DOC 55 **2670/002**

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

4 mai 2022

LA VACCINATION OBLIGATOIRE ET LE COVID SAFE TICKET (CST)

Annexes

RAPPORT

FAIT AU NOM DE LA COMMISSION
DE LA SANTÉ ET DE L'ÉGALITÉ DES CHANCES
PAR
MME **Kathleen DEPOORTER**

Voir:

Doc 55 **2670/ (2021/2022)**:
001: Auditions.

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

4 mei 2022

VACCINATIEPLICHT EN COVID SAFE TICKET (CST)

Bijlagen

VERSLAG

NAMENS DE COMMISSIE
VOOR GEZONDHEID EN GELIJKE KANSEN
UITGEBRACHT DOOR
MEVROUW **Kathleen DEPOORTER**

Zie:

Doc 55 **2670/ (2021/2022)**:
001: Hoorzittingen.

Composition de la commission à la date de dépôt du rapport/
Samenstelling van de commissie op de datum van indiening van het verslag
Président/Voorzitter: Thierry Warmoes

A. — Titulaires / Vaste leden:		**B. — Suppléants / Plaatsvervangers:**
N-VA	Kathleen Depoorter, Frieda Gijbels, Yoleen Van Camp	Björn Anseeuw, Tomas Roggeman, Darya Safai, Valerie Van Peel
Ecolo-Groen	Séverine de Laveleye, Barbara Creemers, Laurence Hennuy	N ., Simon Moutquin, Nicolas Parent, Eva Platteau
PS	Patrick Prévot, Hervé Rigot, Laurence Zanchetta	Chanelle Bonaventure, Jean-Marc Delizée, Sophie Thémont
VB	Steven Creyelman, Dominiek Sneppe	Nathalie Dewulf, Kurt Ravyts, Hans Verreyt
MR	Daniel Bacquelaine, Caroline Taquin	Michel De Maegd, Nathalie Gilson, Benoît Piedboeuf
CD&V	Nathalie Muylle	Nawal Farih, Els Van Hoof
PVDA-PTB	Thierry Warmoes	Sofie Merckx, Nadia Moscufo
Open Vld	Robby De Caluwé	Tania De Jonge, Goedele Liekens
Vooruit	Karin Jiroflée	Gitta Vanpeborgh, Kris Verduyckt

C. — Membres sans voix délibérative / Niet-stemgerechtigde leden:

Les Engagés	Catherine Fonck
DéFI	Sophie Rohonyi

N-VA	:	*Nieuw-Vlaamse Alliantie*
Ecolo-Groen	:	*Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales – Groen*
PS	:	*Parti Socialiste*
VB	:	*Vlaams Belang*
MR	:	*Mouvement Réformateur*
CD&V	:	*Christen-Democratisch en Vlaams*
PVDA-PTB	:	*Partij van de Arbeid van België – Parti du Travail de Belgique*
Open Vld	:	*Open Vlaamse liberalen en democraten*
Vooruit	:	*Vooruit*
Les Engagés	:	*Les Engagés*
DéFI	:	*Démocrate Fédéraliste Indépendant*
INDEP-ONAFH	:	*Indépendant - Onafhankelijk*

Abréviations dans la numérotation des publications:		*Afkorting bij de nummering van de publicaties:*	
DOC 55 0000/000	*Document de la 55e législature, suivi du numéro de base et numéro de suivi*	*DOC 55 0000/000*	*Parlementair document van de 55e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer*
QRVA	*Questions et Réponses écrites*	*QRVA*	*Schriftelijke Vragen en Antwoorden*
CRIV	*Version provisoire du Compte Rendu Intégral*	*CRIV*	*Voorlopige versie van het Integraal Verslag*
CRABV	*Compte Rendu Analytique*	*CRABV*	*Beknopt Verslag*
CRIV	*Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (avec les annexes)*	*CRIV*	*Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaalde beknopt verslag van de toespraken (met de bijlagen)*
PLEN	*Séance plénière*	*PLEN*	*Plenum*
COM	*Réunion de commission*	*COM*	*Commissievergadering*
MOT	*Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)*	*MOT*	*Moties tot besluit van interpellaties (beigekleurig papier)*

ANNEXES

1. Compte rendu intégral des auditions du 26 janvier 2022 (réunion du matin)

2. Compte rendu intégral des auditions du 26 janvier 2022 (réunion de l'après-midi)

3. Compte rendu intégral des auditions du 31 janvier 2022 (réunion du matin)

4. Compte rendu intégral des auditions du 31 janvier 2022 (réunion de l'après-midi)

5. Compte rendu intégral des auditions du 2 février 2022 (réunion du matin)

6. Compte rendu intégral des auditions du 2 février 2022 (réunion de l'après-midi)

7. Compte rendu intégral des auditions du 4 février 2022 (réunion du matin)

8. Compte rendu intégral des auditions du 4 février 2022 (réunion de l'après-midi)

9. Compte rendu intégral des auditions du 16 février 2022 (réunion de l'après-midi)

10. Compte rendu intégral des auditions du 23 février 2022 (réunion du matin)

11. Compte rendu intégral des auditions du 23 février 2022 (réunion de l'après-midi)

12. Compte rendu intégral des auditions du 8 mars 2022 (réunion du matin)

13. Réponses écrites supplémentaires de M. Luc Herry (ABSyM/BVAS)

14. Réponses écrites supplémentaires de M. Geert Vanden Bossche (Voice for Science and Solidarity)

15. Présentation de M. Geert Vanden Bossche (Voice for Science and Solidarity)

16. Courrier de Mme Fabienne Andris et consorts de la communauté scientifique médicale et biomédicale belge

17. Réaction de M. Geert Vanden Bossche aux accusations

18. Présentation de Mme Liliane Schoofs (KU Leuven)

BIJLAGEN

1. Integraal verslag van de hoorzittingen van 26 januari 2022 (ochtendvergadering)

2. Integraal verslag van de hoorzittingen van 26 januari 2022 (namiddagvergadering)

3. Integraal verslag van de hoorzittingen van 31 januari 2022 (ochtendvergadering)

4. Integraal verslag van de hoorzittingen van 31 januari 2022 (namiddagvergadering)

5. Integraal verslag van de hoorzittingen van 2 februari 2022 (ochtendvergadering)

6. Integraal verslag van de hoorzittingen van 2 februari 2022 (namiddagvergadering)

7. Integraal verslag van de hoorzittingen van 4 februari 2022 (ochtendvergadering)

8. Integraal verslag van de hoorzittingen van 4 februari 2022 (namiddagvergadering)

9. Integraal verslag van de hoorzittingen van 16 februari 2022 (namiddagvergadering)

10. Integraal verslag van de hoorzittingen van 23 februari 2022 (ochtendvergadering)

11. Integraal verslag van de hoorzittingen van 23 februari 2022 (namiddagvergadering)

12. Integraal verslag van de hoorzittingen van 8 maart 2022 (ochtendvergadering)

13. Bijkomende schriftelijke antwoorden van de heer Luc Herry (BVAS/ABSyM)

14. Bijkomende schriftelijke antwoorden van de heer Geert Vanden Bossche (Voice for Science and Solidarity)

15. Presentatie van de heer Geert Vanden Bossche (Voice for Science and Solidarity)

16. Schrijven van mevrouw Fabienne Andris c.s. van de Belgische medische en biomedische wetenschappelijke gemeenschap

17. Reactie van de heer Geert Vanden Bossche op de aantijgingen

18. Presentatie van mevrouw Liliane Schoofs (KU Leuven)

19. Texte accompagnant la présentation de Mme Liliane Schoofs

20. Présentation de M. Johan Neyts (KU Leuven)

21. Présentation de M. Emmanuel André (KU Leuven)

22. Présentation de M. Geert Molenberghs (KU Leuven)

23. Présentation de M. Marius Gilbert (ULB)

24. Présentation de M. Mathias Dewatripont (ULB)

25. Rapport 40: le CST, la vaccination obligatoire, la politique “1G” ou tout écarter?

26. Présentation de M. Maarten Vansteenkiste (Universiteit Gent)

27. Présentation de Mme Karin Verelst (VUB)

28. Présentation de M. Tijl De Bie (Universiteit Gent)

29. Présentation de M. Hendrik Vuye (Université de Namur)

30. Présentation de M. Roel Van Giel (Domus Medica)

31. Présentation de Mme Virginie Pirard et M. Zeger Debyser (Comité consultatif de bioéthique de Belgique)

32. Présentation de M. Tom Goffin (Universiteit Gent)

33. Présentation de Mme Els Keytsman et M. Patrick Charlier (UNIA)

34. Présentation de M. Vincent Yzerbyt (UCLouvain)

35. Présentation de Mme Vanessa Degreef (ULB)

36. Présentation de M. Rik Torfs (KU Leuven)

37. Présentation de Mme Carla Nagels (ULB)

38. Présentation de M. Sam Brokken

39. Présentation de M. Marc Verdussen (UCLouvain)

19. Begeleidende tekst bij de presentatie van mevrouw Liliane Schoofs

20. Presentatie van de heer Johan Neyts (KU Leuven)

21. Presentatie van de heer Emmanuel André (KU Leuven)

22. Presentatie van de heer Geert Molenberghs (KU Leuven)

23. Presentatie van de heer Marius Gilbert (ULB)

24. Presentatie van de heer Mathias Dewatripont (ULB)

25. Rapport 40: het CST, vaccinatieplicht, 1G-beleid of alles op de schop?

26. Presentatie van de heer Maarten Vansteenkiste (Universiteit Gent)

27. Presentatie van mevrouw Karin Verelst (VUB)

28. Presentatie van de heer Tijl De Bie (Universiteit Gent)

29. Presentatie van de heer Hendrik Vuye (Université de Namur)

30. Presentatie van de heer Roel Van Giel (Domus Medica)

31. Presentatie van mevrouw Virginie Pirard en van de heer Zeger Debyser (Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek)

32. Presentatie van de heer Tom Goffin (Universiteit Gent)

33. Presentatie van mevrouw Els Keytsman en de heer Patrick Charlier (UNIA)

34. Presentatie van de heer Vincent Yzerbyt (UCLouvain)

35. Presentatie van mevrouw Vanessa Degreef (ULB)

36. Presentatie van de heer Rik Torfs (KU Leuven)

37. Presentatie van mevrouw Carla Nagels (ULB)

38. Presentatie van de heer Sam Brokken

39. Presentatie van de heer Marc Verdussen (UCLouvain)

40. Présentation de Mme Heidi Larson (The Vaccine Confidence Project)

41. Présentation de Mme Eva Brems (IFDH-FIRM)

42. Présentation de M. Pierre Smeesters (ULB)

43. Présentation de M. Jean Nève et M. Fabrice Péters (Conseil supérieur de la santé)

44. Position Paper SHC 9689

45. Présentation de M. Pedro Facon (Commissaire corona)

46. Présentation de M. Raf De Weerdt (FGTB-ABVV)

47. Présentation de M. Daan Aeyels (Voka Health Community)

48. Point de vue de Zorgnet-Icuro

49. Point de vue de Santhea

50. Présentation de Mme Elise Degrave (Université de Namur)

51. Présentation de M. Franck Dumortier (VUB)

52. Présentation de M. Paul De Hert (VUB)

53. Note au Comité de concertation du 11.01 2022

54. Avis n° 6/21 de l'IFDH du 07.12 2021

55. Note d'UNIA du 21.12 2021

56. Projet d'avis de la commission fédérale "Droits du patient" du 20.12 2021

57. Avis n° 80 du 13 décembre 2021 du Comité consultatif de bioéthique de Belgique

58. Avis du 4 mars 2022 du Comité consultatif de bioéthique de Belgique

59. Avis n° 9689 du Conseil supérieur de la santé de février 2022

60. Avis n° 5/2022 de l'IFDH du 7 mars 2022

61. Avis d'UNIA de février 2022

40. Presentatie van mevrouw Heidi Larson (The Vaccine Confidence Project)

41. Presentatie van mevrouw Eva Brems (FIRM-IFDH)

42. Presentatie van de heer Pierre Smeesters (ULB)

43. Presentatie van de heer Jean Nève en de heer Fabrice Péters (Hoge Gezondheidsraad)

44. Position Paper SHC 9689

45. Presentatie van de heer Pedro Facon (Coronacommissaris)

46. Presentatie van de heer Raf De Weerdt (ABVV-FGTB)

47. Presentatie van de heer Daan Aeyels (Voka Health Community)

48. Standpunt Zorgnet-Icuro

49. Standpunt Santhea

50. Presentatie van mevrouw Elise Degrave (Université de Namur)

51. Presentatie van de heer Franck Dumortier (VUB)

52. Presentatie van de heer Paul De Hert (VUB)

53. Nota aan het Overlegcomité van 11.01 2022

54. Advies nr. 6/21 van het FIRM van 07.12 2021

55. Nota van UNIA van 21.12 2021

56. Ontwerpadvies van De Federale Commissie "Rechten van de Patiënt" van 20.12 2021

57. Advies nr. 80 van 13 december 2021 van het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek

58. Advies van 4 maart 2022 van het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek

59. Advies nr. 9689 van de Hoge Gezondheidsraad van februari 2022

60. Advies nr. 5/2022 van het FIRM van 7 maart 2022

61. Advies van UNIA van februari 2022

CRIV 55 **K 805** 26/01/2022

COMMISSION DE LA SANTE ET DE L'ÉGALITE DES CHANCES

du

MERCREDI 26 JANVIER 2022

Matin

_____

COMMISSIE VOOR GEZONDHEID EN GELIJKE KANSEN

van

WOENSDAG 26 JANUARI 2022

Voormiddag

_____

La réunion publique de commission est ouverte à 10 h 10 et présidée par M. Thierry Warmoes.
De openbare commissievergadering wordt geopend om 10.10 uur en voorgezeten door de heer Thierry Warmoes.

La vaccination obligatoire. Audition de:
- M. Luc Herry (ABSyM);
- M. Geert Vanden Bossche (Voice for Science and Solidarity).
De vaccinatieplicht. Hoorzitting met:
- de heer Luc Herry (BVAS);
- de heer Geert Vanden Bossche (Voice for Science and Solidarity).

Le **président**: Chers collègues, je vais, dès à présent, donner la parole aux deux orateurs inscrits ce matin. Je vous remercie pour votre présence. Je ne pense pas que je doive m'excuser car il est normal que les groupes prennent la parole préalablement aux auditions. En tout cas, merci d'avoir écouté les interventions de nos différents membres. On vous a demandé de parler environ quinze minutes. On vous demande aussi, si vous avez un texte, de nous l'envoyer. Si vous pensez avoir des conflits d'intérêt, il serait opportun de le mentionner. Merci d'avoir accepté l'invitation, bien entendu. Veuillez vérifier si vous êtes bien munis d'un casque et d'un micro pour la qualité du son. C'est important pour les services de traduction. Je demande aux orateurs de se présenter brièvement pour que l'information soit correcte, car je ne dispose pas toujours de toutes les informations sur les diverses fonctions que vous pourriez exercer.

Je vais d'abord donner la parole à M. Luc Herry de l'ABSyM.

Luc Herry: Je vous remercie de m'accueillir au sein de ce Parlement. Je suis moi-même médecin généraliste depuis plus de 40 ans et je dirige une polyclinique où nous travaillons à plusieurs médecins: dix médecins généralistes et des spécialistes. Je suis actuellement responsable du syndicat de l'ABSyM: j'en suis le président au niveau de cet ABSyM fédéral. Je suis également responsable d'un cercle local de médecins généralistes et j'ai été enseignant dans les formations d'infirmiers durant plus de 30 ans. J'ai notamment enseigné la microbiologie et l'immunité.

Le problème de la vaccination, je le connais et nous le connaissons bien, nous, les généralistes, la vaccination faisant partie de notre ADN, tout comme c'est le cas des pédiatres. Nous vaccinons pratiquement tous les jours pour différentes préventions de pathologies. C'est un sujet que nous connaissons bien et il est sympathique de nous avoir invités, nous, les généralistes au Parlement afin d'entendre nos désirs par rapport à cette vaccination que nous vivons depuis deux ans.

En effet, avec cette pandémie, nous avons été au premier rang de celle-ci et nous avons dû la gérer et nous devons encore la gérer au quotidien. Cette gestion est fastidieuse et très importante et les généralistes sont toujours sur le pied de guerre tout comme les spécialistes intra-hospitaliers, car forcément, c'est à ces deux niveaux que nous essayons de gérer cette pandémie au mieux dans l'intérêt public de notre population. Je crois que jusqu'à présent, grâce aux décisions gouvernementales et des parlementaires, la gestion a été relativement bien organisée, mais elle demeure toujours un peu chaotique et pourrait être améliorée si l'on prenait des décisions dans le bon sens.

Nous parlons de la vaccination et, d'un autre côté, pour ce qui concerne le conflit d'intérêt, je n'en ai pas étant donné que je ne fabrique pas de vaccins. Je suis peut-être responsable d'un centre de vaccination, mais dans le cadre de la Région wallonne, là non plus, je n'ai pas de conflit d'intérêt. Je me mets à la disposition de la Région wallonne pour aussi vacciner la population.

C'est donc un sujet que je connais bien au quotidien.

Je vais vous faire part d'un certain nombre de choses que nous entendons et que nous avons vécues aussi pendant deux ans. Au niveau de cette vaccination, je vous dirai d'emblée que l'ABSyM a fait des études et des enquêtes auprès de nos médecins affiliés à notre syndicat. Il est bien ressorti que la plupart des médecins sont favorables à la vaccination et à une obligation vaccinale puisque, pour la majorité des médecins, la vaccination, c'est comme une assurance santé et cette assurance, c'est une assurance pour soi-même et pour la collectivité. C'est donc une assurance à double aspect, au niveau collectif également. C'est une assurance que l'on pourrait un petit peu identifier comme l'assurance RC voiture qui est aussi une assurance pour se protéger et pour protéger la collectivité. Or cette assurance RC est obligatoire. Pourquoi dès lors une assurance santé ne serait-elle pas obligatoire également?

Si tout le monde était vacciné aujourd'hui - je dis bien aujourd'hui avec cette vague omicron -, on pourrait peut-être vivre beaucoup plus tranquillement car, une fois tout le monde vacciné, la contamination serait beaucoup moindre et, comme cette vague omicron est beaucoup moins dangereuse, puisqu'elle ne touche que les voies respiratoires supérieures, on pourrait vivre avec cette vague tranquillement. On pourrait ne plus faire de tests PCR parce que cela deviendrait inutile. On pourrait par ailleurs laisser nos enfants en primaire et en secondaire aller tranquillement à l'école, sauf évidemment s'ils sont réellement malades, et ne plus mettre en quarantaine des tas d'enfants et perturber ainsi tous les cours et la formation d'enseignants qui est aujourd'hui très perturbée et qui va se perturber encore dans les jours à venir. Tout ceci serait donc beaucoup plus tranquille tant pour l'enseignement que pour le secteur médical. Au niveau du secteur médical, la charge serait beaucoup moins lourde en première ligne car, si on ne faisait plus de tests PCR, la charge administrative tomberait énormément. La charge serait également moindre pour les hôpitaux ainsi que pour les laboratoires.

La vaccination obligatoire nous permettrait évidemment de réaliser de belles économies au niveau des soins de santé car, au jour d'aujourd'hui, je vous rappelle que les tests PCR nous coûtent environ 5 millions d'euros par jour car nous sommes entre 120 000 et 130 000 tests PCR journaliers. C'est un fameux budget. Ce serait un budget économisé. C'est un fameux budget aussi au niveau des hospitalisations et des soins intensifs.

La vaccination obligatoire nous permettrait évidemment d'améliorer ce budget des soins de santé de manière très performante.

Cela nous permettrait aussi - et là, c'est peut-être encore plus intéressant - de soigner avec beaucoup plus d'accessibilité les soins courants. Pour le moment, vous le savez, beaucoup de soins courants sont postposés à cause de l'hospitalisation des cas covid au niveau de nos hôpitaux. Forcément, les lits des soins intensifs sont en partie occupés par ces cas covid. On doit donc reporter nombre d'interventions chez des patients qui se mettent en danger à cause de ce report. Pas mal de personnes sont donc en danger, à l'heure actuelle, à cause des reports de soins dus à cette pandémie.

Si la vaccination était efficace depuis quelque temps de manière obligatoire, ces reports seraient évidemment beaucoup moins nombreux, et la santé de notre population s'en porterait mieux.

Il faut savoir aussi que beaucoup de patients qui sont hospitalisés pour des raisons non covid attrapent, finalement, le covid en intra-hospitalier, par des soignants ou par des gens qui viennent leur rendre visite, et finissent par avoir cette fameuse maladie nosocomiale, qui peut évidemment les mettre en danger, et dans certains cas provoquer le décès.

Là aussi, si la vaccination était obligatoire, et des soignants, et des non-soignants, ce serait évidemment beaucoup mieux.

On a parlé tout à l'heure de la vaccination obligatoire des soignants. C'est sûr que nous y sommes favorables. Mais on est favorables à une obligation vaccinale pour tout le monde. Pourquoi? Parce que si le soignant doit protéger le soigné, le soigné doit aussi protéger le soignant. Parce que si le soignant est infecté par un soigné, ce soignant va devoir se mettre en incapacité de travailler. Il y aura donc moins de soignants. Et s'il y a moins de soignants, il y a moins de qualité de soins également.

Ce soignant, une fois qu'il est contaminé par un soigné, va aussi contaminer d'autres soignés, parce que le temps de faire le diagnostic, cela prendre un jour ou deux. Ce soignant peut donc aussi infecter des soignés.

Finalement, vacciner tout le monde, c'est beaucoup mieux que vacciner uniquement les soignants. En outre, cela permet de diminuer les discriminations.

Si vous suivez les chiffres publiés par Sciensano qui sont évidemment très bien établis, vous aurez pu constater qu'au niveau des contaminations, il y a beaucoup moins de vaccinés trois doses que de vaccinés deux doses et de non-vaccinés.

Si on considère les chiffres de l'incidence cumulée sur 14 jours et les nouveaux cas covid sur les 14 derniers jours, à savoir du 7 au 20 janvier, connus de Sciensano, on remarque que les vaccinés trois doses correspondent à une diminution de 70 % des contaminations. Donc, si aujourd'hui personne n'était vacciné, il y aurait 70 % de contaminations en plus, ce qui impliquerait un énorme engorgement hospitalier. Par conséquent, le bienfait de la vaccination en Belgique qui, heureusement, concerne aujourd'hui pratiquement 9 millions de citoyens, est incontestable puisque cette vaccination permet d'éviter des catastrophes à l'occasion des vagues, notamment dans le cadre de la quatrième et de la cinquième vagues. Bref, la vaccination est positive. Il est évident qu'elle constitue un élément très important pour la collectivité et les soins de santé.

On entend souvent qu'il y n'aurait pas d'obligation vaccinale, mais qu'on se dirigerait plutôt vers le pass vaccinal obligatoire pour se rendre au restaurant, participer à des événements, se rendre au musée, aller au théâtre, au cinéma, etc. Le pass vaccinal vient effectivement d'être instauré en France. Mais rendre obligatoire le pass vaccinal, c'est mettre la pression et la responsabilité des contrôles sur certains citoyens, à savoir ceux qui gèrent l'horeca, les événements, la culture, les musées, etc.

Selon moi, instaurer ce pass vaccinal serait une mauvaise idée parce que cela va mettre une pression sur ces citoyens, pression qui deviendra vite ingérable. Cela sera gérable, au début, et puis, il y aura des rebellions. Cette gestion va donc devenir ingérable et ces pauvres citoyens qui sont déjà impactés, depuis le début, par la crise covid le seront encore plus avec une responsabilité supplémentaire.

Je trouve que c'est déplacer la responsabilité du public, puisque la responsabilité de cette pandémie revient au public, vers un certain nombre de citoyens. Pour moi, c'est inacceptable. Je crois que c'est vraiment une mauvaise idée. Pour éviter ce pass vaccinal, l'idéal est de rendre la vaccination obligatoire. J'entends bien que certains d'entre vous disent que c'est peut-être déjà trop tard. Non, il n'est pas trop tard parce que dans cette pandémie, le mot qui ressort toujours, c'est l'incertitude. Quand cela va-t-il se terminer? Comment cela va-t-il évoluer? Y aura-t-il un nouveau variant agressif ou non? On est donc dans l'incertitude et demain, c'est toujours l'incertitude. La gestion de cette pandémie n'est pas terminée, selon moi. Elle le sera peut-être mais on verra. C'est le temps qui donnera raison ou pas à cette incertitude.

Je résumerai mon intervention pour ne pas être trop long. Cette vaccination non obligatoire jusqu'à présent augmente les coûts des soins de santé et les arrêts de travail de manière énorme. Elle augmente le déficit budgétaire de ce pays qui n'est déjà pas triste, ce qui posera, là aussi, beaucoup de problèmes pour les générations futures. Les absences et les fermetures diminuent fortement l'éducation scolaire. La qualité des soins est également diminuée. On entend souvent que beaucoup de gens ne veulent pas de cette obligation vaccinale pour garder leur liberté. Pour moi, cette vaccination non obligatoire diminue les libertés sociales et familiales de tout un chacun et peut-être un petit plus particulièrement celle des soignants. En effet, nous, soignants, nous avons comme objectif de prodiguer les meilleurs soins aux patients. C'est une obligation déontologique. Pour ce faire, nous évitons d'avoir de multiples contacts où nous pourrions être infectés par le covid. Forcément, nous avons donc une vie sociale et familiale très restreinte depuis deux ans. Cela pèse évidemment sur tous les soignants.

La lourdeur de cette pandémie sur les soignants est importante. Gérer une pandémie se fait via les scientifiques, et ceux-ci ont donné raison au vaccin. Gérer une pandémie implique aussi de faire attention à la liberté de chacun, et j'entends que les droits de l'homme ne sont pas défavorables du tout à une vaccination obligatoire. J'entends également que beaucoup de citoyens sont opposés à la vaccination pour raison philosophique et/ou religieuse. Vous voyez que l'opposition se situe à différents niveaux.

L'intérêt public finalement, c'est le Parlement, et ce qu'il doit gérer, c'est l'intérêt public. L'intérêt public doit primer sur toutes les oppositions. En l'occurrence, pour moi, l'intérêt public c'est cette vaccination obligatoire; elle est synonyme d'intérêt public. Je ne vois pas comment on pourrait passer à côté de cette obligation vaccinale.

Si cette décision vaccinale intervient tardivement, mieux vaut tard que jamais, comme dit l'adage, surtout si de nouveaux variants devenaient agressifs.

Je ferai encore une petite réflexion avant de terminer. Il est dommage que l'Europe n'ait pas pris cette décision de vaccination obligatoire. Je trouve, en tant que citoyen européen, que l'Europe a fait

un certain travail. Mais là, elle est passée à côté de quelque chose. Elle aurait pu proposer cette obligation vaccinale au niveau européen. Cela aurait peut-être été un bonus très apprécié par les Européens, et un bonus très appréciable au niveau de l'économie européenne. Au niveau de la politique européenne, on est là aussi passés à côté de quelque chose.

Je vous remercie de m'avoir écouté et entendu. Je vous souhaite de bons débats et je suis prêt à répondre à vos questions.

Le **président**: Merci, monsieur Herry. En tous cas, votre discours et votre prise de position étaient clairs. Nous verrons les questions que cela peut susciter.

Nu komt de heer Vanden Bossche aan het woord.

Mijnheer Vanden Bossche, ook u vraag ik om u kort voor te stellen en om eventuele belangenconflicten te vermelden.

Geert Vanden Bossche: Mijnheer de voorzitter, geachte leden, bedankt voor de uitnodiging op deze hoorzitting. Mijn naam is Geert Vanden Bossche. Ik ben opgeleid als dierenarts, wat mij trouwens nog altijd als bijnaam 'de Vlaamse veearts' geeft. Al vlug in mijn loopbaan heb ik mij gespecialiseerd in virologie en later ook in vaccinologie. Ik heb ongeveer vijfentwintig jaar ervaring in het vaccingebeuren, zowel door mijn werk in de vaccinindustrie bij verschillende vaccinbedrijven, als enkele jaren werk in non-profitorganisaties die zich vooral met vaccins bezighouden, zoals de Bill & Melinda Gates Foundation, en ook GAVI, de Global Alliance for Vaccines and Immunisation. Ik ben daarna ook zelf een kleine start-up begonnen in verband met vaccins, die vooral doelen op NK-cellen. Ik ben een onafhankelijk consultant voor biotechnologie en ook voor de industrie. In het kader van die consultancy ben ik ook sterk geïnteresseerd in het covidgebeuren. Ik wil uitdrukkelijk zeggen dat ik geen belangenconflict heb.

Voor mijn uiteenzetting heb ik een powerpointpresentatie, die ik met u deel op het scherm.

Ik denk dat mijn standpunt meteen duidelijk gemaakt wordt in de titel van mijn presentatie. Geen enkele verplichting tot COVID-19-vaccinatie en ook geen enkele immunologische discriminatie valt wetenschappelijk gezien te verrechtvaardigen, wel integendeel. Met immunologische discriminatie bedoel ik statuten zoals het 1G- of 2G-beleid, waarbij 1G eigenlijk een indirecte plicht tot vaccinatie is, maar waarbij de verantwoordelijkheid zogezegd op de gevaccineerde wordt afgeschoven.

Sta me toe om eerst enkele begrippen te verduidelijken, zowel inzake pandemie als vaccinatie.

Wat de pandemie betreft, wil ik alvast duidelijk maken dat een pandemie steeds verwijst naar een pancontinentaal gebeuren. Dat betekent meteen ook dat het maar weinig zin heeft in een pandemie alleen maar regionaal of nationaal in te grijpen, en niet globaal.

Er moet ook aangestipt worden dat bij een pandemie de hele populatie betrokken is. Het is verkeerd te denken dat wie geen symptomen vertoont of resistent blijft tegen infectie of ziekte, gewoonweg niet in contact is gekomen met het virus. Momenteel, met deze erg besmettelijke variant, is dat gewoonweg onmogelijk.

Het is ook belangrijk te vermelden dat een pandemie een dynamisch, evolutief gebeuren is. We zien dagelijks hoe mensen, inclusief experts, zich vooral concentreren op *snapshots,* namelijk hoeveel doden of ziekenhuisopnames er die dag zijn. Op basis daarvan wordt dan gereageerd. Het is echter veel belangrijker te kijken in welke richting, naar welk eindstation, de pandemie evolueert. We weten dat een natuurlijke pandemie na verloop van tijd automatisch en spontaan uitdooft. Meestal gebeurt dit zelfs binnen het jaar.

De pandemie wordt dan endemisch. Dit gebeurt omdat de bevolking een steriliserende immuniteit ontwikkelt. Dat is een immuniteit die in staat is om het virus te elimineren, en zo ook de transmissie en infectie helpt te voorkomen. Dat leidt op haar beurt dan weer tot groepsimmuniteit, namelijk dat de transmissie dermate is beperkt dat zelfs mensen die niet immuun zijn ook automatisch worden beschermd.

Wanneer men dus de natuurlijke immuniteit door vaccins wil vervangen, moet men er minstens op toezien dat deze vaccins een steriliserend effect bewerkstelligen, willen we een positief effect ervan hebben. We weten dat dit niet het geval is bij de huidige vaccins. We moeten er dus ook niet op rekenen dat de huidig beschikbare vaccins de pandemie onder controle zullen krijgen. Eigenlijk is hiermee alles al zo goed als gezegd.

Met betrekking tot vaccin en massavaccinatie moeten volgende zaken goed worden begrepen.

We kennen allemaal de cijfers in verband met de efficiëntie van de vaccins zoals die in klinische studies zijn vastgesteld. Die klinische studies

worden georganiseerd onder zeer gestandaardiseerde voorwaarden. Wanneer we de efficiëntie van een vaccin bestuderen, kijken we naar de populatie waar men een aantal groepen aantreft die niet in de klinische studies werden getest en waar de dynamiek van de pandemie tot uiting komt. Ik bedoel daarmee het volgende. Als men de bevolking onder een massale immuundruk zet, door massaal te gaan vaccineren, dan heeft dat een impact op het virus in die zin dat bepaalde meer infectieuze varianten eigenlijk een competitief voordeel krijgen en beter gaan gedijen. De varianten die wij zien, zijn dan ook niet altijd de varianten die in de klinische studies werden getest. Omgekeerd, heeft de infectiedruk die zich opbouwt omdat er meer infectieuze stammen circuleren ook een invloed op het immuunsysteem en op de immuniteit van de bevolking. Als men extrapoleert naar de populatie, zijn er dus een aantal zaken die wel degelijk te maken hebben met factoren die variëren en niet meer dezelfde waarden hebben als diegenen die in de klinische studies werden getest.

Iedereen die zich laat vaccineren moet zich ervan bewust zijn dat een vaccinatie vergelijkbaar is met sofware die op een computer wordt geïnstalleerd maar die niet meer kan worden gewist. Het is belangrijk zich te realiseren dat er door vaccinatie een onuitwisbaar immunologisch geheugen ontstaat. Als men een zeer goed antivirusprogramma op de computer heeft, is men blij dat voor het leven te hebben. Als dat programma echter niet optimaal werkt, is men er niet mee gediend.

Net zoals geneesmiddelen, hebben ook vaccins indicaties en contra-indicaties. Ook dat is belangrijk om te weten.
Ik vind het onvoorstelbaar dat iedereen daar wel van uitgaat in verband met geneesmiddelen maar niet met vaccins. We weten dat we geen mensen kunnen vaccineren die al ziek zijn of die zich in de incubatiefase bevinden. We weten ook dat we ons best laten vaccineren alvorens we naar een vreemd land reizen waar een infectieziekte heerst. Het erkennen van de contra-indicaties van vaccins wordt tegenwoordig afgedaan als antivax. Dat is natuurlijk onaanvaardbaar.

Bij elke systemische infectieziekte en bij elk vaccin bestaat altijd een risico dat er immunologische bijwerkingen optreden, op korte of lange termijn.

Dat wil zeggen als er niet een of andere immunologische bijwerking optreedt. (…) *(geluid valt weg)*

Men heeft het tegenwoordig bijvoorbeeld over het MIS-C-syndroom bij kinderen. Het is niet daarom dat wij opeens een bevolkingsgroep massaal moeten gaan vaccineren.

Het is ook zo dat wanneer een studie bijvoorbeeld een positief resultaat oplevert, men niet onmiddellijk moet beginnen met de bevolking te vaccineren omdat steeds het risico bestaat dat bijwerkingen van immunologische aard op lange termijn zouden optreden. Men mag tenslotte niet vergeten dat men met een vaccin het immuunantwoord nabootst dat bij een natuurlijke infectie ontstaat.

Als bij systemische infectieziekten immunologische bijwerkingen kunnen optreden, dan kunnen die natuurlijk ook altijd bij vaccins optreden. Daarom is het belangrijk om een long time follow-up te doen. Het gaat gewoon niet op dat men een vaccin gewoon een paar maanden volgt in een klinische studie met betrekking tot de veiligheid en dan onmiddellijk overgaat tot het vaccineren van de hele bevolking.

We hebben de laatste tijd gezien dat er heel wat verwarring is. Men vraagt zich af hoe dat komt. Verwarring met betrekking tot definities die voortdurend worden veranderd. De definitie van een vaccin wordt veranderd. De definitie van groepsimmuniteit wordt veranderd. De definitie van gevaccineerd zijn wordt veranderd. Eerst had men een of twee shots nodig. Nu is men niet gevaccineerd als men geen booster heeft.

Bovendien is er ook heel wat verwarring over wie er uitscheidt, wie er het meest uitscheidt, de gevaccineerden, de niet-gevaccineerden, wie heeft de grootste kans om in het hospitaal te belanden enzovoort.

We stellen daar eigenlijk gewoon de verkeerde vragen. Ik licht even de vragen toe die werkelijk belangrijk zijn. Ten eerste, de vraag hoe wij de pandemie kunnen indijken en ze tot stilstand kunnen brengen en, ten tweede, hoe wij ons het best kunnen beschermen zolang de pandemie niet tot stilstand is gebracht. Voor welke immuniteit kiezen we het best?

Het gebrek aan inzicht is werkelijk de oorzaak van die verkeerde vragen. Een pandemie is eigenlijk een interactie tussen een virus en het immuunsysteem, maar wel op populatieniveau. Daarbij komen verschillende takken te pas. Het gaat niet alleen over virologie. Het gaat ook over immunologie. Het gaat over evolutiebiologie of evolutie-epidemiologie. Het gaat ook over vaccinologie, over moleculaire virusgenetica enzovoort. Wat van ons gevraagd wordt, is wat ik puzzel-denken noem. Het zijn allemaal verschillende puzzelstukjes uit de verschillende disciplines die we, om inzicht te krijgen in de

pandemie, in elkaar moeten kunnen passen.

Als we die stukjes niet in elkaar kunnen passen, wordt het gewoon vogelpikwerk. Wij kunnen ook het silodenken van de klassieke vaccinologie hier niet toepassen. Wij doen nu net alsof een vaccin dat wij zouden kunnen gebruiken om een pandemie te bestrijden gewoon een vaccin is zoals het vaccin dat wij gewoon voor profylactische doeleinden, buiten een pandemie, gebruiken.

Ik heb daarjuist gezegd hoe de pandemie op zichzelf, en ook op populatieniveau, een eigen dynamiek teweegbrengt die helemaal niet tot stand komt wanneer men vaccins toedient buiten een pandemie.

De grootste lacune in het gebrek aan inzicht in hoe een pandemie functioneert en hoe zij evolueert, is wel degelijk de immunologie, en meer bepaald de rol van het aangeboren immuunsysteem en hoe dit aangeboren immuunsysteem door de massavaccinatie en ook door de herhaaldelijke blootstelling aan het virus wordt beïnvloed.

Wat ik hiermee bedoel, is dat meer bepaald bij coronavirussen, maar ook bijvoorbeeld bij influenzavirussen, het aangeboren immuunsysteem van cruciaal belang is. Het is trouwens het aangeboren immuunsysteem dat de populatie voor het overgrote deel heeft beschermd bij het begin van de pandemie. De bevolking was toen totaal immunologisch naïef. Zij had het virus nog nooit gezien. Desalniettemin was het overgrote deel van de bevolking beschermd, zeker tegen zware ziekte, en vele mensen tegen ziekte. Dit was gewoon te wijten aan het aangeboren immuunsysteem dat van cruciaal belang is voor dit type van virussen. Het aangeboren immuunsysteem beschikt over aangeboren antistoffen. Deze antistoffen zijn niet specifiek bedoeld om coronavirussen of influenzavirussen te herkennen. Zij zijn eigenlijk bedoeld om patronen te herkennen van eigen antigenen die vrij circuleren in ons lichaam.

Het is belangrijk dat deze eigen antigenen op tijd worden verwijderd door de aangeboren antistoffen, die men dus bij de geboorte heeft meegekregen, om op die manier immuuninflammatoire en auto-immuunziekten te vermijden.

Het toeval wil dat die patronen van eigen antigenen ook voorkomen op een aantal virussen, bijvoorbeeld op coronavirussen en op influenzavirussen. Het zijn hoogstwaarschijnlijk bepaalde patronen van suikers die door de antistoffen worden herkend. Vandaar dat de aangeboren antistoffen zeer werkzaam zijn op een aantal respiratoire virussen. Zeker en vast niet op alle virussen, maar hier hebben wij werkelijk met een zeer speciale situatie te maken, waarbij natuurlijke antistoffen, ook aangeboren antistoffen genoemd, zeer goed werkzaam zijn.

Het is duidelijk in de literatuur gedocumenteerd dat die in hoge concentratie voorkomen bij kinderen. Dat is ook de reden waarom gezonde kinderen de infectie snel onder controle krijgen en er zo goed als geen ernstige ziekte bij kinderen voorkomt. Vandaar dat kinderen ook bijvoorbeeld tegen het griepvirus helemaal niet gevaccineerd worden.

Het is natuurlijk ook overbodig om kinderen te vaccineren tegen coronavirussen.

De eerste lijn van defensie, de aangeboren immuniteit en hier meer bepaald met betrekking tot coronavirussen aangeboren antistoffen, kent echter haar grenzen. Het is niet zo dat men daar honderd procent op kan rekenen, want die aangeboren immuniteit kan verzwakt worden, bijvoorbeeld bij een immuunsysteem dat veroudert. Het kan ook verzwakt worden wanneer mensen bijvoorbeeld onderliggende ziekten hebben of er een ongezonde levensstijl op nahouden. Die aangeboren immuniteit kan ook doorbroken worden, en dit is belangrijk, bij hoge infectiedruk. In de loop van de pandemie hebben we vastgesteld dat meer en meer infectieuze stammen - alfa, beta, gamma, delta, omikron et cetera - gaan domineren, telkens met het constant gegeven dat zij meer infectieus zijn. Welnu, door die hogere infectiositeit kan ook de eerste lijn van defensie gemakkelijker doorbroken worden. Dat is natuurlijk de reden waarom we, in tegenstelling tot het begin van de pandemie, ook meer en meer gezien hebben dat jongere bevolkingsgroepen ook ziek kunnen worden.

Het doorbreken van die aangeboren immuniteit is bijlange niet noodzakelijk een catastrofe. Dat leidt natuurlijk tot ziekte, maar in het overgrote deel van de gevallen herstellen mensen. Zeer belangrijk is dat het herstel bewerkstelligd wordt door het feit dat het virus geëlimineerd wordt. Als gevolg van dat herstel verkrijgen mensen een duurzame en verworven immuniteit. Vandaar dat men die ziekten ook acute self limiting viral disease noemt. Het zijn acute ziekten, maar die spontaan eigenlijk tot stilstand komen door het feit dat de infectie, het virus, geëlimineerd wordt. Die tandem die men daar ziet, de combinatie van de aangeboren immuniteit, die gevolgd wordt door de verworven immuniteit, is formidabel efficiënt. Ten eerste zorgt hij ervoor dat het virus geëlimineerd wordt, waardoor mensen kunnen herstellen. Ten tweede is het ook belangrijk te realiseren dat door die sequentie - eerst aangeboren immuniteit en, na doorbroken te zijn, verworven immuniteit -

antistoffen zich ontwikkelen op een ogenblik dat eigenlijk het virus reeds geëlimineerd is uit het lichaam. Is dat belangrijk? Ja, dat is zeer belangrijk, want door de discordantie kunnen de antistoffen die ontstaan het virus niet onder druk zetten. Het onder druk zetten van het virus door antistoffen die niet in staat zijn om het virus te elimineren, precies dat leidt tot wat wij noemen immune escape, het ontvluchten door het virus van het immuunsysteem.

Bij vaccinatie zitten we dus in een heel andere situatie.

Dan zullen we die antistoffen rechtstreeks genereren, los van het aangeboren immuunsysteem. Wij zullen die antistoffen genereren, terwijl een heel deel mensen volledig blootgesteld worden aan het virus. Men slaat de stap van de aangeboren immuniteit eigenlijk volledig over. Er zijn zelfs een heel deel publicaties die duidelijk, indirect weliswaar, ernaar verwijzen dat zelfs de vaccinale antistoffen die aangeboren antistoffen, die beschermend zijn, zouden kunnen onderdrukken. Ik wil er nog bij zeggen dat de aangeboren antistoffen enorm belangrijk zijn, omdat zij niet alleen tegen één specifieke variant beschermen; zij beschermen tegen alle varianten, zelfs tegen alle coronavirussen.

Door die stap zogezegd over te slaan, heeft men opnieuw twee gevolgen. Ten eerste, het virus kan niet geëlimineerd worden. Dat is ook de reden waarom mensen die gevaccineerd zijn, ook nog regelmatig ziek kunnen worden. Ten tweede zitten we hier nu met een situatie waar antistoffen worden gegenereerd, terwijl de persoon duidelijk al door het virus kan besmet worden, waardoor het virus onder druk wordt gezet. Dat leidt precies tot het ontsnappen van het virus aan het immuunsysteem. Is dus dit pleidooi voor de natuurlijke immuniteit, de combinatie van aangeboren immuniteit en, in geval van ziekte, gevolgd door verworven immuniteit, een pleidooi voor antivax? Zeker en vast niet. We moeten ons echter wel realiseren dat alle covid19-vaccins die op dit ogenblik gebruikt worden, alleen een beroep kunnen doen op antistoffen om de infectie te voorkomen, antistoffen die dan nog een keer gericht zijn tegen varianten die verschillend zijn van de variant die zogezegd gebruikt werd, de spike proteïne van de oorspronkelijke stam van Wuhan.

Kunnen we dus met antistoffen alleen de infectie voorkomen? Dat gaat bij de klassieke vaccinologie, waarbij we dus vaccins toedienen buiten een pandemie, terwijl we niet aangevallen worden door het virus. Zodanig hebben we tijd om volledig die antistoffen op te bouwen, zodanig dat die, wanneer we achteraf in contact komen met het virus, beschermend zijn. Als we terwijl we die antistoffen opbouwen, al worden aangevallen door het virus, dan kunnen de antistoffen onvoldoende beschermen. Zij kunnen niet beletten dat er infectie volgt en dat er transmissie van het virus volgt. Die antistoffen zijn dus efficiënt wanneer men vaccineert buiten de pandemie. Wanneer men nu de natuurlijke immuniteit door vaccins zou willen substitueren, dan zou het vaccin op zichzelf een gesteriliseerde immuniteit moeten induceren, hetgeen dus hoegenaamd niet het geval is; iedereen is het daarover eens. Dan moet men naar een ander type van vaccin grijpen.

Met andere woorden, wat wij aan het doen zijn, noem ik een symptomatische massavaccinatie. Wij vaccineren massaal, gewoon om wat symptomen te onderdrukken, maar zonder dat wij de verspreiding van het virus kunnen indijken. Het virus wordt zodoende steeds meer onder druk gezet, zonder dat wij het kunnen elimineren. Dat is een ideaal recept voor het gedijen van steeds meer infectueuze varianten. Wij weten dat infectueuze en hooginfectueuze varianten al voor de massavaccinatie ontstonden, maar nu geven wij ze, door de massavaccinatie en door de immuundruk, een competitief voordeel, zodat zij nu in de populatie kunnen domineren. Om die reden zien wij, vanaf het begin van de massavaccinatie, plots de dominantie van een aantal van die varianten, alfa, bèta, gamma, delta en nu omikron, toenemen. Wij drijven het tot het extreem dat ik voorspeld heb, namelijk dat het virus resistent wordt tegen die antistoffen. Dat zien we nu gebeuren bij wat ik de omikronfamilie noem, aangezien er intussen al verschillende types van de omikronvariant circuleren, die resistent zijn ten opzichte van neutraliserende antistoffen.

Dat toont op zichzelf aan hoe belangrijk aangeboren immuniteit is. Doordat wij resistentie hebben ten opzichte van de antistoffen van het vaccin, bevrijden wij onze aangeboren antistoffen terug, in die zin dat vaccinale antistoffen hoogstwaarschijnlijk de aangeboren antistoffen onderdrukken, die precies virussen zoals corona en influenza kunnen neutraliseren. Wanneer dat niet meer kan gebeuren, omdat de vaccinale antistoffen niet meer werken, dan kunnen de aangeboren antistoffen terug hun werk doen. Dat leidt er precies toe dat de ziekte, nu veroorzaakt door omikron, veel milder is. Het is precies alsof we niet gevaccineerd hebben. Het toont ook aan hoe gevaccineerden en niet-gevaccineerden nu min of meer in hetzelfde straatje zitten. In ieder geval toont dit het enorm belang van de aangeboren immuniteit aan. We hebben immers massaal gevaccineerd en het virus wordt resident, net alsof we niet gevaccineerd hebben. Daar ziet u al dat de verworven immuniteit, door het vaccin

geïnduceerd, helemaal geen zoden aan de dijk gebracht heeft.

Met de huidige omikronfamilie zitten we met een virus dat in feite hetzelfde effect heeft als een levend verzwakt vaccin. Het veroorzaakt milde ziekte, het is echter wel zeer infectueus.

Dus we zullen, zoals we al zien, een sterke golf van infecties hebben en natuurlijk ook van zieken. Maar daartegenover staan toch wel enkele positieve elementen. Ten eerste zullen we de natuurlijke immuniteit in de vorm van onze aangeboren antistoffen terugwinnen. Die worden normalerwijze onderdrukt door vaccinale antistoffen, omdat die een hogere affiniteit hebben voor het virus dan de aangeboren antistoffen. Wanneer die vaccinale antistoffen zich niet langer kunnen binden door het feit dat er resistentie ontstaat, dan kunnen de aangeboren antistoffen opnieuw hun werk doen. Dat is zeer zeer belangrijk. Bovendien is nu al vijf à tien jaar bekend dat die aangeboren antistoffen kunnen worden getraind door herhaaldelijk contact met het virus. Men stelt nu ook bij niet-gevaccineerden vast dat, hoe meer zij in contact komen met het virus, hoe meer zij een soort van resistentie opbouwen en gewoon niet meer ziek worden. Ook wanneer mensen ziek worden, krijgen zij automatisch een boost ten opzichte van het circulerende virus. Zij krijgen als het ware de meest recente update. Vandaar dat beide factoren tot een zeer goede bescherming leiden, ook bij gevaccineerden.

Als je er de resultaten en rapporten van de UK Health Security Agency op naslaat en de resultaten bekijkt die door Public Health Scotland worden vrijgegeven, dan stel je vast dat er een negatieve vaccinefficiëntie optreedt en dat in bepaalde leeftijdsgroepen de niet-gevaccineerden beter beschermd zijn dan de gevaccineerden. Dat is één voordeel.

Het tweede voordeel is dat de omkronvariant, als levend verzwakt vaccin, ervoor zorgt dat er een globale immunisatiestrategie ontstaat. Ik zei al dat als je ingrijpt in een pandemie, pal in het gebeuren, maar niet op een universele manier, dat weinig vinvol is. De omikronvariant is erg infectieus en zorgt ervoor dat deze vaccinatie door een levend verzwakt vaccin zeer breed wordt uitgestrooid.

Zoals ik reeds zei, leidt de natuurlijke immuniteit tot groepsimmuniteit, wat ervoor zal zorgen dat het virus geëlimineerd wordt. Daardoor zullen ook zwakkere bevolkingsgroepen, de kwetsbaren, die moeilijker immuniteit opbouwen door het feit dat ze met onderliggende aandoeningen kampen, beter beschermd zijn. Bovendien kunnen die mensen ook beter worden beschermd door ze in een vroeg stadium te behandelen – ik heb geen tijd om daar dieper op in te gaan -, want COVID-19 kan wel degelijk behandeld worden.

Het grote voordeel van deze natuurlijke immuniteit is dat zij niet leidt tot het ontsnappen van het virus, omdat zij het virus niet onder druk zet door de redenen die ik eerder heb uitgelegd. Er moet ook geen overbelasting van de ziekenhuizen verwacht worden door het feit dat die immuniteit veel beter zal werken, het virus elimineert en ook getraind kan worden. Het zal zeker niet leiden tot een recidiverende overbelasting van de ziekenhuizen. Deze ziekten veroorzaken namelijk een acute, maar zelfbeperkende infectie. Op populatieniveau gebracht, de definitie van pandemie is een acuut gebeuren dat ook vanzelf tot stilstand komt. Door het feit dat we maar blijven vaccineren, krijgen we dat dus niet tot stilstand en we krijgen de ene golf na de andere. Ook het feit dat zowel de gevaccineerden als de niet-gevaccineerden min of meer op dezelfde noemer komen te staan omdat het virus sowieso zeer verregaande resistent is geworden ten opzichte van het vaccin, maakt dat er niet de minste reden is om mensen te discrimineren op basis van hun immuunstatus. Dit gigantische voordeel van omikron kan volledig tenietgedaan worden door nu massaal te vaccineren tegen omikron.

Voor EudraVigilance, wat Europa betreft, zijn er toch berichten met betrekking tot neveneffecten die op zijn minst alarmerend zijn. De massavaccinatie brengt eigenlijk geen enkel voordeel, maar alleen een nadelig effect op ons aangeboren immuunsysteem en op de groepsimmuniteit door het feit dat er steeds hoger infectieuze varianten zullen circuleren, waardoor we dus meer en meer infectie krijgen. Dat zien we en dat is precies het tegenovergestelde van groepsimmuniteit. Dat vergt dat we de infectiositeit naar beneden krijgen. Aangezien er dus geen gunstig effect te verwachten is van de massavaccinatie, kunnen de neveneffecten niet verantwoord worden, en zeker geen alarmerende neveneffecten. Gezondheid is het hoogste goed.

Ik laat het aan de mensen om het even door te lezen.

Mijn conclusie is wel dat alleen in een open en eerlijk wetenschappelijk debat tussen onafhankelijke experts binnen een multidisciplinair kader de grenzen van de massavaccinatie of van de vaccinatie in het algemeen en de zin of de onzin van het voortzetten van dit experiment op een geloofwaardige manier wordt onderzocht en aan de bevolking duidelijk wordt gemaakt.

Zolang we een dergelijk debat niet hebben, is het

totaal onverantwoord om zelfs over een vaccinatieverplichting te spreken. Elke vorm van politisering van dit debat, alsook elke vorm van discriminatie tussen bevolkingsgroepen, staan alleen maar een humane oplossing van de huidige crisis in de weg.

Ik bedank u allen voor de aandacht.

De **voorzitter**: Dank u mijnheer Herry en mijnheer Vanden Bossche. Daarmee hebben we meteen al op het eerste gezicht twee erg tegenstrijdige standpunten.

We hebben tijd tot 13u. Ik geef het woord aan mevrouw Depoorter van de N-VA.

Kathleen Depoorter (N-VA): Ik dank de beide sprekers voor hun uiteenzetting.

Mijnheer Herry, u hebt het belang van de huisartsen in deze pandemie duidelijk onderstreept. Dat is ook het aanvoelen van mijn fractie. De eerstelijn heeft bergen verzet en heeft onze patiënten bijgestaan.

U hebt zich duidelijk uitgesproken voor een vaccinatieplicht. Ik heb daarover een aantal concrete vragen.

U zegt dat als iedereen gevaccineerd zou zijn, er minder PCR-testen zouden moeten worden afgenomen. Vandaag worden gevaccineerden wel degelijk getest. Zegt u hiermee dat men afstand van de PCR-testen moet nemen? Ja of neen? Zou dat veel minder belasting voor de eerstelijn opleveren? Pleit u hiermee voor afstand van het huidige testbeleid?

U haalde ook de continuïteit van de zorg aan. Als de vaccinatie al een hele tijd verplicht zal zijn, dan zou de continuïteit van de zorg beter gegarandeerd zijn, zegt u. Wilt u hiermee zeggen dat de booster eigenlijk te laat kwam? De cijfers van Sciensano geven aan dat veel minder mensen besmet zijn met een booster dan mensen met de twee vaccins. Kunnen we de stelling dan hanteren dat men hiermee te laat komt?

U sprak ook over de vaccinatieplicht voor zorgpersoneel, waarvan u ook voorstander bent. Er is een eerste wetsontwerp naar de Raad van State gegaan. De Raad van State stelde dat wanneer de vaccinatieverplichting voor zorgpersoneel nu in voege zou komen, er iets meer tijd nodig is dan tot 1 april, de oorspronkelijke datum waarop die verplichte vaccinatie zou ingaan. Onderschrijft u deze stelling van de Raad van State? Of vindt u eerder dat wij meteen moeten doorgaan?

U zei dat wanneer de volledige bevolking gevaccineerd zou zijn, er minder druk zou zijn op de eerste lijn, er een betere continuïteit van zorg zou zijn. Wat is volgens u de gezondheidswinst in een regio als Vlaanderen, waar 93 % gevaccineerd is? Zouden wij daar een grote stap vooruit zetten met een vaccinatieplicht? Kan in deze een differentiatie gemaakt worden tussen de verschillende regio's? Vlaanderen en Wallonië hebben een merkelijk hogere vaccinatiegraad dan Brussel.

U gaf duidelijk aan geen voorstander te zijn van het 1G-beleid. U zei dat de aansprakelijkheid van het publiek in deze te groot is. Hoe ziet u dan de aansprakelijkheid van de overheid naar neveneffecten toe? Er bestaat een waaier aan mogelijke neveneffecten, van geen tot myocarditis of hartspierontsteking, waardoor er een kleine periode van werkonbekwaamheid is, met ernstige effecten. Hoe moet de overheid juridisch rekening houden met die aansprakelijkheid en de patiënten a rato van de gevoeligheidsgraad van de neveneffecten gaan compenseren?

Hoe ziet u die verplichting eigenlijk? Wij hebben de booster. Het basisvaccinatieschema kent u als arts uiteraard, met maand 1, maand 2, maand 6. Er wordt nu reeds gesproken over een vierde vaccinatie en eventueel een vijfde en zesde. Hoe moet de overheid daarmee omgaan? In hoeverre kunnen wij garanderen dat het immuunsysteem die verschillende boosters aankan en dat het immuunsysteem daarop op dezelfde manier zal blijven reageren?

Wat zijn de lijnen die we daarin wetenschappelijk kunnen bepalen?

U vermelde ook weerstand voor verplichte vaccinatie. Hoe ervaart u dat? Hoe zou u daarmee omgaan? Want uiteraard, als de overheid de vaccinatie verplicht, dan zal ze die verplichting moeten handhaven. Hoe ziet u ten eerste die handhaving? En ten tweede, hoe ziet u de weerstand en ook de juridische en maatschappelijke onderbouwing van verplichte vaccinatie? We moeten ervoor zorgen dat we onze burgers effectief mee hebben en dat het psychologisch draagvlak er effectief is.

Ik heb straks nog een aantal algemene vragen voor beide sprekers, maar nu richt ik me tot de heer Vanden Bossche. U begon uw tussenkomst door te zeggen dat u geen belangenconflict hebt. Daarna heeft u een zekere verduidelijking gemaakt. Ik was hier graag nog even op ingegaan. In de pers heb ik gelezen dat u zelf een vaccin ontwikkelt, gebaseerd op de T-cellen. Klopt dat? Is uw stelling dat er geen belangenconflict zou zijn

dan wel conform? Ook als consultant kan ik mij moeilijk voorstellen dat u volledig ongebonden bent. Een verduidelijking hiervan is volgens mij een belangrijke kanttekening.

U geeft aan dat een natuurlijke pandemie na een jaar uitdooft. In de literatuur heeft men het echter vaak over periodes van vier jaar. Welke wetenschappelijke publicaties hanteert u voor uw stelling? Kan u die met ons delen?

U zei ook dat de vaccins steriliserend moeten werken. Elk jaar ondersteunt de overheid een seizoensgriepvaccinatie, met een bereik van 60 à 70 %, die al jarenlang gekend is. Men hanteert hiervoor verschillende stammen. Bedoelt u dan eigenlijk dat ook deze vaccinatiecampagne niet toereikend is, of niet noodzakelijk? We gaan er wetenschappelijk van uit dat die influenzavaccinatie effect heeft en ervoor zorgt dat er minder mensen in het ziekenhuis belanden en sterven aan griep. Tot op vandaag geeft de literatuur ook aan dat na covidvaccinatie minder ernstige covidvormen en minder dodelijke patiënten voorkomen. Spreekt u dat volledig tegen? En op welke literatuur baseert u zich daarvoor?

Wat ik moeilijk vind in uw redenering over het competitieve voordeel door vaccinatie en de natuurlijke immuniteit is dat u stelt dat men moet starten met vaccineren alvorens er een pandemie uitbreekt. Er zijn nochtans heel wat voorbeelden uit het verleden met ebola, cholera enzovoort, waar men ook beginnen vaccineren is middenin de epidemie. Is uw stelling dan dat u het opportuun had gevonden om te beginnen met vaccineren na de crisis?

U zegt ook dat, door het vaccineren, het virus zich steeds meer zal beginnen ontwikkelen, omdat het de competitie aangaat met de immuniteit, waardoor het virus telkens moet aansterken. Eigenlijk gaat u met deze uitspraak de bacteriële toer op. U vergelijkt dit immers met een bacterie die resistent wordt tegen een antibioticum. Ik heb tot op heden geen literatuur gevonden die deze stelling staaft. Kunt u mij daar aanvaarde wetenschappelijke publicaties over voorleggen?

U zegt dat 'de software niet kan worden gewist'. We weten dat de immuniteit met een soort geheugen werkt, maar dat is ook zo met natuurlijke immuniteit. Wat is volgens u dan het verschil tussen de natuurlijke immuniteit die op lange termijn zal werken en de vaccins? De vaccins hebben ook invloed op de T-cellen. Daar heb ik wel literatuur over, maar u spreekt dit tegen. Bent u ook in het bezit van wetenschappelijke publicaties die dit tegenspreken? In dat geval had ik ze graag van u ontvangen.

Er is volgens u een risico op immunologische bijwerkingen. Die stelling kunnen we inderdaad onderschrijven. Elk vaccin kan namelijk bijwerkingen hebben, en daar moet op worden geanticipeerd.

U geeft aan dat u de pandemie op een andere manier zou indijken, maar echt concreet wordt u niet, buiten wat u zegt over de puzzel, die vandaag gangbaar is, want men stoelt niet enkel meer op de vaccinatie, maar ook op de andere wetenschappelijke inzichten, zoals profylaxe en dergelijke meer, het dragen van een mondmasker, handhygiëne, afstand houden. Wat is concreet de stap die u zou voorstellen? U hebt het over de natuurlijke immuniteit. Had u dan – hoe onderschrijft u dat wetenschappelijk – van in het begin van de pandemie geen stappen naar vaccinatie of naar immunisatie gezet en waarop baseert u zich dat de pandemie dan na een jaar over had kunnen zijn?

U spreekt over het aangeboren immuunsysteem. Bij mijn weten maakt een kind heel wat infecties door wanneer het naar de crèche en de kleuterklas gaat en bouwt het daardoor een zekere basisimmuniteit op. Uiteraard zijn alle moleculen en schakels om de immuniteit op te bouwen aanwezig in dat kind, maar het is het contact met de verschillende virussen dat ervoor moet zorgen dat de immuniteit opgebouwd wordt. U stelt dat de aangeboren immuniteit voldoende geweest zou zijn om het coronavirus in te dijken, maar daar had ik graag een wetenschappelijke verklaring voor gehad, want wij weten allemaal dat het immuunsysteem met de leeftijd – u hebt daarnaar verwezen – ietsje minder alert zal reageren. De experten die de overheid hebben begeleid in de pandemie, hebben in het begin van de crisis heel duidelijk gesteld dat er nog geen natuurlijk opgebouwde immuniteit was bij de bevolking voor het coronavirus, omdat het een totaal nieuw virus was en het dus eigenlijk niet kon dat wij, als individu, al een immuniteit hadden opgebouwd.

Hoe weerlegt u die stelling dan? Was het dan toch mogelijk dat een individu of een oudere, gezonde burger voldoende immuniteit had om het virus aan te pakken en waarop baseert u zich daarvoor?

Hoe zou u dan te werk gaan bij patiënten die een immunodeficiënt systeem hebben? Hoe zou u hen beschermen?

Waar situeert u de verworven immuniteit door vaccinatie in de combinatie aangeboren immuniteit en verworven immuniteit? Is dat voor u helemaal niet aan de orde of wel?

U geeft aan dat bij de vaccinatie de antistoffen worden gegenereerd, terwijl er hoogcontact is met het virus. U geeft indirecte publicaties aan. Wat bedoelt u met indirect? Is dat effectief wetenschappelijk onderbouwd? Kan u dat duiden?

U geeft ook aan dat de varianten al ontstonden voor de massavaccinatie. Waarop baseert u zich? Dat is immers de eerste keer dat ik dat hoor. Ik heb dat ook nog nergens gelezen. Graag kreeg ik daarover duidelijkheid.

U stelt dat massavaccinatie tegen omikron niet noodzakelijk is. Wat is uw voorstel voor de volgende varianten? Immers, wanneer wij vandaag de oefening doen, gaat het niet enkel over omikron. Voor omikron is het al te laat. Daarover zijn wij het eens. Is het dan niet nodig dat wordt onderzocht wat met volgende varianten effectief moet gebeuren?

U stelt ook dat niet-gevaccineerden dezelfde reactie hebben op omikron als gevaccineerden. In mijn contacten met artsen op IZ ligt dat toch wel anders. De patiënten die ernstig ziek zijn, COVID-19 ontwikkelen en echt nood hebben aan hospitalisatie en hulp, zijn hoofdzakelijk en bijna uitsluitend niet-gevaccineerde patiënten. Hoe weerlegt u dat feit?

Ik had nog een vraag, waar ik straks misschien wel op kom.

Bij de algemene vragen voor beide sprekers had ik heel graag nog een aantal vragen toegevoegd.

Indien wij zouden verplichten, welk vaccin moet dan worden verplicht? Laten wij de patiënt een keuze? Er zijn eiwitvaccins en mRNA-vaccins. Is het belangrijk dat daarbij een keuze of een optie mogelijk is voor de patiënt of voor de arts bijvoorbeeld?

Als we tot verplichting zouden overgaan, hoeveel dosissen zijn er nodig? Hoe werkt men dat uit? Wat is uw visie over de seizoensvaccinatie van de griep? Als dit virus endemisch wordt en zich uiteindelijk als een griep gaat gedragen, moeten we dan ook de griepvaccinatie verplichten?

Er is een aantal andere vaccins in ontwikkeling, zoals perorale vaccins en sprays. Moeten wij daarmee vandaag rekening houden en kunnen die een andere invloed hebben op de verkregen immuniteit?

Wat betreft de langetermijneffecten, en een van de sprekers heeft het daarover gehad, we zijn ervan overtuigd dat elke vaccin sowieso moet worden opgevolgd. Farmacovigilantie is een evidentie. In hoeverre zullen de langetermijneffecten bepalend zijn voor de invloed die een vaccin kan hebben op toekomstige therapieën die patiënten moeten ondergaan? We hebben de PEG-lipiden, die licht immunogeen zijn en waarrond een onderzoek loopt aan de Universiteit Gent. Hebt u daarmee vandaag al rekening gehouden in uw stellingname?

Mijnheer de voorzitter, ik heb nog heel wat vragen, maar ik ben al een kwartier aan het spreken, dus ik zal de collega's aan het woord laten. Ik wil het wel nog over een punt hebben. We hebben het medische, het juridische het psychologische en het ethische luik. De sprekers hebben zich beperkt tot hun eigen expertise, maar misschien kunnen die verschillende luiken in een volgende uiteenzetting worden aangestipt. Hoe ziet u het effect op ethisch, psychologisch en juridisch vlak? U hebt zich vandaag immers op het medisch vlak gebaseerd.

Sofie Merckx (PVDA-PTB): Je voudrais évoquer un problème d'agenda. Je pense que Mme Fonck a le même problème. À midi, c'est la Conférence des présidents. Soit nous avons l'occasion de donner notre avis à notre retour, soit nous le donnons rapidement maintenant. Je ne sais pas comment on fait.

Le **président**: Je peux donner la priorité aux chefs de groupe qui souhaitent intervenir, si tout le monde est d'accord, sinon l'ordre des groupes s'appliquera. Je constate qu'il n'y a pas d'accord à ce sujet.

Sofie Merckx (PVDA-PTB): J'entends bien que M. Vanden Burre s'oppose mais restons pragmatiques. Pouvons-nous alors intervenir après être revenues de la Conférence des présidents? En ce qui me concerne, l'intervention sera courte.

Le **président**: Monsieur Vanden Burre, vous en tenez-vous au principe de l'ordre des groupes? Ne peut-on pas laisser parler Mme Merckx et Mme Fonck si elles se limitent à cinq minutes? Les règles normales sont d'appliquer l'ordre des groupes. Vous le savez bien. Au moins deux membres sont les seules de leur groupe et doivent assister à la Conférence des présidents à midi. J'essaye d'en tenir compte. En général, on essaye d'être courtois et que chacun ait l'occasion de poser ses questions.

Gilles Vanden Burre (Ecolo-Groen): Monsieur le président, nous sommes toujours très courtois avec nos collègues. Comme vous m'interpellez personnellement, je dirai qu'il est important d'avoir des règles. Si vous me dites que la règle par ordre

des groupes est maintenue de manière générale, mais qu'ici on fait une exception pour les collègues Merckx et Fonck puisqu'il y a Conférence des présidents, nous n'allons pas nous y opposer. Je demande que ces collègues aillent à l'essentiel. Je pense qu'à l'avenir, on devrait fixer un temps de réaction par groupe. Quand nous avons, par exemple, quatre intervenants comme cet après-midi, je me permets de vous conseiller ou de vous suggérer, monsieur le président, de fixer un timing par groupe également.

En résumé, nous ne voyons pas de problème pour que ces collègues interviennent. Nous restons courtois, mais il est aussi bien d'avoir des règles.

Le **président**: Procédons donc ainsi. Je donne la parole à Mme Merckx et à Mme Fonck en leur demandant d'être relativement succinctes. Je le demande à tout le monde mais en particulier à elles.

Sofie Merckx (PVDA-PTB): Merci beaucoup, monsieur Herry. Je constate que vous avez une vision assez idéale. Vous dites que si le taux de vaccination était de 100 % en Belgique, en obligeant la vaccination, il n'y aurait plus de PCR, plus d'hospitalisations. Je me demande sur quoi vous vous basez. En effet, malgré un taux très haut de vaccination, des vaccinés ont été hospitalisés.

Par ailleurs, je voudrais savoir comment vous – ou vos collègues – approchez les hésitants pour la vaccination dans votre consultation. Il me semble qu'un des principes, en tout cas ce qu'on nous apprend dans les cours de médecine, c'est qu'il est très important, quand on a un hésitant devant nous, que la personne prenne sa décision. L'OMS dit aussi qu'il faut plutôt convaincre que contraindre. Je constate que vous prenez le pas de la contrainte, finalement, en vous positionnant clairement pour l'obligation. Je souhaiterais que vous expliquiez pourquoi vous adoptez cette position-là.

Ik kom aan de vragen voor de heer Vanden Bossche.

Deze hoorzittingen vinden plaats in in het kader van een al of niet verplichte vaccinatie. Ik stel vast dat we nu in een debat zijn terechtgekomen over het nut van vaccinatie, alleszins in deze pandemie. Ik denk dat het belangrijk is dat we dit thema ook aansnijden. U hebt gesteld dat een pandemie spontaan stopt na 1 jaar. Kunt u daar voorbeelden van geven uit de geschiedenis, want we hebben blijkbaar niet dezelfde geschiedenisboeken gelezen.

U bent duidelijk voorstander van collectieve immuniteit, als ik het goed heb begrepen. Op 26 november publiceerde Sciensano een studie waarin men stelde dat 30.000 ziekenhuisopnames werden vermeden door de vaccinatie. Stelt u die studie in vraag en op basis waarvan? Bent u voorstander van het Braziliaanse model? In Brazilië kiezen de machthebbers duidelijk voor de optie van collectieve immuniteit. Denkt u dat de situatie daar sanitair gezien en immunologisch gezien beter is?

U zegt dat een hoge vaccinatiegraad leidt tot het ontstaan van varianten. Kunt u dat voor het coronavaccin aantonen ten opzichte van de varianten die we zien opkomen? We hebben de Britse variant gehad voor we vaccineerden en alle andere varianten die zijn ontstaan in landen met een lage vaccinatiegraad.

U zegt ook dat u volledig tegen het vaccineren bent in een pandemie zoals nu en dat we de natuurlijke immuniteit moeten laten spreken. Zelfs al verplichten we de vaccinatie niet, toch zouden heel veel mensen die zich sowieso hebben laten vaccineren, eens de vaccins op de markt zijn gekomen, omdat heel veel artsen dit aanraden aan hun patiënten en de overheid dit organiseert. Pleit u dan voor verbod op vaccinatie? Denkt u dat dit beter zou zijn?

U zegt ook dat gevaccineerden en niet-gevaccineerden in hetzelfde straatje zitten. Nochtans hebben wij in België cijfers waaruit blijkt dat het risico van hospitalisatie groter is voor een niet-gevaccineerde persoon en dat de vaccins beschermen tegen ergere vormen van covid. Er is onder andere een studie van Sciensano die u zeker kent. Omdat de tijd hier kort is, heb ik ze even niet kunnen opzoeken. Kunt u met studies aantonen dat de gevaccineerden dezelfde hospitalisatiegraad hebben als de niet-gevaccineerde personen?

Catherine Fonck (cdH): Monsieur Herry, je voudrais saluer l'apport de tous les médecins généralistes pendant cette crise. Nous sommes alignés avec vous sur l'apport majeur de la vaccination.

Vous plaidez pour un modèle d'obligation vaccinale et j'ai quatre questions à vous poser.

Votre position concerne-t-elle l'avenir, en fonction de l'évolution de l'épidémie, avec éventuellement de nouveaux vaccins? Ou plaidez-vous déjà pour une obligation vaccinale aujourd'hui avec ce type de vaccin, dont on voit qu'il est nécessaire de le répéter de manière fréquente et malgré l'évolution de l'épidémie avec le variant omicron?

Qu'en est-il de votre position sur l'obligation vaccinale pour les mineurs, particulièrement pour les enfants de moins de douze ans?

Comment intégrez-vous l'enjeu du consentement éclairé face à cette position sur l'obligation vaccinale?

Certaines études ont démontré que le fait d'avoir contracté le covid récemment – y compris pour des personnes doublement vaccinées – donnait une protection similaire voire plus importante à celle offerte par une double vaccination plus un booster. Dans votre approche de l'obligation vaccinale, comment prenez-vous en considération les malades covid récents?

Monsieur Vanden Bossche, vous avez fait une présentation qui met profondément en doute l'apport de la vaccination. Je suis une scientifique, je lis la littérature scientifique au sujet du SARS-CoV-2 depuis le début de la pandémie. Permettez-moi dès lors de vous demander d'apporter à cette commission aujourd'hui, sur la base de preuves et de publications scientifiques rigoureuses, des éléments sur quatre points que vous avez voulu mettre en avant.

Vous avez parlé du danger de vacciner pendant la pandémie parce que la vaccination induirait des variants. Quelles sont les preuves scientifiques pour ce postulat?

Il est bien connu que le processus de survenue de variants survient tout autant lors de l'immunité induite suite à l'infection. D'ailleurs, dans cette pandémie SARS-CoV-2, c'est bien avant la vaccination contre le covid-19 que les variants sont apparus spontanément, suite à l'accumulation de mutations.

Deuxième postulat que vous avancez: la perte d'immunité si on vaccine les enfants, par compétition entre les anticorps des vaccins et les anticorps innés. Les évidences scientifiques sont très claires pour l'immunité qui est, au contraire, stimulée et complétée par la vaccination. Sur quelles bases scientifiques faites-vous donc ce postulat de perte d'immunité? Pour moi, il n'a clairement pas de preuve scientifique.

Vous parlez d'un phénomène de facilitation de l'infection par des anticorps. Sur quelle base scientifique annoncez-vous cela, puisque cela n'a pas été documenté pour le SARS-CoV-2? Or il y a eu, à travers le monde, des milliards de personnes qui ont soit été infectées, soit été vaccinées.

Enfin, vous avez dit que les non-vaccinés sont plus protégés que les vaccinés. Sur quoi basez-vous ce postulat qui, pour moi, ne tient en rien la route? Puisque d'une part, pour le SARS-CoV-2, le covid-19, le risque de décès et d'hospitalisation, et d'hospitalisation avec des pathologies sévères, on a des preuves très claires que ce risque est largement diminué, extrêmement, fortement diminué pour les personnes vaccinées.

Par ailleurs, dans le cadre d'autres vaccinations, dans le cadre d'autres épidémies, d'autres vaccinations ont été effectuées pendant les épidémies, et cela n'a jamais entraîné de recrudescence des décès.

Je voudrais vraiment, monsieur le président, que, dans un débat où on a, comme ça, une thèse qui est présentée, qui est clairement une thèse anti-vaccination, que les preuves scientifiques soient apportées; des preuves dans des revues de littérature scientifique sérieuse.

Monsieur le président, je termine ici mon intervention et je vous remercie.

Barbara Creemers (Ecolo-Groen): Ik dank alvast de twee sprekers.

Dokter Herry, wat ik niet gehoord heb in uw betoog is hoe u tegenover therapeutische innovaties staat. Hoe passen de curatieve innovaties, waar wij nu al iets meer over weten dan een aantal maanden geleden, in uw visie op een eventuele verplichting? Als er snel doorbraken komen, vinden die dan een plaats in uw visie?

Collega Depoorter heeft al gevraagd, indine wij overgaan tot verplichting, welk vaccin vindt u dan dat verplicht moet worden? Is er keuzevrijheid? Ik wil een bijkomende vraag stellen, wat verplichten wij dan eigenlijk? De oorspronkelijke vaccinatiecyclus, waarbij wij uitgingen van twee vaccins, of ook de booster?

Binnenkort zullen wij ook een vierde dosis aan de extra kwetsbaren toedienen. Hoe ziet u die in uw visie op de verplichting? Wat verplichten wij dan? Hoever gaan wij daarin?

De oorspronkelijke vraag waarover wij hier zouden debatteren, was een vraag van het Overlegcomité aan het Coronacommissariaat, namelijk hoe wij de vaccinatiegraad kunnen opkrikken. De vraag over een eventuele verplichting was daar een onderdeel van. De oorspronkelijke vraag was echter hoe wij de vaccinatiegraad nog konden opkrikken.

Zien jullie, specifiek als huisartsen, naast het debat over een verplichting van 1G, 2G of 3G nog een rol voor jullie weggelegd in het opkrikken van de vaccinatiegraad? Is daar een rol weggelegd voor

de proefprojecten, waar voorlopig goede zaken uit voortkomen, inzake *community health workers*, brugfiguren tussen de overheid, de medische wereld, en de patiënten? Soms gaat het om moeilijke situaties. Is er daar nog een marge? Dit is een zijvraag bij het debat over de verplichte vaccinatie. Ziet u op die manier nog veel groeimarge voor de vaccinatiegraad?

U zei dat u in mensenrechtenmiddens eigenlijk weinig stemmen hoort die tegen een verplichting zijn. Zij stellen echter wel heel wat voorwaarden voor de vaccinatie. De vaccinatiestrategie is uiteindelijk toch ook maar een strategie, een middel, om onze gezondheidszorg te vrijwaren van instorting?

Wij vaccineren toch niet zomaar om te vaccineren, maar wel om allemaal uit deze pandemie te komen en het zorgsysteem intact te houden? Mijn vraag is dan hoe wij de vaccinatiestrategie opnieuw kunnen inkapselen in een beleid dat erop gericht is de risico's op korte, middellange en lange termijn naar beneden te halen en opnieuw *the bigger picture* te zien?

Mijnheer Vanden Bossche, eigenlijk was mijn vraag aan dokter Herry om wetenschappelijk op een aantal van uw argumenten te reageren. Ik heb hem af en toe zien fronsen. Ik kan mij voorstellen dat hij andere inzichten heeft. Ik hoop dat hij straks de ruimte krijgt om die mee te delen.

U zei in het begin van uw betoog dat wij ons veel te veel op snapshots baseren. Hoeveel doden zijn er vandaag, hoeveel ziekenhuisopnames zijn er vandaag? Wij focussen volgens u te weinig op het eindstation. Hebt u studies, voorspellingen of statistieken over hoeveel extra doden wij, boven op de 28.800 die wij vandaag tellen, gehad zouden hebben als wij voor de groepsimmuniteit gegaan zouden zijn? Zijn daar voorspellingen van? Sciensano zegt dat als wij vandaag niet die hoge vaccinatiegraad hadden, wij 30.000 extra ziekenhuisopnamen zouden tellen. Ik heb regelmatig gehoord dat ons zorgsysteem aan het breken was. Die 30.000 extra opnamen zouden wij niet aankunnen. Hoeveel extra doden zou dat dan tot gevolg gehad hebben?

U zegt dat u zich bij de doeltreffendheid van het vaccin een aantal vragen stelt. Wij gaan immers uit van de klinische studies. Sciensano baseert zich toch niet enkel op klinische studies om te poneren dat er 30.000 extra ziekenhuisopnamen vermeden zijn door de vaccinaties?

Ik hoor u in uw laatste slide oproepen om onafhankelijke wetenschappers. Beschouwt u Sciensano dan niet als onafhankelijk? Dat is toch de overheidsinstelling waar wij ons op baseren? U zei letterlijk dat het niet nodig is om kinderen te vaccineren. Ik hoorde vanmorgen Ann De Guchtenaere op de radio. Wij horen haar hier vanmiddag ook, maar ik wil u toch even een quote van haar voorleggen.

Zij zegt vanmorgen op de radio dat één op de drieduizend jongeren ouder dan 12 jaar na een besmetting MIS-C ontwikkelt, een ernstige complicatie. Na een vaccinatie daalt die kans met meer dan 90 %. Hoe rijmt u dat met uw stelling dat we kinderen en jongeren niet moeten vaccineren?

U zegt dat een besmetting tot ziekte leidt en in het overgrote deel van de gevallen tot herstel en duurzaam verworven immuniteit. Hoe reageert u op de vele herbesmettingen die ons bekend zijn?

Hoe reageert u op de in december gepubliceerde studie van Sciensano over de langdurige gevolgen van covid? Sciensano heeft tussen eind april en eind juni mensen ondervraagd die in die periode besmet raakten. Vaak waren die mensen nog niet gevaccineerd. Ik was één van hen. Van de deelnemers aan het onderzoek heeft 47 % na drie maanden altijd nog minstens twee symptomen die in de pathologie van long covid passen. Hoe past dat in uw stelling dat een besmetting leidt tot ziekte en in het overgrote deel van de gevallen tot herstel en duurzaam verworven immuniteit? Hoe gaat u om met langdurige covid, een realiteit voor ongeveer de helft van de deelnemers aan het onderzoek van Sciensano?

U zegt dat een pandemie een wereldwijde aanpak vergt. Als ik u goed begrepen heb, dan zegt u over die wereldwijde aanpak dat vaccinatie niet de juiste weg is, wel groepsimmuniteit. In welke mate past die wereldwijde aanpak in uw onderzoek naar een universeel vaccin, toegespitst op de *natural killer cells*, uw eigen onderzoeksproject waaraan u als consultant professioneel werkt? Past dat daarin, wil u ons in die richting sturen? Ik ben geen wetenschapper maar heb wel wat ervaring met communicatie. Het past er communicatief gezien wel mooi in, denk ik dan.

Laurence Zanchetta (PS): Merci monsieur Herry pour votre intervention. Quant à monsieur Vanden Boscche, je regrette très sincèrement le manque de références par rapport à votre intervention.

Le débat que nous menons est essentiel pour le futur si, à un moment donné, cette obligation s'avérait nécessaire et justifiée au vu de l'évolution de l'épidémie et de son impact prévisible sur le système de santé. Dès lors, il y a d'une part la discussion sur le principe même de l'obligation vaccinale et d'autre part, pour ceux qui partagent

cette vision d'une possible obligation vaccinale, la discussion sur la manière de la mettre en œuvre.

Justement, la question est peut-être vaste, Monsieur Herry, comment voyez-vous la mise en œuvre? Comment envisagez-vous la mise en œuvre de cette obligation vaccinale?

Pour permettre cette obligation, certaines incertitudes scientifiques devraient pouvoir être levées, à savoir notamment l'efficacité des vaccins face aux variants en circulation mais également la durée de protection que confère la vaccination.

Monsieur Herry, qu'en est-il de l'évolution de l'efficacité des vaccins, notamment face aux nombreux variants qui ont émergé au cours de cette pandémie? Sciensano a de nombreuses études et nous a déjà donné pas mal de chiffres importants quant au rôle de la vaccination mais que sait-on aujourd'hui de la protection offerte par exemple suite à un rétablissement et celle conférée par les vaccins? Sans parler du taux d'efficacité, est-ce qu'on peut dire que les vaccins actuels permettent ou pourraient permettre de se prémunir des possibles nouveaux variants qui pourraient émerger? On se doute qu'omicron ne sera pas le dernier.

Que savons-nous aujourd'hui des travaux que mène l'industrie pharmaceutique pour apporter des réponses plus efficaces en termes de vaccination? En gros, est-ce que les incertitudes qui subsistent justement aujourd'hui et peut-être encore demain font que les conditions à la vaccination obligatoire ne peuvent être remplies?

Pour ce qui concerne les traitements, ils semblent arriver mais restent très spécifiquement utilisés. Lorsqu'ils le sont, monsieur Herry, peut-on penser qu'ils peuvent rendre la vaccination obligatoire superflue?

Certaines personnes estiment que la vaccination ne peut être rendue obligatoire parce que les vaccins n'ont pas fait l'objet d'une approbation habituelle par les agences du médicament. Elles affirment que les citoyens sont soumis à des études cliniques à grande échelle. On sait que l'argument est souvent avancé. À votre sens, monsieur Herry, que peut-on répondre à ce type d'argument?

Steven Creyelman (VB): Ik dank beide sprekers voor hun uiteenzetting. De meeste van mijn vragen zijn voor u beiden, maar als ik specifieke vragen heb voor een van u zal ik dat wel zeggen.

Iedereen is in deze commissie uitgenodigd omwille van een bepaalde expertise en heeft een duidelijk standpunt pro of contra een verplichte vaccinatie. Dat is vandaag heel duidelijk geworden. Er werd een aantal stellingen gebracht. Wat ik in beide uiteenzettingen niet heb gehoord, geachte sprekers, is op basis van welke concrete studies u tot uw standpunt bent gekomen en waarom die argumenten voor u waardevoller zijn dan die van de andere kant. Ik ben oprecht geïnteresseerd in die studies en zou die graag lezen zodat ik mij dan beter in uw wereld kan inleven. Als u die studies met ons zou kunnen delen, zou ik dat zeker appreciëren.

Ik ben economist van opleiding, dus ik zal het hebben over de marginale meeropbrengst. Wat is volgens u beiden de marginale meeropbrengst van het verplichten van de vaccinatie? Van de Vlamingen is 93 % dubbelgevaccineerd en een aanzienlijk deel is al geboosterd. Dat wetende, wat is volgens u dan de betere piste, het meest zinvolle? Is dat inzetten op het bereiken van de nog niet-gevaccineerden in de hoop zo een hogere vaccinatiegraad te bereiken, is dat eerder inzetten op de mensen die al gevaccineerd zijn en hen overtuigen hun boosterprik te halen en hen zo nog beter te beschermen of is het eerder een combinatie van beide? Hoe ziet u dat zelf?

Aansluitend daarop, de vraag van 1 miljoen, kunnen we onszelf volgens u uit deze pandemie vaccineren? Dokter Herry, u zei in dat kader dat als iedereen gevaccineerd zou zijn, er een rustiger verloop van de pandemie zou zijn. Mag ik vragen op welke studies u zich daarvoor baseert? Daarin ben ik oprecht geïnteresseerd. Mijnheer Vanden Bossche, als ik het goed heb begrepen, zegt u dat de huidige vaccins het virus onder druk zetten, het doen muteren en varianten doen ontstaan. Begrijp ik dat goed? Waarop baseert u uw uitspraak?

Ik las dat een virus er geen belang bij heeft om zijn *host* te doden en dat varianten dus niet noodzakelijk een slechte zaak zijn omdat een virus, in zijn overlevingsdrang, besmettelijker en minder dodelijk of ziekmakend probeert te worden. Het probeert dus gewoon te overleven. Hoe staat u daartegenover? Is vaccinatie in die optiek geen goede zaak? Zoals u zelf al aangaf, zo heb ik dat althans begrepen, wordt het virus op die manier onder druk gezet en muteert het in een zachtere vorm die voor ons minder problematisch wordt. Ik hoor daarover graag uw mening.

Wat de tijdigheid van verplichte vaccinatie betreft, voorspelt de WHO in haar glazen bol het einde van de pandemie in Europa. Ik vraag mij af of verplichte vaccinatie dan hoegenaamd nog zin heeft. Komt dit volgens u beiden nog op tijd als potentiële maatregel, onder andere rekening houdend met de

varianten die nu dominant zijn, met de medicatie tegen COVID-19 die wordt ontwikkeld en met de vaccinatiegraad?

Stel dat het Parlement besluit om over te gaan tot verplichte vaccinatie, dan zullen we dit ongeveer kunnen uitrollen rond de paasperiode. Ik ga ervan uit dat er op dat moment, in april en mei, minder viruscirculatie zal zijn. Hoe moeten we dan omgaan met die verplichting? Heeft een verplichte vaccinatie op dat moment zin, gegeven dat we tegen de winterperiode toch potentieel een booster zullen moeten prikken? Met andere woorden, als er wordt beslist tot een verplichte vaccinatie, wanneer moeten we die dan inplannen? Wat is volgens u beiden het meest optimale moment?

Wat betreft virusremmers, welke rol ziet u beiden weggelegd voor virusremmers, zoals deze die worden geproduceerd door Merck en Pfizer in de bestrijding van de pandemie? Kunnen die een alternatief vormen voor verplichte vaccinatie of ziet u dat eerder als een aanvulling?

Dokter Herry, ik meen dat u in uw toelichting zei dat er in de zorg een overbelasting is door covidpatiënten. Gaat dat dan zuiver over covidpatiënten of gaat het om mensen die nog bijkomende onderliggende aandoeningen hebben die hen op intensieve zorg hebben doen belanden? Beschikt u hieromtrent over data? Dat is iets waaraan dit Parlement moeilijk geraakt.

Welke rol ziet u weggelegd voor virusremmers in het kader van de belasting van de zorg? Kunnen die daar *überhaupt* een rol in spelen?

Ik hoor steeds vaker dat mensen in mijn omgeving die vrij enthousiast hun eerste twee prikken haalden, nu beginnen te twijfelen aan het nut van de boosterprik of alleszins aankondigen dat die boosterprik meteen ook hun laatste prik zal zijn. Hoe moeten we omgaan met die kritische houding ten aanzien van deze en zelfs toekomstige boosterprikken? Hoe moeten we dus omgaan met die vaccinatiemoeheid in het licht van een eventuele vaccinatieverplichting?

Gisteren zei de heer Vandenbroucke tijdens de commissievergadering dat vaccinatie bij kinderen en jongeren eigenlijk essentieel is in de verdediging tegen het virus. Hij beveelt het ook sterk aan. Hoe staat u tegenover de vaccinatie bij kinderen tot en met elf jaar en jongeren tot en met zeventien jaar? Hoe staat u tegenover de verplichte vaccinatie bij die jongeren? Wat zijn voor u de voornaamste af te wegen voor- en nadelen? Professor Ann De Guchenaere zei vandaag in *De Ochtend* dat 70% van de kinderen al corona had doorgemaakt. Wat doe ik het beste met mijn kind? Hoe zit het trouwens met het verschil in immuniteit verworven door infectie en door vaccinatie? Wat beschermt het beste? Is dat gelijkaardig of is dat bij jongeren anders dan bij volwassenen? Is het een meerwaarde om gezonde mensen te vaccineren die al een infectie hebben doorgemaakt? Is daar een wetenschappelijke consensus over?

Tot slot, wat is het eindstation?

Is dat het uitroeien van het virus? Is dat leren leven met het virus als een soort van seizoensvirus? Om de strijd met het virus aan te gaan, moeten we ook wel weten waar we naartoe gaan. Welke weg moeten we bewandelen om waar toe te komen?

Daniel Bacquelaine (MR): Monsieur le président, je voudrais remercier le Dr Herry pour avoir réaffirmé le bienfait de la vaccination parce que je pense intéressant et nécessaire qu'il n'y ait aucun doute par rapport à la plus-value qu'amène la vaccination. Le débat que nous menons aujourd'hui a pour but de déterminer la meilleure façon d'obtenir une augmentation de la couverture vaccinale de la population. Quels sont les instruments et les stratégies les mieux adaptés pour arriver à cet objectif? Le but du Parlement n'est pas de faire un débat sur l'intérêt de la vaccination. Le Dr Herry a été très clair à ce sujet. La vaccination est un outil efficace et nécessaire. Je le remercie aussi d'avoir rappelé l'implication des médecins généralistes et hospitaliers dans ce combat – ce terme est juste – contre cette pandémie au service de l'ensemble de la population.

Je souhaite poser quelques questions. Quand on évoque la meilleure façon d'obtenir une augmentation de la couverture vaccinale, en théorie on pense immédiatement à l'obligation vaccinale ou au pass vaccinal, qui est une sorte d'obligation un peu déguisée mais qui permet in fine à la personne de faire valoir son consentement éclairé de manière totale puisqu'elle peut refuser la vaccination, quitte à ne pas participer à des activités sociales – et cela peut être son choix délibéré. Ma question porte sur la proportionnalité. Très clairement, quand on décrète une obligation, on doit toujours s'interroger sur sa légitimité et la proportionnalité. Ce sont d'ailleurs les deux critères qu'utilise le Conseil d'État pour juger de la pertinence d'une obligation, d'une contrainte vis-à-vis de la population.

Concernant la légitimité, je pense qu'il n'y a pas de difficulté. On poursuit un objectif de santé publique, ce qui est légitime. Il n'y a pas de doute. Par contre, il convient de déterminer si la façon d'atteindre cet objectif de santé publique est bien proportionnel et respecte une certaine proportionnalité dans

l'ampleur de la contrainte. C'est le deuxième critère et c'est celui qui, à mes yeux, est extrêmement important quand on parle d'obligation vaccinale.

La première question est donc de savoir comment organiser pratiquement un système d'obligation vaccinale. À supposer qu'on opte pour une obligation vaccinale, comment l'organiserions-nous? Car il n'y a pas d'obligation sans sanction. Une obligation sans sanction est fallacieuse. Il faut donc s'interroger sur la façon d'organiser une obligation vaccinale qui rencontrerait notamment l'objectif de ne pas devoir contrôler ou tester tout un chacun pour voir s'il est bien dans les règles, parce que s'il ne respecte pas cette obligation vaccinale, il est dans la situation d'être de nouveau contrôlé ou testé. L'obligation ne dispense pas du contrôle, sinon cela voudrait dire qu'il n'y a aucune sanction. Cette obligation deviendrait alors sans objet et sans effet.

En ce qui concerne le personnel soignant, le Dr Herry a évoqué le terme de discrimination. Encore une fois, je ne pense pas qu'il y ait de discrimination. C'est de nouveau un problème de proportionnalité. Il y a discrimination quand on traite de manière différente des personnes qui vivent la même situation. Or ici, il ne s'agit pas de cela. Les soignants et les soignés ne vivent pas la même situation. Il n'y a donc pas discrimination. Les objectifs de l'obligation sont fonction de la personne à laquelle elle s'applique et qui vivent des situations différentes. L'objectif de santé publique impose une obligation vaccinale d'autant plus si elle s'adresse au personnel soignant. Cela me paraît assez clair. Il semble que la décision ait été prise, d'après ce que certains ont dit sur le banc gouvernemental, mais il faudrait qu'elle soit suivie d'effets.

Toujours dans le principe de proportionnalité, il y a de la proportionnalité dans le cadre de l'étendue de l'obligation et de la temporalité de l'obligation. Ce sont deux notions que nous devons prendre en considération. Dans l'étendue de la mesure, il y a le personnel soignant dont j'ai parlé et un autre point qui n'a pas vraiment été abordé. Quid d'une obligation éventuelle pour les enfants ou pour les mineurs? Dans l'esprit du Dr Herry, l'obligation vaccinale couvre-t-elle également les enfants, à partir de quel âge? L'obligation vaccinale vise-t-elle aussi des patients qui viennent de faire le covid? Quel est le nombre de mois qui pourrait être pris en considération pour rendre cette obligation effective après une infection par le covid? Je pense d'ailleurs que l'intérêt du pass vaccinal en France est de prendre cette notion-là en considération. Dans le pass vaccinal, il y a non seulement la nécessité vaccinale mais est également le fait d'avoir été infecté par le covid dans les cinq mois qui précèdent. Quelle est la position du Dr Herry à ce propos?

Il y a ensuite la proportionnalité en matière de temporalité. Quid des prochains vaccins? Aujourd'hui, on est à un moment particulier. Autant on peut débattre de la définition d'un outil efficace pour combattre une pandémie sur un plan théorique et absolu – je pense que le débat sur l'obligation vaccinale a toute sa place –, autant il est nécessaire, pour juger de la proportionalité de la mesure au moment où on la prend, de considérer le temps dans lequel nous sommes. Aujourd'hui, nous avons un variant omicron qui produit beaucoup moins de formes graves et qui infecte une très grande partie de la population, beaucoup plus que les chiffres que l'on cite. Je vous signale que beaucoup de gens ont été infectés par l'omicron sans le savoir ou n'ont pas fait de test PCR.

Le **président**: Monsieur Bacquelaine, l'heure avançant, je vous demande de bien vouloir conclure.

Daniel Bacquelaine (MR): Je termine, monsieur le président.

