellijke grote uitbraken verwacht – moeten onze ziekenhuizen toch over een voorraad voor drie maanden beschikken. Via onze HTSC volgen we dat ook regelmatig op. Daarover wordt met de ziekenhuiskoepels overleg gepleegd.

We hebben zowel op deelstatelijk als op federaal niveau onze eigen strategische voorraad FFP2-maskers, die zijn heel belangrijk, klassieke maskers, *face shields*, handschoenen enzovoort. We blijven dat continu bekijken. We zijn ook bezig met een nieuwe aanbesteding, samen met de FOD BOSA en de Inspectie van Financiën. Dat is in de systematiek van de strategische stock zeker een belangrijk punt.

Belangrijk om te vermelden is ook dat er ondertussen op Europees niveau een bijzonder grote stock is aangelegd. Die wordt beheerd door HERA, samen met rescEU. Er is onmiddellijk de vraag gesteld of het solidariteitsprincipe zal worden toegepast als zou blijken dat bepaalde lidstaten onvoldoende eigen stock hebben. Ook in het slechtste geval zouden we voor de PBM's dus op een vrij grote hoeveelheid kunnen rekenen. De exacte details daarvan worden enigszins discreet behandeld, omdat er ook een aantal antidota en andere producten voor de CBRN-strategie in die stock zitten.

Madame Taton, merci pour votre feed-back, même si je n'ai pas noté les questions en direct.

01.37 Ludivine Dedonder (PS): Pourriez-vous nous parler des vaccins manquants, mais qui se profileraient dans d'autres pays? Ils figuraient sur le *slide* que je n'ai pas bien vu.

01.38 Dirk Ramaekers: Oui, mais ce ne sont pas vraiment des vaccins contre l'hantavirus. C'est plutôt en Chine et sur d'autres continents qu'on trouve quelques vaccins, mais pas pour ce variant. Les contacts sont bons entre les chercheurs. Seulement, aucun vaccin n'est disponible pour nos voyageurs ou les personnes à risque, par exemple.

01.39 Katleen Bury (VB): Chloroquine, een antimalariageneesmiddel, wordt wel al preventief ingezet om het hantavirus te vermijden. Dat werd ook bestudeerd door Marc Van Ranst. Worden mensen die niet besmet zijn daarmee preventief behandeld?

01.40 Dirk Ramaekers: Nee, op dit moment onderzoeken we een aantal antivirale middelen, zonder dat er bewijzen zijn dat ze effectief nut hebben. Er zijn toch wel wat preklinische studies die rechtvaardigen dat daar op zijn minst naar gekeken wordt. Kunnen we dat in een onderzoeksprotocol testen en daar iets uit leren? Dat is mogelijk, maar er zijn weinig gevallen. Chloroquine wordt momenteel op basis van onze huidige kennis niet beschouwd als een te testen product.

01.41 Frieda Gijbels (N-VA): Ik wil u uitdrukkelijk en expliciet danken, niet alleen voor de zeer waardevolle informatie die we vandaag hebben gekregen, maar ik ben ook verheugd over de houding tegenover virusuitbraken en een mogelijke pandemie en over de wil om goed voorbereid te zijn. Dat is een grote verandering ten opzichte van een tijd geleden. Toen stonden we daar heel anders in.

U hebt aangegeven dat er binnenkort een rapport uitkomt over chemische paraatheid en dat daarin zeker kritische bemerkingen zullen staan. Dat hoort ook zo en dat is totaal geen probleem. We zijn net op zoek naar de zwakke punten in ons systeem en daar moeten we vooral mee aan de slag gaan. Transparantie is dus erg belangrijk, alsook heldere communicatie ten aanzien van het publiek.

Ik ben dus blij met de bereidheid en de ingesteldheid met het oog op een optimale voorbereiding op mogelijke verdere uitbraken.

01.42 Dominiek Sneppe (VB): Bedankt dat u systematisch op onze vragen antwoordde.

Zou het nuttig zijn om een soortgelijke oefening te doen over ebola? We vrezen immers dat ebola gevaarlijker is dan het hantavirus. We hebben ook nog altijd een zekere connectie met Congo. Is het daarvoor nog te vroeg? Wat is jullie mening daarover?

01.43 Dirk Ramaekers: Dat komt volgens mij op de eerste plaats uw commissie, aan de commissievoorzitter en de minister toe. Zoals u weet, zijn wij altijd bereid om toelichting te komen geven en op vragen te antwoorden, ook over ebola. Mocht de uitnodiging komen, dan zijn we beschikbaar.

01.44 Ludivine Dedonder (PS): Pour ma part, je vous remercie également pour vos réponses, et je me réjouis que nous ayons pu tenir cet échange ce matin.

Il est effectivement important de pouvoir prendre le temps de discuter de ces questions plutôt que de les aborder brièvement en plénière lors de la séance de questions orales. Ce type d'échange est de nature à nous rassurer – à ce stade, du moins – et à montrer à la population qu'un suivi de la situation est assuré, de manière à pouvoir anticiper les crises à venir.

Pour ce qui concerne le virus Ebola, nous verrons quel est le moment approprié pour aborder cette

question et reprendrons contact avec le cabinet du ministre à ce sujet.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La réunion publique de commission est levée à 12 h 25.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 12.25 uur.