Quid de l'arrivée de nouveaux vaccins au regard de la temporalité? Si, demain, on dispose de nouveaux vaccins plus efficaces, va-t-on imposer, dans le cadre d'une obligation vaccinale, une quatrième, un cinquième, voire une sixième dose? Le stade de l'épidémie auquel nous sommes arrivés rend-il vraiment nécessaire une obligation vaccinale, à supposer même que celle-ci soit considérée comme utile sur un plan plus général face à une pandémie?

Monsieur le président, je n'ai pas de question à poser à M. Vanden Bossche puisqu'il se situe en dehors du domaine des connaissances.

Nathalie Muylle (CD&V): Mijnheer Herry, u hebt heel veel zinnige dingen gezegd en ik kan uw uiteenzetting volledig onderschrijven. U vertegenwoordigt ook een heel grote groep, nog steeds het grootste artsensyndicaat. Dat betekent dat wat u hier vertelt belangrijk is en een steun is voor onze visie.

U hebt in november een bevraging gedaan, zowel over de verplichte vaccinatie van zorgpersoneel als over een algemene verplichting. Van uw leden was toen 85 % voor de verplichte vaccinatie van zorgpersoneel en 74 % voor een algemene verplichting. Dat was natuurlijk in november, toen er een nieuwe klim was, toen er nog heel veel onzekerheden waren over omikron en de gevolgen ervan. De signalen waren toen nog alarmerender.

Hoe ligt de steun bij uw leden vandaag? Is die nog even groot? Worden beide verplichtingen nog op dezelfde manier gedragen?

U sprak zich heel duidelijk uit voor verplichte vaccinatie van het zorgpersoneel. U zei heel terecht dat zij reeds heel lang van hun vrijheden beroofd zijn. De regering heeft een voorstel op tafel liggen voor het zorgpersoneel. Er is een advies van de Raad van State. Dat advies zegt dat wij breder moeten gaan, niet alleen naar visumplichtigen. Wij vinden dat ook. De reden waarom men op visumplichtigen uitgekomen is, ligt in de mogelijkheid tot sanctioneren.

Ik ga dit niet vragen voor de algemene vaccinatie, maar met betrekking tot de zorg wil ik het toch wel graag weten van het artsensyndicaat. U spreekt over de brede zorg, niet alleen de mensen die binnen de WUG een visum hebben maar ook de mensen die administratieve en logistieke jobs hebben. Ik denk ook aan mantelzorgers en vrijwilligers die verbonden zijn aan het ziekenhuis en de zorg. Hoe ziet u een sanctionering op dat vlak? Dat ligt vandaag ook nog open op de regeringstafel.

Dan kom ik bij de algemene vaccinatieplicht. Ik heb daarover dezelfde vragen als heel wat collega's. Hoe ziet u het vaccinatieschema? Wie moet wat krijgen op welk ogenblik? Hoe ziet u die overgangsperiodes, want er zal telkens een periode zijn waarin iedereen een booster krijgt of een vierde prik? Welke instantie moet daarover beslissen? Er is daarover reeds heel veel gezegd. Op basis van welk studiemateriaal moet welk orgaan daarover beslissen?

Ik ga ook akkoord met de tijdelijkheid. De vraag is dan wanneer een pandemie endemisch wordt, wanneer wij daarmee moeten stoppen en wie daarover moet beslissen.

Ook belangrijk is de leeftijd. U hebt hierover niets gezegd. Andere Europese landen doen het vanaf 50 of 60 jaar, weer andere vanaf 18 jaar. Soms vraagt men of het niet moet vanaf 6 jaar. Welke leeftijd schuift u naar voren?

U sprak heel terecht over de impact vandaag op de zorg en de zorgorganisatie. Als deze commissie binnen twee à drie weken zou beslissen om naar een algemene vaccinatieplicht te gaan, hoe ziet u dan de evolutie in de eerste lijn en in de tweede lijn? Wat zal de impact zijn op de organisatie van de zorg in de eerste en tweede lijn? Hoe snel zal dit wijzigen? Hoe snel zal de druk afnemen en zal er ruimte zijn voor uitgestelde zorg?

Mijnheer Vanden Bossche, ik dank u voor uw uiteenzetting, maar ik moet zeggen dat ik ook enigszins op mijn honger blijf. Ik heb uw reactie op het artikel in *Knack* gezien, waarin u onder andere zei dat u hier te weinig forum krijgt. Ik sta open voor debat, maar zit eigenlijk wel te wachten op studies, vooral peerreviewstudies. Ik begrijp dat u zegt dat Vlaanderen of België wat klein is, maar we kunnen het ook internationaal bekijken. Wat u vandaag brengt, hoe sterk leeft dat? Hoe kunt u uw uiteenzetting staven? Wij staan open voor debat en willen die studies graag bekijken. Ik denk dat dit voor heel wat collega's geldt. Momenteel ken ik die studies niet, maar misschien heeft dat ook te maken met het feit dat wij *biased* zijn en maar bepaalde dingen zien.

Ik ben niet opgeleid in de zorg en mis dus een stuk basiskennis, maar ik blijf met een vraag zitten waarnaar ook de collega's verwezen hebben. De heer Herry heeft uiteengezet dat negen miljoen gevaccineerden een ramp vermeden hebben tijdens de vierde en de vijfde golf. Dat betekent wel iets. In totaal zijn in ons land 28.000 mensen gestorven aan covid in het eerste jaar. De vaccinaties zijn gestart in februari en maart 2021, maar de pandemie brak een jaar eerder uit. In 2020 overleden ongeveer 20.000 mensen aan covid, in 2021 ongeveer 8.000 mensen, naargelang wie en welke leeftijden mee in die berekening worden opgenomen. Als wij u gevolgd hadden, betekent dit dan dat we – er was toen nog helemaal geen sprake van vaccins – geen 20.000 doden gehad zouden hebben? Zou massale groepsimmuniteit dat opgelost hebben en hadden we daarmee dat aantal overlijdens kunnen vermijden in 2020?

Ik wil nog een element aanhalen dat u heel kort vermeld hebt, maar waarop u niet verder ingegaan bent. Wij begrijpen uw vaccinlogica. U zegt dat het vandaag te behandelen is. Er lopen momenteel heel wat klinische studies en onderzoeken naar geneesmiddelen, waarvan sommige inwerken op het virus zelf en sommige op ons immuunsysteem.

We zitten momenteel nog in de fase van de klinische studies. Sommige studies zijn off label gepubliceerd, wat betekent dat ze wel beschikbaar zijn op de markt, weliswaar voor andere educatie. Wat is die oplossing, wat betekent de behandelbaarheid waarnaar u verwijst? Hoe komt het dat wij hier nog altijd debatteren over off label en klinische studies, vaak tegen heel hoge kostprijzen? Daarover had ik graag meer uitleg.

Robby De Caluwé (Open Vld): Mijnheer de voorzitter, dokter Herry, mijnheer Vanden Bossche, bedankt voor uw toelichtingen. Ik zal proberen niet in herhaling te vallen maar ik heb toch nog behoorlijk wat vragen om verduidelijking.

Dokter Herry, u hebt kort uitgelegd waarom mensen weigeren zich te laten vaccineren. Zijn er nog andere argumenten waarom mensen zich niet laten vaccineren? Heeft het te maken met nieuws op sociale media dat niet altijd helemaal correct is? Gaan mensen met twijfels wel voldoende snel naar hun huisarts om advies te vragen over eventuele vaccinatie?

Ik vraag mij ook af of het vertrouwen in het vaccin daalt. Dat gegeven mogen we niet negeren. Bij velen was de hoop op het effect van de vaccins veel groter, denk ik. De vaccins blijken minder effectief te zijn dan werd beloofd, en ik hoor dat dit bij veel mensen voor twijfels zorgt. Ervaart u dat ook in uw praktijk?

U hebt gezegd dat u geen heil ziet in een vaccinatiepas om mensen te overtuigen om zich te laten vaccineren. U kiest heel duidelijk de piste van een verplichte vaccinatie. Een groep psychologen stelt dat een vaccinatieverplichting bij een aantal mensen de sociale druk kan weghalen, omdat zij zich bij wijze van spreken achter die verplichting kunnen verschuilen. Mensen kunnen beargumenteren dat ze zich wel moeten laten vaccineren, omdat het nu eenmaal verplicht wordt. Merkt u dat mensen in sommige gevallen een vaccin weigeren vanwege sociale druk uit hun omgeving?

Deze middag horen wij onder andere een pediater maar ik wil u toch nu al een volgende vraag voorleggen.

Welk advies geeft u aan ouders die zelf gevaccineerd zijn maar nog niet weten of ze hun kinderen zullen laten vaccineren? Merkt u ook dat ouders terughoudend zijn voor basisvaccinaties tegen polio en dergelijke meer? Ik heb namelijk het gevoel dat ook tegen andere vaccins de argwaan is toegenomen en dat de klassieke antivaxbewegingen, zoals ik ze noem, hoogtij vieren. Ziet u beiden deze effecten ook?

Ik kom aan de langetermijngevolgen. Merkt u in uw praktijken vaak mensen die na een covidbesmetting maanden later nog altijd gevolgen ondervinden? Andersom, zijn er ook gevallen van vaccinatieschade? Daar leest men immers geregeld over op de sociale media. De heer Vanden Bossche verwees naar Vaccine Adverse Event Reporting (VAERS), waar melding kan worden gemaakt van vaccinatieschade of mogelijke bijwerkingen. Die meldingen omschreef hij echter als effectief gelinkt aan de vaccinatie, terwijl het eigenlijk louter om meldingen gaat en niets meer. Dit wordt zomaar op een hoop gegooid.

Mijnheer Vanden Bossche, de meeste commissieleden hier beschikken niet over een medische achtergrond. Het stelt me dan ook gerust dat sommige collega's met dezelfde vragen zitten als ik. Het is wel belangrijk dat wij correcte informatie krijgen. Uw pleidooi ging niet zozeer over vaccinatieplicht - uw standpunt daarover is inmiddels wel duidelijk - maar u gaf vooral een pleidooi tegen vaccinatie kortweg Ik zag dat u in uw presentatie hier en daar referenties hebt toegevoegd. Die waren van hieruit niet leesbaar. Kan u de bronnen waaraan u refereert met ons delen?

Omdat ik zelf niet over een medische achtergrond beschik, zijn deze uiteenzettingen door deskundigen voor mij zeer belangrijk. We horen hier visies die elkaar tegenspreken, en dat is ook goed, maar ik heb wel de neiging om mij te baseren op wetenschappelijke stellingen waar een zekere consensus over bestaat. Ik probeer mij echt open te stellen voor uw inzichten, mijnheer Vanden Bossche, en ik heb ook al heel veel tijd besteed aan het onderzoeken waarom u en sommige anderen bepaalde zaken poneren. Ik probeer namelijk te begrijpen waarom u bepaalde zaken beweert. Ik mis toch een zekere onderbouwing, en dat is jammer, vooral aangezien u hier toch een publiek forum krijgt.

Ik wil zeker openstaan voor andersluidende visies en vraag me af of u me daarbij kunt helpen. Kunt u mij een aantal vragen bezorgen die ik aan andere deskundigen kan voorleggen, over de theorieën waarvan zij zeggen dat ze algemeen door de wetenschap zijn aanvaard, en dit om te bewijzen dat u het bij het rechte eind hebt en niet zij? Ik zal enkele voorbeelden geven.

Het meest recente rapport van Sciensano van 22 januari meldt dat er op dat ogenblik al 28 780 mensen zijn overleden als gevolg van Covid-19, het merendeel tijdens de eerste en tweede golf, toen er nog niet werd gevaccineerd. U voorspelde toen dat, door massale vaccinatie, het aantal doden nog meer de hoogte zou ingaan. Dat is uiteindelijk niet zo gebleken. Was het volgens u dan beter geweest om nog enkele duizenden meer doden als prijs te betalen? Daar had ik graag verduidelijking over.

Als ik het goed begrijp is uw theorie grotendeels opgebouwd rond de *immune escape*. Heel wat mensen met een medische achtergrond trekken dat in twijfel. Beschikt u over onderzoek dat die theorie bevestigt?

Er waren voorts uw beweringen over een storm aan auto-immuunziekten bij vaccinatie en vaccinatie van kinderen. Kunt u uitleggen wat het verschil is met andere vaccins die kinderen krijgen

– dat vind ik ook belangrijk – of is uw theorie daarover hetzelfde, namelijk dat het eigenlijk ook weinig zinvol is om bijvoorbeeld kinderen tegen polio te vaccineren? Er was iets dat mij enorm verraste, maar ik denk dat ik u verkeerd heb begrepen. Ik heb begrepen dat u zei dat het vaccineren van kinderen tegen COVID-19 met het argument dat men op die manier MIS-C zou vermijden, eigenlijk *not done* is. Ik vind dat wel vreemd, want MIS-C is een van de gevolgen van een coronabesmetting, net zoals andere mensen een sepsis of een verkoudheid krijgen. Ik begrijp die redenering dus niet goed.

U zegt ook al heel lang – u hebt het vandaag herhaald – dat de COVID-19-vaccins experimenteel zijn. Dat klopt niet. Zij zijn voorwaardelijk goedgekeurd. Het is toch correct om dat onderscheid te maken, dus dat wou ik nog even aanvullen.

U beweert ook dat de vaccins bijwerkingen op lange termijn zouden kunnen hebben. Ik merk dat dat vaak een argument is voor mensen om zich niet te laten vaccineren, maar in de wetenschap lees ik heel veel consensus dat dat eigenlijk onmogelijk is. Kunt u mij een aantal elementen bezorgen die de andere wetenschappers uitdagen en die aantonen dat zij het fout hebben, omdat er binnen vijf jaar effectief nog bepaalde bijwerkingen zouden optreden?

U beweert voorts dat natuurlijke immuniteit beter, sterker en veiliger is dan de immuniteit opgebouwd via een vaccin. U hebt het over het onuitwisbaar immunologisch geheugen in dat verband, maar ik begrijp niet goed waarom dat niet in werking zou treden bij een besmetting. Wat is dan het verschil? Vindt u het verstandig dat mensen zich bewust laten besmetten met het coronavirus? Er worden immers besmettingsfeestjes georganiseerd, sommige mensen halen nog gekkere dingen uit – in mijn ogen althans – om toch maar besmet te raken. Dat is natuurlijk ingegeven door hun geloof dat een natuurlijke immuniteit sterker zou zijn. Wat is uw reactie hierop?

Tot slot zou ik willen zeggen dat de cijfers eigenlijk tegenspreken wat u zegt over de immuniteit. Wij zien echt een verschil tussen mensen die gevaccineerd zijn en niet-gevaccineerd qua ziekenhuisopnames, zelfs qua besmettingen en qua overlijdens. Als uw theorie zou kloppen, zouden de mensen die gevaccineerd zijn veel meer in het ziekenhuis moeten belanden. Dan zou de incidentie bij hen veel hoger moeten zijn. In het laatste RAG-advies heeft men, weliswaar op basis van een kleine steekproef, de variant van een aantal patiënten onderzocht en daaruit bleek dat van de mensen in de steekproef die met de omikronvariant besmet waren, 61 personen niet gevaccineerd waren en dat slechts één van de patiënten wel gevaccineerd was. Dat is een enorm verschil. Het gaat voor alle duidelijkheid over opnames wegens een coronabesmetting. Mensen die om andere redenen opgenomen werden, zitten niet vervat onder dit cijfer. Ik haal die cijfers uit het laatste RAG-advies van vorige woensdag.

Ik heb dus nog heel wat vragen over wat u zegt. Nogmaals, het is misschien wat veel om daar straks nog allemaal op te antwoorden. Als het kan voor de voorzitter, mag u op een groot deel van mijn vragen ook schriftelijk antwoorden, maar graag met de bronverwijzingen dan, want die zult u wellicht niet onmiddellijk uit het hoofd kennen.

De **voorzitter**: Dat zal inderdaad nodig zijn, mijnheer De Caluwé, maar wij komen daar straks op terug.

Mevrouw Depraetere, u hebt het woord.

Melissa Depraetere (Vooruit): Mijnheer de voorzitter, ik dank de beide sprekers voor hun toelichting.

Mijnheer Herry, het is goed dat er een expert van het terrein aanwezig is bij de start van de hoorzittingen. Ik begrijp dat u voor een vaccinatieverplichting bent. U hebt heel goed toegelicht waarom u daarvoor bent. Ik heb ook begrepen dat drie op vier leden van de Belgische Vereniging van Artsensyndicaten zich in oktober - november positief hebben uitgesproken over een vaccinatieverplichting.

Het was hier een vraag, maar u verklaarde eerder al ergens dat u voorstander van vaccinatie bent voor iedereen vanaf zes jaar. Dat is eerder al aan bod gekomen.

Mag ik daaruit begrijpen dat u vandaag in uw omgeving van de medische wereld een ruime steun aanvaardt voor die ideeën en dat u het gevoel hebt dat de medische wereld in het algemeen of in meerderheid heel hard achter de vaccinatieplicht staat?

U ging ook in op het punt van de handhaving. Daar hebt u een belangrijke opmerking gemaakt, namelijk dat het niet kan zijn dat de overheid de verantwoordelijkheid doorschuift naar de burgers bij de handhaving van de vaccinatieplicht. U maakt ter zake een terechte opmerking. Voor ons kan dat zeker ook niet als een permanent iets. Ik vroeg mij echter wel af hoe u de verplichting dan ziet in de praktijk en ook of het bijvoorbeeld geen mogelijkheid is de handhaving wel te doen, zij het op het moment waarop er een duidelijk medisch

risico is en er sneller moet worden geschakeld. Het is dan geen permanente maatregel, maar een maatregel die ingaat op het moment waarop wij opnieuw in woelige wateren komen. Laten we hopen dat zulks niet gebeurt, maar op dat moment zou dan daaraan gekoppeld een versnelling hoger worden geschakeld. Indien niet, welke pistes ziet u dan eventueel wel?

Ik wil u tot slot danken en veel moed wensen bij het bestrijden van de ondertussen vijfde golf. Ik kan mij inbeelden dat een en ander niet evident is. Jullie hebben uiteraard ook al ongelooflijk veel inspanningen geleverd. Ik wou u daarvoor in elk geval bedanken.

Mijnheer Vanden Bossche, u hebt heel veel gezegd. Het was ook een lange uiteenzetting. U gaf heel veel varianten op hetzelfde argument. Uw redenering is naar mijn mening niet helemaal consequent.

Ik zou daarover nog een aantal opmerkingen willen maken. Ondanks alle wetenschappelijke bewijs en de op dit moment bestaande wetenschappelijke evidentie van heel veel experts, wetenschappers, onafhankelijke regulatoren en mensen die dagelijks op het terrein worden geconfronteerd met COVID-19 en de werking van vaccins, beweert u immers dat zij het allemaal fout hebben. Dat kan natuurlijk. Dat is wel een op z'n minst opmerkelijke bedenking.

Meer zelfs, de vaccins zouden ook de immuniteit schaden, omdat zij het virus versterken. De vaccins geven volgens u gedeeltelijke immuniteit. Het virus past zich daaraan aan. U hebt uitgebreid uit de doeken gedaan hoe u dat ziet, met de ontsnappingsclausule, die ergens is vervat.

Wat vreemd is aan die redenering, is dat dezelfde redenering niet geldt voor een besmetting die is opgetreden. Ook bij eerdere besmettingen stellen wij uit onderzoek vast dat ook daar een termijn aan vasthangt en dat mensen na een bepaalde fase het effect van de besmetting ook niet meer ten volle zien. Ook daar is de bescherming onvolledig en neemt ze af doorheen de tijd. Dat is aangetoond in onderzoek.

Het is vreemd dat wij zouden stellen dat het covidvirus enkel zou evolueren in het licht van de stoute vaccins maar niet op basis van eerdere besmettingen en ook niet door de training van het immuunsysteem. Dat is een redenering die ik niet volg en vreemd vind.

Tegelijk – dit is eerder al gezegd - zijn alle mutanten die wij tot nu toe kennen, dus alfa, beta, delta, gamma en nu omikron, ontstaan los van de vaccins. Zij zijn ontstaan op momenten waarop de vaccinatie nog geen rol speelde in de pandemie of op plaatsen waar de vaccinatie geen noemenswaardige rol speelt. Vandaar dat ik uw redenering niet goed begrijp.

Een derde probleem is een fundamenteel ethisch probleem, waarover de commissie ook het debat zou moeten voeren. U geeft een argument dat wij wel vaker horen van de zelfverklaarde alternatieve wetenschap. Dat is namelijk dat de bevolking zich herhaaldelijk moet laten besmetten met het oog op de groepsimmuniteit. Dat is echter hetzelfde als de bevolking decimeren in de oorspronkelijke zin van het woord. Dat is iedereen een lotje laten trekken en op het einde bekijken wie aan het kortste eind trekt. Hij of zij heeft dan pech. Die persoon heeft zich dan opgeofferd voor de groepsimmuniteit. Hoe ver gaat dat? Over hoeveel mensen die een lotje trekken, gaat het dan uiteindelijk?

Wat u voorstelt, is ook al geprobeerd. In Brazilië is dat min of meer geprobeerd. De toestand daar is evenwel dramatisch. Uw theorie heeft daar niet gewerkt. Het is mij dan ook niet duidelijk hoe u dat anders zou zien in ons land. De theorie heeft in de praktijk echter niet gewerkt, met alle gevolgen van dien. Zelfs van een lagere druk op de ziekenhuizen, wat een van uw argumenten pro is, is absoluut geen sprake geweest. Zelfs dat voordeel is niet te bespeuren in Brazilië.

Mijnheer de voorzitter, ik rond af.

Mijnheer Vanden Bossche, ik heb voor u geen specifieke vragen, want, met alle respect, ik verwacht niet dat op mijn vragen van u een wetenschappelijk valabel antwoord komt. Mijn vragen waren gericht aan de heer Herry.

Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le président, à l'instar de mes collègues, je tenais à remercier nos deux orateurs pour leur exposé, même si je constate toutefois que M. Herry a quand même eu l'honnêteté et la décence d'appuyer ses propos par des études scientifiques, au contraire de M. Vanden Bossche, mais j'y reviendrai plus tard.

Monsieur Herry, j'ai donc pris bonne note que vous plaidez pour la vaccination obligatoire. C'est d'ailleurs une position que vous défendez depuis le mois d'octobre au moins. En tout cas, c'est ce qui ressort de la presse. Je vous remercie pour votre constance par rapport à cela.

Malgré tout, vous n'avez pas précisé à partir de quel âge vous entendez rendre cette vaccination obligatoire. J'ai donc dû consulter l'une de vos interviews, donnée à l'époque à SudPresse, et dans laquelle vous plaidiez pour l'obligation

vaccinale dès l'âge de six ans. Maintenez-vous cette position? Pourquoi?

Si vous plaidez pour une vaccination obligatoire dès l'âge de six ans, comment voyez-vous le contrôle effectif de cette obligation? Aujourd'hui, la seule vaccination légalement obligatoire en Belgique est celle de la polio. Considérez-vous que cette obligation a permis, à terme, de convaincre les parents de faire vacciner leurs enfants? Ou avez-vous constaté, dans le cadre de votre pratique ou de la pratique de vos collègues médecins généralistes, des cas de refus?

On sait que d'autres vaccins sont également exigés pour qu'un enfant puisse, par exemple, fréquenter une crèche. C'est le cas des vaccins contre la diphtérie, la coqueluche, la rougeole, la rubéole ou encore les oreillons. Il y a aussi les vaccins qui sont "fortement conseillés", comme ceux contre le pneumocoque, la méningite à méningocoque C ou encore l'hépatite B.

Comment vos patients, et les patients de vos collègues, perçoivent-ils aujourd'hui cette distinction entre les vaccins vivement conseillés et les vaccins obligatoires? Avez-vous observé que les parents sont malgré tout prêts à faire vacciner leurs enfants, indépendamment des règles qui entourent ces différents types de vaccins?

Je me dois aussi de revenir sur la question des contre-indications, par rapport à votre expérience relative à la vaccination contre la polio, justement; mais aussi pour vous confronter aux dires de M. Vanden Bossche, qui insinuait que les contre-indications ne seraient pas prises en compte en cas de vaccination obligatoire contre le covid-19.

Or, l'on voit que, tant de ce qui ressort de l'arrêté royal du 26 octobre 1966 que de la loi sanitaire du 1er septembre 1945, des dérogations médicales sont expressément prévues; ces dispositions précisent que " l'existence d'une contre-indication est à attester par certificat médical circonstancié mentionnant la durée probable de la contre-indication et adressée à l'inspecteur d'hygiène du ressort. Celui-ci avertit le bourgmestre de la commune du domicile de l'enfant intéressé." Considérez-vous, au regard de votre pratique en tant que médecin généraliste, que ce système est aujourd'hui au point et que, par conséquent, il peut être transposé aux vaccins contre le covid?

On observe aussi qu'en France, les contre-indications médicales ont été prévues en cas de réaction allergique aux premières doses du vaccin ou encore en cas de myocardite associée à l'infection au covid ou encore en cas de fuite capillaire. Ces contre-indications pouvent être attestées tant par un médecin généraliste que par un médecin spécialiste. Sauf que l'on observe qu'en France, cette liste des contre-indications médicales est beaucoup plus large que celle existant en Belgique où, pour l'instant, les seules contre-indications acceptées sont les réactions allergiques à un de ces composants de ce vaccin contre le covid. Plaidez-vous pour un système analogue à celui en vigueur en France qui dispose d'une longue liste de contre-indications médicales acceptées et pouvant être attestées par certificat médical?

Vous indiquez votre position - à savoir la vaccination obligatoire et j'attendrai que vous me précisiez l'âge - sur la base des hôpitaux qu'il convient de protéger à tout prix de nouvelles surcharges de patients à soigner. Mais pourquoi ne pas cibler cette obligation vaccinale aux personnes les plus vulnérables face au covid, à savoir les personnes âgées ou celles présentant des comorbidités?

C'est notamment l'opinion qui est défendue par l'infectiologue Nathan Clumeck, c'est le système qui est en vigueur en Italie et en Grèce. J'aurais voulu avoir votre ressenti par rapport à cette option plus ciblée.

Estimez-vous également que l'obligation vaccinale doit être temporaire, autrement dit calquée sur la possible moindre virulence du virus, par exemple sur base du baromètre, ou par la disparition du virus? Quant à savoir quel périmètre géographique on retiendrait dans ce cas-là?

On sait aussi que le vaccin n'empêche pas d'être porteur du virus mais qu'il réduit drastiquement tant la transmission que les formes graves de la maladie. Par conséquent, pouvez-vous nous en dire plus sur la proportion de patients contaminés malgré leur vaccination? Est-ce que vous confirmez qu'ils auraient été beaucoup plus mal s'ils n'avaient pas été vaccinés?

Est-ce que vous observez une amélioration sensible de l'immunité de vos patients après cette fameuse troisième dose? Est-ce que vous pensez que l'obligation vaccinale doit se limiter à ces trois doses ou est-ce qu'il s'agirait plutôt de plusieurs doses de rappel des vaccins actuellement homologués ou d'une dose de rappel à la veille de l'hiver, un peu comme on le fait pour la grippe saisonnière? Dans ce dernier cas, est-ce que nous pourrions imaginer que le vaccin contre le covid et le vaccin contre la grippe puissent être administrés simultanément, du moins pour les personnes les plus fragiles pour qui ce vaccin contre la grippe est nécessaire?

Toujours concernant le type de vaccin utilisé, est-ce que vous considérez que la vaccination obligatoire peut aujourd'hui se faire? Est-ce qu'il faut faire une différence entre les vaccins à ARN messager et les autres, comme Novavax? Ou est-ce que cette vaccination obligatoire doit utiliser les futurs vaccins qui sont adaptés à omicron et attendus pour mars ou avril?

Devons-nous attendre l'homologation et, surtout, la distribution de ces vaccins pour pouvoir rendre effective la vaccination obligatoire?

Il me restait encore une question à votre adresse, en votre qualité de spécialiste de l'immunité. Vous vous êtes dit opposé au pass vaccinal en raison de la pression qu'il exercerait sur les citoyens, mais l'êtes-vous également parce qu'il exclurait purement et simplement les personnes non vaccinées, mais guéries du covid? Nous avons en effet vu que le dernier Codeco avait réduit la durée de validité des certificats de guérison à cinq mois. Considérez-vous que cette décision est sensée, au regard de l'explosion des contaminations, en particulier en raison de la plus grande contagiosité du variant omicron?

Vous vous êtes également déclaré favorable à l'obligation vaccinale des soignants, tout en précisant que cela aurait plus de sens de disposer d'une vaccination qui vise l'ensemble de la population, puisque - et c'est le bon sens - les soignés doivent aussi pouvoir protéger les soignants. Je suis tout à fait d'accord. Vous savez que nous attendons le fameux avant-projet de loi du ministre de la Santé au sujet de la vaccination obligatoire du personnel soignant. Considérez-vous que cet avant-projet a encore du sens, puisqu'il arrivera vraisemblablement après nos débats relatifs à la vaccination obligatoire générale?

Enfin, vous regrettez l'absence de décision européenne à ce propos. Existe-t-il une concertation entre l'ABSyM et ses homologues européens? Je pense en particulier à des pays qui ont choisi d'imposer la vaccination au plus grand nombre, que ce soit l'Italie, la Grèce et l'Autriche. Avez-vous obtenu des informations quant à la manière dont cela se déroule là-bas?

J'en viens brièvement aux questions que je souhaitais adresser à M. Vanden Bossche.

Premièrement, vous nous dites qu'aucune obligation vaccinale n'est justifiable scientifiquement. Sauf que la Cour européenne des droits de l'homme a eu plusieurs fois l'occasion de se prononcer à ce sujet et a par conséquent reconnu la légitimité, la proportionnalité et dès lors la légalité d'une obligation vaccinale pour des raisons très claires de santé publique. Que répondez-vous à l'ensemble de ces arrêts?

Deuxièmement, vous nous dites que les vaccins actuels ne permettent pas de contrôler la pandémie. Pour que les choses soient claires, je pense que le discours des partis responsables ici présents n'a jamais été de dire que le vaccin était la panacée. Au contraire, nous disons qu'il doit être vu comme un outil parmi d'autres. On le voit d'ailleurs à travers la proportion de personnes vaccinées dans les services des soins intensifs, qu'il faut analyser par rapport à la proportion de personnes vaccinées dans l'ensemble de la population. Elle est plus ou moins de 10 % actuellement.

Aujourd'hui, on voit à travers les études de Sciensano que le risque de finir en soins intensifs est nettement moindre lorsque les personnes sont vaccinées, qu'il s'agisse des personnes d'une tranche d'âge de 18 à 64 ans ou d'une tranche d'âge de plus de 65 ans. Peut-on par conséquent considérer que vous remettez totalement en cause la véracité de ces chiffres dispensés de manière hebdomadaire et même plus par Sciensano?

Troisièmement, vous avez souligné le manque de recul dont on disposerait aujourd'hui pour l'ensemble de ces vaccins concernant les éventuels effets secondaires. C'est un argument qui revient très régulièrement parmi les récalcitrants au vaccin qu'il ne faut pas catégoriser comme des antivax, en tout cas pas tous. Un argument qui revient souvent aussi consiste à dire que ce vaccin est toujours en phase expérimentale aujourd'hui.

Ne peut-on pas considérer aujourd'hui que le caractère récent de ces vaccins est compensé par l'énorme masse de personnes vaccinées - nous en sommes à 52 % de la population mondiale vaccinée -, par la très faible proportion des effets secondaires graves constatés et la transparence qui est faite sur ceux-ci? Ce caractère récent n'est-il pas compensé par l'ensemble des vies sauvées grâce au vaccin, par le fait que l'on ait pu davantage éviter le burn out des médecins ou encore la surcharge des hôpitaux?

Vous avez également dit que l'on n'était pas "assez honnêtes" au sujet des effets secondaires des vaccins. Pouvez-vous nous dire sur quels effets secondaires nous n'aurions pas été assez honnêtes? Comme je l'ai dit, il existe un bulletin hebdomadaire à ce sujet qui est très clair et qui émane de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de sante.

Quatrièmement, je me devais de réagir par rapport à votre thèse selon laquelle il vaudrait mieux aller vers une immunité naturelle qui serait acquise par une infection au virus plutôt que par la vaccination. Je trouve que votre discours est extrêmement dangereux car il incite à la contamination volontaire. En Allemagne, par exemple, des conseils circulent sur les réseaux sociaux pour savoir comment se faire contaminer à coup sûr alors qu'il est impossible d'anticiper - même si on est jeune et en bonne santé - la gravité ou non des symptômes en cas de contamination au covid ou si l'on souffrira du covid long.

Je pense que votre discours est très dangereux, voire criminel. Je tiens à le dire. Ce faisant, vous encouragez les gens à prendre le risque de saturer nos hôpitaux, avec les conséquences que cela implique aussi pour les patients non covid qui voient leur traitement et leurs soins reportés, parfois avec des conséquences fatales.

Enfin, toujours par rapport à votre théorie, je tiens aussi à rappeler qu'il y a des personnes qui ont été infectées par le virus à plusieurs reprises sans jamais toucher au vaccin. Cela montre bien que l'immunité acquise par une infection, sans être vacciné, est temporaire. Autrement dit, avec votre stratégie, nous aurions tout intérêt à garder le virus avec nous puisqu'on devra se faire réinfecter dès que l'immunité acquise par une contamination ne serait plus suffisante. Je voulais avoir votre réponse par rapport à cela, d'autant plus que, comme on l'a entendu, certains experts, comme l'épidémiologiste Pascal Crépey, ont rappelé que plus la circulation du virus est importante, plus vous laissez d'opportunités à ce virus de trouver des solutions face à un problème tel que la vaccination ou l'immunité naturelle.

Je vous remercie.

Le **président**: Chers collègues, nous comptons plus d'une heure et demie de questions. Je n'aime pas réglementer le temps de parole mais, cet après-midi, nous devons encore entendre quatre orateurs. Je vous demande d'essayer d'être plus concis dans les questions. Je sais bien que c'est le premier débat qui suscite énormément de questions et que beaucoup sont légitimes. Pour terminer à 13 h 30 ou 13 h 40 au plus tard, je dois donner dix minutes à chaque orateur. Je leur demande de répondre au principal ou au plus évident et de donner un complément de réponse par écrit.
Mijnheer Vanden Bossche, u werden in het bijzonder veel vragen gesteld over de wetenschappelijke basis van uw betoog. In het kader van deze hoorzitting zal dat niet kunnen worden uitgeklaard, aan de hand van *peer reviews* en dergelijke. In het bijzonder voor u denk ik dat het nodig is een schriftelijke bijlage te bezorgen om te antwoorden op alle op zich legitieme vragen die werden gesteld. Het zou onze hoorzitting te buiten gaan, als we daarover een wetenschappelijk debat moeten houden, want daar komt het dan op neer.

Frieda Gijbels (N-VA): Ik ging ervan uit dat er een tweede ronde kwam. Ik heb nog een paar korte vragen.

De **voorzitter**: Sorry, maar er komen nog experts. U kunt ze eventueel schriftelijk aan de sprekers bezorgen.

Frieda Gijbels (N-VA): Ze zijn uitgelokt door de exposés van de sprekers. Een tweede ronde kan toch?

De **voorzitter**: Nee, want om twee uur hebben we hier vier andere sprekers. We kunnen niet non stop doordoen. Sorry, maar het is nu zo. We zullen nu geen debat houden over de regeling van de werkzaamheden. Ik geef elke spreker 10 minuten voor het essentiële en om dan bijkomende antwoorden te geven. Mijnheer Creyelman, we zullen hier niet verder onze tijd verdoen met discussiëren over onze werkzaamheden.

Steven Creyelman (VB): De mensen hebben hier anderhalf uur vragen aangehoord en moeten dan op 10 minuten antwoorden. Doe dan geen hoorzitting, want de werkwijze nu is belachelijk. Ze is gewoon een klucht.

De **voorzitter**: Dat is de collectieve verantwoordelijkheid van u allen. Dat is niet mijn verantwoordelijkheid en nog minder van de sprekers.

Steven Creyelman (VB): Dus we mogen geen vragen stellen, want anders komen we niet toe?

De **voorzitter**: Om twee uur verwachten we hier nog andere sprekers. We stoppen de debatten hierover. We kunnen achteraf nog discuteren over de werkwijze.

Monsieur Herry, je vous donne 10 minutes pour répondre à l'essentiel des questions qui vous ont été posées. Vous avez la possibilité de donner un complément par écrit. D'ailleurs on aimerait bien recevoir votre exposé par écrit si vous en disposez.

Luc Herry: Vu le nombre de questions, je crois que je ne pourrais pas répondre en dix minutes. Je comprends vos inquiétudes, la plupart d'entre vous ne faisant pas partie du monde médical, et j'essaierai de répondre à l'ensemble de vos questions, dont j'ai pris note. Je prendrai donc sur

mon temps libre pour répondre à vos questions, mais je pense que c'est utile si nous voulons avancer dans cette pandémie.

Plusieurs questions ont été posées quant à la gestion de cette obligation vaccinale et au nombre de doses nécessaires. Pour le moment, tout ce qu'on sait au niveau scientifique, c'est que la troisième dose offre une immunité correcte et suffisante pour affronter les problèmes de la pandémie et des variants actuels. Le mot "incertitude" est celui qui nous conduit dans cette pandémie, et nous ignorons où il va nous mener. Nous verrons si une quatrième dose sera nécessaire dans six mois ou à l'approche de l'hiver. On sait que le virus n'aime pas les UV et se montre moins agressif en été qu'en hiver. C'est ce qui explique pourquoi les pandémies se renouvellent par des vagues plutôt hivernales qu'estivales.

Petit commentaire sur le risque vaccinal par rapport au risque posé par la maladie. On n'a pas beaucoup parlé des risques de la maladie covid-19, mais on a tout de même énuméré les cas de covid long. Il faut savoir qu'à l'heure actuelle en Belgique, on dénombre plus de 300 000 cas de covid long, c'est énorme. Il s'agit de personnes qui ont eu le covid et qui présentent des séquelles à long terme. Ces personnes ne sont donc pas guéries.

Ce qu'on ignore également, et qu'on ne saura que dans cinq ou dix ans, ce sont les effets à long terme après avoir attrapé le covid.

Aucun scientifique ne peut nous donner de réponse à cet égard aujourd'hui puisqu'il nous faut du temps. Il faudra donc réaliser ces études sur le long terme, car on sait qu'un certain nombre de maladies virales sont cogéniques, c'est-à-dire qu'elles peuvent entraîner des cancers à long terme. Certaines personnes risquent donc d'attraper la maladie et de développer un cancer d'ici cinq ou dix ans à la suite de cette infection virale.

Par contre, les risques de la vaccination ont été énumérés et sont très peu fréquents. Il faut savoir que le risque de choc anaphylactique avec le vaccin Pfizer était estimé à un cas sur 100 000 doses. Aujourd'hui, avec le recul, on se rend compte que ce risque de choc anaphylactique ne concerne plus un cas sur 100 000 mais un cas sur un million de doses. Les études ont donc permis de diminuer le risque par dix.

Ce choc anaphylactique concerne bien évidemment les personnes qui ont une réponse allergique importante au contenu du vaccin. Ces personnes ont la possibilité de se faire vacciner en toute sécurité en milieu hospitalier, comme on l'a fait pour le vaccin contre la fièvre jaune, qui peut également entraîner des chocs anaphylactiques. Nous proposons aux patients qui veulent se rendre dans des pays où le vaccin contre la fièvre jaune est obligatoire de se faire vacciner dans un centre hospitalier qui peut, le cas échéant, répondre à un choc anaphylactique. Tout cela se fait donc en sécurité.

Pour les autres effets secondaires du vaccin covid connus à ce jour, qui sont essentiellement des myocardites, péricardites et des syndromes neurologiques tels que le syndrome de Guillain-Barré, il s'agit pour la plupart de syndromes réversibles. Moi-même, dans ma patientèle, j'ai eu un cas de syndrome Guillain-Barré réversible, quelques effets secondaires tout à fait mineurs tels que fatigue, fièvre, etc., autrement dit des syndromes mineurs qui peuvent survenir également avec le vaccin contre la grippe.

Peu d'effets secondaires irréversibles ont donc été notifiés jusqu'à présent en Belgique. Si on compare les effets secondaires aux effets de la maladie covid, le bénéfice va évidemment totalement en faveur du vaccin.

Comment imposer ce vaccin? À partir de quel âge? Plusieurs scientifiques ont dit que plus on était vacciné, moins le virus circulait. On a parlé de variants. Un variant est une mauvaise réplication de l'ARN ou de l'ADN. Certains virus contiennent seulement de l'ARN et d'autres de l'ADN. Cette mauvaise réplication se fait par hasard, lors d'une multiplication du virus; cela peut entraîner soit la mort totale du virus, qui devient inefficace, soit un virus différent puisque les acides aminés seront composés d'une séquence différente. À ce moment-là, ce variant peut générer une multiplication qui devient un nouveau virus avec des conséquences différentes et qui peut être plus agressif ou moins agressif, plus contagieux ou moins contagieux. Tout cela génère de l'incertitude puisque plus un virus se multiplie plus le risque de variants peut exister. Forcément, la vaccination diminuant la multiplication du virus, la vaccination diminue aussi l'apparition des variants. On va donc dans le même sens.

Comment obliger les gens à se faire vacciner et à partir de quel âge? Jusqu'à présent les scientifiques sont tous unanimes pour dire que les vaccins actuels peuvent être injectés à partir de cinq ans. Avant cinq ans, on n'a pas d'études scientifiques; il faut donc rester prudent. Je suis cette prudence. Il faut obliger à recevoir ce vaccin à partir de cinq ans puisque les scientifiques disent qu'il est efficace et que son effet inoffensif est quasi obtenu à partir de cinq ans. Vaccinons à partir de

cinq ans. De cette manière, nous ferons circuler le virus beaucoup moins et cela protègera aussi les personnes vulnérables.

La question a été posée de savoir s'il ne faudrait pas vacciner uniquement les personnes vulnérables. Mais toute la difficulté est de trouver qui est vulnérable et qui ne l'est pas. Ce n'est pas facile non plus. Nous n'avons pas de diagnostic miracle qui va dire: "Vous, vous êtes vulnérable, et vous, vous ne l'êtes pas." C'est impossible à réaliser puisque la vulnérabilité de l'individu est modifiable dans le temps et est fonction de tout ce que vit cet individu au jour le jour. Quelqu'un de vulnérable aujourd'hui ne le sera peut-être pas demain et quelqu'un qui n'est pas vulnérable aujourd'hui le sera peut-être demain. Il vaut donc mieux vacciner tout le monde de façon à protéger tout le monde. En vaccinant tout le monde, on est efficace sur deux tableaux: on fait circuler le virus beaucoup moins et on protège tout le monde.

Comment établir cette obligation vaccinale? Pour la polio, l'obligation vaccinale existe; une amende administrative est prévue dans un premier temps et, puis, une amende d'emprisonnement. Sur 40 ans de carrière, je n'ai jamais eu aucun refus de vaccination de polio de mes patients. Sur 40 ans de vaccination, je n'ai jamais eu de refus de vaccination quand j'ai proposé des vaccinations d'autres types comme la rougeole-rubéole-oreillons, le papillomavirus, etc. Quand on explique aux personnes l'effet bénéfique du vaccin, elles vous suivent. Les jeunes et les parents qui ont des enfants en âge de vaccination, pour le moment, suivent ces schémas de vaccination quasiment à la lettre. Ils ne sont pas influencés par les réseaux sociaux parce qu'on ne parle pratiquement pas des autres vaccins sur les réseaux sociaux. On ne parle que du covid et, forcément, de fausses informations circulent énormément au sujet de ce vaccin. Et c'est cela qui fait douter les personnes concernant cette vaccination.

Pour les autres vaccins, il n'y a pas de problème. Chez nous, on a un frigo rempli de vaccins pour les jeunes enfants et pour les adolescents, voire pour certains adultes. Nous vaccinons tout autant maintenant que dans le passé.

Comment gérer l'obligation vaccinale? Je crois que c'est l'amende administrative, tout simplement. C'est la raison pour laquelle, au niveau de la vaccination obligatoire pour les soignants, je réfute la sanction qui est proposée actuellement dans ce projet de loi, à savoir la perte du visa. Pour moi, c'est une sanction complètement disproportionnée.

Personnellement, je serais en faveur d'une sanction financière. Vous faites quelque chose dans l'erreur, vous avez une sanction financière. Cela me semble être le plus logique. Cette sanction financière peut évidemment être graduelle si on ne rentre pas dans la réalité.

Petite dernière chose au niveau de cette vaccination. Il faut savoir que l'OMS a émis l'idée d'éradiquer le covid. Pour ce faire, il faut évidemment vacciner l'ensemble de la population mondiale de manière rapide et homogène, ce qui nécessite d'avoir des vaccins pour toute la population mondiale.

L'OMS est favorable à l'éradication, comme on a éradiqué la variole dans les années 60-70. C'est du connu. Donc on peut aller plus loin, on peut aller plus vite, et tout cela pour éviter l'autre manière de traiter une pandémie. Si on ne vaccine pas, l'autre manière, c'est d'augmenter les lits d'hospitalisation, c'est d'augmenter les lits des soins intensifs, c'est augmenter le monde médical et soignant, ce qui, aujourd'hui, semble difficile à faire.

Pour le reste, je vous répondrai par écrit.

Le **président**: Merci beaucoup, monsieur Herry, pour vos réponses et pour cet effort que vous ferez encore.

Ik geef nu het woord aan de heer Vanden Bossche. Ook in uw geval zal het zeker nodig zijn om voor een deel schriftelijk te antwoorden want op 10 minuten zal het niet mogelijk zijn alle vragen te beantwoorden en welke de wetenschappelijke grondslagen zijn van uw betoog. Misschien kan u toch in de toegestane tijd op het voornaamste antwoorden?

Geert Vanden Bossche: Ik hoop inderdaad dat er een transcriptie zal zijn van de talrijke vragen. Ik zal me nu beperken tot de verduidelijking van een aantal algemene zaken.

Ten eerste zie ik dat het ongelooflijke misverstand nog steeds bestaat dat ik zou suggereren dat mutaties worden geïnduceerd door de massavaccinatie. Ik heb al herhaaldelijk geprobeerd duidelijk te maken dat dit geen bestanddeel is van mijn betoog. Vanzelfsprekend circuleerden de varianten reeds voor de massavaccinatie begon. Het probleem is dat, door de massavaccinatie – de massale druk die wordt uitgeoefend door een populatie – een competitief voordeel wordt gegeven aan bepaalde varianten die toevallig zijn ontstaan tussen de vele andere varianten ten gevolge van mutaties. Het zijn gewoon de wetten van Darwin*, the fittest survives.* De immuundruk is namelijk specifiek gericht op het spike-eiwit, en die is verantwoordelijk voor de

infectuositeit van het virus. Tussen al die varianten krijgen de varianten die aan de immuundruk tegen het spike-eiwit – aan de immuundruk tegen de infectuositeit van het virus – kunnen weerstaan, een competitief voordeel. Ze zijn meer infectueus, en worden zo in de populatie "aangerijkt" en dominant.

Het is zeer belangrijk dit te verduidelijken, want de notie blijft bestaan dat de massavaccinatie aanleiding zou geven tot de varianten, maar dat is volledig verkeerd.

Ten tweede wordt er altijd gegoocheld met "waar zijn de publicaties". Ik heb geprobeerd duidelijk te maken dat, voor mij, publicaties puzzelstukjes zijn die ons toelaten om ons inzicht in dit zeer complexe fenomeen te vergroten. Mijn vraag is dan steeds, waar blijven de "gepeerreviewde″ publicaties die aantonen – of zelfs maar suggereren – dat een massale vaccinatie, te midden van een pandemie, tegen een virus dat zeer gemakkelijk muteert, met vaccins die de infectie niet helemaal kunnen verhinderen, een successtory zou zijn? Er is geen enkele "gepeerreviewde" publicatie die zoiets zelfs maar suggereert. Maar mij wordt er gevraagd waar het bewijs is voor de voorspellingen die ik doe op basis van de inzichten die ik heb verworven door puzzelstukjes bijeen te brengen.

Het enige bewijs dat ik echt kan leveren buiten de puzzelstukjes die ik u graag zal bezorgen en die ik trouwens al op verschillende plaatsen heb gepubliceerd, zijn de voorspellingen die ik doe. Ik heb inderdaad voorspeld dat het virus altijd maar meer infectueus zou worden. Met andere woorden, dat steeds meer en meer infectueuze stammen of varianten zouden dominant worden. Dat is wel degelijk gebeurd. Zie hoe in de landen waar massaal is gevaccineerd, de infectiegraad stijgt. Ik heb voorspeld dat dit zou leiden tot een resistentie. Zie de omikronvariant die nagenoeg volledig resistent is aan de neutraliserende antilichamen. Ik heb inderdaad voorspeld dat dit zou leiden tot een catastrofe en ik blijf daarbij. Wanneer men nu tegen omikron zal vaccineren, zal het leiden tot een catastrofe.

Dit is het gewicht dat ik in de schaal gooi. Niet op basis van zaken die reeds bekend zijn want we worden inderdaad geconfronteerd met een volledig nieuw fenomeen, en we kunnen alleen trachten een zo goed mogelijk inzicht te krijgen in hoe deze pandemie zal evolueren. Maar ik zal u de stukken die u mij vraagt en die als bewijsmateriaal kunnen gelden om aan te tonen dat dit eigenlijk niet anders dan kan leiden tot een verdere evolutie van varianten die meer infectueus en resistent zijn, zeker bezorgen. Trouwens, het is niet zo dat ik de enige vaccinoloog ben die deze mening heeft. Er zijn andere vaccinologen die mij daarin bijtreden, maar die niet noodzakelijk hun stem verheffen omwille van bepaalde redenen. Ik ben zeker van mijn visie dat de verdere massavaccinatie, midden in een pandemie, zal leiden tot een zeer nefaste situatie.

Wat betreft de griepvaccinatie, griep is een andere situatie. Ten eerste wordt er tegen de griep gevaccineerd buiten een pandemie en ten tweede wordt die vaccinatie bij voorkeur enkel gericht op de gevoelige bevolking. Dat is natuurlijk geen probleem, en het zou ook geen probleem geweest zijn indien we in het begin van de pandemie enkel de gevoelige bevolking hadden gevaccineerd tegen de Wuhan-stam. Het betreft hier massavaccinatie en het dominant maken van meer infectueuze en meer gevaarlijke stammen.

Er heerst ook de idee dat de pandemie kan bedwongen worden door de vaccinatie. Hoeveel varianten zijn er niet? Wij vergeten misschien dat er reservoirs zijn aan coronavirussen, en zelfs aan SARS-CoV-2. Het is reeds aangetroffen en geïsoleerd in verschillende dierenpopulaties. We hebben ondertussen zoveel varianten dat de hercombinatie van verschillende varianten binnen een en dezelfde persoon ook steeds groter wordt.

Wij kunnen dus onmogelijk met de vaccinatie die varianten onder controle krijgen. Er zijn er ongelooflijk veel, met andere woorden. Het is alleen door de infectie te kunnen tegengaan, door de transmissie te kunnen tegengaan, dat wij groepsimmuniteit kunnen bereiken.

Groepsimmuniteit was het grote doel van deze hele campagne. Men kan alleen groepsimmuniteit realiseren wanneer men de infectie werkelijk kan tegengaan. Zonder groepsimmuniteit, zonder de infectie tegen te gaan, is het gewoon onmogelijk een pandemie onder controle te krijgen.

Zoals ik daarjuist probeerde uit te leggen, leidt de massale vaccinatie tijdens de pandemie van een virus dat zeer sterk muteert, met vaccins die de transmissie en de infectie niet kunnen tegengaan, precies tot de dominantie van meer infectueuze stammen. Dat wil zeggen, meer "infectiviteit". Dat is precies het tegenovergestelde van groepsimmuniteit.

Groepsimmuniteit is gebaseerd op een drastische vermindering van de transmissie, zodat diegenen die niet gevaccineerd zijn, of beter die niet geïmmuniseerd zijn, bijvoorbeeld de kwetsbare mensen die een zwakke immuniteit hebben, automatisch beschermd worden. De waarschijnlijkheid dat zij het virus zullen oplopen, is dan immers zeer gering.

Ik hoor al die stories over…

De **voorzitter**: Mijnheer Vanden Bossche, ik moet u vragen uw betoog stilaan af te sluiten. Ik begrijp dat u zwaar geïnterpelleerd bent , maar ...

Geert Vanden Bossche: Ja, ik ben zwaar geïnterpelleerd.

De **voorzitter**: … het zal nodig zijn verder schriftelijk te antwoorden. Ik geef alvast mee dat het integraal verslag vanavond of morgen klaar zal zijn. Wij zullen u dat ook bezorgen, en ook aan dokter Herry uiteraard, zodat u de vragen kunt terugvinden.

Mevrouw Gijbels had ook nog vragen. Andere leden die ook nog vragen hebben, kunnen die misschien vanmiddag of straks aan het secretariaat bezorgen. Dan zullen die ook aan de sprekers bezorgd worden.

Ik geef u nog twee of drie minuten, mijnheer Vanden Bossche. Wij moeten hier om 14 uur opnieuw starten en wij moeten alles nog in gereedheid brengen.

Sorry, maar het is sowieso niet mogelijk. Als ik u tien minuten meer zou geven, zou dat waarschijnlijk ook niet genoeg zijn om op alle vragen te antwoorden.

Kunt u uw betoog dus afsluiten, alstublieft?

Geert Vanden Bossche: Heel kort nog, over vrijwillige contacten. Ik heb herhaaldelijk gezegd, men kan niet vermijden dat men met dit virus in contact komt. Omikron is hoog infectueus. Maskers, social distancing, en noem het maar op, binnen de kortste tijd komt iedereen ermee in aanraking. Er wordt net gedaan alsof die mensen die niet gevaccineerd zijn en die niet ziek worden, of hoogstens milde symptomen ontwikkelen, niet in aanraking zijn gekomen met het virus. Het gaat daar nog altijd over het overgrote deel van de bevolking. Die mensen komen natuurlijk niet in het hospitaal terecht, die gaan niet naar de dokter. Dat wordt dus gewoon ook niet geregistreerd.

Ik wil ook even zeggen dat ik inzake de efficiëntie van de vaccins de gegevens van Sciensano niet zal betwijfelen, maar ik kijk wel breder. Ik kijk ook naar de gegevens van Public Health England, ik kijk naar Public Health Scotland, waar alles gestratificeerd is volgens leeftijd, gevaccineerd of niet gevaccineerd. Wij zien daar zwart op wit dat *vaccine efficacy* negatief is, mensen. Dat wil zeggen, de niet-gevaccineerden presteren beter, op het vlak van infecties zijn er minder cases, dan de gevaccineerden.

De neveneffecten worden ook gebagatelliseerd, heb ik gehoord. Kijken mensen wel naar de VAERS, de *adverse events* die gerelateerd zijn aan vaccinatie? In 2021 lag het aantal honderden keren hoger dan in de voorbije tien jaar samen. Kijken de mensen naar EudraVigilance? Wordt dat bekeken? Dat is zeer alarmerend. Voor mij is er meer dan reden om die zaken ten minste in een open wetenschappelijk debat op tafel te leggen, en te zien wat klopt of waarom de gegevens blijkbaar zo uiteenlopend zijn.

Ik blijf erbij dat het een experiment blijft.

Kinderen, zwangere vrouwen, vrouwen in de vruchtbare leeftijd, oudere mensen, enzovoort, hebben geen deel uitgemaakt van de klinische studies. Ouderen voor een klein gedeelte. Ook mensen die reeds besmet waren, waren geen deel van de klinische studies. De studies op kinderen die gedaan zijn, waren zeer oppervlakkig, zeer kortstondig. Het is voor een vaccinoloog met 25 jaar ervaring onvoorstelbaar dat zoiets massaal wordt uitgerold over de bevolking.

En dan over de sterfte bij de kinderen, de Offices for National Statistics van Engeland en Wales samen, hebben over 23 maanden, tot en met eind december vorig jaar, bij kinderen tussen 0 en 18 jaar, exact 3 gevallen vastgesteld die werkelijk aan covid zijn overleden. Opnieuw, er wordt hier met getallen gegoocheld. Wij moeten die in een bredere context bekijken. Het is net alsof de pandemie in België verschillend is van de pandemie in andere landen.

Ik zal het hierbij laten, uit respect voor de tijd. Maar ik wens werkelijk al de vragen te ontvangen. Ik beloof dat ik de tijd zal nemen erop te antwoorden. Ik hoop dat het finaal toch nog uitmondt in een rechtstreeks debat tussen wetenschappers, zodat dit niet via jullie moet gaan. Ik respecteer de vragen. Ik vond de vragen zeer goed. Jullie hebben jullie huiswerk gedaan. Ik ben vol lof voor die inspanning.

De **voorzitter**: Dank u, mijnheer Vanden Bossche, dat is een beetje de limiet waar we aan zitten. Het is hier geen wetenschappelijk debat, maar we proberen wel inzicht te krijgen. Het integraal verslag zal morgen beschikbaar zijn, we kunnen niet het onmogelijke van de diensten vragen. Dat is al zeer snel, uiteraard. Ik bedank trouwens de dienst van het Integraal Verslag en ook de secretarissen van de commissie. Er werd gesproken over puzzelwerk, maar deze hoorzittingen zijn ook een puzzelwerk om georganiseerd te krijgen. Ik dank de diensten die

zich daarvoor inzetten.

Dominiek Sneppe (VB): Een vraag. Is het mogelijk om de schriftelijke antwoorden van beide heren toe te voegen aan het verslag? Eigenlijk is het de bedoeling om dat hier nog te bespreken, maar door tijdsgebrek kan dat niet. Ik stel voor om dat toch aan het verslag toe te voegen.

De **voorzitter**: Technisch gezien is het integraal verslag wat hier gezegd is. Wat hier niet gezegd is, staat daar natuurlijk niet in, denk ik.

Dominiek Sneppe (VB): Als bijlage aan het verslag.

De **voorzitter**: Ik zal het navragen. Alleszins moeten we volgende dinsdag zien wat we hier verder mee doen. Dit is één van de vragen die daarmee gepaard gaan. We noteren uw vraag. Technisch gezien kan ik niet antwoorden hoe dat juist moet. Op dit moment hebben we alleszins een integraal verslag van wat hier gezegd is. We hebben sowieso al schriftelijke adviezen en zullen nog bijlagen krijgen. We vragen ook aan alle sprekers om hun tekst of eventueel hun powerpoint op te sturen. Dat zijn ook allemaal stukken die aan dit dossier zijn toegevoegd.

Steven Creyelman (VB): Mijnheer de voorzitter, ik wil geen voorafname doen op wat er straks gaat gebeuren, maar ik denk dat we nu al kunnen vaststellen dat vier sprekers per halve dag een te ambitieus schema zal zijn. Daar moeten we ons misschien ook eens over uitspreken, daarom niet noodzakelijk voorafgaand aan deze namiddag. Het lijkt mij iets om weldra te bespreken.

De **voorzitter**: We zullen zien hoe we daarmee omgaan. Ik reken op ieders verantwoordelijkheidsgevoel, want we hebben er wel 32 te doen. Vanmorgen hadden we het geluk dat er "maar" 2 waren. Het is ook het begin, we hebben een half uur inleiding gehad. Een aantal vragen zal misschien niet elke keer herhaald moeten worden.

Vandaag hadden we ook het voordeel 2 totaal tegenstrijdige standpunten te hebben, wat natuurlijk veel vragen uitlokt. We zien dat straks wel.

Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le président, nous avons tous besoin d'une pause, j'en conviens. L'autre fois, j'avais émis la suggestion de reproduire notre méthode de la commission spéciale covid, à savoir transmettre préalablement nos éventuelles questions aux orateurs, de sorte qu'ils puissent s'organiser au mieux et anticiper leurs arguments.

Le **président**: Oui, d'autres membres ont émis cette proposition. La différence est que nous sommes tenus par des délais très courts. De plus, il faut encore traduire ces questions écrites et les communiquer aux orateurs. En tout cas, le secrétariat estime que le délai est trop court pour que les orateurs puissent les prendre en considération. Selon moi, ce n'est pas réaliste.

Je remercie les deux orateurs de cette matinée pour cette première audition. Merci pour vos réponses et votre attention.

La réunion publique de commission est levée à 13 h 43.
De openbare commissievergadering wordt gesloten om 13.43 uur.

COMMISSION DE LA SANTE ET DE L'ÉGALITE DES CHANCES

du

MERCREDI 26 JANVIER 2022

Après-midi

_____

COMMISSIE VOOR GEZONDHEID EN GELIJKE KANSEN

van

WOENSDAG 26 JANUARI 2022

Namiddag

_____

La réunion publique de commission est ouverte à 14 h 09 et présidée par M. Thierry Warmoes.
De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.09 uur en voorgezeten door de heer Thierry Warmoes.

Audition sur la vaccination obligatoire de Mme Liliane Schoofs (KU Leuven), Mme Ann De Guchtenaere (UGent), M. Johan Neyts (KU Leuven), M. Emmanuel André (KU Leuven).
Hoorzitting over de vaccinatieplicht met mevrouw Liliane Schoofs (KU Leuven), mevrouw Ann De Guchtenaere (UGent), de heer Johan Neyts (KU Leuven), de heer Emmanuel André (KU Leuven).

Le **président**: Bonjour à toutes et tous et rebonjour aux membres de la commission. Bienvenue à Mme Schoofs et Mme De Guchtenaere, M Neyts et M André.

Deze mensen zijn allemaal via Zoom bij ons. Ik dank hen omdat zij onze uitnodiging aanvaard hebben en omdat zij zich op zo'n korte termijn vrijgemaakt hebben uit hun drukbezette schema.

Vanmorgen hebben wij al zeer veel vragen behandeld. De ervaring leert dat dit tijdopslorpend is. Ik wil aan de sprekers meegeven dat afgesproken is dat zij een betoog van maximaal een kwartier zouden houden. Houd er rekening mee dat er daarna nog veel vragen zullen zijn. Als het dus mogelijk is om uw betoog iets korter te houden, dan is dat meegenomen. Achteraf komen er toch nog veel vragen. Dat is de ervaring van deze morgen.

Ik wil de sprekers vragen om als zij over een headset beschikken die ook te gebruiken, omdat dit beter is voor de vertaling en voor de kwaliteit van het geluid. Dat is nogal evident.

Ik stel voor dat u zich eerst voorstelt.

Je propose à chacune et à chacun de se présenter soi-même. Ainsi, je ne ferai pas d'erreur à ce niveau-là.

Nous avons discuté ce matin des conflits d'intérêts. Même si ces auditions ne sont pas directement associées à une proposition de loi, nous vous demandons de mentionner les conflits d'intérêts que vous auriez éventuellement.

Je remercie les différents orateurs d'être présents pour nous en apprendre davantage sur cette question de l'obligation vaccinale, les modalités, etc.

U mag zichzelf voorstellen en melding maken van eventuele belangenconflicten.

Liliane Schoofs: Ik ben Liliane Schoofs en ben gewoon hoogleraar aan de KU Leuven. Ik ben moleculair bioloog van opleiding en ben ook lid van de EMBO, de European Molecular Biology Organization. Ik doceer het vak immunologische biotechnologie en mijn onderzoek gaat over moleculaire mechanismen, hoe cellen met elkaar praten via moleculen.

Ik wil uitleggen hoe het immuunsysteem werkt en wat er in het discours over het hoofd is gezien.

Onze immuniteit bestaat uit drie barrières, die moeten worden overwonnen door een microbe of door een virus. De eerste barrière is de aangeboren immuniteit, dat zijn breedspectrum antimicrobiële stoffen: *natural killer cells*, mucus enzovoort. Vervolgens is er de mucosale immuniteit. Dat is eigenlijk het slijmvliesepitheel van de neus, de keel, de mond, de bovenste luchtwegen en de lagergelegen luchtwegen. Die mucosale immuniteit werkt met eigen immuuncellen, die geproduceerd worden door hun eigen specifieke lymfeklieren, bijvoorbeeld de

amandelen. Tot slot is er de systemische immuniteit, de immuniteit van de bloedsomloop, met perifere lymfeklieren, die zich bijvoorbeeld in de oksel of de lies bevinden. De mucosale immuniteit is vaak onderbelicht geweest in het discours rond COVID-19.

Hoewel de pandemie nu al bijna twee jaar duurt, is er weinig aandacht besteed aan de mucosale immuniteit bij respiratoire infecties. Het covidvirus infecteert eerst de slijmvliezen van de mond, de neus, de keel en de bovenste luchtwegen. Pas wanneer het virus in staat is om die mucosale barrière te doorbreken, komt het in het bloed terecht. Het is dus ter hoogte van het respiratoire en orale slijmvliesepitheel, dat het verworven afweermechanisme, dus de adaptieve immuniteit, in gang wordt gezet. Dat heeft belangrijke gevolgen voor de diagnose en de behandeling van de aandoening maar ook voor de ontwikkeling van efficiënte vaccins.

De mucosale immuniteit is vrijwel de grootste component van het hele immuunsysteem, groter dus dan het immuunsysteem van de bloedsomloop. Hoe gaat dat in zijn werk? De mucose, dus het slijmvliesepitheel is een zelfregulerende cellenlaag met een eigen microbioom, zoals we dat ook zien in de darm, met nuttige bacteriën, dat in stand wordt gehouden en waardoor homeostase optreedt, zodat alles goed verloopt. Ter hoogte van dat slijmvliesepitheel worden er ook antistoffen geproduceerd van het type IgA, dimeerantistoffen, die verschillend zijn van de antistoffen die in het bloed circuleren. Die antistoffen worden lokaal, ter hoogte van de slijmvliezen, uitgescheiden, binden zich dan aan het virus en verhinderen zo dat het virus de slijmvliesepitheelcellen kan binnendringen. Het aantal IgA-antistoffen die geproduceerd worden door de cellen van het slijmvliesepitheel, is een veelvoud van alle andere stoffen in de bloedbaan.

Op deze figuur ziet u die IgA-antistoffen die gesecreteerd worden. In de tweede kolom ziet u de eigenschappen daarvan. Die komen ook in het bloed voor; het is belangrijk te weten dat de antistoffen van het bloed niet ter hoogte van het slijmvliesepitheel kunnen worden uitgescheiden, zoals u op de dia ziet.

De IgA-antistoffen zijn dus belangrijk en het systeem NALT of algemeen gesteld MALT voor de mucosale immuniteit, ter hoogte van mond, neus, keel en bovenste luchtwegen is vooral goed ontwikkeld bij kinderen en jongen, omdat die ook nog bronchus associated lymphoid tissue (BALT) hebben ter hoogte van de vertakkingen van de luchtpijp, die bij volwassenen niet zo goed meer functioneert.

Hoe werkt de mucosale immuniteit? Hier zie je het slijmvliesepitheel met cellen die goed op elkaar aansluiten, zodanig dat wat er in mond- en keelholte zit, zoals microben, bacteriën en virussen, niet kunnen binnendringen. Aan de andere kant van die cellenlaag vind je dan allerlei andere cellen en die nemen, vaak via uitlopers, waar wat er zich ter hoogte van de holten afspeelt en of daar iets vreemds aan de hand is. Op die manier wordt een virus dus gedetecteerd. De cellen die die waarneming kunnen doen, noemen we sensorische cellen. Die cellen gaan dan naar de lymfeklieren, bijvoorbeeld de amandelen, ter hoogte van de keelholte, die dus in de buurt van die cellen ligt. Rechts op het scherm ziet u dat afgebeeld. Kinderen en jongeren hebben nog een extra BALT-systeem, dus extra lymfeklieren.

In de amandelen worden de cellen van het immuunsysteem, die we de B-cellen en T-cellen noemen, geprogrammeerd. De B-cellen maken antilichamen aan en de T-cellen kunnen de met het virus geïnfecteerde cellen vernietigen. In de amandelen worden die cellen geprogrammeerd met eiwitten aan de oppervlakte, die dan een soort van detectoren worden, die we receptoreiwitten noemen. Die kunnen de signalen die vanaf de plaats van infectie worden uitgezonden, waarnemen.

De cellen die bij een infectie in gang worden gezet om te prolifereren, krijgen de juiste membraaneiwitten, de juiste receptoren om de plaats van infectie te vinden, waarna ze opnieuw migreren en het virus opklaren via die IgA-antilichamen. Wanneer het virus een van die cellen van het epitheel zou zijn binnengedrongen, wordt die cel die het virus bevat gedood door de T-cellen die ter hoogte van de amandelen worden geproduceerd. Belangrijk is dat die immuuncellen hun weg terugvinden naar de mucosa om daar het virus te neutraliseren.

Tegelijkertijd worden ter hoogte van de amandelen ook de immuuncellen en de B- en T-cellen van de systemische immuniteit geactiveerd. Die cellen migreren naar de perifere lymfeklieren ter hoogte van de oksels en in de lies, waar dan cellen worden klaargestoomd om het virus te neutraliseren wanneer dat doordringt in de bloedcirculatie.

Wanneer het virus de mucosale barrière doorbreekt, wanneer dit systeem dus niet optimaal werkt, pas dan komt het virus in de bloedbaan terecht. Dat gebeurt meestal ter hoogte van de longblaasjes, en daar zitten dan een ander type antilichamen, voornamelijk van het type-IgG.

Er werd veel aandacht besteed aan de

virusneutraliserende stoffen in het bloed, maar die antistoffen in het bloed kunnen enkel efficiënt zijn wanneer ze het slijmvliesepitheel, waar het virus zich in eerste instantie bevindt, kunnen bereiken. Het is bekend dat de IgA-antistoffen van de bloedbaan en de IgG niet kunnen worden getransporteerd in de secreties van het slijmvlies.

Zoals ik al heb gezegd, is het NALT en het BALT heel goed ontwikkeld bij kinderen en adolescenten.

Bij een besmetting worden immuuncellen van het NALT, de bovenste ademhalingswegen, geprogrammeerd met receptoren zodat zij in staat zijn de attractieve signalen die worden uitgezonden op de plaats van infectie – neus, keel en mondholte en de bovenste ademhalingswegen – te detecteren.

Bij een besmetting worden allerlei cellen gerekruteerd om het virus te neutraliseren. Dat is wat er gebeurt bij besmetting ter hoogte van de mucosa, de slijmvliezen. Links onderaan het scherm ziet u de oppervlakte-eiwitten. Dat zijn de receptoren die de signalen die worden uitgezonden ter hoogte van de plaats van infectie kunnen waarnemen.

Rechts op het scherm ziet u wat er gebeurt bij intramusculaire vaccinatie. Men ziet daar nauwelijks cellen circuleren. Dat komt omdat ze niet die receptoren hebben om de plaats van infectie te kunnen detecteren. Bij vaccinatie worden vooral de immuuncellen van het perifere systemisch immuunsysteem getriggerd, maar deze vinden de plaats van infectie niet.

Pas wanneer de virale infectie door de mucosa breekt en in de bloedbaan terechtkomt, en dat gebeurt vooral ter hoogte van de longblaasjes, kunnen de immuuncellen van de bloedcirculatie die opgewekt zijn door het vaccin, wel hun werk doen. Dat betekent dat iedereen, gevaccineerd of niet-gevaccineerd, de mucosale infectie doormaakt. Die duurt minstens vijf tot zes dagen.

Voor een studie die recent werd uitgevoerd, maar die nog niet werd gepubliceerd, heeft men met neusuitstrijkjes de virale lading gemeten bij gevaccineerde en niet-gevaccineerde personen gedurende het gehele proces van besmetting. De concentratie van viruspartikels, dus de virale lading, in de neusuitstrijkjes lag gedurende heel de periode bijna even hoog bij gevaccineerde als bij niet-gevaccineerde personen. Dat komt omdat zij beiden die mucosale infectie doormaken vooraleer het virus in de bloedbaan terechtkomt. Als dat al gebeurt, want als de mucosale immuniteit heel goed werkt, breekt het virus immers niet door in de bloedbaan.

Na infectie met het virus of na vaccinatie wordt er immunologisch geheugen opgebouwd, waarbij het immuunsysteem zich de eerdere infectie of de vaccinatie herinnert. Op het einde van een eerste infectie of vaccinatie veranderen sommige B- en T-immuuncellen in geheugencellen. Die herinneren zich het virus en staan paraat om aan te vallen bij een volgende infectie.

Op die manier zullen er bij een volgende infectie heel snel nieuwe antistoffen worden aangemaakt. Bij een eerste infectie of bij een vaccinatie kan het tot twee weken duren vooraleer het immuunsysteem de infectie heeft tenietgedaan, met behulp van geheugencellen doet het immuunsysteem bij een volgende infectie hetzelfde in vijf dagen.

Er worden dan ook veel meer antistoffen geproduceerd in vergelijking met de eerste infectie. Dat is allemaal dankzij de geheugencellen, die iemand dus sneller verlossen van het virus bij een tweede infectie in vergelijking met een eerste. Het vaccin laat iemand dus eigenlijk een eerste infectie doormaken, zonder dat hij of zij daar ziek van wordt, met dien verstande dat men altijd de mucosale barrière doormaakt, gevaccineerd of niet-gevaccineerd. Dat betekent dat het vaccin helpt om immuniteit te verwerven.

De huidige vaccins beschermen enkel tegen ernstige ziekte. Alle inspanningen van de huidige vaccinontwikkeling zijn gefocust op systemische immuniteit, dus IgG-antistoffen en T-cellen in het bloed, en die zijn pas effectief nadat de mucosale barrière is doorbroken. Intramusculaire injectie – in het middelste panel voorgesteld – is eigenlijk een vrij povere manier om een mucosale immuunrespons op te wekken. Op het bovenste panel ziet u wat er gebeurt bij een natuurlijke infectie. Daar worden antistoffen opgewekt van het type IgA ter hoogte van de mond, keel en bovenste ademhalingswegen. Bij een intramusculaire injectie gebeurt dat enkel systemisch en wordt eigenlijk geen mucosale immuunrespons opgewekt, enkel een systemische immuunrespons. Wanneer wij een nasaal of oraal vaccin zouden gebruiken, zou de mucosale immuunrespons wel worden opgewekt.

Samengevat kunnen wij zeggen dat de route van toediening heel belangrijk is bij vaccinontwikkeling en dat de huidige intramusculair toegediende vaccins beschermen tegen ernstige ziekte en hospitalisatie, maar niet geschikt zijn om transmissie van infectie te verhinderen omdat er gedurende vijf à zes dagen een mucosale immuunrespons is en in die periode is de persoon besmettelijk.

De **voorzitter**: Mag ik u vragen om af te ronden, mevrouw Schoofs.?

Liliane Schoofs: Ik heb een document doorgestuurd met studies die dat aantonen.

Samengevat kunnen we zeggen dat de immuuncellen van de systemische immuniteit die door het vaccin worden geïnduceerd niet juist geprogrammeerd zijn om de mucosa te vinden. Dit heeft gevolgen voor de vaccinverplichting en de vaccinpas. Men kan zich terecht de vraag stellen of een vaccinpas nuttig is wanneer het vaccin de viruscirculatie niet hindert en wanneer de transmissie wordt bewerkstelligd door zowel gevaccineerde als niet-gevaccineerde personen.

Men kan zich ook de vraag stellen of een vaccinplicht zinvol is voor een vaccin dat de mucosale infectie niet kan verhinderen en dat werd ontwikkeld tegen de Wuhanvariant, zeker in de huidige periode waarin de veel minder schadelijke maar meer besmettelijke omikronvariant circuleert. De vaccinatiegraad is al hoog in België. Het is maar de vraag of een vaccinplicht die graad nog zal verhogen.

Alleen het poliovaccin is verplicht in België. Momenteel wordt daarvoor het intramusculair poliovaccin gebruikt, maar tot het jaar 2000 was dat een oraal vaccin. Het is het oraal vaccin dat ervoor heeft gezorgd dat polio wereldwijd zo goed als werd uitgeroeid.

Bovendien hebben de WHO en het EMA opgeroepen tot de ontwikkeling van een nieuw vaccin, net om die reden dat het vaccin niet in staat is om transmissie te verhinderen. Een maatschappelijk nadeel van de coronapas is dat het zorgt voor een splijtzwam in de samenleving.

De **voorzitter**: Dank u voor uw uiteenzetting, mevrouw Schoofs.

Ik geef nu meteen mevrouw De Guchtenaere het woord. Welkom. Kunt u zich eerst kort voorstellen en melding maken van eventuele belangenconflicten?

Ann De Guchtenaere: Mijnheer de voorzitter, geachte commissieleden, ik ben kinderarts en professor aan de UGent in de vakgroep Pediatrie. Ik ben ook voorzitter van de Belgian Academy of Paediatrics en secretaris-generaal van de Europese Academie van Pediatrie. Ik ben ook lid van de Paediatric Task Force COVID-19. In het dagelijkse leven ben ik vooral gewoon kinderarts.

Ik heb geen belangenconflicten, naast het feit dat ik hier de belangen van het kind voorop ga stellen. Ik ben heel blij met de uitnodiging voor deze hoorzitting, omdat u iemand hebt gekozen met pediatrische expertise in dit debat. Het kind is een integraal deel van onze samenleving. We missen de kindreflex vaak in veel debatten maar in dit debat dus niet. Hartelijk dank daarvoor.

Ik ga geen PowerPoint gebruiken bij mijn presentatie, maar de eerste boodschap die ik zeker wou meegeven, is dat ik helemaal niet houd van het woord vaccinatieplicht. We moeten volgens mij vooral moeten spreken over een vaccinatierecht. Vaccins zijn een recht en een voorrecht. Onze samenleving heeft het voorrecht gekregen om zich te laten vaccineren.

Veel van mijn collega's, zelfs artsen in landen waar extreme armoede heerst, hebben nog niet eens de kans gekregen om zich te laten vaccineren. Wij gaan hier dan over vaccinatieplicht spreken, terwijl het eigenlijk een recht is. Dit is voor mij toch wel een belangrijke nuance. Dit is natuurlijk niet de reden waarom jullie mij hebben uitgenodigd.

Het merendeel van de bevolking heeft ook van dat voorrecht gebruikgemaakt om zichzelf en anderen te beschermen. Jammer genoeg zijn er ook mensen die daarvan geen gebruik hebben gemaakt.

Als kinderarts komen wij vrij vaak in contact met ouders die veel vragen over de vaccinatie hebben. Zij moeten daarom niet als vaccinweigeraars of antivaxers worden bestempeld. Dat zijn gewoon ouders die veel vragen hebben en die terecht veel informatie vragen.

Wij hebben in al die jaren ook geleerd dat er heel veel misinformatie wordt verspreid en veel angst wordt gecreëerd. De vraag is of men dat gaat oplossen door een verplichting. Wij hebben vooral geleerd dat men dit oplost door drempels weg te nemen, door voor die ouders als vertrouwenspersoon te fungeren, door zo veel mogelijk drempels proberen weg te nemen door hen te informeren. Dat is een belangrijke boodschap voor pediaters die dagelijks met vaccins te maken hebben.

Een derde boodschap gaat over het vaccinatierecht voor kinderen. Ik ben blij dat ook kinderen het recht hebben gekregen om zich te laten vaccineren. Dat is vooral belangrijk voor de kinderen met comorbiditeiten, maar het is ook belangrijk voor de hele samenleving dat men ten minste de moeite heeft genomen om dit bij kinderen te testen en de dosering te bekijken, want dat gebeurt voor veel medicatie nog altijd te weinig.

Het is heel moeilijk om over een vaccinatieplicht voor kinderen te spreken. Kinderen hebben recht op onderwijs. We zijn absoluut niet gewonnen voor het idee om de vaccinatieplicht aan het recht op onderwijs te koppelen.

Dan kom ik bij de vragen waarop ik geen antwoord heb. Hoeveel hebben we nog te winnen met vaccinatieplicht? Is het momentum niet voorbij? Is het de moeite waard om in onze maatschappij, waar er al zo veel vertrouwen weg is en waar de nuance zo vaak is weggenomen, nog meer te gaan polariseren? Ik heb daar geen antwoord op. Het is aan u om daarop een antwoord te vinden. Wij willen helpen om te promoten, te stimuleren en de juiste informatie aan de bevolking te geven. De vaccins zijn veilig, dat is het allerbelangrijkste.

De **voorzitter**: Dat geeft stof tot verder nadenken, mevrouw De Guchtenaere. Dank u.

Dan geef ik de volgende spreker het woord, de heer Neyts. Kunt u zich eerst kort voorstellen en eventuele belangenconflicten vermelden?

Johan Neyts: Mijnheer de voorzitter, beste leden van de commissie, ik ben Johan Neyts, viroloog aan de KU Leuven, aan het Rega Instituut. Ik ontwikkel zowel vaccins als antivirale therapie. Ik denk niet dat dat een *conflict of interest* is, maar ik geef het mee. Dat is natuurlijk ook algemeen geweten. Mijn labo doet ook aan contractonderzoek en consulting, omdat wij bepaalde expertise hebben en over een bepaalde infrastructuur beschikken die anderen vaak niet hebben.

Mijn presentatie is complementair bij die van collega Emmanuel André, die na mij volgt. Wij zijn nauwe collega's, wij zitten bijna naast mekaar en doceren ook samen het vak microbiologie. De algemene conclusie in de laatste slide van collega André is ook mijn conclusie.

U ziet hier het effect in de leeftijdsgroep 65 tot 84 jaar op de opname op intensieve zorg van mensen die niet gevaccineerd zijn, van mensen die twee dosissen van het vaccin gekregen hebben, en van mensen die de booster hebben gekregen. U hebt vanochtend ook reeds gehoord wat de impact is van vaccinatie.

Wij mogen trouwens heel blij zijn dat er krachtige vaccins ontwikkeld zijn tegen corona, want dat lukt niet voor alle virussen. Denk maar aan HIV, RSV, herpes en vele andere.

De vaccins werken maar de vraag is hoe ze werken. Ik wil dat toch even meegeven. Veel mensen hebben vaccintwijfels, omdat ze niet goed begrijpen hoe die vaccins werken. Het is goed om in de sessies hier toch nog even de fundamenten en de basis te herhalen.

U ziet hier een SARS-CoV-2-partikel met op het oppervlak de eiwitspike. De bedoeling van die spike is om te binden aan de receptor van de menselijke cel, zich zo te verankeren en binnen te komen in de cel, zoals ook collega Schoofs uitlegde. Hoe kunnen wij dat verhinderen? Door antistoffen, IGA's of andere, die dan binden op de spike en het virus verhinderen dat de spike kan binden aan de gastheercel.

Men kan immuniteit opwekken door vaccinatie. Het komt erop aan om aan het lichaam die spike aan te bieden, zodat het lichaam reeds kan trainen en oefenen in het herkennen van de vijand, of toch een klein stukje van de vijand, voor wij het virus binnenkrijgen via neus of keel.

Alle vaccins tegen corona zijn gebaseerd op die spikes. Men kan zo'n spike als het ware zelf inspuiten, bijvoorbeeld het vaccin van Novavax, of men kan de code voor dat vaccin inspuiten, met een klein stukje mRNA. Dat mRNA, dus een klein stukje genetische code, wordt dan verpakt in vetdruppels, om na inspuiting gemakkelijker in de cellen te geraken.

De injectie wordt gezet in de arm. U ziet hier een cel waar de stof wordt ingespoten. U ziet dat de vetbolletjes in de cel komen. Het mRNA komt vrij en wordt dan omgezet en vertaald in dat spike-eiwit en op het oppervlak van de cel gepositioneerd. Dat mRNA blijft dus in de buitenste laag van de cel, in het plasma. Het gaat niet naar de kern.

Het aangemaakte spike gaat dan naar het oppervlak en wordt herkend door immuuncellen. Die immuuncellen zorgen uiteindelijk voor de afweer tegen het virus. De eerste lijn van defensie zijn de antilichamen. De tweede lijn van defensie zijn de T-cellen. De aangeboren immuniteit, de mucosale immuniteit is natuurlijk ook heel erg van belang. Wij hebben trouwens reeds zelf geprobeerd om via vaccinatie in de neus immuniteit op te wekken, dat lukt tot op een bepaald niveau.

Die antilichamen neutraliseren dan het virus en beletten dat het binnenkomt. Met de varianten, en zeker nu met omikron, is de vijand, dat virus eigenlijk gecamoufleerd. De antilichamen, die getraind zijn op basis van spikes van het Wuhanvirus, hebben dus wat last om het virus te herkennen. Daarom moet men een boost geven om die manschappen, die antilichamen, die eerste linie, weer aan te voeren. Na bepaalde tijd is er immers sowieso afname van die antistoffen. De eerste lijn moet dus versterkt worden door

boosting.

Dan zijn er de T-cellen, die de geïnfecteerde cellen opruimen. Het goede nieuws is dat de T-cellen minder afhankelijk zijn van het type variant. Daardoor zien wij goede bescherming tegen infectie met andere varianten.

Een vaak gehoorde vraag is of de vaccins ons genetisch materiaal aantasten. Het antwoord is nee.

Op de slide ziet u in het groen het mRNA en de *spike* die gemaakt is op basis van het mRNA. Op het tweede, middelste plaatje ziet u dat het mRNA wordt afgebroken. Dat komt doordat het maar heel tijdelijk in het lichaam aanwezig kan zijn. Het is heel thermolabiel. Het Pfizervaccin wordt gestockeerd bij een temperatuur van min 80 graden en wordt vervolgens ingespoten in een arm bij een lichaamstemperatuur van 37 graden, dus 117 graden warmer. De hoeveelheid is ook heel weinig, er wordt maar een honderdste van een milligram ingespoten. Het mRNA wordt afgebroken en kan op geen enkele manier de nucleus bereiken, dus het kan niet in de kern met DNA en chromosomen. Het vaccin kan dus niet worden ingebouwd in het DNA. Het mRNA is trouwens één keten, terwijl DNA een dubbelketen is, een helix.

Mensen hebben twee dosissen gekregen, maar dat blijkt niet voldoende, waardoor mensen nu voor een boost worden opgeroepen. Is dat allemaal wel nodig en goed? Welnu, het ene vaccin is het andere niet. Sommige vaccins, zoals het gelekoortsvaccin, vereisen maar één dosis. Het gelekoortsvirus verandert daarenboven niet, dat is na honderd jaar nog altijd hetzelfde. Van andere vaccins, zoals tegen mazelen, de bof of de rodehond, zijn er twee dosissen nodig. Ook die virussen blijven heel stabiel. Tegen hepatitis B zijn drie of vier dosissen nodig. Met corona, waarvan wij de varianten voorafgaandelijk niet kenden, hebben wij geleerd dat een driedosisvaccin nodig is.

Nog een veelgehoorde vraag is welke de langetermijneffecten van vaccinatie zijn. Uit de genoemde publicatie heb ik daaromtrent drie elementen meegenomen.

Vooreerst, zoals reeds gezegd, vaccins worden snel afgebroken in ons lichaam. Een vaccin moet maar heel tijdelijk aanwezig zijn om het immuniteitssysteem te trainen, om immuniteit op te wekken, en dan is het weg, want dan kan het immuunsysteem werken aan de eigen ontwikkeling van het geheugen en opbouw van immuniteit.

Iedereen op deze planeet is al wel eens gevaccineerd sinds de jaren 1950, onder andere tegen polio. Voor alle gekende vaccins geldt dat langer dan twee maanden na de vaccinatie er geen late nevenwerkingen meer ontstaan.

Intussen hebben we ook al heel veel kennis over de veiligheid van de vaccins, aangezien er ondertussen al bijna tien miljard dosissen zijn toegediend. Wij weten daardoor nu dat de vaccins echt wel veilig zijn.

Natuurlijk zien we in de eerste dagen na toediening bij bepaalde mensen nevenwerkingen. Dat kan altijd, dat is ons bekend.

Sta me toe mee te geven dat vaccins de wereld veranderd hebben, niet alleen betreffende covid. De WHO stelt dat er binnen 33 landen van Europa door de vaccinatie ongeveer een half miljoen mensenlevens is gered, dus doden vermeden.

Ik wil nog even aangeven wat de impact is van vaccins, want vaak wordt dat vergeten. Ik vernoem eerst polio, kinderverlamming. Op de slide ziet u een afbeelding van een man die in zijn jeugd kinderverlamming heeft opgelopen. De aandoening is al bekend van bij de oude Egyptenaren. Tot in de jaren 50 was polio een groot probleem. Kinderen kregen ook verlamming van de ademhalingsspieren en moesten in een ijzeren long behandeld worden. Sinds de vaccinatie tegen polio in de jaren 50 en 60 zien wij dat het aantal gevallen van polio dramatisch is afgenomen. Dat ziet u in de grafiek. Eigenlijk is polio nu bijna zo goed als uitgeroeid.

Een ander voorbeeld is rodehond. Wanneer een moeder tijdens een zwangerschap besmet raakt met rodehond, kan het kind een heel ernstig syndroom krijgen. Op de foto ziet u een nog niet eens heel ernstig geval. Door vaccinatie tegen rubella in de puberteit zien wij dat het congenitaal rubellasyndroom niet meer voorkomt.

Vaccinatie tegen het papillomavirus vermijdt dat er kanker ontstaan. De reductie bedraagt 90 %, volgens een studie gepubliceerd in november 2021.

Ik vermeld ook vaccinatie tegen hepatitis B. Hepatitis B veroorzaakt leverkanker, maar vaccinatie tegen hepatitis B vermijdt het ontstaan van kanker. In die zin kan er dus ook gevaccineerd worden tegen kanker.

Voor wie meer info over vaccins wil, kan ik een heel leesbare en makkelijk te verstane MOOC aanbevelen, die gratis beschikbaar is. Mijn collega's Van Gucht en Van Ranst hebben eraan meegewerkt.

Nog een belangrijke discussie gaat over de vraag hoe het in de toekomst verder moet met de vaccins. Het is van belang te weten dat er nog andere elementen zijn, nog andere wapens in het arsenaal, met name de virusremmers. Op de slide heb ik er drie opgelijst die het meest van belang zijn.

De eerste virusremmer is remdesivir, een middel dat als infuus toegediend moet worden. Er wordt momenteel gewerkt aan een orale vorm van remdesivir. Met dat middel bedraagt de reductie 89 % van kans op hospitalisatie en overlijden als de behandeling start binnen de eerste zeven dagen nadat de symptomen opzetten.

Er is veel te toen om Paxlovid, een middel van Pfizer, dat ook voor bijna 90 % reductie van overlijden zorgt.

Een derde virusremmer is Molnupiravir.

Deze week hebben wij trouwens gepubliceerd dat die antivirale middelen even werkzaam blijven tegen de varianten, wat een belangrijk element is.

Naast virusremmers hebben we ook antistoffen. Het middel Sotrovimab van GSK, dat als infuus wordt toegediend, geeft ook ongeveer 90 % reductie van kans op ziekenhuisopname en overlijden als de behandeling tijdig begint.

Het volgende, hoewel wat minder van belang, wil ik nog meegeven. Er is heel veel te doen geweest omtrent hydroxychloroquine. In 2020 hebben wij al gepubliceerd dat dit niet werkt, wat onder andere blijkt uit proefdieren en klinische studies. Mensen moeten dat middel dus zeker niet nemen.

Ook over Ivermectine was er veel te doen. Links op de slide ziet u grafieken van onze eigen studies, in het blauw de controles, in het oranje hamsters behandeld met Ivermectine, nadat ze geïnfecteerd waren met corona. U ziet dat Ivermectine totaal geen effect heeft. Ook de Amerikaanse FDA beveelt aan om geen Ivermectine te gebruiken, omdat het niet werkt en ook onveilig is.

Voor de toekomst leggen vaccinatie en immuniteit een goede basis en protectie tegen het virus bij de populatie. Wij bevinden ons momenteel echter nog niet in een endemische situatie, al denk ik dat we met de omikronvariant nu wel goed zitten. Er komt meer immuniteit, ook door de infecties.

Wij zijn optimistisch, ik ook, maar we moeten tevens altijd realistisch en niet naïef zijn. Er kunnen altijd nog verrassingen op ons afkomen. We hebben van het coronavirus mogelijk nog niet het laatste gezien. Er kunnen nog nieuwe varianten ontstaan. Wij hebben nog altijd een gedetailleerd plan nodig met het oog op mogelijke problemen in de winter 2022-2023 en daarna.

Op het moment dat er zich – hopelijk niet – een probleem voordoet, moet worden bekeken welke de karakteristieken zijn van het virus, de eigenschappen van de vaccins en de werkzaamheid van de virusremmers die we zullen moeten kunnen inzetten bij de meest kwetsbare patiënten, de hoogrisicopatiënten. Al die elementen moeten in de discussie worden meegenomen.

De **voorzitter**: Bedankt, mijnheer Neyts. Ik begrijp dat wij hier een versnelde cursus immunologie en vaccinologie krijgen, zeker nuttig voor de vele commissieleden zonder medische opleiding. De discussie over al dan niet verplichte vaccinatie, die wij moeten voeren, is natuurlijk nauw verbonden met de discussie over het belang en de rol van vaccins op zich, en wat we van vaccins al dan niet kunnen verwachten.

Chers collègues, nous allons maintenant entendre le dernier orateur prévu à notre ordre du jour, à savoir M. Emmanuel André à qui je souhaite la bienvenue.

Monsieur, je vous demande de vous présenter brièvement et, éventuellement, de nous faire part de l'existence d'un éventuel conflit d'intérêts.

Emmanuel André: Monsieur le président, permettez-moi, tout d'abord, de vous remercier pour votre invitation.

Je m'appelle donc Emmanuel André. Je suis médecin spécialiste en microbiologie clinique. Je suis à la fois responsable du diagnostic des maladies infectieuses aux hôpitaux universitaires de Leuven et professeur de microbiologie à la KU Leuven. C'est dans ce cadre que je suis responsable du laboratoire national de référence du covid-19 en Belgique.

Je n'ai pas de conflit d'intérêts. Autrement dit, je n'ai pas de liens financiers ou autres avec des firmes qui commercialisent ou qui seraient appelées à commercialiser, à l'avenir, des vaccins ou des médicaments antiviraux. À ce niveau, il n'y a donc pas de souci. En revanche, je suis régulièrement victime de campagnes calomnieuses sur les réseaux sociaux suivant lesquelles j'aurais des liens notamment avec Bill Gates, ce qui n'est absolument pas le cas. Mais je suppose que vous le savez.

Ma présentation d'aujourd'hui comprend différents

points. Premièrement, on constate que le virus continue à muter de façon régulière et continuera à le faire. Quand on regarde le génome du virus, on constate qu'à certains endroits au niveau de la protéine S qui est en lien avec nos anticorps, avec nos cellules – c'est à travers cela que le virus va entrer dans nos cellules et que notre système immunitaire va s'activer –, il y a énormément de mutations. C'est normal parce que le virus est sous pression de notre immunité qui évolue également.

Quand on regarde la situation au fil des mois de la pandémie, on s'aperçoit qu'il y a eu énormément de modulations et que différents variants ont évolué l'un après l'autre. Pourquoi? Parce qu'à chaque fois, il y avait une sélection de ces variants car à chaque fois que notre immunité s'adaptait, le virus mutait et trouvait un moyen d'échapper à l'immunité.

Quand on regarde l'arbre généalogique de ce virus et des différents variants – il y a différents variants comme alpha qui est la souche initiale, le grand-père –, et quand on compare l'alpha et le delta, on constate que ceux-ci font partie de deux branches de la famille complètement opposées. Quand on a de nouveaux variants, comme l'omicron est apparu après le delta, le nouveau variant est parfois un cousin éloigné qu'on n'attendait plus.

C'est ainsi qu'évolue ce virus. Il y a donc probablement encore dans le monde des poches où des variants sont en train d'incuber. Pourquoi?

On voit qu'il a évolué: alpha, delta, omicron. À chaque fois, ce sont de nouveaux variants qui viennent de relativement loin et c'est compréhensible parce que le virus doit, à chaque fois, essayer de trouver un moyen d'échapper le plus possible à l'immunité qu'on développe. Quand on regarde la liste des mutations dans le cadre de la protéine S, quand on voit alpha, delta et omicron qui sont les principaux variants qui nous ont atteints en Belgique, on voit qu'il y a à chaque fois des mutations (…) - je n'entre pas dans les détails - et qu'il y en a à chaque fois de plus en plus. Et quelque part, c'est le variant qui essaie de s'adapter. Quand je dis omicron, on parle déjà de deux types d'omicron et même d'un troisième. On sait donc que ce virus va continuer à évoluer.

Quand on parle de la virulence des différents variants, dans la partie gauche du *slide*, on voit que, par rapport à l'évaluation qu'on peut faire du variant initial, à savoir la souche de Wuhan, en termes d'hospitalisation, de soins intensifs et de mortalité, l'alpha était plus virulent que la souche initiale et le delta encore plus. L'évolution naturelle du virus est d'évoluer et, jusqu'à omicron qui est devenu moins virulent que delta, le virus est devenu plus virulent. Quant à savoir s'il l'a fait exprès ou pas, c'est une autre chose.

Par contre, quand on observe la mortalité en Belgique, on constate que la souche initiale qui était la moins virulente et l'alpha qui était un peu plus virulent ont provoqué le plus de décès, alors qu'avec à la souche plus virulente qui est le delta qui a fait deux vagues d'infections, notamment celle que nous venons de clôturer, il y a eu relativement peu de décès. Comment est-il possible qu'un virus qui est plus virulent provoque moins de décès? La réponse est simple. Les humains aussi sont capables de s'adapter et vont continuer à le faire.

Dans cet équilibre, certains éléments sont en dehors de notre contrôle et d'autres dans notre contrôle. Les éléments qui sont en dehors de notre contrôle, c'est la virulence du virus. On ne sait pas si le prochain variant sera plus ou moins virulent. Par contre, on sait qu'en termes de transmission, il aura de toute façon un avantage puisqu'un nouveau variant ne peut prendre le dessus que s'il a des avantages dans la transmission par rapport au précédent.

Quant aux événements sur lesquels on peut agir, de façon partielle en tout cas, c'est qu'on peut prendre des mesures qui diminuent la transmission aérienne du virus. On peut faire en sorte qu'il y ait plus ou moins d'infections dans une société, et donc plus ou moins d'immunité qui se développe post infection. On peut donner des vaccins et on pourra certainement de plus en plus donner des traitements aux personnes qui l'ont.

Le vaccin a-t-il eu un impact? Quand on regarde l'évolution de la mortalité, on se rappelle que les deux premières vagues d'infections en Belgique ont provoqué beaucoup de décès et les dernières vagues beaucoup moins. Est-ce l'évolution naturelle? Aurait-on pu atteindre cela sans un degré de vaccination? Prenons un exemple en Europe d'un pays qui a le moins vacciné, on voit que chez eux la mortalité n'a pas diminué. Quand on regarde la seule vraie différence qu'il y a entre ces deux pays, c'est une couverture vaccinale qui a été très précoce et très intense en Belgique. C'est cela qui a provoqué ce changement en termes de mortalité dans les deux vagues précédentes, avec ce delta qui est particulièrement sévère.

Quant à l'impact de la vaccination sur la transmission, on sait qu'il y a un impact majeur de la vaccination sur le nombre de décès. D'autant plus que le virus circule, on voit cette différence. Quand le virus circule très peu, il y a peu de différence. Par contre, en pleine vague, on observe toujours cette grande différence. Ce sont là des

données des États-Unis mais qui sont similaires dans d'autres pays.

En ce qui concerne la transmission, il y a une réduction de la transmission. Cette réduction est présente. On ne peut pas la nier. Elle n'est pas parfaite. C'est d'ailleurs pour cela que le virus continue à circuler, même dans des populations largement vaccinées.

J'entends souvent dire qu'on va vers un stade endémique. On va en effet passer probablement d'un stade pandémique imprévisible avec des énormes vagues et avec beaucoup de décès liés aux infections - on voit que ces décès diminuent - à un stade endémique car le nombre de décès sera relativement diminué et maîtrisé, prévisible quelque part, alors que la circulation virale continuera probablement d'être importante. Je ne vais pas plus en détails mais je pourrais aller plus loin si vous le souhaitez.

Comment peut-on créer une immunité suffisante? Je prendrai plusieurs scénarios: vaccin, pas de vaccin et la vie réelle.

Prenons un schéma dans lequel tout le monde a reçu ses trois doses et est *boosté* chaque année. Prenons cet exemple puisqu'il circule, etc. Pour atteindre un niveau d'immunité suffisant qui diminue très significativement le risque de maladie sévère, il faut trois doses. C'est un vaccin à trois doses. On espérait que ce soit à deux doses mais c'est un vaccin à trois doses et probablement que des *boosters* chaque année pourraient aider.

Prenons maintenant le cas d'une personne qui développerait une très bonne immunité en ayant été exposée à tous les variants. C'est quelqu'un de jeune, en pleine forme, qui va à toutes les *covid parties* et qui se fait infecter par tous les variants. Il est certain que cette personne qui n'a jamais développé une forme sévère et qui se fait infecter de variant en variant va au final développer une immunité. Son risque de développer une infection sévère est limité et il va sans doute être moindre à chaque exposition au virus.

Ce scénario sans vaccin n'évolue pas positivement pour tout le monde, puisqu'il y a des gens qui sont à haut risque et qui, la première ou deuxième fois qu'ils sont exposés au virus, décèdent. Donc, ils n'ont pas le temps de développer cette immunité naturelle que tout le monde vante. C'est arrivé à environ 1 million d'Européens, qui sont décédés faute d'une immunité suffisante. Quand nous reprenons les deux exemples de la Bulgarie et de la Belgique, nous voyons que le nombre de décès a augmenté de manière importante, puis s'est relativement aplati chez nous, parce que nous avons vacciné de façon très intense les personnes les plus à risque.

Dans ce débat, il faut aussi prendre en compte le profil de personnes qui font extrêmement attention, qui n'ont pas été vaccinées parce qu'elles ont peur du vaccin, mais qui ont aussi peur du virus. Ces personnes sont restées cloîtrées chez elles - avec des masques FFP2, etc. - depuis deux ans et elles vont probablement être infectées aujourd'hui par le variant omicron tellement présent et un peu moins pathogène. Ces personnes vont continuer à faire attention mais, avec une seule infection, et le risque d'être infectées l'hiver prochain par un nouveau variant qui pourrait être beaucoup plus pathogène, admettons que c'est possible, elles encourront à nouveau un risque d'infection sévère.

La vie réelle est différente. C'est le scénario qui est arrivé à la vaste majorité de la population. C'est pourquoi nous nous en sortons bien. En définitive, la grande majorité des adultes en Belgique a reçu une, deux ou trois doses et a fait une ou deux infections. Ces personnes ont donc gravi assez rapidement et efficacement ces différentes marches. Aujourd'hui, nous sommes, pour une période que je pense prolongée, dans une zone relativement *safe* pour toutes ces personnes.

Un petit mot sur ce que l'on appelle le *mapping* antigénique. Ces variants sont différents par leurs protéines externes. C'est ce qui explique que l'efficacité vaccinale sera plus ou moins importante. Quand quelqu'un est infecté par un variant, on peut mesurer la distance entre un delta et un omicron, qui est représentative du risque de réinfection après avoir développé une infection naturelle. On peut aussi voir cette distance par rapport aux gens qui ont reçu un vaccin. De nouveau, omicron, parce qu'il mute tellement, échappe à tout ce système. Fort heureusement, nous avons de la chance qu'il soit moins sévère, même s'il amène - comme vous le savez - beaucoup de personnes à l'hôpital.

Je vais commencer à conclure.

Est-ce un vaccin à une ou deux doses? Il est sûr que deux doses diminuent drastiquement le nombre de personnes qui décèdent du covid. Quand on prend tous les âges de la population confondus, on réduit plus de dix fois ce risque. Et puis, on le réduit encore de dix fois si les gens ont reçu un *booster*. Cela signifie que c'est un vaccin qui, probablement, dans sa définition, est à trois doses plutôt qu'à deux. C'est pourquoi il faut pouvoir dire que le *fully vaccinated* revient aujourd'hui à trois doses.

S'agissant de l'impact de l'âge, dans le débat que

vous avez, il importe de savoir que les gens ne se situent pas au même risque de décès en fonction de leur âge. Nous savons que les personnes plus âgées restent et resteront les plus exposées à ce risque et que l'efficacité vaccinale peut aussi varier en fonction de ce critère. Les données britanniques nous montrent un impact évident du vaccin pour tous les âges. Et il est particulièrement marqué à partir de 50 ans. Même si chez les personnes très âgées, le vaccin fonctionne un peu moins bien, c'est chez ce même groupe que l'on va pouvoir sauver le plus de vies si on les vaccine, parce que les nombres sont grands. En Belgique, selon les données de Sciensano, les personnes non vaccinées de plus de 50 ans, qui représentent une infime minorité de la population générale, ont pourtant un risque élevé de développer des formes sévères, certainement si elles n'ont pas rencontré plusieurs fois le virus de façon naturelle.

Passons à l'aspect pragmatique. Nous pouvons aborder les choses de deux manières. La première est de faire confiance à la loterie. On se dit: "Omicron est moins sévère et son successeur le sera encore moins - espérons-le! Alors, il ne faut plus vacciner." De nouveau, c'est de la loterie. Je ne peux pas vous garantir que le prochain variant sera moins sévère, puisque aucun élément ne va dans cette direction. Prenons donc le mode pour lequel nous ne sommes pas prêts, mais pour lequel il faudrait éventuellement se préparer. Là encore, si l'on vaccine aujourd'hui les personnes, l'impact de la vaccination sera d'autant plus important si le variant est plus ou moins proche du vaccin.

En gros, dans ce schéma, on reste un peu dépendant, en se disant: "On avance, on n'avance pas, mais avec un peu de bol, on peut y arriver". C'est évidemment une approche possible, mais qui est liée à beaucoup d'incertitude.

Par ailleurs, nous pouvons opter pour une approche bien plus pragmatique et se poser la question à titre individuel si, dans la population, une personne est totalement vaccinée. Si oui, on se demande si son système immunitaire est fragile. En ce cas, je pense qu'il faut garder cette personne dans un schéma qui inclut la répétition de *boosters*, parce que l'on ne veut pas prendre le risque qu'elle développe une infection sans cette protection vaccinale optimale. Cette démarche sera probablement complétée par des antiviraux. Si quelqu'un ne dispose pas d'un système immunitaire fragile, comme c'est le cas d'une grande majorité de la population, je considère - mais cela peut évidemment évoluer en fonction de nos connaissances - qu'on n'aura pas besoin de *booster*, parce que le virus va continuer à circuler de façon importante dans la société et que ces infections - et nous le savons, car c'est démontré - vont jouer un rôle de *booster* et optimiser chaque fois notre immunité, y compris en stimulant notre immunité mucosale dont nous avons déjà parlé. Pour ces gens-là, à moins d'une surprise, nous pourrons laisser les choses évoluer.

Si les personnes ne sont pas vaccinées, la vraie question que je me pose en tant que médecin, c'est, tout d'abord, si elles ont reçu une information complète et correcte et, ensuite, si elles ont reçu une évaluation du risque individuel par un médecin ou, en tout cas, quelqu'un d'habilité à le faire. Si la réponse est non et que ces gens laissent circuler autour d'eux uniquement de fausses informations - et cela existe chez nous -, ils restent sous la responsabilité publique, car il faut les prendre en considération. D'une certaine manière, nous sommes responsables du fait que ces gens n'ont pas obtenu la bonne information.

S'ils y ont eu accès et que l'on se rend compte qu'ils sont à haut risque, la question que vous posez est: faut-il les obliger à se faire vacciner? C'est à vous d'apporter la réponse. Comme alternative, peut-on proposer de diminuer le risque en se confinant un maximum pour diminuer l'exposition de cette minorité de la population? La question est de former un choix acceptable pour la société.

Pour les gens qui sont considérés à faible risque, parce qu'ils sont jeunes, qu'ils ont déjà fait deux infections sans développer de forme sévère, etc., je pense que l'on peut poser la question de la vaccination obligatoire, parce que ces gens auront peut-être 50 ans un jour ou l'autre. Il est également clair qu'il y a toujours un bénéfice dans chaque groupe d'âge à être vacciné. Néanmoins, ce bénéfice varie - et tout le monde en convient. Ici, on peut considérer qu'il s'agit d'une question de responsabilité individuelle. Puisque cette personne a eu accès à la bonne information et que son risque a fait l'objet d'une évaluation, grâce à une sérologie qui a pu montrer la présence d'anticorps, elle peut se retrouver, si elle le souhaite, dans une sorte d'*opting-out* par rapport à une vaccination telle qu'elle se déroule actuellement en Belgique.

Je m'arrêterai ici, en espérant ne pas avoir dépassé le temps que vous m'aviez accordé.

Le **président**: Merci, monsieur André. À dire vrai, je n'ai pas chronométré votre exposé. En tout cas, et ce n'est pas seulement pour vous, j'apprécie l'effort pédagogique qui a été fourni par les différents intervenants. C'est nécessaire à la bonne marche de nos travaux. Je vous remercie donc tous les quatre.

Chers collègues, j'insiste de nouveau sur la

nécessité de rester concis et de se limiter à des questions. Je ne limiterai pas le temps de parole en tant que tel, mais le but est que nous disposions encore de suffisamment de temps pour les réponses.

Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de voorzitter, voor ik mijn vragen stel, wij staan er op dat wij in deze ronde allebei vragen kunnen stellen aan de sprekers. Ik wil de sprekers danken voor het wetenschappelijk onderbouwd pleidooi dat zij hebben gehouden. Het is een verademing op die manier te worden toegesproken als parlementsleden, het is zeker verrijkend, waarvoor dank.

Mevrouw Schoofs, u had het over de mucosale immuniteit. Eigenlijk heeft u een pleidooi gegeven voor perorale en nasale sprayvaccins. Nu, die zijn wel in ontwikkeling, maar ze zijn er nog niet. In hoeverre ziet u het mogelijk, en op welk tijdspad richt u zich dan, dat ze op de markt zouden kunnen komen en dat we daarmee aan de slag zouden kunnen gaan? Ik denk dat het wel heel belangrijk is om dat te onderstrepen.

Nu, uiteraard heeft u ook een heel duidelijke visie hier gegeven waarom die vaccins in de ogen van de publieke opinie niet helemaal toereikend werken, namelijk dat die transmissie nog altijd kan. Dat is een heel duidelijk, verrijkend pleidooi. Die nuance moet, denk ik, zeker worden meegenomen in de publieke debatten. De vraag is dan natuurlijk wel, kan dit pleidooi ertoe leiden dat men niet zou gaan pleiten voor een verplichte vaccinatie? Uiteindelijk was de doelstelling van de overheid in eerste instantie de druk op de zorg te verminderen. Is de druk op de zorg verminderd, al dan niet, door de vaccinatie die we hebben gehad? Ik denk dat we, zeker door u, maar ook door de volgende sprekers, daar een antwoord op gehad hebben. In hoeverre gaat u zich uiten voor een verplichte vaccinatie voor de mensen die nu nog niet gevaccineerd zijn met de vaccins die we op vandaag beschikbaar hebben? Ik denk dat dit een belangrijk standpunt is, dat we nog niet helemaal hebben kunnen horen in uw pleidooi.

Dan heeft u het ook over de transmissie. Eigenlijk had ik graag geweten wat het punt is dat u wilt maken. Gaan we door op dit elan? In Vlaanderen is 93 % gevaccineerd op dit moment. Is het goed om door te gaan?

Of is de druk op de zorg gevrijwaard zoals we op vandaag gevaccineerd hebben, en moeten we dan in een volgende fase naar die perorale of nasale vaccins gaan kijken?

Ik maak een zijsprongetje. U had het over de IgA-antistoffen. Ik herinner mij dat men helemaal in het begin van de crisis wilde detecteren via IgA en dat is dan afgevoerd. Kunt u daar misschien nog een bemerking op geven? Waarom is dat volgens u later in de crisis niet meegenomen?

Professor De Guchtenaere, 'vaccinatierecht' vind ik heel mooi geformuleerd. Het is inderdaad nodig om eens stil te staan bij de rechten die onze patiënten in deze maatschappij allemaal ontvangen en die de wetenschap ook gefaciliteerd heeft, daar moeten we het toch zeker over eens zijn. U had het over de ouders en de bezorgdheden en het feit dat het de taak is van de artsen en de wetenschappers om die ouders mee te nemen in de redenering en heel goed te gaan duiden wat de pro's en de contra's zijn. Vindt u dan ook dat dit naar de doelgroepen toe die niet bereikt zijn – in de grootsteden bijvoorbeeld zijn er heel grote groepen die niet bereikt werden en die dus niet gevaccineerd zijn – beter was geweest om daarop in te zetten? Met andere woorden, zullen we meer bereiken door doelgroepcommunicatie en informatie dan met een vaccinatieplicht ten opzichte van doelgroepen die niet helemaal mee zijn in het verhaal?

U had het ook over de vaccinatieplicht voor kinderen, dat dit moeilijk is. Wat vindt u van de vermelding van de vaccinatie van het kind op het CST? In hoeverre wordt dit door ouders als beklemmend geïnterpreteerd? Heeft u daar in uw praktijk al ervaring mee? Graag had ik ook geweten of de hele discussie van de vaccinatie van kinderen voor covid ook een impact heeft op de algemene basisvaccinatie die u als pediater bij de kinderen zeker ook wel zult bespreken met de ouders.

Professor Neyts, de booster. U bent begonnen met een grafiek waarbij mij de datum van 18.12.21 is opgevallen. Dan zie je namelijk een daling van de curve van de volledig gevaccineerden die gehospitaliseerd worden. Kunnen we daaruit concluderen dat de booster eigenlijk een beetje te laat is gekomen voor de vierde golf?

Op 18.12.2021 was de piek van de vierde golf eigenlijk al gepasseerd. U heeft het ook gehad over de vetdruppeltjes, de lipide druppeltjes. Er is een onderzoeksgroep aan de UGent die bezig is aan een publicatie waarin de immunogene capaciteit van de lipiden wordt besproken. In hun publicaties verwijzen zij naar het feit dat de werking van bepaalde medicatie daardoor beïnvloed zou kunnen worden. Onderschrijft u die stelling of is dat volgens u te weerleggen? U had het ook over het feit dat op lange termijn de neveneffecten van vaccins niet vastgesteld worden. Kan ik daaruit concluderen dat u de stelling van de onderzoeksgroep niet volgt?

U had het ook over de nasale en perorale vaccinatie. Heeft u een zicht op de tijdslijn daarvan? Ik had van u ook graag geweten in hoeverre u voorstander bent van een eventuele keuze. Zouden we overgaan tot een vorm van verplichte vaccinatie, al dan niet bij bepaalde doelgroepen, is er dan een keuzerecht van ofwel de behandelende arts, ofwel de arts in combinatie met de patiënt, dit om tegemoet te komen aan bepaalde angsten die er toch zijn bij bepaalde patiëntengroepen of ook bij bepaalde artsen die bepaalde pathologieën liever niet met een mRNA gaan vaccineren? U had het over de basisdosis van de drie vaccins als basis. Zou u bij verplichte vaccinatie dan de booster, de vierde prik, meerekenen? Of laten we die terzijde? Want als we meegaan in uw filosofie, dan is de basisvaccinatie degene die we eventueel zouden kunnen verplichten. U heeft zich ook niet uitgesproken, net als veel van de sprekers, of 1G of rechtstreeks verplichte vaccinatie de voorkeur zou wegdragen. Dat is voor ons toch ook een heel moeilijke discussie.

Professor André, ook u had het over de basisvaccinatie en dan een jaarlijkse booster. Dat is eigenlijk een beetje de benadering van griep, van influenza die we elk jaar opnieuw gaan boosteren bij onze patiënten.

Hoe ziet u dan de samenstelling van de booster? Bij influenza bekijken wij statistisch welke stammen het meest reëel zijn om ziekmakend te zijn in het volgende seizoen. Is dat ook mogelijk voor het coronavirus? Wij hebben nu de alfa-, delta- en omikronvarianten. Is het mogelijk om ook daarnaar preventieve onderzoeken te doen of daarrond ideeën te ontwikkelen?

U hebt in uw laatste overzicht een heel mooi pleidooi gegeven voor individuele verantwoordelijkheid en de verantwoordelijkheid van de arts. Ik ben het daar volledig mee eens. Past een verplichte vaccinatie in dat pleidooi of is het absoluut belangrijk dat wij onze kwetsbaren, onze immunodepressieven en onze ouderen beschermen via verplichting en dat wij zouden diversifiëren om al dan niet het vaccin verplicht te maken?

Ik heb nog een aantal algemene vragen. U hebt het allen over het medische luik gehad. Er is echter ook een juridisch, ethisch en psychologisch luik. Kan u in uw antwoorden ook daarop uw licht laten schijnen?

De overheid heeft er heel duidelijk voor gekozen om de zorgsector te beschermen en de druk op de zorgsector te milderen. Zal een verplichte vaccinatie in een regio als Vlaanderen het verschil nog maken? Zal er een substantieel verschil van de druk op de zorgsector kunnen worden bekomen?

Hoe staat u tegenover een diversifiëring van de verplichting in regio's en grootsteden waar bijvoorbeeld een bepaalde vaccinatiegraad niet wordt gehaald? Heeft het zin daar een of andere verplichting in te voeren?

De **voorzitter**: Ik zal mevrouw Gijbels in de tweede vragenronde het woord geven. Ik geef nu Ecolo-Groen het woord. Ook voor die fractie mag nu één lid spreken. Een ander lid kan nadien het woord nemen.

Barbara Creemers (Ecolo-Groen): Mijnheer de voorzitter, ik zal beginnen en beloof het kort te houden. Mevrouw Hennuy zal in de tweede ronde nog kort aanvullen.

Ik dank de sprekers. Ik deel ook de mening van mevrouw Depoorter, het was een verademing om naar jullie te luisteren. Ik ben niet wetenschappelijk geschoold en ik kon dus niet alles in detail volgen. Wij hebben echter wel een basiscursus epidemiologie gekregen, waarvoor dank.

Ik heb een paar vragen. Mevrouw Schoofs, ik hoorde vooral in uw conclusie een warm pleidooi voor de afschaffing van het CST of voor een heel grondige herziening ervan. Ik ben er altijd van uitgegaan dat wij het CST gebruiken, om een zo veilig mogelijke context te creëren en om anderzijds de vaccinatiegraad omhoog te krijgen.

Wanneer wij uitgaan van het creëren van een zo veilig mogelijke context in de openbare ruimte, volg en begrijp ik uw redenering heel goed, namelijk dat gevaccineerden de ziekte nog overdragen en de transmissie niet tegenhouden en dat met het CST dus geen veilige omgeving wordt gecreëerd. Tegenover die stelling staat wel dat uit alle cijfers van deze middag alleen maar blijkt dat er een veel kleiner risico is dat gevaccineerden de zorg overbelasten.

Ik verkeer ter zake in dubio en zit nog met een vraag. Hoe zal u dan de veilige context creëren voor het uiteindelijke doel, namelijk het niet overbelasten van de zorg? Op de ene of de andere manier zal er een onderscheid moeten worden gemaakt tussen gevaccineerden en niet-gevaccineerden. Wat kan u, met uw ervaring en uw kritiek op het huidige CST, ons daarover adviseren? Wat leert het u over al dan niet verplichte vaccinatie versus een 1G-, 2G- of 3G-beleid? Wat is uw advies ter zake?

Professor De Guchtenaere, ik dank u omdat u hier opkomt voor de belangen van het kind, hen hier ook uitdrukkelijk vermeldt en de kindreflex hebt meegebracht naar de commissie. Wat ook heel erg interessant is aan uw profiel is uw Europese insteek, uw Europese ervaring en uw Europese contacten. Een aantal Europese landen heeft al dan niet grondig het debat gevoerd over een verplichting. Wat leert u daaruit? Kan u ons adviseren in het belang van het kind en vanuit uw expertise?

Landen zoals Italië voeren quasi een verplichting voor de vijftigplussers in. Ziet u daarvan effecten op het kind? Wat ziet u bij uw Europese collega's? Wat kan u vanuit de Europese insteek nog inbrengen in het debat? Dat heb ik immers nog niet gehoord, hoewel ook dat heel belangrijk is.

Het is heel goed dat u de angst benoemde en aangaf dat heel veel angsten worden gecreëerd door desinformatie. Het was hartverwarmend hoe u opmerkte dat jullie artsen vertrouwenspersonen kunnen zijn die de drempels wegwerken en dat daarmee meer te winnen is voor de vaccinatiegraad.

Ik begrijp dat wij dan minder snel vooruitgaan en nog slechts een aantal procenten zullen winnen. Hebt u echter strategieën die u vanuit uw eigen of uw Europese ervaring met ons kan delen om daar nog op in te zetten? Ik deel immers uw mening dat wij daarbij nog heel veel kunnen winnen. Hebt u inzichten of strategieën die wij kunnen gebruiken?

Ik herhaal mijn vraag van deze ochtend. Wij moeten de vaccinatiegraad omhooghalen. Wij moeten alle mogelijke pistes onderzoeken om de vaccinatiegraad omhoog te halen, met het doel zo snel mogelijk uit de pandemie te komen zonder de zorg te overbelasten.

Professor Neyts en professor André, ik vond vooral de laatste slide heel interessant, waarin u een curve voorstelt van het verschil indien mensen goed geïnformeerd zijn. Wij moeten de slide van deze middag breed delen, om dat aspect kracht bij te zetten.

Heel interessant was het ook volgende. Ik begreep dat immers als een klein pleidooi voor doelgroepenverplichting, maar misschien heb ik dat verkeerd begrepen.

Wanneer ik uw stappenplan volg, zit ik helemaal aan het einde in de winter van 2022-2023. Ik zie dan een hoogrisicogroep, dus een groep die een hoog risico loopt en die goed geïnformeerd is. Voor die groep is het mogelijk tot een verplichting over te gaan, indien ik u goed heb begrepen?

Welke rol spelen de curatieven dan nog? Daar zie ik immers niets veranderd. Zit er nog iets in het feit dat wij steeds meer weten over de curatieven?

Ten tweede, wanneer ik het advies van het Raadgevend Comité voor Bio-Ethiek goed lees, waarschuwt het ons heel sterk voor een doelgroepenverplichting. Het stelt dat die verplichting medisch perfect te verantwoorden is, maar vraagt zich af hoe de doelgroepen precies zullen worden geïdentificeerd. Hebben wij daar al voldoende risicofactoren voor?

Een andere vraag die jullie misschien minder kunnen beantwoorden is hoe dan ter zake moet worden omgegaan met de privacy? Dat zijn vragen waarmee ik nog kamp, indien ik jullie laatste slide goed interpreteer. Jullie mogen een en ander zeker nuanceren indien ik het verkeerd heb begrepen.

Laurence Zanchetta (PS): Monsieur le président, je remercie les différents intervenants pur leur présentation. Je m'adresse de manière indistincte à eux, à l'exception d'une question qui concerne davantage la pédiatrie et que je poserai à Mme De Guchtenaere.

J'aimerais entendre brièvement l'ensemble des intervenants sur la manière dont cette fameuse obligation vaccinale pourrait se mettre en œuvre. Il serait intéressant de savoir comment, selon vous, on pourrait la mettre en œuvre, à qui elle serait destinée et selon quelles conditions.

Je souhaiterais savoir comment vous jugez la contribution des vaccins dans le cadre de la maîtrise de l'épidémie en termes de circulation du virus mais également en termes de contrôle des hospitalisations et des décès. Bien que vos interventions concernent essentiellement le domaine médical, il y a tout le volet éthique que nous aborderons aussi au cours de nos auditions. Dans son avis, le Comité consultatif de Bioéthique évoque la vaccination obligatoire qui pourrait, comme c'est le cas en Italie, être imposée à certains groupes à risques. On a entendu ce matin comment déterminer ces fameux groupes de personnes qui seraient vulnérables; on peut être vulnérable un jour avec une situation qui évolue d'une semaine à l'autre. Ces personnes pourraient être les personnes âgées, les personnes qui présentent des comorbidités. J'imagine que c'est extrêmement difficile à déterminer. La vaccination obligatoire généralisée est-elle préférable à la vaccination destinée uniquement à certaines catégories de personnes?

Au niveau juridique, un professeur luxembourgeois spécialisé en droit pénal européen et international

a dit ceci: "Du point de vue du droit international, il existe un droit légal des citoyens à ce que l'État veille à ce que tous se fassent vacciner. Il s'agit en quelque sorte d'un droit à la vaccination obligatoire, non pas parce que l'État l'impose, mais parce que nous avons tous droit à ce que l'État protège notre santé. En particulier lorsqu'il y a un risque concret pour le système de santé de ne plus pouvoir offrir cette protection."

Disposer de ce droit à ce que l'État protège notre santé vaudrait dès lors également et surtout pour les personnes non vaccinées, si nous suivons cette logique. J'aurais aimé savoir ce que vous pensez de cela.

Depuis le début de la crise, on sait qu'une communication claire et transparente est nécessaire pour permettre l'adhésion et la compréhension des mesures. On sait qu'il est nécessaire que ces mesures aient du sens si on veut que les citoyens adhèrent; tout cela a souvent fait défaut. Lorsque l'on évoque cette question de l'obligation vaccinale, ce qui est important, c'est la définition de l'objectif qu'on vise. Certains ne sont pas favorables à la vaccination et donc de facto à la vaccination obligatoire; ils disent que ce n'est pas la solution miracle, que cela n'empêche pas les contaminations, et j'en passe. Peut-on considérer que l'objectif d'une vaccination obligatoire ne sera évidemment pas de mettre fin à la pandémie mais bien de la transformer, grâce à d'autres mesures barrières, en une endémie, à l'aide justement des vaccins, et donc de permettre de mettre fin à une série de mesures qui, en effet, sur le long terme, pourraient aller à l'encontre de nos libertés?

Concernant le volet psychologique, transformer le CST en pass vaccinal, comme c'est le cas actuellement en France, est une idée qui est souvent pointée du doigt parce qu'elle crée une division entre vaccinés et non-vaccinés. Ce que nous souhaitons avec cette obligation vaccinale, c'est de réconcilier la société, ne pas la diviser davantage et de faire en sorte que ce pass vaccinal ne soit pas considéré comme une sanction. L'Institut Fédéral pour la protection et la promotion des Droits Humains estime, concernant le CST, que l'impact des restrictions d'accès sur les droits humains des personnes concernées s'accentue avec le temps. On a pu le voir, avec le temps, ces restrictions peuvent donc devenir disproportionnées, même si elles conservent une valeur ajoutée d'un point de vue épidémiologique. Dans ce cas, une obligation légale de vacciner pourrait constituer une alternative qui serait plus efficace pour protéger la santé publique et sans les effets secondaires ségrégatifs discriminatoires du CST.

En ce qui concerne la vaccination obligatoire contre la poliomyélite et les vaccins obligatoires pour entrer dans les milieux d'accueil et de la petite enfance, quels sont aujourd'hui les freins pour les parents?

Comment parvient-on à lever ces freins, sachant que l'on parle de vaccins dont on ne peut pas dire qu'ils sont nouveaux? Madame De Guchtenaere, constatez-vous une réticence? On sait qu'il y a un mouvement antivax qui ne concerne pas que le vaccin contre le covid. Constatez-vous vraiment une réticence de la part des parents ou les vaccins sont-ils toujours considérés comme ayant permis de nous sauver de certaines maladies extrêmement dangereuses?

Enfin, quels éléments pourraient-ils faire que les personnes qui n'ont pas encore été convaincues de se faire vacciner changent volontairement d'avis aujourd'hui? En passant par la vaccination obligatoire, fait-on changer la responsabilité de camp? Cela peut-il avoir un impact sur les citoyens?

Le groupe d'experts Psychologie et Corona estime que si cette obligation voyait le jour, il faudrait que le message contraignant soit délivré avec respect et que le côté inclusif et solidaire de la décision soit mis en avant. Comment, concrètement, envisager cela sachant que les éléments essentiels concernant l'efficacité de la vaccination qui sont perpétuellement mis en avant ne trouvent manifestement pas écho auprès de certains citoyens?

Dominiek Sneppe (VB): Ik wil eerst in naam van mijn fractie de sprekers bedanken voor hun uiteenzetting.

Mevrouw Schoofs, u haalde mucosale immuniteit aan. Is er een mogelijkheid om die immuniteit sterker te maken, of moet men eerst besmet zijn – het virus doormaken – voordat die immuniteit gestrekt en aangesterkt wordt? Indien ik het goed begrijp pleit u voor een nasale vaccinatie. Zij is nog niet beschikbaar en er wordt er nog aan gewerkt. Hoelang blijft men immuun met dergelijk vaccin of is dat nog niet bekend?

U haalde ook de T-cellen aan. Ik heb hier minister Vandenbroucke al herhaaldelijk over bevraagd, maar kreeg enkel beschamende antwoorden. Deze ochtend stelde de heer Vanden Bossche dat die T-celimmuniteit wordt opgebouwd door de ziekte door te maken en niet door vaccinatie. Kunt u dat bevestigen, of meer uitleg over geven? Of is wat ik nu zeg te kort door de bocht?

Mevrouw De Guchtenaere, als het gaat over onze

kinderen en kindervaccinatie, zijn we altijd wat voorzichtiger. Moeten we ook met deze vaccinatie niet het voorzorgsprincipe hanteren? We weten bijvoorbeeld nog niet of er eventuele bijwerkingen zullen zijn op lange termijn. Moeten we dat ook in de weegschaal leggen als we verplichte vaccinatie overwegen?

Nu de kindervaccinatie op gang komt, interpreteren sommige centra voor leerlingenbegeleiding het aanbieden van het vaccin nogal drastisch. Ze opteren voor een o*pt-out*-systeem. Als de ouders niks zeggen – of niet expliciet géén toestemming geven – dan worden de kinderen alsnog gevaccineerd. Zo ken ik toch een geval uit mijn streek. Dit was volgens mij niet de bedoeling van het advies van de Hoge Gezondheidsraad en ook niet van het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek. Kunt u ons daar uw mening over geven?

Professor Neyts, in uw uiteenzetting zegt u dat er allerlei soorten virussen zijn, uiteraard, maar tegen corona hebben we nu een vaccin, en tegen HIV niet. Is het niet opmerkelijk dat we tegen corona, een redelijk nieuw virus, een vaccin hebben en niet tegen HIV, dat al dateert uit de jaren 1980? Dat kan één van de redenen zijn waarom de mensen twijfelen om dit vaccin te aanvaarden. Ze verwijzen er trouwens vaak naar. Het is te snel gegaan terwijl het toch heel moeilijk is om zo'n vaccin uit te werken. Kunt u verklaren hoe de vork aan de steel zit?

Voor coronavaccins zijn drie dosissen nodig en ondertussen is er al sprake van een vierde. Gaan we dezelfde richting in als voor het griepvaccin? Zullen we voor elk "seizoen" een nieuwe dosis moeten aanschaffen? Hoe zal dit verlopen voor mensen die nog geen basisvaccinatie hebben tegen corona? Kunnen ze meteen de booster ontvangen of moeten ze van nul beginnen?

Deze ochtend was er ook sprake van de rol van aangeboren immuniteit. Professor Vanden Bossche zei dat dit heel belangrijk was, en u heeft het ook heel even aangehaald. Kunt u verduidelijken hoe dit relateert tot vaccinatie? Zal die vaccinatie ervoor zorgen dat de aangeboren immuniteit sterker wordt of hoe moet ik dat precies interpreteren?

De volgende vraag geldt voor alle sprekers van vandaag. Komt de vraag naar verplichte vaccinatie niet te laat? We horen dat er ook bij kinderen heel veel besmettingen zijn. De meeste zullen het virus al opgelopen hebben, zonder veel schade in de meeste gevallen. Zullen ze immuniteit opgebouwd hebben? Is het dan nog nodig om een debat te hebben over verplichte vaccinatie? Is het niet een beetje achterhaald en kunnen we niet beter nadenken aan het beschermen van onze ouderen en onze kwetsbaren met een boostervaccin, uiteraard op vrijwillige basis, naar analogie van het griepvaccin?

Professor André, u vergelijkt België met Bulgarije. België heeft een hoge vaccinatiegraad en Bulgarije heeft een lage vaccinatiegraad. U wijst daar op het verschil in doden ten gevolge van corona. Is dat niet een beetje te kort door de bocht? Moeten we daar ook niet het verschil in gezondheidszorg en de organisatie van de gezondheidszorg bekijken? Of zie ik dat verkeerd?

Zoals het nu loopt, komen we dan uiteindelijk niet uit bij een vaccin zoals het griepvaccin, dat als een booster voor het virusseizoen kan dienen?

Mijnheer André, hoe ziet u het verdere verloop? Dit is ook een vraag voor de andere sprekers. U zei dat het een loterij is. We weten niet goed hoe het virus zal evolueren. Het virus heeft ons al twee jaar aan het lijntje gehouden. Soms denken we dat we ervan af zijn, maar dan is het er opeens terug.

Professor Isabel Leroux-Roels zei dat een virus zelden sterker muteert. Er is dus een kans dat het wel sterker muteert. Hebt u voorbeelden uit het verleden dat een virus wel sterker is geworden dan de mutaties die we ondertussen kennen? Of mogen we hopen dat omikron de voorbode is van een misschien wel besmettelijker maar minder ziekmakend virus?

Ik had het graag ook nog even over de bijwerkingen. We kunnen het alleen maar hebben over bijwerkingen op korte termijn, kort na het vaccineren. Wordt dit bij ons goed geregistreerd? Wij zien in andere landen dat er vaak meer bijwerkingen worden geregistreerd dan bij ons. Waaraan ligt dat? Ligt dat aan de manier van registreren? Zijn er misschien minder bijwerkingen?

Dan heb ik ook een vraag over de PEG-lipiden. Professor Sanders wees daarop. Ook de WHO heeft gewaarschuwd dat wij niet elke golf met een nieuwe booster kunnen of mogen bestrijden. Kunt u meer uitleg geven over die PEG-lipiden, bijvoorbeeld met betrekking tot immuunreacties van mensen die medicatie nemen waarin die PEG-lipiden aanwezig zijn?

De bedoeling van de massavaccinatie is om tot groepsimmuniteit te komen, de zogenaamde *herd immunity*. Dat hebben we in die twee jaar tijd geleerd. Toch zien we dat er in landen met een hoge vaccinatiegraad zoals Gibraltar en Israël toch heel veel doorbraakinfecties zijn. We zien daar een grotere golf van besmettingen dan daarvoor. Kunt

u daarover meer uitleg geven?

Heeft het dan nog zin om een vaccinatieverplichting in te voeren, als wij zien dat de doorbraakinfecties ondanks een massale vaccinatiegraad toch zeer talrijk blijken te zijn?

De **voorzitter**: Collega's, mag ik nogmaals oproepen om zo kort mogelijk te zijn en doelgericht vragen te stellen?

Daniel Bacquelaine (MR): Merci aux orateurs de nous avoir apporté ces éléments d'information. Merci aussi d'avoir rappelé la nécessité et la justification de la vaccination parce qu'on entend quand même émerger des discours qui s'écartent assez fondamentalement de la rationalité et qui deviennent parfois curieux. Il est utile de rappeler de temps en temps un certain nombre de fondamentaux par rapport à la justification de la vaccination parce qu'il s'agit quand même de la vie des gens.

J'ai été très intéressé par l'intervention de Mme Schoofs sur la vaccination nasale ou orale. Je me suis souvent interrogé en tant que médecin sur le fait qu'au début de la pandémie, on avait dans les protocoles de laboratoire le dosage des IgA et puis cela a disparu. Je ne sais pas pourquoi. Au début, quand on demandait un test anticorps covid, on avait dans les résultats le dosage des IgA et puis cela a disparu. J'ai interrogé des biologistes de laboratoire qui me renvoyaient ce type de protocole en demandant ce que signifiait ce taux d'IgA. En général, on me disait qu'on ne savait pas trop bien. Je trouvais cela un peu curieux. Madame Schoofs, si vous avez un élément de réponse sur ce sujet, cela m'intéresse.

Dans quel délai peut-on imaginer une vaccination de ce type, par vaporisation nasale ou orale? La prévisibilité en termes de vaccins futurs est très importante pour notre débat d'aujourd'hui et assez fondamentale. Certains disent que ce débat sur la vaccination obligatoire vient trop tard mais il vient peut-être aussi trop tôt. Prôner une vaccination obligatoire aujourd'hui, dans l'état des vaccins que nous connaissons par rapport aux variants tels qu'ils existent, est-ce que cette vaccination obligatoire n'aura pas une autre connotation dans le cadre des futurs vaccins – si futurs vaccins il y a – qui seraient plus polyvalents par rapport aux variants ou qui seraient avec une voie d'entrée différente et une stimulation d'une immunité sécrétoire plus forte? C'est une question que j'adresse aussi aux virologues. Quelle est la prévisibilité en matière de futurs vaccins? Je pense que cela intervient dans le positionnement que nous pourrons dégager par rapport à un caractère plus ou moins obligatoire de la vaccination, que cette obligation soit ciblée ou pas d'ailleurs.

Madame De Guchtenaere, j'ai beaucoup aimé votre expression sur le droit vaccinal. On doit effectivement parler plus souvent de cela. Cela me paraît important de bien considérer que tout individu dans notre société aujourd'hui, et c'est un progrès assez extraordinaire, a droit à une vaccination, et c'est tant mieux. Il faudrait d'ailleurs que ce droit s'étende partout dans le monde.

Par contre, je pense qu'on doit à tout prix développer une position très claire par rapport au fait que ce droit vaccinal chez les enfants ne peut jamais – qui dépend du choix des parents en quelque sorte – conditionner le droit à l'enseignement et à l'éducation car ce serait vraiment entrer dans une voie tout à fait dangereuse.

Dernière remarque, je pense que, globalement, notre but est d'augmenter encore la vaccination. Quels sont les meilleurs outils pour ce faire? C'est cela qu'on doit déterminer. Je pense que le fait d'inclure la troisième dose dans le CST est déjà un élément qui va probablement booster encore un peu plus le booster. Certaines personnes vont se retrouver dans une situation où leur CST perdra une certaine efficacité par rapport à leur liberté personnelle d'aller et de venir et d'entrer partout où ils veulent à partir du moment où cette troisième dose n'y sera pas indiquée. Est-ce que cet élément-là est un élément suffisant pour améliorer la couverture vaccinale aujourd'hui? Est-ce que tous les moyens ont été utilisés?

Je considère qu'imposer une obligation, ce n'est pas neutre. Une obligation, cela postule des sanctions. Quels types de sanctions? Une obligation sans sanction, cela n'a pas de sens. On ne peut pas décréter une obligation sans mesurer la conséquence de l'obligation sur le plan de la sanction. Ce serait trop facile et un peu lâche. Cela fait partie du débat.

Avant d'imposer une obligation, il y a tout l'aspect de la légitimité de cette obligation et la proportionnalité de l'obligation. C'est ce qui sera jugé par le Conseil d'État en cas de recours éventuel d'ailleurs. On est donc obligé de prévoir cela. Donc, est-ce que tous les autres moyens avant une obligation ont bien été utilisés? C'est, me semble-t-il, un des éléments capitaux de notre réflexion aujourd'hui. On ne peut pas aller vers une obligation vaccinale si on a le sentiment que tous les moyens autres qu'une obligation n'ont pas été utilisés à suffisance. Je pense notamment à l'information.

Je suis quand même assez étonné de la

comparaison entre les chaînes de télévision française et les nôtres par rapport aux éléments d'information tels qu'ils sont diffusés et les campagnes de stimulation de la vaccination où il y a véritablement, non pas un lavage de cerveau, mais des campagnes répétitives qui sont très fortes sur les chaînes françaises quand on compare à ce qu'on a chez nous, en tout cas sur les chaînes francophones en Belgique. N'y a-t-il pas moyen d'utiliser davantage un certain nombre de créneaux sur le plan de l'information et de la conviction? On n'est pas dans l'obligation, on est dans la conviction. Je pense que c'est important.

Une vaccination obligatoire permettrait-elle automatiquement d'échapper à une société du pass et du contrôle, où finalement, le producteur de service, quel que soit le service, devient le contrôleur du consommateur de service? Est-ce vraiment le modèle de société que nous voulons? Je pense que nous devons prendre des mesures. Par exemple, à supposer que nous nous orientions vers la vaccination obligatoire, cela signifie-t-il qu'il reste toute une série de contrôles à effectuer, pour voir si cette obligation est bien respectée?

Moi, je trouvais que la notion de pass vaccinal avait un certain intérêt, sauf que cela postule toute une série de contrôles et toute une série de mesures un peu administratives. L'obligation vaccinale nous dispense-t-elle de cela? À partir du moment où une obligation vaccinale doit être contrôlée quant au respect de cette obligation, est-ce que cela dispense des contrôles? À première vue, je ne le crois pas. C'est évidemment un élément qui doit intervenir dans notre réflexion.

Je termine en m'adressant aux deux derniers intervenants. En fait, vous n'avez pas vraiment abordé le thème de l'obligation vaccinale. Je comprends bien que ce sont les politiques qui, à un moment donné, doivent prendre leurs responsabilités. Cela me paraît juste. Mais d'après vous, par rapport à la couverture vaccinale et à la qualité des vaccins actuels, l'obligation peut-elle apporter une réelle plus-value sur le plan de la santé publique dans notre pays? Ou bien est-il plus raisonnable, au moment où nous sommes, dans la temporalité où nous sommes, avec l'omicron, de revenir sur cette réflexion de l'obligation vaccinale sur la base de nouveaux vaccins qui seraient mieux adaptés à la situation épidémiologique actuelle?

Dernière question. Quand on passe dans une situation endémique, quels sont les risques d'un retour à une situation pandémique? On parle souvent du passage de la pandémie à l'endémie. Mais une fois qu'on est dans une situation endémique, sur le plan virologique, sur le plan épidémiologique, quel est le chemin éventuel vers un retour à la pandémie? Comment ce chemin peut-il se faire? Merci.

Nathalie Muylle (CD&V): Mevrouw De Guchtenaere, ik wil u bedanken. U hebt terecht een frisse blik geworpen over de kwestie.

Ik ben zelf schepen van Onderwijs. Ik hoor het u dus zeer graag zeggen: recht op onderwijs. De vaccinatie en de vaccinatieplicht mogen het recht op onderwijs niet tenietdoen. Ik volg dit volledig. Vandaag zitten echter 13 klassen thuis in de drie basisscholen waarvoor ik verantwoordelijk ben, met heel weinig zieke kinderen. De kinderen zitten thuis omwille van leerkrachten die vandaag besmet zijn, omwille van ouders die vandaag besmet zijn. Vaak zijn die mensen ook niet ziek, maar zijn ze thuis. Ze hebben dan een loopneus, vaak ook milde verschijnselen. Daardoor zitten de kinderen vaak lange perioden thuis. Ik zie en hoor van de leerkrachten wat al een lange periode de impact is op het onderwijs van die kinderen. Sterke kinderen kunnen dit allemaal wel doorkomen, maar voor kinderen met leermoeilijkheden die echt wel zorg nodig hebben, is het allemaal niet zo evident.

Als een groot deel van de bevolking een risico blijft vormen voor andere bevolkingsgroepen, wat gebeurt er dan met het recht op onderwijs voor onze kinderen? Waar staan we als we volwassenen in die situatie blijven houden?

Ik heb vanmorgen ook uw terechte pleidooi gehoord over de quarantaineregels. We moeten dat allemaal bekijken. Ik volg dit allemaal. Mijn zorg betreft ook de langere termijn. We zijn nu bijna twee jaar ver. Ik zie wat er verloren is gegaan binnen het onderwijs en we blijven dit verder doen.

Kinderen hebben recht op onderwijs. Als men blijft kwetsbaar zijn omdat volwassenen kwetsbaar zijn, moeten we daar vandaag dan toch niet verder in gaan?

Mevrouw Creemers verwees naar uw Europese skills. Ouders vragen mij waarom Europa niet beslist, waarom het EMA vandaag nog altijd niet beslist heeft over die boosterprik. De ministers van Volksgezondheid of de Vlaamse minister van Welzijn zullen de vraag voorleggen om met een *informed consent* te werken, om op vrijwillige basis die booster te geven. Bij ouders zou de gedachte kunnen leven dat Europa zo lang wacht en talmt omdat er risico's zijn voor kinderen. Ik heb dat vandaag niet gehoord in uw discours. Dit zou wel een gevolg kunnen zijn. Hoe staat u daar tegenover? Ervaart u dat ook vandaag bij ouders?

Meestal zit een *informed consent* in een

trialperiode, waarbij mensen toch hun goedkeuring moeten geven, ondanks de mogelijke risico's die nog niet bekend zijn. Dat is toch een bepaalde angst die bij ouders zou kunnen leven. Waarom wacht Europa zo lang om die goedkeuring te geven rond de booster en wat is de impact ervan?

Voor de andere sprekers heb ik één grote algemene vraag. Ik ben humaan wetenschapper, en heb dus geen vooropleiding in de zorg. Ik ben alleen al vrij lang met dit thema bezig.

De beslissing om al dan niet over te gaan tot verplichte vaccinatie is een politieke beslissing. U wijst wel terecht op het belang van vaccins, maar wat nu? Iemand haalde het plan winter 2022-2023 aan. De heer Bacquelaine zei dat we wellicht al te laat zijn, misschien te vroeg. Het is toch de verantwoordelijkheid van het Parlement om klaar te zijn bij mogelijke nieuwe varianten, waarvan we niet weten in welke vorm die zich zouden voordoen.

Professor Schoofs, u bent geen voorstander van het CST, wij ook niet. We zijn niet voor het aanhouden van het 1G-beleid. We zijn er immers van overtuigd dat er altijd een groep mensen is die niet op café gaat, niet naar evenementen gaat, die dingen niet doen. Daar blijft toch altijd een grote kwetsbare groep. De verplichte vaccinatie is blijkbaar ook niet aan de orde. Dat hebt u ook geretweet. De collega's zeggen dat Vlaanderen een heel hoge vaccinatiegraad heeft. Die 92 % is eigenlijk 81 % over de volledige bevolking. 62 % van de bevolking in Vlaanderen kreeg een boosterprik. Het federaal Parlement zit hier niet alleen voor Vlaanderen, maar voor België.

Op Belgisch niveau heeft vandaag 76 % een dubbele vaccinatie gehad, zonder booster, dus één op vier heeft dat niet. 54 % heeft ook een booster gehad, dus bijna de helft van onze bevolking heeft vandaag nog geen booster gehad.

De verschillen in de regio's zijn enorm groot. De kans is vandaag immens groot dat mensen niet volledig gevaccineerd zijn. Dat blijft voor mij wegen op de besluitvorming die wij hier het federaal Parlement wel of niet moeten nemen.

Ik hoor in uw aller betoog weinig oplossingen voor de vraag wat wij moeten doen en welke maatregelen wij in ons actieplan voor de winter van 2022-2023 moeten opnemen. Wat moeten wij doen, professor Schoofs, als er een nieuwe variant komt in het najaar? Laten wij hopen van niet, maar die kans bestaat. Waarmee moeten wij klaar zijn? Wat moeten onze maatregelen zijn?

Ik hoor professor Neyts en ook professor André onderstrepen hoe belangrijk het is de bevolking te informeren. Ik ben het daarmee eens. Wij zijn vandaag bijna twee jaar later en wij hebben ongelooflijk veel campagnes gevoerd. Ik zie wat de eerstelijnszorg en de tweedelijnszorg, heel veel vrijwilligers en organisaties van het middenveld allemaal gedaan hebben op het vlak van informatie met het oog op vaccinatie. Maar vandaag moet ik vaststellen dat één op vier in België niet dubbel gevaccineerd is en 50 % de booster nog niet heeft gehad.

Wij hebben vanmorgen mensen uit de zorg gehoord die zegden wat de impact op ons zorgsysteem nog altijd is. Wij gaan ervan uit dat de impact voor de zorgverstrekkers immens is. Hier is gesproken over vrijheid, maar waar is hun vrijheid? Zij hebben twee jaar in angst geleefd voor hun patiënten. Zij durfden, vaak zelfs familiaal, amper mensen te zien, onder andere om de eigen patiënten te beschermen. Wij gaan ervan uit dat de verplichte vaccinatie bij het zorgpersoneel er komt. Daar is de regering het toch over eens. Maar wat de rest dan betreft? Ons zorgsysteem zal onder druk blijven, met alle gevolgen van dien, onder andere uitgestelde zorg.

In die zin blijf ik op mijn honger. Ik heb professor André horen verwijzen naar de kwetsbare doelgroepen. Ik vind het heel mooi dat men met een doelgroepenaanpak kijkt naar de grootste risico's. En natuurlijk moeten we daar echt op inzetten en de blootstelling voor hen verminderen door volop te vaccineren. Ik volg die redenering volledig. We hebben nu wel een coronabarometer. Maar daarmee blijven wij de mensen voor hun verantwoordelijkheid stellen. Wij vragen solidariteit en er is toch wel een grote impact op onze maatschappij, op onze economie, op ons werk, op onze vrije tijd, op het leven van de maatschappij. Moet er bijgevolg niet gedacht worden aan verplichte vaccinatie van 50-plussers, 60-plussers, mensen die kwetsbaar zijn, zoals ook collega Creemers vroeg?

Ik ben het er helemaal mee eens dat er een winterplan 2022-2023 komt, maar mijn algemene vraag is vooral wat de inhoud daarvan moet zijn. Ik blijf wat dat betreft, op mijn honger. Ik heb begrepen dat u de bal in het kamp van de politiek legt. Maar het debat moet ons precies duidelijk maken wat de opties zijn.

Ik hoop dat mijn vragen straks nog worden beantwoord.

Sofie Merckx (PVDA-PTB): Ik dank de sprekers voor hun excellente en pedagogische uitleg. Het is belangrijk een en ander even pedagogisch te bekijken.

Ik vond vooral de vergelijking tussen Bulgarije en België op het vlak van de mortaliteit door de deltagolf zeer interessant. Het valt op dat er nu veel besmettingen zijn, ook bij gevaccineerden. Maar wij kunnen toch duidelijk stellen dat er een heel aantal doden vermeden is door de vaccinatie. Dat is, ook wetenschappelijk gezien, belangrijk. Mortaliteit is natuurlijk altijd een zeer hard eindpunt in de wetenschap.

Enerzijds hoor ik u zeggen dat we stilaan naar een endemische fase evolueren, maar anderzijds geeft u toe niet te weten hoe gevaarlijk de volgende variant eventueel zou zijn. Kunt u daar duidelijkheid over geven? Evolueren we nu naar een endemische fase of weten wij het niet? Wat zijn de voorwaarden daarvoor?

Mevrouw Schoofs, u had het vooral over het type vaccin, wat als ik het goed begrepen heb een reden zou zijn om het vaccin nu niet verplicht te maken, omdat er nog zoveel besmettelijkheid is. De anderen mogen daar ook op antwoorden. Is er een vaccin in ontwikkeling dat eventueel universeler is? Ik hoor soms zeggen dat wij eigenlijk naar een nieuw type vaccin moeten kunnen gaan, dat een antwoord zou kunnen bieden voor de verschillende varianten.

Daar had ik graag meer uitleg over gehad.

De huidige vaccinatiegraad is vrij hoog in België. Heb ik goed begrepen dat het extra vaccineren op basis van een eventuele vaccinatieplicht volgens u de moeite niet loont? Als we het vaccineren verplichten, kan dat immers tot maatschappelijke problemen leiden. Er is namelijk veel polarisering. Daarover hoor ik graag uw mening, uiteraard wetenschappelijk onderbouwd.

Mevrouw De Guchtenaere, u vertelde dat u als kinderarts vaak in aanraking komt met twijfelende ouders. Hoe gaat u daarmee om? Ik denk dat we het er allemaal over eens zijn dat we een zo hoog mogelijke vaccinatiegraad moeten bereiken. Hoe gaan we dan om met iemand die twijfels heeft over het vaccin? Wat zou het eventuele gevolg zijn van een verplichting? Een aantal jaar geleden werkte ik als arts voor Kind en Gezin. In onze opleiding daar werd aangegeven dat het belangrijk was om naar twijfels te luisteren en een wetenschappelijk antwoord te geven, maar dat de patiënt zelf de beslissing moet nemen. Is dat eventueel een argument tegen een verplichting?

Er verschenen de voorbije maanden enkele artikels die aangeven dat, door het polariserende debat over vaccinweigering, onder meer door de CLB's wordt vastgesteld dat ook vaccins die courant en al lang aanvaard zijn, maar niet verplicht zijn, bijvoorbeeld het vaccin tegen de mazelen, vaker twijfelachtig worden onthaald, terwijl daarvoor de vaccinatiegraad ook lange tijd zeer hoog lag. Stelt u zelf ook vast dat ook steeds meer ouders aan die vaccins twijfelen en zou dat ook een argument tegen verplichting kunnen zijn?

U had het ook over mogelijke discriminatie in het onderwijs. Dat treft me heel erg. Als huisarts stel ik dat ook vast. Zo werden de quarantaineregels voor de min-12-jarigen op een bepaald ogenblik gebaseerd op de vaccinatiestatus van de ouders. Dat is intussen niet meer het geval. Kinderen van niet-gevaccineerde ouders moesten toen langer in quarantaine blijven en meer schooluren missen. Dat zijn vaak sociaal zwakkere groepen waren. Die maatregel was toch heel ingrijpend en ik had hier dan ook graag uw reactie op gehad. Ook voor pubers, waarvan sommige gevaccineerd zijn en andere niet, waren de quarantaineregels verschillend. Dat is discriminerend, met name op het vlak van het recht op onderwijs. Is er dan geen andere strategie mogelijk dan die discriminerende strategie? Misschien kunnen we het testbeleid veranderen en de quarantaineregels gelijkschakelen? De CLB's moeten er dan misschien voor zorgen dat kinderen die niet gevaccineerd zijn of waarvan de ouders niet gevaccineerd zijn, vaker worden getest. Er is op dat vlak volgens mij toch zeker een rol weggelegd voor de CLB's.

Mes autres questions s'adressent à M. Johan Neyts et à M. Emmanuel André.

Si j'ai bien compris, nous ne connaissons pas, aujourd'hui, quelle sera la virulence du prochain variant. J'entends certains de mes collègues qui estiment que si le prochain variant n'est pas virulent, une vaccination obligatoire ne sera pas nécessaire et que, dans le cas contraire, l'obligation vaccinale devra être de rigueur.

Je voudrais élargir le débat. En effet, il est aujourd'hui question de vaccination. Mais si on sait tous que le vaccin est une arme pour lutter contre la pandémie, il existe d'autres armes.

Monsieur Neyts, vous avez parlé des traitements. Jusqu'ici, il a toujours été dit qu'ils sont intéressants, mais pas suffisamment pour être déployés massivement dans le cadre d'une prévention, par exemple. Pouvez-vous me confirmer cette information? Il y a aussi, bien entendu, le *testing*. Il y a aujourd'hui tout un débat sur les autotests. Par exemple, des autotests ne sont actuellement pas mis à la disposition des écoles. Il y a aussi le *tracing* et les soins de première ligne. Ne pensez-vous pas qu'au lieu de

se contenter de renforcer la vaccination, il faudrait aussi renforcer ces outils de lutte contre la pandémie. Je pense ici à une première ligne forte avec des structures préventives, un système de *testing* accessible et de *tracing* de la population. Je souhaiterais avoir votre avis à ce sujet.

Sachant que nous ne savons pas quelle sera la virulence du prochain variant et s'il échappera aux vaccins, ne limite-t-on pas le débat en ne discutant que de la question de l'augmentation de la vaccination qui pourrait éventuellement être rendue obligatoire?

Je tiens à préciser que j'encourage la vaccination.

Monsieur Emmanuel André, votre position est assez tranchée concernant la vaccination. Vous estimez, en effet, qu'il faut vacciner tout le monde. Comme Mme De Guchtenaere qui – je le rappelle – est pédiatre l'a dit aussi, il est très important que tout le monde puisse être vacciné, si on veut mettre fin à la pandémie. Se pose également ici une question quant à la situation pandémique ou endémique.

Selon l'OMS, aucun pays ne pourra se booster en dehors de la pandémie. Je traduis plus ou moins les propos du directeur général de l'OMS. Autrement dit, tant que le monde entier n'aura pas une couverture vaccinale minimale, on ne pourra pas mettre fin à la pandémie.

Ne pensez-vous pas qu'il existe un lien avec la situation mondiale? En effet, rendre obligatoire la vaccination et atteindre 100 % de vaccination n'est-il pas en contradiction avec l'idée de vacciner le monde entier?

Si je vous ai bien compris, monsieur André, si une personne qui est vraiment à risque est bien informée et qu'elle décide, malgré tout, de ne pas se faire vacciner, il faut pouvoir s'interroger. En la matière, faire preuve de nuance est important.

Monsieur Neyts, vous ne vous êtes pas beaucoup exprimé sur le sujet, aujourd'hui. Mais dans les médias, vous avez souvent insisté sur l'importance de l'information, aspect sur lequel je souhaitais revenir. En effet, ma collègue du CD&V a déclaré que tout le monde était maintenant correctement informé, que la pandémie durait depuis deux ans et que, ce faisant, il fallait arrêter de patienter.

Je suis médecin généraliste dans des quartiers populaires. Quand je parle avec mes patients non vaccinés et que je leur demande pourquoi ils ne sont pas encore vaccinés, il apparaît souvent que je suis la première personne appartenant au corps médical qui évoque cette question avec eux, qui les écoute et qui leur explique pourquoi il faut se faire vacciner.

Selon moi, tout le travail d'information n'a pas été fait. Ce n'est pas une lettre de l'AviQ qui peut convaincre les gens. On sait que se faire vacciner est aussi une question de confiance. Autrement dit, quand on a confiance, on se fait vacciner. Et ce ne sont pas les propos d'un ministre ou les propos tenus lors d'un journal télévisé qui convaincront forcément les gens de se faire vacciner.

Monsieur André, si je vous ai bien suivi sur les réseaux sociaux, vous avez participé, à un certain moment, à la campagne d'information. Vous vous êtes notamment rendu dans des écoles. Je souhaiterais vous entendre sur le sujet. Estimez-vous qu'aujourd'hui, tout le monde est informé correctement ou pensez-vous que l'information des patients pourrait encore être améliorée afin qu'ils puissent prendre une décision en toute connaissance de cause en matière de vaccination?

Robby De Caluwé (Open Vld): Dank u wel, voorzitter, en ook dank aan alle sprekers. Ik heb een aantal vragen die niet altijd specifiek aan iemand gericht zijn, maar die ik wel belangrijk vind.

Ik richt me wel eerst tot u, mevrouw De Guchtenaere. Het feit dat we pediaters uitnodigden op deze hoorzitting, deed bij sommige mensen de vraag rijzen of we ook denken aan een verplichte vaccinatie voor kinderen. Ik denk dat niemand daarvoor pleit, noch voor een CST voor kinderen, in welke vorm dan ook. Ik wil benadrukken dat deze hoorzittingen voor mij gaan over de vraag hoe we de laatste mensen ervan kunnen overtuigen om zich alsnog te laten vaccineren, inclusief kinderen. Dat is mijn eerste betrachting, ik ben naar deze hoorzittingen gekomen met een open blik.

Mevrouw De Guchtenaere, u hebt aangegeven dat u begrip hebt voor ouders die vragen hebben over vaccinatie bij hun kinderen, wat me logisch lijkt. Op dat vlak zegt u dat jullie als arts aan *shared decision making* doen met het kind, de ouders en de juiste informatie, om op die manier bijna kind per kind te beslissen of een vaccin aan te raden is of niet. U benadrukt dat het vaccin voor kinderen wordt aangeboden maar niet aanbevolen, maar dat het vaccin in ieder geval veilig is.

Ook CLB's hebben enige tijd geleden gezegd dat zij bij ouders meer twijfels zien wanneer hun om hun toestemming wordt gevraagd in het kader van de gewone vaccinatieschema's voor hun kinderen. Denkt u dat de hevige tegenreacties die we vandaag zien tegen vaccinaties in het kader van de pandemie zich zouden kunnen doorzetten naar het vaccinatieschema voor kinderen in het algemeen? Hebt u dat al ervaren? Zo ja, op welke manier gaat

u dan in dialoog met die ouders, die ook de gewone vaccins voor hun kinderen in vraag beginnen stellen?

Ik wil u ook een vraag stellen naar aanleiding van een uitspraak van de heer Vanden Bossche in de hoorzitting van deze ochtend. Hij stelt dat er geen wetenschappelijke basis is voor de vaccinatie van kinderen en verwacht een storm van auto-immuunziekten bij kinderen, omdat de vaccins hun immuniteit ondergraven. Het is volgens hem dan ook een doodzonde om kinderen te vaccineren. Door de vaccinatie en door de aanhoudende lockdowns zouden we hun immuunsysteem grondig verzwakken. Hij zegt dat vooral het aangeboren deel van ons immuunsysteem zo veel mogelijk in contact moet komen met virussen en bacteriën om ons blijvende bescherming te garanderen.

Wat is uw reactie daarop? We hebben hem ook gevraagd om een wetenschappelijke onderbouwing daarvan en hij heeft beloofd om ons die te bezorgen, maar ik ben ook benieuwd wat uw reactie daarop is.

Voorts heeft hij ook verwezen naar de vele gemelde bijwerkingen bij het VAERS en bij EudraVigilance, die volgens hem onvoldoende worden onderzocht. Er zouden nog nooit zoveel bijwerkingen gemeld zijn voor de vaccins, dus is het volgens hem onverantwoord om de vaccinatie bij kinderen door te zetten.

Ik had dus ook graag uw reactie daarop gehoord, en misschien liefst ook die van uw collega-sprekers.

Meer algemeen, we zitten vandaag met de minder ziekmakende omikronvariant. Er wordt in het vooruitzicht gesteld dat de endemische fase er misschien aankomt. Daarnaast ondergraaft de blijvende besmettelijkheid na vaccinatie soms het draagvlak voor de vaccinatieverplichting en het CST. Mensen zeggen: "Ik ben gevaccineerd, maar toch geraak ik nog besmet. Wat is dan het nut van vaccinatie en alle nevenzaken, zoals het CST?" We horen dus soms ook wel dat dit debat te laat komt.

Zijn jullie het daarmee eens? Kunnen we het ons misschien permitteren om het virus vandaag gewoon vrij te laten circuleren onder de bevolking? Een aantal van jullie zijn daar wel op ingegaan, dus misschien kunnen degenen die dat nog niet gedaan hebben er hun standpunt over geven?

Ik heb nog een specifieke vraag voor de heer André. U hebt al een aantal keren gezegd dat het CST tot meer besmettingen heeft geleid, omdat mensen het interpreteerden als een 'safe' ticket. Dat is immers ook de naam die gekozen is, wat misschien niet zo'n goede keuze was. Betekent dat dan ook dat u tegen een vaccinatiepas bent, waarbij duidelijk wordt gemaakt dat hij enkel en alleen wordt ingezet om aan te tonen dat iemand gevaccineerd is of niet?

Volgens mij was u het ook, mijnheer André, die de onzekerheden met betrekking tot het vaccinatieschema hebt toegelicht. We hebben nu dus de boosterprik, voor een aantal mensen wordt de vierde prik al aangeboden. U hebt toegegeven dat het vandaag eigenlijk onzeker is hoeveel prikken er zouden nodig zijn. Ik vroeg me af of daar een beperking op zit. Kunnen we bij manier van spreken levenslang ieder jaar een herhalingsvaccin geven en is zoiets wenselijk en gezond? Daar had ik graag wat meer duiding over gekregen als u daarop kunt antwoorden.

Vele adviezen die we hebben gekregen vóór deze debatten, vragen een goede communicatie ten aanzien van de bevolking van de beslissing die genomen wordt. Of het nu gaat om een vaccinatieverplichting of een 1G-model, het is belangrijk als zoiets wordt ingevoerd dat mensen weten waarom dat gebeurt, en vooral ook wat de gevolgen zullen zijn indien ze zich niet laten vaccineren.

Heeft iemand van jullie een idee hoe een communicatie op dat vlak eruit zou kunnen zien? Er is in het verleden al door een aantal mensen voor gepleit om in plaats van een vaccinatieverplichting of een 1G-beleid een opkomstplicht in te voeren, waarbij mensen verplicht worden om naar een vaccinatiecentrum te gaan om daar verplicht een gesprek te voeren met iemand.

Wat vinden jullie van dat idee? Als jullie dat het overwegen waard vinden, wie zou dan die gesprekken moeten voeren en hoe zouden die eruit moeten zien? Het zou een manier kunnen zijn om mensen toch in dialoog te brengen over de voordelen van een vaccinatie.

Mijnheer Neyts, soms wordt gesteld dat het debat dat we nu voeren eigenlijk te laat komt. Toch wil ik de vraag specifiek aan u richten of het een mogelijkheid is dat we niets meer doen: geen vaccinatieverplichting, geen CST en het virus gewoon laten circuleren? Het is een oproep die we soms horen.

Ik wil ook graag uw reactie horen op een bewering van de heer Vanden Bossche vanochtend. Hij stelde dat vaccinatie tijdens de pandemie zorgt voor het ontstaan van nieuwe varianten. Hij is daar

door heel veel collega's over bevraagd en heeft dan verduidelijkt dat de sterkere varianten die ontstaan, de vaccinatie kunnen overtreffen. Als die bewering klopt – ik heb de wetenschappelijke bronnen daarvoor nog niet gekregen –, dan vraag ik mij af of dat ook geldt voor de natuurlijk opgebouwde groepsimmuniteit. Ook daar lijkt mij dat – ik ben niet medisch geschoold – als wij in die fase komen, de varianten die die opgebouwde immuniteit kunnen overleven, ook steeds sterkere zullen zijn. Graag uw reactie daarop.

Karin Jiroflée (Vooruit): Mijnheer de voorzitter, ik dank de professoren voor hun betoog hier in commissie.

Professor Schoofs, als ik u goed begrepen heb, stelt u dat een vaccinatieplicht geen goed idee is, omdat intramusculaire vaccinatie geen effect heeft op de mucosale immuunrespons. Iedereen, gevaccineerd of niet-gevaccineerd, heeft, wanneer blootgesteld aan covid, op het allereerste niveau eigenlijk een gelijkaardige respons ten opzichte van het virus. Ik stel daar toch tegenover dat, als wij een vaccinatieplicht overwegen, die vooral gericht is op het voorkomen van zware ziekte en overlijden ten gevolge van covid. Als wij de jongste cijfers van Sciensano erbij nemen, zien wij toch al een serieuze reductie van de kans op symptomatische besmetting door de vaccinatie. Meer precies gaat het over 69 % bij volwassenen in de voorbije twee weken. Dat spreekt ook ten dele tegen wat u zegt, maar dat betekent toch ook dat de vaccinaties echt een effect hebben en dat wat u hebt uitgelegd, niet helemaal klopt, of anders begrijp ik het verkeerd. Ik laat het aan u om dat te weerleggen.

In oktober 2021 verscheen er in *The Lancet* een studie waarin de auteurs concluderen dat er onmiddellijk na een blootstelling weinig verschil is in virale lading bij gevaccineerde en niet-gevaccineerde personen - dat bevestigt wat u zegt -, maar dat bij gevaccineerde personen de virale lading veel sneller afneemt, waardoor men, met andere woorden, minder lang besmettelijk is tegenover anderen. Hoe verklaart u dat?

Ik heb nog een laatste vraag. U bent aanwezig met drie professoren van de KU Leuven van ongeveer hetzelfde onderzoeksveld. Kunt u zich vinden in de analyse van uw twee collega's, die wel duidelijk achter de meerwaarde en de werkzaamheid van de vaccins staan? Moeten wij in het debat niet in eerste instantie kijken naar de inzichten van virologen en epidemiologen?

Dokter De Guchtenaere, ik waardeer u vooral voor uw engagement inzake de gezondheidsbevordering bij kinderen. De manier waarop u omgaat met het vraagstuk van de vaccinatie, bekoort mij ook wel. Ik denk inderdaad dat de informatieverstrekking over de meerwaarde van de vaccinatie van kinderen beter kan.

Ik wilde echter even inzoomen op de recente situatie met omikron. De jongste cijfers van Sciensano geven aan dat er tussen 3 en 9 januari elke dag 23 kinderen tussen 0 en 5 jaar gehospitaliseerd werden wegens een covidbesmetting. Het gaat gelukkig vaak om een kort verblijf in het ziekenhuis en om een volledig herstel. Er lijkt echter toch iets te zijn met de omikronvariant die kinderen kwetsbaarder maakt. Wat is uw verklaring daarvoor? Moeten wij de toegenomen ziekmakendheid niet in rekening brengen wanneer we gaan naar het vaccinatiecertificaat of op zijn minst richting naar sensibilisering?

Vanmorgen zei de heer Herry dat hij voorstander is van een verplichte vaccinatie bij iedereen vanaf 6 jaar en dat 300 000 Belgen ondertussen symptomen hebben die wijzen op long covid. Het dossier van long covid ligt mij na aan het hart. Een aantal maanden geleden werd een resolutie goedgekeurd in het Parlement waarin wij de regering vragen om een aantal maatregelen te nemen en long covid van heel dichtbij op te volgen.

Ik heb gisteren over long covid bij kinderen, waar de heer Herry vanochtend over praatte, nog een vraag gesteld aan de minister. Blijkbaar zijn er nu aanwijzingen dat long covid bij een aantal kinderen opduikt. Er zijn volgens de minister echter nog niet genoeg cijfers om dat al dan niet te ontkrachten. Hebt u daar misschien wat meer cijfers of inzichten over? Long covid heeft heel veel impact op het leven van de mensen. Het zou mij ten zeerste verontrusten, mochten wij long covid ook bij kleine kinderen beginnen te zien.

Professoren Neyts en André, u zei dat u bijna in elkaars bureau zit. Dus misschien mag ik u ook dezelfde vragen stellen. U zei allebei heel duidelijk dat de vaccinatie werkt en dat een vaccinatieplicht te overwegen is op momenten dat er maatschappelijk een hoog risico is op gezondheidsschade. U voegde eraan toe dat er geen glazen bol bestaat voor de afwikkeling van de pandemie en dat de volgende variant minder maar ook meer ziekmakend kan zijn. Wij beseffen allemaal dat wij eigenlijk niet echt weten wat op ons afkomt, maar wat zeker is, is dat wij niet mogen rusten en dat wij de situatie goed in het oog moeten houden.

Kunt u iets concreter doorgaan op de manier waarop een vaccinatiecertificaat of een tijdelijke vaccinatieplicht op zulke risicomomenten er

volgens u moet uitzien? U stelt inderdaad terecht dat niet iedereen hetzelfde risico loopt. Moeten wij daarnaar kijken bij een vaccinatiecertificaat? Moeten wij een onderscheid maken in leeftijd of risicoprofiel en op welke manier moet dat dan gebeuren?

Hoe kunnen wij bij een vaccinatiecertificaat het moment van hoog risico definiëren? Als u pleit voor een schakelaar, op basis van welke indicatoren moeten we die schakelaar dan aanzetten? Hoe fijnmazig moet die ook zijn? Is het aangewezen te werken met een nationale schakelaar? Of moet dat fijnmaziger, bijvoorbeeld op het niveau van de Gewesten of de provincies?

We hebben in de coronacommissie, wier werkzaamheden zes maanden geleden afliepen, gezien dat de ziekenhuisbelasting nogal verschilt van regio tot regio en ook tussen stedelijke en landelijke regio's. Wat zijn uw inzichten daarover?

Wat zou u doen met het herstelcertificaat? Kan een herstelcertificaat ingepast worden boven op een vaccinatiecertificaat?

Ik begrijp dat de combinatie van een volledige recente vaccinatie en besmetting ook een zeer goede bescherming biedt, alsmaar hoger wordt. Wij willen natuurlijk niet dat mensen slijmen uit de neus van iemand anders gebruiken om zichzelf te besmetten. Dat klinkt al te gek. Wat is uw mening daarover? Hoe kijkt u naar de ethische afweging?

Catherine Fonck (cdH): Mesdames et messieurs, je vous remercie pour vos exposés, que j'ai trouvés extrêmement intéressants, même s'ils amènent énormément de questions supplémentaires. Je vais essayer d'aller droit au but, en commençant par préciser qu'il y a un socle commun fort, qui est de tout faire pour maximiser la vaccination. Je pense qu'il s'agit d'un constat majeur, et je suis ravie qu'on puisse avoir ce discours clair et sans équivoque. Sans oublier, bien sûr, de combiner cette vaccination maximale à toutes les autres mesures telles que les gestes barrières ou la ventilation.

La grande question est de savoir comment atteindre cette vaccination maximale et qu'est-ce qui peut ou doit encore être fait à cette fin. Tout d'abord, s'agissant de la persuasion, lorsque je passe 15 ou 20 minutes avec un patient qui a des doutes, je pense qu'il y a moyen de convaincre. Il y a une réalité régionale différente: à Bruxelles, le taux de vaccination reste nettement en deçà des objectifs à atteindre. Avez-vous des suggestions particulières à cet égard? Faut-il entretenir des contacts proactifs individuels avec chaque personne non vaccinée, non pas en envoyant le bourgmestre mais en envoyant des soignants vaccinés afin d'avoir cet échange et expliquer, convaincre et rassurer?

On sait également qu'il y a la réalité d'un dossier médical global (DMG) moins important à Bruxelles. Avez-vous des suggestions à ce propos?

En ce qui concerne la question du "oui" ou du "non" à la vaccination obligatoire, se pose la question de savoir comment, quand, avec quel vaccin et dans quel objectif vacciner. L'objectif, pour commencer. Il est dans l'intérêt individuel de réduire les risques, les pathologies sévères, les hospitalisations et la mortalité. Vous n'avez pas beaucoup évoqué l'intérêt collectif. Certes, le variant omicron n'est pas le variant delta, mais on ne sait pas si omicron pourrait redevenir delta ou muter en un autre variant.

Comment bien prendre en considération l'intérêt collectif? Abstraction faite du variant omicron compte tenu du faible taux d'occupation en soins intensifs, comment imaginer un cadre futur pour définir si, oui ou non, l'obligation vaccinale s'impose ou pourrait s'imposer? Je suis très prudente et très nuancée, à titre personnel.

Ce volet collectif doit-il, oui ou non, être pris en considération? Doit-il être ajusté en fonction du type de vaccin? La réalité n'est pas la même selon que la diminution des transmissions grâce au vaccin est plus ou moins importante. De même, la situation change lorsque les soins intensifs ou les soins hospitaliers de première ligne sont dépassés.

Quel vaccin? Il y a toute la réalité de la recherche et du développement. Si je ne me trompe pas, Mme le Pr. Schoofs pourrait peut-être m'éclairer sur ce point. Je ne sais pas si on a déjà entamé la phase 3 pour le vaccin de type nasal, mais je sais que la phase 2 avait déjà bien avancé. Où en est-on à cet égard? Une échéance est-elle possible?

La question de l'obligation vaccinale se pose-t-elle autrement en fonction du type de vaccin? Je vais essayer de clarifier ma question: faudrait-il n'envisager une vaccination obligatoire que si nous disposions d'un vaccin qui permette effectivement de répondre aux conditions d'éradication ou de presque éradication, et surtout de créer une situation dans laquelle nous observerions une réduction extrêmement importante des transmissions grâce à la vaccination et, plus particulièrement, grâce à un vaccin de type nasal?

Dans le contexte actuel du variant omicron, faut-il attendre un vaccin plus adapté? Plusieurs firmes seraient en train de développer un vaccin adapté aux dernières mutations. La question devra-t-elle

se poser lorsqu'un vaccin multivalent sera disponible? Comment voyez-vous les choses par rapport à ces questions?

La vaccination obligatoire, pour qui? Certains évoquent éventuellement d'utiliser une tranche d'âge, par exemple les plus de 50 ans, parce qu'on sait que les personnes plus âgées encourent plus de risques. En même temps, le variant suivant va peut-être se comporter autrement.

Par ailleurs, on oublie environ 40 % des personnes fragiles en ne travaillant que par la tranche d'âge des plus âgés. Il y a bien évidemment toutes les personnes qui savent ou qui ne savent pas qu'elles ont une fragilité, les personnes immunodéprimées ou celles souffrant de pathologies chroniques. Il y a aussi les personnes en surcharge pondérale, qui ne s'identifient pas nécessairement comme étant à risque. Dès lors, le fait de viser une tranche d'âge au-delà de 50 ans permet-il de prendre suffisamment en considération la réalité de l'ensemble des personnes fragiles, y compris de celles dont la fragilité n'est pas liée à l'âge?

Une vaccination obligatoire, mais comment? Cela pose également un certain nombre de questions éthiques. Personnellement, je considère qu'une vaccination maximale s'entend, mais une vaccination forcée n'est pas éthiquement acceptable, qu'il s'agisse de forcer physiquement ou de suggérer que certains pourraient ne pas avoir accès aux soins intensifs sans être vaccinés. Je trouve cela éthiquement inacceptable. Quel est votre avis sur la question?

Même chose pour ce qui concerne les sanctions, qui posent également des questions non seulement sur le plan éthique, mais aussi sur le plan social. Est-il socialement juste que certains puissent payer des sanctions alors que d'autres ne le pourraient pas? Toujours sur le plan éthique, le consentement éclairé ne reste-t-il pas un aspect fondamental dans le contexte que l'on connaît et avec le type de vaccin dont on dispose aujourd'hui? Qu'en pensez-vous?

J'aimerais encore aborder deux volets, si vous me le permettez. La question de la vaccination obligatoire doit-elle se poser maintenant, au vu de la situation actuelle? J'entends quand même énormément de nuances par rapport à cela. Ou ne serait-il pas surtout utile d'avoir ce débat pour définir un cadre, des conditions, des balises, au cas où on devrait se poser une nouvelle fois cette question dans les semaines ou les mois à venir - espérons que ce ne sera pas le cas - compte tenu d'une évolution qui serait défavorable, avec la survenue d'un variant différent et dans un contexte dans lequel on disposerait de vaccins plus multivalents permettant de bloquer l'entrée des transmissions au niveau des voies respiratoires?

Est-ce que la survenue de futurs traitements peut-être encore plus efficaces que les traitements dont on dispose aujourd'hui modifiera la manière dont on doit se poser la question de la vaccination obligatoire?

Enfin, sauf erreur de ma part, vous n'avez pas parlé d'un élément. Plusieurs études ont montré que des patients – je ne parle pas de patients qui auraient fait la maladie covid il y a deux ans – qui auraient été vaccinés deux fois et auraient fait un covid-19 au cours de ces dernières semaines ont manifestement une protection "similaire" à celle des patients qui ont eu deux doses plus la dose booster, c'est-à-dire trois doses. Ce point n'est-il pas à prendre en considération dans la question qui nous occupe aujourd'hui?

Permettez-moi quelques questions spécifiques sur le volet pédiatrique. Il y a énormément d'interrogations de la part des parents qui se demandent, de manière bien légitime, ce qui est le mieux pour leur enfant. Ils se tournent vers certains soignants ou vers des personnes de confiance pour prendre leur avis. Un outil est sorti pour permettre aux médecins généralistes de les aider dans l'analyse de la balance risques-bénéfices pour la vaccination des enfants. Cela reste un peu compliqué. Ne pensez-vous pas qu'à ce sujet une démarche pro-active pourrait être entreprise pour mieux accompagner les parents et les soignants? Lorsque ce sont des enfants à risque ou des enfants dont un proche dans la famille est à risque (enfant, parent, grands-parents), cela simplifie la décision de vaccination. Par contre, beaucoup de parents se demandent s'il ne faut pas intégrer toute la dimension du maintien de la scolarité et éviter des épisodes éventuellement répétés de maladie et de non-fréquentation scolaire. Tous ces aspects-là sont terriblement complexes.

Que pourrait-on faire pour aider à la prise de décision à la fois en nous tournant directement vers les parents et en nous tournant vers les médecins généralistes et les pédiatres qui sont amenés, le plus souvent, à répondre à cette question ?

Toujours concernant la pédiatrie, on observe un changement par rapport aux mois précédents. Je ne parle pas que de la Belgique, je regarde aussi le topo au niveau international du nombre d'hospitalisations pour covid, qui touche des enfants y compris de petits enfants. Les chiffres du jour au Danemark sont assez interpellants. Un article tout récent est sorti sur la diminution du risque du fameux *multisystem inflammatory*

syndrom des enfants avec une diminution du risque grâce à la vaccination. Avez-vous des données à ce sujet? Ce fameux syndrome inflammatoire multisystémique touche-t-il essentiellement des enfants à risque? Peut-il toucher de manière plus large? Pourrait-on avoir un variant qui concerne de manière plus importante les enfants? Du côté des autorités mais aussi du GEMS et de la task force pédiatrique, comment évaluez-vous le suivi des risques des enfants, et aussi par rapport à ce syndrome très rare mais potentiellement sévère? Comment intégrer toutes ces dimensions dans les discussions qui nous occupent aujourd'hui mais sans doute aussi au cours des semaines et des mois qui viennent, puisque l'évolution est changeante? Il y a toujours tout ce que l'on sait et tout ce que l'on ne sait pas, et en fonction duquel il faut pouvoir s'ajuster.

Je vous remercie pour vos interventions et pour les réponses à venir.

Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le président, je remercie l'ensemble des intervenants pour leurs exposés respectifs. Ils ont le mérite de rétablir une vérité scientifique en ce qui concerne l'efficacité des vaccins.

J'en viens à mes questions qui me permettent de rebondir sur certaines choses qui ont été dites ce matin et sur certains volets qui me semblent essentiels.

En ce qui concerne les effets secondaires du vaccin, il existe une crainte importante parmi la population non vaccinée. Cette inquiétude existe aussi chez des personnes qui ne sont pas nécessairement antivax; ce sont des craintes que l'on doit pouvoir entendre. À ce sujet, le représentant de l'ABSyM nous disait que ce que l'on ne connaît pas, ce sont les effets sur le long terme d'une infection au covid. Peut-on considérer qu'au contraire nous connaissons les effets à long terme du vaccin à partir du moment où les effets secondaires du covid font l'objet d'un état des lieux, fut-ce manière hebdomadaire? Peut-on considérer que ces effets secondaires se cantonnent aux premières heures et aux premiers jours qui suivent l'administration de ce vaccin?

En ce qui concerne le public qui devrait ou qui pourrait être visé par l'obligation vaccinale, doit-on cibler toute la population ou des publics plus à risque? C'est la voie qui a été choisie par l'Italie ou encore la Grèce, qui ont rendu la vaccination obligatoire pour les personnes les plus âgées. À ce sujet, M. Herry de l'ABSyM a estimé qu'il était difficile de déterminer qui est vulnérable et qui ne l'est pas, puisque par définition la vulnérabilité d'une personne peut évoluer au fil du temps. Partagez-vous ce point de vue?

Professeur André, vous avez été assez long à ce sujet et je vous en remercie. Vous avez insisté sur l'impact de l'âge, impact particulièrement marqué chez les plus de 50 ans. Vous avez insisté sur le fait que c'est dans ce groupe de population que l'on peut sauver davantage de vies si ceux qui y appartiennent sont vaccinés. Etes-vous favorable à la vaccination des plus de 50 ou 60 ans, mais aussi des personnes présentant des comorbidités?

Je tente de comprendre votre point de vue par rapport à cela. Vous avez développé toute une approche qui se veut pragmatique selon le type de personnes, selon le fait que la personne soit vaccinée ou non, qu'elle dispose d'une bonne immunité ou non et, par conséquent, qu'on peut considérer qu'elle est à haut ou à faible risque. Vous faites donc référence à la force du système immunitaire. Parmi les différentes catégories de personnes que l'on pourrait retenir, vous avez notamment présenté la catégorie des personnes qui sont vaccinées, qui présentent une bonne immunité naturelle et pour qui, par conséquent, on pourrait considérer que le booster ne serait pas nécessaire. C'est une piste intéressante. Elle appelle deux questions.

Ce postulat est-il valable pour toutes les situations ou uniquement au regard du variant majoritaire aujourd'hui en Belgique et même dans le monde, à savoir le variant omicron? Qu'en serait-il si les variants venaient à se renforcer et provoquaient des infections plus fortes malgré la vaccination initiale? Ne serait-il alors pas pertinent d'imposer les boosters, comme on le prévoit déjà pour les personnes à faible immunité. On parle même de quatrième dose pour ce qui les concerne.

Comment déterminer les personnes que l'on entend considérer comme étant à bonne ou à fragile immunité? Peut-on imaginer faire ce travail de détermination de la même manière que l'on a déterminé les personnes qui étaient en droit de recevoir leur vaccin prioritairement en raison de leur comorbidité – ce qui a été fait au début de la campagne de vaccination, voici plus d'un an maintenant

Pour ce qui concerne les autres personnes à immunité plus faible, vous considérez que ce vaccin à trois doses est une bonne solution avec des boosters à réitérer chaque année. Vous dites que ces boosters chaque année pourraient aider. C'est donc une éventualité. Pourrait-on, toujours dans le cadre de cette éventualité, préconiser l'administration de ce booster avant la période annuelle critique (l'hiver) et procéder à cette administration vaccinale en même temps que le

vaccin contre la grippe saisonnière?

Je souhaiterais également vous entendre tous sur le pass vaccinal. Le représentant de l'ABSyM a été très clair à ce sujet, à savoir que c'est un *need* très ferme.

De plus, je souhaiterais vous entendre sur les contre-indications médicales. C'est une crainte qui revient très souvent de la part de personnes qui ne sont pas du tout anti-vax mais qui, pour des raisons médicales, ne peuvent pas se faire vacciner. À ce sujet, la législation actuelle relative à la polio prévoit que l'existence d'une contre-indication peut être attestée par un certificat médical circonstancié. Estimez-vous que cette législation répond à la préoccupation de ces patients qui ne peuvent pas se faire vacciner pour des raisons médicales? Par conséquent, ce système peut-il être transposé au vaccin contre le covid?

En France, des contre-indications sont aussi prévues s'il y a des réactions allergiques aux premières doses, des myocardites associées à une infection ou encore des fuites capillaires. Ces contre-indications peuvent être attestées tant par un médecin généraliste que par un médecin spécialiste. En France, on se trouve face à une liste de contre-indications médicales qui est beaucoup plus large que celle dont nous disposons aujourd'hui en Belgique. En Belgique, les seules contre-indications qui existent dans le cadre de la vaccination covid sont les réactions allergiques à un composant du vaccin, alors qu'on pourrait ne pas se faire vacciner pour des raisons autres que de "simples" réactions allergiques. Seriez-vous dès lors prêts à suivre ce qui se fait en France?

J'en viens à mes questions plus ponctuelles à l'attention de deux de nos intervenantes.

Madame Schoofs, j'ai retrouvé l'un de vos derniers tweets. Je cite: "De vaccinpaspoorten zijn nutteloos omdat de huidige vaccins niet geschikt zijn om infectie en transmissie te verhinderen."

Doit-on en déduire que votre position contre le pass vaccinal vaut de manière générale ou est-elle limitée aux vaccins ancienne génération et donc non adaptés au variant omicron comme aux éventuels futurs variants?

Je souhaiterais également poser des questions précises au sujet de votre spécialité en immunologie. Je tiens d'ailleurs à vous remercier pour votre exposé. Selon vous, les vaccins actuels ne stimulent-ils d'aucune façon l'immunité mucosale ou stimulent-ils celle-ci insuffisamment? Pourquoi présentez-vous cette immunité mucosale comme étant plus importante que l'immunité systémique, à partir du moment où les vaccins actuels permettent de réduire les cas les plus graves de covid? J'entends qu'une stimulation de l'immunité mucosale permettrait de réduire les infections, mais permettrait-elle également de prévenir les risques de cas graves, si une infection devait survenir? Serait-il possible d'avoir un vaccin qui stimule tant l'immunité systémique que l'immunité mucosale?

Vu que l'objectif principal de la gestion de la crise, et donc du vaccin, est de réduire la surcharge des hôpitaux et des services de soins intensifs ainsi, bien sûr, que les décès et les cas graves de covid, ne pensez-vous pas qu'il serait plus opportun d'opter, aujourd'hui, pour une vaccination obligatoire, même avec les vaccins actuels qui ne sont pas forcément adaptés aux variants, mais qui stimulent l'immunité systémique, ce ne fut-ce que dans l'attente de nouveaux vaccins adaptés aux variants ou qui stimuleraient d'autres formes d'immunité et qui permettraient donc de réduire le nombre des contaminations? Enfin, les recherches sur les vaccins covid portent-elles également sur les vaccins par administration orale qui stimulent l'immunité mucosale? Disposez-vous d'informations sur le sujet?

Madame De Guchtenaere, vous vous réjouissez, à juste titre, à l'idée que l'on puisse disposer du droit, comme vous le dites très justement, de se faire vacciner. Mais vous ne vous êtes pas prononcée sur la question de l'obligation vaccinale.

Je me permets donc de vous poser très clairement la question. Êtes-vous pour une obligation vaccinale appliquée aux enfants et si oui, à partir de quel âge? Retenez-vous l'âge de cinq ou six ans comme cela a été évoqué, par exemple, par M. Herry, le représentant des médecins généralistes? Si oui, comment voyez-vous le contrôle de cette obligation? Considérez-vous que la vaccination légalement obligatoire de la polio a permis de convaincre les parents de faire vacciner leurs enfants? Avez-vous connaissance de cas de refus de parents de faire vacciner leurs enfants contre la polio? M. Herry nous a expliqué que pour sa part, il n'avait jamais été confronté à de tels cas de refus. Qu'en est-il de votre pratique?

D'autres vaccins sont exigés pour qu'un enfant puisse, par exemple, fréquenter une crèche. C'est le cas des vaccins contre la diphtérie, la coqueluche et la rubéole. Il y a aussi des vaccins qui sont fortement "conseillés" comme ceux contre le pneumocoque, la méningite ou l'hépatite B. Les parents de vos jeunes patients perçoivent-ils cette distinction entre les vaccins qui sont légalement obligatoires et ceux qui sont fortement conseillés? Ou bien les parents de ces enfants sont-ils prêts à

faire administrer l'ensemble de ces vaccins sans distinction à leurs enfants?

Au cas où vous ne seriez pas favorable à une obligation généralisée, seriez-vous plutôt favorable à une vaccination ciblée sur certains secteurs en vue d'éviter leur paralysie ou leur fermeture? Je fais référence ici à l'école. Seriez-vous favorable à une obligation obligatoire et ciblée des enseignants? C'est une option qui a été choisie en Nouvelle-Calédonie.

Enfin, je reviens à la question fondamentale du coût-bénéfice chez les enfants. Comme je l'ai dit, beaucoup de parents, alors qu'ils sont convaincus de la vaccination pour eux-mêmes et qu'ils sont vaccinés, ont peur d'éventuels effets secondaires pour leurs enfants, notamment du fait de l'absence de recul. C'est un argument qui revient très souvent. Une étude de l'Agence de santé publique canadienne menée sur le syndrome inflammatoire multisystémique qui suit une infection au covid indique que le moyen le plus efficace de prévenir les cas de maladie grave serait de respecter l'ensemble des gestes barrières mais aussi de se faire vacciner contre le covid quand on y a droit.

Vu la référence au droit que vous avez faite tout à l'heure, quelle est votre opinion à ce sujet? D'après vous, les vaccins actuels contre la covid-19 permettent-ils de diminuer les risques de développer ce syndrome inflammatoire en cas d'infection covid chez les enfants? De manière plus large, la vaccination chez les enfants a-t-elle des effets bénéfiques sur la survenue d'effets indésirables graves liés au covid? Y a-t-il des cas de syndromes inflammatoires mlultisystémiques qui se sont déclarés chez les enfants en Belgique? Est-ce qu'on dispose de chiffres à ce sujet? Si oui, sont-ils ventilés en fonction des enfants qui ont été admis à l'hôpital et en soins intensifs?

Le **président**: Je vais donner la parole pour un deuxième interlocuteur par groupe. Je voulais partager une réflexion avec vous. Cela fait deux heures qu'on est en train de poser des questions à nos experts, à qui on a limité le temps de parole. Je voulais vous dire comment se termine un article d'un journal du Sud du pays qui relate nos auditions de ce matin. Je cite: "Les deux experts n'auront pas l'occasion d'en dire bien davantage. Le temps accordé à leurs réponses fut nettement plus court que celui pris pour la déferlante de questions, et parfois d'opinions, des parlementaires en commission".

Je vais voir avec les intervenants de combien de temps ils disposent. On a encore trois jours d'auditions, je crois qu'on doit essayer d'être beaucoup plus efficaces dans les questions et d'éviter les considérations qui auront lieu dans le débat qu'on aura certainement par après.

Je vais donner la parole à Mmes Gijbels et Hennuy et je leur demande d'être brèves dans leurs questions.

Pour les auditions futures, on doit vraiment essayer d'être plus concis.

Frieda Gijbels (N-VA): Ik kom meteen ter zake. Professor Schoofs, u had het uitgebreid over de mucosale immuniteit. Ik ben daardoor in de war geraakt, want gisteren nam ik deel aan een webinar met professor Van Damme, een cursus die werd ingericht door tandartsen. Hij gaf daarin letterlijk aan dat infectie mucosale immuniteit geeft die tijdelijk is en geen systemische immuniteit. Hij beschouwde dat dus eigenlijk als inferieur, waardoor het zijn pleidooi was om zoveel mogelijk te vaccineren. Hoe staat u daartegenover? Bestaat er daarover wetenschappelijke consensus?

U geeft aan dat die mucosale immuniteit verspreiding kan beperken. Ik vond het heel interessant en leerzaam, maar als we over een mucosaal vaccin zouden beschikken, zou u dan wel voorstander zijn van een verplichte vaccinatie? Daarover hebt u zich niet uitgesproken.

Professor De Guchtenaere, de krokusvakantie staat voor de deur en het beleid in bepaalde Europese landen is verschillend, waarbij sommige landen ook boostervaccins voor min 18-jarigen vragen. Hoe staat u daartegenover? Er is nu een initiatief van de ministers van Gezondheid om daaraan eventueel een *informed consent* te verbinden. Hoe ziet u dat? Kunt u wat dat betreft een ethische reflectie geven?

Professoren Neyts en André, ik hoor een zekere nuance in uw uitleg in verband met de vaccinatieplicht. Is er volgens u een bepaald punt waar we wel tot een vaccinatieplicht kunnen komen? Welke elementen moeten daarvoor volgens u in de weegschaal worden gelegd? Zijn daar bepaalde zaken die doorslaggevend kunnen zijn? Indien ja, welke zouden dat dan zijn?

Professor André, in uw laatste slide gaf u een flowchart die ik heel interessant vond. Wat daarin vooral opviel, was de vraag die werd gesteld of mensen die niet gevaccineerd zijn wel voldoende geïnformeerd zijn. Ik denk dat dat inderdaad vaak een probleem is, dat de juiste informatie soms niet geraakt tot bij wie ze moet komen. Hebt u een idee op welke manier we die mensen beter zouden kunnen informeren?

Laurence Hennuy (Ecolo-Groen): Monsieur le

président, je remercie les intervenants et je tâcherai, comme à mon habitude, d'être très courte dans mes questions.

J'ai tout d'abord une question de clarification qui me semble importante, étant donné que cela a été relevé à plusieurs reprises. Quelle est aujourd'hui la capacité des vaccins, si on est dans un schéma vaccinal complet de trois doses, à réduire la circulation du virus? Dispose-t-on également de ces chiffres pour des schémas partiels, c'est-à-dire deux doses plus une infection récente?

J'en viens au schéma décisionnel du *slide* à la page 27. Si on devait s'orienter vers une vaccination obligatoire des groupes à risque, comment ces groupes seraient-ils définis? S'agirait-il des personnes âgées, des personnes qui présentent des comorbidités? Quels seraient alors les risques en termes de confidentialité et surtout d'évolution du système de soins vers un modèle assurantiel?

Dispose-t-on d'une analyse quantifiée et précise des personnes qui sont non vaccinées, c'est-à-dire la zone grise dans le schéma à la page 24? Parmi ces personnes non vaccinées, une contrainte pourrait-elle les amener à se faire vacciner ou pas? Des personnes sont-elles foncièrement opposées au vaccin? Comment peut-on atteindre des personnes qui sont en complet décrochage avec le système de soins? Y a-t-il des personnes qui ne sont pas opposées mais qui n'ont pas encore fait la démarche? Quelle est la chance qu'une obligation, alors qu'un CST est déjà en place, puisse les convaincre de se faire vacciner?

Je reviens également sur la question de l'information et de la sensibilisation mais je n'irai pas plus loin.

De **voorzitter**: Dan richt ik me nu tot de vier sprekers. Ik weet niet hoelang u hiervoor gerekend had en of sommigen van u vroeger moeten vertrekken. Anders volg ik dezelfde volgorde, maar als de tijd voor iemand beperkt is, dan kunnen we daarmee rekening houden.

Emmanuel André: Monsieur le président, pour ce qui me concerne, je peux rester toute la nuit. Cela dit, étant le dernier orateur à intervenir, je voudrais être certain que j'aurai l'occasion de répondre aux questions qui m'ont été posées.

Le **président**: Je comprends. Je sais que vous avez déjà eu une mauvaise expérience lors d'une précédente audition. Sachez que je peux également rester toute la nuit, si cela peut vous rassurer!

Cela étant, il est toujours possible d'apporter, par la suite, des compléments d'information par écrit qui seront transmis aux membres de la commission.

Liliane Schoofs: Mijnheer de voorzitter, beste commissieleden, er was een vraag over het onderzoek naar mucosale immuniteit. Er is inderdaad nog weinig onderzoek naar gedaan. Het is van belang dat daar meer onderzoek naar gebeurt, met betrekking tot staalverzameling en testmethode, vooral in de plaats van de serologische *assays* die momenteel gebeuren.

Nu vooral omikron circuleert, kan men zich afvragen waarover we aan het debatteren zijn.

Voor alle duidelijkheid en zoals ik al aangaf in mijn pleidooi, de vaccins beschermen tegen ernstige ziekte. We mogen heel dankbaar zijn dat deze zo snel zijn kunnen gerealiseerd worden. Ze zijn echter niet geschikt om transmissie te voorkomen. Ik stelde ook dat iedereen die besmet geraakt die mucosale immuniteit doormaakt.

Dat bij een gewone infectie alleen de mucosale immuniteit zou werken en geen systemische immuniteit zou volgen, is niet juist. Ik ben daar formeel in. Iemand die besmet wordt, maakt eerst mucosale immuniteit door. Indien de mucosale immuniteit niet voldoende goed is, wanneer het virus de mucosa doorbreekt en in de bloedbaan terechtkomt, treedt ook systemische immuniteit op bij een gewone besmetting. Natuurlijke immuniteit is ook systemisch. Men maakt dan echter ook de ziekte door en die kan ernstig worden.

Daarom zijn de vaccins wel belangrijk, omdat ze helpen om de systemische immuniteit te versterken ingeval de mucosale barrière wordt doorbroken.

Er waren vragen met betrekking tot de mucosale immuniteit, over hoe we dat dan kunnen weten. In Europa heeft 1 op de 400 mensen een IgA-deficiëntie.

Tegelijk kan ik ook de vraag beantwoorden over de IgA's in het bloed en de IgA's die gesecreteerd worden ter hoogte van de mucose. Dat zijn twee verschillende zaken. IgA's die in het bloed gemeten worden hebben niets te maken met de dimere IgA-antistoffen die gesecreteerd worden door de mucose, die zijn van een ander type.

Het feit dat 1 op de 4 00 personen in Europa deficiënt is in IgA-productie, zou een parameter kunnen zijn om het risico in te schatten dat het virus de mucosale barrière doorbreekt. Men kan zeggen dat personen met een IgA-tekort gevoeliger zijn voor het virus. Dat valt dus zeker te overwegen.

Men zou die tests kunnen doen in verschillende leeftijdsgroepen.

De huidige vaccins beschermen zeer goed tegen ernstige ziekte en hospitalisatie. Dat is natuurlijk met betrekking tot verplichting en vaccinatiepas het belangrijkste argument. Het risico van besmetting, dat men vaak aanhaalde vorig jaar maar de laatste maanden reeds veel minder, was het voornaamste argument om het CST in te voeren. Het argument om te kunnen deelnemen aan het sociale leven was dat men zonder vaccinatie anderen zou besmetten. Dat argument is niet juist. Een gevaccineerde en een niet-gevaccineerde zijn beiden in de mogelijkheid om anderen te besmetten.

Men heeft dat argument ook opgevoerd om kinderen en jongeren te vaccineren. Bij kinderen is het niet verplicht, maar jongeren heeft men de voorbije zomer wel gevaccineerd.

Ik stel me daar toch wat vragen bij. Ik zal niet antwoorden op ethische of juridische vragen, u moet die vragen aan de juristen stellen, maar afgelopen zomer hebben jongeren zich laten vaccineren omdat ze dan een CST kregen. Eigenlijk hebben de meeste jongeren geen gezondheidsredenen in acht genomen, ze wilden gewoon kunnen deelnemen aan het sociale leven.

Vanuit onderwijskundig perspectief moeten we onze jeugd leren om daarover na te denken en om risico's en baten af te wegen. Men mag vanuit de overheid geen vermomde verplichting doorvoeren door van vaccinatie een voorwaarde te maken om aan het sociale leven te kunnen deelnemen.

Voorbije zomer werden veel jongeren gevaccineerd met het vaccin van Moderna. Het Agentschap Zorg en Gezondheid heeft begin december de leeftijdsgrens voor dat vaccin verhoogd naar 31 jaar, terwijl de prik bij veel 20-jarigen al in de arm was gegaan. Ik stel mij daar vragen bij. Ik ben niet tegen een vaccinatieverplichting, maar ik stel mij daar vragen bij. Het feit dat jongeren zien dat nu de leeftijdsgrens verhoogd is, terwijl zij het wel hebben gekregen, ondermijnt het geloof in vaccins enorm. Mijn studenten, die in die leeftijdsgroep zitten en les krijgen in de immunologie, hebben daar vanuit hun interessegebied vragen bij en stellen mij heel veel vragen daarover. Men moet dat toch mee in overweging nemen wanneer men zou overgaan tot een vaccinatieplicht.

Blijft de vraag wat te doen met het risico van ernstige ziekte en daaraan gekoppeld de last voor de ziekenhuizen. Hoe kunnen we de druk op de ziekenhuizen doen dalen? Dat kan door mensen die een groot risico lopen te vaccineren. Moet dat verplicht worden of moet het een individuele beslissing zijn? Daar hebben collega's al duidelijk op geantwoord, denk ik. Naar mijn idee moet het ook een persoonlijke risico-batenanalyse zijn, best in overleg met de arts.

Met betrekking tot het feit dat kinderen in lockdown minder in contact komen met leeftijdsgenoten, werd de vraag gesteld of dat wel goed is, gelet op het gegeven dat het immuunsysteem van kinderen nog volop in ontwikkeling is. Bij kinderen zorgt de thymus voor de productie van hun T-cellen. Bij oudere mensen is de thymus grotendeels niet meer functioneel, maar bij kinderen is de thymus nog volop in ontwikkeling. Hoe zit het dan met een lockdown?

Welnu, kinderen moeten in de modder spelen. Dat zeg ik ook steeds aan mijn studenten en collega-immunologen aan de UGent verkondigen dat ook al jaren. Dat is belangrijk, omdat het immuunsysteem getraind moet worden in het herkennen van *self* en *non-self*. Dat betekent dat het immuunsysteem de eigen eiwitten moet leren herkennen, zodat het niet onnodig de eigen cellen aanvalt, en moet leren wat vreemd is. Om die reden moeten kinderen en jongeren zo veel mogelijk in contact komen met vuiligheid, om het zo uit te drukken. Kleine kinderen doen dat bijvoorbeeld door continu overal aan te likken. Dat is evolutief, dat zit ingeprent. Voor de natuurlijke immuniteit is het belangrijk dat kinderen zich geregeld vuil maken, bijvoorbeeld door in de modder te spelen. Dat noemt men de hygiënehypothese.

Er werd een vraag gesteld over de toekomstige vaccins. De huidige vaccins zijn niet geschikt om besmettingen te verhinderen. Vaccins die de mucosa targeten, zoals nasale of orale vaccins, kunnen dat wel. Dat levert een voordeel op voor de maatschappij, omdat men daarmee niet alleen zichzelf beschermt maar ook de anderen. Dat dacht men in het begin ook van de huidige vaccins, maar dat is niet uitgekomen. Van een nasaal vaccin weten wij, zoals we dat weten van het poliovaccin, dat dit de mucosale immuniteit target. Dergelijke vaccins werken steriliserend en verhinderen dat anderen worden besmet. Met die toekomstige vaccins kan een verplichting wel overwogen worden, met dien verstande dat ook de kosten en baten van een dergelijk nieuw vaccin moeten worden afgewogen. Er moeten uiteraard ook voldoende veiligheidstests gebeuren.

Bij een nieuw vaccin zal ook rekening moeten worden gehouden met het principe van de *original antigenic sin* in de immunologie. Ons immuunsysteem is altijd een beetje lui en zal bij

infectie met een nieuwe variant altijd een beroep doen op de productie van antistoffen die het heeft getriggerd bij een vorige vaccinatie of een vorige besmetting. Bij een nieuwe variant die er heel anders uitziet, maar nog een beetje structuur gemeenschappelijk heeft met de eerdere variant, heeft men eigenlijk een engere immuniteit, omdat enkel antistoffen worden opgewekt tegen de stukjes die nog gemeenschappelijk zijn. Hoe verder de nieuwe variant verwijderd is van de Wuhanvariant, des te minder diverse verschillende antistoffen men aanmaakt.

Met natuurlijke immuniteit doet zich dat niet voor. Daarom wordt weleens gesteld dat mensen die weinig risico lopen beter eerst besmet raken. De IgA-toetsing kan heel belangrijk zijn om dat risico in te schatten. Voor wie weinig risico loopt, is eerst een natuurlijke besmetting beter, omdat men dan zeer breed beschermd is, met alle soldaten, wat met een vaccin altijd enger wordt naarmate een nieuwe variant meer verschilt van de oorspronkelijke.

Daarmee moet bij het maken van een nieuw vaccin zeker rekening worden gehouden. Men moet vertrekken van eiwitten, een ander deel van het spike-eiwit of nucleair capside-eiwitten van het virus, of nog andere, die helemaal verschillend zijn van datgene wat als uitgangsbasis voor het Wuhanvaccin werd genomen. Als dat niet gebeurt, worden nog altijd dezelfde antistoffen opgeroepen. Een nieuw vaccin maakt niet uit als er nog altijd een gemeenschappelijk deel is, omdat volgens het principe *original antigentic sin* nog altijd de oude, weinig diverse antistoffen worden opgeroepen, net zoals bij de eerste, tweede en derde vaccinatie. Daarom denk ik dat men volledig tabula rasa moet maken en beginnen met totaal verschillende eiwitten, zodat een brede immuniteit kan worden opgewekt.

De vragen over het tijdstip voor de ontwikkeling van die nasale of orale vaccins kan ik moeilijk beantwoorden. Dat moet u aan de vaccinontwikkelaars vragen en daar hoor ik niet bij. Ik ben moleculair bioloog en heb dus wel kennis over het moleculaire aspect ervan. Ik denk dat ontwikkelaars ook wel weten dat zij daarmee rekening moeten houden. Hoelang dat zal duren valt nog af te wachten, want de ontwikkeling van nasale vaccins vormt een grote uitdaging. De interferentie met mucosa is namelijk niet zo gemakkelijk. Het is gemakkelijker om systemische, intramusculaire vaccins te ontwikkelen. De mucosa is immers een zelfregulerend systeem. Er komen aspecten bij kijken van auto-immuniteit en dergelijke. Met die elementen moet bij de ontwikkeling van een nieuw vaccin rekening worden gehouden. Het is niet onmogelijk want er bestaan orale vaccins, bijvoorbeeld het vaccin tegen polio.

Er werden vragen gesteld over het 1G-, 2G- en 3G-beleid. Om zich te begeven in het sociaal leven en ervoor te zorgen dat men anderen niet besmet, is een negatieve test op dit moment de enige manier om min of meer zekerheid te hebben. De PCR-tests zijn voldoende accuraat, de huidige zelftests wat minder.

Ze zijn op dit moment de enige manier om een soort bewijs van niet-besmettelijkheid te hebben. Het CST is geen bewijs van niet-besmettelijkheid. Een test kan dat wel zijn, weliswaar met de nadelen die eraan verbonden zijn, in die zin dat ze niet 100 % sluitend zijn, maar dat is uiteindelijk geen enkele test.

Vanuit biologisch-evolutionair standpunt zou men kunnen zeggen dat wij met de vaccinatiecampagne die men het afgelopen jaar wereldwijd heeft gerealiseerd de infecties van de lagere ademhalingswegen die ernstige pathologieën hebben veroorzaakt en waarbij de systemische immuniteit wordt versterkt al hebben weggevaccineerd. Wat overblijft zijn de varianten die zich huisvesten in de hoger gelegen ademhalingswegen en de neus-, mond- en keelholte, waar de mucosale immuniteit een rol speelt. Dat bewijst ook onmiddellijk dat de huidige vaccins daar weinig doen. Dat is vanuit biologisch-evolutionair perspectief ook de reden dat deze varianten door selectiedruk overblijven en hebben kunnen prolifereren in de wereld. Dat is eigenlijk ook een zege, omdat we merken dat er heel veel besmettingen en ziekenhuisopnames zijn maar dan wel minder ernstige.

Over de hospitalisaties wil ik ook nog zeggen dat men op de correcte manier naar de cijfers moet kijken, zodat de juiste beslissingen door de politiek kunnen worden genomen.

Gisteren hoorde ik een aantal ziekenhuisdirecteurs op de radio zeggen dat er veel hospitalisaties met covid maar niet door covid zijn. Er zijn ook heel veel besmettingen met een grote uitval in de werksector en het onderwijs. Men wordt dus vaak met een andere oorzaak in het ziekenhuis opgenomen. Dat heb ik al twee keer van een aantal ziekenhuisdirecteurs op de radio gehoord. Dat is toch ook iets wat moet worden meegenomen.

Over de toekomstige vaccins heb ik al gesproken. Ik denk dat het met deze vaccins vooral belangrijk is om ernstige ziekte te voorkomen en de kwetsbare bevolking te beschermen. De vraag voor de politiek is dan of dit moet gebeuren met een verplichting dan wel of dat een individuele

beslissing moet zijn. Daarover wil ik mij niet uitspreken. Ik wil vooral verduidelijken dat we dankbaar mogen zijn dat we met deze vaccins de mensen uit de ziekenhuizen kunnen houden. Om de vaccinatiegraad te verhogen om nog meer mensen uit ziekenhuizen te houden moet men eerst naar de huidige cijfers kijken.

De toekomstige variant kennen we niet. Die kan nog milder zijn maar die kan even goed strenger zijn, dat kunnen we moeilijk voorspellen. Daar is dit debat wel relevant, maar met omikron is het dat iets minder. Voor toekomstige varianten, als men opnieuw een wereldwijde verspreiding wil voorkomen, moet men zo snel mogelijk werk maken van vaccins die de mucosale immuniteit verhogen. Dan kan men wel serieus debatteren over een vaccinverplichting. Op dit ogenblik is dat voor een vaccin dat niet steriliserend werkt minder aan de orde.

Een uitroeiing van het virus is meer mogelijk met een oraal of nasaal vaccin. Het is veel waarschijnlijker om het virus daarmee uit te roeien dan met de huidige vaccins. Als we met deze vaccins doorgaan, kan het nog jaren duren vooraleer het virus is uitgeroeid. We mogen dus blij zijn dat deze variant op dit moment minder ernstige ziekte veroorzaakt dan de vorige varianten.

Iemand van CD&V wees op het risico van besmettingen in het onderwijs, waardoor kinderen thuis zitten. De vraag was of een vaccinatieplicht daarom aangewezen is.

Ik wil nogmaals herhalen en verduidelijken dat met het huidige vaccin, ook wanneer alle kinderen en jongeren zijn gevaccineerd, het risico van besmetting niet weg zal zijn. Dat zal er altijd zijn. Ook dat kan geen reden zijn om jongeren en kinderen, die een zeer goede natuurlijke immuniteit hebben, te vaccineren. Dat wil ik toch benadrukken.

Ik heb wel gelezen wat de WHO en het EMA daarover zeggen, met name dat men bij herhaaldelijk boosten moet opletten voor de ontwikkelende immuniteit bij kinderen en jongeren. Men moet goed onderzoeken wat de risico's en de baten daarvan zijn.

Het argument om de kinderen te vaccineren omdat ze anders oma en opa besmetten is een non-argument. Dat argument kan zeker niet gebruikt worden. Voor die kinderen en jongeren moeten we net zoals bij de volwassen bevolking denken aan wat het risico is van het krijgen van ernstige ziekten. Als dat risico er is, bijvoorbeeld bij *immunocompromised* kinderen, moet men overwegen om te vaccineren. Het opstellen van een IgA-profiel, het monitoren van de mucosale immuniteit, zou dat heel eenvoudig maken. In Vlaanderen gebeurt dat door het VIB, dat aan de top van de wereld staat.

Ik pleit ervoor om te kijken naar de aanwezigheid of de deficiëntie van de IgA-antistoffen, zeker omdat die bij 1 op 400 Europeanen deficiënt zijn. Dat zou een risicofactor kunnen zijn voor het doorbreken van de mucosale immuniteit en het risico van ernstige ziekte. De huidige vaccins kunnen er zeker toe bijdragen om dat te voorkomen.

Er was nog een vraag over de doorbraakinfecties. Nadat men gevaccineerd is, is dat het eerste contact met de mucosale barrière.

Het vaccin beschermt systemisch, maar niet ter hoogte van de mucosa. Vandaar dat gevaccineerden ook nog besmet kunnen raken en een milde ziekte of "snotvalling" kunnen krijgen. Het is een doorbraakinfectie omdat de vaccins niet werken ter hoogte van de mucosa.

Al is het meer een vraag voor de juristen en de ethici, ik vind het volgende belangrijk. Als men overgaat tot vaccinatieplicht, moet men inschatten of men door te veel aandringen het vertrouwen in de vaccins niet hypothekeert. Dat is ook belangrijk voor toekomstige vaccins tegen andere ziektes. We moeten oppassen met dat pushen, zeker wanneer dat niet nodig blijkt te zijn. Ik wil ik toch verwijzen naar wat gebeurd is in de zomer met de Moderna-vaccins bij twintigers, waar ik veel vragen over krijg.

Op dit moment is testen de enige manier om besmettingen te voorkomen in het sociale leven, al dan niet gevaccineerd. Ik denk dat ook dat men moet investeren in iets betere zelftesten dan diegenen die op dit ogenblik op de markt beschikbaar zijn.

Nasale vaccins zullen niet beschikbaar zijn tegen de lente of de zomer, omdat de ontwikkeling ervan toch nog wat problemen vertoont.

Ann De Guchtenaere: Wat betreft het CST, wil ik u verwijzen naar het advies van het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek, waar we als kinderartsen achter staan. Het is absoluut noodzakelijk dat er geen enkel onderscheid wordt gemaakt tussen gevaccineerde en niet-gevaccineerde kinderen: geen CST, geen verschil in toegang tot schoolreizen, in test- en quarantainebeleid enz. vermits Covid-19 geen kinderziekte is met ernstige gevolgen voor andere kinderen, in tegenstelling tot de ziektes die momenteel zijn opgenomen in het basisvaccinatieschema dat wordt aangeboden

door ONE en Kind en Gezin. Dat is een duidelijke boodschap waarvan ik hoop dat ze ook wordt meegenomen.

Er werd gevraagd of ouders nu meer twijfels hadden rond basisvaccinatie en of deze dan ook daalden. Ondertussen heb ik tijd gehad om te overleggen met collega's van Kind en Gezin, maar dat zal ook zo zijn voor ONE. Basisvaccinatie wordt door hen heel goed bijgehouden en voorlopig zien zij geen daling in het schema. Jonge ouders hebben wel veel contact met gezondheidswerkers en we zien wel dat ze meer vragen hebben, misschien meer aarzeling, maar dat leidt niet tot meer weigering. Men stelt terechte vragen. De nood aan informatie is ook groter omdat het meer wordt besproken in familiale kring, maar dat leidt in ieder geval op dit moment niet tot een daling.

Wat betreft Europa is er momenteel nog geen enkel Europees land waar de vaccinatie verplicht is voor kinderen. Voor Italië zijn er momenteel nog te weinig gegevens rond wat de impact van de verplichte vaccinatie is geweest op het openhouden van scholen. Een van de belangrijkste directe effecten rond vaccinatie is immers dat we de scholen zouden kunnen openhouden. Ik kom daar straks nog even op terug.

Zoals mevrouw Muylle aangaf, is een van de meest directe effecten van de vaccinatie voor de kinderen dat we de scholen kunnen openhouden. Ik kom er straks op terug.

In onze ogen is het echt wel onverantwoord dat er zoveel verschillen zijn tussen de Europese landen rond de boostervaccins. In bepaalde landen worden ze wel gevraagd, terwijl er nog geen goedkeuring van de EMA is.

De vraag van mevrouw Muylle waarom die goedkeuring zo lang op zich laat wachten, sluit daarbij aan. Ik kan daar uiteraard geen antwoord op geven want ik ben daar niet zo nauw bij betrokken. Maar mij boezemt dat eerlijk gezegd geen angst in, integendeel. Het zou me veel meer angst inboezemen mocht men daar overhaast in te werk gaan.

Ik weet dat men eerst de 16- en 17-jarigen bekijkt. Ik veronderstel dat de trials nog niet volledig zijn, dat moet nu eenmaal grondig gebeuren. Als arts heb ik veel vertrouwen in het Europees Geneesmiddelenbureau. Het is belangrijk dat men meteen een juiste beslissing neemt, zodat men daar later niet op moet terugkomen.

In verband met het Moderna-vaccin is er inderdaad een voortschrijdend inzicht geweest. Als er een beter vaccin bestaat met iets minder bijwerkingen, dan is het logisch om daarvoor te kiezen. Over die bijwerkingen geef ik u straks nog enkele cijfers.

Wat is de strategie om mensen te overtuigen om zich te laten vaccineren? In de dagdagelijkse praktijk is dat informatie geven, motiveren en op zoek gaan naar de mogelijke drempels. Men moet ook luisteren, zoals de collega's zeiden, maar dat vraagt tijd en die is er niet altijd. Voor de ingewijden: daar bestaat ook geen technische prestatie voor. In Zwitserland bijvoorbeeld bestaat dat wel, daar kunnen artsen, naast het consult omtrent een bepaalde klacht, ook ruimte voorzien om de mensen meer informatie te geven. België heeft nog steeds niet voor dat model gekozen. Ik ben ervan overtuigd dat dat kan helpen om het onderwerp ter sprake te brengen, gezien de vertrouwensrelatie met de zorgverstrekker.

Dus ik ben zeker dat dit een deel van de strategie zou kunnen zijn.

Er waren veel vragen over de bijwerkingen. Ik verwijs graag naar een webinar van het UZ Gent op YouTube over vaccinaties bij kinderen en MIS-C bij kinderen. Daar zijn alle cijfers beschikbaar, maar ik zal ze u ook even doorgeven. Voor kinderen en vaccinatie moeten we twee dingen afwegen inzake directe effecten of directe bijwerkingen. De belangrijkste bijwerking is myocarditis, wat goed te genezen is. Om u cijfers te geven: voor 5 tot 11-jarige jongens is dat 4,3 op 1 miljoen dosissen, bij 12 tot 15-jarigen 45 op 1 miljoen dosissen, en bij 16-17-jarige jongens 70 op 1 miljoen dosissen. Dit is een gegeven. Een andere bijwerking, na een ernstige covidinfectie en op relatief korte termijn van 3 tot 4 weken is de MIS-C, goed voor 1 op 3.000 besmettingen. 1 op 3.000 is wel een verschil in vergelijking met 4 op 1 miljoen dosissen vaccin. Ik geef het u maar mee. Beide zijn behandelbaar. Ze moeten herkend worden, maar zijn allemaal goed behandelbaar.

Belangrijk ook wel, en dat is recente informatie, is dat door het vaccin 90 % minder MIS-C wordt vastgesteld bij kinderen en jongeren. Opnieuw vermeld ik de webinar die alle studies vermeldt.

De vraag of het wordt geregistreerd in België. Al van in het begin hebben we als pediatric taskforce en met heel veel pediaters samen contacten met New York gelegd. Alle kinderen die er worden opgenomen of waarbij MIS-C wordt vastgesteld, zitten in een registratieprotocol. Er wordt gekeken of er bepaalde immunodeficiënties zijn waarvan we nog niet wisten. Daar zijn al een heel aantal dingen aan het licht gebracht.

Wij hebben daar cijfers over. Alle universitaire centra in België werken eraan mee en registreren.

Die cijfers zijn dus bekend.

Leden hebben de vraag gesteld of alle doelgroepen voldoende bereikt zijn. Ik denk het niet. Eigenlijk weten we allemaal wel hoe we bepaalde groepen moeten bereiken. Op de momenten waarop zij met zorg in aanraking komen, moet men hen vasthouden en kan men daar een stukje verder in gaan.

Ik wil nog even uit mijn ervaring spreken. Ik hoor een collega zeggen dat die jongeren alleen maar voor vaccinatie kiezen omwille van sociale vrijheden. Ik kan toch vanuit de praktijk ook zeggen dat er heel veel jongeren zijn die daar ernstig over nadenken en die dat doen uit solidariteit met de oudere en kwetsbare mensen in de maatschappij. Dat wilde ik nog even toevoegen.

Er werden vragen gesteld over de effecten van vaccinatie op korte en lange termijn. Ik weet niet wat het effect van vaccinatie op lange termijn zal zijn. Ik weet dat ook niet van long covid. Die vraag werd een aantal keren gesteld. Ik weet dat nog niet. Ik weet het van vaccinatie niet. Mijn logisch verstand zou zeggen dat vaccinatie kortdurend is en dat het immuunsysteem getriggerd wordt. Het lijkt mij logisch dat men bij vaccinatie op lange termijn geen effecten zou hebben. We zien ook dat er bij geen vaccinatie langetermijneffecten zijn. Ik weet het nog niet, want we geven het nog niet zolang. Ondertussen zijn er bij kinderen en jongeren al 8,7 miljoen vaccins gezet, maar goed, niet op de lange termijn.

Los van long covid waar ik me veel meer zorgen over maak, ben ik zeer bezorgd over de leerachterstand en het mentaal welzijn. Ter zake zijn wel cijfers beschikbaar. Dat weegt 80 % zwaarder bij kwetsbare kinderen. De cijfers van professor Duyck zijn duidelijk evenals alle literatuur daarover. Ik hoop dat wij long covid niet zullen verwarren met de vermoeidheid, het uitvallen, het zich mentaal slecht voelen en alle bijhorende klachten. Dat is immers wat wij in de praktijk beginnen te zien. Jongeren zijn schoolmoe, omdat zij ook van de volwassenen niet echt de boodschap krijgen dat school op de eerste plaats komt en dat heel erg belangrijk vinden. Ik verwijt niemand iets. Het is voor iedereen supermoeilijk, zeker voor de scholen en het CLB. Zij moeten echter hun kerntaken, waarover ook vragen zijn gekomen, opnieuw kunnen opnemen. Zij zijn onmetelijk belangrijk daarvoor.

De vragen van de PVDA heb ik beantwoord. Het klopt dat het regime voor jongvolwassenen heel discriminerend is.

Ik ben ook blij dat veel commissieleden beamen dat wij al veel solidariteit hebben gevraagd van onze kinderen en jongeren.

Mijnheer De Caluwé, ik wil nog antwoorden op de vraag over een spreker van vanmorgen die zou hebben gesteld dat er geen wetenschappelijke informatie is dat vaccins bij kinderen zouden werken of veilig zijn. Ik heb niet goed verstaan wat vanmorgen is beweerd. Ik kan u alleen maar meegeven dat het immuunsysteem moet worden opgebouwd. De meeste kinderen hebben op vijfjarige leeftijd al heel veel infecties doorgemaakt, wanneer ze naar de crèche en naar de kleuterschool gaan. Alle jonge ouders zullen dat weten. Tegen de leeftijd van vijf of zes jaar hebben zij meestal al heel veel infecties doorgemaakt.

De vaccins bij kinderen worden ook maar toegediend vanaf de leeftijd van zes jaar. Het immuunsysteem is op dat moment al vrij goed op peil bij de meeste kinderen.

Ten slotte, over het winterplan zou ik gewoon nog willen meegeven dat het fijn zou zijn als we zouden proberen de kinderen niet meer in quarantaine te zetten en te verhinderen dat de scholen sluiten. Het recht op onderwijs komt vaak voor in de wetenschappelijke regel rond recht op een goede gezondheidszorg. Jammer genoeg zijn dat twee uiteinden in de leeftijdscategorieën. Dat heeft geleid tot polarisatie, wat niet de bedoeling is. We moeten onze samenleving samenhouden.

Om af te ronden, geef ik nog het volgende mee.

Onze mening wordt gevraagd, maar ik weet niet wat 'onze mening' is. Ik kan u binnen het geheel misschien duiden dat er mogelijkheden zijn voor een *stepped care*-plan, waarvan ik ook wel voorstander ben.

De opkomstplicht op zich is niet zo een slecht voorstel. We krijgen dan immers de mogelijkheid om nog eens met de mensen te praten en hen te informeren. De vijftigplussers is dan de tweede stap. Mocht dat nog niet baten, zouden ook alle volwassenen aan de beurt kunnen komen.

Dat is misschien een strategie, maar ik heb zeker niet de waarheid in pacht en ik ben ter zake ook geen expert. Er is mij echter om mijn persoonlijke mening gevraagd, dus heb ik geprobeerd die te verwoorden.

Ik kan u wel nog meegeven dat bepaalde ziekenhuizen bij de aanwerving van nieuw personeel kandidaten zullen vragen of ze zich willen laten vaccineren en zullen nagaan of er vaccinweigeraars bij zitten. Dan zal er soms wel rekening worden gehouden met het antwoord

wanneer het over bepaalde doelgroepen gaat, omdat er dan een gevaar is voor de patiënten.

Er moet dus geen vaccinatieverplichting komen voor jongeren en kinderen, omdat het directe effect van het vaccin bij hen niet zo groot is in tegenstelling tot alle andere vaccins, en de mortaliteit en morbiditeit lager zijn.

Het aanbieden van het vaccin kan echter zeker. Ik hoop dat vele ouders dan ook de beslissing nemen het vaccin te laten geven, aangezien die vaccinatie een zekere invloed kan hebben. Alle kleine beetjes helpen om het virus onder controle te krijgen.

Mij rest dan alleen nog u veel wijsheid te wensen.

Johan Neyts: Mijnheer de voorzitter, beste commissieleden, ik dank u voor de vele interessante vragen.

Mevrouw Depoorter, u vroeg of we te laat waren met de derde dosis. Het was eigenlijk op advies, gebaseerd op voortschrijdend inzicht, dat die derde dosis niet zo heel vroeg werd uitgerold.

Er werd gevraagd of de patiënt moet kunnen kiezen voor een bepaald type vaccin als er een soort verplichting zou komen en zelfs indien die er niet zou komen. De meeste patiënten hebben te weinig kennis van virologie, immunologie en vaccinologie om daarin een gerichte keuze te kunnen maken, in tegenstelling tot de arts.

Ik voel echter in de vele e-mails die ik ontvang en in wat mensen tegen me zeggen dat het vaak heel emotioneel is. Mensen denken dat die mRNA-vaccins het DNA aantasten en dat vrouwen daarvan onvruchtbaar worden. Wij hebben daar echt wel een taak om beter te informeren.

Mevrouw Muylle, er is inderdaad al heel veel geïnformeerd, maar ik denk dat saaie experts en virologen de mensen die twijfelen niet meer bereiken. Misschien kunnen ook de politici dat niet meer. We moeten misschien denken aan campagnes met influencers en artiesten om jongeren en andere groepen die minder gemakkelijk te bereiken zijn, zoals andere taalgemeenschappen en culturen, te bereiken. We kunnen met mooie animatiefilmpjes proberen uitleggen dat mRNA-vaccins het DNA niet aantasten. Dat is immers een constante in de vele e-mails die ik dagelijks krijg. Men vertrouwt die vaccins niet en wil daarom het Novavax-vaccin krijgen. Er moet op dat vlak nog heel wat duiding worden gebracht, maar dan niet door de saaie wetenschappers, wel door mensen die dat met wat meer schwung kunnen doen.

Wat betreft de nasale, intranasale of mucosale vaccins, het opbouwen van de eerste lijn van defensie is goed om te verhinderen dat het virus kan binnendringen. Een aantal firma's is die vaccins aan het ontwikkelen, waaronder Intravacc in Nederland, samen met de Universiteit Leiden. Zij hopen in 2023 met preliminaire data naar buiten te kunnen komen. Het zal voor hen, en ook voor andere firma's, dus nog een hele tijd duren.

Ik kan wel zeggen dat toen de Wuhanstam en de alfavariant circuleerden de vaccins een behoorlijk effect hadden op de transmissie, maar de delta- en zeker de omikronvariant zijn echt gecamoufleerde virussen. Het is dus heel moeilijk voor de systemische vaccins om mucosale immuniteit op te wekken om voldoende barrière tegen infectie op te bouwen.

Vandaar was de vraag ook hoe het zit met de producenten die bezig zijn met aanpassingen van de vaccins. Zoals u weet zijn onder andere Moderna en Pfizer daarmee bezig en hopen zij in maart klaar te zijn met hun aan omikron aangepaste vaccin. Als we dat vaccin uitrollen en er komt een nieuwe variant die gebaseerd is op omikron, zal dat goed zijn, maar mocht er een nieuwe variant uit het niets verschijnen, zoals dat het geval was met omikron, dan zal het misschien niet eens de moeite waard blijken om te zijn overgeschakeld op de op omikron gebaseerde vaccins. Maar opnieuw, we beschikken jammer genoeg niet over een glazen bol.

Mevrouw Hennuy had het over virusremmers. Ik kom daar dadelijk op terug.

Mevrouw Sneppe vroeg hoe het komt dat er zo snel een vaccin kon worden ontwikkeld tegen corona en niet tegen bijvoorbeeld HIV. Ook tegen heel wat andere virussen bestaat er nog geen vaccin. Dat is iets waarvan ik in het voorjaar van 2020 echt wakker heb gelegen, omdat het absoluut niet zeker was dat het zou lukken om een vaccin tegen corona te ontwikkelen.

Voor HIV is het duidelijk. HIV muteert en evolueert bijzonder snel, waardoor men het gewoon niet kan bijhouden met vaccins. Als men in één HIV-patiënt kijkt naar het aantal varianten, dan zijn dat er ongeveer evenveel als de mutaties die men ziet in één winterseizoen met influenza in heel Amsterdam. HIV is dus een onnoemelijk snel muterend virus, maar ook tegen bijvoorbeeld RSV en zelfs tegen herpes simplex, dat koortsblaasjes geeft, hebben we nog geen vaccin.

Dat is ook een waarschuwing voor de toekomst. Als een nieuw virus de kop opsteekt, is er geen zekerheid dat we daartegen een vaccin zullen

kunnen ontwikkelen.

Wij hebben bijvoorbeeld fantastische vaccins tegen bof en mazelen, maar RSV behoort tot dezelfde familie en daartegen hebben wij geen vaccins. Wij moeten ervoor zorgen – dat is een heel ander debat – dat wij breed werkende virusremmers hebben per familie die een epidemisch en pandemisch potentieel hebben om ons daartegen te wapenen. Zo moeten wij niet wachten op een vaccin, als het al mogelijk is om een vaccin te ontwikkelen.

Mevrouw Sneppe, het is snel gegaan omdat er ontzettend hard is gewerkt en omdat de competente autoriteiten, zoals EMA, FDA en andere, dag en nacht hebben gewerkt om de dossiers heel snel mee op te volgen. Er zijn geen stappen overgeslagen. Iedereen heeft zich gewoon de naad uit het lijf gewerkt.

Mijnheer Bacquelaine, u vroeg wat de kwaliteiten moeten zijn van de vaccins indien zij verplicht worden. Dat is een moeilijke vraag. Initieel boden de vaccins 94 à 95 % bescherming tegen infectie. Dat is heel wat. Tegen de varianten is dat nu minder. De samenvatting is dat zij niet 100 % werken en dat zij niet 100 % werken bij iedereen. De vraag is dan of men vaccins die heel goed werken, maar niet 100 % werken bij iedereen, kan verplichten.

Ik heb daar geen antwoord op.

Er werd ook gevraagd of wij van een endemische situatie opnieuw kunnen evolueren naar een pandemische situatie. Ook dat weten wij niet, maar – het is vandaag een paar keer gezegd – door de vaccinatie en door de natuurlijke infecties krijgt men een goede immuniteit op basis van de T-celimmuniteit, die beschermt tegen ernstige infecties en ziekte. Wij hopen en zijn lichtjes optimistisch dat al die immuniteit ons zal behoeden voor een pandemie vlak na deze pandemie.

Ik zeg al jaren tegen mijn studenten, die 21 à 22 jaar zijn, dat zij voor hun pensioen minstens een pandemie zullen hebben meegemaakt. Het is niet omdat wij nu de coronapandemie meemaken dat het over tien jaar niet iets anders kan zijn. Dat is ook een heel andere discussie, waarover ik met sommigen nog in discussie wil gaan.

Mevrouw Muylle, de grote vraag is wat er nu zal gebeuren. Wat moet het winterplan zijn? Wij kunnen alleen maar hopen dat omikron zowat het laatste is wat wij hebben gezien van een heel infectieus virus. Er zijn nu ook de BA.2- en de BA.3-stammen. Laat ons hopen dat het daarbij blijft en dat er niet plots ergens een nieuwe variant verschijnt. Vanochtend is blijkbaar gezegd dat de vaccinatie ervoor zorgt dat er varianten ontstaan, maar wij hebben redelijk goede inzichten die aantonen dat omikron is ontstaan in populaties die niet-gevaccineerd zijn.

De heer De Caluwé zei dat er bij mensen die een natuurlijke infectie hebben doorgemaakt ook escapevarianten kunnen ontstaan. Dat hebben wij gezien in Zuid-Afrika. Bij wie een bèta- of delta-infectie had doorgemaakt, kon omikron ook weelderig floreren. Dat is dus absoluut geen argument contra vaccinatie. Meer nog, eigenlijk zien wij dat alfa, bèta, gamma, delta en omikron allemaal zeer waarschijnlijk prevaccinatie zijn ontstaan, ofwel in populaties voordat zij werden gevaccineerd ofwel voordat het vaccin er was.

Laten wij even kijken naar de volgende winter. Hopelijk kunnen wij het tot in oktober rustig houden en blijft omikron nog wat circuleren. Dat zou ons door de winter van 2022-2023 brengen. U weet echter dat het snel kan gaan. Eind november 2021 kregen wij de eerste berichten over omikron en tegen Kerstmis was ongeveer 90 % met omikron geïnfecteerd. Als er bijvoorbeeld in november 2022 plots weer een nieuwe, lastige variant verschijnt die heel besmettelijk is en die opnieuw aan de immuniteit ontsnapt, moet men de beslissing nemen om opnieuw te boosteren. Men kan op dat ogenblik echter geen variantspecifiek vaccin klaar hebben, want er zijn x aantal maanden nodig om dat te maken en om het breed uit te rollen.

We zullen de komende maanden opvolgen hoelang de immuniteit blijft na de derde dosis en hoelang het duurt eer die afkalft. In Israël, dat ons voorgaat, zien we hoe snel het gaat. In de loop van de zomer zullen we inzichten verwerven en zien of het al dan niet nodig zal zijn om een vierde dosis te geven en in welke populatie. Als we iedereen in het Westen een vierde dosis geven, kunnen die vaccins niet worden gebruikt om de mensen in ontwikkelingslanden te vaccineren. In Afrika is nu gemiddeld 7% gevaccineerd. Dat is een ethisch erg belangrijke vraag. Als het toch een zwaar probleem zou worden, wordt het dat in een paar weken tijd. Dan moeten we klaarstaan om toch bij de meest kwetsbaren of zelfs de vijftigplussers een vierde dosis toe te dienen, afhankelijk van de ernst. Er moet wel rekening mee worden gehouden dat de vaccinatie-uitrol enige weken of zelfs maanden duurt. Op dat vlak wordt misschien ook achter het net gevist.

Ik heb het ook gehad over de virusremmers, de antivirale middelen, ook die die oraal in te nemen zijn. Hopelijk heeft Remdesivir tegen het einde van het jaar een orale versie. Er is ook Sotrovimab van GSK. De andere antilichamen, zoals van

Regeneron, verliezen hun werkzaamheid tegen omikron. Op die antilichamen kunnen we dus niet helemaal steunen. De antivirale middelen behouden wel hun activiteit tegen alle varianten. Dat is deze week ook gepubliceerd. Ook als er nog nieuwe rare varianten ontstaan, zullen die virusremmers daar werkzaam tegen zijn.

Ook moeten we zorgen dat de virusremmers ter beschikking zijn van de meest kwetsbaren. We moeten dus nog meer aankopen. Die middelen moeten heel oordeelkundig worden voorgeschreven, natuurlijk is er altijd wel de kans op het ontstaan van resistentie als dat middel onoordeelkundig wordt toegediend. Resistentie komt wel heel traag. Dat wordt bestudeerd in ons labo. In vergelijking met sommige van de aids- of hepatitis C-remmers ontstaat die resistentie traag en dat is goed nieuws. Het is moeilijk om op voorhand te zeggen wat we moeten doen. Tegen het einde van de zomer hebben we misschien meer zicht of we bij bepaalde populaties een vierde dosis moeten geven van ofwel het oorspronkelijke vaccin of het op omikron gebaseerde vaccin. Als er een nieuwe variant komt, zal het aan omikron aangepaste vaccin niet optimaal zijn. Dan blijft de vraag of er met een niet-optimaal vaccin verplicht gevaccineerd kan worden.

Er wordt hard gewerkt aan een universeel vaccin, maar dat is heel complexe materie. Wij en anderen zetten daar wel stappen in, maar we kunnen alleen maar weten of een vaccin universeel is op het moment dat er een nieuwe variant verschijnt. Dan moet het daartegen ook werken. Dat is niet te voorspellen. Als in de familieboom van de corona's, en nu specifiek van SARS-CoV-2 en het sarbecovirus, dus de grotere groep rond SARS-CoV-2, al kan worden aangetoond dat een vaccinstrategie werkt tegen al de nu al gekende varianten, is men misschien al goed op weg om een breder werkend, universeel vaccin te maken.

Door het vaccineren van kinderen, zorg je ervoor dat het immuunsysteem plat valt. Dat haalde de heer De Caluwé aan. Als je de kinderen de modder in jaagt of bij de hond, kat, schapen in de weide of dergelijke stimuleert dat ook het immuunsysteem. Er zijn natuurlijk nog veel meer pathogenen dan enkel SARS-CoV-2.

Long covid is natuurlijk een grote vraag. Ik ga volledig akkoord met mevrouw De Guchtenaere. We weten niet wat long covid doet, ook niet wat omikron doet, omdat dat nog maar twee maanden circuleert. De EMA gaat niet over een nacht ijs over de derde dosis. Zij doen altijd heel zorgvuldig werk. Ze schudden het niet uit hun mouw als ze zeggen dat drie maanden na de tweede dosis ook de derde dosis gegeven mag worden. Ze baseren zich op data. Het is dan heel jammer dat kinderen niet mee kunnen op skivakantie. Dat is niet goed voor de mentale toestand. Hopelijk komt daar toch snel groen licht van het EMA.

Mevrouw Jiroflée vroeg wanneer we moeten schakelen om te vaccineren en hoe fijnmazig dat moet gebeuren.

Dat zal ervan afhangen. Laten we hopen dat er geen nieuwe variant komt. Ik ben nog optimistisch. Maar stel dat het gebeurt - wij mogen niet naïef zijn -, dan moeten wij die schakelaar natuurlijk opzetten en ervoor zorgen dat wij klaarstaan om heel snel te handelen.

Mevrouw Fonck, u vroeg hoe wij mensen kunnen overtuigen. Ik meen dat er via de sociale media, via video's, via animatie, via kunstenaars, via zangers, dingen mogelijk moeten zijn. Zelf kan ik niet zo goed zingen.

Veel hangt natuurlijk af van het verplichtend of niet-verplichtend karakter van het vaccin en van de werkzaamheid van de vaccins tegen specifieke stammen. Wij weten dat trouwens ook snel. Op het moment dat er een nieuwe variant verschijnt, kunnen wij nu heel snel in het labo zien of de antilichamen die wij hebben, de nieuwe variant neutraliseren. Dat weten wij op een week of op twee weken tijd.

Een aantal mensen stelde ook een vraag over de werkzaamheid van vaccinatie en natuurlijke infectie. Gisteren is er een publicatie verschenen in *Science*, die duidelijk aantoont dat de combinatie van vaccinatie en natuurlijke infectie een goede protectie geeft. Men moet natuurlijk niet, zoals bepaalde ex-basketballers het virus in de neus inoculeren, want dat zou wel eens lelijk verkeerd kunnen gaan. Als men een natuurlijke infectie oploopt, als men bijvoorbeeld op café aerosolen binnenkrijgt, zal de viruslading redelijk laag zijn. Toch kan men daar heel ziek van worden. Als men een hoeveelheid virus in de neus ramt, kan het goed zijn dat, ik zeg zomaar iets, er een miljoen keer meer inoculum is dan wat men op een natuurlijke manier zou krijgen. Ik meen dat wij absoluut duidelijk moeten maken dat die werkwijze absoluut onverstandig is.

Mocht ik vergeten zijn op bepaalde vragen te antwoorden, laat het mij zeker weten.

Le **président**: Monsieur André, vous avez le reste de la soirée et la nuit - merci de ne pas abuser - pour répondre aux questions qui vous concernent.

Emmanuel André: Monsieur le président, je vais essayer de ne pas être trop long pour respecter

tout le monde, et je vais commencer par deux points.

Premièrement, je crois qu'il faut distinguer deux choses dans ce débat, à savoir d'une part, la plus-value de la vaccination telle qu'elle est disponible aujourd'hui, et dont les bénéfices sont clairs, et d'autre part, la plus-value de l'obligation. Là, il va sans dire que le débat est beaucoup plus complexe et nécessite une pondération, ce que vous faites et que je respecte énormément.

Dans cette pondération-là, il est évident pour moi que le point de vue d'un médecin peut être différent de celui d'un parlementaire. Ce point de vue-là et les conclusions liées à ce point de vue différent, le fait qu'ils puissent différer, je trouve que c'est normal.

Le deuxième élément que je voudrais mentionner, c'est que je pense qu'il est extrêmement important, dans des situations telles que celle-ci, de se baser sur l'évidence médicale (*evidence based medicine*). Au tout début de la crise, le nombre d'incertitudes était extrêmement élevé, y compris au niveau médical. Ce n'est plus le cas, en grande partie en tout cas, parce que les choses ont énormément évolué.

Aujourd'hui, il faut selon moi faire attention aux fausses pistes de solution que proposent certaines hypothèses biomédicales, et je pense qu'au même titre que ce qu'a été l'hydroxychloroquine ou l'ivermectin ou les vaccins nasaux, qui n'ont pas encore démontré leur efficacité - je ne dis pas qu'ils ne la démontreront pas -, il est important de ne pas prendre des décisions sur la base de choses qui n'ont pas encore démontré leur efficacité. La médecine basée sur des évidences revient à accepter de prendre des décisions médicales sur la base de choses qui ont été démontrées. Il s'agit là d'un point important pour moi. En espérant, évidemment, que la recherche évolue et que nous pourrons incessamment améliorer les services proposés.

Une des questions qui revient régulièrement est celle-ci: "Le vaccin actuel va-t-il rester efficace face aux variants?". Nous savons que ce virus évolue autour d'un thème. Il y a une racine commune autour de tous ces variants, qui est en quelque sorte le variant initial. On a vu dans l'arbre que je vous ai montré tout à l'heure que la généalogie, la phylogénie autour de ce variant pouvait partir dans un sens ou dans l'autre, selon le variant. Toutefois, les différents variants - alpha, delta et omicron - nous ont appris que l'efficacité vaccinale contre les formes sévères de la maladie restait excellente.

Effectivement, on se pose toujours la question - et d'un point de vue scientifique, je me suis également posé des questions, des articles ont été rédigés et les résultats de nos expérimentations ont été présentés - de savoir à quelle diminution on peut s'attendre en matière d'efficacité de nos anticorps, d'immunité liée au vaccin. Toutefois, même si ces questions doivent être posées et seront toujours posées, nous n'avons aujourd'hui pas de preuve qu'un variant tout à fait nouveau, qui diffère du thème initial, puisse provoquer un échappement complet. L'efficacité pourra toujours varier mais il ne s'agit pas d'un changement de virus, plutôt d'un changement de variant.

Je pourrais également transférer dans les notes, des références à certains articles qui montrent que, quand on compare avec le vaccin annuel de la grippe (qu'on doit adapter et administrer chaque année puisqu'on l'a adapté), on adapte parce qu'il y a un *shift* antigénique. Autrement dit, les protéines qui sont à la surface du virus de la grippe ont tellement changé que les anticorps de la fois passée ne peuvent plus bien freiner le virus.

Ce *shift* antigénique peut être mesuré en termes de pourcentage de modification, et les études qui ont été faites - il s'agit d'études antérieures à omicron qui devront donc être mises à jour - ont montré que la modification antigénique était beaucoup plus limitée entre les variants du SARS-CoV-2 que par rapport au variant de la grippe.

C'est aussi la raison pour laquelle on n'est pas encore certains qu'il sera toujours nécessaire d'adapter le vaccin. C'est un point important: ces variations antigéniques, ce n'est pas non plus passer d'un virus à l'autre. Il faut quand même recentrer le débat.

Il y a beaucoup de questions autour de l'information. Pour moi, l'information c'est donner l'occasion aux personnes d'avoir quelqu'un qui puisse répondre de façon informée, avec un vocabulaire que les gens puissent comprendre. Cela n'empêche pas que l'information soit correcte. C'est aussi, durant l'information, susciter des questions, plus que chercher à convaincre. On parlait de la démarche dans les écoles, par exemple. Il s'agissait de susciter des questions et d'apporter des éléments de réponse. Que ce soit pour moi ou pour les autres médecins ayant participé à ces séances d'information, l'objectif était de convaincre, au lieu d'obliger qui que ce soit. C'est vraiment une différence.

Cette information est importante et il faut accepter que, dans notre société, il n'y ait pas un seul groupe homogène de personnes mal informées. Il y a une multitude de groupes et de personnes qui

n'ont pas eu accès à l'information ou ont eu accès à de l'information biaisée ou même à de la désinformation systématique. Pour ces personnes ou ces groupes, il faut accepter d'avoir une approche ciblée et individualisée. Cela nécessite un effort extrêmement important, parce qu'il y a une diversification importante. Même si je crois au pouvoir des influenceurs et des chanteurs, je pense que le devoir réside surtout dans notre système médical et dans notre système de santé. Il faut apporter à ces personnes ce droit à l'information, en tenant compte aussi que beaucoup de ces personnes qui n'ont pas eu accès à l'information, et ont eu accès uniquement à de la désinformation parfois, sont souvent dans des situations de problèmes multiples. Ce sont parfois des personnes qui ont des problèmes médicaux qui ont empiré parce qu'elles n'ont pas eu accès aux services médicaux ou à l'information par rapport à d'autres pathologies. Ce sont parfois des personnes qui ont beaucoup de problèmes sociaux ou simplement des problèmes de langue et d'accès à l'information, du point de vue du vocabulaire.

Je reste convaincu qu'il faut renforcer l'accès à l'information et surtout l'accès à la première ligne de soins. Il faut aussi se rendre compte que la façon dont on a organisé la première ligne et la médecine en Belgique, c'est sous la forme d'une médecine à l'acte. Les médecins sont souvent rémunérés en fonction d'actes qu'ils posent. La question est celle-ci: notre système qui fonctionne de cette façon-là - et je ne vais pas juger si c'est bien ou pas -– valorise-t-il suffisamment le temps tel qu'il est décrit ici entre autres par ma collègue pédiatre et par bien d'autres médecins généralistes? Le temps que les médecins doivent dédier à ces personnes qui viennent avec énormément de questions, il faut pouvoir y répondre. Valorise-t-on suffisamment cet acte-là, celui de répondre aux questions?

Je vais rebondir sur la question portant sur la comparaison. La comparaison entre la Belgique et la Bulgarie, par exemple, est-elle justifiée et justifiable? On sait bien que la Bulgarie n'a pas le même système de santé et que la qualité d'un système de santé peut être mesurée par beaucoup d'aspects. Mais un de ces aspects que l'on peut mesurer, c'est par exemple l'accès à la vaccination. Un système de santé fragile est un système de santé qui n'arrive pas à engager sa population dans une logique de prévention du risque. Et là, clairement, sans juger des aspects hospitaliers, de la qualité des hôpitaux, etc., car je n'ai pas assez d'informations à ce sujet, en termes d'accès à l'information, on voit qu'il y a eu un problème. Dans certains pays où certaines poches de population n'ont pas eu accès à la vaccination, une grande partie du problème est clairement l'accès aux soins de santé dans une logique de prévention. Je crois qu'il est important de le noter.

Une des questions qui m'a fort interpellé est celle-ci: faut-il, en ce qui concerne les personnes non vaccinées, limiter l'accès aux soins et imposer des sanctions? Ma réponse est non. Pourquoi? La logique dans laquelle je m'inscris est de protéger ces personnes. Quand je demande à ces personnes de se faire vacciner, c'est parce qu'il existe une certaine vulnérabilité chez ces personnes et qu'elles sont à risque. Le but est d'améliorer leur pronostic de santé.

Dire d'un côté qu'on voudrait les obliger à se faire vacciner pour leur santé mais que, de l'autre, on ne les soignera pas si elles sont malades, cela n'a aucun sens. Et même d'un point de vue éthique, en ce qui concerne la pratique médicale, je crois qu'aucun médecin n'accepterait de refuser l'accès aux soins, sauf dans des cas d'extrême urgence ou les choses sont toujours discutées au cas par cas. Non! Pas de règle qui limiterait l'accès aux soins d'une partie de la population. Cela me semble justement à contresens de la logique qui voudrait donner accès aux soins à toutes ces personnes.

J'en viens à la question de la sanction. Pourquoi imposer une sanction obligatoirement? Je comprends les aspects légaux que vous abordez mais je ne suis pas un expert de cela. Ce que l'on veut, c'est créer ou obliger à créer un contact avec le monde médical et accueillir ces personnes qui viennent avec un capital de doute, de la meilleure manière pour recréer de la confiance et du lien. La sanction va-t-elle soutenir cette logique-là alors que, justement, le but est de recréer de la cohésion entre le patient et son médecin?

Il y a eu également des questions visant à savoir s'il fallait obliger en fonction du type de vaccin. Ou alors, on entend que des études cliniques sont en cours par rapport au vaccin pour un variant. Ils seront probablement dépassés le jour où les résultats sortiront, car ce sera déjà un autre variant. On entend parler d'études cliniques sur de nouveaux vaccins etc. Je crois que l'obligation vaccinale se fera sur la base des vaccins actuels. Ce débat-là doit avoir lieu sur l'*evidence* actuelle. Mais parallèlement et indépendamment de l'obligation vaccinale éventuelle, il y a l'obligation de l'État – le Conseil supérieur de la Santé et d'autres institutions - de mettre à disposition de la population le ou les meilleurs vaccins et le ou les meilleurs schémas vaccinaux en fonction du profil de chaque personne: âge, comorbidités, effets secondaires et contre-indications éventuelles, ainsi que de l'évolution du virus et des variants. Il faut s'assurer que cela reste les meilleurs vaccins. Et il faut tenir compte évidemment de l'évolution des

vaccins.

Je pense que ce débat doit se faire sur la base de données dont nous disposons aujourd'hui et pas trop sur la base de données qui vont, par définition, évoluer.

Il y a une question d'un point de vue épidémiologique que je trouvais aussi très intéressante. On parle d'un passage d'une phase pandémique, avec des grandes variations - la définition de la pandémie, c'est aussi un grand impact sur notre santé, mais aussi sur l'organisation de notre société - vers un état endémique, qui est un état plus stable. Cela ne veut pas dire moins de malades et moins de morts, cela veut dire plus prévisible. Pourrait-on assister à l'émergence d'une nouvelle pandémie?

D'autres virus et d'autres bactéries sont derrière la porte, ça c'est sûr, et peuvent aussi provoquer des pandémies. Mais dans ce cadre-ci, je crois que ce qui est probable, voire même certain, c'est que dans la phase post-pandémique, il y a aura des épidémies qui seront limitées dans le temps et dans l'espace.

Elles vont frapper de façon surtout très importante les populations, les patients qui sont ou non ou partiellement vaccinés. On peut très bien imaginer que si on déclare la phase endémique ou que sais-je, il y aura encore des épidémies qui surgiront parce qu'il y aura toujours des poches dans la population qui seront plus vulnérables, en fonction notamment du fait que les personnes ne sont pas vaccinées.

Il y a eu des questions "boule de cristal" sur l'évolution prévisible de la sévérité intrinsèque du virus. Ce virus va-t-il devenir de moins en moins ou de plus en plus sévère? Comme j'ai essayé de le montrer tout à l'heure, ce virus, parfois il devient plus sévère, parfois un peu moins. Cela dépend un peu du variant.

On m'a posé cette question: existe-t-il d'autres agents pathogènes, d'autres virus qui ont montré que cela n'allait pas toujours dans le sens de moins de sévérité? C'est vrai que j'entends cela dans le discours ambiant. Je vais prendre un exemple dont on vient de parler: les bronchiolites à RSV.

Le RSV, c'est un virus qui circule chaque année. Ce n'est pas comme si le RSV était de moins en moins pathogène d'année en année. Sinon, on n'en parlerait plus. Ce RSV provoque un certain nombre de pathologies sévères chez les jeunes enfants chaque année. Le RSV ne devient pas spécifiquement moins pathogène d'année en année, même s'il peut y avoir des variations. Ces variations peuvent aller dans un sens ou dans l'autre.

Je prends un autre exemple marquant: Ebola. On sait que ce sont des épidémies qui se produisent surtout en Afrique centrale et en Afrique de l'Ouest, de manière souvent très sévère. On n'a pas vu, à travers les décennies, moins de personnes qui mouraient, pas spécifiquement. Cela peut changer en fonction de la souche émergente même si, ici, le contexte d'Ebola est un peu différent…Voilà, je pourrai compléter si nécessaire.

Par apport à la virulence intrinsèque du virus, il y a aussi ce que j'ai voulu montrer, toujours en parallèle, à savoir la sévérité et l'impact réels, en situation réelle. Là, on voit qu'au travers de l'augmentation de notre immunité collective, cette sévérité, peu importe le variant plus ou moins sévère, devient de plus en plus prédictible.

Quelque part, par rapport à la construction de cette immunité, il n'y a pas de marche arrière. Pour les personnes qui ont développé une immunité en ayant été vaccinées, en ayant été infectées, etc., cela reste quand même un capital. Même si on sait qu'il y a ce qu'on appelle le *waning immunity*, c'est-à-dire qu'il y a un peu une perte, avec le temps, de l'efficacité de cette immunité. Un capital demeure et cette *waning immunity* ne tombe jamais à zéro.

Je pense que, même si on se retrouve avec des variants qui seront, admettons, aussi virulents que delta l'hiver prochain - c'est possible -, vu le paquet immunitaire développé dans notre société, on ne va pas non plus rentrer dans des scénarios catastrophiques. Si c'est catastrophique, on le saura bien à temps. Mais ce n'est pas le scénario qui me semble le plus probable.

Il y a eu une autre question par rapport à la vaccination: la vaccination permet-elle de sélectionner les variants? Le virus émerge et se multiplie tellement qu'une nébuleuse de virus se produit à chaque génération de virus. Et c'est toujours le meilleur, le plus adapté, qui va passer la génération suivante de façon privilégiée.

C'est de cette manière que les variants sont sélectionnés. Il est vrai qu'ils le sont en partie sur leur capacité à échapper partiellement à notre système immunitaire.

Ce système immunitaire se développe quand on vaccine et il est aussi stimulé en cas d'infection. De façon un peu imagée, l'idée est de se dire que, quand tous ces virus sont présents et que le mur n'est pas assez haut, il y en a toujours l'un ou l'autre qui va réussir à sauter au-dessus du mur. C'est ce qu'on appelle la sélection naturelle. Si le

mur est beaucoup trop haut, certains ne seront pas sélectionnés.

C'est un peu le principe d'avoir une immunité très forte, stimulée - dans l'exemple que je montrais tout à l'heure - par la vaccination et des expositions répétées au virus par la suite, ce qui met les gens dans une situation relativement confortable en termes de risque médical. Il est certain que cette immunité, quand elle est suffisante, va normalement éviter l'apparition de variants.

Ce qu'on a observé en situation réelle, c'est que ces variants (*variants of concern)* ont émergé dans des pays où, d'abord, il y avait très peu de vaccination, et, ensuite, où le virus circulait énormément - deux fois en Afrique du Sud, on parle de l'Inde, on parle du Brésil, etc. Ils ont émergé à des moments où il n'y avait pas ou peu de vaccins.

De plus, une des hypothèses les plus crédibles à ce jour pour l'émergence d'omicron, par exemple, c'est que ce variant a émergé dans une population faiblement vaccinée et fortement immunodéprimée à cause notamment de l'endémicité du virus et de l'immunodéficience humaine (le VIH-SIDA).

Les personnes immunodéprimées ont des infections prolongées, ce qui augmente, pour un même patient, la sélection de variants. Quand toute une communauté est immunodéprimée et qu'un variant commence, petit à petit, à s'améliorer, il devient de plus en plus performant.

Pour sélectionner un variant comme celui-ci, il faut un contexte où, d'abord, il n'y a pas assez de vaccins; ensuite, les gens immunodéprimés (par exemple par le VIH), n'ont pas accès à leurs médicaments; enfin, il n'y a pas de surveillance génomique suffisante parce que ces sociétés-là sont dans des complexités énormes. En effet, il n'y a pas que l'accès aux soins mais également la surveillance des maladies qui est souvent compliquée.

Je réponds que, oui, il existe une sélection des variants de par l'immunité. Mais on a surtout observé l'immunité naturelle dans des situations de circulation incontrôlée du virus et de sous-vaccination, ce qui a joué un rôle dans la sélection des variants précédents.

Quant à savoir s'il faut vacciner des groupes-cibles ou non ciblés – et j'exclus de ce dernier groupe les petits enfants de moins de cinq ans, qui n'ont pas été abordés dans le débat –, il s'agit, dans le premier cas, d'essayer de maximiser l'impact tout en minimisant le nombre de personnes concernées par la mesure. On sait que l'effet vaccinal ne sera jamais atteint, mais qu'on va pouvoir atteindre un impact important en minimisant le nombre de personnes visées. Si l'exercice consiste à vacciner toutes les personnes de plus de cinquante ans, on peut imaginer que cela pourra réduire d'autant de pourcents l'occupation des soins intensifs si jamais une vague avec un variant relativement sévère apparaît. C'est évidemment un peu moins le cas avec omicron. On peut reproduire l'exercice avec les plus de dix-huit ans. On se rend compte que plus on étend ce groupe – et moins on prend de gens à très haut risque –, plus l'impact sera grand.

Sur quelle base peut-on cibler le public? L'âge est une donnée publique qui permet de déjà donner un niveau de risque. J'ai entendu qu'on parlait d'une base régionale. La Région bruxelloise, flamande ou wallonne peut-elle faire la différence? D'expérience, chaque fois qu'il fallait prendre des mesures, cela ne servait à rien de le faire en fonction de distances géographiques. Il faut se rappeler que les interconnexions entre les Régions restent très élevées, tandis que les distances sont très faibles, en tout cas lorsque l'on regarde les choses avec un peu plus de distance.

On peut aussi parler de l'évaluation médicale. Des comorbidités sont-elles présentes? Y a-t-il des contre-indications? Une immunité a-t-elle été acquise? Est-ce mesurable par une prise de sang? Les personnes concernées ont-elles une exposition accrue au risque, par exemple, de par leur profession?

Cette évaluation peut être menée. À part l'âge, c'est par le médecin généraliste qu'elle le serait le mieux. Ce pourrait aussi être quelqu'un qui remplirait ce rôle dans un centre de vaccination ou d'évaluation individuelle du risque.

Maintenant, prenons les avantages et inconvénients d'une approche non ciblée. Nous partons du principe que tout le monde aura un jour cinquante ans, qu'on le veuille ou non – sauf problème. Dès lors, tout le monde va évoluer vers une situation où il sera plus à risque. Tout le monde sera exposé. On va vers une haute circulation du virus. Avec omicron, chacun sent bien qu'autour de soi, le virus est très proche, soit parce qu'on a déjà été infecté soit parce qu'on se dit que c'est pour bientôt. Si nous suivons la logique d'un arrêt des mesures visant à réduire les contacts sociaux – et c'est souhaitable pour une grande majorité, moi y compris! –, cela impliquera une très grande circulation du virus.

Il faut aussi se baser sur le rapport bénéfice-risque pour chaque tranche d'âge. Énormément de documents scientifiques et de suivis de ces questions qui sont examinées en continu montrent

que les bénéfices sont plus élevés que les risques pour toutes les tranches d'âge qui ont été évaluées. Je vous renvoie aux documents techniques.

Une méthode non ciblée n'implique aucune discrimination. Il n'est ainsi pas question de demander au patient une liste des comorbidités, information qui circulerait alors auprès de son assureur – ce qui pourrait entraîner des conséquences sur la conclusion de futurs contrats d'assurance de l'intéressé. Si tout le monde est mis dans le même groupe, il n'y aura donc pas de discrimination. On retrouve ici une certaine notion d'équité. Cependant, comme vous savez, je ne suis pas un spécialiste de l'éthique et du droit.

Faudra-t-il des boosters répétés? Comme je l'ai dit, il faut essayer de les répéter le moins possible, mais surtout les administrer aux personnes qui en ont besoin et au bon moment. C'est extrêmement difficile, puisque la situation évolue de saison en saison et de variant en variant. Cela implique que ces boosters ne nous désengagent pas du processus de surveillance et de monitoring de l'évolution du virus ainsi que des connaissances. Toutefois, je considère qu'il s'agit du scénario le plus probable pour les personnes à l'immunité très faible. D'une certaine façon, pour plusieurs d'entre elles, si l'on essaie de rebooster l'immunité de façon répétée – et certainement avant une période hivernale –, la logique serait qu'un grand bénéfice en serait retiré pour ces personnes.

Je ne dis pas qu'il y aurait un bénéfice dans tous les cas, cela doit être monitoré, mais je pense que c'est important d'anticiper ce scénario-là.

Quel va-t-être l'impact? Admettons que toutes les personnes non vaccinées adultes soient vaccinées, est-ce qu'il y aura un grand impact pour elles? On sait qu'il y a un impact en termes de mortalité et d'hospitalisations. C'est extrêmement clair. Pour ces personnes, oui. Est-ce que la société arrivera ou n'arrivera pas à faire avec? On a vu au travers de la dernière vague delta et à travers cette vague omicron que, *a priori*, on commence à savoir gérer en termes d'occupation hospitalière cette proportion de personnes non vaccinées, même si elles sont à plus haut risque et qu'elles atterrissent de façon beaucoup plus fréquente à l'hôpital. En termes de nombre, comme cette population représente un nombre très limité, et cela dépend ici certainement des Régions – à Bruxelles il y a un réel problème –, il faut voir si ces personnes ont déjà été exposées au virus. Cela ne veut pas dire que leur immunité est nulle. Il faut aussi pouvoir le mesurer.

L'impact pour la société, si on a des variants qui ne dépassent pas fortement la pathogénicité et la sévérité de delta, *a priori* on n'est pas dans un scénario où les choses vont moins bien se passer. Même s'il faut pouvoir prévenir certaines co-épidémies par exemple.

On a parlé du CST et c'est vrai que je me suis souvent exprimé de façon dubitative par rapport à la logique du Covid Safe Ticket qui veut qu'on puisse mélanger dans des endroits à haut risque de transmission des personnes vaccinées – dont on sait qu'elles peuvent transmettre le virus et qu'on ne teste pas – avec des personnes non vaccinées, donc vulnérables à des formes sévères qui, elles, sont testées négatives. Le CST, dans certaines circonstances, est un catalyseur d'infection de personnes non vaccinées. Pour moi, c'est un réel problème. Certaines solutions avaient été proposées mais j'émets toujours des doutes par rapport à cette stratégie.

La stratégie que vous appelez 1G consiste à donner un certificat vaccinal. Je vois deux choses. D'abord, avoir un certificat de vaccination, c'est toujours OK. N'importe quel vaccin que j'ai eu ou que n'importe qui a eu en Belgique est associé avec le fait qu'on reçoit un certificat pour pouvoir donner une traçabilité du vaccin qu'on a reçu. C'est nécessaire, c'est utile.

Est-ce que ce certificat de vaccination qui, quelque part, est quelque chose de l'ordre du privé, doit être public et donner accès à certaines choses?

C'est là où le débat est extrêmement difficile. En tant que société – et à ce propos je m'exprime en tant que citoyen et non en tant qu'expert –, je trouve compliqué, sauf situation d'urgence nécessitant vraiment de telles mesures, de limiter l'accès à certains endroits sur la base d'un certificat de vaccination. Je préférerais avoir un endroit auquel tout le monde a la garantie de pouvoir accéder sans mettre sa santé en danger. Cette stratégie 1G, même si on l'appliquait à certains moments bien précis dans le temps et dans l'espace aux personnes non vaccinées, sera toujours exposée à la critique parce qu'elle sera toujours critiquable. Quelque part, ce sont donc des mesures qu'on se met en poche. On sait que si on les sort, elles seront toujours critiquables et critiquées et qu'elles créeront toujours ce débat de société. Ici je prends une position théorique, il ne s'agit pas d'un avis spécifiquement personnel mais l'obligation vaccinale, c'est obliger une fois et après on n'en parle plus, tandis que le 1G, c'est ressortir à chaque fois un potentiel conflit social.

Concernant le rôle des traitements, il faut être très transparent et clair. Il y a de nouveaux traitements antiviraux qui semblent, sur la base d'évidences et d'études cliniques, montrer une efficacité très

importante. Ils peuvent offrir une solution ou une alternative complémentaire à la vaccination pour des personnes immunodéprimées et à risque de forme sévère et aussi à des personnes non vaccinées – mais c'est un point de vue théorique. Pourquoi n'est-ce que théorique? Pourquoi des personnes non vaccinées pourraient-elles partir du principe qu'elles auraient accès à des médicaments antiviraux? Premièrement, ces traitements ne seront pas rapidement accessibles en quantité suffisante pour cette énorme masse de personnes non vaccinées. Deuxièmement, ces médicaments antiviraux sont utilisés de façon non ciblée et massive et quand ils sont utilisés en monothérapie, l'expérience nous montre, que ce soit pour les antibiotiques ou les antiviraux, que le développement de résistance se fait de façon quasiment automatique après quelques mois ou quelques années – peu importe – d'utilisation. Plus on va élargir les indications pour l'usage de ces antiviraux, plus on s'exposera au risque que ces antiviraux deviennent moins (ou plus du tout) efficaces pour les personnes qui en auront vraiment besoin.

Il faut donc aborder ces antiviraux avec une certaine logique. Il faut évidemment les utiliser quand c'est nécessaire, mais il faut éviter une surutilisation en ne les prescrivant pas quand cela ne l'est pas. En effet, si tel était le cas, cela reviendrait à se couper l'herbe sous le pied en termes d'efficacité dans le futur.

J'entends bien les distinctions qui sont faites et la confusion qui existe entre les hospitalisations pour ou avec covid. Je me réfère au rapport de surveillance génomique qui est publié chaque semaine. Le dernier a été publié hier soir. Il est disponible pour tous sur le site de l'UZ Leuven.

Pour trancher le débat, sachez qu'à l'hôpital, on essaie de déterminer, chaque semaine, le nombre de patients en fonction de la sévérité de leur maladie. Il est vrai que certaines personnes arrivent avec une appendicite et sont diagnostiquées positives au covid. J'ai l'impression qu'on ne parle plus que de ces personnes. Pour tenter de clarifier le débat, pour chaque patient testé positif, on évalue la sévérité du covid. Il est vrai qu'un grand nombre de personnes hospitalisées pour d'autres raisons et qui sont diagnostiquées positives au covid n'ont pas de symptôme ou n'ont que de faibles symptômes. Ces personnes sont représentatives, en quelque sorte, de la circulation dans la population. Mais des personnes atteintes du variant omicron se retrouvent aux soins intensifs. Je pense notamment à un enfant qui a cette forme inflammatoire grave dont on parlera tout à l'heure. Ces choses-là existent aussi. Il importe donc d'aller chercher l'information là où elle est disponible pour tenter de mettre fin à la confusion systématique dans ce domaine.

Pour ce qui concerne l'impact sur la transmission, comme cela a été démontré, la vaccination a effectivement un impact sur la transmission mais il est limité. Cela veut dire que la vaccination qui existe aujourd'hui ne bloque pas la transmission, elle diminue celle-ci. C'est très bien. C'est utile. Mais cela n'est pas suffisant pour arrêter la circulation. Donc, même avec une population fortement vaccinée – on l'a vu, par exemple, en Flandre avec le variant delta –, le virus circule énormément. C'est ce à quoi il faut se préparer. Ce vaccin bloque partiellement la transmission, mais pas assez pour se prémunir des effets de vague. C'est un fait. Ce serait bien, si tel n'était pas le cas. Mais c'est le cas.

Au regard de cette observation, les personnes non immunisées, à savoir celles qui n'ont été ni exposées au virus ni vaccinées, seront, un jour, exposées à ce virus.

On le sait, puisqu'on va laisser circuler ce virus et parce que même la vaccination n'a pas empêché le virus de circuler. À ces personnes qui ont réussi à se prémunir d'une infection et qui ont refusé le vaccin pour l'une ou l'autre raison aujourd'hui, on peut leur dire que leur chance est quasi de 100 % d'être exposées au virus dans les semaines, les mois ou les années qui viennent. La question est de savoir comment leur apporter le meilleur service. Et, à ce niveau-là, la vaccination reste toujours l'approche la plus efficace.

Je dirai un petit mot sur le suivi ou le rapportage des effets secondaires. N'étant pas spécialiste non plus, je vous invite donc à écouter des personnes dont c'est la spécialisation. Voici quelques jours, j'ai été regardé le dernier *update* relatif aux effets secondaires sur le site de l'EMA, le nombre d'effets secondaires et de décès rapportés.

Il faut savoir que cette base de données est très permissive, c'est-à-dire que les médecins peuvent rapporter des effets secondaires qui sont "possiblement liés". Par exemple, une maladie qui a lieu et qui se développe quelques jours ou semaines après l'administration du vaccin peut être rapportée. Un décès qui a lieu quelques jours ou quelques semaines après l'administration du vaccin peut être rapporté, même si le lien n'est pas fait. Il ne faut pas oublier que les gens, même avec un vaccin, ont le droit de mourir. Ils peuvent mourir avant le vaccin. Ils peuvent mourir après le vaccin. Ils peuvent même mourir sans vaccin. Comme je vous l'ai dit, ces chiffres sont très permissifs dans la définition, c'est-à-dire qu'on est sûr qu'on

englobe probablement plus que la situation réelle. C'est une approche très *safe*.

Le nombre d'effets secondaires et de décès est quelque chose de quantifiable et, quand on met ces chiffres-là en rapport avec le risque d'effets secondaires de la maladie et avec le risque de décès lié à la maladie, il n'y a aucun doute que la balance bénéfice-risque reste en faveur de la vaccination. Cela ne veut pas dire qu'il n'y a pas de décès. Cela ne veut pas dire qu'il n'y a pas d'effets secondaires. Cela veut dire que ces effets secondaires sont bien notifiés et qu'ils sont quantifiables. On peut les mettre en balance par rapport au bénéfice attendu. Là-dessus, il y a de l'information transparente qui existe, et je vous réfère à celle-là.

Je vais clôturer avec la question autour de la nécessité de rendre le vaccin accessible non seulement pour les personnes non vaccinées en Belgique, mais aussi à travers le monde.

On sait que les raisons du non-accès aujourd'hui en Belgique sont différentes des raisons du non-accès dans des pays à faibles ressources. Augmenter cet accès-là, c'est important. Il y a des freins qui restent aujourd'hui. On ne va pas relancer le débat, mais il y a aujourd'hui une grande partie de la planète qui n'a pas accès à ces vaccins, alors qu'ils sont tout autant nécessaires que chez nous.

Là où je ne rejoins pas tout à fait l'avis c'est que, sous-entendu, il faudrait choisir entre vacciner quelques centaines de milliers de Belges en plus ou donner accès à quelques milliards de personnes en plus. Ce n'est pas "ou, ou". Il y a un problème d'accès à l'information d'un côté et un problème d'accès aux vaccins de l'autre, mais il ne faut pas présenter cela comme étant un choix: vacciner chez nous ou vacciner là-bas. Il faut vacciner toutes les personnes chez qui le vaccin peut être une solution considérée comme utile, efficace, qui leur garantit de poursuivre leur vie en bonne santé.

Voilà. Je vais m'arrêter ici.

Le **président**: Merci, monsieur André. Merci aussi aux autres invités aujourd'hui, pour cette première des quatre journées que nous avons prévues à ce stade.

Comme il est 19 h, je pense que nous allons nous en tenir à cela pour aujourd'hui. Nous pourrions effectivement encore continuer toute la soirée, mais c'est une heure raisonnable, je pense. Nous allons vous libérer. Un grand merci d'avoir été présents jusqu'à cette heure. Je pense que cela a été fort utile pour nous tous, comme introduction à ce vaste débat qui n'est pas encore clos.

La réunion publique de commission est levée à 19 h 03.
De openbare commissievergadering wordt gesloten om 19.03 uur.

CRIV 55 **K 807** 31/01/2022

COMMISSION DE LA SANTE ET DE L'ÉGALITE DES CHANCES

du

LUNDI 31 JANVIER 2022

Matin

_____

COMMISSIE VOOR GEZONDHEID EN GELIJKE KANSEN

van

MAANDAG 31 JANUARI 2022

Voormiddag

_____

La réunion publique de commission est ouverte à 10 h 04 et présidée par M. Thierry Warmoes.
De openbare commissievergadering wordt geopend om 10.04 uur en voorgezeten door de heer Thierry Warmoes.

La vaccination obligatoire. Audition de:
- M. Geert Molenberghs (Uhasselt, KU Leuven);
- M. Marius Gilbert (ULB);
- M. Mathias Dewatripont (ULB).
De vaccinatieplicht. Hoorzitting met:
- de heer Geert Molenberghs (Uhasselt, KU Leuven);
- de heer Marius Gilbert (ULB);
- de heer Mathias Dewatripont (ULB).

Geert Molenberghs: Mijn naam is Geert Molenberghs, van de Universiteit Hasselt en de KULeuven, waar ik directeur ben van het centrum Interuniversity Institute for Biostatistics and statistical Bioinformatics (I-BioStat). Wat betreft mijn belangen, naast onderwijs en onderzoek, doen we ook aan wetenschappelijke dienstverlening en samenwerking met de biofarmaceutische industrie en andere, de academische wereld, overheden enzovoort. Ik ben in het kader van corona lid geweest van Celeval in de zomer van 2020. Ik ben ook lid van de GEMS (Management Strategy Expert Group) sinds de oprichting ervan en sinds de zomer van 2020 ben ik ook lid van de Risk Assessment Group. Daarnaast ben ik ook lid van de Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België. Ik sluit regelmatig aan bij sectoroverleg rond COVID-19, vooral in de sectoren onderwijs, hoger onderwijs en de reis- en toerismesector.

Ik begin graag met de typische karakteristieken die we dagelijks opvolgen. Wat u hier ziet is de Europese Unie, aangevuld met een aantal andere landen. We beginnen met incidentie – het aantal gevallen per 100.000 inwoners over 14 dagen. Het rood is de huidige periode. De blauwe achtergrond is de piek van de deltagolf eind november in ons land. Wat betreft het aantal gevallen per dag, scoort ons land bij de hogere: in de Europese Unie staat Denemarken helemaal boven en enkel Israël scoort nog hoger. Dit is onze curve wat betreft het aantal gevallen – of incidentie zo u wilt – doorheen de hele pandemie, met uiteraard zeer duidelijk de grote tweede golf, meer recent de deltagolf en dan nu het zeer hoge aantal gevallen van de omikrongolf, dat de laatste dagen een heel lichte tendens tot daling aantoont.

De positiviteit – het aantal positieve testen op de uitgevoerde testen – is natuurlijk ook van belang. Die ligt hoger dan ooit bij ons en elders. Hier zitten we ook in de hogere regionen met bijna 50 %. Slechts enkele landen gaan ons daar voor. Denemarken heeft dat getal iets meer onder controle en komt daar onder de 20 % uit.

Wat betreft hospitalisaties zitten we in deze lijsten in de middenmoot. Niet elk land heeft hospitalisatiegegevens beschikbaar. We zitten in de buurt van landen zoals Denemarken of het Verenigd Koninkrijk, al ligt het aantal in Denemarken hoger. De Verenigde Staten scoren zeer hoog, wat te maken heeft met een lagere vaccinatiegraad, maar ook met een ander profiel van onderliggende aandoeningen.

Bij het bekijken van de curve van de hospitalisaties, zien we dat de aantallen heel hoog zijn komen te staan in 2020, met ook belangrijke pieken in 2021. Er zijn vandaag meer hospitalisaties dan in de meer recente deltagolf.

Op intensieve zorgen ligt het anders. Op heel veel plaatsen zien we een lagere bezetting dan in de recente deltagolf. Daar scoren we ook nog steeds aan de hogere kant, maar met lagere cijfers dan wat ons land in het verleden heeft gekend. Landen zoals Portugal, Frankrijk en Spanje tonen nu meer opnames op intensieve zorgen dan in de deltagolf.

Het is misschien goed aan te geven hoeveel mensen van besmettingen naar hospitalisaties doorstromen. We zien hier de verhouding tussen hospitalisaties en besmettingen vanaf oktober 2020. In de eerste periode zaten we rond de 12 % – iets boven de 10 %. Dat cijfer is gedurende de eerste helft van 2021 gezakt. Dankzij de vaccinatie en ondanks de alphavariant, is het verder gedaald bij de voortschrijdende vaccinatiecampagne in het najaar van het voorbije jaar. De cijfers zijn nu gelukkig aan het zakken in de omikronperiode.

Ook relevant is het verband tussen hospitalisaties en opnames op intensieve zorgen. Ruwweg lag het cijfer tussen 20 en 30 % in de eerste periode. Dat was ook het geval vorig jaar, behalve in het laatste trimester, tegen de achtergrond van een goede vaccinatiecampagne – het begin van de boostercampagne – waar dit cijfer onder de 20 % is gezakt. Vandaag neigt het eerder naar de 10 % en dat heeft te maken met de boostervaccinatie en het minder ziekmakende karakter van omikron.

Wat betreft mortaliteit zitten we aan de iets lagere kant. Het cijfer 25 is, ter referentie, het typische aantal overlijdens per dag per miljoen inwoners in een land als het onze, in normale tijden. U ziet dat een aantal landen met lage vaccinatiegraden zoals bijvoorbeeld Bulgarije, Montenegro en Kroatië toch een behoorlijke mortaliteit hebben. Bij ons zit die wat lager. In een land als Denemarken ligt de mortaliteit per miljoen inwoners hoger dan bij ons, we hebben dat cijfer gestandaardiseerd.

De stringency – in het kort – is een samenvattende maat met alle nadelen van dien. Daar scoort België momenteel in het midden, al gaat dat de komende dagen wat verschuiven ten gevolge van beslissingen in sommige landen.

Wat betreft de volledige basisvaccinatie, doet ons land het goed. Een aantal landen zoals Portugal, Spanje, Denemarken, Ierland gaan ons nog voor. Wat de booster betreft, staan we in deze lijst op de tweede plaats, achter Denemarken op kop. Hier doen een aantal landen, voornamelijk in het oosten van Europa, het minder goed, evenals de Verenigde Staten.

De vaccinatie toont, zoals we weten, regionale verschillen, met de hoogste graad – zowel voor basis- als boostervaccinatie – in Vlaanderen, de laagste in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, en Wallonië en de Duitstalige Gemeenschap tussen beide. Dat blijft een aandachtspunt.

In de Verenigde Staten, bijvoorbeeld in de staat New York, ligt de ziekenhuisbezetting in de recente omikronpiek – die daar nu voorbij is – min of meer even hoog als in de eerste golf, die in New York zeer zwaar was. In de tussentijd was dit cijfer niet meer behaald. Ook qua mortaliteit zien we, op referentiemoment eind december dat bij hen tussen de twee golven in ligt, dat er vandaag, in de naweeën van de omikrongolf, zeven keer meer doden per dag vallen, al worden de hoge cijfers van het begin van de pandemie niet meer behaald. In andere staten is het verhaal gelijkaardig. Tot daar wat dat betreft.

Hoe kunnen we besmettingen, ziekenhuis-opnames en mortaliteit gunstig beïnvloeden? Wat betreft besmettingen: vaccinatie en maatregelen – stringency –, maar ook andere, landspecifieke, factoren spelen hier. Deze landenanalyse, uitgevoerd begin november, toont het duidelijk verband tussen ziekenhuisopnames en besmettingen – uiteraard aangezien besmettingen de brandstof zijn. Vaccinatie en stringency gaan dat gunstig beïnvloeden. Ook zo voor mortaliteit, waar het effect van vaccinatie absoluut dominant is: landen met een hoge vaccinatiegraad houden hun mortaliteit behoorlijk onder controle.

Om aan te geven tegen welke vijand we staan, geef ik graag volgende gedachteoefening aan: vier mensen in een normaal functionerende maatschappij zonder beperkingen hebben seizoensgriep. Zij zullen andere besmetten, die weer andere besmetten: een tweede generatie, een derde enzovoort. Tien generaties verder zijn 700 mensen besmet. De oorspronkelijke variant van SARS-CoV-2 zou na tien generaties al 350.000 mensen hebben besmet. In de alphaperiode waren dat er al 50 miljoen en voor de deltavariant telt het in de miljarden. Ondanks een misschien iets lager reproductiegetal maar kortere generatietijden, kan omikron daar nog iets boven gaan. Het is bijna wonderlijk dat de vaccins nog altijd werken tegen deze varianten.

Wat bedoelt men precies met werkzaamheid van vaccins? Ter herinnering: in de meeste klinische studies is het primaire eindpunt de symptomatische covid.

Secundaire eindpunten is alles wat ernstiger is, dus ook hospitalisatie, intensieve zorg, mortaliteit. Naar transmissie en infectie inclusief niet-symptomatische infectie wordt niet gekeken tijdens de klinische studies, maar bij de uitrol in de maatschappij. We spreken van efficacy in de klinische studies. Met effectiveness, dat ik in het vervolg werkzaamheid zal noemen, wordt bedoeld zoals het wordt uitgerold op het terrein. Er wordt ook naar de zogenaamde surrogaten gekeken, zoals antistoffen en immuniteit, en ook de cellulaire immuniteit zoals T-cellen. Dat alles moet, opnieuw, tegen de achtergrond van een bewegend doel

gezien worden: de reis door de varianten tot nu toe.

Initiële informatie, op basis van wetenschappelijk onderzoek in december, liet zien dat qua infectie, de twee dosissen niet voldoende bescherming gaven in de omikronperiode, terwijl dat wel behoorlijk, weliswaar niet perfect, in de deltaperiode het geval was.

Wat hospitalisatie betreft, is het plaatje gunstiger. Op dat vlak bleven de twee dosissen wel werken, met 75 % effectiviteit, waarbij 100 % zou betekenen dat het hospitalisaties totaal zou stoppen, en 0 % dat er geen effect zou zijn. Bij drie dosissen kan men uit de resultaten van december 2021 afleiden dat men bijna perfecte bescherming heeft tegen delta en een zeer goede tegen omikron.

Meer recent hebben collega's van de UK Health Security Agency de werkzaamheid van de vaccins ingeschat voor verschillende situaties en vaccinaties. In de eerste kolom staat hoe de vaccins de symptomatische covid-19 afstoppen. Een getal dat op nul staat betekent dat het perfect is afgestopt. Als het op een staat, is er geen enkel effect. In de tweede kolom staat, gegeven dat we besmet zijn, hoe het zit met hospitalisatie. En in de laatste kolom betekent 100 % perfecte werkzaamheid tegen hospitalisatie. Daar komt de boostervaccinatie, onmiddellijk na toediening, boven de 90 % uit. Er is dan een lichte (…), maar na tien weken bedraagt de werkzaamheid nog steeds 83 %. Dat helpt de druk op onze ziekenhuizen weg te nemen. De werkzaamheid is veel minder goed met de basisvaccinatie.

Wat wanneer men al een infectie heeft opgelopen? Een infectie alleen geeft niet voldoende bescherming, maar wie een infectie heeft gehad en vervolgens de booster krijgt, heeft de beste bescherming heeft tegen infectie en een nog hogere bescherming tegen hospitalisatie.

Een Deense huishoudstudie laat zien dat de transmissie helemaal niet getopt, maar wel geremd wordt met de vaccinatie. De vatbaarheid voor omikron ligt ook een stuk lager. Getallen dicht bij nul is een goed teken, getallen dicht bij een is minder goed. Voor omikron wordt toch een kwart van de huishoudtransmissie gestopt en verlaagt de individuele vatbaarheid met de helft, waar dat bij delta nog gedeeld was door drie.

Wat kinderen betreft, een studie uitgevoerd door de New York State Department of Health begin van de maand, toont aan dat de opnames bij niet-gevaccineerde kinderen – alvast alle kinderen tussen nul en vier jaar aangezien die niet worden gevaccineerd – toch behoorlijk hoog ligt: bijna twee per 100 nieuwe gevallen. Dat ligt iets lager bij kinderen van oudere leeftijd, tegen de achtergrond van alle achttienplussers. Maar daar horen ook de twintigers en de tachtigers bij, waar dat getal natuurlijk hoger ligt. Het goede nieuws is dat de basisvaccinatie die wordt uitgerold bij de vijf- tot elfjarigen ook zeer goed werkt qua transmissie en vooral qua hospitalisatie. Voorts is er evidentie, op basis van wetenschappelijk onderzoek, dat de omikronvariant milder is voor kinderen dan de deltavariant, maar heel fel rondgaat door de hoge cijfers.

In eigen land zien we ook, op basis van de cijfers van Sciensano, gunstige resultaten van de booster. Ter illustratie, voor de achttien- tot vierenzestigjarigen, bedraagt de incidentie van infecties, aantal gevallen per 100.000 over een periode van twee weken, 2.500. Dat is natuurlijk hoog, maar bij de niet-gevaccineerden bedraagt die 6.500, nog een pak meer. De vaccins hebben dus ook op besmettingen een gunstig effect. Voor hospitalisaties zijn de laagste cijfers aan de boostergroep voorbehouden, wat gunstig. We zien ook een gunstig effect op de mortaliteit.

Ik geef graag ook nog even mee dat de niet-gevaccineerden die in 2021 werden gehospitaliseerd, gemiddeld jonger waren dan de opgenomen gevaccineerden, wat we ook vaak hebben meegedeeld. In 2022 is dat nog uitgediept: degenen die nu worden opgenomen, zijn behoorlijk jong qua mediane leeftijd.

Afrondend, de vaccinatiegraad in België, zowel basis- als boostervaccinatie, is goed, maar kan beter in bepaalde regio's. Omikron heeft gelukkig gunstige eigenschappen: los van alle andere factoren leidt die variant tot de helft minder kans om in het ziekenhuis te belanden en een derde minder om op intensieve zorg terecht te komen. We hopen op een blijvende gunstige evolutie van de mutaties, maar daar zijn we natuurlijk niet zeker van. Het is belangrijk om de ziekenhuisbezetting onder controle te houden, denk maar aan de uitgestelde zorg. Herhaald vaccineren zorgt voor een voldoende brede, diepe bescherming en ook bescherming tegen besmetting.

We moeten inzetten op een hoge vaccinatiegraad, het onderhouden van een hoge vaccinatiegraad afhankelijk van wetenschappelijk onderzoek, dat nog wordt gevoerd, de boostervaccinatie voor de twaalf- tot zeventienjarigen, verdere vaccinatie bij de jonge kinderen en de ontwikkeling van een bredere familie aan vaccins die de huidige en toekomstige varianten, andere betacoronavirussen en misschien zelfs overspringende dierlijke betacoronavirussen aankunnen.

Als laatste slide, er blijven natuurlijk afhankelijk van de kleurcodes nog NPA's nodig. Een en ander kan niet los gezien worden van het CST- en 1G-debat. Hierover laat ik het woord aan mijn opvolgers.

Ten slotte, we moeten we nu al werk beginnen te maken van een goede voorbereiding op een volgende pandemie, in de eerste plaats om ze te vermijden en te zorgen dat onze bevolking hier niet nog eens mee wordt geconfronteerd als we dat enigszins kunnen vermijden. Er moet goede surveillance zijn, goede vaccins en antivirale middelen moeten worden ontwikkeld enzovoort. Een snelle respons vereist natuurlijk een logistieke paraatheid zowel bij de overheid en de administratieve diensten, als in de wetenschappelijke wereld.

De **voorzitter**: Dank u, Mijnheer Molenberghs. Ik bewonder de pedagogische aanpak, waar u en uw collega's telkens van getuigen.

Monsieur Gilbert, vous êtes connu de tout le monde, néanmoins je vous demanderai de vous présenter et également de déclarer tout conflit d'intérêt potentiel.

Marius Gilbert: Monsieur le président, mesdames, messieurs, je suis directeur de recherches du FNRS à l'Université libre de Bruxelles (ULB) où je dirige le laboratoire d'épidémiologie spatiale depuis 2016. Par ailleurs, depuis septembre 2020, je suis vice-recteur à la recherche et à la valorisation de l'ULB.

Pour ce qui concerne les conflits d'intérêt, les travaux de mon laboratoire sont exclusivement financés par des fonds publics (FNRS, Belspo, NIH, UE…). La liste complète de ces financements de recherche est consultable sur le site indiqué ci-dessous. Il y a juste un financement par la Fondation Wiener-Anspach, qui est une fondation privée mais finançant des bourses et des projets de recherches entre l'ULB et les universités d'Oxford et de Cambridge.

Pour commencer, je voulais aborder la question sous l'angle de la perspective historique dans laquelle se place cette réflexion depuis le début de la pandémie puisque, comme vous le savez, nous avons connu trois grandes phases.

La première grande vague à laquelle nous étions très peu préparés et, en l'absence de capacité de diagnostic suffisante, de masques, de tests et de traçage: nous n'avons pas eu d'autre choix que celui de prendre des mesures très fortes telles que le confinement (*lockdown)*.

L'hiver suivant, nous avions eu le temps de nous préparer et avons pu recourir aux NPI *(non pharmaceutical interventions*) c'est-à-dire toutes les mesures prises dans la population. Mais nous avons pu compter sur l'aide des masques et des systèmes de test et traçage.
Ensuite la vaccination est arrivée en janvier 2021. Sur ce graphique des décès, nous pouvons observer en quoi cela a changé les choses puisque, même au cours de la dernière vague hivernale, nous n'avons pas atteint un taux de mortalité comparable, quel que soit le niveau de gestion de la transmission que nous avions atteint.

Sur le graphique ci-dessus, l'on observe la manière dont le déploiement vaccinal s'est fait à partir de janvier: un peu lent en janvier avec une accélération très forte vers la fin du printemps, le mois de juin. Entre les deux, l'on observe la troisième vague qui ne fut pas marquante en ce qui concerne les décès mais qui a mis une forte pression sur les unités de soins intensifs.

Pour ce qui concerne l'avenir, la diversité des instruments à utiliser pour faire face à la pandémie se complète et ce qui peut arriver et qui nous aidera considérablement seront les traitements avec l'utilisation accrue d'antiviraux et anti-inflammatoires pour lesquels les résultats cliniques sont de plus en plus probants.

Dia suivante. J'ai voulu, pour que ma présentation soit complémentaire à celle de Geert Molenberghs, placer l'ensemble des observations parallèlement à la gestion opérationnelle en distinguant plusieurs phases avec cette première phase qui débute l'été dernier c'est-à-dire au moment du déploiement de la vaccination la plus ample possible, vers le mois de juillet de l'année 2021.

En ce qui concerne les observations, des données nous indiquaient que l'efficacité vaccinale était excellente à la fois contre les formes sévères, les risques d'hospitalisation et de décès mais aussi contre les risques de transmission dans les semaines suivant un schéma de vaccination complet à deux doses. Forcément avec cette information-là, en termes de gestion opérationnelle, il semblait possible, aux autorités et aux différents experts, de contrôler la transmission de manière durable à l'aide de la vaccination. Le corollaire fut que la priorité soit de vacciner le plus de monde et le plus vite possible (c'est le corollaire de ce potentiel de contrôle de la transmission avec la promesse d'un retour à la vie normale lorsque suffisamment de personnes seraient vaccinées).

Le Covid Safe Ticket ou le pass sanitaire, selon les pays qui l'ont implémenté, a été l'instrument qui permettait d'anticiper ce retour à la vie normale pour ceux qui avaient déjà franchi le pas de la

vaccination.

En automne, la vague delta s'est déployée. Le virus était intrinsèquement plus transmissible. Son déploiement s'est fait conjointement à une diminution de l'efficacité vaccinale en particulier contre le risque d'infections (cf. les chiffres).

Au milieu de l'automne, nous avons dû constater que, même dans les provinces qui avaient un excellent taux de vaccination (parfois plus de 90 % chez les plus de 18 ans), il y avait une augmentation des transmissions et des hospitalisations. Ce fut une grande déception pour beaucoup d'entre nous et cela a impliqué de devoir, pour contrôler la vague delta, revenir à des mesures non pharmaceutiques (à un certain nombre de mesures) et d'observer le fait que les populations de jeunes, en particulier les enfants, sont celles au sein desquelles les incidences sont les plus élevées.

En effet, ils étaient beaucoup moins vaccinés. Il a fallu ensuite accélérer le déploiement du *boost* (3ème dose) puisque l'on avait des résultats indiquant qu'une bonne efficacité vaccinale pouvait être restaurée à la fois contre les formes sévères mais donc, aussi contre le risque d'infection et de transmission. Pour beaucoup, la perspective d'un retour à la vie normale s'éloignait quelque peu.

Dia suivante. Aujourd'hui, nous nous trouvons dans cette 3ème phase: la vague omicron est beaucoup plus transmissible et, comme l'a souligné Geert, en partie à cause d'un temps de génération plus court (on y reviendra éventuellement) mais aussi avec une évasion immunitaire couplée à un plus faible risque de formes sévères.

Cette vague omicron semble, comme dans les autres pays, être passée à travers toutes les lignes de défense que nous avions pu construire avec une transmission semblant très difficile à contrôler. Nous avons pu constater, fort heureusement, que le déploiement de cette 3ème dose qui avait été principalement conçue pour lutter contre la vague delta nous a été particulièrement bénéfique puisque nous avons constaté que les personnes qui avaient pris ce *boost* conservaient une bonne immunité vaccinale contre le variant omicron à la fois contre le risque d'infection et le risque d'hospitalisation.

En termes de gestion opérationnelle, nous bénéficions encore aujourd'hui du déploiement de la 3ème dose qui préserve nos unités de soins intensifs malgré l'augmentation très rapide à la fois des cas et des hospitalisations.

D'autres pays sont parvenus à la conclusion que la vague omicron est tellement difficile à contrôler (son corollaire étant qu'elle est moins dangereuse) qu'ils renonçaient pratiquement à en contrôler la transmission arrêtant un certain nombre de mesures non pharmaceutiques. Il faut aussi se rendre compte (en nous plaçant dans une perspective future) que ce bénéfice de l'efficacité vaccinale de la 3ème dose pourrait diminuer avec le temps puisque les premières cohortes à l'avoir reçue ont commencé en septembre et pourraient prolonger un certain temps l'impact de cette vague omicron.

Où cela nous amène-t-il? Ici, quelques graphiques qui permettent de présenter cela. Vous avez, ici, en noir, la diminution de l'efficacité vaccinale pour le variant delta en fonction du nombre de semaines depuis la deuxième dose et, juste en dessous, en gris, vous avez la diminution d'efficacité vaccinale pour les infections symptomatiques par rapport à omicron. Et vous voyez qu'en l'absence du boost, il n'y avait pratiquement plus d'efficacité vaccinale contre le variant omicron au-delà de 20 à 25 semaines.

Diapositive suivante. Cela nous amène dans la situation dans laquelle nous sommes aujourd'hui. En fait, les incidences chez les doublement vaccinés dans la vague omicron sont en fait assez proches de celles des non-vaccinés, et c'est uniquement au niveau de ceux qui ont fait le rappel qu'on observe une incidence significativement plus faible.

Diapositive suivante. Au niveau du risque de décès, c'est assez intéressant, parce que, même chez les non-vaccinés, la vague omicron semble effectivement être moins virulente. On voit ici des données françaises, qui ont été issues d'une modélisation par le DRESS qui montre que chez les vaccinés, en particulier chez les personnes âgées de plus de 60 et 80 ans, on a effectivement une diminution très significative du risque de décès hospitalier chez les personnes qui ont eu une PCR positive.

Diapositive suivante. J'attire votre attention sur l'axe des Y ici, puisque dans la dia précédente, le dessus du graphique était à 13 %. Ici, on est à 4,5 %. Ceci est le graphique équivalent pour les personnes qui ont eu une vaccination à deux doses sans rappel.

Diapositive suivante. Ici pour la vaccination complète avec rappel. On voit bien que le boost a un effet sur les deux variants et encore plus sur le variant omicron, dont la dangerosité est réduite à la fois par ses caractéristiques biologiques intrinsèques et par la vaccination.

Diapositive suivante. Où cela nous place-t-il dans notre réflexion sur l'avenir? La première chose que je voudrais dire est que je pense que l'évolution des variants dans l'avenir restera relativement peu prévisible. Il est difficile d'affirmer aujourd'hui si l'évolution va suivre le chemin emprunté par omicron ou revenir à des souches plus sévères. On pourrait éventuellement en discuter. Certains éléments pourraient pencher en faveur de la première hypothèse, mais je resterais très prudent sur ce point-là.

La deuxième chose, c'est que les travaux récents montrent que le facteur déterminant en termes de protection immunitaire, en particulier contre les formes sévères, c'est le nombre et l'espacement des stimulations du système immunitaire.

C'est-à-dire que c'est vraiment le fait d'avoir rencontré soit le vaccin, soit l'infection plusieurs fois avec un délai relativement long qui va offrir une protection immunitaire à la fois robuste et diversifiée, mais la durée de cette protection reste mal connue. Et on peut aussi considérer qu'en raison de l'importance de cette vague omicron, les personnes qui n'auront jamais été ni vaccinées, ni infectées dans notre pays vont commencer à devenir assez peu nombreuses, ce qu'on appelle les immunologiquement naïfs, mais il reste pas mal de questions sur la protection conférée par une infection unique par exemple à omicron sur d'autres variants. On a certaines données préliminaires qui indiqueraient que l'effet du boost aurait aussi tendance à diminuer avec le temps.

Dia suivante. Les implications de cela? Je pense que le principal bénéfice de la vaccination sur lequel nous pouvons nous appuyer, c'est la réduction du risque de forme sévère et que, même s'il y a une efficacité du vaccin contre l'infection - on le voit - en fait, le grand public, les citoyens, nous tous avons pu mesurer d'une certaine manière la limite de la vaccination. Donc, en termes de communication, j'insiste sur ce point, il devient difficile de communiquer auprès de nos concitoyens "le vaccin vous protègera de l'infection", car tout le monde a vécu autour de lui ou soi-même parfois le fait d'avoir été doublement vacciné, parfois triplement, et de quand même se faire infecter. En termes de communication, c'est un obstacle important. C'est la raison pour laquelle il est important de vraiment appuyer le discours sur la réduction des formes sévères qui n'est contestée par absolument personne.

Le troisième point qui me semble absolument déterminant, si nous souhaitons contenir la transmission à l'avenir, et cela pourrait être nécessaire, la vaccination, même obligatoire, ne peut se suffire à elle-même. On l'a bien vu vers la fin de la vague delta. Même si on avait eu 100 % de personnes vaccinées, en raison de la baisse de l'efficacité vaccinale, cela n'aurait sans doute pas été suffisant. C'est une leçon importante et que cette vaccination, quel que soit le mécanisme incitatif, doit se combiner avec d'autres instruments, dont on pourrait éventuellement discuter, en particulier en période hivernale, durant laquelle contenir la transmission est plus compliqué.

Dernier point, il reste dans notre pays un nombre important de personnes qui sont mal protégées par la vaccination ou par les vagues d'infection successives, et qui sont donc susceptibles d'être mises en danger par de nouvelles vagues, surtout si celles-ci sont plus virulentes que la vague omicron. On a à peu près 160 mille personnes de plus de 65 ans qui sont encore non vaccinées en double dose aujourd'hui.

Dia suivante. Je me permets de partager, pendant les quelques minutes qui me restent, quelques réflexions autour de l'obligation vaccinale. J'insiste bien sur le fait qu'il s'agit de réflexions de ma part. Il me semble qu'à la vision de ces données, s'il y a obligation vaccinale, celle-ci doit être pensée et communiquée sous l'angle de la protection des personnes tant la diminution de l'efficacité par rapport à la transmission semble difficile à "vendre" en termes de communication auprès de nos concitoyens.

Cette obligation devrait s'inscrire dans une stratégie à long terme qui intègre effectivement la vaccination à d'autres instruments, à la fois de sensibilisation, de prévention, de diagnostic et de traitement. Et il serait très intéressant, je pense, de réfléchir celle-ci avec une synchronisation avec la période hivernale durant laquelle la lutte contre la transmission est nettement plus difficile du fait de l'effet de l'aération.

Je voudrais peut-être encore proposer un élément de réflexion qu'est cette idée de choix vaccinal obligatoire plutôt que l'idée d'une vaccination obligatoire que je voudrais développer dans les deux dias suivantes: le concept est que, pour les personnes qui ne souhaiteraient pas se faire vacciner, qui ne seraient pas vaccinées volontairement, l'obligation ne porterait que sur le fait de devoir aller discuter de son choix avec un médecin lors d'une consultation gratuite.

Ce dispositif aurait différents avantages, de prendre en compte les facteurs de risques individuels en termes de communication avec le patient, de tenir compte de l'historique d'infection du patient, de répondre aux interrogations qu'ils

peuvent avoir sur les risques liés à l'administration du vaccin et de, par-là, débunker un certain nombre de *fake news*, de diminuer aussi le poids du choix qui porte sur les individus et leurs proches. Pour l'instant, ce choix vaccinal est porté par les citoyens et par leurs amis, par leurs proches. Imaginez les situations familiales, où un frère ou une sœur dirait à un autre: "Non, ne te vaccine pas, j'ai vu cela sur Facebook" et que cette personne se retrouve aux soins intensifs. Il y a un choix qui est difficile à porter par les familles et les individus. Le fait de remédicaliser ce choix aurait beaucoup d'avantages. Et cela permettrait aussi, en particulier, pour les populations qui se trouvent dans des situations précarisées, parce que l'hésitation vaccinale est multiforme, de reconnecter certains patients à une sorte de suivi médical.

Diapositive suivante. Ce qui m'a inspiré cette idée, c'est que de nombreuses obligations collectives permettent un *opt-out*, c'est-à-dire que l'on pense … Même pour ce qui est de l'obligation citoyenne d'aller voter. On est obligé de se présenter au bureau de vote mais on peut remettre un vote nul ou blanc. Même pour l'obligation scolaire, on peut faire de l'instruction à domicile.

La non-vaccination a en fait des éléments structuraux antérieurs à la crise qui sont liés à une perte de contact générale avec la médecine de terrain, en particulier dans les milieux précaires. Je pense qu'il est vraiment intéressant de chercher à reconnecter ce choix à la médecine de terrain. De manière générale, on a constaté dans le passé que le basculement de stratégies *opt-in* vers des stratégies *opt-out* donne d'assez bons résultats dans des domaines sensibles du point de vue éthique comme celui du don d'organes. Quel que soit le dispositif, j'insiste vraiment sur le fait qu'une vaccination obligatoire ou pas ne doit pas faire l'économie de la sensibilisation de terrain.

Diapositive suivante. Par manque de temps, je survole ce point assez rapidement. J'insiste sur un élément qui me semble important. C'est la manière dont le pass sanitaire ou le CST s'inscrit là-dedans car il continue à être perçu comme un élément de réduction de la transmission. Or je pense que le bénéfice de ce point de vue-là est extrêmement limité. Je vais passer cette diapositive car je vois que mon temps est écoulé mais on pourra revenir dessus si cela intéresse les membres de la commission. En fait, si on met de côté l'effet en termes d'incitation à la vaccination et si on considère uniquement l'effet en termes de prévention de la transmission, ce bénéfice repose principalement sur l'idée que ceux qui n'ont pas de CST ne vont pas prendre part à une activité alternative qui présente un risque équivalent. Il faut donc bien se mettre en tête que les non-vaccinés qui ne vont pas au restaurant, au théâtre ou au cinéma ont une vie sociale normale qui se déroule à côté et que celle-ci présente aussi des risques et que la transmission qui ne se fait pas dans les lieux régis par le CST se fait ailleurs. C'est quelque chose qui semble avoir été complètement occulté du débat public autour du CST.

Le point suivant, c'est que plus le temps passe, plus l'hétérogénéité des cohortes grandit, c'est-à-dire que le statut même de vacciné 2 ou 3 doses recouvre des réalités qui vont être de plus en plus différentes en fonction du temps qui nous sépare de cette vaccination à 2 ou 3 doses, de l'histoire de vaccination de chacun et de l'histoire d'infection de chacun.

Diapositive suivante. La plus grande part de la transmission se déroule au domicile, sur le lieu de travail, dans les collectivités de vie ou dans le secteur de l'éducation qui sont en fait des lieux qui échappent au CST. Dans une population dans laquelle on a un taux de vaccination donné, je pense donc que le bénéfice du CST en termes de transmission est vraisemblablement très faible et n'est toujours pas démontré.

Par contre, le bénéfice quantifié et avéré à ce jour - c'est quelque chose qu'on a observé dans d'autres pays et qui est très vraisemblable chez nous - passe par l'effet incitatif à la vaccination. C'est pour cela que je voulais en parler. Dès le moment où on réfléchit à la question de l'obligation vaccinale ou d'une forme d'obligation de choix vaccinal, elle pourrait remplacer le CST comme instrument incitatif et permettre éventuellement de s'en passer.

Diapositive suivante. En conclusion, il me semble que, quelle que soit l'évolution future des variants, les vaccins vont rester un instrument central de notre politique sanitaire en raison de leur capacité à réduire le risque d'infection d'une part et surtout l'impact de cette infection sur la santé des personnes infectées. L'évolution future des variants tout comme la diminution de l'efficacité vaccinale à long terme restent difficiles à prévoir. La vaccination obligatoire stricte, le choix vaccinal obligatoire, qui est cette possibilité de *opt-out* après consultation médicale, le CST ou le pass sanitaire sont des modèles incitatifs qui ne sauraient se suffire à eux-mêmes. Quel que soit le modèle incitatif retenu, la vaccination devra continuer à s'intégrer dans une politique de santé publique aux côtés - j'insiste là-dessus -, d'autres instruments de sensibilisation, de prévention, de diagnostic et de traitement. Je vous remercie de votre attention.

Le **président**: Merci, monsieur Gilbert. Je vous

remercie d'avoir été jusqu'au bout, car nous sommes ici au cœur du débat, et de vous être avancé sur le thème qui nous préoccupe en tant que politiques. Tout le reste aussi bien entendu.

Je souhaite maintenant la bienvenue à notre dernier orateur de ce matin et donne donc la parole à M. Mathias Dewatripont. Pourriez-vous vous présenter et signaler d'éventuels conflits d'intérêts? Vous disposez d'environ 15 minutes.

Mathias Dewatripont: Monsieur le président, je vous remercie. Je vais essayer de vous partager mon écran.

Je vous remercie tout d'abord pour cette invitation. C'est un honneur pour moi. C'est également un honneur de parler après des gens aussi compétents que Geert et Marius qui m'ont énormément appris depuis le début de la pandémie.

Je suis un économiste. J'enseigne l'économie à l'ULB. Je suis également codirecteur d'un institut interdisciplinaire en innovation en santé fondé par mon collègue immunologue, Michel Goldman. J'ai été vice-gouverneur de la Banque Nationale de Belgique où je m'occupais de réglementation et de supervision bancaire, c'est-à-dire de gestion des risques. Ce sont d'autres risques mais c'est quand même une gestion des risques. Enfin, j'étais membre du GEES et je suis, depuis décembre 2020, membre du GEMS.

Je ferai une petite remarque générale. Je crois que le GEMS démontre l'intérêt de la multidisciplinarité. Nous avons énormément de disciplines différentes représentées et des débats qui sont très intéressants et riches. Nous avons déjà produit plus de 600 pages avec évidemment plein de disciplines liées aux sciences de la vie, y compris des gens qui ont en plus une expérience hospitalière et/ou de terrain mais aussi en matière de biostatistique, psychologie, sociologie, économie avec, à chaque fois, des groupes associés à ces disciplines qui nous nourrissent. Lors des discussions sur la vaccination, on a produit deux notes. Cela a été étendu aux disciplines de l'éthique, de la philosophie, du droit et d'autres.

Il est clair que tout ceci est très compliqué pour tout le monde car le virus déroute. Il faut être très réactif et il faut être modeste, même si, comme les deux intervenants précédents l'ont montré, les apports des disciplines sont très impressionnants. Vous en avez déjà entendu. J'ai écouté, par exemple, Johan Neyts et Emmanuel André. Vous voyez qu'énormément de choses sont dites et peuvent vous nourrir.

J'essaie ici de répondre aux questions qui nous sont posées. Est-il utile de vacciner et/ou de booster plus de gens? Si oui, qui et selon quelles modalités, en sachant que je parle sous le contrôle de Geert Molenberghs et Marius Gilbert? Je vous fais remarquer que je vais m'intéresser notamment à des questions, à des arguments d'économie politique complémentaires à ce qui est dit en science de la vie et en épidémiologie mais également, par exemple, aux arguments des psychologues que vous entendrez prochainement. Je vais donc me concentrer sur mon avantage comparatif en économie.

Ma première remarque concerne le bilan des vaccins. La vaccination a été un grand succès, un partenariat public-privé qui a pu bénéficier d'une science ouverte, de l'argent public massif et bien dépensé. Par ailleurs, nous avons eu de la chance car la technologie ARN messager était là. Cela ne s'est pas passé facilement. Il suffit de regarder comment elle a été financée ou non les dix ans précédents. On a eu de la chance. Les références figurent à la fin. Je suppose que les *slides* seront disponibles pour tout le monde.

Comme cela a été dit, le résultat des vaccins est donc inespéré comme protection contre les formes sévères, même pour omicron. Il y a très peu d'effets secondaires graves. Je dirais donc que c'est un grand succès. Ceci étant dit, comme l'a montré Geert Molenberghs, on a bien vu que les résultats restent significatifs en termes d'infection et de transmission mais clairement insuffisants, déjà face à delta mais encore beaucoup plus face à omicron, comme l'a bien montré Marius Gilbert. L'autre élément un peu décevant, c'est que la durée de l'efficacité est moindre qu'espérée, d'où l'importance d'une troisième dose, voire d'une quatrième dose pour certains publics – ce qui se fait déjà dans certains pays.

Omicron est extrêmement contagieux. La bonne nouvelle est qu'il améliore l'immunité par infection. Il est aussi moins agressif, mais n'oublions pas que la mortalité quotidienne est de 25,3 personnes (dernier chiffre hebdomadaire à diviser par sept – chiffres de Sciensano). C'est l'équivalent de 600 morts par an en Belgique à cause du trafic routier. Tous les 24 jours, on a 600 morts. Sur une durée d'un an, cela représente plus de 9 000 morts. Comme nous l'avons vu, cela concerne les non-vaccinés. Il est clair que, dans vos choix, vous devez garder cela à l'esprit. Rappelez-vous que c'est suite au décès de dix personnes que nous avons confiné durement en mars 2020! Aujourd'hui, nous en sommes quasiment à 29 000.

Prenant une casquette d'économiste, l'on peut dire que le rapport qualité-prix des vaccins est excellent. Son coût est de maximum 25 euros par dose. Cela signifie que les pays riches devraient dans leur propre intérêt offrir massivement des vaccins aux pays pauvres. Cela épargne des dépenses hospitalières et cela réduit la sévérité et la prévalence du virus qui déprime l'activité économique via la peur du virus et les mesures sanitaires pour le maîtriser. On a eu un congrès d'économistes belges de langue française à l'automne 2021. Un rapport le détaille.

Est-il utile de booster et vacciner plus de gens? Oui, clairement! Même avec omicron, vacciner plus en première ou troisième dose représente une solution efficace et financièrement très peu coûteuse de sauver des vies et de préserver notre économie.

Comment augmenter les vaccinations est une question compliquée. Si l'on fait le bilan de ce qui s'est passé en 2021, pour compléter ce qui a été dit précédemment, pour moi l'erreur faite en Belgique comme dans d'autres pays, c'est d'avoir simultanément dit que le choix de la vaccination était un choix individuel, libre et que nous atteindrions l'immunité collective. On s'est rendu compte que l'on n'arrive pas à faire les deux.

Ceci étant dit, autant la critique est importante, autant il faut dire que durant le premier semestre 2021, le fait d'avoir commencé la vaccination par les "volontaires" fragiles a vraiment maximisé l'impact sanitaire en minimisant les résistances individuelles. Le premier statement était une erreur contribuant à polariser les citoyens qui après se disent qu'on leur a promis la liberté et puis non. Au début, on aurait dû dire qu'il y avait peu de vaccins disponibles, que l'on disposait d'une information limitée sur les risques, et ceci étant, on aurait dû commencer par les personnes volontaires, les remercier de prendre les risques pour ceux qui n'osent pas, pour voir où l'on arriverait et arbitrer entre libertés individuelles et santé publique, comme on le fait quand on prend la décision de fermer les magasins. On ne demande pas aux gens s'ils sont d'accord que l'on ferme les magasins. Si l'on dit aux gens qu'il n'y aura pas école durant X semaines, c'est comme ça aussi.

C'est vrai, il est un peu bizarre que l'on se soit avancé sur une liberté vaccinale sans savoir ce qui allait se passer.

Ce qui s'est passé, c'est que ce premier semestre a permis beaucoup d'acquis; beaucoup de gens ont été d'accord de se faire vacciner progressivement voyant les campagnes de vaccination et par l'observation de la vaccination sur leurs proches. Cela n'a pas été suffisant dans certaines Régions. Dans la Région bruxelloise, cela a vraiment été insuffisant.

À l'automne, après d'autres pays, la Belgique s'est dit qu'elle devait faire quelque chose pour augmenter le taux de vaccination. Il n'y avait que trois solutions possibles: les incitations positives, les incitations négatives ou les obligations vaccinales. Comme d'autres pays, la Belgique a fait le choix du pass sanitaire avec les trois options (vaccination, rétablissement, test négatif). C'est vécu par les non-vaccinés comme une incitation négative, soyons clairs. Cela a été fait en Belgique comme bien d'autres pays, mais plus tardivement et en ordre dispersé avec une moindre conviction qu'en France ou en Italie.

Quels sont les effets du pass sanitaire sur la vaccination? Des études récentes sont sorties: une, en particulier, publiée et deux autres qui ont l'air très sérieuses, mais qui ne sont pas encore publiées.

Ces études montrent que les effets sur la vaccination dans certains pays ont été significatifs: jusqu'à 8 à 13 % sur la population en Italie et en France. Une étude française calcule qu'il aurait sauvé, grâce à la vaccination supplémentaire, environ 4 000 vies et que dès lors, en combattant le virus, il a permis de gagner, en termes économiques, environ 6 milliards d'euros du PNB.

La France est six fois plus grande que la Belgique. C'est comme si en Belgique on avait gagné un milliard d'euros et sauvé 650 vies. Ce ne sont que des ordres de grandeur qui montrent qu'il y a des avantages à plusieurs niveaux. Comme le disent pas mal de gens, les effets ont été moindres en Belgique notamment parce que nous l'avons fait de manière dispersée et plus tardive avec moins de conviction. Mais malgré tout, cela a été annoncé à Bruxelles depuis la mi-septembre, et entre-temps, on a gagné 8,6 % de population adulte vaccinée et un rattrapage partiel par rapport aux autres Régions.

Soyons clairs, si le pass sanitaire semble avoir aidé en termes de vaccination, on ne peut absolument pas se dire que c'est un passeport pour ne pas être contaminé. Comme Geert Molenberghs l'a montré, il y a une réduction de transmission, mais totalement insuffisante et presque anecdotique dans un monde omicron.

Vu ce bilan, quelles sont les bonnes pratiques en matière de vaccination? La communication est fondamentale. Il faut fixer un objectif crédible qui doit dépendre des variants, de l'efficacité des

vaccins et de l'immunité acquise. Il faut privilégier, pour que cela ait du sens, les personnes prioritaires au point de vue sanitaire (selon l'âge et les comorbidités). Il faut tenir compte des attitudes individuelles très contrastées et essayer de minimiser la polarisation. Il ne faut pas nier que certaines de ces mesures sont compliquées et ne pas provoquer, etc. Il faut intégrer l'incertitude, le fait que vacciner prend du temps et éviter le plus possible la stratégie yoyo.

Car en effet, je crois que la population est fatiguée et demande une certaine constance et prédictibilité. De ce point de vue-là, le baromètre est évidemment une bonne nouvelle.

Selon moi, il y a de très bonnes raisons de maintenir ce CST à l'heure actuelle et de le conditionner au booster. Le CST actuel, c'est celui qui valide l'infection, la vaccination ou le test négatif. C'est ce que le Codeco vient de faire à son dernier meeting. Il a rendu le CST conditionnel au booster et l'a introduit en phases orange et rouge du baromètre.

Je crois, en effet, qu'il faut absolument éviter que la vision de la transmission et de l'infection en devienne trop optimiste. Malgré tout, je vois cinq raisons de le maintenir mais, certainement pas de manière structurelle: seulement pour le moment. Il n'intervient pas trop tard comme cela s'est fait en septembre. En Flandre 17 % de la population totale est vaccinée mais non encore boostée; 29,5 % en Wallonie; 28,6 % à Bruxelles. Ces gens-là représentent un nombre très important. Il est important qu'ils soient boostés et cela a été démontré. De plus, ces personnes sont moins difficiles à convaincre car ayant déjà accepté une ou deux doses. Le fait de continuer à les inciter via le CST a un impact plus important. En outre, on vient de l'adapter. On l'a introduit dans le baromètre rouge et orange. Ce n'est pas une bonne idée de revenir sur ce qui vient d'être décidé trop rapidement.

L'idée n'est pas de le garder en phase endémique. Mais pour le moment, l'on ne sait pas encore très bien vers où on va. Le supprimer maintenant serait interprété par certains comme un signal erroné selon lequel la vaccination serait devenue peu utile. Ce n'est pas le signal que l'on veut donner. L'intégrer dans le baromètre tout en l'arrêtant quand les choses vont bien, ne fût-ce que temporairement, je crois que c'est très utile pour une éventuelle nouvelle campagne de vaccination. L'on parle de possibilités d'avoir des vaccins à spectre plus large contre différents variants. Aussi, je crois qu'il faut se garder l'option.

Cela reste, toutefois, mal vécu par certains. Toute une série de gens ne sont pas encore vaccinés. Je ne parle pas des gens qui sont déjà vaccinés mais pas encore *boostés*. Pour les gens qui ne sont pas encore vaccinés, soyons clairs, le CST n'a plus vraiment d'effet. Par contre, peut-être devrait-on essayer de tendre la main aux personnes qui ne sont pas encore vaccinées mais pas nécessairement très informées, très connectées aux canaux de communication classiques et même au système sanitaire. Dans ce sens-là, l'idée de Marius de l'*opting out* potentiel est très utile. Mais le fait que les gens doivent tous aller chez le médecin pour essayer d'avoir une discussion, je me demande dans quelle mesure on ne pourrait pas combiner cela avec l'idée d'offrir des incitations positives, par exemple un *check up* médical gratuit couplé à la vaccination pour réintégrer les gens dans le système sanitaire. À Bruxelles en particulier, on parle d'une proportion non négligeable de la population qui est déconnectée du système sanitaire. Peut-être peut-on faire d'une pierre deux coups en les convainquant de se faire vacciner et leur offrir un *check up* qui leur permettra d'améliorer leur santé. C'est la deuxième idée.

Sur le moyen terme, je vais être prudent comme les précédents intervenants. À l'heure actuelle, omicron est un *game changer*. On ne sait pas ce qui va se passer dans un, deux ou trois mois. C'est clair que l'automne prochain ne sera probablement pas un automne sans aucun risque. Je crois donc qu'il est urgent d'attendre par rapport à un changement de cap radical. Je crois que clairement, pour apaiser la société, comme beaucoup de gens le disent, les seules solutions naturelles sont soit la liberté vaccinale, comme pour la grippe, soit l'obligation vaccinale comme pour certains vaccins aujourd'hui si vous voulez mettre votre enfant à la crèche ou pour le personnel soignant. On pourrait éventuellement cibler certains groupes. Je crois que c'est une très bonne idée d'avoir ce débat. Et, l'air de rien, il n'est pas nécessairement trop tard, car il faut justement se préparer à l'après-omicron.

Il est clair que ce sera facile d'aller vers la liberté vaccinale mais, si on considère qu'il faut aller vers l'obligation vaccinale, ce ne sera pas le cas. Le CST actuel a des inconvénients mais il est quand même une manière relativement douce d'inciter à la vaccination en permettant l'option de se faire tester pour ceux qui ne souhaitent pas se faire vacciner. Alors, un pass vaccinal est une mesure plus vigoureuse. Comme d'autres, je crois qu'il faut le voir comme un complément plutôt qu'un substitut à une obligation vaccinale et comme un complément temporaire.

Il faut se dire que c'est une manière de s'assurer d'inciter plus de gens à se faire vacciner. Je ne

crois pas que nous soyons un pays où on a envie d'envoyer la police ou l'armée dans les maisons et prendre les gens de force en leur mettant une piqûre dans le bras. Il faut réfléchir à comment on pourrait faire le pass vaccinal qui, si on a décidé d'aller vers l'obligation vaccinale, peut être une manière d'y arriver.

Une autre idée serait, comme en Italie, par exemple, de limiter l'obligation vaccinale aux plus de cinquante ans, ce qui a un avantage. Il faut évidemment prévoir des exemptions médicales. Je crois que c'est déjà fait mais il est très important de le faire de manière très claire. Une approche coûts-bénéfices justifierait de dire que, comme ce sont les plus de cinquante ans qui sont les plus à risque, limitons l'obligation vaccinale à eux ou aux personnes à comorbidité, si en effet on va vers cette idée d'obligation vaccinale. De toute façon, cela ne peut se concevoir que comme un objectif vers lequel il faut tendre, pas une réalité appliquée de manière ultra stricte à tout le monde sans exception.

Pour résumer, je crois qu'il est utile de progresser dans la vaccination. Il faut à court terme se concentrer sur le booster. C'est important car il y a encore beaucoup de gens non *boostés* et il a été bien montré que c'était très important pour limiter le risque de santé. Il faut réfléchir à des incitations positives pour les non-vaccinés et, pour l'avenir, préparer un débat le plus serein possible sur le choix entre liberté vaccinale et objectif d'obligation vaccinale, sachant bien que ce sont deux modalités qui existent déjà chez nous. Je vous remercie.

Le **président**: Je vous remercie, monsieur Dewatripont. Vous étiez le dernier orateur. Je donne maintenant la parole à nos membres, en leur demandant de faire un effort de concision. Je répète que chaque orateur dispose de trois minutes. Je donne tout d'abord la parole à un membre par groupe politique. Pour les groupes politiques, dont plus d'un membre siège dans cette commission, chacun de ces membres aura bien entendu la parole pour trois minutes. J'ai pris mon chronomètre.

De eerste om een poging te doen om zo beknopt mogelijk te zijn is dan mevrouw Depoorter voor de N-VA.

Kathleen Depoorter (N-VA): Dank u, heren, voor uw inzichten.

Professor Molenberghs, u haalt aan dat regionale verschillen in de vaccinatie een aandachtspunt zijn. Is er met verplichte vaccinatie nog voldoende gezondheidswinst te boeken in Vlaanderen, waar de vaccinatiegraad 93 % bedraagt en ook de boostergraad hoog ligt?

Voorts hebt u er zich niet over uitgesproken of u voor verplichte vaccinatie of een 1G-beleid bent, wat net het onderwerp is van onze hoorzittingen. Kunt u uw inzichten hierover geven? U stelt dat we de vaccinatiegraad moeten verhogen, maar welke oplossing stelt u voor? Kunnen we bovendien een vaccinatie verplichten op een moment waar we nog niet weten welke vaccins ons nog zullen worden aangeboden en optimaal zullen werken, indachtig de presentatie van professor Schoofs met betrekking tot de mucosale en systemische immuniteit?

U moedigt ook de vaccinatie aan bij jongere kinderen. Is er volgens u een optie om serologisch onderzoek te doen? Vele ouders twijfelen. Zou het niet mogelijk zijn om zowel een IgA als een IgG te bepalen vooraleer de ouders zich beraden over het al dan niet vaccineren?

Professor Gilbert, u haalt bescherming van het immuunsysteem aan, zij het door een vaccin of door het virus zelf. Wel beklemtoont u dat er voldoende tijd moet zijn tussen de verschillende dosissen. Kunnen we het ons permitteren op korte termijn vier, vijf vaccins toe te dienen? Hoe ver staan de studies hierin? Bestaat het risico van overvaccineren?

Professor Dewatripont en uzelf haalden de opkomstplicht aan. Ik vind dat een zeer goede optie. De communicatie naar de patiënten is inderdaad bijzonder moeilijk. Wat de communicatie rond het vaccins betreft, heeft de politiek zich vergaloppeerd met "het rijk van de vrijheid"? Was dat het kantelpunt voor bepaalde patiënten om zich niet te laten vaccineren, gezien de bescherming tegen transmissie toch niet gegarandeerd was?

Wat het CST betreft, brengt u volgens mij ietwat tegenstrijdige berichten. Enerzijds zegt u dat we met het CST kunnen werken, maar anderzijds zegt u dat groepen die al beslist hebben om zich niet te laten vaccineren, er niet echt mee overtuigd kunnen worden.

Ik sluit met de kosten en baten. U vermeldt een kostprijs van 25 euro per vaccin. Mijn inziens is het 70 euro per gezet vaccin. Is de kosten-batenverhouding dan nog altijd goed?

U verwijst naar een studie in Frankrijk volgens de welke 4.000 levens zouden gered zijn. In België extrapoleert u dat getal naar 650 levens. Het startpunt in Frankrijk was echter een vaccinatiegraad van ongeveer 60 %. In Vlaanderen zou het startpunt een vaccinatiegraad

van 93 % zijn. Is de extrapolatie van de cijfers uit de studie dan relevant?

Laurence Hennuy (Ecolo-Groen): Monsieur le président, tout d'abord, je voulais remercier chaque intervenant pour leur exposé très dense. J'espère que nous recevrons les présentations pour pouvoir les lire à tête reposée, parce que j'ai été, très malheureusement, rattrapée par le covid cette semaine. Aussi, suis-je un peu lente aujourd'hui.

Tout d'abord, j'avais une question pour M. Dewatripont. Monsieur, vous parlez à la fois d'incitation positive et puis négative pour se faire vacciner avec les avantages que présente un CST et puis, en même temps, vous dites qu'"il faut inciter positivement les personnes à se faire vacciner". Je ne vois pas très clair sur l'objectif et le chemin à utiliser pour atteindre et convaincre les personnes qui ne sont pas encore vaccinées à le faire et même à se faire booster. Pouvez-vous être plus précis à ce niveau?

À nouveau, lorsqu'on parle d'obligation vaccinale ou même de liberté vaccinale, voyez-vous quel schéma vaccinal on sera amené à suivre, avec quel vaccin?

J'avais aussi encore une question pour M. Gilbert. Quand vous parlez de choix vaccinal obligatoire, c'est effectivement une option qu'on avait déjà lue et qui est assez intéressante dans son approche. Comment voyez-vous la mise en application pratique? Serait-elle contrôlée ou pas? Ou serait-elle liée à une relation de confiance entre les médecins et les personnes?

À ce stade, je n'ai pas d'autres questions, monsieur le président.

Laurence Zanchetta (PS): Monsieur le président, je suis la seule à intervenir pour mon groupe. Donc, je vais utiliser mon temps de parole tout en essayant d'être la plus brève possible.

Tout d'abord, je voulais remercier nos intervenants pour leurs éclaircissements. En tout cas, au niveau économique, c'est vrai que le vaccin – on ne le dit pas souvent – est une manière peu coûteuse de sauver des vies mais aussi notre économie. Donc, c'est intéressant d'entendre cette approche.

Comme je le disais la semaine dernière, c'est un débat qui reste pour nous indispensable et j'entends, en tout cas, que l'essentiel est de continuer à informer les citoyens, quelle que soit la direction empruntée. Même si on entend aujourd'hui encore qu'omicron pourrait permettre un passage vers une situation endémique, on espère évidemment pouvoir être quitte du virus, tel que nous l'avons connu ces derniers mois. Mais là, il y a encore beaucoup d'incertitudes et nous devons nous y préparer et ne pas nous montrer trop optimistes.

La semaine dernière, le Pr Neyts disait: "Si on peut être optimiste, il ne faut pas être naïf. Il peut y avoir des surprises, vu qu'on ne sait pas quelle forme prendra le prochain variant et quelles seront les conséquences". J'aurais voulu vous entendre par rapport à cela, d'une part, sur le principe même de l'obligation vaccinale qui pourrait se poser à l'avenir - on en parle - parce que la situation s'aggraverait à un moment donné, en période hivernale par exemple, et, d'autre part, pour ceux qui partageraient cette vision d'une possible obligation vaccinale, sur la manière de la mettre en œuvre pour savoir comment, à qui et à quelles conditions on pourrait la mettre en œuvre puisqu'on pourrait aussi envisager de rendre la vaccination obligatoire pour certaines catégories de personnes, comme cela se fait dans certains pays.

Quant à l'efficacité du vaccin, on sait qu'elle est démontrée avec 30 000 hospitalisations évitées selon Sciensano, moins de formes graves de la maladie. On sait, par contre, qu'au niveau de la transmission, là encore, il y a une efficacité. Si elle est réelle, elle est moindre qu'espérée. Je voulais donc vous interroger. Est-ce en raison de certaines incertitudes – il y en a toujours, on le voit avec d'autre virus – qu'on ne peut pas, pour autant qu'on y soit favorable évidemment, poser les questions ou le cadre d'une éventuelle vaccination qui pourrait devenir obligatoire à l'avenir?

On voit aussi des traitements arriver, mais qui restent très spécifiquement utilisés lorsqu'ils le sont. Doit-on considérer, question qui s'adresse plutôt aux médecins, que ces traitements peuvent nous faire mettre de côté la possibilité de rendre la vaccination obligatoire ou, au contraire, se dire que, de toute façon, ils ne pourront pas être administrés de façon aveugle à l'ensemble des personnes non vaccinées? Et puis, on sait, on ne parle pas beaucoup des traitements à base de corticoïde ou d'anticoagulants qui, s'ils sont administrés au début de l'infection, peuvent donner de bons effets, mais qui interviennent rarement en première ligne auprès des médecins généralistes.

Dans le cas où on ne se dirige pas vers une obligation vaccinale, la question est évidemment de savoir comment on va continuer à maximaliser la vaccination. J'ai beaucoup entendu parler dans vos propos d'informations et d'informations positives. Il ne faut pas qu'il y ait ce côté punition à la clef. À nouveau, on voit, avec le faible taux de booster administré à Bruxelles, alors que toute une série de mesures ont été déployées pour tenter….

Le **président**: Madame Zanchetta, je vous ai donné une minute en plus, car vous êtes la seule à intervenir pour votre groupe. Cependant, je vous demanderai quand même de bien vouloir conclure.

Laurence Zanchetta (PS): D'accord! Comme je n'aurai pas le temps de développer, je voulais, en tout cas, poser une question spécifiquement à M. Dewatripont à propos des incitants que l'on pourrait mettre en œuvre pour aller non pas vers une obligation vaccinale mais permettre à certaines personnes de recevoir "quelque chose" si elles se font vacciner. Avez-vous des exemples de ce type d'incitant qui serait mis en place dans d'autres pays? Pouvez-vous nous en dire un mot? Je vous remercie.

Dominiek Sneppe (VB): Mijnheer de voorzitter, ik wil de sprekers bedanken voor hun uitleg.

Mijnheer Molenberghs, met cijfers kan men zowat alles bewijzen is een vaak gebruikte boutade. Ook tijdens de coronacrisis werden vaak tegenovergestelde resultaten bewezen met hetzelfde cijfermateriaal. Een uitspraak die we vaak horen is dat wie gevaccineerd is, het virus minder verspreidt dan wie niet gevaccineerd is. U haalde dat ook aan. Ik heb mevrouw Schoofs daarover aangesproken en volgens haar is dat moleculair-biologisch niet juist, maar ze zei ook dat het vanuit het oogpunt van *modellers* wel zou kunnen kloppen. Ik verneem graag van u welke berekeningswijze wordt gebruikt om deze stelling te bewijzen. Zijn we volgens u al in de endemische fase? Welke parameters worden gebruikt om tot dat besluit te komen?

Mijnheer Gilbert, in een interview met RTBF concludeerde u dat we geen verandering hebben gezien in de manier waarop we oplossingen ontwikkelen. Het Vlaams Belang kan dat beamen, maar hoe zou u de verschillende golven hebben aangepakt? Welke van de genomen maatregelen zou u behouden en wat zou u helemaal anders doen? Hoe past de verplichte vaccinatie in deze strategie? In datzelfde interview stelt u dat verplichte vaccinatie een gemakkelijkheidsoplossing is. Kunt u dat even verduidelijken, of bent u intussen van mening veranderd? Zijn we volgens u al in de endemische fase? Welke parameters worden gebruikt om tot dat besluit te komen?

In een YouTubevideo vergeleek professor Campbell de cijfers voor ziekenhuisopnames tussen gevaccineerden en niet-gevaccineerden die de deltavariant doormaakten. Daaruit bleek dat wie enkel natuurlijke immuniteit opbouwde minder vaak gehospitaliseerd werd dan wie immuniteit verwierf door vaccinatie. Moet in het kader van de verplichte vaccinatie dan geen rekening worden gehouden met opgebouwde immuniteit? Stel dat de hele bevolking immuniteit opbouwt door een besmetting met omikron, moeten we er dan niet eerder vanuit gaan dat het vooral de ouderen en de kwetsbaren zijn die voordeel halen uit een volgende booster?

Mijnheer Dewatripont, reeds in april 2020, toen u deel uitmaakte van de GEES, stelde u voor om de samenleving weer open te gooien en om daarbij gebruik te maken van twee testen, namelijk de PCR-test die bepaalt of iemand genezen is of het virus nog kan doorgeven, en de ELISA-test. Beide testen zouden er volgens u voor kunnen zorgen dat wie op de werkvloer aanwezig is niet besmettelijk is. Waarom is dat er niet doorgekomen? Bent u nog steeds overtuigd dat dit dé oplossing zou zijn geweest om besmetting tegen te gaan? Indien niet, wat stelt u nu voor? Waar ziet u de positionering van verplichte vaccinatie in deze strategie?

Daniel Bacquelaine (MR): Voilà des auditions bien intéressantes. Merci pour cela.

Je voulais d'abord poser quelques questions à M. Molenberghs. Si j'ai bien compris, il y a aujourd'hui moins de personnes en soins intensifs avec omicron que pour delta en Belgique. Mais il y en aurait relativement plus en France qu'en Belgique par rapport à delta. Comment est-ce qu'on explique cette différence? Au niveau vaccination, on n'est pas très loin l'un de l'autre. Ces chiffres sont tout à fait discordants entre la France et la Belgique. Est-ce que vous avez une explication à cela?

Monsieur Gilbert, je trouve très intéressante cette notion de choix vaccinal obligatoire, qui est incompatible avec l'obligation vaccinale puisqu'on ne peut pas à la fois demander aux gens de faire une consultation pour de la conviction et de la discussion et imposer une obligation vaccinale. C'est une alternative. Je trouve que cette alternative est tout à fait intéressante. Je voulais vous demander ce que vous pensez de l'obligation vaccinale plus ciblée, par exemple sur le personnel soignant. Vous savez que le gouvernement en discute. Est-ce que vous êtes favorable à cette obligation vaccinale pour le personnel soignant?

En outre, et j'ai déjà posé la question à M. Emmanuel André vendredi, quand on passe d'une pandémie à une endémie, quels sont les risques d'un retour de l'endémie vers la pandémie? Est-ce que ce sont des variations qui sont habituelles, ou quand on passe dans un système endémique, en général, on se prémunit contre un retour vers une pandémie?

Monsieur Dewatripont, j'entends que vous êtes favorable au CST et à la prolongation du CST. Ce CST n'a pas d'intérêt si on n'y intègre pas le booster, c'est la première chose. Par rapport au CST, au pass sanitaire, à l'obligation, il faut nécessairement des contrôles et des sanctions. Est-ce qu'il n'y a pas un risque d'épuisement de l'adhésion de la population par rapport à ces contrôles et à ces sanctions, dans le cadre d'une société du pass qui serait quand même très compliquée à vivre, ou dans le cadre d'autres risques qui seraient très dangereux, par exemple que la population s'habitue à cela? Je pense que s'habituer à une société du pass et du contrôle, c'est quand même un problème sur le plan sociétal. Je voulais savoir ce que vous pensiez de cela.

Nathalie Muylle (CD&V): Ik heb twee concrete vragen voor de heer Molenberghs.

Ten eerste, u toonde Portugal in uw cijfers. Portugal doet het schitterend op het vlak van de basisvaccinatie. Het land staat zelfs op nummer 1. Voor de boosters zitten ze in de middenmoot. Wat is de verklaring daarvoor, in een land dat zo voor vaccinatie was?

Ten tweede, inzake verplichte vaccinatie of verdergaan in de vaccinatie verklaarde professor Neyts hier vorige week dat we pas in de zomer echt kunnen aantonen wat het effect van de booster is. U had het over de impact die we nu al zien na een aantal weken. Hij zei dat we pas op langere termijn het effect van de booster kunnen zien, ook in relatie tot omikron. Bent u het daarmee eens?

Dan heb ik een algemene vraag voor de drie sprekers. U hebt allen het belang van het vaccin en de vaccinatie aangetoond. Als beleidsmaker heb ik vragen over de korte termijn en de middellange termijn. We weten dat omikron minder ziek maakt en minder impact heeft, hoewel we vorige week vernamen dat er nog een grote impact op ons zorgsysteem is. U zegt ook dat 25 % in ons land vandaag nog geen vaccin heeft gehad. Dat is een op vier.

U hebt – terecht, mijns inziens – het belang van informeren beklemtoond. Een verplicht consult bij de huisarts zou een goede oplossing kunnen zijn. Ik volg dat volledig. Vorige week hebben wij in de hoorzittingen ook gehoord dat men niet verplicht mag vaccineren zolang er geen nieuw soort vaccin is dat niet alleen mensen minder ziek maakt, maar dat ook de overdracht tegenhoudt. Ik heb begrepen dat we pas ten vroegste in 2023 deze nieuwe vaccins kunnen verwachten. Sommige sprekers vorige week zeiden dat men eigenlijk geen verplichting mag opleggen.

Misschien moet men dan een doelgroepbenadering hanteren, zoals de heer Bacquelaine daarnet zei, van mensen met een onderliggende aandoening, 50-plussers, 60-plussers enzovoort. Moet men die stappen dan eerst nemen voor het najaar? Ik ga ervan uit dat we hier een debat voeren voor het najaar. Klopt dat? Staat u daarachter?

De sprekers vorige week zeiden dat de druk op onze zorg groot blijft en dat er nog heel veel circulatie met de huidige vaccins is. De verplichte vaccinatie was bij de artsen vorige week toch wel een issue. Ik blijf in die tweespalt zitten.

Mijn laatste vraag is voor de heer Dewatripont. Wij hebben vorige week gehoord dat men de helft van de mensen die vandaag niet gevaccineerd zijn ook niet zal kunnen overtuigen met 1G of het CST. Zij zeggen dat een cafébezoekje voor hen dan niet hoeft.

Wat is de oplossing, want 12 % van onze bevolking zal blijvend neen zeggen? Wat moeten we daarmee doen?

Sofie Merckx (PVDA-PTB): Monsieur le président, merci beaucoup aux intervenants. Pour situer les débats, effectivement, nous avons tous lu le rapport du commissaire Corona, qui propose en gros deux options: l'obligation vaccinale ou le pass sanitaire. Pour mon parti, il est évident que ce sont deux mauvaises solutions.

Mais aussi, le commissaire Corona dit qu'aucune des deux options ne serait une solution de sortie de crise rapide. J'ajouterai à cela qu'elles sont sources de polarisation, alors que nous avons aujourd'hui besoin d'adhésion, de cohésion et d'unité dans la population.

Je voulais aussi vous entendre, monsieur Gilbert, mais éventuellement d'autres aussi. Pensez-vous aussi que les deux options, aujourd'hui, présentent un risque de polarisation dans la population et que nous pouvons le payer à long terme?

Ma question est claire: est-ce une option, aujourd'hui, de ne choisir ni l'obligation, ni le pass sanitaire, et de davantage encourager la vaccination tout en mettant en place les autres outils de lutte contre la pandémie, à côté de la vaccination?

Monsieur Gilbert, j'ai bien compris que pour vous, d'après votre explication sur le CST, celui-ci serait superflu. Pensez-vous qu'actuellement, le CST n'a plus sa place dans la lutte contre le virus?

Monsieur Gilbert, vous avez effectivement appuyé sur le fait que la vaccination est un outil de lutte contre le virus; mais il y a d'autres mesures, comme la ventilation, le *testing* et le *tracing*, les autotests et le masque. Ne pourrions-nous pas imaginer une stratégie complète, où on continue à mettre en place l'ensemble de ces mesures sans pour autant aller seulement vers une obligation vaccinale ou le pass sanitaire?

J'ai effectivement l'impression que, aussi dans ce débat-là, on veut toujours aller vite. On veut aller vite et on pense obligation vaccinale… Si jamais un nouveau variant arrive, on va vite sortir cette idée de l'armoire et imposer une obligation. Ainsi aura-t-on une solution rapide! Alors que je pense que c'est vraiment l'ensemble des mesures qui fait la solution.

Et, bien sûr, comment évaluez-vous aujourd'hui, par exemple, notre système de *testing* et de *tracing*? C'est quand même un système assez bureaucratique, assez limité. Le fait que les autotests ne soient pas remboursés pour les gens, par exemple, qu'en pensez-vous?

Dans une interview à *Paris Match*, la semaine passée, monsieur Gilbert, vous avez aussi dit que …

Le **président**: Vous devez tout doucement clôturer, s'il vous plaît, madame Merckx.

Sofie Merckx (PVDA-PTB): … que l'on pourrait passer à autre chose, en ayant fait l'économie des investissements à long terme, visant par exemple la ventilation. Voilà, donc, je l'ai déjà évoqué, mais on a toujours l'impression d'être dans une logique à court terme, - et aussi dans ce débat-ci, je pense - de vouloir vite régler les choses, alors qu'on a besoin d'investissements à long terme au niveau de la ventilation, mais, selon moi, aussi de la prévention, prévention auprès de la population.

On parle effectivement de gens qui n'ont pas encore été vaccinés aujourd'hui. Ne pourrait-on pas … Pourquoi aller vers une obligation de se présenter une fois chez le médecin? …

Le **président**: Merci de clôturer, madame Merckx!

Sofie Merckx (PVDA-PTB): … Parce qu'en allant une fois chez le médecin, on va se faire vacciner? Est-ce qu'on ne doit pas faire le choix de l'investissement, de la prévention, de la première ligne, à long terme?

La dernière question est pour monsieur …

Le **président**: Madame Merckx, je vais vous couper la parole. Je suis désolé, mais je dois être strict pour tout le monde. Il y aura probablement un deuxième tour de questions si le temps le permet.

Robby De Caluwé (Open Vld): Geachte sprekers, ik dank u alle drie voor wat opnieuw een boeiende voormiddag was. Ik heb heel wat dingen gehoord en heel wat van de vragen die ik vooraf had, zijn al beantwoord.

Ik zou echter graag op een aantal punten uit uw bijdrage nog iets dieper ingaan, mijnheer Molenberghs. U hebt aangegeven dat wij de huidige vaccinatiegraad, vooral in een aantal regio's in ons land, niet kunnen accepteren, maar u gaf ook aan dat u zich niet uitspreekt voor of tegen een verplichting of een 1G-beleid. Hebt u suggesties om de vaccinatiegraad te doen stijgen? Ziet u nog andere mogelijkheden daartoe als wij niet zouden kiezen voor een verplichting of een 1G-beleid? Uw collega's hadden het over een eventuele opkomstplicht. Wat is uw mening daarover?

U maakt ook prognoses met betrekking tot de evolutie van het aantal besmette personen, de ziekenhuisopnames en de opnames op intensieve zorgen. In het begin van uw presentatie gaf u aan dat de besmettingen – wellicht met de omikronvariant – lijken te dalen of toch zeker minder sterk stijgen dan een aantal dagen geleden. Denkt u dat wij op dit moment de piek qua besmettingen hebben bereikt of verwacht u dat er misschien toch nog een stijging zal komen, eventueel door de intrede van de nieuwe subvariant van omikron?

U hebt voorts met heel veel cijfers aangetoond dat de vaccins heel goed beschermen. Uw collega's hebben dat eveneens gedaan en wij hebben dat ook vorige week gezien. De vaccins beschermen tegen ernstige ziekte door een coronabesmetting, maar toch zijn er vandaag nog altijd veel mensen die twijfelen over de effectiviteit ervan. Hebt u er een verklaring voor waarom die twijfel er nog altijd is? Is het misschien te ingewikkeld voor mensen om de cijfers te bevatten? Kunnen wij daarover misschien op een nog iets meer sprekende manier communiceren met de brede bevolking? Zou het misschien kunnen komen doordat wij bij het begin van de vaccinatiecampagne te veel hoop hebben gevestigd op het verminderen of zelfs verhinderen van besmetting? Veel mensen dachten immers dat zij niet meer besmet konden worden als zij zich lieten vaccineren. Hebben wij de communicatie misschien iets te weinig op de andere voordelen van de vaccinatie gericht, met name het verminderen van de ernstige ziektegevallen?

Ik hoor dat ook vaak van jongere, gezonde mensen. Zij zeggen dat het vaccin niet helpt tegen besmetting en dat zij als gezonde, jongere persoon weinig kans lopen op een ernstige vorm van besmetting. Zij maken eigenlijk een bijna wiskundige afweging om zich al dan niet te laten vaccineren. Ervaart u dat ook of hebt u daar een andere verklaring voor?

Ten slotte, in de lente en de zomer is er minder ziekte door viruscirculatie – dat zien wij ook bij andere virussen –, maar in de herfst en de winter neemt de circulatie opnieuw toe. Hoe kijkt u naar de herfst en winter van 2022, zeker met een variant als omikron of misschien met andere varianten? Durft u daar op dit moment al bepaalde uitspraken over te doen?

Karin Jiroflée (Vooruit): Mijnheer de voorzitter, ik wil namens mijn fractie de drie sprekers heel erg bedanken. Het waren drie heel heldere toelichtingen die ons veel wijzer hebben gemaakt.

Ik heb twee vragen voor professor Gilbert en een vraag voor professor Dewatripont.

Ten eerste, professor Gilbert, wilde ik even doorgaan over het idee van het verplichtinggesprek voor vaccinatie dat u hebt geopperd. Is zoiets haalbaar? Wanneer wij kijken naar de cijfers, dan komen wij waarschijnlijk uit op ongeveer een miljoen burgers die zich niet willen laten vaccineren. Zelfs al vinden wij duizend huisartsen bereid om dat gesprek te voeren, dan lijkt mij dat toch uit te komen op heel veel uren. Hebben wij de middelen daartoe en zijn die middelen op dat moment verantwoord, om één en ander ook financieel haalbaar te maken?

Ten tweede, u hebt het over het opt-outsysteem als manier van werken. Dat is een interessante denkpiste. Hoe gaat het dan verder? Mensen kunnen op een bepaald moment beslissen om eruit te stappen. Wat gebeurt er dan? Volgt er dan een sanctie wanneer zij dat doen? Op welke manier ziet u één en ander doorgaan?

Ik heb ook nog een vraag voor de heer Dewatripont. U hebt aangegeven dat wij het bij het begin van de vaccinaties hebben gehad over een individueel belang hoewel wij een collectief doel nastreefden. Ik zie wat u bedoelt. Daar schuilt een tegenstelling in.

Ziet u, naast uw andere conclusies die allemaal behoorlijk interessant waren en goede pistes waren om verder over te denken, voor dat probleem een oplossing, om één en ander vanaf nu te kunnen keren? U stelt individueel belang versus collectief doel als probleemstelling. Wat zou u nu in de eerste plaats doen om dat te keren, indien daar volgens u één van de grote problemen in schuilt?

Catherine Fonck (cdH): Messieurs, un très grand merci pour vos présentations de ce jour.

Vous avez rappelé le gain de protection individuelle du vaccin contre le covid. Des modélisations relatives au gain en termes de santé publique sont-elles réalisées? Je parle du gain collectif par tranche supplémentaire de personnes qui seraient vaccinées et *boostées*, en sachant que, parmi les non vaccinés, nombre d'entre eux ont eu plusieurs contacts successifs potentiellement avec le covid, tout en disposant d'une immunité non négligeable.

Disposez-vous d'informations quant à l'état de la recherche portant sur un vaccin multivalent? En sommes-nous au début des phases cliniques? Quel en est le calendrier potentiel?

Je voudrais également parler de défauts de communication. À travers mes contacts personnels que je tente de convaincre, je m'aperçois qu'ils considèrent qu'un vaccin en général - et pas seulement celui qui combat le covid - est efficace à 100 %. Or, sauf exception, aucun ne l'est: contre la rougeole, c'est environ 95 %; contre la grippe, 60-70 %, etc. Ce volet ne doit-il pas être intégré dans la communication? Cela n'a jamais été le cas depuis le début. Malheureusement, cette lacune a aggravé les faux espoirs d'une immunité absolue. Or c'est loin d'être le cas, y compris pour les autres vaccins. On ne le rappelle pas suffisamment aux citoyens.

Quant au choix vaccinal obligatoire, cette formule me paraît extrêmement intéressante, car elle intègre les problèmes posés par les informations tronquées dont pâtissent des personnes isolées, mais aussi la dimension du consentement éclairé. De même, les facteurs de risque personnel, parfois sous-estimés, sont pris en compte. Je pense notamment à la surcharge pondérale.

Comment l'appliquer alors que nous savons que plusieurs citoyens n'ont pas de DMG? Comment en faire un levier maximal? Je prends l'exemple de Bruxelles, où 40 % d'habitants sont dépourvus d'un DMG. Comment s'assurer qu'un citoyen n'aille pas chez un médecin - hormis celui avec lequel il existe une relation de confiance - pour simplement obtenir ce document? Par ailleurs, considérez-vous qu'il soit nécessaire d'organiser une consultation obligatoire pour chaque booster? Celui-ci ne devrait-il pas être, dès lors, administré lors de cette visite, au lieu de l'être dans les centres de vaccination?

Le **président**: Merci de conclure, madame Fonck.

Catherine Fonck (cdH): Monsieur le président, il me restait une question. En ce cas, je la poserai à titre personnel aux intervenants.

Le **président**: D'accord, ou bien vous pourrez le faire lors d'un deuxième tour éventuel.

Sophie Rohonyi (DéFI): Messieurs, un grand merci pour vos exposés respectifs. Je vais vous poser des questions à tous, mais en rebondissant à chaque fois sur des propos qui ont été tenus par l'un ou l'autre.

Tout d'abord, j'aborderai ce qui a été dit par M. Molenberghs. Vous avez insisté sur l'impact du variant omicron sur ce débat et sur le fait que, d'ici une semaine ou deux, une grande partie de la population aura été contaminé par le covid. Pouvez-vous me dire de quelle manière cette immunité influe aujourd'hui sur la nécessité de vacciner l'ensemble de la population, notamment au regard du fait, nous le savons, que cette immunité par contagion n'est que temporaire? Nous connaissons tous des personnes qui ont été infectées à plusieurs reprises par le covid. Confirmez-vous que cette immunité protège bien moins qu'une immunité acquise suite à la vaccination?

Vous avez aussi tous insisté sur le fait que c'était finalement un miracle que les vaccins fonctionnent toujours malgré les différents variants. Si l'on se dirigeait vers une obligation vaccinale, devrait-on considérer que celle-ci devrait s'accompagner d'adaptations continues des vaccins? On sait d'ailleurs que les entreprises sont tenues par les contrats européens d'adapter continuellement leurs vaccins.

Autre question appelée par celle-ci: ne vaut-il pas mieux procéder à cette obligation vaccinale au plus vite, avant l'arrivée de nouveaux variants qui sont entourés d'incertitude comme l'a très justement rappelé M. Gilbert? Seront-ils plus ou moins virulents? Les autres orateurs confirment-ils cette incertitude?

Monsieur Gilbert, vous avez insisté très justement sur le fait que la vaccination n'est pas la panacée et qu'elle doit se combiner avec d'autres instruments. Lesquels? Les masques en hiver en intérieur? La filtration de l'air? Parmi les instruments qui sont actuellement utilisés figure le fameux CST sur lequel vous avez été extrêmement critique, au contraire de M. Dewatripont qui considère que le CST est utile aujourd'hui. Il a avancé certaines études à cet égard. Il serait d'ailleurs intéressant que notre commission puisse en disposer.

Monsieur Gilbert, vous avez considéré que si le CST poursuivait un objectif d'incitation à la vaccination, ce dernier pourrait être atteint par l'obligation vaccinale. Je voudrais avoir votre avis à tous sur le pass vaccinal tel que proposé aujourd'hui par le Commissaire Corona, qui ne laisserait plus aucune place aux personnes qui présentent des certificats de guérison ou aux personnes qui ont fait des tests et qui sont négatives. Je voudrais avoir également votre avis sur une obligation vaccinale qui serait combinée à un pass vaccinal; c'est notamment l'option qui a été présentée par le président du PS ce week-end et qui me fait craindre une société du pass, comme l'a évoqué M. Bacquelaine tout à l'heure, alors que le CST doit être temporaire. Je voudrais avoir votre opinion sur ces deux options qui sont sur la table.

Vous avez aussi insisté sur le fait que l'obligation vaccinale devait être pensée sous l'angle de la protection des personnes. Plaideriez-vous pour autant pour une vaccination ciblée sur les plus vulnérables, notamment sur la base de ce qui ce se fait en Italie, comme l'a rappelé M. Dewatripont?

Le **président**: Pouvez-vous clôturer, madame Rohonyi?

L'obligation y est ciblée sur les plus âgés et sur les personnes présentant des comorbidités. Je voulais avoir votre opinion à propos de l'avis rendu par le Comité consultatif de bioéthique qui, lui, n'est pas favorable à une vaccination obligatoire cantonnée aux personnes les plus fragiles. Il considère en effet que la protection des plus fragiles doit reposer sur une logique de solidarité entre personnes et non sur une obligation. Le Comité recommande donc une vaccination pour les plus vulnérables, qui soit volontaire, comme on l'a fait pour la grippe.

Le **président**: Je dois vous arrêter, madame Rohonyi.

Sophie Rohonyi (DéFI): C'est très frustrant monsieur le président.

Le **président**: Je sais bien.

Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le président, peut-on éventuellement communiquer nos dernières questions par écrit?

Le **président**: Vous le pouvez.

Dan geef ik nu het woord aan de leden die nog niet aan het woord geweest zijn. Zij hebben telkens een spreektijd van drie minuten.

Frieda Gijbels (N-VA): Ik was even weggeroepen en hoop dus dat ik niet teveel in herhaling zal vallen. Ik heb een eerste vraag voor professor Molenberghs. Heeft u als biostatisticus weet van modellen over de winst die nog te boeken valt wanneer er bijvoorbeeld een vaccinatieplicht zou komen in Vlaanderen? Daar is immers niet zoveel meer te winnen. Daarbij houden we er ook rekening mee dat niet iedereen zich zal laten vaccineren, ook niet als dat een verplichting wordt. Anderzijds moeten we dus ook rekening houden met de collateral damage die opgelopen zal worden door het wantrouwen in vaccins. Daardoor zou er een lager *uptake* kunnen ontstaan van de klassieke vaccins. Heeft u weet van modellen die dat berekend hebben?

Ik heb ook een vraag aan de heer Gilbert. U sprak over de opt-out, die men kan interpreteren als een soort van informatieverplichting. Weet u of dit ook al in andere landen gebeurt? Is zoiets afdwingbaar? Kunt u daarover nog iets vertellen?

Mijn laatste vraag is er één voor de heer Dewatripont. U heeft het over het minimaliseren van de polarisering in de maatschappij. Zeker op sociale media merken we dit heel fel. Wat zou volgens u het effect zijn van het aanhouden van de CST, het 1G-beleid of de vaccinatieverplichting op de polarisatie? Denkt u niet dat dit één en ander nog zal versterken?

Barbara Creemers (Ecolo-Groen): Mijnheer de voorzitter, ik heb een paar bijkomende vragen, inpikkend op wat er al gezegd is.

Ik heb een vraag aan professor Molenberghs. Professor Dewatripont verwees naar de Franse studie die vorige week verschenen is en die ook geëxtrapoleerd is naar de Italiaanse en – denk ik – Duitse gegevens. Ik heb verschillende opiniestukken gelezen die stellen dat die vergelijking voor ons land niet helemaal opgaat, omdat wij van een hogere vaccinatiegraad vertrokken zijn. Uw collega Dewatripont bekijkt dat economisch. Heeft u ook biostatistische gegevens om die extrapolatie naar de cijfers voor ons land te maken?

Aansluitend bij de vraag van collega Gijbels hoeveel percent we nog kunnen winnen door de invoering van een vaccinatieplicht of een 1G-beleid, wil ik graag weten of we ook modellen hebben die ons kunnen verduidelijken hoeveel minder zorg – ziekenhuisopnames en IC-opnames – dit ons zou kunnen opleveren? Ik weet dat deze vraag ver gaat, maar ik wil het debat ten gronde voeren.

Voor professor Gilbert heb ik een vraag die aansluit bij wat collega Rohonyi zonet al vroeg. We hebben al een hoge basisvaccinatiegraad, maar er is nog veel te winnen bij de booster. Veel mensen die dubbel gevaccineerd zijn maken alsnog een delta- of een omikroninfectie door, zoals de besmettingscijfers aantonen. Hebben we gegevens over hoe het staat met hun immuniteit als zij de basisvaccinatie hebben gehad en daarbovenop een natuurlijke infectie hebben doorgemaakt? Hoe staat het met hun bescherming in vergelijking met mensen die geboost zijn?

Een heel interessant punt is verder die informatieplicht, een soort opkomstplicht voor deze vaccinatie. Binnen het antivaxersmilieu gaan er namelijk meteen gegevens van zorgverstrekkers circuleren die niet zo voor die vaccins gewonnen zijn. We zien dat aan de weerstand tegen de verplichte vaccinatie bij zorgverstrekkers. Hoe staan jullie daartegenover? Moeten we dat erbij nemen? Staat dat jullie voorstel in de weg?

Ik vroeg mij ook af, professor Gilbert, of u weet hebt van het project rond de *community health workers*, dat nu ongeveer een jaar in werking is en waarbij brugfiguren tussen de zorgverleners en de patiënten gaan staan die vaak goed vertrouwd zijn met de moeilijke wijken. Zit er een mogelijke samenwerking in met uw oorspronkelijke idee?

Ten slotte, als we spreken over een verplichting, moeten we het ook hebben over sancties voor wie die verplichting niet nakomt. Heeft u daarover nagedacht?

Zitten hiervan goede voorbeelden in uw basisconcept? Het is immers zeker het overwegen waard.

Gilles Vanden Burre (Ecolo-Groen): Monsieur le président, je remercie les différents orateurs pour leur intervention.

Je souhaiterais poser deux questions. La première a trait au choix vaccinal obligatoire et à la piste qui a été détaillée par le professeur Gilbert. Je me joins ici à mes collègues qui l'ont trouvée extrêmement intéressante. Mais je m'interroge quant à la capacité des médecins généralistes à pouvoir assurer un tel contrôle. Avec vos collègues, avez-vous envisagé comment ce contrôle pourrait être effectué? Étant de Bruxelles, comme M. Marius Gilbert, je sais qu'environ 30 % des Bruxelloises et des Bruxellois n'ont pas de médecin généraliste. Ce faisant, un problème très concret se pose au niveau du terrain, même si je tiens, à nouveau, à préciser que l'idée est vraiment intéressante. Il en est de même pour ce qui concerne notamment l'*opt-out* ou d'autres obligations. Sur le principe, votre piste est très

intéressante. Je voudrais savoir s'il existe déjà des éléments de réponse en la matière.

Ma deuxième question est en lien avec l'intervention du Pr Mathias Dewatripont au sujet de l'obligation vaccinale partielle. L'exemple de l'Italie a été donné. Cette obligation concerne – si je me souviens bien – les personnes de plus de 55 ans. Ma collègue Sophie Rohonyi a rappelé les vives craintes décrites dans le rapport du Comité de bioéthique en matière de discriminations potentielles. Comment identifier ces personnes? Je me réfère ici au respect de la vie privée. Pourriez-vous nous faire part, messieurs, de vos réflexions à cet égard? En effet, il est important de bien peser le pour et le contre notamment des mesures qui ont été prises dans d'autres pays.

Patrick Prévot (PS): Monsieur le président, mon ordinateur m'a lâché pendant les auditions. Je suis donc obligé de suivre les débats avec mon smartphone et sans casque. C'est la raison pour laquelle je vous demande de bien vouloir faire preuve de souplesse et d'accepter que ma collègue, Laurence Zanchetta, s'exprime au nom de mon groupe.

Le **président**: Monsieur Prévot, j'accepte de faire preuve de souplesse et j'accède à votre demande.

Je suppose que beaucoup ont été surpris par la limitation du temps de parole. Je rappelle que je suis ouvert à toutes les propositions. Mais nous discuterons, si vous le souhaitez, de ces propositions demain.

Quoi qu'il en soit, il était nécessaire de limiter les temps de parole afin de permettre aux orateurs de répondre aux questions qui leur sont posées.

Madame Zanchetta, je vous donne donc la parole pour un maximum de trois minutes.

Laurence Zanchetta (PS): Monsieur le président, je souhaiterais simplement savoir quels sont les éléments qui pourraient convaincre ceux qui ne sont pas encore vaccinés de changer d'avis. Je voudrais entendre nos invités à ce sujet. En rendant la vaccination obligatoire ne fait-on pas changer la responsabilité de camp? Cela pourrait-il avoir un impact sur les citoyens? Je me réfère à ce qui a été dit précédemment.

On a pu constater que l'introduction du pass sanitaire en France, lors de l'été dernier, et chez nous, par la suite, avait eu un impact certain sur la vaccination. Cette question a fait l'objet de discussions. Mais les chiffres diffèrent parfois selon les experts. A-t-on une idée claire de l'impact qu'a eu l'introduction du pass sanitaire et du CST, mais aussi de l'impact que pourrait avoir le pass vaccinal sur la vaccination? M. Molenberghs peut peut-être répondre à cette question. Peut-on mesurer ce que le pass sanitaire et la vaccination ont pu avoir isolément comme impact sur l'économie? Cette question s'adresse plutôt à M. Dewatripont. Enfin, a-t-on pu examiner la question de savoir si les citoyens pourraient adhérer davantage à une obligation vaccinale qu'à une obligation déguisée, comme peut sembler l'être le pass sanitaire? Une obligation vaccinale pourrait-elle avoir l'avantage de mettre tous les citoyens sur un pied d'égalité et d'éviter une dualisation de la société?

Steven Creyelman (VB): Mijnheer de voorzitter, ik dank de sprekers voor hun zeer interessante en grondige toelichtingen. Ik heb nog enkele specifieke vragen.

Professor Molenberghs, in uw inleiding zei u dat wij door het huidige testbeleid niet langer een reëel zicht hebben op het aantal reële besmettingen. Hoe moeten wij die, toch wel gebrekkige, cijfers op een goede manier gaan gebruiken, om daarop een beleid af te stemmen? Is de waarde van de parameter van het aantal besmettingen dan nog even groot als pakweg twee jaar geleden?

Professor Dewatripont, professor Molenberghs, wat is volgens u de marginale meeropbrengst van een verplichte vaccinatie, aangezien 90 % van de Vlamingen reeds dubbel gevaccineerd is en aangezien heel wat Vlamingen geboosterd zijn? Waarop moeten wij onze euro's eerst inzetten? Op het bereiken van niet-gevaccineerden, om een hogere basisvaccinatiegraad te bereiken, eventueel met een booster achteraf? Of moeten wij eerder inzetten op het boosteren van het dubbel gevaccineerde deel van de bevolking, het zogenaamde laaghangend fruit?

Professor Dewatripont, in hoeverre vreest u een backlash in het aantal faillissementen en op de arbeidsmarkt wanneer de steunmaatregelen volledig wegvallen? Welke sectoren zijn daaraan volgens u het gevoeligst? Met andere woorden, een beetje kort door de bocht, welke economische gevolgen van corona staan er voor ons nog op de agenda?

Ten slotte, zijn er volgens u redenen van economische aard die pleiten voor een vorm van verplichte vaccinatie? Als ik uw redenering over het CST goed heb begrepen, zegt u daarop op een of andere manier wel ja. Dan rijst voor mij de vraag of het debat niet moet worden geopend voor seizoensgebonden virussen, zoals griep, aangezien die ook een impact hebben op het dagelijks leven en onze economie in het bijzonder.

Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de voorzitter, de N-VA-fractie heeft drie leden. Onze fractieleider, de heer Peter De Roover, is verontschuldigd, omdat er een overleg is, maar wij hebben nog een aantal vragen, die ik kort zou willen stellen.

De voorzitter: Ik zal vandaag soepel zijn, maar blijf alstublieft binnen de drie minuten.

Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de voorzitter, dat zal ik zeker doen.

Ik heb nog een vraag over de vaccinatie van jongeren en kinderen. Vanochtend was er daarover een gesprek in *De Ochtend* op Radio 1. Professor Vansweevelt sprak daar over de vraag of wij jongeren moeten gaan boosteren zonder EMA-advies. Beste sprekers, graag had ik uw inzichten daarover vernomen. De taskforce Vaccinatie buigt zich over deze vraag. In hoeverre is het medisch en wetenschappelijk verantwoord om een booster te gaan aanbevelen of verplichten zonder het EMA-advies?

Er werd ook gesproken over doelgroepvaccinatie. Kunnen wij dat verplichten? Ik maak daar de vergelijking tussen een 50-plusser zonder comorbiditeiten en een 45-jarige met comorbiditeiten. Kunnen wij ethisch verantwoorden dat wij de groep 50-plussers verplicht jaarlijks gaan vaccineren? Ik maak dan de extrapolatie naar het griepvaccin. Moeten wij dan ook het griepvaccin gaan verplichten? Of is dat een vergelijking die niet opgaat?

Er is geen vrije keuze. Stel dat er in 2023 andere vaccins zijn, peroraal of nasaal. Kunnen wij dan die vrije keuze van vaccins, in combinatie met een gesprek tussen arts en patiënt, bepleiten? Of pleit u ervoor dat de overheid telkens gaat bepalen welk vaccin de mensen krijgen?

Le **président**: Je vais donner la parole aux trois orateurs. En ce qui me concerne, on peut continuer jusqu'à 13 h 30. Je ne sais pas si les orateurs ont des impératifs de temps. Pouvez-vous rester jusqu'au bout?

Mathias Dewatripont: Je peux rester.

Geert Molenberghs: Voor mij gaat het ook.

De **voorzitter**: Goed, dan komen de sprekers nu terug aan het woord.

Geert Molenberghs: Mijnheer de voorzitter, ik zal de vragen bundelen en beantwoord eerst de vragen over de werkzaamheid van de vaccins. Wij horen, bijvoorbeeld van collega Schoofs, dat de vaccins niet werken tegen transmissie. Ik wil dat tegenspreken. Het is geen zwart-witverhaal, dus niet nul procent of honderd procent. In de eerste periode, toen de vaccins nog niet op de markt waren, maar wel de eerste klinische studies uitgebracht werden, was er sprake van een bescherming tegen transmissie van 90 tot 95 % bij de mRNA-vaccins en eerder 70 % bij de adenovaccins als AstraZeneca en Janssen. Dat geeft vooreerst al aan dat het vaccin zeer werkzaam was tegen symptomatische covid, maar niet perfect. Dat tweede gegeven is ook belangrijk voor de communicatie want op een gegeven moment - het is weliswaar een moeilijk gegeven - heerste er toch een zwart-witverhaal waarbij werd gesteld dat de vaccins ofwel werken ofwel niet werken. Een werkzaamheidsgraad van 70 % betekent in individuele gevallen dat een aantal mensen wel degelijk een besmetting kan oplopen. We mogen niet vergeten dat de vaccins altijd een zeer grote werkzaamheid hebben behouden tegen de ernstige eindpunten als hospitalisatie, opname in intensieve zorg en mortaliteit. Onze cijfers, klinische studies, studies op het terrein en monitoring in verschillende landen, gaan allemaal in dezelfde richting. Wij weten ook dat de vaccins wat van hun werkzaamheid verliezen naarmate de tijd verstrijkt en ook minder werkzaam zijn ten opzichte van nieuwe varianten, tot op het punt dat een boosterprik moest worden toegediend, maar ze behouden wel degelijk werkzaamheid.

Welke winst valt er nog te boeken met een toenemende vaccinatiegraad? Bij die vraag werd verwezen naar Vlaanderen, Brussel en Wallonië. In Vlaanderen heeft 80% van de bevolking een basisvaccinatie gehad. Vaak wordt het cijfer van 90 % genoemd, maar dat geldt voor de volwassenen, terwijl we nu de gehele bevolking bespreken. In het najaar van 2021 lag het aantal infecties in de lagere scholen dubbel zo hoog als onder de Vlaamse bevolking, waarvoor ik kan verwijzen naar cijfermateriaal van het CLB.

In het middelbaar, waar de vaccinatie was gebeurd, was het de helft van de algemene bevolking. De werkzaamheid was zeer duidelijk. Er zijn wel heel wat kinderen die een corona-infectie hebben doorgemaakt, vaak zelfs zonder het te weten. Dat geeft ook een bescherming. De voortschrijdende seroprevalentiestudie is in die zin natuurlijk van belang. Op basis van cijfermateriaal bij kinderen en bij volwassenen is gebleken dat de bescherming van een infectie en vaccinatie samen een veel belangrijkere, bredere immuniteit geeft. We moeten dat blijven volgen. Dat blijkt echter uit heel veel studies. Antivirale middelen zullen daar ook een rol in spelen, maar daar is nog heel veel werk voor nodig. Het is ook geen magisch middel omdat het *window of opportunity* om patiënten te

behandelen vaak kort is. Het moet voldoende vroeg gebeuren. Het heeft ook een zeer grote kostprijs. Antivirale middelen zullen hoe langer hoe meer een rol spelen, maar er is nog wel tijd nodig.

Hoeveel winst is er te boeken met een toenemende vaccinatiegraad? In de deltaperiode was de incidentie in Vlaanderen het hoogste van de drie regio's, in tegenstelling tot het najaar van 2020 waar de incidentie in Wallonië het hoogste was, gevolgd door Brussel en in Vlaanderen het laagste. Dat heeft natuurlijk te maken met het contactgedrag op dat ogenblik. We zagen het trouwens meer op het platteland dan in de stedelijke gebieden. Veel heeft te maken met de nog grote groep die niet gevaccineerd was. 350.000 Vlaamse volwassenen zijn nog niet gevaccineerd. Dat is geen verschrikkelijk groot percentage. Het modelleringswerk van het team van de UHasselt en de Universiteit Antwerpen heeft aangegeven dat de deltapiek veel kleiner zou geweest zijn als een vaccinatie mogelijk was geweest bij de kinderen onder de twaalf jaar, wat niet kon. Er is immers een contingent van mensen, lagereschoolkinderen, die voortdurend met elkaar in contact komen en daardoor is het virus fel beginnen te circuleren. Heel wat van de kinderartsen wijzen nu ook op het belang van de vaccinatie bij kinderen voor het collectieve belang, dat is er altijd geweest, maar in het bijzonder toch ook om gelukkig nog zeldzame aandoeningen te voorkomen, zoals MIS-C, het multisysteem inflammatoir syndroom. MIS-C kan behandeld worden, maar is toch niet zo fijn, noch voor de kinderen, noch voor de ouders.

Uit een landenanalyse bleek dat in de deltagolf de landen met een hogere vaccinatiegraad het veel beter deden op alle drie de eindpunten: besmetting, hospitalisatie en mortaliteit.

Het belang van een hoge vaccinatiegraad staat daarbij voorop.
We moeten wel één zaak in het achterhoofd houden. Het belang van de toename van de vaccinatiegraad is niet lineair. Als we van 40 naar 45 % gaan, zal dat nog niet zo heel veel effect hebben, maar gaan we van 80 naar 85, 90 en 95 %, dan is dat wel het geval. Die laatste "kilometer" is erg belangrijk voor de positieve effecten.
Dat hebben we gezien bij de vergelijking met Portugal en Spanje. Dat brengt ons meteen bij een aantal vragen over de internationale situatie. Portugal heeft na een periode van streng beleid een zware golf doorgemaakt in de winter van 2020-2021. Daarna heeft het land de vaccinatiecampagne op gang gebracht. Dan is Portugal opnieuw getroffen geweest, als één van de eerste landen op het Europese continent, in de deltaperiode. Dan is de vaccinatie echt in een stroomversnelling gegaan en heeft men op dat ogenblik het hoogste percentage van de wereld bereikt. Daardoor is de Portugese deltagolf van dat najaar zeer mild geweest. Die hadden ze al voor een stukje doorgemaakt. Ze hadden al een hoge vaccinatiegraad. Maar in de omikronperiode, waar de vaccins geen volledige bescherming meer tegen bieden, zien we dat het aantal patiënten op de afdelingen intensieve zorg in deze landen schijnbaar toch stijgt.
Wij kwamen uit een zware deltagolf. Deze is gedurende een hele tijd afgebouwd, tot op vandaag nog, alvorens we daar effecten van omikron kunnen zien. Er zijn immers inderdaad opnames van patiënten met omikron op de afdeling intensieve zorg en die nemen de laatste dagen toe. Dat brengt me bij de vraag of we de piek bereikt hebben. Als we de meest recente dagcijfers vergelijken met die van de week daarvoor, bijvoorbeeld donderdag 27 en vrijdag 28 januari 2022, dan zien we tekenen van een daling. We hebben een slag om de arm. We zagen de groei verminderen in de eerste week van januari 2022, maar naar het einde van die week toe is de groei opnieuw versneld en hebben we een tweede impuls gehad van omikronbesmettingen met de gekende golf.
Dat sluit naadloos aan op de vraag of we het cijfermateriaal kunnen vertrouwen. We kunnen immers niet elke besmetting vaststellen. Dat is nooit het geval geweest. Tijdens de eerste golf in 2020 stelden we misschien één op dertig besmettingen vast. In de zomer van 2020 was dat één op twee, één op drie, in sommige periodes één op vijf. Vandaag wordt nog steeds ingeschat dat we één op vier à één op vijf gevallen vaststellen. Het werkelijke aantal is dus veel hoger.
Wij hebben natuurlijk niet enkel de besmettingen als belangrijke indicator, wij weten hoe het zit in de specifieke groep van de symptomatische besmettingen, die wij altijd op dezelfde manier bleven volgen, en wij kijken uiteraard ook naar de barometer, het aantal hospitalisaties en het aantal opnames op intensieve. Wij kijken ook heel nauwgezet naar de positiviteitsratio, die het hele dashboard betrouwbaar maakt.

Waar gaan we naartoe in de lente, de zomer en de herfst? Wel, dan zullen wij natuurlijk meer weten over de werkzaamheid en de *waning* van werkzaamheid van de booster.

Wat het rijk van de varianten in petto heeft, weet niemand. Daarom moeten wij inderdaad, zoals iemand gezegd heeft, optimistisch maar niet naïef zijn. Wij moeten ons er op voorbereiden dat er opnieuw periodes kunnen komen met code rood, zelfs wanneer wij gedurende lange periodes in code geel gezeten hebben. Wij hopen allemaal dat

het niet nodig zal zijn, natuurlijk.

Wat het seizoenseffect zal geven? Het seizoenseffect is er wel. In de zomer is het virus iets makkelijker te controleren dan in de winter. Maar wij mogen ons daar niet op verkijken: er zijn heel wat voorbeelden in de wereld, denk maar aan Nederland en Spanje in de voorbije zomer, waar er toch grote golven waren in de zomer. Zelfs in warme streken. Dat heeft natuurlijk heel veel te maken met het contactgedrag.

Ik meen dat dit een belangrijk element is voor de communicatie. Men moet zo duidelijk mogelijk communiceren over de werkzaamheid van de vaccins: wat zij wel doen en wat zij niet doen. Het is geen kwestie van 100 % of 0 %. Zaken als het rijk van de vrijheid te vroeg aankondigen, is gevaarlijk.

Wanneer bereiken wij de endemische fase? Wel, bij deze enorme virusdruk in Europa, bij ons, wereldwijd, is het daar nog wat te vroeg voor. Het is pas als wij een tijdje zien dat er wel golven komen maar dat die onder controle blijven, met af en toe een uitschieter, dat wij kunnen vaststellen dat wij in de endemische fase zitten. Wij kunnen niet zomaar op de kalender een kruisje zetten wanneer de endemische fase zal beginnen. Denk aan de normale griepseizoenen en de andere respiratoire aandoeningen.

Ik meen dat dit, wat samengevat en wat kort misschien, mijn eerste antwoorden zijn.

Marius Gilbert: Monsieur le président, beaucoup de choses ont déjà été dites par le Pr Molenberghs. Je peux en tout cas confirmer l'information sur l'immunité naturelle *versus* l'immunité vaccinale. Ce qu'on voit en plus, c'est que ce sont des immunités qui ne sont pas forcément les mêmes, c'est-à-dire que l'immunité vaccinale aura moins d'impact au niveau des muqueuses. C'est d'ailleurs une de ses limites car c'est une immunité qui va stimuler à la fois la production d'anticorps dans le corps et qui va aussi stimuler les lymphocytes B et les lymphocytes T cytotoxiques. C'est donc une immunité plutôt corporelle. En réalité, on se rend compte que ce sont deux immunités qui sont relativement complémentaires et qu'une personne qui aurait fait un schéma vaccinal complet et qui aurait été infectée aura une immunité qui sera probablement encore un peu plus complète.

Je pense qu'il faut peut-être à un moment donné cesser d'opposer ces deux types d'immunité. On le voit beaucoup dans le débat public. Certains disent que l'immunité naturelle est meilleure et d'autres disent que l'immunité vaccinale est meilleure. En réalité, c'est un faux débat. Ce qui est réellement important, c'est d'avoir des expositions répétées à l'un ou à l'autre. C'est la répétition de ces expositions qui va permettre le déploiement d'une réponse immunitaire qui soit à la fois forte et diversifiée. Et, si elle est diversifiée, elle est *a priori* plus efficace pour lutter contre d'autres variants qui pourraient émerger. Voici pour le premier élément.

Le deuxième élément sur lequel je voudrais revenir transparaît au travers des différentes questions mais aussi dans le débat public. On voit bien que deux visions s'opposent: d'une part celle d'une vaccination ciblée sur certains groupes en fonction de leur profession ou de leur profil de risque et, d'autre part, une vaccination généralisée à l'ensemble de la population.

Par rapport à cette question-là et en particulier par rapport à la question des personnes à risque, je pense qu'il est vraiment important de rappeler que, bien sûr, il existe des personnes qui sont plus à risque que d'autres de faire des formes sévères mais il y a aussi dans la population un grand nombre de personnes qui sont des personnes à risque qui s'ignorent. Ce sont des personnes qui ne sont pas particulièrement âgées, qui ne présentent pas de comorbidité particulière et qui, pour des raisons probablement d'origine génétique - on commence à identifier toute une série de facteurs qui influencent le risque mais qui se retrouvent dans différents marqueurs moléculaires - sont à risque de faire des formes sévères sans le savoir.

Je considère que ces personnes-là ont, au même titre que les autres, le besoin d'être protégées et que, dès le moment où la vaccination a un profil de risque extrêmement faible en termes d'effets secondaires, il n'y a pas de raison de ne pas adopter une politique de vaccination assez généralisée.

Une question est revenue au travers de différentes sous-questions. Il est difficile de les prendre toutes dans le détail. Il y en a eu beaucoup. C'est une des questions sur la manière dont on intègre la vaccination et l'obligation vaccinale dans une stratégie à long terme. Que peut-on entendre par-là? C'est en fait réfléchir à deux choses, à des mesures qui sont susceptibles d'avoir des bénéfices pour notre santé publique au-delà du SARS-CoV-2, c'est-à-dire que nous sommes dans un contexte incertain. Nous ne savons pas, au jour d'aujourd'hui, vers quoi nous nous dirigeons en termes d'évolution virale. Il y a effectivement un certain nombre d'instruments qui peuvent être mis en place dès maintenant et qui auront un bénéfice sur la santé publique, quoi qu'il arrive. Je pense ici au déploiement d'une meilleure médecine de proximité, en particulier vis-à-vis des plus précaires. Je parle ici d'efforts structurels menés

sur la ventilation et la qualité de l'air qui auront des effets bénéfiques sur la santé publique indépendamment de la pandémie ou de l'endémie qui nous occupe. Un troisième axe que je veux être sûr de ne pas oublier non plus, c'est la poursuite et l'intensification des investissements au niveau des structures hospitalières et des capacités de soins. Il s'agit là de trois axes très importants d'une politique de santé publique qui auront des bénéfices immédiats si on les met en œuvre rapidement et qui auront des bénéfices à long terme sur la santé de notre population.

Ensuite, à côté de ces investissements structurels, il y a les instruments individuels qui vont sans doute encore faire partie pendant un certain temps de notre *toolkit*, de notre boîte à outils, que chaque citoyen peut être amené à utiliser dans différentes circonstances, en fonction des phases. Je pense ici particulièrement au masque. Effectivement, le masque va rester un instrument utile en certains lieux et en certains moments. Je pense aussi à l'utilisation de tous les autotests qui permettent à chacun de limiter, de gérer un petit peu plus, en tout cas de se mettre en quarantaine si un autotest se révèle être positif et donc de gagner énormément de temps par rapport au dispositif qui est en place.

Deux dispositifs sont mis en question pour des raisons différentes. Le premier est le CST, le pass vaccinal. Je voudrais bien préciser les quelques critiques que j'ai pu formuler à son encontre. Ma première critique vise principalement sa capacité à contenir les transmissions dynamiques épidémiques en tant que telles. Je n'en conteste pas le bénéfice en tant qu'incitant à la vaccination. Indirectement, il offre l'avantage d'une efficacité vaccinale vis-à-vis de la transmission. Pour le dire autrement, si l'on traite différemment la question de l'incitant - et peut-être est-ce trop tôt pour le faire, puisque Mathias a bien insisté sur le caractère compliqué de certaines mesures yo-yo… Et nous ne sommes pas dans une réflexion immédiate, puisqu'elle vise aussi le long terme. Si l'on parvient à régler le problème de l'incitant par d'autres dispositifs, celui-ci comporte une efficacité limitée sur le plan de la limitation de la transmission.

Nous n'avons pas encore parlé d'un deuxième aspect. Si nous restons dans des profils de dangerosité et de transmissibilité comme celui du variant omicron, la question du *testing* et du *tracing* se posera. Lorsque le nombre de personnes positives équivaut à celui que nous connaissons maintenant, la valeur ajoutée de chaque test est telle que le système est complètement débordé, de sorte qu'il faut s'interroger sur son rapport coût-bénéfice. Il est sans doute trop tôt pour le faire, mais il faudra y réfléchir lorsque nous devrons basculer d'une gestion pandémique à une gestion endémique.

Enfin, le baromètre est quelque chose de tout à fait utile. En effet, les autres instruments -masques, autotests, etc. - qui sont individuels, peuvent très bien s'y inscrire. Le baromètre produit un indicateur de dangerosité qui, comme l'a souligné Geert Molenberghs, n'est pas uniquement saisonnier. On ne peut pas dire que la période de risque est située, par exemple, entre décembre et février. Certaines évolutions épidémiques peuvent déboucher sur des complications à d'autres moments. Disposer d'un instrument qui nous aide à communiquer facilement à ce sujet me semble extrêmement utile dans une stratégie à moyen et à long termes.

Je voudrais répondre aux différentes questions qui ont tourné autour de l'idée d'une obligation de choix vaccinal ou de *opt-out*. Sur le caractère ambitieux et sur le coût, je ne minimise pas le coût d'un dispositif comme celui-là mais nous avons mis en place dans le cadre de cette pandémie des systèmes ambitieux autant en termes logistiques et qui ont eu un coût important également. Tout le dispositif de *testing* et *tracing* ne s'est pas fait en un jour. Toute la campagne de vaccination ne s'est pas faite en un jour. Si on est dans une réflexion à long terme, je pense qu'on peut envisager ce type d'instrument.

Il ne m'appartient pas d'en définir tous les contours, tous les détails. D'abord, c'est une réflexion qui n'a pas été menée à son terme. Il y a énormément d'intervenants, en particulier les représentants de la médecine générale, qui devraient être impliqués dans cette réflexion.

Les *community health workers*, les personnes qui ont été chargées de faire de la sensibilisation de terrain à Bruxelles, je connais bien le dispositif puisque j'ai été amené à faire des séances de formation pour certaines des équipes. J'ai bien pu mesurer aussi toute la difficulté que ces équipes rencontraient. C'est ici que l'obligation peut avoir quelque chose d'intéressant parce que ces personnes-là se heurtent à la fois dans leur rôle et dans leur travail non seulement au fait qu'elles se retrouvent en groupe, donc elles rencontrent quelqu'un qui est entouré de ses proches, et ce n'est pas facile d'engager un dialogue, surtout s'il y a une forme d'opposition par rapport à la vaccination. Puis, leur activité se limite à l'espace public. Elles n'ont pas la possibilité de déclencher cette rencontre de façon un peu plus obligatoire et c'est ici que l'obligation pourrait avoir un certain intérêt en amenant des personnes à devoir elles-mêmes se déplacer pour poser cette question-là.

Je pense que c'est une obligation qui est infiniment plus légère et plus facile à accepter, même d'un point de vue symbolique, qu'une obligation de se faire injecter un vaccin qui cristallise énormément d'opposition.

Par rapport aux antivax et au fait qu'ils puissent se trouver un médecin complaisant qui acceptera de dire les yeux fermés "vous ne pouvez pas faire le vaccin", je dirais simplement que les antivax, même avec l'obligation vaccinale, il y a de fortes chances qu'ils ne se fassent pas vacciner de toute manière et qu'ils vont préférer payer une amende ou échapper au dispositif plutôt que cela. Je dirais au contraire, ici, cela va responsabiliser les médecins qui auront dit ou auront participé à ce choix.

Contraignante oui: de la même manière dont on peut considérer que le vote est obligatoire et qu'il y a une contrainte. On peut être éventuellement amené à avoir une amende si on ne vote pas. On sait très bien que c'est poursuivi ou non, avec plus ou moins d'intensité. Mais cette question peut être laissée à d'autres appréciations.

Oui, je rendrais effectivement ce dispositif contraignant pour justement amener un certain nombre de personnes à poser ce choix et à ne pas simplement… Sinon, je pense qu'on se rapproche trop des dispositifs actuels et qu'on manquerait l'objectif. Pour chaque booster: pourquoi pas? Dans la mesure ou par un mécanisme comme celui-là, on enclencherait une roue qui chercherait à ré-accrocher un certain nombre de personnes à une forme de médecine de proximité. Peut-être que se reposer la question à chaque campagne de vaccination permettrait effectivement, pour les personnes en doute, de ré-interroger ce choix à la lumière des connaissances, de l'évolution de l'épidémie dans notre pays. La question reste ouverte à mes yeux mais je dirais effectivement: pourquoi pas?

Je voudrais clôturer ma réponse sur une conviction. Je pense que nous devons vraiment aller collectivement vers une forme d'apaisement. Nous devons être infiniment plus parcimonieux, maintenant, dans l'utilisation des outils et de la communication qui divisent notre société entre vaccinés et non-vaccinés. Je pense que ces dispositifs ont eu et peuvent encore avoir un certain intérêt incitatif en termes de communication, mais que ce sont des bénéfices à court terme que l'on paie sur le long terme dans la confiance entre le gouvernement et les citoyens. Cette confiance est un élément très important. On voit que les pays qui se sont montrés les plus résilients vis-à-vis de la pandémie de manière générale sont ceux qui ont réussi à maintenir le taux de confiance le plus important entre les citoyens et la population. Je pense qu'il faut vraiment être extrêmement parcimonieux dans la communication et dans les instruments qui séparent et catégorisent notre société entre différents compartiments.

Je pense avoir répondu à une série de questions. Peut-être pas à toutes et vous m'en excuserez. Je profite de cette dernière intervention pour faire ce que je n'ai pas fait au début de mon intervention c'est-à-dire vous remercier de m'avoir invité à contribuer à ce débat que je trouve très important. Je suis très heureux que le Parlement ait repris la main. C'est en effet une critique très importante qui a été formulée vis-à-vis de la politique sanitaire: elle a été très fortement menée par le pouvoir exécutif. Je suis donc très heureux de participer à ces échanges. Merci beaucoup.

Le **président**: Merci, monsieur Gilbert. C'est avec plaisir et c'est notre devoir, je pense. La parole est à M. Dewatripont pour ses réponses.

Mathias Dewatripont: Monsieur le président, contrairement à Geert Molenberghs et Marius Gilbert, j'avais oublié de parler de conflit d'intérêts potentiel. Je n'ai pas de conflit d'intérêts. Je sais qu'il a été évoqué par certains que, ayant été conseiller du président de la Commission européenne, José Manuel Barroso, entre 2005 et 2010, j'aurais un conflit d'intérêts parce que M. Barroso est maintenant président de l'Alliance Globale pour les Vaccins (depuis 2020).

Je n'ai aucun contact avec cette organisation qui essaie d'augmenter la vaccination, depuis un certain nombre d'années, dans les pays pauvres en particulier, entre un partenariat public-privé avec les États membres, la Banque mondiale, l'OMS, l'Unicef, l'industrie pharmaceutique, les ONG, etc.

Indépendamment de ce que l'on pense de cela, je tiens à dire que je lui parlais, entre 2005 et 2010, de l'économie européenne, avec une série d'autres universitaires et académiques. Bien entendu, nous n'avons jamais parlé de tout cela, et je ne lui ai plus parlé depuis 2010.

Ceci étant dit, je remercie les membres de la commission pour toutes ces questions. Je vais essayer d'y répondre le mieux possible, sans répéter ce que Geert Molenberghs et Marius Gilbert ont dit.

Mme Depoorter a demandé si on peut extrapoler les 4 000 vies épargnées, selon cette étude, à la France. Je vous présente mes excuses pour avoir été un peu vite. C'est vrai qu'on pourrait dire qu'il faut faire attention, car certaines régions partaient

de plus haut que la France, d'autres de plus bas. Il est clair qu'en moyenne, la Belgique était un peu mieux, à l'époque. On pourrait dire en effet que 650, c'est haut. Bruxelles, par contre, était à un niveau plus bas. Donc on pourrait dire que 10 % de 650 (65) c'est un peu trop peu, si on voulait faire l'extrapolation. J'enverrai les études au secrétariat de la commission.

Mme Sneppe a posé une question concernant un petit papier que j'avais écrit en mars 2020, avec Michel Goldman, mon collègue immunologue, avec Éric Muraille, qui est infectiologue, et un économiste, Jean-Philippe Platteau. À l'époque, alors qu'il y avait des lockdowns complets, quid de la possibilité de faire un test type PCR et un test sérologique pour voir qui pouvait reprendre le travail?

Cette idée n'a pas été suivie, tout simplement parce qu'à l'époque, la capacité de *testing* était très faible. Un avantage de ce papier qui – il est vrai – n'a pas très bien vieilli réside dans le fait que cela nous a permis de rencontrer Marius Gilbert et que, grâce à celui-ci, on a écrit un papier sur la *lockdown exit strategy* qui a été publié, en avril, dans *Nature Medicine*, qui, pour sa part, a beaucoup mieux vieilli.

Aujourd'hui, le *testing* pour ce qui concerne les tests PCR et les autotests est considéré comme très important. La sérologie reste – semble-t-il –, d'après les médecins, très compliquée.

Je vais, tout d'abord, répondre aux questions plus spécifiques pour répondre, ensuite, aux questions plus générales.

Je crois que c'est Mme Jiroflée qui a posé la question de l'actualité de mon idée qu'on avait commis une grande erreur de se lancer en déclarant que cela rendrait la totale liberté pour tous et que cela permettrait d'atteindre une immunité collective. À l'époque, on ne s'est pas rendu compte qu'on annonçait deux choses incompatibles et qu'il fallait laisser tomber l'une des deux.

La leçon à tirer pour l'avenir, c'est qu'il faut toujours faire preuve de prudence et qu'il faut se laisser des options. Comme je l'ai dit, avec omicron, la situation est très incertaine. Il ne s'agit donc pas de prendre une grande décision comme l'obligation vaccinale, le pass vaccinal ou le retour à une liberté totale. Je ne crois pas qu'aujourd'hui, ce soit le bon moment de prendre ce genre de décision. Il est bon de débattre, de voir comment va évoluer la situation, et de se préparer pour l'automne, période durant laquelle ces questions seront importantes.

M. Creyelman a parlé de la question de la valeur ajoutée de l'obligation vaccinale en Flandre. Je suis d'accord pour dire que plus de gens sont vaccinés, plus la valeur ajoutée d'une mesure supplémentaire est limitée. Ceci étant dit, cela reste utile pour tout le monde.

Il y a aussi la question économique. Quelqu'un a parlé du coût de 70 euros d'un vaccin plutôt que 24 euros. Outre le fait que les prix des vaccins sont secrets, on sait que leur prix peut être décuplé. Il n'en reste pas moins que, d'un point de vue économique, cela reste, selon moi, très utile. Au niveau des économistes, il existe un consensus pour dire que c'est le virus qui tue l'économie et pas les mesures. Celles-ci sont nécessaires pour combattre le virus, et elles le sont d'autant moins qu'on vaccine plus. C'et là qu'il y a un avantage économique également.

Une très bonne question a été posée par plusieurs personnes: quid de suivre le raisonnement jusqu'au bout et d'obliger le vaccin contre la grippe? La question est intéressante. Je n'ai jamais dit que la vaccination obligatoire s'imposait. Je crois en effet que la grippe même si elle tue – si j'ai bien compris – entre 1 000 et 2 000 personnes par an, elle ne handicape pas l'économie. Si l'on converge vers ce genre de situation, il n'y a absolument aucune raison économique de dire qu'il faut rendre la vaccination obligatoire de ce point de vue-là.

Après, il y a l'aspect santé publique et tous les débats qui dépassent mes compétences sur la santé, la liberté, etc. Je crois que les choses évoluent au cours du temps. Il faut rester modeste et ne pas se lancer de manière trop radicale ni trop rapide.

Une question de M. Creyelman concerne le risque de faillites massives si l'on termine les protections. La Banque nationale, par exemple, a les meilleures sources. C'est avec le gouverneur de la Banque nationale Pierre Wunsch que l'on avait co-présidé le congrès des économistes francophones que j'ai évoqué. L'adresse du site se trouve sur les *slides*. Il est clair que lorsqu'une série de mesures s'arrêteront, cela peut faire mal. On a eu moins de faillites depuis la période corona qu'avant (comparaison temporelle). La bonne nouvelle est que cela ne se passera pas comme lors des crises financières où typiquement, l'après-crise est long et douloureux parce que les gens ont trop emprunté; plutôt que de dépenser, ils doivent rembourser leur dette. Dans la crise corona, c'est plutôt de l'épargne forcée. Comme vous le voyez, la demande est bonne. Le problème est que l'offre ne suit pas, raison pour laquelle il y a de l'inflation.

Pour les entreprises, le problème est plus d'avoir accès aux travailleurs disponibles que d'avoir un problème d'absence de clientèle. Cela dit, dans une société, il y a toujours des changements structurels et d'autres comme, par exemple, le télétravail qui aujourd'hui est à quatre jours au moins. Si je comprends bien, les gens aimeraient en faire deux par semaine. Ce ne sera pas bon pour les restaurants urbains le midi.

Certains ajustements ne seront pas faciles, et là les faillites seront peut-être problématiques.

En termes d'incitations positives, négatives, court terme, moyen terme, de nombreuses questions ont été posées.

Mme Hennuy a demandé une clarification à propos de la différence concrète entre le court terme et le moyen et long terme. À court terme, personnellement, je soutiens à 100 % la décision du Codeco de rendre le pass sanitaire contingent au booster, de l'introduire dans le baromètre et de le garder en codes orange et rouge. Ce que je dis n'est pas controversé, je me contente de soutenir le gouvernement.

L'intérêt du CST, comme certains l'ont dit, pour convaincre les gens qui n'ont pas encore été convaincus par la première dose est limité parce que les gens, soit en parlent depuis très longtemps et ont choisi, soit n'ont toujours pas été contactés, ce qui signifie qu'ils sont difficiles à contacter. Il faut réfléchir à quelque chose d'autre.

Par contre, il reste un réservoir important de personnes qui ont eu une ou deux doses, mais qui n'ont pas reçu leur booster. Là, cela progresse encore. L'expérience française, par exemple, montre que c'est utile pour accélérer cette vaccination que tout le monde souhaite. On connaît tous des gens qui ont eu une ou deux doses et qui disent être incertains pour la suivante prétextant qu'ils n'en ont pas tellement envie. Je crois que ces gens peuvent être convaincus par un CST et à la limite, ils peuvent faire un test plutôt que de se prendre la troisième dose: une sorte de compromis à la belge De plus, il vient d'être introduit dans le baromètre et ce ne serait pas une mauvaise idée de le continuer.

M. Bacquelaine, parmi d'autres, a dit de faire attention à la société du pass, etc. Je suis tout à fait d'accord avec l'idée que cela n'est pas une solution ayant vocation à être permanente.

Déjà, le baromètre indique que, dès que nous passerions dans le jaune – voire encore mieux –, il disparaîtrait. Nous sommes bien d'accord que ce n'est pas une solution idéale, loin de là. Marius Gilbert a dit: "Tant mieux si l'on parvient à trouver un instrument efficace et moins polarisant."

Au vu de la situation actuelle, coupler la vaccination en première dose avec un check-up médical de tous les citoyens non connectés au système médical, je pense que cette méthode n'a pas encore été essayée. On s'efforce juste de parler aux gens. J'habite Bruxelles, qui n'est pas géniale du point de vue de la vaccination. En parlant avec Inge Neven, je vois qu'elle bosse dur et qu'elle fait ce qu'elle peut. Cela étant dit, c'est une chose de parler aux gens, c'en est une autre de leur proposer quelque chose de positif. Il faudrait prévoir un budget. Si 30 % de personnes n'ont pas de médecin généraliste – et cela existe également dans certaines villes wallonnes et flamandes –, il serait judicieux de leur offrir ce service. La bonne nouvelle est que notre système de santé prend en charge les gens qui en ont besoin et qui le demandent. Avec cette incitation positive, nous pourrions faire d'une pierre deux coups. En effet, on leur dirait: "Voilà ce que nous pouvons faire pour vous si jamais vous acceptez de vous faire vacciner. Discutons-en."

Quelqu'un a demandé s'il existait d'autres exemples. À ma connaissance, cette idée n'a pas été testée. On pourrait supposer alors que c'est parce qu'elle n'était pas bonne. Donc, ne m'écoutez pas, mais je vous en parle quand même. En revanche, on a testé la méthode du billet de loterie ou des vingt euros, mais l'effet semble en avoir été limité. En tout cas, l'idée de reconnecter le public au système de santé me paraît intéressante. Comme cela a été dit, les non-vaccinés se répartissent en plusieurs groupes: certains ont des idées très arrêtées, tandis que d'autres n'ont pas été touchés, mais ce n'est pas faute d'avoir essayé.

Pour le reste, je dirais qu'au sujet de la polarisation, il est en effet très important d'éviter de provoquer. M. Macron, par exemple, a dit quelque chose qui était tout à fait non nécessaire. Le problème est compliqué, parce que tant des vaccinés que des non-vaccinés ne sont pas contents. On ne sait pas utiliser une baguette magique. Il faut bien expliquer où on va, dire que c'est incertain, qu'il faut être prudents, il ne faut pas changer tout le temps, il faut voir quelles sont les différentes options en sachant que toute mesure nécessite une implémentation.

Je ne suis qu'économiste. Beaucoup de disciplines doivent contribuer. C'est par cela que je conclus.

Le **président**: Merci, monsieur Dewatripont. Nous avons encore potentiellement un peu plus d'une demi-heure. Je voudrais proposer un deuxième tour de questions mais les orateurs seraient limités

à une ou deux questions sans développement. Il s'agirait des questions auxquelles il n'a pas été répondu.

Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de voorzitter, ik heb twee vragen die voor mij onvoldoende beantwoord zijn.

Ten eerste, ik zie geen tastbaar voordeel van een verplichte vaccinatie in Vlaanderen in verband met de druk in de zorgsector in termen van ernstige covid, ziekenhuisopname en overlijden. Er is veel verwezen naar delta, maar vandaag heerst de omikronvariant. Vandaag moeten wij beslissen of wij de volgende winter al dan niet vaccinatie verplichten. Daarom wil ik graag weten, met de huidige vaccinatiestatus van de Vlaming, hoeveel een verplichte vaccinatie kan opleveren vanuit het oogpunt van de druk op de zorg.

Professor Dewatripont, mijn tweede vraag gaat over het economisch voordeel. De toediening van het vaccin kost 70 tot 80 euro. Naast de aankoopprijs zijn er de kosten voor de toediening met onder andere de kosten voor de vaccinatiecentra. In uw prospecties wordt volgens mij geen rekening gehouden met de kostprijs van het gebrek aan continuïteit van zorg. Kankerbehandelingen en kankerdiagnoses zullen bijvoorbeeld ingewikkelder worden, of er ontstaat oversterfte doordat bepaalde zorg werd uitgesteld. Hebt u daaromtrent studies?

U stelt dat de griepvaccinatie economisch gezien geen voordeel heeft. Dat begrijp ik niet zo goed. Ik heb cijfers opgezocht en de cijfers van Nederland waren sneller te vinden dan die van België. In 2019 werden 400.000 Nederlanders getroffen door griep. Dat zorgt uiteraard voor absenteïsme. Vanwege griep werden er in 2019 in Nederland zowat 6.000 mensen opgenomen in een ziekenhuis, dus in België zal het om zowat 4.000 opnames gaan. Ook dat heeft een serieuze economische impact. Waarop baseert u zich voor uw stelling?

Hoe kunnen we juridisch verankeren dat we wel een covidvaccinatie verplichten, maar niet de griepvaccinatie, als het om seizoensvaccinatie gaat?

Barbara Creemers (Ecolo-Groen): Professor Dewatripont, pas op het einde werd het mij duidelijk wat u bedoelt met de positieve incentive van de opkomstplicht. De opkomstplicht maakt dat mensen verplicht zijn om te spreken met een zorgverlener.

De positieve incentive bestaat er dan in dat, wie zich laat vaccineren, een grondige check-up krijgt. Vindt u het ethisch verantwoord om een gezondheidstool als beloning te geven? Wie komt opdagen, maar na het grondig gesprek met een zorgverlener beslist om zich niet te laten vaccineren, krijgt niet het aanbod om opgevolgd te worden. Ik vind dat een heel interessante denkoefening, maar ethisch gezien heb ik het wel moeilijk met dat incentive. Kunt u dat nader toelichten?

Laurence Zanchetta (PS): Monsieur le président, j'aimerais revenir un instant sur le vaccin obligatoire. Je m'adresse aux trois invités dans leurs fonctions respectives. Imaginons qu'on rende le vaccin obligatoire dès demain. On entend beaucoup dire ces derniers temps que c'est beaucoup trop tard. Les spécialistes de la santé, les médecins notamment, le disent, je l'ai entendu. Selon vous, est-ce que c'est beaucoup trop tard ou alors on se dit qu'on n'en a pas fini, qu'il y a tellement d'incertitudes par rapport à cette pandémie, que d'autres variants vont arriver et seront, qui sait, peut-être beaucoup plus résistants?

Par ailleurs, j'ai encore une question pour M. Molenberghs. Vous préconisez un booster de la vaccination pour les 12-17 ans. Je voulais connaître les raisons par rapport à ce conseil de booster.

Steven Creyelman (VB): Mijnheer de voorzitter, ik heb een korte vraag aan professor Dewatripont. Ik ben blij dat collega Depoorter zich aansloot bij mijn opmerking over de griep. Het verbaast mij een beetje, professor, dat u de impact van griep minimaliseerde. Laten wij de grootteorde even bekijken. Collega Depoorter noemde al cijfers, maar ik heb die cijfers even opgezocht. Jaarlijks blijft één of tien werknemers gemiddeld een week thuis wegens griep. Ik heb de specifieke cijfers voor Vlaanderen of voor België in zijn geheel niet gevonden, maar in Nederland kost een griepzieke 250 euro per dag. Men kan dus nauwelijks spreken over geen impact op de economie. Dan heb ik het nog niet over de kostprijs gehad, maar alleen over de praktische organisatie van bedrijven die hun werknemers zien uitvallen. Wat u daarover zei, vond ik dus een beetje kort door de bocht. Daar kreeg ik graag uw reactie op.

Daniel Bacquelaine (MR): Je n'ai pas d'autre question.

Nathalie Muylle (CD&V): Dank u wel voor de vele antwoorden. Ik blijf wel zitten met mijn vragen. Wat met die 12,5 % die hardleers blijft weigeren, ook na allerlei informatieve gesprekken? Net als collega Creemers vind ik het jammer dat niet opgevolgd wordt wie er nu geen gezondheidszorg krijgt. Ik

meen dat wij daar kansen missen.

Komt er een boetesysteem, dan betaalt men de boete en komt men er zo vanaf. Ik vind dat er oplossingen moeten komen voor die groep die pertinent neen zegt, maar wel een ongelooflijke impact heeft op de evolutie van de transmissie van het virus. Daarover wil ik van jullie nog wel wat extra insteken horen.

Sofie Merckx (PVDA-PTB): J'ai une question sur quelque chose qui n'a pas encore été abordé. Dans quelle mesure est-ce qu'une vaccination obligatoire, et donc une augmentation du nombre de vaccinés ici, est utile tant qu'on n'a pas une vaccination dans le monde entier qui est au minimum faite, tant qu'il y a dans les pays du tiers monde seulement des minimes pourcentages de personnes vaccinées et que l'Europe soutient les firmes pharmaceutiques là-dedans de ne pas partager leur technologie avec le monde entier?

De **voorzitter**: De heer De Caluwé heeft geen bijkomende vragen. Mevrouw Jiroflée blijkt niet meer ingelogd, zij heeft ons moeten verlaten. Mme Fonck a aussi signalé qu'elle devait nous quitter. Je suppose qu'elle lira le compte rendu après. Mais Mme Rohonyi est encore avec nous.

Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le président, j'ai deux petites questions complémentaires. La première, je vais l'adresser à M. Dewatripont.

Lorsque vous avez évoqué le modèle qui est en vigueur aujourd'hui en Italie, à savoir une obligation vaccinale cantonnée aux personnes les plus vulnérables – et on a évoqué les difficultés pratiques que cela peut poser –, vous avez insisté sur le fait que dans ce cadre-là, on doit pouvoir prévoir des contre-indications médicales. C'est ce qui existe aujourd'hui en Belgique mais uniquement pour les cas d'allergie grave, là où on voit qu'en France il y a vraiment une liste très large de contre-indications médicales qui sont acceptées et qui peuvent être attestées tant par un médecin généraliste que par un médecin spécialiste. Je voulais vous entendre par rapport à cela. Est-que vous plaidez la transposition de ce modèle français en Belgique? Justement, cet examen des contre-indications, est-ce qu'on peut imaginer qu'il puisse entrer dans le cadre de la consultation gratuite qui a été évoquée par M. Gilbert, la consultation qui pourrait avoir lieu avec le médecin généraliste en cas de refus de se faire vacciner?

Et puis mon autre question est adressée à M. Gilbert. Vous avez insisté sur le fait qu'on a tendance peut-être à tenir un faux débat en opposant l'immunité naturelle suite à une infection et l'immunité acquise par la vaccination, l'importance peut-être de combiner ces deux types d'immunités qui en découleraient. Or on voit aujourd'hui que le CST, et éventuellement plus tard le pass vaccinal, auraient pour objectif de supprimer purement et simplement la place qui est aujourd'hui prévue dans le cadre du CST actuel et qui est aujourd'hui accordée aux certificats de guérison et aux personnes qui sont testées et qui donc montrent patte blanche avec un test négatif. On voit que les certificats de guérison permettent d'attester la protection acquise suite à une contamination, immunité sur laquelle vous avez très justement insisté. Or ce pass vaccinal plaidé par le commissaire corona vise à nier l'importance de cette immunité.

Je voulais vous entendre par rapport à ça parce que c'est effectivement une des pistes sérieuses qui est aujourd'hui sur la table du gouvernement, puisque le ministre de la Santé plaide notamment pour ce pass vaccinal qui supprime la place qu'a aujourd'hui le certificat de guérison.

De **voorzitter**: Heeft nog iemand anders een of andere prangende vraag of reactie? Dat is niet meteen het geval. Ik geef dan opnieuw het woord aan de sprekers voor bijkomende antwoorden.

Mijnheer Molenberghs, kan u als eerste antwoorden op wat hier nog is voorgelegd?

Geert Molenberghs: Mijnheer de voorzitter, ten eerste, ik wil het eerst hebben over het bijkomende tastbare voordeel van een verhoogde vaccinatiegraad voor Vlaanderen, waar de vaccinatiegraad al hoog is.

Voor de algemene bevolking, dus voor de volwassenen, is dat voordeel natuurlijk kleiner. Wij spreken over niet zo een heel grote groep. Wij hebben, zoals daarstraks aangegeven, in het najaar vooral gezien dat er heel wat circulatie was en het virus dan ook onvermijdelijk rondging bij kinderen van lagereschoolleeftijd, omdat zij niet gevaccineerd waren. In zekere zin was het op dat ogenblik belangrijk geweest om te kunnen vaccineren bij die groep, wat niet kon.

Tegelijk zagen wij bij de hoge viruscirculatie dat er ook in Vlaanderen nog altijd heel veel hospitalisaties waren en overlijdens, zij het minder dan in de delen van het land waar er minder gevaccineerd was, voornamelijk die laatste eindpunten.

Het blijft echter dat ook in de ziekenhuisopnames en op intensieve zorgen – wij weten dat delta een heel hoge piek heeft veroorzaakt, ook op intensieve zorgen – de niet-gevaccineerden buitenproportioneel vertegenwoordigd zijn en

daarnaast ook gevaccineerden met gecompromitteerde immuniteit, vaak ook ouderen.

Wij zitten nu natuurlijk in een omikronperiode en niet meer in de deltaperiode. Daarnaar is enkele keren verwezen. Dat is duidelijk een andere situatie. Andere sprekers hebben daar ook al naar verwezen, ook vorige week.

De verplichte vaccinatie is op dit ogenblik om die reden minder pertinent dan wat het had kunnen zijn in aanloop naar de deltapiek. Het is dus belangrijker om routes te verkennen, waarnaar ook werd gevraagd, teneinde de vaccinatiegraad te verhogen, zij het met enige mate van vrijwilligheid, zoals ook de heer Gilbert en de heer Dewatripont hebben aangegeven.

Wij kunnen de toekomst echter moeilijk voorspellen. Dus een kader dat aanwezig is, om eventueel in te grijpen met een verplichting op een bepaald ogenblik, zou welkom zijn, ook voor de toekomst, of minstens een debat daarover. De absolute noodzaak is vandaag echter minder groot, wat niet betekent dat wij niet moeten proberen de vaccinatiegraad te verhogen.

Wat betreft de immuniteit die komt van een doorgemaakte infectie, een van de zaken waarover we ons zorgen maakten, is dat een besmetting met delta weinig of geen bescherming biedt tegen een besmetting met omikron omdat die twee varianten te veel van elkaar verschillen. Dat zet het herstelcertificaat toch in een ander daglicht dan de meer robuuste bescherming die komt van een vaccinatie, eventueel aangevuld met doorgemaakte infecties.

Hetzelfde geldt voor de 12- tot 17-jarigen. Die groep heeft de basisvaccinatie wat langer geleden gehad dan bijvoorbeeld de 5- tot 11-jarigen waarmee we nu bezig zijn. We zien daar ook een effect van *waining* en we zien dat er in de middelbare scholen veel infecties zijn. Ik zeg dit niet om hen te culpabiliseren of uit het systeem te halen, want hetzelfde doet zich immers voor bij heel wat volwassenengroepen. Maar ook voor de middelbarescholieren is de booster van belang als bescherming tegen de in die groep gelukkig zeldzame verwikkelingen ten gevolge van een covidinfectie, maar ook om bij te dragen aan de algemene bescherming. We zeggen niet dat er dan absolute groepsimmuniteit is en dat het voorbij is, maar op die manier stellen we wel onze bescherming tegen huidige en toekomstige blootstellingen aan het coronavirus en zijn nakomelingen verder op punt.

We kunnen onszelf beschermen, maar we zijn niet volledig beschermd als die bescherming niet voldoende robuust over de hele wereld is uitgerold. Ik ben het daar helemaal mee eens. In de deltagolf hebben we gezien dat de hoge bescherming door het vaccin in een land als Portugal, met een vaccinatiegraad van 92 % bij de algemene bevolking en van 98 % als we de 12-plussers die in aanmerking komen voor vaccinatie daarbij rekenen, heel duidelijk heeft gewerkt, maar als er een nieuwe variant komt van eender waar in de wereld zitten we opnieuw met een probleem. We hebben die dubbele bescherming dus nodig bij ons, maar ook in de rest van de wereld.

Ik ga het hierbij laten, voorzitter.

Marius Gilbert: Monsieur le président, je voudrais évoquer un instant les questions qui ont trait à l'idée d'une consultation médicale. En fait, au départ, l'idée est d'offrir une consultation gratuite à l'issue de laquelle les personnes pourraient quand même choisir de ne pas se faire vacciner. Une fois informées, elles seraient en ordre du point de vue de l'obligation. L'idée n'est pas, comme cela a été souligné, d'avoir une espèce de bonus et de bénéficier d'une consultation gratuite si on accepte de se faire vacciner. En fait, l'idée consiste simplement à forcer la porte du médecin pour poser ou affirmer ce choix.

J'en viens ainsi à la deuxième question qui m'a été posée au sujet de ce réservoir de personnes qui ne se feront pas vacciner. Selon moi, ce réservoir subsistera, même s'il y a obligation vaccinale. En effet, ces personnes préfèreront payer une amende plutôt que de se faire vacciner. Elles ne se présenteront pas. Et je n'imagine pas qu'on puisse en arriver à infliger de lourdes peines pour non-vaccination.

Pour être purement pragmatique, il existe effectivement un groupe de personnes réellement opposées à la vaccination qu'il sera très difficile de convaincre, sauf, peut-être, d'ici un certain temps, quand elles s'apercevront que leurs peurs ne sont pas avérées. Mais, pour l'instant, je ne pense pas qu'on puisse les récupérer, même avec l'obligation vaccinale.

Cela dit, il est intéressant de constater que les taux de vaccination, en tout cas, à Bruxelles, et même au niveau belge, sont assez fortement corrélés aux indicateurs de précarité. Ce n'est pas tellement nouveau. On retrouve les mêmes tendances pour ce qui concerne les taux de vaccination que celles qu'on a connues, avant la crise, en matière de médecine préventive, avec des corrélations assez fortes avec des indicateurs de précarité, sachant que la situation diffère en Région bruxelloise et en Région wallonne. En effet, à niveau de revenus équivalents, le pourcentage des vaccinations est

plus élevé en Wallonie qu'en Région bruxelloise, sans doute parce qu'en Région wallonne, il y a eu un meilleur maintien d'une forme de médecine de proximité qu'à Bruxelles où, dans certains quartiers, une réelle coupure s'est établie avec le temps. C'est vraiment à ce niveau que se situe, selon moi, l'enjeu. Ce sont ces personnes qui sont principalement concernées et c'est de ce côté-là que l'on pourrait encore gagner du terrain et protéger un certain nombre de personnes qui mériteraient de l'être.

En ce qui concerne la vaccination chez nous par rapport à celle qui se déroule dans d'autres pays, je pense que vous le savez mais je veux seulement le répéter. Plus le virus circule de façon globale, plus on multiplie les chances d'évolution virale vers des variants dont les propriétés seront inconnues.

Effectivement, je pense que l'ensemble des pays revient un peu sur l'idée que par la vaccination, en tout cas avec les vaccins dont on dispose pour le moment, on puisse aboutir à une forme d'éradication ou de diminution qui soit telle qu'il n'y ait plus d'évolution possible. C'est l'évolution des connaissances. D'autres vaccins pourraient être éventuellement plus efficaces pour limiter l'infection et la transmission. On pourrait changer la donne de ce côté là. Je ne suis pas convaincu que ce soit réellement un enjeu, à l'exception du principe de solidarité vis-à-vis d'autres pays qui ont aussi le droit de protéger leur population. Nous avons la responsabilité de contribuer à l'établissement de ce droit.

Je pense que j'ai répondu aux différentes questions. Il reste peut-être encore la question qui porte à la place accordée à la protection acquise dans le pass vaccinal. C'est vrai que lors des vagues précédentes, j'étais relativement partagé à ce sujet. En effet, même si on a l'impression que nos deux premières vagues avaient touché une quantité considérable de personnes, lorsqu'on regardait réellement les chiffres de la proportion de la population qui avait réellement été touchée par ces vagues épidémiques, cela restait relativement modeste. On ne pouvait certainement pas compter là-dessus à l'échelle collective.

La succession des vagues delta et omicron change quand même un peu la donne. On a quand même une proportion de la population touchée par la vague omicron qui est largement supérieure; on n'est plus du tout dans les mêmes ordres de grandeur. Si mes souvenirs sont bons, il faudrait vérifier, mais une enquête de Sciensano avait montré que la séro-prévalence chez les enfants qui n'avaient pas été protégés par la vaccination, donc uniquement du fait de la vaccination par les infections naturelles à l'issue de la vague delta, était de l'ordre de 50 %. Il faudrait regarder le détail par régions géographiques. On pourrait retourner voir, mais la succession des vagues delta et omicron touche quand même une fraction importante de la population. C'est vrai qu'en ne prenant pas cela en compte dans le pass vaccinal, on ignore une certaine forme de protection.

Maintenant, il y a une réelle difficulté - il est important d'en être conscient - à mesurer la protection qui est conférée par les infections préalables. On sait très bien que ces infections préalables vont déclencher une bonne réponse immunitaire chez certaines personnes et nettement moins bonne chez d'autres. Et le taux d'anticorps n'est pas un indicateur suffisant, c'est-à-dire que, s'il est effectivement très élevé, il y a de bonnes chances que la personne soit bien protégée. On n'a pas encore établi de standard en la matière. En revanche, s'il est faible, il est très difficile de déterminer si c'est une personne qui a été infectée préalablement et chez qui le taux d'anticorps aurait diminué ou si c'est une personne qui n'a simplement jamais été infectée parce que, pour mesurer d'autres indicateurs de l'immunité, comme les protections conférées par les lymphocytes B ou les lymphocytes T, les techniques qui doivent être mises en œuvre sont beaucoup plus complexes et ne peuvent pas être mises en œuvre facilement.

Je dirais que, justement, si on veut remettre une place pour les infections préalables dans le choix et dans le rôle que cela peut jouer, effectivement, c'est un médecin qui peut intervenir dans ce choix et qui peut guider le choix.

J'en terminerai par ceci. Autant il était difficilement envisageable d'avoir une forme d'individualisation du choix lorsqu'il s'agissait de vacciner un grand nombre de personnes le plus rapidement possible. Remettons-nous dans le contexte du printemps dernier. Nous avions ces vaccins à disposition. Nous savions qu'ils protégeaient avec des très bons niveaux de protection les personnes vaccinées. L'urgence était de vacciner le plus grand nombre de personnes possible et il était tout à fait légitime et parfaitement indiqué d'avoir un dispositif qui soit simple et qui puisse être déployé rapidement dans les centres de vaccination et qui minimise le temps consacré à chaque personne.

Dès le moment où on s'inscrit dans une logique non seulement à plus long terme et qu'on sait qu'une grosse partie de la population va être sensible à des messages de prévention, y compris vis-à-vis du *boost*, et que la fraction de personnes qu'il reste à convaincre est beaucoup plus faible, on peut passer dans des logiques plus individuelles. Je n'ai pas fait le calcul d'un point de vue économique. Je

pense qu'il serait vraiment intéressant de le faire et que cela pourrait être une suite pour évaluer la faisabilité d'une idée comme celle-là. Je ne suis pas convaincu que ce sera nécessairement beaucoup plus coûteux que toute une série d'autres éléments du dispositif collectif qu'on a mis en place face à cette pandémie.

Le **président**: Monsieur Gilbert, je vous remercie et, pour terminer, je donne la parole à notre économiste de ce matin, M. Dewatripont. Je pense que vous avez reçu des questions assez directes.

Mathias Dewatripont: Je répondrai tout d'abord aux questions de M. Creyelman et Mme Depoortere sur le bilan économique d'une grippe et également sur les éléments devant intervenir pour une évaluation détaillée de l'épidémie, en particulier sur ce qu'il se passe lorsqu'il y a interruption des soins pour des patients non covid si jamais les lits sont pleins.

Sur l'épidémie actuelle, si l'on veut faire cela de manière détaillée et précise, ce genre d'éléments doit être intégré au niveau sanitaire (vies potentiellement perdues à cause de soins non covid insuffisamment suivis). Philippe Beutels, membre du GEMS, est un vrai économiste de la santé. Je suis plus généraliste. Il pourrait vous donner des informations à ce sujet.

Lorsque quelqu'un est absent pour cause de grippe, cela a un coût économique. Cela n'a pas l'air d'être un débat à l'heure actuelle. Implicitement, cela signifie que les autorités politiques ont décidé que l'analyse coût/bénéfice d'une obligation vaccinale ne se justifie pas pour des raisons économiques et autres. Mais cela vaudrait la peine de refaire une analyse pour savoir où nous en sommes.

J'en viens à la question de Mme Cremers de coupler un *check-up* à la vaccination. L'idée de Marius de dire que tout le monde doit consulter un médecin et décider s'il se fait vacciner ou non, et cette idée de proposer aux gens qui ne sont pas connectés au système médical d'obtenir un *check-up* gratuit en échange de la vaccination, dit comme cela, je reconnais que c'est un peu *touchy*.

J'ai eu des discussions avec les personnes qui s'occupent de vaccination en Seine-Saint-Denis, banlieue pauvre de Paris, et qui arrivent à faire des choses impressionnantes. Évidemment, on peut poser la question de la protection de la vie privée, mais ils avaient identifié tous les gens qui n'avaient plus de contact depuis X temps avec le secteur hospitalier. Ils leur avaient téléphoné à tous en disant: "Ne viendriez-vous pas vous faire vacciner? Nous pouvons venir chez vous, vous chercher, vous ramener, etc."

Comme, je l'ai dit, toute une série de choses sont faites dans notre pays pour essayer de toucher les gens. Cependant, certaines personnes ne sont pas touchées. Première question: comment les toucher?

Deuxièmement, on parle beaucoup des restrictions pour les gens qui ne se font pas vacciner; ils ne peuvent pas aller au restaurant, au café, etc. Pourquoi ne pas transformer cela en une conversation positive? On pourrait leur dire: "Et si on vous donnait ce check-up gratuitement? Si cela vous intéresse, on pourrait vous vacciner et continuer à vous conseiller. Sinon, de toute façon, comme toute autre personne, vous avez le droit d'aller chez le médecin." Il s'agirait de présenter les choses de manière plus favorable.

Toutefois, cela coûtera de l'argent, parce qu'il faut rémunérer les médecins qui s'en occuperont. Je crois que c'est une question de priorité politique. Si on veut vraiment toucher ces gens, arriver à les intégrer dans le système de santé, on peut agir. Il y a aussi un argument du point de vue de l'économie de la santé. Une fois que ces gens sont mieux intégrés, il y aura plus de prévention, ils reviendront plus vite, ils se feront moins souvent opérer, etc. Donc, cela peut être une bonne affaire, même d'un point de vue budgétaire pour la sécurité sociale.

Selon moi, c'est une conversation qui mérite d'être posée, et qui ne concerne pas, en effet, tous les gens qui parlent du covid jour et nuit, mais qui ne sont pas convaincus par la vaccination, et qui ont tout à fait accès au système de santé. C'est plus ciblé vers un groupe qui a l'air de poser problème, puisque leur taux de vaccination n'est pas top.

J'en arrive à la question de Mme Merckx: comme on est un peu tous connectés, encore plus en Belgique, que entre la Belgique et les pays pauvres, cela a-t-il du sens d'obliger à la vaccination, si on n'a pas de vaccination dans le monde entier?

Comme l'a dit Geert Molenberghs, les risques existent. Étant donné que les gens non vaccinés transmettent plus le virus, il serait sans doute sympa de dire qu'on va vacciner tout le monde, y compris dans les pays pauvres. Néanmoins, ceux que l'on qualifie de la sorte le sont à partir de la catégorisation de la Banque mondiale, qui recouvre 600 à 700 millions de personnes – essentiellement en Afrique. Entre nous, l'Afrique du Sud n'est pas du tout un pays pauvre. Selon le classement de la Banque mondiale, elle se situe dans la même catégorie que la Chine et certains

pays d'Europe de l'Est: *upper middle income*. Ils ont subi beaucoup de morts du coronavirus, y compris avant omicron. Il est exact que, dans les pays vraiment pauvres, qui sont assez isolés, omicron a peu tué. Se pose ensuite la question de la préparation de ces pays, une fois qu'ils auront reçu tous ces vaccins. Donc, l'hésitation vaccinale restera un problème. Il est clair que, pour le moment, la vaccination n'atteint que 10 % de ces 700 millions de personnes. C'est évidemment bien trop bas. Un effort serait nécessaire, mais je ne crois pas qu'il soit inutile de vacciner plus en Belgique si on n'y parvient pas.

Ensuite, Mme Rohonyi parlait de contre-indication médicale. Tout d'abord, je ne suis pas médecin. Donc, il ne me revient pas de donner un avis à ce sujet. Selon certains médecins, il ne faut pas prendre le risque de vacciner certaines personnes très fragiles, par exemple fort âgées. C'est toujours un médecin qui doit en décider. Après, faut-il établir une liste plus ou moins longue de contre-indications? Je laisse le soin d'en décider aux autorités médicales.

Enfin, Mme Zanchetta demandait si ce débat ne venait pas trop tard. Je ne le pense pas, même s'il se tient à un moment où les choses risquent de changer beaucoup avec omicron, y compris – comme l'a dit Marius Gilbert – l'immunité acquise autrement qu'avec la vaccination. Il faudra donc rester prudents. Toutefois, comme la bonne saison va arriver bientôt, c'est peut-être l'occasion de se demander ce que nous pourrons faire à partir de l'automne prochain.

Le **président**: Je remercie les trois experts de s'être rendus disponibles. D'autres experts suivront; c'est chaque fois tout un enrichissement pour moi, et je ne doute pas que ce soit le cas pour les autres membres de la commission. Je remercie également les membres pour leurs interventions et leurs questions, toutes pertinentes.

Je suis ouvert à toute suggestion par rapport au temps de parole, éventuellement demain, lors de l'ordre des travaux, mais je suis satisfait du déroulement de ce matin.

Steven Creyelman (VB): Mijnheer de voorzitter, hanteren wij vanmiddag hetzelfde systeem van werken?

De **voorzitter**: Wij gaan dat handhaven en zullen het dan bekijken, in functie van het einduur. Een tweede vragenronde, zoals deze ochtend, is positief. Wij hebben deze middag vijf sprekers. In theorie is de tijd onbeperkt, maar wij gaan het zo handhaven.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 13.24 uur.
La réunion publique de commission est levée à 13 h 24.

COMMISSION DE LA SANTE ET DE L'ÉGALITE DES CHANCES

du

LUNDI 31 JANVIER 2022

Après-midi

_____

COMMISSIE VOOR GEZONDHEID EN GELIJKE KANSEN

van

MAANDAG 31 JANUARI 2022

Namiddag

_____

La réunion publique de commission est ouverte à 14 h 08 et présidée par M. Thierry Warmoes.
De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.08 uur en voorgezeten door de heer Thierry Warmoes.

La vaccination obligatoire. Audition de:
- M. Maarten Vansteenkiste (Ugent);
- Mme Karin Verelst (VUB);
- M. Tijl De Bie (Ugent);
- M. Hendrik Vuye (UNamur);
- M. Roel Van Giel (Domus Medica).
De vaccinatieplicht. Hoorzitting met:
- de heer Maarten Vansteenkiste (Ugent);
- mevrouw Karin Verelst (VUB);
- de heer Tijl De Bie (Ugent);
- de heer Hendrik Vuye (UNamur);
- de heer Roel Van Giel (Domus Medica).

De **voorzitter**: Goedemiddag collega's, wij verwelkomen vanmiddag de heren Vansteenkiste, De Bie, Vuye en Van Giel. Mevrouw Verelst is op komst. Ik dank u voor het aanvaarden van de uitnodiging voor deze hoorzitting.

Ik vraag elke spreker om zich eerst voor te stellen en om tevens aan te geven of er van belangenvermenging sprake zou kunnen zijn. Er geldt een kwartier spreektijd per persoon. Ik zie dat mevrouw Verelst ondertussen ook is aangekomen.

Ik geef de heer Vansteenkiste eerst het woord via Zoom.

Maarten Vansteenkiste : Mijnheer de voorzitter, dames en heren, mijn naam is Maarten Vansteenkiste. Ik ben werkzaam aan de UGent in de vakgroep Ontwikkelings-, Persoonlijkheids- en Sociale Psychologie. Daar zijn wij bezig met de vraag hoe men mensen kan motiveren om het beste van zichzelf te geven. In deze crisis hebben wij het draagvlak voor diverse maatregelen en het vaccinatiebeleid voortdurend vanuit de motivatiebarometer in kaart gebracht. Omwille van deze expertise ben ik vandaag uitgenodigd. Dank u voor die uitnodiging. Ik heb geen conflict te melden. Ik ben ook lid van de GEMS, het adviserend comité van de overheid.

In mijn presentatie ziet u de recente cijfers over een vaccinatieplicht, een 1G-beleid of een alternatieve route. Als psycholoog probeer ik in de eerste plaats een psychologisch perspectief te bieden.

Het werk dat wij doen, doen wij samen met een team van Franstalige en Nederlandstalige collega's. De cijfers van vandaag hebben dus ook betrekking op deelnemers uit Brussel en Wallonië.

Over de motivatiebarometer hebben wij gedurende de voorbije twee jaar al bijna veertig rapporten naar buiten gebracht met up-to-datecijfers over diverse psychologische aspecten, waaronder welbevinden, waarover ik vandaag cijfers heb meegebracht, maar ook motivatie en vertrouwen in de politiek.

Wat zijn de kernvragen die ik vandaag graag zou behandeld zien? Wat motiveert en weerhoudt iemand ervan om zich te laten vaccineren, ook vandaag nog? Wat is het psychologische profiel van een ongevaccineerd iemand ten opzichte van een gevaccineerde persoon? Hoe verschillen zij ten opzichte van elkaar? Bestaat er vandaag enig draagvlak voor verplichte vaccinatie of een 1G-beleid of moet het CST op de schop? Ik wil eindigen met een uitsmijter, om een alternatief te presenteren.

Ten eerste, wat drijft iemand om zich te laten vaccineren? Wanneer wij onze deelnemers bevragen, ondertussen honderdduizenden die op regelmatige basis deelnemen aan de enquêtes, met het voorbije weekend nog een veertienduizendtal personen, over hun drijfveren of motivatie om zich te laten vaccineren, antwoorden sommigen dat zij zich onder druk gezet voelen om dat te doen. Anderen hebben het over kritiek, het

feit dat zij worden beoordeeld/veroordeeld indien zij zich niet zouden laten vaccineren. Eigenlijk is er dus druk van buiten uit om zich te laten vaccineren.

Anderen geven aan dat zij het hun burgerplicht vinden. Zij zouden zich schuldig voelen indien zij het niet zouden doen. Daar gaat een stigma mee gepaard wanneer men besmet zou raken.

Beide gevallen van motivatie brengen wij samen onder de noemer *moetivatie* of het Engelse *mustivation*. Het is een zaak van moeten en niet zozeer van willen, overtuiging of keuze. In dat laatste geval spreken wij van vrijwillige motivatie.

Iemand kan het doen om zichzelf en anderen te beschermen, omdat men er de voordelen van inziet. Dat is dan meer gedreven vanuit zinvolheid en overtuiging. Wanneer wij opschuiven van links naar rechts, gaan mensen met meer toewijding en meer zin voor verantwoordelijkheid die beslissing nemen. Er is sprake van toenemend eigenaarschap van de beslissing om zich te laten vaccineren.

Natuurlijk zijn er ook heel wat mensen die obstakels zien om het niet te doen. De ongevaccineerden zeggen vandaag bijvoorbeeld dat het een te grote inspanning kost om het te doen, dat men niet precies weet waar men heen moet om zich te laten vaccineren of dat men de inspanning niet kan opbrengen. Iemand anders zou kunnen zeggen dat de overheid zich reeds langdurig bemoeit met hem en dat hij daar genoeg van heeft. Men verzet zich dan tegen een overheid die als te bemoeizuchtig wordt ervaren. Andere mensen twijfelen dan weer aan de effecten van de vaccins of zien veel ruimte voor neveneffecten. Zij hebben dus eigenlijk een zeker wantrouwen in de werkzaamheid van het vaccin of in degene die het aanbeveelt. Ten slotte zijn er mensen die anticiperen op spijt bij neveneffecten. Als ze zich op basis van hun eigen beslissing laten vaccineren en dan vaststellen dat ze met neveneffecten te maken hebben, zouden ze spijt hebben van die beslissing.

Men ziet een diversiteit aan obstakels bij mensen. Wij concluderen uit de data dat zich niet laten vaccineren vandaag een weloverwogen keuze is. Dat is niet voor iedereen zo, er is natuurlijk heterogeniteit, maar men ziet toch wel dat mensen daarbij hebben stilgestaan en hun beslissing proberen te onderbouwen.

Het motivatieprofiel van ongevaccineerden vandaag verschilt in sterke mate van het profiel van ongevaccineerden in 2020. Dit zijn de resultaten voor 2020, vooraleer de vaccinatiecampagne op gang werd gebracht. U ziet bijvoorbeeld dat vandaag mensen minder vrijwillig gemotiveerd zijn. Zij voelen zich meer onder druk gezet om zich te laten vaccineren.

Tegelijkertijd ziet men dat verschillende bronnen van demotivatie meer voorkomen. Verzet tegen de overheid en wantrouwen komen sterker voor. Het feit dat het een grote inspanning zou zijn, speelt dan weer niet. Uiteindelijk is het vrij eenvoudig om zich te laten vaccineren. De vaccinatiecentra zorgen ervoor dat het inderdaad gemakkelijk is. Het is ook logistiek goed georganiseerd.

De vraag rijst dus of we op basis van de initiële motivatie van mensen een voorspelling kunnen doen over wie zich na verloop van tijd effectief laat vaccineren. Dit zijn longitudinale data, dus data verzameld op diverse ogenblikken doorheen de vaccinatiecampagne, voor die begon, maar ook tijdens de campagne, met registratie van wie zich effectief liet vaccineren. Hieruit blijkt dat hoe meer dit uit vrijwillig engagement gebeurt, hoe meer men overtuigd is van de meerwaarde en de noodzaak daarvan, hoe groter de kans is dat men zich effectief laat vaccineren. Voor de andere factoren is een negatief verband dat het sterkst en meest uitgesproken is indien men het vaccin wantrouwt of degene die het aanbeveelt wantrouwt. Druk heeft hier een klein negatief effect. Op basis van diverse verzamelde resultaten en bredere psychologische literatuur kunnen we concluderen dat vrijwillige motivatie de sleutel is tot succes. Mensen die het initieel vanuit vrijwillig engagement deden, zijn ook bereid om de boosterprik te laten plaatsen. Tegelijkertijd zijn de ongevaccineerden meer en meer een selectieve groep, die desalniettemin vrij heterogeen blijft, met diverse motieven om het niet te doen, waarbij maatwerk vereist is om beter te begrijpen wat iemand ervan weerhoudt om zich te laten vaccineren.

Hoe zit het nu met het psychologische profiel van ongevaccineerden en verschilt dat van dat van de gevaccineerde persoon? Ik heb hier resultaten over het welbevinden van gevaccineerden ten aanzien van ongevaccineerden. Doorheen de hele pandemie, sinds maart 2020, brengen we de bevrediging dan wel de frustratie van een aantal fundamentele psychologische basisbehoeften in kaart. Hier ziet u de evolutie in de ervaren autonomie. Autonomie is psychologisch gezien even essentieel voor ons functioneren als water en voedsel om fysiek te kunnen overleven. In toenemende mate ontstaat er een kloof tussen de gevaccineerden en de ongevaccineerden. De ongevaccineerde persoon voelt zich sterk bedreigd in de ervaren autonomie. Rechts ziet u dat er meer en meer gevoelens van uitsluiting zijn. De

basisbehoefte aan verbondenheid staat ook onder druk. Dit sleept toch al redelijk lang aan en de ongevaccineerden worden kwetsbaarder om verminderd welbevinden te ervaren.

Een tweede belangrijke vaststelling omtrent het psychologisch functioneren van ongevaccineerden in vergelijking met gevaccineerden betreft de inschatting van het risicobesef bij doelgroepen, en meer bepaald één indicator daarvan: de kans die men de populatie toedicht om ernstig ziek te worden na besmetting. Zoals u ziet hebben we dit uitgesplitst naar het aantal dosissen dat mensen gekregen hebben. We zien duidelijk een verschil tussen mensen die drie prikken hebben laten plaatsen, dus inclusief de boostervaccins, en degenen die er twee hebben gehad en de ongevaccineerden. Een ongevaccineerd persoon, maar bij uitbreiding ook iemand die er maar twee heeft laten plaatsen, schat de kans op ernstige ziekte na besmetting vandaag duidelijk minder hoog in dan degenen die drie prikken hebben gekregen.

In dat opzicht zien we dat het risicobesef, dat de motor is van de motivatie tot vaccinatie, in algemene zin daalt – u ziet de lijnen naar beneden afbuigen, iets waarin de omikronvariant natuurlijk een rol speelt. We hebben namelijk een kleinere kans om ernstig ziek te worden. Maar ook die lagere risico-inschatting zorgt ervoor dat mensen vandaag zelfs op de rem gaan staan om een boosterprik te accepteren of zich te laten vaccineren tout court. Dat risicobesef is vandaag dus een belangrijke factor om in het debat mee te nemen.

Als we de partieel gevaccineerden willen stimuleren tot volwaardige vaccinatie, denk ik dus dat we duidelijker moeten aangeven wat daarvan ook voor hen de meerwaarde is. Dit heeft mijns inziens een directe beleidsimplicatie.

Vraag 3, misschien de belangrijkste: bestaat er vandaag een draagvlak voor een prikplicht, voor het CST, voor een 1G-beleid? We hebben die verschillende opties hier naast elkaar gelegd. Maar laat ik daar eerst iets over zeggen vanuit psychologisch perspectief. Ik denk dat het CST, het 1G-beleid en de verplichte vaccinatie een andere psychologische betekenis kan worden toegedicht. Enerzijds kun je zeggen dat het een veiligheidsverhogende functie heeft, het is een extra veiligheidsgordel, dat is één invulling ervan. Een andere invulling is dat het potentieel autonomiebedreigend is. Het is een manier om mensen onder de knoet te houden en onder druk te zetten.

In de mate dat het als meer veiligheidsverhogend wordt gepercipieerd, zeggen ook ongevaccineerde personen dat er een hogere legitimiteit is om het te handhaven. Het heeft ook een groter potentieel tot verbinding. Mensen vinden het legitiemer om zo'n beleid te handhaven omdat het effectief bijdraagt tot een verminderde kans op besmetting en ernstige ziekte. In dat opzicht is de vraag in welke mate het vandaag nog die veiligheids-bevorderende rol heeft of dat het eerder als autonomiebeknottend wordt ervaren. Dan ziet men natuurlijk ook sterk verzet groeien, getuige daarvan de betogingen in de afgelopen weken, waar het CST aan de kaak werd gesteld. Dat is natuurlijk een bron van polarisatie en uitsluiting. Of de ene dan wel de andere functie in de verf wordt gezet, is een zaak van communicatie.

Als psycholoog zou ik zeggen dat de veiligheidsverhogende functie zeer cruciaal is, maar het moet gebaseerd zijn op medische factoren. In het algemeen denk ik immers dat de veiligheidsverhogende rol van het CST en een 1G-beleid of een prikplicht afhankelijk zijn van de gezondheidswinst die men kan boeken. Die gezondheidswinst hangt af van de waargenomen werkzaamheid van de vaccins. Als zij als werkzaam worden waargenomen, is er meer draagvlak voor de vaccins, voor een CST en voor een 1G-beleid of prikplicht. Als de varianten die circuleren sterk bedreigend zijn en een ernstige kans op ziekte met zich meebrengen, zal men ook minder graten zien in de functie van een CST of een vaccinpas en -plicht.

De vraag is natuurlijk wat daarvan nog de toegevoegde waarde is als wij de percentages willen opkrikken. Wij hebben vandaag een hoge vaccinatiegraad in België. Wat is de toegevoegde medische waarde van een strikter beleid? Dat zijn belangrijke factoren die natuurlijk ook de perceptie van het beleid beïnvloeden. In de cijfers – ik zal er niet in detail op ingaan – ziet men inderdaad dat, als mensen de vaccins als werkzamer percipiëren en als zij de kans op meer ernstige ziektes hoger inschatten, het draagvlak voor een algemene verplichting en voor een 1G-beleid hoger wordt ingeschat.

Mijn suggestie voor het beleid is dat men vooral zou inzetten op een 1G-beleid, of verplichte vaccinatie als die wordt ingevoerd, als een noodzakelijke veiligheidstool, veeleer dan als een poort naar de vrijheid of dan als instrument om iemand te verleiden of zelfs te dwingen tot vaccinatie.

Dan is natuurlijk de vraag: hoe kijken de respondenten naar de volgende stap in het beleid?

Wat wij gedaan hebben, is vier beleidsopties naast elkaar presenteren. In welke mate zijn mensen voorstander van het handhaven van het huidige CST-beleid? Zijn zij voorstander van het invoeren van een vaccinpas? Zijn zij voorstander van een verplichte vaccinatie? Of willen zij alles op de schop, willen zij het CST op de schop?

Naast het bevragen van het draagvlak op zich werd er ook gevraagd wat op psychologisch vlak de voor- en nadelen zijn van deze diverse scenario's. Wanneer meent u bijvoorbeeld dat u het meeste welbevinden zult ervaren, dat u de meeste autonomie zult ervaren? Wanneer zult het meest bezorgd zijn besmet te worden? Wanneer anticipeert u het meeste conflicten? Enzovoort.

Ik zal maar een fragment van de resultaten tonen. Wat men hier krijgt, is een samenspel van een aantal factoren. Dit lijkt een vrij complexe grafiek te zijn, maar laat ik u er even doorloodsen. De vier verschillende opties van daarnet zijn de verplichte vaccinatie, het 1G-beleid, het CST en het afschaffen van het CST.

Het draagvlak voor elk van die vier opties is de cruciale afhankelijke variabele. Hoe proberen wij dat draagvlak te voorspellen? Op basis van de vaccinatiestatus van de deelnemers. Dan zijn er drie verschillende mogelijkheden: mensen zijn nog niet gevaccineerd of hebben slechts één vaccin gekregen, mensen hebben geen boosterprik gekregen of men heeft een volwaardig vaccinatieschema.

Dat werd dan geanalyseerd aan de hand van het door de deelnemers ingeschatte risico van ernstige ziekte. Vijf van de zes groepen vertonen een analoog profiel, met name het profiel waarbij het afschaffen van het CST de voorkeur wegdraagt. De ene groep die daar geen voorstander van is, is de groep die een volwaardige vaccinatie achter de rug heeft en die ook de kans op ernstige ziekte nog als hoog tot zeer hoog inschat.

Die mensen verkiezen verplichte vaccinatie, 1G en CST, dus de striktere opties. Die groep, die hoog tot zeer hoog zit qua risico-inschatting en die gevaccineerd is, is vrij omvangrijk. In onze steekproef zit 45 % van de gevaccineerden in die groep. Geëxtrapoleerd naar de gehele samenleving, betekent dit dat deze groep enkele miljoenen mensen omvat.

Wij zien ook dat personen die slechts twee vaccins gehad hebben een profiel hebben dat zeer analoog is aan het profiel van mensen die geen enkel vaccin gekregen hebben. Die twee groepen, de partieel gevaccineerden en de niet-gevaccineerden, vertonen weinig risicoresponsiviteit, zoals wij dat noemen. Die mensen lijken niet meer echt te reageren op de risico's. Zelfs al zien die groepen hoge risico's, toch zijn zij voorstander van het laten varen van het CST. Hun voorkeur gaat ernaar uit dat alleen nog enkele basismaatregelen behouden blijven.

We zien analoge zaken voor andere uitkomsten. Bij geanticipeerd welzijn zien wij dat vijf van de zes groepen voorstander is van een afschaffing van het CST. Zij denken dat zij dan meer welbevinden zullen ervaren. Gevaccineerden met risicobesef zeggen dat zij het meest welbevinden denken te ervaren in het geval van een verplichte vaccinatie, dus dat is voor hen de meest wenselijke optie.

Daarnaast bestuderen wij ook in welke mate mensen denken dat dit hen aanmoedigt tot vaccinatie. Ook daarin zien we een contrasterend profiel. De groep gevaccineerden met risicobesef acht de kans het grootst dat striktere opties bijdragen tot een hogere vaccinatiegraad. Dat staat in schril contrast met ongevaccineerden, die aangeven dat een afschaffing van het CST paradoxaal genoeg voor hen de grootste stap kan zijn of de grootste ruimte creëert tot vaccinatie. Vanuit het idee van autonomie valt dit ook wel te begrijpen. De druk tot vaccinatie wordt weggenomen, er wordt opnieuw ruimte gecreëerd. De cijfers tonen aan dat er een beperkt draagvlak is voor 1G-beleid en vaccinatieplicht op zich.

Bovendien is verplichte vaccinatie geen constant gegeven. Uit cijfermateriaal sinds augustus 2021 blijkt dat het draagvlak voor verplichte vaccinatie nogal schommelt. Daarbij is vooral de verwachte gezondheidswinst daarvan een voorspeller. Op het moment dat mensen de risico's op ernstige ziekten hoger achten – dat was bijvoorbeeld zo in november 2021 toen de deltavariant meer aan het woekeren was – is er bij de gevaccineerden een groter draagvlak voor vaccinatie. Vandaag is dat draagvlak, zelfs bij de gevaccineerden, geslonken tot 36 %. U ziet de cijfers uit de jongste bevraging.

Om te besluiten, denk ik dat de cijfers vandaag echt aantonen dat er een polarisatie is. Dat horen we vaak. Er is geen eensgezindheid bij de respondenten of een verplichte vaccinatie vandaag aan de orde is. Zij die er wel voorstander van zijn, zijn de mensen die gevaccineerd zijn en de risico's als matig tot hoog inschatten. Proportioneel gezien is dit natuurlijk nog steeds een grote groep. In dat opzicht zou ik als psycholoog denken dat de invoering van een 1G-beleid of prikplicht toch wel psychologische schade met zich mee kan brengen. Wanneer zien we meer draagvlak voor een strikter beleid? Als er een nieuwe golf opkomt met een

nieuwe bedreigende variant. We zien een verminderde risicoresponsiviteit bij de ongevaccineerden. Bij hen gaat het dus minder om een wake-upcall. Er zit een zekere slijtage op en er treedt moeheid op inzake het risicobesef. Ze schatten het lager in en reageren minder sterk. Het is dus minder een wake-upcall voor actie en vaccinatie.
In dat opzicht kunnen we de zaken proberen samen te vatten. Is het vandaag nog zinvol om ongevaccineerden te vaccineren? Volgens mij hangt dit af van de gezondheidswinst die we nog kunnen boeken. Hoeveel procent bijkomende gevaccineerden zorgt nog voor gezondheidswinst? Hoe essentieel is dit in het licht van omikron en eventuele latere varianten?
Lukt het überhaupt nog om een prikplicht of een 1G-beleid te introduceren? Ik zou denken dat het momentum daarvoor voorbij is op dit ogenblik. Het risicobesef en de responsiviteit liggen vrij laag bij grote delen van de bevolking. Vandaag is er psychologische schade te verwachten, dan rijst de vraag wat het alternatief is.
Ik wil hier een voorstel doen voor een alternatieve, motiverende en verbindende route. Daarbij baseren we ons op de resultaten van rapport 31, waarin we vroegen aan wie hardnekkig tegen vaccinatie gekant is wat volgens hen de beste strategie is om iemand te stimuleren tot vaccinatie. Ik neem de cijfers erbij. 58% van hen geeft aan dat ze graag gerichte informatie krijgen op de vragen waarmee ze zitten en graag de kans krijgen om in een persoonlijk gesprek met een dokter of gezondheidswerker gehoord te worden. Dat gaat over 55 en 53 %.

Dat zijn toch geen geringe percentages, vandaar doen wij voorstellen om mensen die vandaag nog niet gevaccineerd zijn te verplichten tot een gesprek met een gezondheidswerker of huisarts. Collega's, zoals misschien Emmanuel André, hebben het daar ook al over gehad, maar ik wil dat ondersteunen vanuit de psychologie. Het gesprek op zich is verplicht, maar de uitkomst ervan is vrijblijvend. De uitkomst van het gesprek is niet vaccinatie, maar wel een geïnformeerde beslissing, waarbij de andere persoon goed kan inschatten wat zijn huidige situatie is, wat de risico's vandaag zijn en waar hij aan toe is.

In dat opzicht is de gewenste werkwijze er een van verbinden. Daarbij proberen we ten volle te begrijpen wat de obstakels zijn. Ik heb vorige week een aantal gesprekken gehad met mensen die niet gevaccineerd zijn en dat waren toch wel mooie gesprekken. Op dit ogenblik voelen die mensen zich uit de samenleving geduwd. Dankzij die gesprekken kan men verbinden, maar ook gerichte informatie geven over hoe zij naar de situatie kijken om beter te begrijpen hoe ze hun eigen risico inschatten, waarbij men open is over voordelen, maar ook over potentiële nadelen van vaccinatie. Zij over- of onderschatten die misschien, maar vanuit hun standpunt houden die wel steek.

De bedoeling is om niet te verleiden, te dwingen of te bekeren. Dat is niet gemakkelijk. Ik heb zelf al sessies gegeven voor gezondheidswerkers, apothekers en artsen die wel vaker een bekeringsdrang vertonen. Zonder daar negatief over te willen zijn, soms kennen we de oplossing voor een probleem en proberen we de ander te bekeren tot verandering. Dat is motivationeel niet de beste oplossing.

Daarmee kan men de ander van zich wegduwen.

Wat is het signaal dat wij willen geven? Wij willen verbinden en uitstralen dat we een zorgzame samenleving zijn. Ik denk dat dat signaal van zorgzaamheid er ook is voor de ongevaccineerden. Wij zeggen: wij zijn ook zorgzaam voor u, want u bent misschien ook wel bekommerd over uw lot, als straks een nieuwe variant opdoemt en de gezondheidszorg weer onder druk komt te staan. De ongevaccineerde kan na zo'n een gesprek zeggen: ik wil meer bedenktijd of ik wil de situatie afwachten. Men kan hem dan opnieuw uitnodigen voor een gesprek in het najaar als de situatie weer verandert. Met zulke gesprekken waardeert men de autonomie van de ongevaccineerden. Men gaat een gesprek voeren in vaccinatiecentra of bij huisartsen thuis.

Wat is de bedoeling? Wij hebben zeer veel werk verricht om te komen tot een autonomie-ondersteunende gesprekstijl, waarbij we de ander niet manipuleren. Men heeft op een bepaald moment aangegeven dat de motivatiepsycholoog er is om de ander te *judgen* of te *nudgen*. Laat het duidelijk zijn: autonomieondersteuning staat niet voor manipulatie of nudging. Het staat gelijk met het bieden van informatie, zodat mensen weloverwogen beslissingen kunnen nemen, tegelijk de gevolgen van die beslissing goed kunnen inschatten en daarmee kunnen leven, als die gevolgen zich voordoen.

Dat is niet gemakkelijk. Training van de gezondheidswerkers zal misschien zelfs vereist zijn. Alleszins zou dat, mijns inziens, toch een zeer sterk en waardevol signaal zijn aan de ongevaccineerden en de huidige tweespalt in onze samenleving misschien helpen overkomen. Dat zou ons voorstel zijn.

De **voorzitter**: Ik zie bepaalde ideeën terugkomen. Kennelijk communiceert men vanuit verschillende

disciplines met elkaar.

Mevrouw Verelst, u krijgt het woord. Kunt u om te beginnen zichzelf voorstellen en melding maken van belangenvermenging, mocht dat het geval zijn?

Karin Verelst : Ik wil de commissie feliciteren met uw heel belangrijk initiatief, want het debat is noodzakelijk, zoals recentelijk onder de aandacht werd gebracht.

Ik ben filosoof met een wetenschappelijke achtergrond in de moleculaire biologie. Mijn insteek hier zal toch veeleer rechtsfilosofisch en rechtshistorisch zijn, waarbij de wetenschappelijke gegevens op de achtergrond meespelen. Ik heb een aantal keren deelgenomen aan het maatschappelijke debat rond het coronabeleid en grondrechten. Het collectief Geen vodje papier heeft een aantal juridische procedures opgestart rond de avondklok. Ik heb ook het Wintermanifest mee ondertekend met de vraag om de zaak op een meer interdisciplinaire manier te beschouwen. Die elementen maken wellicht dat ik hier uiteindelijk beland ben.

Het klinkt nogal lapidair, maar vaccinatie en vaccinatieplicht zijn helemaal niet hetzelfde. België en Vlaanderen liggen een heel stuk boven het Europees gemiddelde met bijna 90% respectievelijk 94%, en dat zonder vaccinatieplicht. Er is dus een enorm resultaat geboekt. Vanwaar komt dan de vraag naar vaccinatieplicht? Het recente rapport van het coronacommissariaat stelt het zelf al vast dat na een sterke medewerking van de bevolking de bereidheid voor de boostercampagne tanende is. De mensen zijn het een beetje moe. Ze geloven er niet meer echt in dat de kosten nog opwegen tegen de baten. De vorige spreker heeft dat op een prachtige manier en in detail aangetoond. Dat speelt zich af in een context waarin door de varianten de effectiviteit van de vaccins afneemt en de besmettingsgraad toeneemt, terwijl dat niet noodzakelijk geldt voor het aantal ziekenhuisopnamen.

Het coronacommissariaat en de andere adviescomités argumenteren telkens, in de context van de discussie over vaccinatieplicht, dat de individuele vrijheid een van onze fundamentele waarden is en alleen kan beperkt worden indien dat noodzakelijk is voor het algemeen belang, zoals het voorkomen van het instorten van onze gezondheidsdiensten, en om de gezondheid van de burgers te beschermen in het algemeen. Maatregelen die in die context genomen worden, moeten noodzakelijk en proportioneel zijn. Dat wordt dan als volgt beschreven. Zijn ze relevant voor het gegeven doel? Zijn er geen minder verregaande mogelijk? Is er sprake van een dringende maatschappelijke nood? In die context verdedigen de verschillende adviescomités het idee om de vaccinatiegraad nog verder op te krikken. Men vermijdt te pleiten voor directe vaccinatieplicht. Men kiest dan voor de zogenoemde 1G.

Daar moeten wij toch ook heel even naar kijken. Toen het Corona Safe Ticket, op basis van het Europese coronacertificaat, werd ingevoerd, gebeurde dat op basis van 3G, dus gevaccineerd, getest en genezen. Er werd dan in een aantal landen 2G ingevoerd, zijnde gevaccineerd en getest. Nu is er sprake van 1G, zijnde alleen nog maar gevaccineerd.

Ik citeer nu de minister van Volksgezondheid, maar ik had evengoed andere politici kunnen citeren, die in september, dus na de zomer, verklaarde: "Wij gaan voor een verplichting voor mensen die werken in de zorg, maar een algemene verplichting is een debat dat ons niet vooruithelpt. Wat doen we met mensen die het niet willen? Ze in de gevangenis gooien of onder verdoving vaccineren?" De mensenrechtelijke problematiek komt hier, bijvoorbeeld in de vraag naar de handhaving, heel duidelijk aan de oppervlakte.

Ik herinner mij trouwens dat de eerste minister vorige zomer over het debat over vaccinatieplicht zei dat dat een vorm van politieke luiheid is. Dat frappeerde mij toen ook erg.

Minister Vandenbroucke zei op 21 december onomwonden dat een dergelijk 1G-gebruik van de coronapas een manier is om de vaccinatie onrechtstreeks te verplichten. "Zeggen dat men met een vaccinatiecertificaat werkt in plaats van met een vaccinatie- en testcertificaat, wat in een aantal landen al aan het gebeuren is, is eigenlijk een beetje een andere manier om het te verplichten."

In de wetenschapsfilosofie spreekt men van een paradigmashift. Er is echt een verandering in de oriëntatie geweest. De vraag is inderdaad of dat een goede zaak is of niet.

Mag ik erop wijzen – en er zijn hier personen aanwezig die veel beter met statistieken kunnen werken dan ik, bijvoorbeeld Tijl De Bie en vorige sprekers – dat de vaccinatiegraad nu in België 88,6 % bedraagt en in week 35 van het jaar 2021, begin september, was die 84,3 %? Er is dus 4 % vooruitgang geboekt op vier maanden tijd. Dat geeft toch wel te denken. Wat is het nut en de extra opbrengst die een zeer draconische maatregel als

een vaccinatieplicht, al dan niet direct – want, nogmaals, 1G is eigenlijk ook een vaccinatieplicht – nog kan opleveren voor een curve die eigenlijk al bijna haar asymptotisch plateau heeft bereikt? Die vraag moeten wij ons toch eerlijk stellen.

De maatschappelijke weerslag van het in beleid omzetten van de paradigmashift is immers toch een zeer ernstig maatschappelijk en juridisch probleem. In het advies van het Federaal Instituut voor de bescherming en de bevordering van de Rechten van de Mens wordt er gesproken over segregerende bijwerkingen. Dat is een proper woord voor het discrimineren van een toch substantiële groep van de bevolking op een structurele en langdurige manier, namelijk de mensen die zich niet zouden laten vaccineren onder dat nieuwe beleidsregime.

Dat gaat toch wel tamelijk ver, want nu zijn de beperkingen reeds van toepassing op horeca-aangelegenheden, sport- en fitnesscentra, massa-evenementen, proef- en pilootprojecten, dancings en discotheken, beurzen en congressen, voorzieningen die behoren tot de culturele, feestelijke en recreatieve sector en voorzieningen voor residentiële opvang van kwetsbare personen. Dat wil bijvoorbeeld zeggen dat mensen die niet gevaccineerd zijn, eigenlijk hun familie niet kunnen gaan bezoeken.

Het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek zegt – wij zijn nu immers nog altijd onder 3G, waar er ook al neveneffecten zijn op het vlak van de mensenrechten – het volgende: "Niets belet dat personen elders een sociaal leven beleven of dat zij toegang verkrijgen via een negatief testcertificaat of voor personen die recent besmet zijn geweest, via een herstelcertificaat." Dat klopt natuurlijk. Als men 1G invoert, dan vallen de alternatieven die niet-gevaccineerden toch nog een zekere mogelijkheid geven om aan het sociale en culturele leven deel te nemen, volledig weg. Men krijgt dan werkelijk een segregatie van twee groepen, de haves en de havenots, in termen van die grondrechten.

Dat is natuurlijk een ernstig probleem, want juridisch vallen alle activiteiten die ik zopas opgesomd heb onder de rechten die gegarandeerd zijn door artikel 23 van onze Grondwet. Het FIRM zegt dan ook, vanuit een zekere interne logica, dat het beter zou zijn om te verplichten. Dan is men ten minste duidelijk en dan hebben de mensen, zoals de Liga voor Mensenrechten ook al heeft aangehaald, ten minste nog de juridische tools in handen om bijvoorbeeld juridisch verzet aan te tekenen of op andere manieren van hun rechten gebruik te maken, met onder andere toegang tot de rechter, iets wat met een 1G-beleid veel moeilijker en veel minder duidelijk is.

Bovendien zit in de recent door de GEMS goedgekeurde coronabarometer het CST eigenlijk vastgemetseld. Als men dus een 1G-beleid invoert, heeft dat daar op de lange termijn een weerslag op, zoals minister Vandenbroucke expliciet heeft toegegeven.

De volgende slide gaat over de juridische principes. In westerse democratieën geldt het principe van *informed consent* voor volwassen wilsbekwame personen. Op basis van vrije wilsbeschikking, informatie en de integriteit van het eigen lichaam stemt men toe met een behandeling of niet. Dat ligt bij ons vast in artikel 22 van de Grondwet. Artikel 8 van het EVRM zegt uitdrukkelijk dat het *private life* uitdrukkelijk de *physical and moral integrity of the person* omvat. Daarover is er een bekend arrest van het EHRM uit 1985. Natuurlijk laat artikel 8 van het EVRM ook uitzonderingen toe; daar zullen we dadelijk op terugkomen.

De wetgeving op de patiëntenrechten in de verschillende EU-lidstaten en de internationale verdragen nemen dat ook als uitgangspunt. Ook daar is sprake van de mogelijkheid tot bepaalde uitzonderingen, maar het aangehaalde artikel is het vertrekpunt. Men krijgt tegenwoordig soms de indruk dat de uitzonderingen de regel zijn en het eigenlijke recht het cadeau is dat je krijgt als je braaf bent, om het even stout te zeggen.

De integriteit van de persoon is een fundamenteel grondrecht, laten wij dat niet vergeten. Daarom ook is er in België eigenlijk ook maar één echt algemeen verplicht vaccin, het punt waarover het toch gaat. Dat is bovendien uitsluitend voor kinderen. Kinderen zijn namelijk per definitie wilsonbekwaam. Het gaat daarbij niet over wilsbekwame personen.

Er zijn enkele specifieke beroepscategorieën met vaccinplicht. Let wel op het woord specifiek, het gaat niet om algemene vaccinverplichtingen. Het gaat dan over hepatitis B en tetanus.

Alle rechtspraak in de verschillende EU-landen, zoals uitgebreid is opgelijst in het recente arrest-Vavřička tegen Tsjechië, betreft kinderen. Het gaat allemaal over kinderen en dus over personen die per definitief niet wilsbekwaam zijn. Andere experten zullen vandaag echter nog over dat arrest kunnen spreken.

Het is ook belangrijk te weten dat het poliovaccin een vaccin is dat 99 % tot 100 % effectief is, zowel

voor het verhinderen van transmissie als voor het verhinderen van ernstige ziektesymptomen. Dat is althans de inschatting van het Amerikaanse gezondheidsinstituut CDC.

Ik wil ook heel kort iets meegeven over de discussie waarover nogal wat te doen is geweest, namelijk over het gegeven dat de coronavaccins nog altijd experimenteel zijn. Als filosoof is het mijn taak om termen te verhelderen. Ik zal dus van de gelegenheid gebruikmaken om dat even te doen. Natuurlijk zijn die vaccins niet experimenteel in de zin dat zij op voorhand niet fatsoenlijk zijn getest. Zij zijn wel experimenteel in de zin dat in een heel korte periode een aantal onderzoeken moesten worden gevoerd die maken dat een aantal longitudinale studies nog niet kon worden afgewerkt.

Daardoor hebben zij wel degelijk een specifieke en geen volledige erkenningsstatus op het niveau van de EMA en van de Europese Unie. Dat heet '*une autorisation de mise sur le marché (AMM) conditionnelle*'. Ik citeer even het document ter zake van de Europese Unie: *"Une fois qu'une autorisation de mise sur le marché conditionnelle a été accordée, le laboratoire doit fournir les données complémentaires provenant des études nouvelles ou en cours dans des délais fixés par l'EMA*." Men krijgt dus een goedkeuring onder voorwaarde dat er nog nadere studies, ook nieuwe, worden uitgevoerd. In een normale erkenningssituatie van een medicijn is dat niet meer nodig.

"Confirmer le rapport bénéfice sur risque positif. Une AMM conditionnelle est accordée pour un an et peut être renouvelée".

Het is dus wel degelijk tijdelijk en voorwaardelijk. In die zin zijn die vaccins nog niet op een normale, volwaardige manier erkend en is er op zijn minst twijfel over het statuut. Dat is dan niet op de manier waarop antivaxers dat altijd naar voren brengen, maar op een ernstige, formeel juridische wijze. Men moet zich dus afvragen in hoeverre een behandeling, die toch valt onder een zekere mate van experimentaliteit, niet onder de bepalingen van de Verklaring van Helsinki valt, die het verplichten van dergelijke behandelingen expliciet verbiedt. Ik geef het maar ter overweging mee.

Dan is er nog een andere opmerking die gaat over publiek versus privaat. Alle bestaande verplichte vaccins behoren tot het publieke domein, terwijl de huidige in de EU-erkende coronavaccins nog onder octrooi liggen. Ze zijn gepatenteerd, dit terwijl ze ook nagenoeg volledig met publiek geld zijn ontwikkeld. Ik wil dat toch nog even onder de aandacht brengen, want ik vind dat een heel veelzeggend aspect.

Dat is trouwens de hoofdreden waarom meer dan de helft van de wereld nog niet gevaccineerd is en waarom het ontstaan van nieuwe varianten aan grote snelheid in grote delen van de wereld gewoon doorgaat, zelfs al hebben wij theoretisch een vaccinatiegraad van 100 %. U zult ook wel begrijpen dat een vaccinatiegraad van 100 % onmogelijk is. Zelfs als wij dat doen, zal dat ons niet beschermen tegen de nieuwe varianten, want een groot deel van de wereld kan niet aan de vaccins, omdat ze door de patenten niet toegankelijk zijn om financiële redenen. Er zijn nochtans meer dan voldoende middelen - Oxfam heeft die recent nog opgelijst - om ook in andere delen van de wereld op een verantwoorde manier productie-units op te zetten. Dat is iets wat door de bedrijven die de vaccins nu maken meestal wordt ontkend, maar daar bestaat wel degelijk de nodige expertise voor.

Een overheid die gepatenteerde vaccins verplicht, valt objectief in een gigantisch belangenconflict, zelfs als daar geen enkele slechte bedoeling aan te pas komt. Het risico van het odium te krijgen dat men met de gezondheid van de bevolking marchandeert, is bijna niet af te wenden.

Dat is een ander soort transparantieprobleem dan het geroddel over specialist X of Y, die al dan niet aan de leiband zou lopen van een bepaald farmaceutisch bedrijf. Dat heeft daar niets mee te maken. Het gaat over een structurele verwevenheid die men onmogelijk zomaar onder tafel kan vegen. Dat verdient dus aandacht in de overweging om vaccinatie al dan niet te verplichten.

Ik herhaal dat dit geen tegenargument is tegen een campagne om de vaccinatiegraad zo hoog mogelijk te krijgen. Het gaat over het verplicht maken, over het opheffen van de keuzevrijheid.

Ik heb niet de indruk dat het expliciet aan bod is gekomen in de uitleg van de vorige spreker, maar naar mijn inschatting zou het lichten van de patenten een enorme boost kunnen geven aan het vertrouwen van de bevolking in de vaccinatiecampagne, pun intended.

Het laatste belangrijke punt van mijn korte tussenkomst betreft het feit dat grondrechten wel degelijk beperkt kunnen worden. Dat kan ook in ons land onder bepaalde voorwaarden. Ik zal ze nog even oplijsten. Het eerste criterium is legitimiteit. Mag het überhaupt? Wordt het besluit of de wet in kwestie genomen door de daarvoor bevoegde overheid? Een tweede criterium is subsidiariteit. Is er echt geen ander alternatief?

Een derde criterium is de proportionaliteit. Staat dit in redelijke verhouding tot het beoogde doel?

Het gaat hier om een hiërarchie. Het eerste criterium is belangrijker dan het tweede, het tweede is belangrijker dan het derde. In zowat alle adviezen en bij zowat alle argumentatie zien we echter bijna uitsluitend het derde criterium opduiken. Het coronacommissariaat, het Comité voor Bio-ethiek, de Commissie Patiëntenrechten en het FIRM houden in hun adviezen in de feiten alleen met de proportionaliteit rekening. De redenering is dan het algemeen belang, de volksgezondheid, de overbelasting van de gezondheidsdiensten, enz. Het algemeen belang weegt hier zwaarder door dan de individuele vrijheid en dus gaat men verplichten.

Ik vrees dat de zaak in België toch iets complexer ligt. Artikel 8 van het EVRM laat dus inderdaad bepaalde afwijkingen toe op grond van dergelijke overwegingen van algemeen belang. Het punt is echter dat die afwijkingen ook de Belgische grondwettelijke orde nog moeten respecteren.

De Belgische Grondwet is veel strenger dan het EVRM an sich, omdat de Grondwet naast de bekende grondrechten onder titel II, namelijk het recht op onderwijs, het recht op vrije meningsuiting, het recht op vergaderen, het recht op de integriteit van de persoon en private life enzovoort, onder titel VII, Algemene Bepalingen, in artikel 187 zegt: "De Grondwet kan noch geheel noch ten dele worden geschorst." Dat is een artikel dat recentelijk eindelijk wat meer aandacht kreeg, de aandacht die het verdient want het is een heel belangrijk artikel. Het is een amendement dat al van bij het begin aan de Grondwet van 1831 is toegevoegd. Het is een politiek-juridisch unicum. Er is geen enkele andere Grondwet in de wereld die een dergelijke bepaling kent, niet van die sterkte en ondubbelzinnigheid.

De betekenis ervan is niet louter formeel maar ook materieel. Het betekent niet louter dat het verboden is dat het Parlement beslist dat dit of dat artikel van de Grondwet *suddenly* niet meer toepasbaar is of buiten werking wordt gesteld. Het betekent veel meer dan dat. Het heeft de materiële inhoud dat er geen wetten en besluiten kunnen worden genomen die op een algemene manier afbreuk doen aan de grondrechten.

Ik citeer Velaers en Van Droogenbroeck: "Door middel van artikel 187 wilde de Grondwetgever uitsluiten dat de overheid een uitzonderingsregime in het leven zou roepen en de Grondwet buitenspel zetten in het hogere belang van de natie." Ook het algemeen belang laat dus niet toe om algemeen beperkende maatregelen te nemen. Men kan steeds specifieke beperkende maatregelen nemen die gelden voor een beperkte tijdsduur, op een bepaalde plaats en voor specifieke personen. Zeggen dat iedereen daaraan moet voldoen, is echter gewoon uitdrukkelijk verboden. Die interpretatie staat er expliciet. Als men de notulen van de Grondwetgevende vergadering bekijkt, ziet men dat uitdrukkelijk door de indiener wordt gezegd dat dit de bedoeling is. Ik zal u de historische uiteenzetting besparen, maar daar bestaat wel wat literatuur over. U vindt enkele referenties aan het einde van mijn tekst.

Ik geef één, vertaalde, quote omdat die zo sterk en ondubbelzinnig is, van professor Verdussen in zijn artikelsgewijze commentaar op *la Consitution*. Hij schetst wat artikel 187 betekent "Een golf van aanslagen overspoelt het land. Een nucleaire ramp doet het land op zijn grondvesten daveren. Een dodelijke, zeer besmettelijke pandemie verspreidt zich onder de bevolking. Een hittegolf of andere vormen van noodweer maken massaal veel slachtoffers in de steden of op het platteland van het koninkrijk." Denk aan wat er in de zomer in Wallonië is gebeurd. De politieke overheden, in de eerste plaats de federale overheid, moeten de situatie onder ogen zien en alles in het werk stellen om de crisis het hoofd te bieden met alle mogelijke middelen. Wanneer een regering zich geconfronteerd ziet met dergelijke calamiteiten kan het verleidelijk zijn om uitzonderlijke maatregelen door het Parlement te jagen of nog erger, ze zelf door te drukken. Maatregelen die zodanig uitzonderlijk zijn dat ze in strijd zijn met de Grondwet, meer bepaald met de grondrechten die daarin worden vastgelegd. Artikel 187 van de Grondwet verzet zich tegen een dergelijke oplossing. Dat is ook de reden, dames en heren, dat artikel 187 onder titel VII staat, en niet onder titel II. Het is zelf geen grondrecht, het garandeert grondrechten."

Professor Velaers zegt in zijn magnifieke artikelsgewijze commentaar op de Grondwet in deel III dat het hetzelfde statuut heeft als artikel 33, dat het legitimiteits- en legaliteitsbeginsel grondvest. Artikel 187 grondvest het verbod op algemene preventieve maatregelen. Dat verklaart waarom elk apart grondrecht onder titel II ook nog eens vergezeld gaat van zijn eigen verbod op preventieve maatregelen. Bij enkele is dat zeer duidelijk, zoals artikel 12 en artikel 24, maar bij ongeveer alle artikelen is er wel een specifieke bepaling die zegt wat het betekent. Voor dat artikel betekent dat dat algemene preventieve maatregelen niet mogelijk zijn, en waarom. Vanaf het moment dat een beperkende dwangmaatregel een algemeen en preventief karakter krijgt, werkt

die opschortend, ex natura sua. Dan is er geen sprake meer van een beperking, maar een opschorting, omdat het verbod de regel wordt.

In de discussie waarover het hier gaat, handelt het om de artikelen 10 en 11, over de grondrechten van non-discriminatie en gelijke behandeling, artikel 22 over de integriteit van de persoon, en artikel 23 over de sociale, economische en culturele grondrechten.

De invoering van algemene grondrechtenbeperkende maatregelen in naam van het algemeen belang komt eigenlijk neer op het uitroepen van vormen van noodtoestand. In verschillende Europese landen is dat dan ook gebeurd in de context van het coronabeleid. In België gebeurde dat niet, want artikel 187 kan anders geformuleerd worden als het verbod op het uitroepen van de noodtoestand in België. Die juridische figuur bestaat in België dus gewoon niet.

Om die reden kan België ook geen beroep doen op artikel 15 van het EVRM, dat net als artikel 8 een zekere afwijking toelaat. Hier is de afwijking het tijdelijk opzij zetten van een aantal grondrechten die grondwettelijk gegarandeerd zijn. Daartoe moet een procedure gevolgd worden, et cetera. België heeft daarvoor een opt-out gevraagd omdat het flagrant in tegenstrijd is met artikel 187.

Onze recente pandemiewet, van oktober 2021, voert het begrip pandemische noodsituatie in. Die wet laat toe dat met behulp van een koninklijk besluit algemene grondrechtenbeperkende maatregelen worden genomen. Ik denk eerlijk gezegd dat dit problemen kan opleveren, maar we moeten nog afwachten wat het Grondwettelijk Hof daarover te zeggen zal hebben.

In een laatste punt wil ik nog even de voorgeschiedenis van het Covid Safe Ticket schetsen. Zelfs wanneer er niet zo'n sterke bescherming van de grondrechten bestaat als in België - een erfgoed dat uniek is in de wereld en dat wij niet lichtzinnig mogen verkwanselen - dan nog moeten wij erop wijzen dat het Covid Certificate zoals afgelopen zomer door de Europese Unie ingevoerd met Verordening EU 2021/953, uitdrukkelijk directe of indirecte discriminatie verbiedt van mensen die niet gevaccineerd zijn. Die verordening mag tevens niet zodanig worden uitgelegd dat zij een verplichting tot vaccinatie in het leven roept. Zelfs de Europese Unie verzette zich daar dus tegen.

De Raad van Europa had al eerder een resolutie aangenomen – weliswaar niet bindend, maar dat maakt niet uit, want het is in elk geval een belangrijk politiek statement – waarin wordt gezegd dat de overheden eraan gehouden zijn ervoor te zorgen dat de vaccinatie niet verplicht wordt en ervoor te zorgen dat niemand gediscrimineerd wordt op grond van zijn of haar vrije keuze om zich al dan niet tegen covid te laten vaccineren.

In het samenwerkingsakkoord van juli 2021 wordt dat nog even terzijde gezegd, maar de bepalingen van dat akkoord gaan al verder dan wat er in het Covid Certificate van de EU was bepaald, dus eigenlijk vegen zij dat onder tafel.

Hoe zit het dan met het algemeen belang in de zin van het vrijwaren van de zorg? Dat is een volkomen terechte bekommernis die vooral in de eerste en tweede golf enorm dramatische vormen aannam. Dat is ook de reden waarom het covidbeleid met de gezondheidsmaatregelen die effectief werden genomen op zich een goede en noodzakelijke zaak is, maar ik wil wijzen op een oud en structureel probleem.

Het feit dat er te weinig ICU-bedden zijn, heeft een heel grote rol gespeeld in de mate waarin de gezondheidsdiensten op de pandemie konden antwoorden. Als we België als referentiepunt nemen, zien we dat er in Nederland de helft minder en in Duitsland drie keer meer bedden op ICU zijn. Dan zien we meteen dat er nog een andere problematiek meespeelt dan alleen maar het beleid inzake het verspreiden van het virus. Het gaat ook over het niveau van investeringen die men bereid is om te doen om die gezondheidsdiensten de capaciteit te bieden om op een dergelijke dreiging te kunnen antwoorden.

Dat dit in het begin van de pandemie onmogelijk was of niet onmiddellijk kon gebeuren, is logisch, maar ondertussen is er nauwelijks geld gestoken in het aanwerven van meer personeel en het ter beschikking stellen van meer ICU-bedden. Na twee jaar zitten we nog op vrijwel hetzelfde niveau. In die context wordt het een beetje onzinnig om te zeggen dat men de gezondheidsdiensten zal redden door structurele problemen af te wentelen op grondwetschendende beleidsmaatregelen. Ik denk niet dat dit de goede strategie is die moet worden gevolgd.

Ik besluit. Naast het lichten van de patenten en het stevig investeren in onze gezondheidsdiensten en vooral in de zorg en de ouderlingenzorg, waar de privatisering vaak heeft geleid tot het schrappen van personeel en het niet aanschaffen van voldoende materiaal, blijft er een enorme beleidsruimte die nog helemaal niet is aangeboord en die men onder ogen zou moeten zien, eerder dan met juridische spitstechnologie maatregelen te

nemen die in België overduidelijk ongrondwettelijk zijn.

De **voorzitter**: Dank u voor uw goed onderbouwde stellingname, mevrouw Verelst. We zullen er straks nog verder over debatteren, neem ik aan. Het wordt hier, mijns inziens, almaar boeiender.

Mijnheer De Bie, u hebt het woord.

Tijl De Bie : Mijnheer de voorzitter, ik ben Tijl De Bie, professor aan de UGent in datawetenschappen en artificiële intelligentie. Ik heb geen belangenconflicten die hier relevant zijn.

Ik acht het nuttig om even te duiden waarom ik denk dat datawetenschappen en artificiële intelligentie relevant zijn in dezen. Het is evident dat data een objectieve manier, misschien de meest objectieve manier is om naar de realiteit te kijken, zolang die data representatief en beschikbaar zijn. Er zijn intussen in deze pandemie heel veel data beschikbaar. Artificiële intelligentie is ruimer dan datawetenschappen en gaat erover hoe men met kennis kan omgaan en redeneren en hoe men van data kan leren op een rationele manier. Ik meen dat dit twee belangrijke aspecten zijn in deze crisis: objectief kunnen redeneren en een aantal zaken kunnen samenleggen. Ik ga hier als onafhankelijk wetenschapper een aantal inzichten trachten te delen vanuit mijn perspectief als datawetenschapper. Ik wil ook de commissie danken om mij hier uit te nodigen en mij deze kans te geven. Het is niet voor iedereen evident dat die expertise relevant is. De commissie heeft dat duidelijk wel ingezien; waarvoor veel dank.

Ik ga eerst de voornaamste punten noemen die ik wil maken, en die daarna verder toelichten en motiveren.

Het eerste punt hebben verschillende mensen al vóór mij gemotiveerd, en dat ga ik dus niet opnieuw doen: dat er een duidelijk persoonlijk voordeel is voor heel veel mensen om zich te laten vaccineren. Zoals collega Verelst heeft aangegeven, hebben heel veel mensen dat intussen ook begrepen, zoals blijkt uit de zeer hoge vaccinatiegraad die we in België al bereikt hebben.

Daarover wil ik het dus eigenlijk niet echt hebben. Ik wil ook heel duidelijk het onderscheid maken tussen enerzijds het nut van vaccinatie en anderzijds het nut van verplichting van vaccinatie, dus dwingende maatregelen in het algemeen. Ik gooi die op een hoopje, om korter te kunnen zijn. Daartussen kan vanzelfsprekend ook onderscheid gemaakt worden. Ik gooi ze allemaal op een hoopje, 3G, 2G, 1G, CST, vaccinatiepas en dergelijke, evenals een absolute verplichting.

Op zijn best, in het theoretisch optimale geval, zou er een beperkt collectief voordeel zijn aan een verplichte vaccinatie. Als tweede stap zal ik argumenteren dat er nog een kleiner realistisch collectief voordeel is. In eerste instantie is er dus het theoretische, het maximaal haalbare voordeel. In tweede instantie is er het realistisch collectieve voordeel.

Ik zal ook een aantal zaken zeggen over de nadelen van verplichte vaccinatie. Ik ga daarop niet hard ingaan. Een aantal van die nadelen werd reeds aangehaald door collega Vansteenkiste daarnet. Die zijn talrijk en heel onzeker. Die zijn wellicht ook het grootste in die groepen waar verplichting van vaccinatie het kleinste persoonlijke en collectieve nut oplevert. Ik ga het vooral hebben over dat tweede puntje en nu en dan heel kort eens iets zeggen over het eerste puntje, namelijk het nut van vaccinatie.

Ik vertrek in mijn redenering voornamelijk van de vijf basisprincipes die wij in het Wintermanifest hebben voorgesteld. Ik ga ze nu niet opsommen. Een van de basisprincipes, dat het belangrijkst is in mijn betoog, is het derde basisprincipe, over multidisciplinariteit, proportionaliteit en subsidiariteit. Dat zal terugkomen. Over de juridische aspecten zal ik niets zeggen, want veel andere mensen zullen dat doen of hebben dat reeds gedaan, zoals collega Verelst.

De andere punten komen straks in mindere mate aan bod, maar ik nodig iedereen uit om de vijf basisprincipes te bekijken.

De volgende slides stellen een soort proportionaliteitsanalyse voor. Ik begin met de voordelen van vaccinatie. De persoonlijke voordelen van een verplichte vaccinatie of vaccinatie tout court zijn gekend en zijn hier al sterk aan bod gekomen. Professoren Schoofs, Neyts, André, Molenberghs, Gilbert en misschien nog wel andere mensen hebben die aangehaald. Voornamelijk de oudere en zwakkere bevolking heeft er baat bij wanneer zij nog geen immuniteit heeft opgebouwd. Mensen die al immuniteit hebben opgebouwd, hebben er minder baat bij, maar hebben nog steeds wel een zeker voordeel bij vaccinatie.

Ik wil wel twee kanttekeningen maken. Een eerste kanttekening is dat het voor jonge mensen onduidelijk is, voornamelijk voor kinderen. De Hoge Gezondheidsraad heeft dat ook duidelijk zo gezegd. Er zijn ook enkele andere landen, onder andere het VK of Zweden, waar recent of iets

langer geleden het equivalent van de Hoge Gezondheidsraad een gelijkaardige conclusie heeft getrokken.

Een tweede kanttekening is dat het vanzelfsprekend veiliger is om vaccingeïnduceerde immuniteit te verwerven, maar het is niet aangetoond dat die superieur is aan infectiegeïnduceerde immuniteit, in tegenstelling tot wat soms wordt beweerd. Heel wat studies beweren het omgekeerde. Het is nog niet helemaal uitgesloten *either way*, maar het is fout om te stellen dat vaccingeïnduceerde immuniteit sterker, beter of langduriger zou zijn dan infectiegeïnduceerde immuniteit. Het tegendeel is zeker even waarschijnlijk op dit moment.

Wat collectieve baten betreft, moeten wij vaststellen dat er eigenlijk zo goed als geen impact is op het aantal gevallen of de verspreiding van het virus. Ik toon een plotje van Our World in Data, waar ik het aantal cases in België in de vierde en de vijfde golf vergelijk met het aantal cases in drie andere nog meer gevaccineerde landen dan België zelf. Wij moeten vaststellen dat er in België niet meer cases zijn dan in die andere landen, ook al is er daar een hogere vaccinatiegraad. Er zijn natuurlijk heel wat verschillen tussen landen – teststrategie, gedrag, maatregelen en dergelijke –, maar het zegt toch al iets.

Er zijn nog andere argumenten. Immunologisch doet een intramusculaire vaccinatie weinig op het vlak van transmissie. Dat is al toegelicht door collega Schoofs. Collega's Lambrecht en André hebben dat recent ook gezegd.

Een volgende reden is dat serologische en epidemiologische studies ons aantonen dat de effectiviteit van vaccinatie op het vlak van susceptibiliteit en transmissie ook beperkt is. Ze is niet onbestaande, maar wel beperkt en eigenlijk teleurstellend, volgens deze studies. Er is misschien sprake van een factor 3, kort na de boosterprik, maar deze neemt ook af. Dat is ook belangrijk om in overweging te nemen.

Een laatste overweging is het feit dat in verschillende landen zoals het Verenigd Koninkrijk, Schotland, Denemarken en België in bepaalde leeftijdscategorieën de incidenties hoger zijn onder gevaccineerden dan onder niet-gevaccineerden. Dat is niet overal het geval, maar in heel wat landen wel. Dat toont wellicht aan dat de bescherming tegen susceptibiliteit en transmissie effectief afneemt en van een niet al te hoog niveau vertrekt.

Wat is dan wel een collectief voordeel? Het vanzelfsprekende belangrijke collectieve voordeel is de impact op de zorgbelasting. Dat is ook al bij andere experten zeer duidelijk naar voor gekomen. Dat is misschien wel het enig echt tastbare collectieve voordeel van een eventueel verplichte vaccinatie onder welke vorm dan ook.

Laat ons dus eens bekijken wat precies het voordeel is van een hele hoge vaccinatiegraad, of een theoretische vaccinatiegraad van 100 %, wat absoluut niet haalbaar is uiteraard. Maar ik heb de oefening gemaakt. Stel dat we een maand geleden op dat moment een maximale vaccinatiegraad hadden gehad. Dat wil zeggen dat iedereen boven de leeftijd van 18 een boosterprik kreeg en alle kinderen vanaf de leeftijd van 5 jaar twee keer gevaccineerd zijn. Dat is theoretisch maximaal haalbaar op dit moment, met de goedkeuringen die op dit moment voorhanden zijn. Dan zou dat betekend hebben dat iedereen rond 10 januari 2022 maximale bescherming zou hebben gehad van de vaccinatie.

Als ik afga op de cijfers van de incidenties uit het laatste weekrapport van Sciensano voor de periode van 10 tot 23 januari 2022, dan moeten we vaststellen dat het aantal nieuwe opnames in ziekenhuizen omwille van covid zou gedaald zijn met ongeveer een kwart. Van die 24 % zijn er 15 procentpunten te wijten aan een daling van hospitalisaties omwille van covid bij de oudste categorie van mensen boven de leeftijd van 65 jaar. Bij de volwassenen jonger dan 65 is dat 7 % en 2 % bij kinderen.

Dus, 76 % is onvermijdelijk. Dat zijn mensen die nu ook werden opgenomen en al maximaal gevaccineerd waren, maar ook mensen die nog niet maximaal gevaccineerd waren. Een aantal van die mensen zou nog altijd opgenomen geweest zijn.

Als we kijken naar de intensieve zorgen moeten we vaststellen dat we ongeveer een derde van het aantal opnames in die periode tussen 10 en 23 januari hadden kunnen vermijden als iedereen een maand daarvoor maximaal gevaccineerd was geweest, of een derde van de ongeveer 350 opnames op intensieve zorgen die er in die twee weken geweest zijn. We kunnen dat opnieuw opdelen in de drie leeftijdscategorieën.

Een belangrijk aspect om te vermelden is dat van die 33 % theoretisch mogelijke reductie, 19 procentpunten bij de 65-plussers zou kunnen uitgespaard zijn. Die groep staat in voor 6 % van de nog niet maximaal gevaccineerde mensen in deze periode. Daarbij is 76 % het aandeel niet-maximaal gevaccineerde mensen in de tussenleeftijd en 18 % het aandeel van de kinderen

en de niet-maximaal gevaccineerden.

Dat wil zeggen dat, als we het aantal opnames in intensieve zorgen hadden willen verminderen, een verplichting bij de 65-plussers 20 keer efficiënter was geweest in termen van collectieve baten voor de zorgbelasting, dan bij alle andere leeftijden, gemiddeld genomen.

Als we kijken naar ligdagen, dat is relevanter dan opnames want oudere mensen blijven langer liggen in de ziekenhuizen, dan moeten we zelfs vaststellen dat het een factor 30 meer efficiënt zou zijn geweest om een niet-maximaal gevaccineerde 65-plusser bijkomend te vaccineren, in de plaats van een niet-maximaal gevaccineerde jongere persoon bijkomend maximaal te vaccineren.

Dat was het verhaal voor de theoretische winst die wij gemaakt hadden kunnen hebben in termen van belasting van de zorgsector.

Wij moeten een onderscheid maken tussen, enerzijds, de theoretische maximumwinst en, anderzijds, de realistische winst. Hoe verschillen zij van elkaar? Er is, ten eerste, het feit dat de vaccinatiecampagne doorloopt. Ik spreek over een maand geleden, maar sindsdien is al heel wat verder gevaccineerd. Er is heel wat geboosterd in de tussenleeftijd, zijnde de 18- tot 65-jarigen. Ook bij de kinderen is er al gevaccineerd. Dat betekent dat, wanneer wij een verplichting zouden invoeren, ze voor heel veel mensen zinloos is en wij die mensen bruuskeren, omdat zij zich anders ook zouden hebben laten vaccineren. Hier is dus het subsidiariteitsbeginsel aan het werk. Wij moeten maar dwingen, indien er geen minder ingrijpend alternatief is. Dat is een eerste aspect.

Er is een tweede groep mensen, waarbij een dwang onder welke vorm ook eventueel effectief zou zijn geweest. Ik bedoel dat zij zich zullen laten vaccineren onder dwang, maar zich zonder dwang nooit zouden hebben laten vaccineren, zelfs niet mits inspanningen, zoals vaccinatiecampagnes, persoonlijk contact of gesprekken met de huisarts. Dat is een andere groep.

Opnieuw is het subsidiariteitsbeginsel hier van toepassing. Wij moeten ons immers ook afvragen hoe groot die groep is en ons ook de vraag stellen of wij dat niet op een andere manier kunnen opvangen. Kunnen wij niet meer investeren in de zorg? Kunnen wij niet meer rationeel omgaan met de zorg? Hoewel die winst eventueel bestaande is, is niet duidelijk hoe groot die is en of ze een verplichting zou verantwoorden.

Een laatste groep is de groep die ook door een verplichting niet zal worden overtuigd. Het is totaal nutteloos hen te proberen dwingen. Dat zal toch niet lukken. Zij zullen worden bestraft en daar hangt een kostprijs aan vast. Daarover zal ik straks nog iets vertellen. Ten slotte zijn er natuurlijk de onvermijdelijke hospitalisaties en opnames op intensieve zorgen, die onvermijdelijk zijn gezien het feit dat de huidige vaccins, zelfs indien maximaal toegediend, niet 100% effectief zijn.

Voor alle duidelijkheid, toen ik sprak over een reductie met een kwart en met een derde van het aantal hospitalisaties respectievelijk opnames op intensieve zorgen, ging het over de theoretisch haalbare winst. Dat is niet de praktisch haalbare winst. Die betreft alleen de tussengroep, de groep waarvoor een verplichting effectief zou zijn.

Mijn vraag aan u commissieleden is dan de volgende. Kent u de proporties van die drie verschillende groepen? Dat is een heel belangrijke vraag. Hoe groot is die middengroep? Ik heb heel goed geluisterd naar collega Vansteenkiste. Ik heb het antwoord niet, maar ik denk dat collega Vansteenkiste het antwoord ten dele heeft gegeven.

Hij zei dat de mensen die denken dat een verplichting iets zou doen, mensen zou overtuigen, mensen zijn die ten eerste, maximaal gevaccineerd zijn, dus dan is een verplichting niet meer zinvol, en ten tweede de mensen die zelf angstig zijn, die denken dat het risico nog heel hoog of gemiddeld hoog is. Dat doet mij persoonlijk vermoeden dat die middengroep, die alleen met een verplichting overtuigd kan worden en zonder verplichting niet overtuigd is, bijzonder klein is.

Tot zover de collectieve baten, die in mijn perceptie helemaal niet zo groot zijn en die ook niet zo onoverkomelijk zijn dat ze niet kunnen worden opgevangen op andere manieren. Ik laat het natuurlijk aan jullie over om daar een eigen oordeel over te vormen.

Ik wil ook even de nadelen opsommen. Ten eerste zijn er natuurlijk de juridische nadelen. Daarover zal ik niet in detail treden, andere mensen kunnen dat veel beter dan ik.

Ten tweede zijn er de epidemiologische nadelen. Er is een vals gevoel van veiligheid. Wij hebben dat moeten ervaren bij het CST, jammer genoeg. Voor zwakkere mensen is dat ook een probleem. Er zijn zwakkere mensen die wellicht besmet geraakt zijn door dat valse gevoel van veiligheid, die misschien zelfs zwaar ziek geworden of overleden zijn.

Segregatie naargelang van de vaccinatiestatus is

epidemiologisch een slecht idee. Als de vaccins iets of wat helpen tegen besmetting en tegen besmettelijkheid, is het niet verstandig om voor de mensen die niet gevaccineerd zijn enkel sociaal contact met elkaar toe te laten en de verschillende groepen zich niet met elkaar te laten vermengen. Sociaal gezien, bedoel ik.

Het is al eerder aangehaald, *vaccine inequity* kan globaal aanleiding geven tot meer varianten. Eigenlijk is dat dweilen met de kraan open.

Als wij mensen die het niet zo erg nodig hebben toch verplicht vaccineren, heeft dat twee speculatieve epidemiologische nadelen. Een aantal studies, die wel nog niet conclusief zijn, suggereren dat de immuniteit slechter zou kunnen zijn wanneer men eerst gevaccineerd is en nadien een infectie ondergaat dan in het omgekeerde geval. Of de immuniteit na twee infecties beter of slechter is dan na een infectie en vaccinatie is bij mijn weten nog niet bestudeerd. Voor alle duidelijkheid, wij zullen vroeg of laat allemaal een infectie ondergaan. Zeker voor mensen met een laag risico is dit een overweging die relevant is, zeker als er van een verplichting sprake is.

Een tweede speculatief nadeel is dat als heel veel mensen gevaccineerd zijn, dat een evolutionaire druk op het virus geeft, om *immune evasive* te zijn tegen de vaccingeïnitieerde immuniteit, die natuurlijk verschilt van natuurlijke immuniteit, dat is vanzelfsprekend. Als wij onze zwakkere mensen willen beschermen, is dat een argument om te zeggen dat wij niet te kwistig willen omgaan met de vaccins. Dat is een speculatief argument, maar het is een argument dat ik toch even wil aanhalen.

Dan zijn er ook een aantal maatschappelijke nadelen. Segregatie leidt tot grotere ongelijkheid, polarisatie en sociale onvrede. Wij zien daar de gevolgen van in het buitenland, en in mindere mate ook in België al. De schade aan het sociale weefsel is in mijn ogen gigantisch groot. Families worden uiteen getrokken. Dat gebeurt. Sociale groepen worden uit elkaar getrokken. Dat gebeurt heel dikwijls.

Ik werd gecontacteerd door mensen die zeggen dat een jongetje in zijn voetbalploeg niet meer mag douchen en nadien niet meer in de kantine mag omdat hij niet gevaccineerd is. Dat zijn anekdotische verhalen maar die zijn bijzonder schrijnend. Het gebeurt waarschijnlijk veel meer dan in één geval. Dan komen we bij het ondermijnen van het vertrouwen in de overheid, de wetenschap en gezondheidszorg en misschien wel de vaccinatie als geheel. Er zijn gezondheidswerkers die mogelijk de sector zullen verlaten omwille van de misschien nodeloze verplichting. Vaccinatie doet immers heel weinig tegen transmissie. Daarna volgt de kost van het afdwingen van de maatregelen, die voelen we nu ook met het CST. Dat is een monetaire kost, maar ook een maatschappelijke kost.

Een heel belangrijk element, dat over het hoofd wordt gezien, is dat de maatregelen die genomen zullen worden de mensen die zich uiteindelijk toch niet zullen laten vaccineren zullen treffen. Dat is absoluut niet te onderschatten. Dat kunnen we ook opmaken uit de Motivatiebarometer. Een aanzienlijk aantal mensen zal zich nog altijd niet laten vaccineren. Zij zullen lijden onder de straffen, die kunnen gaan van een monetaire straf tot uitsluiting uit het sociale leven. Dat zijn geen kleine straffen. Dat zijn geen details.

In welke mate worden die nadelen begrepen? Zijn die bestudeerd of gekwantificeerd? Worden die in rekening gebracht? Dat is wel belangrijk. Daaruit komt de oproep tot een multidisciplinaire kijk hierop voort. De heer Dewatripont zei vanmorgen dat de kosten-batenanalyse van de vaccinatie heel goed is. Vaccins zijn immers heel goedkoop. Wat we ermee uitsparen in de zorg is heel veel. Dat begrijp ik, maar de kosten-batenanalyse van een vaccinatieverplichting is wel een heel ander verhaal. Dan moeten heel wat andere zaken in rekening worden genomen.

Ik sta nog even kort stil bij de noodzakelijkheidsanalyse. In welke mate is het noodzakelijk dat de vaccinatiegraad nog opgekrikt wordt, vanuit het collectieve perspectief bekeken? Er zijn natuurlijk veel individuen die zich beter zouden laten vaccineren, maar ik heb het over het collectieve perspectief.

Ter referentie, in de eerste golf was dit de – volgens mij vrij accurate – inschatting van de reductie van de levensverwachting voor iemand die een covidinfectie opliep in de omstandigheden van de eerste golf. Ter illustratie zet ik er een aantal cijfers van de reductie in levensverwachting bij. Voor een kind is dat ongeveer een uur, voor een jongvolwassene een dag, voor iemand van rond de 40 ongeveer een week, voor iemand rond de 55 een maand, rond de 70 drie maanden en 90+ ongeveer acht maanden. Dit waren de schattingen van de reductie van de levensverwachting na het oplopen van covid in de omstandigheden van de eerste golf.

Ter referentie, elk jaar dat iemand leeft, is er een bepaalde reductie van de levensverwachting ten gevolge van het feit dat kanker bestaat en je die ziekte zou kunnen oplopen en eraan overlijden. Tot

ongeveer 40 jaar is dat risico om aan kanker te sterven elk jaar dat iemand leeft, hoger dan of gelijk aan het geschatte risico in de eerste golf om in geval van een covidinfectie hieraan te overlijden. Voor overlijden aan externe oorzaken zoals ongevallen geldt er een gelijkaardig profiel, weliswaar iets vlakker. Tot ongeveer 40 jaar is de reductie in levensverwachting die iemand jaarlijks ervaart, gewoon door te leven en het risico te lopen aan een externe oorzaak te overlijden, hoger dan of gelijk aan die van een infectie in de eerste golf.

Dit alles om een aantal zaken in proportie te plaatsen. Laten we even kijken. naar omikron. Zoals we weten is deze variant minder ziekmakend. We hebben intussen ook heel veel immuniteit opgebouwd, zowel als gevolg van eerdere infecties als dankzij de vaccinatie. Artsen weten intussen ook beter hoe ze mensen met COVID best behandelen. We zien op dit moment een *case hospitalisation rate* van minder dan 1 %. Het aantal gevallen wordt volgens sommigen onderschat met een factor vier. De *case fatality rate* bedraagt ongeveer 0,1 %. Als je dat nog eens deelt door vier, dan zitten we met een *infection fatality rate (IFR)* van 0,025 %.

Dat wil zeggen dat de *infection fatality rate* tegenover de eerste golf intussen met een factor 40 zou gedaald zijn, ruw geschat. Dat betekent dat ook het aantal verwachte verloren levensjaren voor elk van die leeftijden met een factor 40 verlaagd is. De vergelijking met kanker en externe oorzaken ziet er dan ook al helemaal anders uit. Ik laat het aan u over om die oefening te maken of wil die, bij interesse, later wel eventueel maken.

Ik wil besluiten door mijn *take home message* ter hernemen. Vaccinatie is iets anders dan vaccinatieverplichting. Een vaccinatie heeft duidelijk persoonlijke voordelen voor heel wat mensen. De meeste mensen hebben dat ook begrepen. Misschien moet die boodschap nog verder uitgedragen worden. Voor een vaccinatieverplichting is het een ander verhaal. Zelfs in het optimale theoretische geval is het collectief voordeel beperkt. In realiteit is het collectief voordeel nog veel kleiner. Er zijn heel wat nadelen en vele van die nadelen zijn ook onduidelijk, nog niet gekwantificeerd of volgens mij niet goed bestudeerd. De nadelen zijn het grootst voor de leeftijdscategorieën waarvoor geldt dat een vaccinatieverplichting voor zowel het persoonlijk als het collectief nut het kleinst is.

Sta me toe om die laatste stelling schematisch voor te stellen. U ziet de leeftijdsas met oplopende leeftijden. Naarmate we meer naar rechts gaan op de as en dus mensen aan de rechterkant dwingen, ziet u de grootste – hoewel nog relatief klein – collectieve en persoonlijke voordelen. De kosten van dwangmaatregelen zijn echter, ook vanwege het feit dat het aantal niet-gevaccineerden hoger ligt bij jongere mensen, groter aan de linkerkant. Vaak wordt gesproken over de risicogradiënt, maar daarnaast moet ook de kostengradiënt van een dwangmaatregel in ogenschouw worden genomen. Die twee gradiënten zijn tegengesteld aan elkaar. Daardoor rijzen er vragen naar proportionaliteit, niet alleen in het algemeen, maar nog veel sterker naar proportionaliteit in bepaalde leeftijdscategorieën. In mijn ogen is aan de proportionaliteit totaal niet voldaan, maar al zeker niet, en a fortiori niet voor de jongere leeftijdscategorieën.

Tot slot kom ik tot mijn referenties, die ik uiteraard kan voorleggen aan wie dat wenst.

Dit zijn de referenties die ik heb gebruikt in mijn presentatie, maar ik kan die aanvullen met andere referenties die mijn argumentatie staven.

De **voorzitter**: Dank u, mijnheer De Bie. Het was opnieuw een zeer interessante uiteenzetting. Sowieso vragen wij aan de sprekers om hun teksten en Powerpoints aan ons te bezorgen. Dat wordt toegevoegd aan het dossier en aan de leden bezorgd, naast de adviezen die schriftelijk binnenkomen. Het wordt alleszins een uitgebreide documentatie.

Dan geef ik het woord aan de heer Vuye. Wilt u zich eerst voorstellen en eventueel uw belangen-conflicten vermelden. U hebt ongeveer een kwartier de tijd voor uw uiteenzetting, mijnheer Vuye.

Hendrik Vuye : Mijnheer de voorzitter, ik dank u voor de uitnodiging.

Ik ben Hendrik Vuye, gewoon hoogleraar staatsrecht en rechten van de mens aan de Universiteit van Namen. Er zijn geen belangenconflicten in mijnen hoofde.

Ik zal het louter bekijken vanuit mijn discipline, mensenrechten, omdat daarom nogal wat te doen is. Ik ben heel blij dat de problematiek aan bod komt, want dat is toch wel het onderbelichte aspect geweest in deze coronacrisis.

De toepasselijke rechtsnorm is artikel 8 van het EVRM. Men krijgt een recht toegekend, zijnde het recht op eerbiediging van het privéleven - wat ook zelfbeschikking impliceert - en van het familie- en gezinsleven.

In de tweede paragraaf staat dat dit recht kan worden beperkt. Het is een voorwaardelijk recht. Er moet inmenging zijn, het moet bij wet voorzien zijn en het moet noodzakelijk zijn in een democratische samenleving. Die beperking moet er zijn in het belang van onder andere de nationale veiligheid, de openbare veiligheid en de bescherming van de gezondheid. Die opsomming is heel algemeen, maar er moet een legitiem doel zijn.

Wanneer men artikel 8 toepast, moet men de volgende vragen beantwoorden. De eerste vraag is of er een inmenging is, de tweede vraag of er een wettelijke basis is. De derde vraag is of er een legitiem doel is en de vierde vraag of die maatregel noodzakelijk is in een democratische samenleving. Het gaat hier wel degelijk om een juridisch instrument en niet om ethiek of filosofie. Ik zie daarover in de media immers vaak nogal wat verwarring. Het is wel degelijk een juridisch instrument en het gaat over rechten die worden toegekend aan burgers en niet over beloningen of iets dergelijks.

Ik behandel nu de verschillende vragen. De eerste drie vragen zijn vrij gemakkelijk, de vierde is al een ander paar mouwen. Recent was er het arrest-Vavřička tegen Tsjechië van 8 april 2021.

Het antwoord op de eerste vraag is doodeenvoudig. Indien uw recht op privacy zelfbeschikking omvat, is een verplichte vaccinatie een effectieve inmenging. Dat is geen verrassing.

Ten tweede, is er een wettelijke basis? Daar stelt de Grote Kamer van het Hof vast dat er effectief in de Republiek Tsjechië een wettelijke basis is.

Ik wijs er wel op dat in het kader van het EVRM een wettelijke basis een rechtsregel in het rechtsstelsel betekent, terwijl bij ons artikel 22 van de Grondwet, dat dezelfde inhoud heeft als artikel 8, op dat punt strenger is en effectief een handeling veronderstelt van een Parlement of van een democratisch verkozen beraadslagende vergadering, zoals het Grondwettelijk Hof dat stelt. Een delegatie aan een andere macht kan wel op voorwaarde dat die macht voldoende nauwkeurig is omschreven.

U ziet de voorwaarden. Ik heb één arrest genomen van het Grondwettelijk Hof. Er zijn er heel veel. Dat is vaste rechtspraak.

Op dat punt is de Belgische Grondwet dus enigszins strenger.

Het volgende punt is het legitieme doel. Ik heb er u daarnet op gewezen dat de legitieme doelen exhaustief zijn opgesomd in artikel 8. Dat lijstje is dus exhaustief. Het is natuurlijk heel algemeen geformuleerd. Zorg voor de gezondheid en bescherming van rechten van anderen zijn opgesomd in de genoemde paragraaf 2 van artikel 8. Hier stelt de Grote Kamer ook dat er een legitiem doel is. Tot nu toe is er niks verrassend. Eigenlijk zijn dat zaken die iedereen weet of kent, behalve misschien het leesschema dat ik heb gegeven.

Dan komen wij tot de kernvraag, die de moeilijkste is, namelijk de vraag of de maatregel noodzakelijk is in een democratische samenleving.

Het Hof laat geen zaken toe omdat ze medisch verantwoord zijn. Of het medisch verantwoord is of niet is in die context niet zo pertinent. Anders zouden heel wat zaken verboden moeten worden, zoals suiker en zout in voeding. Het Hof heeft ook niet beslist dat een vaccinatie noodzakelijk is in een democratische samenleving. Ik heb zo een aantal krantenkoppen gezien, maar het Hof heeft dat niet beslist. Het Hof heeft evenmin beslist dat het een positieve verplichting is in hoofde van de staten die aangesloten zijn bij het mensenrechtenverdrag.

Het probleem met de mensenrechten is dat dat open normen zijn. Wat is recht op privacy? Het Hof zegt altijd dat dat niet gedefinieerd kan worden. Het is dus een bijzonder ruim begrip. Men probeert dat dan te objectiveren. De beleidsruimte, of *la marge d'appréciation*, is een belangrijk instrument daarbij. Is de beleidsruimte waar een overheid over beschikt, groot of klein? Dan gebruikt men een aantal criteria. Gaat het bijvoorbeeld over een intiem aspect van het mens-zijn? Dan is de beleidsruimte die de overheid heeft om de mensenrechten te beperken beperkt. Gaat het om een algemene politieke kwestie? Dan is er een ruime beleidsruimte. Intieme aspecten van het mens-zijn zijn bijvoorbeeld de wetgeving aangaande seksualiteit, maar ook wetgeving aangaande gezondheid. Daar is de beleidsruimte beperkt. Algemene politieke kwesties zijn bijvoorbeeld problemen van ruimtelijke ordening, zoals de inplanting van een luchthaven. Daar zal de beleidsruimte groot zijn.

Een ander criterium is dat van de grootste gemene deler. Is er een consensus binnen de aangesloten landen? Wat doen de andere democratieën, met andere woorden. Indien daar een grootste gemene deler is, dan zal de beleidsruimte beperkt zijn. Indien er geen grootste gemene deler is, indien alle landen andere zaken aan het doen zijn, dan bekomt men wel een ruime beleidsruimte. Daarom is het belangrijk om te kijken wat andere democratieën doen. Het criterium is uiteindelijk wat er noodzakelijk is in een democratische

samenleving, en dus kijkt men naar wat andere democratieën doen.

Wat is het antwoord van de Grote Kamer in dat arrest? Gaat het om een intiem aspect van het mens-zijn? Daarnet heb ik gezondheid als één van de voorbeelden genoemd. De Grote Kamer spreekt dat niet tegen. Zij zegt dat gezondheid inderdaad een intiem aspect van het mens-zijn is, maar het gewicht dat we eraan moeten toekennen is hier toch wat beperkter. Het is immers niet mogelijk om iemand manu militari te vaccineren.

Is er een consensus? Het Hof zegt dat er inderdaad een consensus is over de effectiviteit van de vaccinatie. Landen trekken de effectiviteit van de vaccinatiecampagne niet in twijfel. Maar er is geen consensus over het te volgen model of we vaccinatie moeten verplichten of aanbevelen. Het feit dat er geen consensus is, impliceert dat de Grote Kamer besluit dat er een ruime beleidsmarge zal zijn wat het te volgen model betreft.

Noodzakelijk in een democratische samenleving is dat er een dwingende sociale noodwendigheid is, dus *un besoin social impérieux*. Er moeten ook doorslaggevende motieven zijn. De beslissing moet dus wetenschappelijk onderbouwd en gemotiveerd zijn. Ik heb telkenmale de passages, met verwijzing naar de paragrafen, opgenomen op de slide, zodat u dat kunt nakijken. In deze acht de Grote Kamer van het Hof dat die voorwaarden voor de Republiek Tsjechië vervuld zijn.

Wat is nu die proportionaliteitstoets? Een eerste element dat ik moet meegeven, is dat noodzakelijkheid veel strakker is als criterium dan nuttig. Het is minder strak dan onontbeerlijk, maar het is wel strakker dan nuttig.

Het Hof zegt dat het hier gaat over vaccinatie tegen negen ziekten waarover reeds veel ervaring bestaat en waar de efficiëntie algemeen wordt erkend door de wetenschappelijke gemeenschap. In de Tsjechische wetgeving is er ook een vrijstelling mogelijk ingeval van tegenindicaties. Dat is ook een heel belangrijk element, er zijn vrijstellingen mogelijk. Het Hof zegt heel duidelijk dat men niet manu militari kan gaan vaccineneren. Dat kan niet.

Dan is er nog een belangrijk aspect, namelijk de sanctie. Het Hof wijst erop dat de sanctie in dit geval bijzonder beperkt is, want het gaat om een eenmalige administratieve boete. Ik kom straks nog terug op die sanctie.

Er moeten in zo'n regeling, dat was het geval in Tsjechië, niet alleen materiële waarborgen zijn, maar ook procedurele waarborgen. Het Hof verwijst ook naar een mogelijkheid om schadevergoeding te bekomen indien er daadwerkelijk schade wordt geleden. Het Hof benadrukt ook dat het gaat om vaccins waarvan men weet dat ze efficiënt zijn en dat het gaat over ziekten die heel zware consequenties hebben voor het individu en voor de maatschappij.

Een ander aspect van die sanctie, want het gaat hier over kinderen, zijn de maatschappelijke gevolgen. De maatschappelijke gevolgen zijn in Tsjechië bijzonder beperkt, in die zin dat de kinderen niet naar het kleuteronderwijs mogen, daar is er dus wel degelijk een beperking, maar vanaf het ogenblik dat de schoolplicht geldt, vanaf het ogenblik dat het gaat om lager onderwijs, kunnen zij wel aan het onderwijs deelnemen. Het aspect maatschappelijke uitsluiting is hier vrij beperkt. Het gaat alleen over de periode, voorafgaand aan het verplicht onderwijs, maar het heeft geen enkele impact op schoolgaande jeugd, die onder het verplicht onderwijs valt.

Wat is de interpretatie van dat arrest? Er is een advies van het Mensenrechteninstituut. Ik heb er telkens de link bij geplaatst, zodat u dit zelf kunt nalezen. Ik vind persoonlijk dat zij nogal kort door de bocht gaan en ik ben niet de enige. Zij zeggen: een gevangenisstraf is niet aangewezen, maar mogelijks wel verdergaande sancties zoals boetes en alternatieve maatregelen. Ik wijs er ook op dat men dit advies zelf al genuanceerd heeft in een Q&A. Als ik dat naast het oorspronkelijk advies leg, stel ik vast dat men dit zelf al heeft genuanceerd. Daarom heb ik de verwijzingen daarbij geplaatst.
Er is ook heel wat kritiek gekomen op het advies van het Mensenrechteninstituut, ik heb daar ook een verwijzing bijgeplaatst, u kunt dat dus ook nalezen, van mensen die zeggen dat het advies eigenlijk niet klopt. Het gaat uit van een verkeerde lectuur van het arrest. Dat zegt onder andere ook mijn gewezen rector Yves Poullet, de godfather van artikel 8 in België, die hiermee al bezig was eind jaren 80, op een moment dat de meeste juristen nog niet gehoord hadden van artikel 8 van het EVRM.

Ik zal nu een aantal van hun opmerkingen van kritiek meenemen in mijn eigen interpretatie van dat arrest.

Wij moeten toch voor ogen houden dat het om een arrest gaat, niet om wetgeving of rechtsregels. Met andere woorden, dat is casuïstiek. Collega Vande Lanotte heeft al een aantal decennia geleden een boekje gewijd aan het feit dat het gaat over casuïstiek. Men moet dus rekening houden met zeer specifieke omstandigheden. De

omstandigheden zijn hier zeer specifiek.

Het Hof begint zijn arrest – dat verwaarloost het Federaal Instituut voor de bescherming en de bevordering van de Rechten van de Mens bijna volledig – met een voorafgaande opmerking. Dat gebeurt nog, maar is toch veeleer zeldzaam. In die voorafgaande opmerking, dus voor het arrest begint, zegt het Hof, paragraaf 158, dat het gaat om "*une vaccination usuelle et de routine des enfants contre des maladies qui sont bien connues de la médecine*". Men kan de vraag stellen of dat nu hetzelfde is. Het arrest betreft ook een specifieke groep; het gaat niet over een algemene verplichting. Het gaat over het inenten van kinderen tegen kinderziektes. De vaccinatie is in die context natuurlijk ook eenmalig. Waarover spreekt men wanneer men in de huidige context van een algemene vaccinatie spreekt? Spreekt men dan ook over een boosterprik, dus om de vier maanden of telkens in de herfst en de winter? Dat is ook een andere zaak.

Het Federaal Instituut voor de bescherming en de bevordering van de Rechten van de Mens zegt voorts dat een gevangenisstraf waarschijnlijk niet opportuun is, maar dat men eventueel met boetes kan werken. Excuseer, over welke boete gaat het dan? Het gaat dan over een eenmalige beperkte administratieve boete. In het geval van de verzoeker in Straatsburg gaat het over 110 euro. Dat bedrag is lager dan wanneer men een overtreding begaat tegen een van de vroegere corona-MB's en nu de corona-KB's. Dat bedrag ligt dus wel degelijk heel laag. Men zou dus niet naar een systeem van bijzondere hoge boetes kunnen gaan, die men om de drie maanden krijgt en die uiteindelijk accumuleren tot een zeer hoog bedrag.

Voor een aspect als het CST moet er rekening mee worden gehouden dat het Hof veel belang hecht aan de beperkte impact van de sociale uitsluiting ten gevolge van de verplichting in Tsjechië. Nogmaals, het heeft geen invloed op de schoolplicht zelf.

Dan komt ook de vraag op naar het verhoopte resultaat, naar wat men wenst te bereiken met een verplichte vaccinatie. Wordt het verhoopte resultaat afgemeten op niveau van het individu dat niet of minder ziek wordt, of op niveau van de maatschappij? Dat zijn twee verschillende zaken. Als het enkel om de meerwaarde voor het individu gaat, dan gaat het om een intiem aspect van het mens-zijn. Daarover heeft het Hof gezegd dat dit bij verplichte vaccinatie het geval is, maar dat wil zeggen dat de beleidsruimte om een verplichting op te leggen, bijzonder beperkt is of in ieder geval beperkt is. Gaat het daarentegen om een verhoopt resultaat voor de volledige maatschappij, dan zou de beleidsruimte waarover men beschikt, groter kunnen zijn. Vanuit een andere invalshoek zijn ook vorige sprekers ingegaan op de vraag welke meerwaarde men hoopt te boeken met een vaccinatieverplichting, gelet op de al hoge vaccinatiegraad en op het feit dat er eventueel nog een meerwaarde kan worden geboekt met minder verregaande alternatieven, waarbij ik denk aan het motiverend alternatief, zoals voorgesteld door de heer Vansteenkiste. Die zaken moeten voor ogen gehouden worden. Mijns inziens komen ze onvoldoende aan bod in het advies van het mensenrechteninstituut.

Ik zal proberen te objectiveren wat in deze een politiek verstandige beslissing is. Zelfs als u ervan uitgaat dat een verplichte vaccinatie mensenrechtelijk zou kunnen – mijn standpunt is daarentegen duidelijk dat het arrest tegen Tsjechië geen vrijbrief geeft eender wat te doen; want de sanctie is daar bijzonder beperkt en de gevolgen van de sociale uitsluiting zijn bijzonder beperkt, terwijl wanneer de sanctie veel zwaarder is en de gevolgen van sociale uitsluiting veel meer op de betrokken persoon wegen –, zou het Hof wel eens een andere beslissing kunnen nemen.

Hoe dan ook, indien verplichte vaccinatie toegelaten is, hoeft men daar niet voor te kiezen als wetgever. De vraag luidt of het intelligent is om de verplichting in te voeren, zeker gelet op de huidige situatie. Ik heb de indruk dat het debat vandaag eigenlijk wat te laat komt.

Ik probeer te objectiveren wat een intelligente politieke beslissing is. Ik zal verwijzen naar Alexis de Tocqueville, *La démocratie en Amérique.* Men zegt altijd dat dat het beste boek ooit geschreven is over democratie.

Wat zegt de Tocqueville daar onder andere in? Hij schrijft mooie bladzijden vol over thema's als de instelling van een jury en de common law in de Verenigde Staten. Ook daarmee zien we exact hetzelfde probleem. Soms moet men in een maatschappij kiezen tussen efficiëntie en samenleven. Wanneer men beslissingen neemt die efficiënt zijn en waarmee men misschien een procentueel kleine, meerwaarde genereert, maar die slecht zijn voor de samenleving, die maken dat de samenleving gepolariseerd geraakt tussen meerdere groepen, dan zijn dat in feite geen verstandige politieke beslissingen.

Welnu, wij moeten toch vaststellen dat het CST dat volgens sommigen geen en volgens anderen beperkte winst oplevert, toch een groot verlies voor de samenleving met zich brengt, aangezien het

zorgt voor een grotere polarisering.

Dat is een heel belangrijk element. Het kan niet de bedoeling zijn van verplichte vaccinatie dat de winst verwaarloosbaar is gelet op de hoge vaccinatiegraad – maar virologen moeten die vraag beantwoorden; ik hoef ze niet te beantwoorden – terwijl de maatschappelijke kosten voor de samenleving wel bijzonder groot worden. In die zin vind ik eigenlijk dat het debat nu wat laat komt, namelijk op een moment dat de meerwaarde die men erdoor zou kunnen genereren, bijna verwaarloosbaar is, laattijdigheid waar het Parlement geen enkele schuld in treft.

Ik wil ten slotte nogmaals beklemtonen dat het arrest van de Grote Kamer geen vrijbrief is om alles te doen en om een systeem op te starten met heel verregaande vormen van sociale uitsluiting of met heel zware financiële sancties.

De **voorzitter**: Dat brengt ons bij de laatste spreker van vanmiddag, dokter Van Giel.

Roel Van Giel : Hartelijk dank voor de uitnodiging. Ik ben de voorzitter van Domus Medica, de wetenschappelijke beroepsvereniging van Vlaamse huisartsen en Nederlandstalige huisartsen in Brussel. Het gaat om 69 huisartsenkringen die ongeveer 3.500 huisartsen vertegenwoordigen. Daarnaast ben ik ook actief als huisarts in Kalmthout en heb ik de twee jaar van de covidcrisis in een aantal taskforces en werkgroepen gezeten en zit ik daar nog altijd in om bij te dragen tot het bedwingen van de crisis. Ik mag stellen dat ik ook geen belangenconflicten heb.

Na een korte inleiding zou ik op twee zaken willen focussen: de impact op de zorg en de rol van de huisartsen in de vaccinatie om vervolgens in te gaan op de vaccinatieplicht.

Er spelen naast vaccinatie en vaccinatieplicht heel wat andere aspecten een rol bij het beheer van de pandemie, namelijk de viruscirculatie op zich, de druk op het zorgsysteem, het mentaal welzijn van de bevolking, de impact op het onderwijs met onder andere de leerachterstand bij jongeren, economische factoren en juridische factoren zoals we er vandaag een aantal gehoord hebben. Het is onmogelijk om op al die aspecten in te gaan, maar u moet ze wel meenemen bij uw beslissing als Parlement over de vaccinatieplicht.

Als ik mij in mijn presentatie dus focus op twee aspecten, wil dat niet zeggen dat ik de andere aspecten niet belangrijk vind of dat ik de twee waarop ik inga, belangrijker vind. Ik heb ze gekozen omdat ik denk dat ze belangrijk zijn in de beslissing om al dan niet tot een vaccinatieplicht over te gaan en omdat ze door andere experten waarschijnlijk minder naar voor worden gebracht.

Ik besef ook dat het debat met een enorme polarisatie in de maatschappij gepaard gaat. Laten we hopen dat de besprekingen in de Kamer weer wat rust en nuance brengen. De polarisatie hebben wij als experten ook gemerkt in de vele mails die we van individuen en groepen gekregen hebben, tot zelfs advocatenbrieven die we voorafgaand aan de hoorzitting van vandaag ontvangen hebben.

Bij Domus Medica peilen wij regelmatig naar wat er bij de huisartsen leeft en wat hun mening is. Afgelopen donderdag hadden wij er weer een opgezet ter voorbereiding van de hoorzitting. Jammer genoeg werd die peiling gekaapt door een aantal groepen die duidelijk tegen een vaccinatieplicht zijn, waardoor de resultaten ervan niet meer representatief zijn voor de huisartsen en de peiling dus niet meer bruikbaar is.

Het is toch jammer dat dergelijke technieken in een debat worden gebruikt om het uiten van meningen of mogelijke meningen van sommigen te proberen bemoeilijken.

Ik wil op twee aspecten focussen, zonder de andere aspecten te willen minimaliseren. Het ene aspect is de impact op de zorg en het andere de vaccinatie en de rol die huisartsen daarin kunnen spelen. Deze pandemie heeft op verschillende manieren een enorme impact gehad op de zorg. Er is de impact van het virus zelf. Mensen worden ziek van dit virus, velen in milde mate, maar er is ook een niet onbelangrijke groep die daarvan wel ernstiger ziek is geworden, met opnames in het ziekenhuis en op intensieve zorg en met langdurige beademing.

Dat heeft een enorme impact op de gezondheid en op het herstel van die mensen. Dat was bij een aantal mensen ook zo na het doormaken van de ziekte, wat men dan long covid noemt. Men mag ook de postvirale vermoeidheid niet onderschatten, die we zien bij mensen die niet in het ziekenhuis werden opgenomen, maar de ziekte thuis hebben doorgemaakt. Zij hebben soms weken later nog last van postvirale vermoeidheid en moeten soms zelfs revalidatie bij de kinesist opstarten om die ziekte na een aantal weken of maanden te boven te komen.

Ondanks het feit dat we op dit moment een variant hebben die duidelijk minder ziekmakend is, waarmee we heel blij zijn, mogen we de impact van die infectie niet onderschatten. Sommigen doen

dat duidelijk toch, denk maar aan de verhalen die we de laatste tijd horen van mensen die zich doelbewust laten besmetten.

Er is nog een punt dat niet mag worden onderschat. Er wordt veel gesproken over de grote druk die er op mentaal vlak is geweest voor de bevolking door allerlei maatregelen die moesten opgelegd worden. Ik onderschrijf dat helemaal. U mag tevens niet onderschatten dat de aanwezigheid van het virus op momenten waarop er een hoge viruscirculatie is bij een groep mensen ook een impact heeft op het mentale welzijn. Zij hebben angst en durven niet buiten te komen. Zij passen hun gedrag aan naargelang de omvang van de viruscirculatie in de maatschappij.

Ten tweede, het meest in het zicht gekomen aspect is het feit dat de pandemie, met de verschillende golven die wij hebben gehad, een enorme impact heeft gehad op de uitgestelde zorg. Wij weten dat er doorheen de pandemie al behoorlijk vaak zorg moest worden uitgesteld. Een deel van die uitgestelde zorg heeft absoluut een negatieve impact op de gezondheid van de betrokkenen. Wij weten ook dat een deel van de uitgestelde zorg nooit is ingehaald en ook geen impact heeft gehad. Dat is ook iets wat wij voor de toekomst moeten meenemen. Een deel van de *overuse* van zorg, die er in normale omstandigheden is, is door de pandemie weggewerkt. Er is echter ook een deel van de zorg uitgesteld, wat duidelijk een negatieve impact heeft op de gezondheid van mensen.

Ik ga door naar de volgende slide. Ziet u die slide?

De **voorzitter**: Wij zien nog altijd dezelfde slide.

Nu is het goed, wij zien een grafiek.

Roel Van Giel : Wij hebben gezien dat er cijfers van het RIZIV zijn over de chirurgie, die weergeven welk deel van de chirurgische ingrepen gedurende de verschillende golven is uitgesteld. De cijfers zijn onderverdeeld in essentiële en niet-essentiële chirurgie. Wij zagen dat bijvoorbeeld tijdens de eerste golf maar 56 % van de essentiële chirurgie werd uitgevoerd en 6 % van de niet-essentiële zorg of chirurgie.

Tijdens de tweede golf werd 80 % van de essentiële zorg uitgevoerd en 33 % van de niet-essentiële zorg. U moet vooral letten op de harmonicabeweging die dat telkens geeft. Bij elke golf moest een deel van de zorg uitgesteld worden, dat vervolgens tussen de golven moest worden ingehaald. Dat gaf een enorme extra belasting van het zorgpersoneel, dat dus niet alleen tijdens de golven maar ook tussen de golven zwaar belast werd, aangezien dan alle zorg ingehaald moest worden die tijdens de voorgaande coronagolf werd uitgesteld.

Ook voor kankerdiagnoses is dat al meermaals duidelijk aangetoond. Zeker tijdens de eerste golf hebben we gezien dat heel wat diagnoses uitgesteld werden, tijdens latere golven was dat wat minder. Wel zien we heel duidelijk dat er doorheen de golven steeds latere diagnoses gesteld werden, waardoor tumoren in een verder gevorderd stadium werden gevonden dan vóór de coronapandemie. In november nog gaf professor Gert De Meerleer van het UZ Leuven aan dat men op dat moment 60 % meer prostaatkankers zag in stadium C, wat betekent met uitzaaiingen, dan vóór de coronapandemie.

In het debat over de verplichte vaccinatie moet dat element meegenomen worden. Heel wat sprekers hebben het over de rechten en vrijheden. Ik heb veel respect en begrip voor de keuze die de mensen zelf maken om al dan niet gevaccineerd te worden. Dat moet wel worden afgewogen tegen het recht van personen op goede gezondheidszorg, op snelle diagnose en op een goede behandeling. Tijdens de gehele pandemie hebben we dat laatste recht voortdurend moeten uitstellen.

Als voorbeeld noem ik patiënten met een positieve iFOB, dus bij wie in het kader van het bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker bloed in de stoelgang werd gevonden. Die patiënten moeten een colonoscopie krijgen, een dikkedarmonderzoek. Als dat onderzoek keer op keer uitgesteld moet worden, omdat er geen plaats of geen ruimte is in het ziekenhuis, dan kan het onderzoek pas enkele maanden na de initiële planning plaatsvinden. Wanneer bij een dergelijke patiënt een tumor in een misschien wat verder gevorderd stadium wordt gevonden, wat is dan het recht van die patiënt ten opzichte van het recht van een niet-gevaccineerde? Wat is het recht van een persoon met een hernia die zijn operatie steeds weer uitgesteld zag en daardoor maanden pijn moest lijden ten opzichte van het recht van iemand die geen vaccinatie wil?

Wat is het recht van iemand met een chronische pathologie, die zijn opvolging keer na keer uitgesteld zag worden, waardoor complicaties optraden die hij de rest van zijn leven zal meenemen? Dat is een afweging die men absoluut ook moet meenemen in het debat over de vaccinatieplicht.

Laten wij duidelijk zijn, die reden van uitstel kan dubbel zijn. Dat kan omdat behandeling of

diagnose uitgesteld moesten worden omdat de zorgcapaciteit het niet aankon. Wij hebben echter tijdens elke golf van de pandemie vaak gezien dat mensen zelf hun zorg gingen uitstellen, dat zij artsenbezoeken, ziekenhuisbezoeken en onderzoeken uitstelden omdat zij bang waren om naar zorginstellingen te gaan.

Ten slotte, er is niet alleen impact op de zorg en zorguitstel, maar er is ook een enorme impact op het zorgpersoneel. Men mag absoluut niet onderschatten wat de impact is van twee jaar pandemie op het zorgpersoneel.

Ik kan dat best schetsen vanuit de eerste lijn. Wij staan reeds maanden onder hoge werkdruk, met de ene piek na de andere. In de periodes tussen de pieken hebben wij steeds een stukje van de chronische zorg moeten inhalen die wij tijdens een golf moesten uitstellen. Er was soms heel weinig voldoening in het werk, met veel administratie. Er moest andere zorg worden uitgesteld, iets waarbij men zich niet goed voelde. Er moest zorg worden uitgevoerd op een manier waarvan men aanvoelde dat ze minder kwalitatief was. Dat had een enorme impact op hoe men als zorgverlener, die normaal met hart en ziel het beste voor de patiënt wil, die zorg moest verlenen. De pandemie dwong om die zorg op een andere manier te geven.

Dat is heel vergelijkbaar voor de ziekenhuizen. Ik weet dat u heel veel experts hebt uitgenodigd. Het is echter belangrijk dat deze commissie een goed zicht krijgt op de impact die deze pandemie heeft gehad op diensten voor intensieve zorgen, op de verpleegkundigen op intensieve zorg, op de verpleegkundigen die van afdeling moesten veranderen om maanden aan een stuk covidzorg te doen, op de artsen die van de ene op de andere dag van gastro-enteroloog ineens covidarts werden. In het verhaal van de vaccinatieplicht is het belangrijk dat u een zeer goed zicht krijgt op de impact op het zorgpersoneel.

Om dat enigszins te duiden, verwijs ik naar de peilingen die wij regelmatig bij onze artsen uitvoeren, onder andere over het mentaal welzijn. Een van de mogelijke antwoorden op de steeds weerkerende vraag of men de druk in de praktijk nog aankon, was dat men het niet meer aankon en van plan was om te stoppen. Welnu, bij de jongste peiling van november 2021 gaf 10 % van de 1.169 artsen die hadden geantwoord aan dat ze eigenlijk met de praktijk zou willen stoppen. Daar kan natuurlijk ook enige emotionaliteit bij zitten. Diezelfde vraag werd ook gesteld in mei 2021 en in september 2020. De percentages van artsen die eigenlijk met hun praktijk zouden willen stoppen, hebben wij nooit eerder gezien. Bij de leeftijdsverdeling zag men dat vooral de jongere artsen, die nog 20 of 30 jaar voor de zorg moeten instaan, aangaven dat zij het niet meer op die manier verder wilden doen.

De eerste tussentijdse conclusie voor de toekomst luidt dat wij absoluut geen zorg meer mogen uitstellen. Dat betekent dat wij geen bedden meer mogen voorbehouden voor covidzorg, maar dat betekent ook dat de influx nooit de maximale capaciteit mag overschrijden. Ons systeem heeft nu eenmaal zijn maximale capaciteit. Daarin ben ik het niet eens met wat mevrouw Verelst zei. Wij hebben in België een zeer hoge capaciteit aan ziekenhuisbedden. Wij hebben 5 acute ziekenhuisbedden per 1.000 inwoners. Wij staan daar zesde op de lijst van OESO-landen. Wij hebben 17,4 % INZO-bedden per 1.000 inwoners, waarmee wij op de vierde plaats van de OESO-lijst staan. Wij hebben dus al een zeer hoge capaciteit van bedden.

Ik ben het er zeker mee eens dat er een grote reorganisatie van de zorg nodig is en dat er meer moet worden ingespeeld op het verschil tussen zomer en winter en de planning van zorg. Denken dat wij daarmee de capaciteit van de INZO of de ziekenhuisbedden met zo veel procent zullen kunnen verhogen om nog meer zorg te kunnen geven, is echter wishful thinking. Dat zal er niet zijn. Onze zorg zal altijd zijn maximale capaciteit hebben.

Als men beslist dat er onder geen enkele omstandigheid een vaccinatieplicht mag komen, zal een van de beslissingen die het Parlement moet nemen, zijn dat men een code zwart opstelt. Dan moet het een antwoord bieden op de vragen wat wij zullen doen, op welke criteria wij zullen beslissen mensen op te nemen, op het moment dat er geen medische criteria meer zijn om een keuze te maken. Kortom, wat doen we op het moment dat de zorgvraag onze zorgcapaciteit overschrijdt en men niet meer op basis van een medisch gegeven een keuze kan maken tussen wie ik nog op IC laat opnemen en wie niet. Dan hebben wij, zorgverleners, een lijst nodig die maatschappelijk gedekt is en die aangeeft op welke basis wij mensen de toegang tot het ziekenhuis of tot een INZO-bed geven.

In Nederland heeft men dat gedaan. Men heeft een code zwart opgesteld en criteria vastgelegd om de volgorde te bepalen waarop men INZO-bedden bezet, als de capaciteit bereikt is. Onder andere de leeftijd wordt daarbij meegenomen en op het einde hanteert men zelfs een loterijmechanisme waarbij men loot wie het laatste beschikbare bed krijgt in geval van bezetting van de maximale capaciteit.

Als men onder geen enkele omstandigheid over andere maatregelen wil spreken, hebben wij, zorgverleners, nood aan een maatschappelijk kader op basis waarvan wij, als de zorgcapaciteit overschreden wordt, een keuze moeten maken bepaalde patiënten wel of niet op te nemen. Dat mag u niet van de zorgverleners vragen.

Natuurlijk moet er worden geïnvesteerd en dat moeten we de komende jaren zeker doen. Maar ook daarvoor geldt een maximale capaciteit. Laten wij alstublieft toch niet de fout maken en beweren dat wij maximaal zullen kunnen blijven uitbreiden en dat wij alle zorg zullen kunnen blijven bieden. Er zal altijd een maximale capaciteit zijn en dus een beperking van wat ons zorgsysteem aankan.

De pandemie heeft heel hard ingehakt op de zorgverleners.

Ik hoop dat er daardoor niet te veel mensen het zorgberoep verlaten, of het nu gaat om huisartsen, specialisten, verpleegkundigen of ander zorgpersoneel. Als zorgverlener zullen wij altijd de beste zorg aanbieden aan iedereen die dat nodig heeft. Maar als de zoveelste niet-gevaccineerde patiënt wordt opgenomen en op INZO komt, dan geeft dat een heel wrang gevoel als er weer een heel zorgsysteem moet worden omgegooid om hem die zorg te geven die heel waarschijnlijk vermijdbaar was als hij gevaccineerd was en er daarvoor ook andere zorg moet worden uitgesteld. Dat begint voor heel wat zorgverleners toch heel moeilijk te worden. Laat ik nogmaals duidelijk zeggen dat zorgverleners altijd iedereen zorg geven, maar wij zijn ook maar mensen en op de duur wordt het heel moeilijk om zich daar telkens over te zetten en die zorg te bieden. Dat zal misschien een van de redenen zijn waarom mensen zich op een bepaald moment afvragen waarom ze dat nog doen en waarom ze niet beter met het beroep zouden stoppen.

Het tweede aspect is de vaccinatie zelf. De huisartsen - en ik denk dat Maarten Vansteenkiste daar ook al naar verwezen heeft - merken inderdaad dat er nog heel wat desinformatie bestaat, dat onze zorgsystemen niet of onvoldoende op preventie inzetten, dat vertrouwenspersonen in de zorg een belangrijk element kunnen zijn om mensen te overtuigen om tot vaccinatie over te gaan en dat als men goede systemen heeft die inzetten op preventie, dat tot een hoge vaccinatiegraad kan leiden. Dat bewijzen de cijfers waarover we in België beschikken. Organisaties zoals Kind en Gezin en de CLB slagen erin om met een performant organisatiesysteem dat inzet op preventie, bij onze kinderen hoge vaccinatiegraden te behalen voor verschillende vaccins.

We hebben voor de vaccinatiecampagne gekozen voor vaccinatiecentra, die heel goed werk hebben geleverd. Tegelijk hebben we een paar proefprojecten opgezet, die nog lopen, om op een andere manier de vaccinatiegraad te verhogen.

Het eerste project, dat betrekking had op primaire vaccinatie, werd opgezet in de regio van Genk. We hadden namelijk vastgesteld dat de vaccinatiegraad in een aantal wijken veel lager lag dan in de rest van de eerstelijnszone aldaar. Het proefproject bestond erin dat een aantal studenten geneeskunde na een specifieke opleiding inzake communicatie, namens de huisartsen van huisartsenpraktijken hun patiënten die zich niet lieten vaccineren, opbelde met een dubbel doel, met name vragen waarom zij zich niet lieten vaccineren en bekijken of zij die mensen door een gesprek toch op andere gedachten konden brengen en ervoor konden zorgen dat zij zich lieten vaccineren. Zij werden betaald door de stad Genk als jobstudent. De resultaten waren goed. Het bleek dat na het opbellen vanuit de huisartsenpraktijk 45 % van de groep die zich niet liet vaccineren of op dat moment zich nog niet liet vaccineren, toch kon worden overgehaald zich te laten vaccineren.

Wanneer werd nagevraagd wat de redenen waren, bleek dat bij 77 % angst een belangrijke reden was. Voor 50 % was de reden een tekort aan informatie. Wanneer een vertrouwenspersoon uit de zorg, zoals de vaste huisarts, de betrokkenen contacteerde en de juiste informatie gaf, konden zij toch worden overtuigd. Wanneer ik dagelijks de boodschappen zou lezen op kanalen die eigenlijk alleen desinformatie spuien – ik heb dat gezien bij een aantal van mijn patiënten -, dan zou ik mij ook niet laten vaccineren. Kortom, contact met de juiste vertrouwenspersoon, zoals de vaste huisarts, waarin men vertrouwen heeft dat hij of zij de juiste informatie verstrekt, blijkt een belangrijk element te zijn om de vaccinatiegraad te verhogen.

Het tweede proefproject bestond erin om de boostervaccinatie niet via het vaccinatiecentrum te laten verlopen, maar samen te werken met de eerstelijnszone en een beperkt aantal huisartsen-praktijken. Er waren daarbij verschillende modellen mogelijk, waarbij de huisarts de patiënt contacteerde om er zijn boostervaccin te komen halen, dat dan ofwel in de huisartsenpraktijk of op een vaccinatiemoment van de eerstelijnszone werd gegeven.

96 % van wie in dat project voor boostervaccinatie

in aanmerking kwam, liet zich ook vaccineren. Ik denk dat er bijna nergens zo'n percentage behaald is. Ook hier blijkt weer dat werken via de vaste huisarts, die zijn patiënten uitnodigt en hun uitleg geeft, de vaccinatiegraad kan verhogen.

Mijn tweede tussentijdse conclusie luidt dus dat huisartsen een heel belangrijke rol kunnen spelen om de vaccinatiegraad zo hoog mogelijk te houden. Ik denk dat we de huisartsen de tools moeten geven om dat te doen. We hebben daartoe een performant GMD nodig en een integratie met Vaccinnet. We moeten audits kunnen doen in de dossiers, zodat we gemakkelijk lijsten kunnen trekken van de groepen die gevaccineerd moeten worden aan de hand van bepaalde criteria. De huisartsen moeten systemen ter beschikking hebben die hen toelaten patiënten op te roepen en herop te roepen om hen uit te nodigen voor een consultatie met een gesprek over vaccinatie.

Daarvoor is er ondersteuning nodig. Dat kun je niet als huisarts alleen. Daar heb je ondersteunend personeel voor nodig, administratie en verpleegkundigen. Ik ben mij ervan bewust dat dat geld kost. Ik maak even de vergelijking voor Vlaanderen; ik heb de cijfers niet voor Wallonië. Vlaanderen geeft ruim 20 miljoen uit via het Impulseofonds ter ondersteuning van praktijk-assistenten, administratief personeel, en vanaf volgend jaar ook verpleegkundigen. Welnu, dat bedrag komt overeen met de uitgaven voor 4 dagen PCR-testen. Stel je voor dat we dat bedrag optrekken tot het bedrag dat we uitgeven voor 20 dagen PCR-testen, dus 100 miljoen? Welke meerwaarde zou dat niet kunnen bieden, niet alleen in de vaccinatiecampagne vandaag, maar voor andere acties op het vlak van preventie, waarin we ook enorm veel zullen moeten investeren?

Natuurlijk zal dat in samenwerking met andere zorgverleners gebeuren, en met doelstellingen op populatieniveau. Als huisartsenpraktijk of als vaste huisarts kunnen we daar een belangrijke rol in spelen.

Ik keer terug naar de corebusiness van deze commissie: al dan niet verplichte vaccinatie. In een peiling in november hebben we de huisartsen eens gevraagd of ze principieel voor verplichte vaccinatie voor iedereen, dus de volledige bevolking, waren. We hebben die vraag herhaald in de huidige peiling. We hadden u graag de evolutie laten zien, maar we kunnen de resultaten niet meer gebruiken door wat er met die peiling gebeurd is. Toen gaf 67% van de huisartsen aan dat ze voor een verplichte vaccinatie waren. We hebben toch geprobeerd resultaten te trekken uit de huidige peiling door enkel de data uit de eerste uren te nemen. We denken immers dat de peiling toen nog niet verspreid was buiten het doelpubliek. We zagen toch een wijziging, nu was het meer gelijk verdeeld. Het is wel jammer dat we de exacte cijfers niet naast elkaar kunnen zetten. Het was wel mooi geweest, omdat dan de gedachte bij de huisartsen misschien evolueert.

Bij verplichte vaccinatie is een aantal elementen belangrijk om mee te nemen. Er mag niet worden beslist op basis van de huidige toestand of van deze golf. De beslissing over verplichte vaccinatie moet worden genomen in het kader van verschillende scenario's die zich in het najaar van dit jaar of de volgende jaren kunnen voordoen en ook in de toekomst bij toekomstige pandemieën. De kans dat dit de laatste pandemie is die ik in mijn carrière zal meemaken, zal immers klein zijn. De kans dat we nog van deze pandemieën zullen meemaken, wordt groter en groter gewoon door hoe de wereld evolueert. Baseer u niet alleen op de omikrongolf, zoals we die vandaag kennen, maar denk ook na over scenario's met volgende golven, waarbij we weer met virusvarianten te maken krijgen die misschien wel weer meer ziek maken en hoe het zorgsysteem daar dan mee moet omgaan en wat de rol van een eventuele verplichte vaccinatie is.

Een verplichting van vaccinatie is nooit een alleenstaand gegeven. Ik wil het werk van de commissie niet bemoeilijken, maar het is een van de elementen die passen in het kader van het beheersen van een pandemie en het is dus nooit een doel op zich.

Men moet voorts het doel van de vaccinatie omschrijven, want ook vandaag heb ik veel gehoord over vaccinatie en de transmissie. Dat is waar. De omikronvariant gaat daar gladjes door en besmet ons allemaal, gevaccineerd of niet, alhoewel er volgens de cijfers toch nog een verschil is. Het vaccin haalt echter niet het resultaat dat men verwacht op dat vlak, maar het vaccin haalt wel het verwachte resultaat wat betreft het ziekmakend effect en de kans op opname. Wat is het doel van de verplichte vaccinatie? Willen wij vermijden dat mensen besmet raken en het virus kunnen doorgeven of willen wij vermijden dat mensen heel ziek worden en opgenomen moeten worden in een ziekenhuis of op intensieve zorg en zo het zorgsysteem belasten? Dat virussen rondgaan en mensen daar ziek van worden, waardoor zij een paar dagen thuis moeten uitzieken, zien wij immers niet alleen bij corona, maar bij heel wat andere virussen.

Zoals ik al zei, zullen wij uitstel van zorg te allen

tijde moeten vermijden in volgende golven. Ik denk dat men een verplichte vaccinatie van de hele bevolking of een deel van de bevolking zeker moet afwegen tegen de vraag wat de kans is dat wij weer zorg zullen moeten uitstellen, met alle gevolgen van dien. Als zo'n vaccinatieplicht er nooit kan komen, voorzie dan ook het worstcasescenario, namelijk dat de zorgcapaciteit overbelast wordt, en bekijk wat de criteria zullen zijn om te bepalen of iemand al dan niet het laatste bed in het ziekenhuis of op de intensieve zorg zal krijgen.

Ik heb al gezegd dat de belasting van het zorgpersoneel heel zwaar was. Dat is een zeer belangrijk element in het debat.

Daarnaast is er de bescherming van de meest kwetsbaren in de maatschappij. Ik leef graag in een maatschappij waar iedereen een stuk mee zorg draagt voor elkaar, ook voor de meest kwetsbaren. Ik zou niet graag evolueren naar een situatie waarin alleen de meest kwetsbaren bepaalde maatregelen worden opgelegd of zij bepaalde dingen moeten doen om een pandemie onder controle te krijgen, maar dat de rest van de maatschappij kan doen wat zij wil.

Ten slotte is er een aantal hervormingen van het zorgsysteem nodig. Wij moeten meer de shift naar preventieve zorg maken. Geef de eerste lijn, de huisartsenpraktijken, meer slagkracht. Het is door anderen al aangehaald dat ook het financieringssysteem zal moeten evolueren naar een meer gemengd systeem.

Ik heb hiermee geprobeerd om, met de nodige nuance, een aantal elementen mee te geven die van belang zijn in het algeheel debat over een al dan niet verplichte vaccinatie.

De **voorzitter**: Ik dank alle sprekers voor hun toelichtingen. Het woord is nu aan de leden van de commissie.

Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de voorzitter, ik dank alle sprekers. Dit debat heeft absoluut een meerwaarde ten opzichte van de debatten die we tot nu toe hebben gehad. Verschillende invalshoeken zijn heel duidelijk en breed te interpreteren.

Professor Vansteenkiste, u zegt dat de vrijheidsverhogende rol afhangt van de gezondheidswinst. U hebt het over de individuele gesprekken tussen de zorgverstrekker en de patiënt, waarmee ik absoluut akkoord gaat. In hoeverre kunnen die gesprekken bindend gemaakt worden, zeker gelet op het feit dat de vaccinatie een repetitief gegeven is? De vaccinatie en de boosters vergen verschillende gesprekken. Welke impact heeft dat dan weer op de motivatie?

Professor Verelst, u spreekt over het hellend vlak, 3G, 2G en 1G. Hoe kunnen wij dat in het vervolg voorkomen? Wij weten dat het hellend vlak voor een deel door inconsequente communicatie gecreëerd is. Hoe kan de politiek daarop anticiperen? Deze ochtend werd bijvoorbeeld gesteld dat er een kader gecreëerd moet worden voor de toekomst, waarbij dan wel sneller geschakeld kan worden tussen aanbevelingen of verplichtingen. Is dat in dat geval consequent?

U sprak ook over experimentele vaccins. Kunt u dat verduidelijken? We hebben de CMA, de *conditional marketing authorisation*, maar is dat tegenstrijdig met de juridische stelling die u naar voren bracht? Is het experimenteel of toch algemeen aanvaard door het EMA? Wat is uw ethische visie daarover, kunnen we daarmee al dan niet verder?

U sprak ook over de opheffing van de patenten. Moderna heeft vanaf het begin van de crisis de patenten opgeheven. Hoe verklaart u dan dat daarop niet meer ingezet is? Wat zou het verschil daar kunnen zijn?

Professor De Bie, u gaf de grafiek van 23 januari en de impact van de booster op de 65-plussers. Professor Neyts had een gelijkaardige grafiek, dat ging dan over 18 december. Daaruit konden wij concluderen dat die booster te laat kwam, dat de booster echt wel een impact gehad heeft op die kleine groep.

Is het polariserend om die kleinere groep, die 65-plussers, te verplichten? Wij moeten dan de afweging maken tussen een 65-plusser die gezond is en geen comorbiditeiten heeft ten opzichte van een 45-plusser met comorbiditeiten. Zijn we dan ethisch correct bezig? Kunnen wij dat verantwoorden?

Bepleit u de keuzevrijheid van vaccin, zeker wanneer er perorale en nasale vaccins beschikbaar zullen zijn?

Professor Vuye, u sprak over het advies van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens. Ik wil daar de stelling van professor Verelst tegenover stellen met betrekking tot die experimentele vaccins. Past dat in dat advies? Kunnen wij experimentele vaccins duiden zoals het Europees Hof doet, dat benadrukt dat de vaccins werken? Past dat in het kader van die experimentele fase?

Dokter Van Giel, indien de huisartsen sneller in het vaccinatiebeleid waren betrokken geweest, indien

de huisartsen hadden kunnen vaccineren, had u dan een verschil gezien in de bereidheid tot vaccinatie van de bevolking?

Barbara Creemers (Ecolo-Groen): Professor Vansteenkiste, ik vond het heel interessant dat u zei dat de communicatie over het CST altijd vanuit een veiligheidsverhogende functie is gebeurd, terwijl men dit eigenlijk zou moeten ombuigen naar de gezondheidswinst. Kan dit volgens uw inschatting nu nog gebeuren? Kan men die focus nog verleggen?

Mevrouw Verelst, mijnheer Vuye, het idee dat door professor Vansteenkiste en van sprekers vanmorgen werd geopperd is de opkomstplicht of de informatieplicht. Het idee is dat mensen moeten komen, maar dan nog kunnen weigeren. Hoe kijkt u daarnaar vanuit een grondwettelijk standpunt of mensenrechtenstandpunt?

Professor De Bie, ik heb twee vragen voor u.

Ik vind het heel interessant om de vermijdbare versus niet-vermijdbare opname op intensieve zorg, gevaccineerd en niet-gevaccineerd, te extrapoleren. U zegt dat men een deel van de opname van mensen op intensieve zorg toch niet had kunnen vermijden. Zijn er ook modellen die de uitgestelde zorg bekijken? Kunnen we die uitgestelde zorg ook objectiveren? We horen daarover heel veel schrijnende verhalen. Hebt u daar ook cijfers van, waardoor we kunnen zien welk aandeel we hadden kunnen vermijden door meer te vaccineren? Hoeveel minder uitgestelde zorg hadden we dan gehad?

Professor De Bie, ik hoor heel veel zeggen: dit gaat niet werken, hier hebben we schrik voor, pas hiermee op. U roept op om meer multidisciplinair naar het probleem te kijken. Hebt u op korte termijn meer adviezen vanuit die multidisciplinariteit om de vaccinatiegraad te verhogen?

Dokter Van Giel, u zegt dat er veel overlappingen zijn tussen de proefprojecten van de huisartsen in Genk en het voorstel van de opkomstplicht, als men de ervaringen van die proefprojecten gaat opschalen naar de opkomstplicht. U zegt terecht dat daarvoor ondersteuning nodig is, de praktijkbegeleiding. De vraag is ook of de huisartsen ruimte hebben om dat op korte termijn massaal te doen met alle niet-gevaccineerden in ons land.

Hebt u zicht of de *community health workers* hierin een rol kunnen spelen? Ja of neen?

Een kleine groep van huisartsen die niet voor vaccinatie is, gaat mee in het antivaxverhaal. Wat is hun rol bij een opkomstverplichting?

Dan heb ik nog een laatste vraag over code zwart. Moeten we dat niet sowieso voorbereiden? Stel dat er een vaccinatieplicht is, bestaat dan nog de kans dat code zwart ooit nodig zal zijn?

De **voorzitter**: Dan geef ik het woord aan mevrouw Zanchetta.

Laurence Zanchetta (PS): Pour M. Vansteenkiste, mais ça peut s'étendre aux autres orateurs que je remercie pour leur exposé, aujourd'hui quels sont les arguments qui pourraient encore convaincre les non-vaccinés à franchir le cap de la vaccination? J'aurais aimé savoir, si on se dirige vers une obligation vaccinale, comment voyez-vous sa mise en œuvre? Est-ce qu'elle passera par un entretien obligatoire chez un généraliste, comme on semble le souhaiter? Est-ce réellement possible de mettre en œuvre concrètement cette obligation?

Cette obligation, justement, est-ce qu'elle doit s'accompagner de sanctions ou est-ce qu'il faut davantage se diriger vers des incitants positifs comme la possibilité d'obtenir un check-up si on accepte la vaccination? Évidemment, cette solution est-elle éthiquement acceptable? De manière plus générale, cette obligation ne va-t-elle pas creuser davantage le fossé qui existe déjà actuellement entre les vaccinés et les non-vaccinés?

Pour Mme Verelst, entre autres, vous avez évoqué l'autorisation de mise sur le marché conditionnelle des vaccins. Je n'ai pas bien compris pourquoi vous y avez fait référence. Est-ce que l'expérience de l'administration de millions de doses de vaccins n'a pas clairement démontré l'efficacité des vaccins et la balance risque-bénéfice? Par ailleurs, vous affirmez que la levée des brevets pourrait améliorer la confiance des citoyens. Pourriez-vous développer cela?

Pour terminer, un mot du CST. Est-ce qu'aujourd'hui on considère qu'il a encore une raison d'être? Ou est-ce aussi un outil qui contribue à creuser davantage ce fameux fossé entre les citoyens vaccinés et non vaccinés? De plus, comme cela a été souligné ce matin, ce CST n'empêche pas les vaccinés d'avoir une vie sociale et de rencontrer des gens d'une autre manière. L'obligation vaccinale a cela de positif qu'elle mettrait effectivement tout le monde sur un pied d'égalité.

Voilà, j'espère être dans les temps.

Le **président**: Tout à fait, madame Zanchetta. Merci beaucoup.

Dominiek Sneppe (VB): Ik heb eerst een paar vragen over de cijfers, vooral voor de heer De Bie.

Met cijfers kan men van alles bewijzen, wordt wel eens als boutade gebruikt. Ook in de coronacrisis zien we vaak dat tegenovergestelde resultaten met hetzelfde cijfermateriaal worden bewezen. Over de uitspraak “wie gevaccineerd is, verspreidt het virus minder dan wie niet gevaccineerd is” heb ik mevrouw Schoofs ondervraagd. Zij antwoordde dat dit uit biologisch-moleculair standpunt niet juist is, maar dat het vanuit het oogpunt van *modellers* wel zou kunnen kloppen. Mijnheer De Bie, kunt u verduidelijken welk model er meestal wordt gebruikt om dergelijke uitspraken te staven?

U begon met te zeggen dat er heel veel data zijn. Is er ondertussen al meer transparantie in die data? Is er een evolutie merkbaar? Kunnen de wetenschappers met de beschikbare data alle analyses uitvoeren die zij nodig achten of worden zij nog gehinderd door een gebrek aan data?

Mijnheer Van Giel, wie moet volgens u instaan voor de al dan niet verplichte vaccinatie? Bent u enthousiast over de demarche van de apothekers om vaccineren door of bij hen ook mogelijk te maken? Als de omikronvariant inderdaad milder is, zoals mag worden gehoopt, is verplichte vaccinatie dan nog nodig of zouden wij onze pijlen niet beter richten op het boosteren van de meest kwetsbaren?

Ik heb de volgende vraag al vaker in deze commissie aan de bevoegde minister gesteld, maar misschien kunt u mij wel een deftig antwoord geven. Hoe moeilijk is het om bij bloedafname telkens de immuniteit tegen SARS-CoV-2 te controleren? Waarom wordt dat in deze crisis niet standaard gedaan? Het is immers belangrijk om te weten hoeveel immuniteit er ondertussen bij de bevolking is. Huisartsen doen toch regelmatig bloedafnames, dus waarom wordt dat niet standaard getest?

Hoe wordt omgegaan met klachten die mogelijks te wijten zijn aan vaccinatie? Volgens onderzoek zou in België slechts 1 % van de klachten bij het FAGG worden gemeld. We doen het nog veel slechter dan Nederland. Wat is daarvoor de reden? Zou een anonieme melding dit euvel kunnen verhelpen?

Nawal Farih (CD&V): Mijnheer de voorzitter, ik had graag willen starten met vragen aan professor Vansteenkiste.

Professor Vansteenkiste, het was heel interessant te horen dat u aangaf dat, wanneer het risicobesef groot is, er ook een grote wil is om zich te laten vaccineren. U sprak vaak over het individuele perspectief. Is er ook een collectief perspectief? Bestaat er – de heer Van Giel heeft erover gesproken – een soort samenleving waarin wij ook voor elkaar kunnen zorgen en waarin er solidariteitsdrang is om toch bepaalde stappen te zetten in het algemene belang? Kan u daarover meer vertellen?

U had het ook over de consultverplichting. Dat was ook interessant. Wij spreken dan over een consultverplichting in plaats van over een vaccinatieverplichting. Hoe zullen wij die verplichting sanctioneren? Zijn daar al ideeën over? Hoe wordt dat precies gezien? Hoe vaak moet de consultverplichting plaatsvinden? Volgt er een administratieve boete of zijn er andere nadelen aan verbonden? Graag kreeg ik uw ideeën daarover.

Mevrouw Verelst, u had ik graag willen spreken over iets wat mevrouw Depoorter heeft aangehaald, namelijk het opheffen van de patenten. Ik zag in de powerpoint de stelling staan dat het opheffen van de patenten een impact kan hebben op de motivatie. Hoe bent u precies tot die stelling gekomen? Vanwaar komt ze precies? Immers, de gemiddelde burger en ook mijn vrienden en kennissen hebben vaak heel weinig informatie over de werking van patenten. Hoe komt u dus tot de stelling dat een patentopheffing voor meer motivatie zou kunnen zorgen? Graag kreeg ik de basis waarop die stelling wordt gebaseerd.

Ik heb nog een algemene vraag, die eigenlijk de olifant in de kamer is. Bij de vaccinatieverplichting wordt de beweging van antivaxers en twijfelaars gevormd door twijfel in de wetenschap. Wanneer ik de cijfers hoor van de heer Van Giel, merk ik dat hij stelt dat er een kleinere motivatie is om nog een langdurig traject als arts voort te zetten en ook dat hij de grote angst heeft dat nog maar weinig mensen willen instappen in het beroep. Hoe zal ons land dat kunnen overleven, wanneer er erg veel twijfel ontstaat in de wetenschap in combinatie met onze zorgcapaciteit, die haar limieten heeft? Waar zal ons land dan nog kwaliteitsvolle zorg kunnen aanbieden? Hoe zullen wij een en ander in evenwicht kunnen brengen?

Dat is een vraag voor de experts in het algemeen, indien zij daarop willen inpikken.

Sofie Merckx (PVDA-PTB): De verschillende experts mogen zich vrij voelen op mijn vraag in te

gaan, maar mijn eerste vraag is eerder tot de heer Vansteenkiste gericht.

U had het over het idee dat sinds vorige week, en ook deze ochtend, gelanceerd is: geen verplichte vaccinatie, maar wel een verplicht gesprek. Ik heb een vraag daarbij. Wij zien dat er bij mensen die het vaccin weigeren ook vaak een groot probleem van wantrouwen is. Zal een verplicht gesprek dit wantrouwen wel beïnvloeden? Zelfs als alleen het gesprek verplicht is, moet men toch een heel repressief systeem op poten zetten met boetes of andere maatregelen voor de mensen die niet naar dat gesprek zouden willen gaan. Is het sop de kool wel waard?

Mevrouw Verelst, u zei dat een eventuele vaccinatieplicht volgens u ongrondwettelijk zou zijn. Dat lijkt mij een vrij straffe bewering. Zelf ben ik geen jurist. Ik wil dus graag aan de andere personen vragen of zij u daarin bijtreden. Betekent dit dat om een vaccinatieverplichting uit te voeren eigenlijk een grondwetswijziging noodzakelijk is?

Mijnheer Van Giel, u had het over het project in Genk. Ik ben zelf als huisarts werkzaam bij Geneeskunde voor het Volk, en één van onze groepspraktijken in Genk deed mee aan dit project. Wij hebben geprobeerd het ook in onze andere praktijken uit te rollen. U pleitte effectief voor het investeren in preventie, dicht bij de huisarts, door het aanwerven van praktijkassistenten. Ik kan u daar alleen in bijtreden. U hebt gezegd wat het verschil is tussen mensen verplicht op gesprek sturen en vragen naar iets wat zij niet kennen, en hen benaderen vanuit een huisartsenpraktijk en echt luisteren naar hun twijfels.

Dat is natuurlijk een heel ander paar mouwen, omdat ze daar met een vertrouwenspersoon te maken hebben. Ik vraag me dan ook af of we daar niet verder op moeten inzetten, namelijk op projecten die de eerste lijn op een preventievere manier doen werken en de huisartsen daarin ondersteunen. Zo zullen we op lange termijn meer winst boeken dan met het inzetten op verplichte vaccinatie. Misschien kunt op deze stelling ook reageren?

Er is ook gezegd dat er een fundamenteel verschil is tussen het poliovaccin en het covidvaccin, ten eerste omdat het over een vaccin gaat dat een voorlopige vergunning heeft en ten tweede omdat het bij polio om wilsonbekwame personen gaat, namelijk kinderen. Ik zou graag weten wat u daarover denkt.

Robby De Caluwé (Open Vld): Mijnheer de voorzitter, bedankt aan alle sprekers. We hebben opnieuw heel boeiende toelichtingen gekregen.

Ik heb nog een aantal vragen voor de heer Vansteenkiste. U vermeldde onder meer het idee van een opkomstplicht. Dat idee, dat ook al door andere experten werd geopperd, vind ik interessant. Ik vroeg mij af of u daar veel van verwacht. Zal zoiets niet heel tijdsintensief zijn voor een vermoedelijk beperkte winst? Ik vraag mij ook af of we gewoon moeten aanvaarden dat een groep zich niet wil laten vaccineren. We weten dat niet-gevaccineerden bij een besmetting een groter risico lopen om op intensieve terecht te komen. Als dat er een paar zijn, is dat op zich geen probleem, maar het wordt wel een probleem als ze met velen zijn.

Als we aanvaarden dat een groep zich niet laat vaccineren, hoe gaan we dan om met de afweging over het recht op zorg voor wie besmet is met COVID-19, en meer nog, met het recht van patiënten met andere aandoeningen, die een operatie nodig hebben die echter wordt uitgesteld doordat de zorg overbelast is? Kunnen we dit als overheid verantwoorden ten aanzien van patiënten die een dringende nood hebben? En hoe blijven we dat uitleggen aan het zorgpersoneel, dat ondertussen al twee jaar onder een veel te grote druk werkt?

Mevrouw Verelst, graag zou ik ook uw mening horen over het idee van een opkomstplicht, waarbij mensen uitgenodigd worden voor een gesprek. Daarbij mogen zij het vaccin weigeren, maar hopelijk hebben zij na dit gesprek meer zicht op de voordelen ervan. Hoe staat u daartegenover?

Mevrouw Verelst, u had het ook over de segregerende bijwerkingen van een CST in welke vorm dan ook. U haalde ook aan dat het CST in de coronabarometer ingebakken zit. Op die manier is het immers mogelijk om bij stijgende druk op de ziekenhuizen volledige sluiting van sectoren te vermijden. Dan wordt met die tussenstap gewerkt.

Als we niet voor een CST kiezen, ziet u dan een alternatief, als blijkt dat er bijkomende maatregelen moeten worden genomen om de druk in de zorg te beperken? Moeten we dan onmiddellijk bijvoorbeeld de hele horeca sluiten in plaats van enkel voor de mensen die een verhoogd risico op ziekenhuisopnames zouden hebben, dus meestal niet-gevaccineerden?

Mijnheer De Bie, u beweerde in uw toelichting dat de incidentie van besmettingen bij gevaccineerden hoger zou liggen dan bij niet-gevaccineerden in België. Dat zijn dan toch andere cijfers dan die die ik heb. Ik heb het ook nog even nagekeken in het

laatste RAG-advies. Dat spreekt dat heel duidelijk tegen. Zeker na de boosterprik is het verschil toch wel gigantisch groot. Waar komt die bewering vandaan?

U pleit ook voor een differentiatie in het risico, omdat het vooral ouderen en mensen met onderliggende aandoeningen zijn die in het ziekenhuis belanden. Pleit u dan voor doelgroepenvaccinatie? Is dat dan een verplichting voor die doelgroepen of niet? Wat gebeurt er dan met de gezonde, jonge mensen die ook zwaar ziek zijn geworden of mensen die niet echt ziek zijn geworden, maar die maanden later nog altijd heel veel last hebben? Tijdens de hoorzittingen rond long covid hebben we een aantal jonge, gezonde mensen gehoord die maanden na hun besmetting nog altijd heel veel last hadden. Hoe moeten we daarmee omgaan?

Karin Jiroflée (Vooruit): Mevrouw Verelst, u zegt dat voor alle maatregelen aangetoond moet worden dat er geen minder verregaand alternatief is. Kunt u een voorbeeld geven van een minder verregaand alternatief? Dat vraag ik omdat u ondertussen tegen nagenoeg alle maatregelen naar de rechtbank bent getrokken. Dat hebt u vroeger nog gedaan, dus u bent daarin ervaringsdeskundige. Welke maatregelen zijn in de pandemie volgens u wel in overeenstemming met de Grondwet?

U zei dat privatisering geleid heeft tot problemen tijdens de pandemie. Kunt u dat met bewijs staven? Wij zijn, voor alle duidelijkheid, tegenstander van privatisering in onze zorg en ouderenzorg, maar Statistiek Vlaanderen heeft ter zake enkele studies uitgevoerd die uitwijzen dat er geen verschillen zijn naar uitkomsten in woon-zorgcentra naar gelang van de beheersvorm. Het pleidooi voor publieke zorg moet wel met de juiste argumenten onderbouwd worden, meen ik.

U hebt de mond vol over ethiek. Bij bepaalde maatregelen mag men geen familieleden bezoeken, wat volgens u blijkbaar een groot onrecht is. Kunt u uitleggen wat u ethisch vindt aan ongevaccineerd de bomma bezoeken?

Mijnheer De Bie, u toonde uw model over vermijdbare ziekenhuisopnames. Ik vond de leeftijd van 0 tot 5 jaar daarin niet terug, terwijl die groep wel 16 % van alle ziekenhuisopnames vormde volgens het jongste Sciensanorapport, waarnaar u zelf verwees, met elke dag 46 kinderen tussen 0 en 5 jaar die naar het ziekenhuis gebracht worden vanwege covid. Ik vind het eigenaardig dat dat niet in uw tabellen staat.

U beweert regelmatig dat er geen bewijs is dat vaccinatie bij kinderen werkt. U beweert zelfs dat de Hoge Gezondheidsraad zich tegen vaccinatie van gezonde kinderen uitsprak. Nochtans heeft de Hoge Gezondheidsraad wel argumenten genoemd waarom die vaccinatie zinvol is. Kunt u dat nader toelichten?

U stelde ook dat immuniteit via een eerdere besmetting beter is dan immuniteit via vaccinatie. Zegt u nu werkelijk dat u de risico's van het vaccin gelijkschakelt aan de risico's van het virus? Dat wil ik duidelijk weten.

Ik bedank ook nog heel erg de andere sprekers en heb nog één vraag voor u, dokter Van Giel. Hoe schat u de bereidheid van de huisartsen in om mee te werken aan de gesprekken met vaccinweigeraars, zoals beschreven door professor Vansteenkiste? Zou zoiets mogelijk zijn en welke impact zal dat hebben op de zorg? Op het eerste gezicht lijkt ons dat heel erg belastend en duur. De huisartsen hebben hard gewerkt in deze crisis; dus ik vraag mij af of de huisartsen dat zouden zien zitten.

Catherine Fonck (cdH): Monsieur le président, je remercie les intervenants pour leurs présentations particulièrement intéressantes. Comme je suis strictement limitée dans le temps, je vais me focaliser malheureusement uniquement sur certains aspects.

Je vois une convergence se dégager dans les présentations de plusieurs experts, pas uniquement cet après-midi, sur l'importance d'une approche individuelle pour prendre du temps, convaincre, expliquer, rassurer, répondre aux questions des personnes non vaccinées et tenter une démarche qui permettrait non pas d'obliger mais d'expliquer, de convaincre et d'amener à la vaccination. J'appuie cette idée depuis longtemps. À ce sujet, je trouve que le projet pilote à Gand notamment est intéressant. Ceci étant, cela demande des moyens supplémentaires pour l'organisation mais aussi du temps. Moi-même je passe du temps à convaincre des non-vaccinés et je vois combien cela peut être efficace mais aussi combien cela demande du temps.

À ce sujet, on sait qu'à Bruxelles, environ 40 % des personnes n'ont pas de dossier médical global. Ce taux n'est d'ailleurs de 100 % dans aucune des Régions. Comment travailler avec ces citoyens qui n'ont pas de médecin généraliste attitré dans le cadre d'un DMG? Avez-vous des suggestions à ce sujet? Cela me semble particulièrement important pour éviter de ne se focaliser que sur les

personnes qui ont un DMG et qui ont déjà une facilité plus importante à avoir une relation avec le médecin traitant et à aller trouver des réponses à leurs questions lorsqu'elles ont des doutes.

Ma deuxième question porte sur le code noir. Je tiens à redire que, malheureusement, il faut parfois faire des choix pour une admission aux soins intensifs dans un certain nombre de cas, indépendamment du covid et hors période de pandémie. Cela arrive régulièrement.

J'ai beaucoup d'interrogations sur la manière dont on pourrait écrire dans une loi des critères qui correspondraient à la réalité plurielle des patients. Pour avoir travaillé un certain nombre d'années en milieu hospitalier, je sais que les réalités sont terriblement plurielles. L'âge ne veut parfois rien dire. On peut avoir un patient jeune dont le pronostic est plus réduit que celui d'un patient de 70 ans. Les réalités ne sont pas toutes blanches et toutes noires; on a régulièrement des discussions pluridisciplinaires, avec plusieurs soignants. Il peut arriver qu'il n'y ait qu'une seule place aux soins intensifs alors qu'il y a trois demandes. Ecrire cela dans la loi noir sur blanc avec des critères me semble particulièrement compliqué.

Je termine en posant une question à M. De Bie. Monsieur, vous avez montré la comparaison dans les diminutions de l'espérance de vie en fonction des types de pathologie. Il y a un problème. Il me semble que le calcul que vous avez réalisé – sauf erreur de ma part, auquel cas je vous présente mes excuses – ne tient pas compte du confinement qui est intervenu et qui a bien évidemment réduit la mortalité secondaire au covid, à tout le moins avant la vaccination

Steven Creyelman (VB): Professor Vansteenkiste, in uw alternatief legt u erg de nadruk op gerichte informatie over de manier waarop vaccins werken en wat ze precies doen. Is het momentum voor de gerichte informatie niet reeds voorbij? Beide zijden zitten immers reeds in de loopgraven. Hoe groot acht u de kans dat wij hen nog uit de loopgraven krijgen, dat wij die polarisatie nog kunnen doorbreken?

Ik ben uw idee wel genegen om niet-gevaccineerden een verplicht gesprek met een arts aan te bieden. Zal zo'n gesprek niet indirect of direct ervaren worden als een soort van bijkomende druk en bijdragen aan die *moetivatie*?

Professor Verelst, professor Vuye, ik wil mij excuseren voor de manier waarop bepaalde mensen hier bejegend worden door collega's van mij. Hoe zit het bij een verplichte vaccinatie met de aansprakelijkheid van de overheid tegenover de burger? Hoe zit het trouwens nu met de aansprakelijkheid? Kunt u daarover wat meer toelichting geven?

Kan vaccinatie verplicht opgelegd worden aan een deel van de bevolking? Uit bepaalde uiteenzettingen begrijp ik dat dat kan. Los van opportuniteiten en haalbaarheid, waarop kan of mag dat onderscheid gebaseerd zijn? Mag dat op leeftijd zijn? Op basis van geslacht? Op basis van gezondheidstoestand? Op basis van woonplaats?

Dokter Van Giel, welke definitie wordt gehanteerd om iemand als coronapatiënt te bestempelen? Dat lijkt een rare vraag, maar in het Verenigd Koninkrijk bestaan er daarover duidelijke gegevens en maakt men een duidelijk onderscheid tussen coronapatiënten en patiënten met corona. U beseft ongetwijfeld waar ik naartoe wil. Wordt dat onderscheid ook hier gemaakt? Beschikken we daaromtrent over concrete gegevens? Die lijken immers moeilijk te vinden.

Misschien heb ik u verkeerd begrepen, maar ik meen toch dat u een aantal vraagtekens hebt geplaatst bij het afwegen van zorg voor coronapatiënten en de rangorde voor patiënten vanwege hun keuze om al dan niet gevaccineerd te zijn. Ik ben zelf triple gevaccineerd, dus u hoeft mij niet in het antivaxhoekje te duwen. Persoonlijk vind ik dat ethisch toch wel een bijzondere denkwijze, want vraagtekens plaatsen bij de zorg vanwege iemands vaccinatiekeuze is toch voer voor heel ander debat.

Ik ga heel kort door de bocht, omdat ik niet veel tijd heb om uit te weiden, maar moeten we dan ook mensen die een hartaanval krijgen vanwege hun levensstijl laten zakken in de impliciete zorgrangorde? Iedereen kiest ervoor om op een bepaalde manier te leven. Moeten we hardrijders die een ongeval krijgen, ook zorg weigeren als het erop aankomt? Zij hebben er immers zelf voor gekozen om hard te rijden. Moeten we rokers die kanker ontwikkelen, ook laten zakken in de rangorde? Ik hoor daar graag uw reactie op. Die mag ook zijn dat ik u verkeerd heb begrepen, wat ik toch stilletjes hoop.

Peter De Roover (N-VA): Ik dank alle sprekers. Ik heb maar een vraag voor de sprekers. Zien zij een verschil tussen een verplichte vaccinatie en een 1G-beleid? Zo ja, waar situeert zich het verschil?

Maarten Vansteenkiste : Vertrouwen, begrip en geduld zijn sleutelwoorden om vandaag nog ongevaccineerden mee te krijgen, zeker in onze gepolariseerde context. In dit opzicht is de plicht

om op gesprek te komen op zich een zeer nobel doel als samenleving. Als psycholoog kijk ik daarnaar. U stelt vaak de vraag naar het rendement van zoiets. Dat is vanuit het regeringsstandpunt ook een logische vraag. Vanuit motivatieperspectief is het in de eerste plaats de bedoeling om gerichte informatie te geven, om te luisteren wat de echte obstakels zijn. Een deel van de ongevaccineerden schat de situatie misschien nog niet helemaal goed in. Het neemt echt overtuigd de beslissing om het niet te doen. Een deel is misschien nog deels onwetend. Het is die groep die we goed willen informeren als samenleving. Daar zijn wel nog voordelen te rapen. De vraag is dan of die extra percentages op zich medisch nog van toegevoegde waarde zijn.

Als signaal van zorgzaamheid is dat wel te verkiezen. Veel artsen zouden zulke gesprekken zelf echt wel als een verrijking ervaren. De heer Van Giel kan daar ook iets meer over zeggen. Zo'n gesprek is op zich zeer waardevol, om beter te begrijpen waarom anderen vandaag daar niet toe geneigd zijn. Ik zou in die context ook niet de term 'overtuigen' gebruiken. Het is de bedoeling om tot een beter gedeeld begrip van de situatie te komen. Dat is wat autonomieondersteuning allemaal inhoudt. Na zo'n eerste gesprek kan een opening gecreëerd worden voor een tweede gesprek later, wanneer de situatie weer urgenter wordt, waardoor de noodzaak van zo'n tweede gesprek zich misschien ook sterker aandient. Als er een nieuwe variant zou opduiken, is het opportuun om daar wel in te investeren. Iemand van u vroeg of het moment daarvoor ook niet al voorbij is. Op basis van de resultaten is dat zo. De kans op ernstige ziekte na besmetting wordt vandaag toch substantieel lager ingeschat en net die kans op ernstige ziekte is de motor tot vaccinatie. Het denkproces bij mensen stimuleren en goed informeren kunnen straks in minder urgente tijden echte prioriteiten zijn.

Inzake de gezondheidszorg en de vraag naar het collectieve – iemand stelde immers dat er een nogal individuele kijk op de zaken is – kan ik meegeven dat ik niet meer in detail de resultaten heb besproken van een algemene verplichting tegenover een 1G-beleid. De heer De Roover stelde daar een vraag over.

Wij stellen vast dat de groep die momenteel voorstander is van een striktere aanpak de gevaccineerden betreft die de kans op ernstige risico's vandaag nog hoog inschatten. Binnen die groep is er inderdaad een voorkeur voor een algemene verplichting, om een aantal redenen. Ten eerste vinden zij dat een meer helderdere en ook eerlijkere keuze. Zij anticiperen meer op de langetermijnvoordelen, ook op sociaal vlak. In hun ogen kan die verplichting sociaal meer verbindend zijn, omdat wij collectief dankzij een verplichting de situatie kunnen oplossen. Zij anticiperen zelf ook op minder gezondheidszorgen wanneer de verplichting wordt geïntroduceerd, in plaats van dat er met een 1G-beleid slechts op een indirecte manier een verplichting wordt geïntroduceerd.

Wanneer wij in detail daarop inzoomen, zien wij dat de voorkeur psychologisch gezien meer naar de algemene verplichting uitgaat. Ik spreek hier natuurlijk over één groep, die zowel gevaccineerd is alsook de risico's vandaag hoog inschat. Wij weten ook dat de risico's fluctueren met de varianten en dat er op een bepaald ogenblik een ander draagvlak kan ontstaan voor een verplichting.

Het is dan nog de vraag of de ongevaccineerden, die vandaag minder lijken te reageren op de risico's, kunnen worden meegenomen. Ik heb mijn vragen bij dat alles. Individuele gesprekken zijn in dat opzicht cruciaal.

De vraag zal zijn op welke manier de betrokkenen ertoe kunnen worden gebracht het gesprek te voeren. Niemand stelt die vraag, aangezien ze als erg verdachtmakend wordt ervaren. Nadat een ongevaccineerde een dergelijk gesprek heeft gehad, kan hij daarover ook getuigen tegenover de *peers.* Hoe is het gesprek overgekomen? Stond hij of zij er sceptisch tegenover? Heeft het de situatie voor hem of haar verduidelijkt? Heeft het extra info opgeleverd die nuttig was?

Via de *peers*, die dan bij een gezondheidswerker of huisarts in wie zij vertrouwen koesteren, zijn geweest, kan aan andere sceptische personen duidelijk worden gemaakt dat de doelstelling van een dergelijk gesprek niet vaccinatie is maar vertrouwen opbouwen, elkaar beter begrijpen en correct informeren.

Wij zullen dat natuurlijk ook experimenteel verder kunnen toetsen, zoals wij dat met de motivatiebarometer hebben gedaan. Dat zegt de wetenschapper in mij. Zou het, om mensen mee te krijgen bijvoorbeeld, beter zijn om een boete te koppelen aan de vaccinatieverplichting of om te werken met getuigenissen die de mensen stimuleren? Dat zijn zaken die men empirisch zou kunnen bestuderen voordat men hieromtrent een campagne uitrolt. Het is wel belangrijk dat de gezondheidswerkers en de huisartsen goed worden opgeleid, zoals de heer Van Giel ook aangeeft. Misschien moet dat een beperktere groep van mensen zijn die er de voordelen van ziet en er achter staat, zodat het engagement groot is, want het zullen soms moeilijke gesprekken zijn.

Iemand vroeg naar het CST en de communicatie daarover. Ik denk dat wij het CST en de vaccins in het algemeen te veel naar voren hebben geschoven als de toegangspoort tot de vrijheid. Wij hebben mensen toen een droomscenario voorgespiegeld dat eigenlijk niet helemaal bewaarheid is geworden. Daarvan ondervinden wij vandaag op motivationeel vlak de nadelen. Vaccins zijn per definitie niet waterdicht – ik denk dat wij dat te rooskleurig hebben voorgesteld – en als mensen zich door die belofte hebben geëngageerd om zich te laten vaccineren, dan zijn zij misschien ontgoocheld. Hun engagement voor de vaccinatie was voorwaardelijk, zijnde vrijheidsgebonden. Als wij die vrijheid niet 100 % kunnen garanderen, dan ziet men op langere termijn de nadelen daarvan. Ik ben, eerlijk gezegd nooit voorstander geweest van het credo 'het rijk van de vrijheid'. Wij moeten duidelijk maken waarom het CST in sommige situaties nog noodzakelijk is en de veiligheid van de bezoekers verhoogt. Als dat niet langer zo is, omdat de variant verandert of omdat het vaccin niet langer even effectief is voor de rondwarende variant, dan moet men zich inderdaad de vraag stellen wat nog het nut is van het CST, anders creëert men weerstand bij de bevolking.

Karin Verelst : Mijnheer de voorzitter, ik heb deze namiddag ook veel bijgeleerd. Ik hoop dat wij als gastexperts ook alle presentaties zullen krijgen. Ik probeer kort te antwoorden op bijna alles wat ik heb kunnen noteren.

De opkomstplicht. Ik ga me er niet over uitspreken of ik dat een goed of een slecht idee vind, maar ik kan niet meteen zeggen dat ik daar fundamentele juridische bezwaren tegen zie. Er bestaan andere vormen van algemene opkomstplicht, waaronder de stemplicht. Als dergelijke gesprekken effectief plaatsvinden zoals door verschillende sprekers omschreven, namelijk met vertrouwenspersonen uit de zorg of de preventieve geneeskunde, op een bewaakte manier, waarbij er op een menselijke en respectvolle manier informatie wordt overgebracht – niet op een manier waarbij meneer pastoor de bange burger inpepert wat hij moet doen – dan zie ik daar geen enkel bezwaar tegen. Of het wenselijk is, is een beslissing die mij niet toekomt. Ik denk dat het zeker een waardevolle piste is.

De patenten. Ik heb die kwestie aangehaald op grond van vooral enkele studies van Oxfam, waarnaar ook een link in mijn presentatie staat. De problematiek van die patenten maakt dat de vaccins niet wereldwijd verspreid raken. Het plan of het mechanisme dat de WHO in samenwerking met de Europese Unie daarvoor heeft opgezet, heeft maar een beperkt succes. Het feit dat Moderna zijn patent heeft laten varen, heeft daar niet veel impact op gehad.

De in ons deel van de wereld gangbare vaccins zijn in grote meerderheid Pfizer, en aanvankelijk ook AstraZeneca, maar ik kan alleen maar toejuichen dat Moderna dat gedaan heeft. Natuurlijk, het zou geen initiatief van een onderneming mogen zijn dat te doen. Het zou een element moeten zijn van het beleid. Ik meen dat hier het argument van het algemeen belang op een zinvolle manier naar voren kan worden gebracht.

Alternatieven voor segregatie? Als met segregatie bedoeld wordt wat het FIRM, het Federaal Instituut voor de Rechten van de Mens, heeft gezegd, is dat discriminatie die ontstaat wanneer men niet-gevaccineerde mensen op een algemene en structurele manier de toegang tot delen van het normale leven ontzegt. Ja, dan meen ik dat er vele alternatieven mogelijk zijn. Er zijn heel veel epidemiologische maatregelen genomen die niet dat effect hebben, en waar ik natuurlijk 100 % voorstander van ben. Dat is ook ineens een antwoord op de vraag van het geachte Lid van Vooruit. Het is niet aan mij daar de epidemiologische analyse van te maken. Anderen hebben dat hier gedaan. Ik neem aan dat dit ook op de andere hoorzittingen nog uitgebreid zal gebeuren.

Het voorstellen alsof vaccinatieplicht het enige ernstige beleidsinstrument is dat wij ter beschikking hebben, lijkt mij nogal absurd, vermits wij al twee jaar in een pandemie zitten en er allerlei vormen van beleid zijn ontwikkeld. Op sommige kan meer kritiek geleverd worden en voor sommige is dat minder het geval. In elk geval, het is pas nu dat de vaccinatieplicht op de proppen komt, dus beweren dat die welke impact dan ook gehad heeft op het beleid zoals het tot nu toe is gevoerd, raakt kant noch wal.

Een interessante vraag is of de Grondwet gewijzigd moet worden. De stelling die logisch volgt uit wat ik heb gezegd is de volgende. Om algemene preventieve grondwetbeperkende maatregelen op een juridisch-constitutioneel geldige manier in de Belgische rechtsorde te nemen, moet volgens mij inderdaad de Grondwet gewijzigd worden, meer bepaald artikel 187. De zeer strikte bescherming, door dat artikel geboden, moet voor een stuk opgeheven worden. Eigenlijk zou een noodtoestandprovisie in de Grondwet moeten worden ingeschreven. Daarom denk ik dat de pandemiewet, zoals die nu bestaat, het niet kan halen bij een toetsing ten gronde aan de Grondwet. We moeten afwachten of de hoge rechtscolleges

deze denkpiste, die ik samen met advocaat Jan de Groote ontwikkelde, volgen. Voor dit soort van specifieke maatregelen is een grondwetswijziging noodzakelijk, noodtoestandsrecht zou moeten toegelaten worden in de Belgische rechtsorde. Ik ben daarvan uiteraard geen voorstander.

Omtrent het experimentele karakter van het vaccin is er een misverstand. Ik vind het van belang te zeggen dat ik uiteraard helemaal niet bedoelde dat de vaccins niet werken of dat de vaccins niet getest zijn. De werkzaamheid van de vaccins trek ik geenszins in twijfel. Ik ben moleculair bioloog en ik volg die literatuur. Ik aanvaard de standaard analyse dat de vaccins functioneren, weliswaar minder goed dan aanvankelijk werd gehoopt, vooral op het vlak van preventie van transmissie, maar op vlak van het verhinderen van zware symptomatische kenmerken en ziekenhuisopname doen de vaccins nog altijd uitstekend werk. Ik heb wel willen verwijzen naar de juridische status aangaande de erkenning van de vaccins, reden waarom dat op mijn slide tussen haakjes staat. De juridische status van de vaccins is niet die van een normaal volledig erkend medicament.

Al gaan we op ons hoofd staan, dat verandert daar niets aan. Dat volgt uit de documenten van de Europese Unie zelf. Dat kan impact hebben op de argumentatie met betrekking tot verplichting omdat er bepaalde internationale juridische teksten zijn die een impact hebben op zaken zoals de wet op de patiëntenrechten. In de Verklaring van Helsinki staat meer bepaald dat dwang sowieso uit den boze is als de behandeling in kwestie zich nog in een experimentele fase bevindt. Dat is alles wat ik heb willen aanhalen. Ik heb niet willen beweren dat de vaccins niet getest zijn of dat ze niet werkzaam is. Integendeel, ik onderschrijf de werkzaamheid van de vaccins. Voor alle duidelijkheid, ik heb mij ook volledig laten vaccineren, booster incluis.

Dan over de alternatieven van 3G, 2G en 1G. We hebben al een vrij kordaat en succesvol coronabeleid gevoerd zonder dat we naar dit soort van maatregelen hebben gegrepen. Ik herinner er ook aan dat de Europese Unie zelf bij de invoering van het Covid Certificate uitdrukkelijk heeft gesteld dat het niet bedoeld was voor discriminatie van bevolkingsgroepen. Zelfs als men in de filosofie van dat beleid stapt, is het nog in tegenspraak met de bedoeling van de oorspronkelijke initiatiefnemer, met name om ervoor te zorgen dat het internationaal vlieg- en transportverkeer in de EU zo veel mogelijk op peil kon worden gehouden.

Geacht lid van Vooruit, ik begrijp niet waar u het vandaan haalt dat ik tegen alle maatregelen zou zijn. Dat is helemaal niet zo, dat heb ik herhaaldelijk gezegd. Ik ben alleen tegen maatregelen die flagrant in strijd zijn met de Belgische constitutionele orde. Dat zijn alle maatregelen die gebaseerd zijn op algemene preventieve maatregelen die zonder voldoende specifieke justificatie een zware impact hebben op de grondrechten van de mensen. Dat is natuurlijk het verschil met wel constitutioneel aanvaardbare grondrechtbeperkende maatregelen. Die zijn steeds specifiek. Daarom is de verplichte vaccinatie voor bepaalde beroepsgroepen, of ze wijs is of niet is een andere zaak, juridisch zeker verdedigbaar. De kwestie van de kinderen heeft betrekking op een totaal andere groep, namelijk de niet-wilsbekwame personen. Dat is dus zelfs geen argument in deze discussie.

Dan was er een vraag over de privatisering van de zorghuizen. Dat is natuurlijk wel een goede vraag. Ik ben geen specialist op dat terrein, dat geef ik direct toe. De sociaal-economische context, en dit geldt ook voor de discussie over de ziekenhuisbedden en het personeel in de ziekenhuizen, het feit dat er gedurende minstens twee decennia nauwelijks geïnvesteerd is van overheidswege in de publieke infrastructuur, en dat is niet alleen in België een probleem, heeft een enorme impact op hoe de pandemie zich heeft ontwikkeld. Er bestaan daarover studies. Om dat aan te tonen, moet ik een andere voordracht geven, maar dat is een feit.

Bij de standaardovername van een OCMW-zorgtehuis door een van die grote private spelers, wordt standaard 30 % van het personeel buiten 'gebonjourd'. Natuurlijk heeft dat een impact op de werking. Ik zeg niet dat dit het enige probleem is in de zorg, maar wij moeten ons daarvan rekenschap geven en moeten erover nadenken wanneer wij nadenken over een pandemische strategie voor de toekomst.

Tijl De Bie : Ik dank de commissieleden voor de heel interessante vragen die ik zo goed mogelijk heb proberen noteren.

Ik begin met mevrouw Depoorter. Uw eerste vraag was of de boosters niet te laat kwamen, zoals collega Neyts heeft gesuggereerd. Ik denk dat de boosters er inderdaad beter vroeger waren gekomen. De reden waarom die te laat zijn gekomen, is deels te wijten aan het feit dat de *waning* sneller is gebeurd dan de meeste mensen hadden verwacht en omdat omikron voor de deur stond, wat ook niet gepland was. De boosters waren er dus inderdaad beter iets eerder gekomen.

Een tweede vraag van u was of het niet polariserend is om bijvoorbeeld enkel de ouderen

te verplichten en wat dan met jongere mensen met comorbiditeiten. Ik wil geen verplichting bepleiten die enkel van toepassing is op oudere mensen. Ik ben sowieso niet voor een verplichting of voor dwingende maatregelen. Zou dat discriminerend zijn? Ik denk persoonlijk dat het ook discriminerend zou zijn om jonge mensen te dwingen. Zij hebben immers veel minder baat bij vaccinatie en het collectieve nut daarvan is ook veel kleiner. In die zin is het misschien eerder discriminerend om jonge gezonde mensen te dwingen en op gelijke voet te zetten met ouderen, terwijl de risico's en de baten voor beiden helemaal anders zijn.

Dit gezegd zijnde, differentiatie van leeftijd is misschien wel meer verdedigbaar dan differentiatie op basis van comorbiditeiten. Niemand kiest zijn comorbiditeiten of zijn leeftijd, maar iedereen bereikt ooit wel een bepaalde leeftijd. In die zin is het geen differentiatie tussen mensen, maar wel differentiatie tussen leeftijden. Nogmaals, op basis van analyses die ik heb gemaakt, ben ik persoonlijk helemaal geen voorstander van een verplichting, in welke vorm dan ook.

Wat de vraag betreft over het eventueel ter beschikking komen van perorale of nasale vaccins, dat is inderdaad een interessante vraag. Wat als de vaccins beter zijn dan de huidige wat transmissie betreft? Ik denk dat de oefening dan misschien opnieuw gemaakt moet worden. Maar wat mij betreft zijn de risico's van een covidbesmetting op dit moment, met de nu bestaande immuniteit, zoals ik heb geanalyseerd, van dien aard dat de beperking van de zorglast relatief klein is, zelfs tijdens een heel hoge golf van een weliswaar mildere maar toch een zeer besmettelijke variant, die tot een zeer hoge piek aan gevallen heeft geleid.

Mevrouw Creemers, u had gevraagd of er modellen zijn om de uitgestelde zorg te objectiveren. Hoeveel van zulke gevallen hadden we kunnen vermijden met een hogere vaccinatiegraad? Ik denk dat we in principe zouden kunnen kijken naar de mate waarin de zorglast lager geweest zou zijn met een hogere vaccinatiegraad. Nu heb ik van dokter Van Giel geen cijfers gezien over die uitgestelde zorg, wel een beetje in een grafiek, maar het was voor mij niet heel duidelijk hoe groot het probleem precies is. Wat voor mij ook helemaal niet duidelijk is, is hoe onvermijdelijk dat probleem is geweest en nog minder hoe onvermijdelijk het in de toekomst zal zijn.

Dokter Van Giel heeft ook gesproken over overbodige zorg, zorg die uitgesteld is, maar naderhand overbodig bleek. Als we een open gesprek zouden voeren met heel wat artsen, denk ik dat we zouden moeten vaststellen dat er heel wat zorg is die niet echt zorg is, in die zin dat ze overbodig is. Ik denk dat we daar ook het gesprek over moeten durven aangaan, alsook het gesprek over rationalisatie. Het gaat niet alleen over minder, maar ook over efficiënter en rationeler.

Ik denk dus dat zoiets wel geobjectiveerd kan worden, maar als de impact op de zorgbelasting van een verhoging van de vaccinatiegraad nu beperkt is, dan geldt natuurlijk hetzelfde voor de impact op de eventueel uitgestelde zorg.

Hoe kunnen wij de multidisciplinariteit verhogen? Dat is nog een andere vraag, naar ik veronderstel specifiek in de context van de pandemie. Wanneer u het Wintermanifest hebt gelezen, zal u hebben gemerkt dat wij in dit stadium van de pandemie – dat wil ik benadrukken; het is niet per se in het begin van de pandemie maar in dit stadium van de pandemie – pleiten voor het op gelijke hoogte zetten van de verschillende disciplines.

Wij zien ook de grote inspanningen die worden geleverd door de leden van de GEMS, waarvan ook een aantal sociale wetenschappers, zij het een minderheid, deel uitmaken. Wij zien ook de grote inspanningen die zij leveren, door te gaan praten met mensen uit het veld en met mensen uit andere disciplines. Dat is echter niet hetzelfde als het op gelijke hoogte zetten van die andere disciplines.

Zij doen wat zij kunnen. Dat is heel veel. Zij leveren ook heel veel inspanningen. Structureel moet echter iets veranderen aan de manier waarop de pandemie wordt aangepakt en aan de manier waarop het beleid wordt geïnformeerd op een wetenschappelijke manier. Hier is het juiste publiek aanwezig, om dat aan te geven. Dat is geen commentaar die ik moet geven aan de experts, die heel hard werken en doen wat zij kunnen. Er moet echter iets gebeuren op structureel niveau en aan de manier waarop het beleid wordt geïnformeerd door de wetenschap.

Mevrouw Creemers, ik wil u bijtreden in uw commentaar en uw vraag of wij sowieso een code zwart moeten hebben. Ik zou het herformuleren als volgt. De vraag of wij code zwart al dan niet nodig hebben, hangt niet af van de vaccinatiegraad, die al erg hoog is. Wij moeten beide niet aan elkaar koppelen. Wij moeten niet doen alsof, indien de vaccinatiegraad niet honderd procent wordt, er een ramp op ons afkomt en wij absoluut code zwart nodig hebben. Het schetsen van een doembeeld aan de mensen is fout. De bevolking wordt aldus bang gemaakt, wat onterecht is. Die code zwart kan een rationele oefening zijn die wij als

maatschappij moeten maken. Dat staat in mijn ogen echter los van het huidige debat.

Mevrouw Zanchetta, u vroeg hoe we mensen kunnen overtuigen van vaccinatie. Dat was geen vraag die rechtstreeks aan mij werd gesteld, maar ik wil de heer Van Giel daarin bijtreden. De sleutel ligt in een-op-een-contact tussen de vertrouwenspersoon, de huisarts of iemand anders, en de patiënt. Daar moet veel meer op worden ingezet dan op dwangmaatregelen die wellicht in veel gevallen een omgekeerd effect hebben en wellicht een beperkt effect, zoals blijkt uit de Motivatiebarometer.

Een algemene vraag was of het CST vandaag nog nuttig is. Ik denk van niet. We moeten maar kijken naar wat het CST tot nu toe voor ons gedaan heeft. Dat is bitter weinig, mogelijk was er zelfs een negatief effect. Heel veel mensen die het beleid hebben geïnformeerd geven dat vandaag toe, ook al waren sommigen destijds voorstander van het CST. Het is enorm polariserend. Een verplichting zal de polarisering niet doen dalen. Mevrouw Zanchetta had die mogelijkheid geopperd. Er zullen altijd mensen zijn die deze verplichting naast zich neerleggen en die van het sociale leven worden uitgesloten of een boete zullen moeten betalen. Dat zal de polarisatie volgens mij niet verminderen.

Mevrouw Sneppe, u vroeg op welke manier we kunnen vaststellen dat vaccinatie de verspreiding niet of weinig beperkt. Ik heb gezegd dat het weinig beperkt, ik wil daar voorzichtig in zijn. Er zijn verschillende manieren om dat te doen. Er is de biologische kennis van onder andere mevrouw Schoofs. Biologische kennis zegt dat een intramusculaire vaccinatie de mucosale immuniteit niet zal stimuleren. Mucosale immuniteit is de belangrijke immuniteit om infectie en transmissie te kunnen voorkomen. De systemische immuniteit daarentegen beschermt tegen ernstige ziekte, vandaar dat vaccins daar zeer effectief voor zijn.

Een tweede mogelijkheid zijn epidemiologische studies. Er worden verschillende cohorten van mensen vergeleken, mensen die wel gevaccineerd zijn en mensen die niet gevaccineerd zijn, die voor de rest liefst zo sterk mogelijk op elkaar lijken.

Een derde mogelijkheid zijn serologische studies die kijken naar hoeveel antilichamen iemand heeft na vaccinatie. Dan wordt er gekeken naar verbanden die ontdekt zijn tussen de hoeveelheid antilichamen en bescherming tegen besmetting en tegen transmissie. Dan kan worden nagegaan hoe neutraliserend die antilichamen zijn voor bijvoorbeeld omikron. Dan kan daaruit worden afgeleid hoe sterk vaccinatie eventueel kan beschermen tegen infectie en transmissie.

Een laatste mogelijkheid is kijken naar de reallife-incidentie, de incidentie die wij nu zien in de maatschappij, in de verschillende groepen, in de verschillende leeftijdscategorieën en in de verschillende vaccinatiegroepen.

Dat zijn allemaal verschillende mogelijkheden. Ze geven allemaal een verschillend perspectief. Ze hebben natuurlijk allemaal nadelen en voordelen. Daar groeit dan een bepaald beeld uit, en dat beeld zegt dat de bescherming van vaccinatie tegen transmissie in de praktijk beperkt is. Zeg ik dat die niet bestaat? Neen, dat zeg ik niet, ik zeg dat die beperkt is. Al die verschillende bronnen van evidentie zeggen dat eigenlijk. Die is beperkter dan men had gehoopt en dan men initieel meende, ook al had men het kunnen weten op basis van de biologische argumenten.

Dat is belangrijk om te zien. In mijn ogen is de incidentie misschien wel het belangrijkst. Zij is ook *biased* op allerhande manieren. De mensen gaan zich misschien anders gedragen als zij gevaccineerd zijn. Dat zou kunnen. Het zou kunnen dat zij daardoor sneller besmet geraken. Dat wordt vermoed en dat is aannemelijk. Als de incidentie vergelijkbaar is onder gevaccineerden, waarom moeten wij niet-gevaccineerden dan uitsluiten van de zorgberoepen? Ik zie daar eigenlijk weinig logica in.

Mevrouw Sneppe vroeg ook of er voldoende transparantie is, met voldoende data. Ik wil de mensen van Sciensano zeker complimenteren want ik meen dat zij daar heel veel inspanningen voor doen. Als ik probeer vergelijkingen te maken met andere landen, kom ik dikwijls tot de constatering dat het in het buitenland soms moeilijker is om aan data te komen dan in België. Dat wil ik wel duidelijk zeggen. Men doet hier heel veel inspanningen en dat is niet evident, dat is zeker niet gemakkelijk. Er kan echter natuurlijk nog meer, dat is absoluut het geval. Heel veel data moeten wij afleiden uit tabelletjes of uit grafieken en die moeten wij vervolgens zelf in een datastructuur gieten waarmee wij kunnen werken, in plaats van dat die als open data beschikbaar zijn.

Als iets als open data beschikbaar is, kan daar veel sneller mee aan de slag gegaan worden door andere wetenschappers en door enthousiastelingen, zoals wij gezien hebben bij het vaccinatiedashboard. Ik meen dat er absoluut meer gedaan kan worden. Ik meen ook dat er een klein beetje protectionisme is, een klein beetje angst om data te veel te laten lekken, omdat de evidentie in

de verschillende vaccinatiegroepen misschien mensen op verkeerde ideeën zou kunnen brengen. Ik weet dat er veel gedetailleerdere data bestaan op het vlak van de leeftijdsindeling. Ik heb een groep moeten gebruiken van 18-64 jaar omdat ik niet meer data had. Het is natuurlijk zinvol die groep verder op te delen, maar ik heb die data niet. Die data bestaan wel. Ik vind het jammer dat ik geen beter verhaal, beter geïnformeerd, heb kunnen vertellen, maar dat is niet mogelijk op dit moment, behalve voor mensen die heel kort bij de data zitten.

Mevrouw Farih, u had een algemene vraag. Hoe kunnen we nog goede zorg aanbieden als er zodanige twijfel in de wetenschap ontstaat? Die bezorgdheid deel ik zeer sterk met u. Ook het vertrouwen in vaccinatie is heel belangrijk. In België doen we het heel goed op dat vlak. We mogen ons op dat vlak gelukkig prijzen want vaccinatie voor kinderen is heel belangrijk en heeft ons heel veel miserie bespaard. Laat ons dat vertrouwen dat is opgebouwd alstublieft niet ondergraven.

We moeten ons ook afvragen hoe iemand die verplicht gevaccineerd is en daarvan ziek wordt - het moet dan nog niet eens zo ernstig zijn - denkt over vaccinatie. Ik denk dat die daar niet positiever tegenover zal staan nadien dan voordien. We kennen allemaal mensen die wat ziek zijn geweest na de vaccinatie. Daarmee wil ik dat niet opblazen. Het is zeldzaam, het is bijna nooit ernstig, maar het gebeurt wel. Ik denk dat dit iets zal doen met mensen die verplicht zijn gevaccineerd. Hun perceptie van vaccinatie als een medisch hulpmiddel is ongelooflijk belangrijk.

Ik denk dat we de juiste verwachtingen over wetenschappelijke consensus moeten scheppen. Wat is normaal in de wetenschap op het vlak van consensus? Ik denk dat we een open en onbevooroordeeld debat moeten organiseren. We mogen niet zeggen: dit zeggen de mensen van de GEMS en dat is de wetenschap. Dat is niet zo. Dat is een bepaald standpunt. Dat is ontstaan door discussie onder zeer competente wetenschappers, dat wil ik benadrukken, maar er zijn ook andere visies, ook onder zeer competente wetenschappers. Dat moeten we toch wel benadrukken. Dat debat is eigenlijk niet echt gemakkelijk gevoerd geweest. Dat werd een beetje onderdrukt.

Wat ook belangrijk is, is het onderwijs. Laat onze kinderen naar school gaan zodat we hen kunnen opleiden en opvoeden tot kritisch denkende burgers die kunnen nadenken over moeilijke en complexe vragen. Dat is heel belangrijk.

Mevrouw Merckx, ik denk niet dat u voor mij een vraag had.

Mijnheer De Caluwé, u zegt dat ik België heb aangehaald als land waar de incidentie bij gevaccineerden hoger ligt dan bij niet-gevaccineerden, als ik het goed heb begrepen. Ik heb heel duidelijk gezegd dat dit in België het geval is bij bepaalde leeftijdscategorieën. In het laatste weekrapport van Sciensano – dat is mijn bron – stel ik vast dat bij de 85-plussers de incidentie bij de ongevaccineerde mensen 1.066 op 100.000 mensen is en bij de volledig gevaccineerde en geboosterde mensen is dat 1.526. Bij de volledig gevaccineerden is dat 2.146. Dat is dus het geval bij één categorie. Bij de nul- tot elfjarigen – daar zijn nog geen geboosterde personen – is de incidentie ook hoger bij de volledig gevaccineerden dan bij de ongevaccineerden. Ik heb duidelijk gezegd dat de booster bij bepaalde leeftijdscategorieën nog een duidelijk effect heeft. Bij die andere groepen is de booster recent gezet. Dat wil ik er duidelijk bij vermelden. Een booster heeft een beschermend effect tegen infectie kort na het plaatsen ervan, maar op basis van de cijfers moeten wij vaststellen dat dat effect in de praktijk na verloop van tijd verloren gaat.

Ik heb in dat verband ook een aantal andere landen aangehaald. In Schotland is de incidentie in bijna alle leeftijdscategorieën hoger bij de geboosterde dan bij de ongevaccineerde mensen. Dat is enkel niet het geval voor de mensen tot 29 jaar. In alle andere categorieën ligt de incidentie hoger. In het VK als geheel zien wij ook iets gelijkaardigs. In Denemarken was de incidentie bij gevaccineerde jonge mensen onlangs hoger – ik weet niet juist op welke datum – en bij de andere groepen is het redelijk gelijklopend.

Wij moeten gewoon durven toegeven dat de incidenties bij net geboosterden wat lager liggen, maar dat dit blijkbaar niet zo blijft na verloop van tijd. In elk geval is het zeker niet het geval bij dubbel gevaccineerden.

Er was ook een vraag over differentiatie van het risico, wat de verplichting betreft.

Die vraag heb ik al ten dele beantwoord bij een vorige vraag. Ik denk ook dat er problemen zijn inzake privacy. Discriminatie op basis van comorbiditeit lijkt mij persoonlijk absoluut not done. Wel denk ik dat er geïnvesteerd moet worden in de vertrouwensrelatie met de arts. De arts kan aan de patiënt wel zeggen dat hij denkt dat die patiënt op basis van zijn profiel een verhoogd risico heeft,

reden waarom sterk wordt aangeraden een vaccinatie te overwegen. De vertrouwensrelatie met de arts is daarom volgens mij enorm belangrijk. Dokter Van Giel sprak over een tool, een soort van call-recallsysteem. Misschien kan een dergelijke risicoanalyse in zo'n tool worden ingebouwd. Artsen kunnen prioriteren, zij kunnen hun aandacht focussen op de patiënten die daarbij het meeste baat hebben.

Er werd een vraag gesteld over long covid. Ik zal zeker niet ontkennen dat long covid reëel bestaat. Wij moeten wel vaststellen dat de risico's initieel enorm werden overschat. Recente en beter opgezette studies hebben die risico's enorm naar beneden bijgesteld, zeker voor kinderen, voor wie er volgens onze jongste studie nog altijd een resterend risico is van 0,8 % om tijdens één tot vijf maanden na infectie nog resterende symptomen te hebben. Bij de meerderheid van die 0,8 % kinderen zijn de symptomen na die vijf maanden gepasseerd. Dat is toch veel minder dan aanvankelijk werd gesteld, want in het begin was er sprake van de helft van de kinderen, wat nadien al werd bijgesteld tot 7 %, maar het blijkt ondertussen 0,8 % te zijn. Voor volwassenen ligt het percentage wellicht iets hoger. Het voornaamste punt dat ik daarover naar voren wil brengen, is dat het in hoofdzaak om een persoonlijk risico gaat waarvan iemand al dan niet bereid kan zijn het te nemen. Ik vind dat we daarover vooral moeten informeren, correct infomeren, waarmee ik bedoel dat we niet 50 % moeten zeggen als het 0,8 % is. We moeten mensen hun eigen afweging laten maken, maar behoudens een vergissing – misschien kan dokter Van Giel mij corrigeren – denk ik dat die mensen niet de grootste belasting voor de tegenwoordige zorg veroorzaken.

Mevrouw Jiroflée, het is een lange dag geweest en iedereen kan zijn concentratie wel eens verliezen, maar ik had soms de indruk dat u in een andere presentatie zat dan die die ik heb gegeven. De drie vragen die u voor mij had, vind ik vreemd en ik zal een aantal zaken moeten rechtzetten.

De eerste vraag was waarom de 0- tot 5-jarigen niet in mijn cijfers zaten. Die zaten daar wel in. Die zijn maximaal gevaccineerd, ook nu al, zonder gevaccineerd te zijn. Zij mogen immers nog niet gevaccineerd worden, tenzij in heel zeldzame gevallen. Er zijn een aantal uitzonderingen geweest, waarschijnlijk kinderen met comorbiditeiten, waar de arts het vaccin *off label* heeft toegediend. Als men de data bekijkt, ziet men een heel beperkt aantal kinderen tussen 0 en 5 jaar dat werd gevaccineerd. Omdat die groep nu dus in feite al maximaal gevaccineerd is ziet u die niet bij de maximale theoretische winst, maar ze zitten er wel bij in mijn grafiek bij de onvermijdelijke hospitalisaties, maar daar is op dit moment geen winst te halen.

Ik zou volgens u gezegd hebben dat de Hoge Gezondheidsraad tegen vaccinatie van kinderen is. Dat heb ik niet gezegd. De Hoge Gezondheidsraad is niet tegen vaccinatie van kinderen, maar heeft wel gezegd geen reden te zien om aan te raden om gezonde kinderen tussen 5 en 11 jaar te laten vaccineren die geen mensen met comorbiditeiten in hun omgeving hebben. De Hoge Gezondheidsraad beveelt wel aan om die kinderen een vaccin aan te bieden, maar op individuele en vrijwillige basis, mits verstrekking van volledige informatie, dus na *informed consent*.

Voor een andere groep, de kinderen met comorbiditeiten of met mensen in hun omgeving met comorbiditeiten, wordt wel expliciet gezegd om het aan te raden. Dat staat in contrast daarmee. Ik heb dus niet gezegd dat de Hoge Gezondheidsraad tegen vaccinatie van kinderen is. Dat is iets helemaal anders en het is belangrijk om dat te benadrukken. Ik wil wel zeggen dat andere landen daar verder in gaan en het voorlopig niet aanbieden aan gezonde jonge kinderen tussen 5 en 11 jaar.

Wat de immuniteit post infectie betreft, zou ik volgens u gezegd hebben dat immuniteit post infectie beter is dan immuniteit post vaccinatie. Dat heb ik niet gezegd. Ik heb gezegd dat het niet wetenschappelijk correct is om te beweren dat immuniteit post vaccinatie beter is dan immuniteit post infectie. Dat is iets anders. Ik heb ook gezegd dat er studies zijn die het tegendeel doen vermoeden, maar dat het voorlopig ook niet mogelijk is om in de ene of in de andere richting te concluderen omdat er geen consensus is.

U vroeg mij ook of ik dan zei dat de risico's van vaccinatie hoger zouden zijn dan de risico's van infectie. Natuurlijk niet. Het gaat helemaal niet over de risico's, maar wel over immuniteit na een eventuele infectie of immuniteit na een eventuele vaccinatie. Ik heb in dezelfde zin gezegd dat immuniteit verwerven via een vaccinatie wel veiliger is dan via een infectie, ook al zijn beide risico's bijzonder klein bij kinderen. Het cijfer van 5 overlijdens bij kinderen in de groep die nu gevaccineerd zou worden, de 5- tot 11-jarigen, dat de ronde doet, klopt niet. U moet die cijfers maar eens nagaan. Er zijn geen 5 COVID-overlijdens in die groep, toch zeker niet voor eind december 2021.

Mevrouw Fonck stelde in vraag of ik in mijn analyse

rekening hield met de lockdown. Ik had het niet helemaal begrepen, maar ik geloof dat het ging om de recente analyse van de voorbije twee weken. In die analyse heb ik daar wel degelijk rekening mee gehouden: dat zit in die data verweven. De analyse die ik gemaakt heb, is voornamelijk een proportionele analyse: welk percentage reductie kunnen we verwachten? Er zijn geen redenen om aan te nemen dat dit percentage zou verschillen mocht er geen lockdown geweest zijn. Die berekening gaat uit van de verschillende vaccinatiegroepen en het effect dat vaccinatie heeft op het reduceren van het risico. Dat effect zal niet anders zijn naargelang er meer of minder mensen ziek zijn, relatief gesproken dan.

Dus kort gezegd, ik hou wel rekening met het feit dat er maatregelen gelden, maar het is belangrijk om naar die percentages te kijken en niet zozeer naar het aantal gehospitaliseerden in absolute cijfers. Mochten er meer mensen ziek geweest zijn – nu, veel meer dan het geweest is kan bijna niet – dan zouden die absolute cijfers natuurlijk proportioneel mee gestegen zijn.

De heer Creyelman stelde de vraag of er een onderscheid gemaakt wordt tussen opnames met of omwille van covid. Ik denk niet dat die vraag aan mij gericht was, maar ik heb wel het antwoord. Dat onderscheid wordt in de cijfers van Sciensano wel gemaakt. Daar wordt het aantal nieuwe opnames gerapporteerd die gebeuren omwille van covid. Als we kijken naar de bezetting in de ziekenhuizen, dan is het mét covid. Vandaar dat er iets niet klopt als men het aantal opnames en het aantal ontslagen van elkaar aftrekt, en dat met de bezetting vergelijkt. Maar dat ligt aan het feit dat het ene met covid is, en het andere wegens covid.

De heer De Roover stelde de vraag of er wel een verschil is tussen verplichte vaccinatie en 1G en zo ja, wat het verschil is. Ik denk dat het verschil zowel juridisch als praktisch is. Over het juridische ga ik niks zeggen, maar dat verschil is blijkbaar wel vrij diepgaand. Wat het praktische betreft, denk ik dat het verschil de straf is voor wie zich niet laat vaccineren. Die is in het ene geval wellicht sociale uitsluiting, in het andere geval wellicht een financiële boete. Ik denk persoonlijk – nu spreek ik meer uit persoonlijke naam, zij het wel op basis van de cijfers – dat het is zoals kiezen tussen covid en griep, of tussen de pest en cholera. Ik denk dat beiden niet wenselijk zijn, en dat er ook een derde weg is. Ik zou die derde weg willen bepleiten, en daarvoor zijn er vele opties, zoals we ook gehoord hebben in het voorstel van collega Vansteenkiste. Ik denk dat dit voorstel inderdaad de juiste richting uit gaat, hoewel ik dezelfde bedenkingen heb als een van de vraagstellers: wat doet een verplicht gesprek met het vertrouwen arts-patiënt? Ik denk dat dit een terechte vraag is die een antwoord behoeft voor we zoiets doen. Een andere bedenking is de vraag wat we doen als iemand niet opdaagt. Staat daar dan ook een straf tegenover? Dan zitten we in dezelfde problemen. Ik denk dat we goed voor ogen moeten houden dat het niet het een of het ander is: er zijn vele alternatieven, en een daarvan is meer inzetten op het degelijk informeren van mensen in een-op-eengesprekken, in hun eigen taal, op hun eigen niveau, met correcte informatie.

Maarten Vansteenkiste : Mijnheer de voorzitter, ik wil even reageren. De manier waarop ik zelf mijn rol hier heb ingevuld, is in eerste instantie als psycholoog, omdat dat ook mijn expertise is. Ik vind die multidisciplinariteit belangrijk. In de GEMS hebben we het er ook over gehad, in het Wintermanifest is daar veel over geschreven. Ik waardeer in het bijzonder multidisciplinariteit en ik denk dat we daar meer naartoe willen evolueren. Ik heb dat in het verleden reeds aangegeven.

Tegelijk denk ik dat multidisciplinariteit niet betekent dat we allemaal over alles iets gaan vertellen, en dat we ons ook een expert wanen op andere gebieden. Ik blijf, denk ik, strikter op mijn expertisedomein dan ik bij collega De Bie hoor, die over diverse zaken iets te vertellen heeft. Daarbij is het mij niet altijd even duidelijk wat zijn persoonlijke mening is dan wel wat wetenschappelijk onderbouwd is. Dat wil ik gewoon even aangeven. Soms zegt hij dit wel, maar ik denk dat het belangrijk is daar rekening mee te houden. Het gaat hier over wetenschappers aan wie gevraagd wordt advies te geven vanuit hun expertise.

Tijl De Bie : Ik probeer daar een duidelijk onderscheid in te maken.

Ik heb dat meermaals gedaan. Als dit niet duidelijk was, verneem ik graag met concrete voorbeelden waar het niet duidelijk was. De cijfers die ik toon, zijn natuurlijk objectief. Wanneer ik mijn eigen visie geef, gebruik ik deze cijfers ook. Maar als het niet duidelijk was, dan zou ik graag horen waar precies.

Maarten Vansteenkiste : Ik denk dat u zich minder geremd voelt dan ik om over alles een uitspraak te doen. Dat kan dan wel met cijfermateriaal zijn. Mijn redenering op dat ogenblik is om de mensen die gespecialiseerd zijn in die materie ook te horen. Daar zie ik gewoon een verschil in stijl.

Tijl De Bie : In mijn slides heb ik een aantal vragen opgeworpen. Op één van die vragen heeft u een antwoord gegeven. Daar heb ik dan ook aan

gerefereerd. Ik was niet van plan om daarop een antwoord te geven, omdat ik het zelf niet ken. Dat is volgens mij een heel belangrijk antwoord. Hoeveel mensen kunnen we overtuigen door middel van een verplichting, die we anders niet hadden kunnen overtuigen? Ik denk dat uw antwoord waarschijnlijk tentatief is, het gaat immers om een steekproef in de motivatiebarometer, maar het is wel een antwoord. Voor mij is het vanzelfsprekend dat ik daar niet het antwoord op formuleer, maar wel de vraag stel.

Misschien stel ik veel vragen die buiten mijn expertisedomein liggen, maar dat doe ik omdat ik pleit voor multidisciplinariteit. Ik hoop dat andere mensen die vragen dan ook effectief zullen proberen te beantwoorden.

De **voorzitter**: Goed, we laten het hierbij. Ik denk dat het normaal is dat er een debat is tussen experten. Dan is het aan ons om dat goed te kunnen interpreteren. We gaan toch verder met de experten, want ik zie dat sommige leden zich in het debat willen mengen, maar als we die deur openzetten, vrees ik dat we nog niet thuis zijn.

Hendrik Vuye : Mijnheer de voorzitter, ik zal mij heel strikt houden aan mijn expertise, namelijk de mensrechtelijke impact.

Het grote voordeel van mijn expertise is dat mensenrechten bijna niet aan bod gekomen zijn in de adviesorganen, want daar heeft bij mijn weten nooit een mensenrechtenspecialist in gezeteld. Er kwamen nochtans heel veel voorstellen voor vrijheidsbeperkende maatregelen, die men noch als virologie noch als psychologie kan omschrijven, maar die wel degelijk tot het domein van het recht behoren. Het is spijtig dat men op die expertise geen beroep heeft gedaan.

Wat betreft de vraag van mevrouw Depoorter over het arrest van Straatsburg en het statuut van de vaccins, de Grote Kamer heeft dat arrest op 8 april 2021 geveld, in volle pandemie. De rechters van Straatsburg beseften wel dat we in volle pandemie zaten en dat het arrest in heel wat landen gelezen zou worden in het licht van die pandemie. Wanneer de Grote Kamer een voorafgaande opmerking inbrengt die zegt dat het over ziektes gaat die we bijzonder goed kennen – wat iets anders is dan de huidige pandemie waar al heel vaak sprake is geweest van ‘voortschrijdend inzicht’ – en over vaccins waarvoor we een hele lange referentieperiode hebben, dan verschilt dat natuurlijk van de huidige situatie. Het impliceert dat de andere criteria die Straatsburg formuleert eigenlijk strakker moeten worden toegepast. De wetenschappelijke onderbouw zal dus bijzonder sterk moeten zijn indien men overgaat tot een verplichte vaccinatie. Zo ook de vrijstellingsregel, waarbij men heel duidelijk bepaalt of er nevenwerkingen zijn en bij welke groepen. Ik stel de vraag en geef hier geen antwoord op, aangezien het niet mijn expertise is. Men zal ook moeten kijken of men een vergoedingssysteem organiseert en hoe men dat wil doen.

Dit sluit aan bij de vraag van de heer Creyelman: kan hier overheidsaansprakelijkheid zijn? Zeker. Enige tijd geleden was overheidsaansprakelijkheid een van de lievelingsonderwerpen in mijn eigen wetenschappelijk onderzoek. Indien er een medisch schadegeval is, betekent dat er altijd een menselijk drama is.

Wanneer men dan de loutere regels die we in België hebben inzake overheidsaansprakelijkheid gaat toepassen, zal zich daar ook een juridisch drama aan toevoegen. Wij kennen zoiets als gerechtelijke achterstand in België, of expertiseverslagen die lang op zich laten wachten. Ik kan u ook verzekeren dat procederen tegen een overheid in België bijzonder moeilijk is. We zullen naar het hele systeem van vergoeding en dergelijke moeten kijken.

Het is evident dat men bij een beslissing rekening moet houden met het statuut van het vaccin en dat een situatie waarbij men een referentieperiode heeft van vele jaren of zelfs decennia, iets anders is dan een toestand zonder een dergelijke referentieperiode.

De tweede vraag van mevrouw Depoorter gaat over het Hof dat zegt dat vaccinatie werkt. Het Hof zegt gewoon dat er een consensus is onder de landen dat vaccinatie een nuttige techniek kan zijn. Ook daar zal men rekening moeten houden met het verschil tussen een vaccin dat een ziekte effectief kan uitsluiten of tegenhouden en een vaccin dat andere gevolgen heeft. Vorige week heb ik in de tussenkomsten in de Kamer mevrouw Schoofs horen zeggen dat het vaccin de transmissie niet zal beletten. Daarom zeg ik dat de wetenschappelijke onderbouw bijzonder sterk zal moeten zijn. Men zal de vragen moeten stellen aan de mensen met de juiste expertise. Het bewijs zal moeten geleverd worden op een wetenschappelijk verantwoorde manier.

Mevrouw Creemers stelde een vraag over de informatieplicht, dat vond ik een heel mooie vraag. Die heeft er namelijk toe geleid dat andere volksvertegenwoordigers dit hebben overgenomen in hun tussenkomst. We merken daar een verglijding in het discours. Mevrouw Creemers heeft het gehad over een informatieplicht, terwijl

collega Vansteenkiste spreekt over een motiverend alternatief. Dat zit nog in elkaars buurt.

Echter, heel wat andere tussenkomsten, behalve die van mevrouw Fonck, gingen over de opkomstplicht. Dat is natuurlijk wel iets anders, dan zit men al een paar stappen verder. Ik weet natuurlijk wel waar het voorstel van de opkomstplicht vandaan komt. Het is niet toevallig dat het Nederlandstalige volksvertegenwoordigers zijn die dat opwerpen, omdat er op een bepaald ogenblik in Vlaamse media door een collega van een andere universiteit geopperd is om een opkomstplicht, zoals bij verkiezingen, te installeren. Laat de mensen komen, laat ze een document tekenen enzovoort.

Dat voorstel zal natuurlijk niets uithalen. We kennen de opkomstplicht bij verkiezingen. Wat gebeurt er indien u niet gaat stemmen? Wel, er gebeurt niets, tenzij u voorzitter of bijzitter bent. Indien u als kiezer niet gaat stemmen, gebeurt er helemaal niets.

Mevrouw Fonck heeft het op een andere manier geformuleerd. Daar voel ik me veel meer door aangesproken, dat zal volgens mij ook veel succesvoller zijn. Ze had het over een "*une approche individuelle pour convaincre*". Dat is iets anders dan te spreken over een plicht. Dat wordt trouwens heel moeilijk, we komen dan immers opnieuw bij de vraag terecht wat de sanctie zal zijn. Ook mevrouw Farih heeft erop gewezen. Mevrouw Merckx heeft letterlijk gezegd dat we ons de vraag moeten stellen of dit het allemaal wel waard is. Dat is de vinger op de wonde leggen. Wanneer men gaat voor een opkomstplicht met een heel zware sanctie, dan zit men ver weg van het motiverende alternatief of van de informatieplicht waarover mevrouw Creemers het had.

Ik geloof dat men resultaten kan boeken door mensen te motiveren. De groep die overblijft is een moeilijke groep die erg overtuigd is van zijn mening. Die zal men niet met plichten kunnen motiveren, maar eerder met een meer individuele, motiverende aanpak. Zo kan men vermoedelijk nog wel winst boeken. Hoe men dit organiseert, en of men dit al dan niet gaat doen, daarop hoef ik niet te antwoorden. Dat is in essentie een politieke vraag. Daarom bent u allemaal volksvertegenwoordiger.

Mijnheer De Roover stelde een vraag over verplichte vaccinatie en 1G. Ik merk dat alle anderen om uw vraag heen fietsen en ze niet beantwoorden. Ik zal er wel op antwoorden. Het hangt ervan af hoe men het organiseert. Wanneer men stelt van naar 1G te gaan, met een CST met enorm verregaande sociale gevolgen voor mensen, dan vind ik dat persoonlijk een beslissing van een laffe overheid, die niet durft te zeggen wat ze doet. Ze legt onrechtstreeks iets op. Dat draagt niet bij tot een vermindering van de polarisering, wel integendeel.

Een overheid moet minstens de deugdzaamheid hebben om te zeggen wat ze doet. Als ze een verplichte vaccinatie invoert, laat ze er dan een verplichte vaccinatie van maken. Het CST dient daar eigenlijk niet voor. Men moet trouwens nagaan of de oorspronkelijke doelstellingen van het CST nog gehaald worden. Indien men merkt dat het CST die oorspronkelijke doelstellingen niet haalt, dan is er een probleem en moet het worden afgeschaft. Op de vraag of die doelstellingen al dan niet worden gehaald moet ik, als mensenrechtenspecialist, niet antwoorden. Wel lees ik daar natuurlijk heel wat zaken over.

Bij mensenrechten, mijnheer De Roover, zijn de criteria identiek dezelfde indien een verplichte vaccinatie wordt ingevoerd en daaraan een aantal sancties verbonden worden, of indien een verplichte vaccinatie onrechtstreeks gebeurt en daaraan verregaande uitsluitingen gekoppeld zijn. Mensenrechterlijk komt dat op hetzelfde neer. In het ene geval gaat het over een zorgvuldige overheid die duidelijk zegt wat ze doet, in het andere geval is het een slinkse manier om te werk te gaan. U zal het debat ook gevolgd hebben in Frankrijk: het is niet heel motiverend voor de bevolking wanneer de president van een land zegt: "*J'ai envie d'emmerder ceux qui ne sont pas vaccinés*". Dat was niet de meest verstandige uitspraak die men in deze context kon doen. Mensen motiveren zal inderdaad een meer individuele aanpak vereisen.

Aanknopend bij de vraag van mevrouw Creemers: vanuit het standpunt van de jurist is er nu mogelijk een probleem – daar beslissen jullie over als volksvertegenwoordigers. Het probleem moet opgelost worden aan de hand van de huidige situatie.

Ik heb de heer Van Giel, als arts, horen pleiten voor een veel ruimer kader met het oog op de herfst. Hoe de situatie in de herfst zal zijn, weten we niet. Dat er andere pandemieën zullen komen, kunnen we wel vermoeden, maar hoe die zullen evolueren, weten we niet.

Dan vraag ik mij af: hoe zal het Parlement dit aanpakken? Ofwel neemt u nu de beslissing om, zodra er een nieuw probleem opduikt, opnieuw samen te komen om u daarover te buigen. Desgevallend kunt u nu evengoed geen beslissing

nemen. Ofwel creëert het Parlement nu een algemeen kader voor verplichte vaccinatie waarbij u een *delegatie* geeft aan de regering om op een bepaald ogenblik een beslissing te nemen over eventuele verplichte vaccinatie. Ik wil u toch even waarschuwen voor de gevolgen van zo'n beslissing. U mag dat doen, maar kom over zes maanden niet klagen dat het Parlement buitenspel is gezet. Immers, dan heeft u zichzelf buitenspel gezet door nu die *delegatie* te geven.

Mijn boodschap is: u doet wat u wilt, u bent volksvertegenwoordiger, ik niet, maar wees u er goed van bewust dat zo'n beslissing gevolgen heeft. Ofwel houdt u de beslissing in handen van het Parlement, en dan kunt u evengoed wachten en een beslissing nemen op het ogenblik dat er een nieuwe pandemie is; daarover zal dan een Parlement in een andere samenstelling beslissen. Ofwel geeft u een *delegatie* en dan moet u er zich goed van bewust zijn dat u als Parlement niets meer te zeggen zult hebben.

Ik denk dat ik hiermee op alle vragen geantwoord heb die aan mij gericht waren.

Karin Verelst : Mijnheer de voorzitter, ik heb niet geantwoord op de vraag van de heer De Roover omdat ik daar in het begin van mijn uiteenzetting eigenlijk al over gesproken had. Het enige wat ik nog zou kunnen en willen toevoegen – want de uiteenzetting van professor Vuye was natuurlijk excellent – is dat 1G, net als het geval was met de avondklok en het samenscholingsverbod, ook weer een handhavingstool is, die het leven van de overheid en de instanties die instaan voor de handhaving gemakkelijker maakt ten koste van een aantal rechtsprincipes en juridische garanties en mogelijkheden tot protest of verzet. Ik denk dat vanuit dat perspectief 1G zeker niet als een betere optie dan een directe vaccinatieplicht beschouwd kan worden. Dat is misschien het enige punt waarop ik het advies van het Federaal Instituut voor de Rechten van de Mens onderschrijf, hoewel ik zelf voorstander ben van geen van beide.

Roel Van Giel : Mevrouw Depoorter, ik denk dat de keuze voor de vaccinatiecentra, die de voorbije maanden gemaakt is, een logische keuze was gezien de snelheid waarmee we moesten vaccineren en het moeilijke logistieke proces. Nu zitten we in een fase waarin we nadenken over het moment waarop die vaccinatiecentra er niet meer zullen zijn. Die zullen namelijk niet blijven bestaan. We zullen proberen de vaccinaties in te kantelen in de reguliere zorg. We kunnen dan de voordelen die ook in de presentatie werden aangehaald voor een stuk benutten. Maar ik denk niet dat we dat al eerder hadden kunnen bereiken door de vaccinaties anders te organiseren.

Een aantal onder u vroegen: kan en wil de huisarts dit opnemen?

Als huisarts zijn we er ons zeer goed van bewust dat wij in de organisatie en in ons aanbod van de zorg grote veranderingen moeten aanbrengen. We moeten veel meer proactief werken in plaats van reactief te wachten tot een patiënt ziek wordt en zich bij ons aandient met zijn ziektebeeld.

Huisartsen zijn dan ook zeker bereid dat op te nemen. We zouden maar al te graag liever dit soort van gesprekken voeren met onze patiënten dan de vele uren die we momenteel besteden aan het opmaken van quarantainegetuigschriften, medische getuigschriften of isolatieattesten, voor elke werknemer dan nog eens in een andere kleur, ander formaat, in één exemplaar, twee exemplaren of in viervoud. De tijd die we op die manier vrij krijgen, zouden we met veel plezier daaraan besteden.

Ik deel uw mening, mevrouw Merckx, dat we ook in de eerstelijnszorg meer moeten inzetten op preventieve zorg en een meer proactieve houding moeten aannemen. In onze eigen praktijk doen we dat overigens al. We bellen een aantal patiënten met osteoporose op basis van een aantal criteria uit onze dossiers zelf op en nodigen hen uit voor een gesprek en om te bekijken wat er zoal moet gebeuren. Die aanpak wordt heel positief onthaald. Ik ben er dus zelf ook absoluut een voorstander van om patiënten te kunnen uitnodigen op basis van hun dossier. Daarom hebben wij ook altijd gepleit voor een verplichte, vaste huisarts - en ik herhaal bewust het woord verplicht - waarbij de huisarts fungeert als toegangspoort tot de zorg. Zo neem je immers als huisarts de verantwoordelijkheid en de zorg op voor een vaste populatie. Je moet dan wel weten wie de patiënten zijn die tot jouw groep behoren. Die basis is wel nodig. Een verplichte vaste huisarts als toegangsticket tot de zorg leggen wij al heel lang op tafel. Deze pandemie heeft overigens bewezen dat dit zijn nut zou kunnen hebben.

Ik wil ook mijn bezorgdheid uiten dat we, als het zou komen tot een verplicht gesprek bij een zorgverlener, er ook moeten op toezien dat de zorgverlener niet wordt beschouwd als een verlengde van de overheid waar dat gesprek mee moet worden gevoerd. Dat riskeert de relatie onder druk te zetten en elk gesprek daarover moeilijk te maken.

Het omgekeerde scenario, waarin de huisarts actief naar de ongevaccineerden stapt, hen

uitnodigt en polst of er bereidheid is om dat gesprek, of eventueel meerdere gesprekken, aan te gaan, is alvast een betere manier dan iemand verplicht naar een bepaalde zorgverlener te sturen. In dat geval komt de relatie onder druk te staan en is het moeilijk om tot een echt motivationeel gesprek te kunnen komen.

Hoewel ik mevrouw Fonck wel volg, baart de situatie in Brussel me wel zorgen, al langer overigens. De grote groep van inwoners van Brussel zonder vaste huisarts heeft ons in deze pandemie, maar ook in tal van andere aspecten van de zorg, voor enorme uitdagingen geplaatst. Specifiek voor de regio Brussel moeten we bekijken hoe we ervoor kunnen zorgen dat meer inwoners van Brussel ook een vaste huisarts krijgen.

Mevrouw Creemers, u vroeg zich af of ook anderen, bijvoorbeeld *community health workers*, die taak kunnen opnemen. Er kan zeker worden bekeken wie dat opneemt, maar ik meen wel dat het belangrijk is dat het gekoppeld is aan een huisarts en vanuit een huisartsenpraktijk vertrekt. Dat is een belangrijk gegeven in de vertrouwensrelatie. Of het dan door de huisarts zelf wordt opgenomen, of door de praktijkassistent of praktijkverpleegkundige, of eventueel aan de maatschappelijke werker die gekoppeld is aan de praktijk, dat behoort allemaal tot de mogelijkheden. Belangrijk is dat het vertrekt vanuit de huisartsenpraktijk.

Wat de huisartsen en het antivaxverhaal betreft, de Orde der artsen treedt daar heel hard tegen op. Ik vind dat ook terecht. Aansluitend op de vraag van mevrouw Farih, als zorgverlener mag je van mening verschillen, maar niet over feiten. Een zorgverlener die de feiten verdraait, ook jegens de patiënten, hoort niet thuis in de zorg. Ik ben daar heel stellig in, en de Orde der artsen is terecht opgetreden tegen collega's die zich daaraan bezondigen. Wie verhalen vertelt die in tegenspraak zijn met de feitelijke kennis die er op dat moment is in de wetenschap – die kan wel evolueren, iedere wetenschapper of zorgverlener is zich daarvan bewust – hoort niet thuis in de zorg. Daar ben ik stellig van overtuigd.

Dat is meteen ook mijn antwoord op uw vraag, mevrouw Farih. Ik maak me zorgen omdat ik vaststel dat er steeds meer wordt gediscussieerd over de feiten, en niet langer over meningen. Dat ondergraaft de wetenschap. Zonder een basis van feiten waarop men een discussie voert in de wetenschap, ondermijnt men de wetenschap en meteen ook het geloof erin. Dat geldt voor elke wetenschappelijke discipline, niet alleen voor de zorg. De evolutie om steeds meer feiten in twijfel te trekken, terwijl die zaken volgens de huidige stand van de wetenschap wel vaststaan, baart me dan ook grote zorgen.

Er werd gevraagd of er een code zwart ingevoerd moet worden. Naar mijn mening moet die oefening wel eens gemaakt worden. Immers, niet alleen in deze pandemie, maar ook in andere situaties kan ons zorgsysteem op een bepaald moment op zijn maximale capaciteit komen. In zulke situaties moeten er beslissingen genomen worden, maar de discussies om daaromtrent dingen te bepalen, waarnaar mevrouw Fonck vroeg, zijn heel moeilijk. Zolang er nog medische criteria zijn, vind ik dat die beslissingen door een multidisciplinair medisch team genomen moeten worden, rekening houdend met alle aspecten. Dat gaat de hardnekkigheid in de zorg voor een stuk ook tegen. Wij moeten veel vaker discussiëren over de vraag of de toegediende zorg nog nuttig is, zeker voor mensen op intensieve zorg en/of voor wie er heel uitgebreide interventies nodig zijn.

De code zwart gaat echter over het moment dat er geen medische criteria meer voorhanden zijn om te bepalen wie nog het laatste bed zal krijgen. Over de vraag wie dat laatste bed moet krijgen, moeten er dan maatschappelijke keuzes gemaakt worden. Die keuze mag niet aan zorgverleners overgelaten worden, want dat valt buiten hun expertise. Zorgverleners bespreken binnen hun expertise of een patiënt al dan niet nog een kans maakt, of een ingreep nog nuttig is, over hoe die patiënt nog uit die zorg zal komen. Als al die kwesties afgerond zijn, maar er toch nog verder keuzes gemaakt moeten worden, dan moet een maatschappelijk debat gevoerd worden. Ik ben mij er erg van bewust dat dit moeilijk is, het is namelijk niet gemakkelijk om een indeling te maken, maar toch denk ik dat die oefening gemaakt moet worden, omdat die misschien ook in andere situaties nodig kan blijken.

Mevrouw Sneppe, u stelde een vraag over de vaccinatie door apothekers. U weet dat wij daar vanuit de artsenvereniging niet zo gelukkig mee zijn. Op dit moment denk ik dat het om een foute beslissing gaat. In de hele pandemie hebben apothekers, artsen en verpleegkundigen heel goed samengewerkt om zo goed mogelijk de vaccinaties toegediend te krijgen. Ik kan mij echt niet van de indruk ontdoen dat de vraag wie er vaccineert zeer sterk gekoppeld is aan de vraag hoe dat wordt gefinancierd; dat heeft er absoluut een invloed op. Volgens mij heeft het geen zin om nu allerlei zorgverleners, los van elkaar, de toestemming te verlenen tot vaccineren. Wat wij nodig hebben, is net een gecoördineerde, gestructureerde aanpak,

zoals bij Kind & Gezin en het CLB, met gerichte communicatie ten aanzien van de betrokken mensen.

Ik vrees wel dat zorgverleners elkaar dan gaan beconcurreren. Dat zal niet echt bijdragen tot een verhoging van de vaccinatiegraad.

Dan was er uw vraag over de omikronvariant. Moeten wij niet meer naar de meer kwetsbaren kijken? Ik heb het in mijn presentatie ook aangehaald, ik wil eigenlijk niet kijken naar die omikronvariant, maar naar eventuele nieuwe varianten die meer ziekmakend kunnen zijn dan de omikronvariant.

Dat is waar onze grote uitdaging ligt, niet bij de omikronvariant. Ik heb heel vaak horen verwijzen naar het aantal infecties maar eigenlijk interesseert het mij niet hoeveel mensen er geïnfecteerd zijn. Die cijfers hoef ik niet te kennen. Die ken ik van de griep ook niet. Die ken ik van RSV ook niet. Die ken ik over een ander virus ook niet. Maar het is de belasting op de zorg die ik moet kennen.

Die valt met de omikronvariant gelukkig mee, maar de volgende variant is niet per definitie even mild als deze. Op dat moment moet er misschien wel opnieuw geschakeld worden.

Ik ben helemaal geen wetspecialist, maar ik begreep wel heel goed de uitleg van de heer Vuye toen hij zei: het Parlement moet dan een beslissing nemen. Ik wil daar alleen aan toevoegen dat wij in de zorg vaak nood hebben aan snelle beslissingen. Ook als het Parlement die beslissing neemt, of de regering, hebben wij nood aan snelle beslissingen. Hoe nuttig een debat ook kan zijn, in volle pandemie, in volle crisis, hebben wij geen tijd om maandenlang te discussiëren over een beslissing, want dan lopen wij hopeloos achter de feiten aan.

Er waren nog enkele vragen van mevrouw Sneppe over de immuniteitsbepaling. Wel, wij kunnen antistoffen voor SARS-CoV-2 opsporen. Dat is eigenlijk het enige wat wij op dit moment kunnen, maar op individueel vlak heeft dat eigenlijk niet zoveel zin. Men kan immers wel veel antistoffen hebben, een goede B-celimmuniteit, maar dat zegt niets over de T-celimmuniteit.

Omgekeerd kan men een goede T-celimmuniteit hebben maar weinig antistoffen. Die T-celimmuniteit kunnen wij eigenlijk niet via het bloed meten. Op individueel vlak geven bloedafnemingen dus niet zo heel veel informatie.

Dan was er nog een vraag over de nevenwerkingen van vaccinatie. Ik wil toch niet pleiten voor een anoniem open kanaal, want ik meen dat daar wel eens misbruik van gemaakt kan worden, waarbij allerlei nevenwerkingen of klachten worden ingegeven. Ik meen dat het belangrijk is dat, als men een nevenwerking heeft, die besproken wordt met een arts. Soms zijn er immers andere redenen waarom men die klacht heeft, los van de vaccinatie.

Als die nevenwerkingen toch aan de vaccinatie gekoppeld zijn, hebben wij eigenlijk een zeer eenvoudig mechanisme om dat te melden aan het FAGG. Ik wil dat mechanisme, via een arts, dus toch behouden.

Mijnheer Creyelman, er wordt in de cijfers echt wel een verschil gemaakt tussen iemand die opgenomen wordt in het ziekenhuis vanwege corona en iemand die opgenomen wordt vanwege een andere ziekte en bij wie na de screening blijkt dat hij covid heeft. Dat onderscheid wordt gemaakt.

Met betrekking tot zorg en vaccinatiekeuze, misschien was het niet helemaal duidelijk, elke zorgverlener zal steeds aan elke patiënt de zorg bieden die hij nodig heeft, wat ook de omstandigheden zijn. Dat is een basisprincipe. Of het nu een gevaccineerde of een niet-gevaccineerde is, een roker of een gedetineerde, het maakt niet uit. Wij zullen de zorg leveren die geleverd moet worden.

Men mag het echter echt niet onderschatten. Als wederom heel de afdeling wordt omgegooid, als men wederom de hele tijd zorg moet leveren aan patiënten die opgenomen worden omdat ze, veelal, niet gevaccineerd zijn, waardoor de zorg aan andere patiënten, waarvoor men zich ook verantwoordelijk voelt, wederom wordt uitgesteld, dat weegt echt wel zwaar op die zorgverleners. Dat kan echt wel de reden zijn waarom zorgverleners er op een bepaald moment de brui aan geven. Dat wilde ik gewoon meegeven. Dat is een van de elementen die wij niet mogen onderschatten. Ook zorgverleners zijn maar mensen. Het heeft een impact als men telkens moet zien dat het hele systeem aangepast moet worden, dat men zich weer helemaal moet inpakken om zorg te verlenen – en wij doen dat, laat dat heel duidelijk zijn – die eigenlijk vermijdbaar was.

Geloof me, wij hebben die gevoelens ook wanneer een roker zijn zoveelste COPD-opstoot heeft. Als het er enkele zijn in de praktijk, kan men dat vatten, pept men zich telkens op en gaat men goede zorg verlenen. Als het echter telkens gaat om een hele groep patiënten, dan wordt het een stuk zwaarder.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 18.32 uur.
La réunion publique de commission est levée à 18 h 32.

COMMISSION DE LA SANTE ET DE L'ÉGALITE DES CHANCES

du

MERCREDI 2 FEVRIER 2022

Matin

_____

COMMISSIE VOOR GEZONDHEID EN GELIJKE KANSEN

van

WOENSDAG 2 FEBRUARI 2022

Voormiddag

_____

La réunion publique de commission est ouverte à 09 h 38 et présidée par M. Thierry Warmoes.
De openbare commissievergadering wordt geopend om 09.38 uur en voorgezeten door de heer Thierry Warmoes.

La vaccination obligatoire. Audition de:
- Mme Virginie Pirard et M. Zeger Debyser (Comité consultatif de Bioéthique);
- M. Tom Goffin (UGent);
- Mme Els Keytsman et M. Patrick Charlier (Unia);
- M. Vincent Yzerbyt (UCLouvain).
De vaccinatieplicht. Hoorzitting met:
- mevrouw Virginie Pirard en de heer Zeger Debyser (Raadgevend Comité Bio-ethiek);
- de heer Tom Goffin (UGent);
- mevrouw Els Keytsman en de heer Patrick Charlier (Unia);
- de heer Vincent Yzerbyt (UCLouvain).

Le **président**: Chers collègues et orateurs, bienvenue pour cette troisième journée d'audition sur une éventuelle obligation vaccinale.

Nous avons aujourd'hui, en tout cas ce matin, quatre interventions: d'une part du comité consultatif bioéthique, avec Mme Virginie Pirard et M. Zeger Debyser via Zoom, de M. Tom Goffin de l'Université de Gand, de M. Patrick Charlier présent en salle, de Mme Els Keytsman via Zoom, de Unia et enfin, de M. Vincent Yzerbyt de l'UCLouvain aussi présent en salle.

Bienvenue à tous les orateurs et merci d'avoir accepté notre invitation dans des délais relativement courts. Comme d'habitude, je vais, d'une part, demander à chaque orateur de se présenter brièvement et, d'autre part, de mentionner d'éventuels conflits d'intérêt si vous pensez qu'il pourrait y en avoir – ou de déclarer qu'il n'y en a pas. En principe, on vous a demandé de faire une intervention d'environ un quart d'heure. Ensuite, nous aurons le temps des questions des députés.

Virginie Pirard: Monsieur le président, bonjour à tous les membres de la commission Santé, le Comité consultatif de bioéthique est honoré de pouvoir partager un moment d'échange avec vous et vous présenter les considérations qu'il a établies sur la base de longues réflexions autour de la vaccination obligatoire dans le contexte actuel de la pandémie. Nous allons donc présenter nos liens d'affiliation.

Je suis Virginie Pirard, je suis coprésidente francophone de la commission restreinte vaccination au sein du Comité consultatif de bioéthique. Je suis juriste et philosophe et je me suis spécialisée en éthique de la recherche et bioéthique. Je travaille comme éthicienne. Mes attaches institutionnelles sont l'Université libre de Bruxelles, via le centre de philosophie, le Comité consultatif de bioéthique, mais aussi l'Organisation mondiale de la santé (OMS), via la participation à titre gracieux à un groupe d'experts concernant la mise à disposition des médicaments expérimentaux en situation d'urgence.

J'ai également, par le passé, travaillé plusieurs années à l'Institut Pasteur, qui est situé à Paris. J'ai achevé mes fonctions au 31 juillet 2021. J'y étais responsable de la cellule Éthique. Je précise que l'Institut Pasteur n'est pas à confondre avec Pasteur bioMérieux ou Sanofi Pasteur. Ils ont, en effet, été séparés il y a de nombreuses années et l'Institut Pasteur est une fondation privée, reconnue d'utilité publique. Toutes les informations peuvent se retrouver sur le site Internet mentionné ici.

Je passe la parole à mon cher collègue Zeger Debyser.

Zeger Debyser: Mijnheer de voorzitter, ik ben covoorzitter van de beperkte commissie vaccinatie bij het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek. Ik ben

van opleiding arts en heb een doctoraat behaald in de virologie. Ik bestudeer vooral het aidsvirus, antivirale middelen en gentherapie. Ik ben werkzaam als gewoon hoogleraar aan de KU Leuven en lid van het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek. Ik heb geen persoonlijke belangen in de ontwikkeling van vaccins.

Ik licht eerst even het specifieke karakter en de legitimiteit van het comité toe. Het comité wil vooral een ethische visie verstrekken, die pluralistisch, onafhankelijk en onderbouwd is. De adviezen bevatten dus heel wat referenties. Het comité telt een grote groep leden, namelijk 43 leden en 35 plaatsvervangers. De adviezen worden dus gedragen en zijn geen persoonlijke standpunten. De werking berust op een samenwerkings-overeenkomst van 1993. Het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek is een onafhankelijk adviesorgaan. Het verstrekt adviezen op vraag van een van de autoriteiten, maar kan ook op eigen initiatief adviezen geven. Het comité richt zich vooral op de fundamentele ethische waarden en de mensenrechten.

Virginie Pirard: Le comité a été extrêmement actif durant la pandémie et a rendu toute une série d'avis. Je ne présenterai très brièvement que les avis qui sont directement en lien avec la vaccination, mais d'autres ont également permis de soutenir les points de réflexion que nous allons vous présenter.

Il y a bien sûr l'avis 75, rendu en décembre 2020, relatif à la priorisation des groupes de population dans l'accès à la vaccination anti-covid-19; l'avis 77 qui a étudié de façon approfondie tous les enjeux d'un pass corona ou CST; l'avis du 13 décembre 2021 concernant les enjeux éthiques liés à une vaccination pédiatrique des enfants de 5 à 11 ans dans le cadre de la lutte contre la covid; et l'avis 80, qui nous occupera davantage et que nous avons rendu il y a un mois et demi concernant directement les enjeux liés à la vaccination obligatoire à l'échelle de la population adulte (18 ans et plus) en période de pandémie. Ces avis sont à consulter sur le site. Ils sont entièrement disponibles dans les deux langues.

De ce corpus pandémique, un certain nombre d'éléments ont émergé servant de repères et d'appui dans le cadre de la réflexion du comité.

Tout d'abord, le comité avait pris le soin d'examiner s'il y avait d'autres options que celle de la vaccination pour lutter contre la présente pandémie. Il a fallu constater que ce n'était pas le cas en tout cas qu'il n'y avait pas d'autre option pouvant être fondée sur le plan éthique. Il a ainsi, dans son avis 75, décrit très précisément quelles auraient été les conséquences en terme de mortalité d'autres scénarios comme celui de laisser faire le virus. Là aussi, il a pris en compte le fait que la santé n'est pas uniquement une donnée personnelle ou une situation personnelle, mais qu'elle inclut des situations d'interdépendances entre les citoyens. Celles-ci deviennent perceptibles dans le cadre de maladies infectieuses. Il faut lier chaque fois un aspect individuel à un aspect collectif.

Il a également évoqué, dès décembre 2020, un scénario qui n'était pas encore dans les esprits à ce moment-là: celui comme quoi la vaccination volontaire pourrait ne pas suffire à maintenir les capacités de soin et à réduire de façon suffisante les conséquences de la pandémie sur nos vies à tous. Dès lors, il a demandé l'ouverture d'un débat public concernant les différents scénarios qui pouvaient être envisagés au cas où la vaccination sur une base volontaire n'aurait pas suffi.

C'est dire à quel point nous sommes heureux et contents de voir que le débat parlementaire s'organise et que ces questions vous soient enfin soumises.

Par rapport aux différentes options, il y a un point de référence assez important qui est l'échelle des interventions, étayée par le Nuffield Council on Bioethics – l'équivalent à peu près du Comité consultatif de Bioéthique de Belgique mais pour l'Angleterre.

Ce comité, qui est une référence mondiale au plan de la bioéthique, a établi un document en 2007 où il retrace les différents axes d'intervention et la gradation en termes de coercition ou d'incitation qui peut se proposer à tout corps, à toute autorité ou à tout État qui souhaite gérer une crise en termes de santé publique.

De façon très schématique, vous avez un diagramme qui montre que cela peut aller de ne rien faire – même pas informer correctement – jusqu'à décider d'une vaccination obligatoire pour tous éventuellement, les exceptions en termes de contre-indications médicales étant bien sûr toujours respectées. Cela vous donne l'angle.

Je passe la parole à M. Debyser.

Zeger Debyser: Wij beschouwden het CST als een tijdelijk overgangsinstrument om de hervatting van het sociale leven in een veilige omgeving mogelijk te maken. Dus initieel ging het om een bevrijdingsinstrument voor gevaccineerden. Het was belangrijk voor ons dat er niet wordt gediscrimineerd en dat men ook de niet-gevaccineerden mogelijkheden biedt om deel te

nemen aan het sociale leven. In ons advies was zelfs serologie opgenomen.

Reeds in ons advies van mei 2021 benadrukten we dat een CST of coronapas niet mag worden beschouwd als een slinkse poging om vaccinatie af te dwingen. Dat staat er echt uitdrukkelijk in. Bovendien mag een CST er niet toe leiden dat personen essentiële zaken worden ontzegd, bijvoorbeeld gezondheidszorg, onderwijs, de aankoop van voeding, maar dat lijkt me evident.

Virginie Pirard: Oui, nous avons donc poursuivi toutes ces réflexions à l'occasion de l'avis 80 que nous allons vous présenter un tout petit peu plus en détail. Ce que nous avons fait dans cet avis, c'est prendre en compte les circonstances actuelles, notamment du point de vue épidémiologique, scientifique – peut-être Zeger vous l'expliquera-t-il? – et nous avons, sur la base de ce contexte tout à fait ajusté à ce qui se passe, revisité toutes les réflexions précédentes, non seulement le corpus pandémique mais aussi des avis qui avaient été émis avant la période pandémique et nous avons donc établi des recommandations et des conclusions sur cette double base.

Je laisse la parole à Zeger pour le contexte.

Zeger Debyser: Wat het eerste deel betreft, men moet altijd kijken naar de actuele context. In de huidige context zijn er de wetenschappelijke feiten, die aanleiding gaven tot heel wat debat. Er zijn ook onzekerheden en die zijn ook inherent aan de wetenschap.

Wat zijn de feiten? Meer dan driekwart van de Belgische bevolking is gevaccineerd, namelijk zowat 77 %. Er zijn wel regionale verschillen. In Vlaanderen loopt de vaccinatiegraad op tot 94 % van de volwassenen.

Het is duidelijk – laat daarover geen discussie bestaan - dat de huidige vaccins de kans op ziekenhuisopname en overlijden zeer sterk doen dalen. Maar – dit is voortschrijdend inzicht - het effect op transmissie is beperkt en vooral tijdelijk. We hebben ook geleerd dat de immuniteit na enige tijd kan dalen en dat bijkomende herhalingsdosissen, de zogenaamde boosters of derde prik, nodig zijn. Dat hadden we reeds opgemerkt en aanbevolen bij de deltagolf, de eigenlijke vierde golf.

Inmiddels zitten we met de omikrongolf. Omikron is duidelijk een ander type van stam, die gedeeltelijk ontsnapt aan de opgebouwde immuniteit, maar wel beduidend minder virulent is en dus minder belastend voor de zorgsector.

Ik wil erop wijzen dat ons advies is opgemaakt net na de piek van de deltagolf en dus eigenlijk een advies betreft voor de deltavariant. Met de omikronvariant moet de discussie gelet op de lagere virulentie, de afgenomen druk op de zorg en het lagere risico wellicht anders worden gevoerd.

Er zijn natuurlijk nog heel wat onzekerheden. Niettegenstaande het succes van de vaccins, die nieuw zijn, blijven we ons vragen stellen – en dat is dus zeker normaal – over de duur van de bescherming. Momenteel is er een discussie gaande over de vierde prik. Ook het aantal dosissen, twee, drie of vier, roept nog vragen op. Zullen we elk jaar om een herhalingsprik moeten? De kennis daarover is voortdurend in ontwikkeling. Er is ook nog geen eenduidig standpunt inzake het optimale interval. Uiteraard worden alle landen geteisterd door hetzelfde virus, maar het is toch opmerkelijk dat de campagne voor kindervaccinatie wereldwijd met een ander interval wordt opgevat. Dat wijst op wetenschappelijke onzekerheid.

Er rijzen ook vragen omtrent de doelgroepen. Zullen we de hele bevolking, de volwassen bevolking of in de toekomst louter de risicogroepen vaccineren of een boosterprik toedienen?

Over de rol van natuurlijke infectie woedt een fel debat. Het blijkt niet makkelijk daar eerlijk en open over te praten, maar ik denk dat er wel degelijk onderzoek naar moet worden gevoerd. Uiteraard is een vaccin, zeker bij de risicogroepen, de veilige manier om immuniteit op te bouwen, in tegenstelling tot een infectie. We kunnen echter niet om natuurlijke infecties heen, kijk maar naar Afrika, en die kunnen wel degelijk bijdragen tot de globale immuniteit. Hybride immuniteit, een combinatie van beide vormen, moeten we toch in rekening brengen.

Er zijn ook nieuwe varianten en de fabrikanten zijn hun vaccins daaraan aan het aanpassen.

Een heel andere belangrijke ontwikkeling is de impact van de nieuwe virusremmers. Het gaat dan vooral om virusremmers die vooral buiten de kliniek kunnen gebruikt worden om te voorkomen dat de zieke mensen de zorg overbelasten. Daarmee hebben we nog weinig ervaring, maar ze zijn heel beloftevol. Paxlovid en Molnupiravir zijn beide goedgekeurd en worden nu ook in België getest. In de komende maanden moeten we heel wat informatie ter zake vergaren. Dit zou immers een *gamechanger* kunnen zijn in de aanpak van de globale crisis.

Alle virologen houden hout vast als ze spreken

over het coronavirus, maar de meest waarschijnlijke hypothese is dat er een evolutie is. Ik denk dat niemand nog gelooft in een zero-Covid-19-strategie, waarbij we het virus uitroeien. Ook de discussie over de groepsimmuniteit wordt moeilijker en moeilijker. Maar we gaan naar een endemisch virus, dat af en toe zal terugkeren, waarschijnlijk in de herfst en het voorjaar, waarmee we zullen moeten leren leven.

Niettegenstaande die evolutie is vaccinatie een essentieel onderdeel van de strategie, of het nu gaat om de korte, middellange of lange termijn. Het is één element in de strategie, dat moet gecombineerd worden met andere beperkende maatregelen en hopelijk ook met antivirale middelen in de toekomst.

In de discussie vandaag en in de ethische reflectie blijft de druk op de zorg belangrijk, op verschillende vlakken. Er moet vermeden worden dat mensen in het ziekenhuis terechtkomen. Daarbij denk ik vooral aan de belasting van de dienst Intensieve Zorg. Er moet voorkomen worden dat mensen overlijden, maar ook dat andere pathologieën niet de juiste behandeling kunnen krijgen en dat er zorg wordt uitgesteld.

Ik denk ook aan ethische dilemma's. Er is een fysieke en psychische druk op de zorgteams, maar voor ons is er ook een ethisch dilemma, waarbij men een keuze zal moeten maken tussen mensen. Dat is een niet te onderschatten druk op onze zorgverstrekkers. Er is ook een grote druk op de eerstelijnszorg.

Er is ook de hoop dat we de viruscirculatie kunnen verminderen, waardoor er minder varianten zouden kunnen ontstaan. Daarin is omikron misschien ook weer een nieuw element.

Dan geef ik graag het woord aan mevrouw Pirard voor de ethische reflecties.

Virginie Pirard: Dans ce contexte particulièrement changeant et instable, nous avons revisité des considérations éthiques, et il nous est apparu que la protection vaccinale, le capital d'immunité qui a été créé par la vaccination, pouvait être considérée comme un patrimoine commun, tout simplement parce qu'il vise à protéger la population et se complète avec un patrimoine plus aléatoire qui est l'immunité liée aux infections. Encourager ce patrimoine, le soutenir, le maximiser, faire en sorte qu'il reste vivace, tout cela est de la responsabilité des autorités. Cela implique une action, c'est une obligation de moyens, qui est importante. Même lorsque l'immunité collective ne peut être atteinte, il est essentiel de conserver ce patrimoine commun qui protège. Si tous ne tomberont pas malades, ou si tous ne tomberont pas gravement malades, tous peuvent contribuer à la protection.

Du point de vue du respect de la volonté individuelle par rapport à la vaccination, du point de vue des préférences, le Comité est très clair: la base volontaire est prioritaire. Et il l'a toujours soutenu depuis le début. Mais il souhaite être réaliste et il estime que cette base peut être revisitée si elle est insuffisante à protéger l'intérêt public, c'est-à-dire l'intérêt d'avoir des systèmes de santé qui ne s'effondrent pas, qui peuvent accueillir tous les patients et pas uniquement les patients covid-19. Cela concerne bien sûr la protection des personnes fragiles, les personnes à risque de formes graves de la covid-19, les personnes qui sont à distance du système de soins, qui ne vont pas se faire vacciner, qui ne voient pas de médecin, qui ne savent pas comment retrouver le chemin des soins ou ne peuvent le retrouver, et bien sûr toutes les autres pathologies en attente de soins.

Si l'on met en place une vaccination sur une base volontaire, l'importance du suivi des effets secondaires est majeure, mais il faut également le faire, et de façon d'autant plus astreignante lorsque cette vaccination est obligatoire. Cela doit s'appuyer sur une pharmacovigilance et un suivi très étroit par les autorités sanitaires, européennes et belges. Il faut que la balance bénéfices/risques qui a auguré et présidé à l'approbation des vaccins n'ait pas été fondamentalement modifiée pour que l'on puisse passer d'un vaccin sur une base volontaire à un vaccin sur une base obligatoire.
Le comité, comme il l'a déjà expliqué à propos du Covid Safe Ticket (CST), soutient les décisions transparentes, les choix énoncés de façon transparente par les autorités vis-à-vis de la population. C'est donc un point essentiel pour lui et il ne soutient pas l'usage d'un CST qui se réduirait à la forme 1G, c'est-à-dire qui serait uniquement un certificat de vaccination tout en n'ayant pas décidé d'une vaccination obligatoire.

C'est une forme trop précaire et trop peu transparente. Ensuite, il soutient bien évidemment des exigences de proportionnalité, de légalité et de justice. Cela se déploie dans trois enjeux. Tout d'abord, concernant les sanctions, il faut qu'elles soient prévues par la loi, qu'elles soient clairement définies, proportionnées et équitables. Le comité estime, malgré une hypothétique vaccination obligatoire, il ne faut pas qu'une personne non vaccinée n'ait pas accès aux soins. C'est très important pour nous. Et il estime également qu'il ne faut pas recourir à la contrainte physique pour sanctionner le refus d'une personne de se faire vacciner. Ce sont deux balises fondamentales qu'il

a mises dans le débat autour de la vaccination obligatoire.

Outre la question des sanctions, il est essentiel évidemment que l'État prenne toutes ses responsabilités et permette un système d'indemnisation s'il devait y avoir, par malheur et de façon exceptionnellement rare, un effet secondaire grave et offrant des séquelles. Il est évident qu'il faudrait un mécanisme d'indemnisation efficient et rapide, donc sans faute.

Dans le choix des groupes cibles, le comité en tant que tel ne se prononce pas, ce n'est pas son rôle, sur la pertinence scientifique de cibler l'entièreté de la population ou de cibler plus exactement des groupes de population. Par contre, il met en garde sur les conséquences qui sont différentes selon que l'on rend une vaccination obligatoire à l'échelle de la population ou uniquement à l'échelle des personnes à risque.

En effet, en ciblant des risques, en les individualisant et en faisant de ces risques une responsabilité, on n'est plus dans le modèle de la vaccination obligatoire pour tous qui repose sur la solidarité mais on glisse vers un autre modèle, où les questions de santé sont directement liées à la responsabilité individuelle et cela augure finalement d'un changement de paradigme dans la façon dont on perçoit l'état de santé des personnes et dont on l'indemnise. Contre cela, le comité met en garde pour ces raisons, au-delà du fait qu'il y a aussi des enjeux autour de la difficulté à identifier des patients et à assurer la protection de la vie privée, si un système de suivi des patients à risque devait être mis en place pour s'assurer qu'ils sont vaccinés.

Pour les conclusions, ce sera mon collègue Zeger.

Zeger Debyser: Op basis van die analyse, waarin we zowel de ethische standpunten als de huidige context hebben meegenomen, zegt het bio-ethische comité dat de verplichte vaccinatie van de volwassen bevolking (18+), met uitzondering van personen met een medische contra-indicatie, ethisch aanvaardbaar is. Dat moet natuurlijk passen in een globaal beleid dat niet alleen om vaccinatie gaat, maar proportioneel moet zijn met de ernst van de ziekte en de zorg.

Dat is een conditioneel advies, want het Comité heeft een hele lijst van voorwaarden opgesteld waaraan moet worden voldaan. Wat zijn die voorwaarden en wat is de stand van die voorwaarden? Ik heb in mijn inleiding al verwezen naar het feit dat je toch echt over een matuur vaccinatieschema moet beschikken, zoals dat bij andere verplichte vaccins het geval is, op basis van een solide wetenschappelijk consensus. Ik denk dat ik al heb duidelijk gemaakt dat die er op dit moment niet is. Dat vaccinatieschema moet natuurlijk ook passen bij andere maatregelen. Ik denk daarbij bijvoorbeeld aan de ontwikkeling van antivirale middelen, waar wij nog zeer weinig over weten.

Wat de volwassen bevolking betreft, stellen wij als voorwaarde dat het enkel om de meerderjarigen gaat. Het is ook belangrijk dat we zowel de risico's als de voordelen blijven opvolgen. Dat moet dan wel voor alle leeftijdscategorieën gelden. Bij de jongere bevolking is er een risico op myocarditis en dat moet natuurlijk goed worden opgevolgd. Voorts worden er momenteel nog andere vaccins ontwikkeld.

Alles moet duidelijk en transparant worden aangekondigd. Wij zijn geen voorstander van een CST- of 1G-beleid. Als het publiek wordt voorgelicht, dan moet dat zeer duidelijk gebeuren en worden aangegeven wie wat, waar en wanneer zal doen, wie zal controleren en wat de alternatieven zijn.

Er moet een wet komen, uiteraard na een parlementair debat, en er moeten evenredige en billijke sancties worden ingevoerd. Wij hebben ons duidelijk uitgesproken tegen fysieke dwang en tegen de toegangsweigering van de gezondheids-zorg. Er moet ook een schadevergoedingsstelsel zijn, wat een belangrijk verschil is met een 1G-beleid, waar men dat uit de weg gaat.

Tot slot vinden mijn collega en ik het een goede zaak dat hoorzittingen worden georganiseerd. Ik heb er zelf ook heel aantal sprekers beluisterd. Ik denk dat zowel de parlementsleden als de bevolking ermee gebaat zijn de verschillende invalshoeken van de vaccinatie en het covidbeleid in het algemeen te horen. Het is ook belangrijk dat we met z'n allen proberen het debat te depolariseren.

Er zijn heel wat spanningen in de maatschappij door de crisis en de aanpak ervan. Wat we ook doen, we moeten proberen maatregelen te nemen om de polarisatie weg te werken en meer in een klimaat van vertrouwen te werken, niet alleen voor de vaccinatie, maar ook voor het vaccinatiebeleid in het algemeen.

Tom Goffin: Mijnheer de voorzitter, ik ben docent gezondheidsrecht aan de Universiteit Gent. In de universiteit maak ik deel uit van het Metamedica Platform, een onderzoeksplatform dat op interdisciplinaire en interfacultaire wijze onderzoek doet naar de ethische, juridische en privacyvraagstukken in de gezondheidszorg, in het

bijzonder met betrekking tot technologie. Ik ben ook ondervoorzitter van het expertisecentrum Quality & Safety Ghent van de Universiteit Gent, dat vanuit een expertisevergaring en -deling wil inzetten op de kwaliteit en de veiligheid van de eerstelijnszorg en de transmurale zorg. Ik ben daarnaast voorzitter van de commissie Rechten van de Patiënt en die federale commissie heeft, net zoals het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek, anderhalve maand geleden een advies verstrekt over de vaccinatieplicht, dat op de website van de commissie te vinden is. Mijn presentatie is onrechtstreeks op dat advies gebaseerd. Voorts ben ik lid met raadgevende stem van het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek. Ik heb dus ook deelgenomen aan de plenaire vergaderingen die tot het zopas besproken advies hebben geleid. Ik ben expert gezondheidsrecht van de Hoge Gezondheidsraad.

In de zomer van 2021 heb ik deel uitgemaakt van de GEMS+, die toen advies heeft verstrekt over het CST. In opdracht van het Coronacommissariaat en de minister van Volksgezondheid heb ik het voorbereidend werk verricht voor het wetsontwerp betreffende de verplichte vaccinatie van het zorgpersoneel. Sinds begin vorig jaar ben ik ook lid van de werkgroep Organisatie Vaccinatiestrategie onder leiding van professor doctor Jan De Maeseneer in opdracht van de Taskforce Vaccinatie.

Als men nadenkt over het juridische kader, neemt men vaak het woord vaccinatieplicht in de mond, maar voor mij is het vaak onduidelijk wat men concreet met vaccinatieplicht bedoelt.

In de debatten kan men verschillende scenario's terugvinden, gaande van zeer lichte vormen tot zeer vergaande vormen van vaccinatieplicht. Bijvoorbeeld, wanneer men vanuit een eerder morele verplichting ten opzichte van de maatschappij mensen tracht te overtuigen via uitgebreide vaccinatiecampagnes om zich te laten vaccineren. Er wordt dan gesensibiliseerd zonder juridische gevolgen. Dat is de eerste vorm.

Vorige maandag kwam in de debatten in deze commissie de informatieplicht ter sprake die men zou opzetten over de gevolgen van de weigering tot vaccinatie, of een eventueel daaraan gekoppelde opkomstplicht. Als vaccinatievoorwaarde voor niet-essentiële activiteiten zou men kunnen stellen dat men gevaccineerd moet zijn om deel te nemen aan dergelijke activiteiten. Eigenlijk is het hele CST-verhaal een van de concepten die deel uitmaken van de voorwaarden voor deelname aan niet-essentiële activiteiten.

Dan kan men nog een stapje verder gaan, met name de vaccinatievoorwaarden voor essentiële activiteiten, bijvoorbeeld om toegang te krijgen tot onderwijs of tot arbeid. Ook daarover zijn we vandaag over aan het nadenken. Denk daarbij aan het wetsontwerp in verband met de vaccinatie-verplichting voor het zorgpersoneel. Dat kadert in dat concept van vaccinatieplicht.

Dan is er finaal nog de volledige vaccinatieplicht, waarbij men stelt dat mensen verplicht zijn om zich te laten vaccineren. Als men dit niet doet, moet men een geldboete betalen, of een gevangenisstraf uitzitten.

Zo ziet u dat er veel vormen van vaccinatieplicht de ronde hebben gedaan in het debat. Als we nadenken over het juridische kader dat daaraan gekoppeld kan worden, dan moeten we echt weten over welke van deze vormen het nu precies gaat. Het is geen geval van *one size fits all*. Elke keer opnieuw zal het juridische kader verschillend zijn, afhankelijk van de vorm van vaccinatiemaatregel of -plicht die men op dat moment bespreekt.

Een aantal juridische randvoorwaarden zijn wel al duidelijk. Ook die zijn al besproken tijdens de vorige debatten in deze commissie. Daar ga ik dus niet uitgebreid op ingaan. Zo heeft professor Vuye onder meer reeds het arrest van het Hof voor de Rechten van de Mens van 8 april 2021 besproken.

Daarover wil ik nog iets toelichten. Wat het wettigheidsbeginsel betreft, stelde professor Vuye in een van de bemerkingen dat men toch moet opletten. Immers, als men dit allemaal in een wet giet maar dan het uitvoeringsbesluit aan de regering zou overlaten om de uiteindelijke verplichting op te leggen, verdwijnt daardoor opnieuw de macht van het Parlement. Ik wil daar nog aan toevoegen dat de vaccinatieplichten, zoals we die vandaag in België kennen, allemaal op dat principe gebaseerd zijn. Bijvoorbeeld, in het kader van polio heeft de gezondheidswet van 1945 weliswaar het kader voorzien, maar de poliovaccinatieverplichting is uiteindelijk via een koninklijk besluit van 1966 opgelegd.

Hetzelfde geldt voor de vaccinatievoorwaarden voor hepatitis B voor het zorgpersoneel. Dat vaccin wordt toegediend op basis van de wet over het welzijn op het werk, maar het is andermaal de codex over het welzijn op het werk dat via een uitvoeringsbesluit de verplichting oplegt. Zo verregaand is dat nu ook weer niet. Bovendien zorgt het voor een heel grote dynamiek zodat er, indien het nodig is, sneller kan geschakeld worden dan het hele parlementaire proces nog te moeten opstarten op dat ogenblik.

In de discussie rond het juridische kader moeten wij in bijzonder de proportionaliteit en noodzakelijkheid afwegen. Ik onderschrijf overigens wat professor Vuye heeft opgemerkt omtrent de interpretatie van het arrest van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens. Het is belangrijk om dat in zijn context te beschouwen. De omstandigheden van die casus waren heel specifiek, en enkel in die casus heeft men uiteindelijk geoordeeld dat het proportioneel en noodzakelijk bleek. We moeten ons ervoor behoeden daar al te abstracte conclusies uit te trekken. De basisvoorwaarden zoals ik die hier heb geschetst zijn weliswaar dezelfde, maar de interpretatie gaat een heel stuk verder.

In het kader van de interpretatie moeten we het zeker hebben over de noodzakelijkheids- en proportionaliteitstoets. Om de proportionaliteits-toets correct uit te voeren, en dat hangt af van welke vaccinatiemaatregel men op welk moment wilt uitvoeren, moet men op de eerste plaats drie vragen beantwoorden. Een eerste vraag is 'waarom', een tweede vraag is 'wie', en een derde vraag is 'hoe'. Alleen door deze drie vragen te beantwoorden, krijgt men een antwoord op de al dan niet proportionaliteit.

Laat ons dit hier nu concreet toepassen.

Ten eerste, de 'waarom-vraag'. Waarom willen we een bepaalde vaccinatiemaatregel opleggen? Ik verwijs naar het advies van het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek. In 2015 heeft het Ethisch Comité reeds een advies uitgebracht over de vaccinatieverplichting in het algemeen, in tempore non suspecto. Het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek heeft toen drie vormen van redenen aangereikt waarom een vaccinatiemaatregel zou kunnen worden opgelegd. Dat is ofwel om een individu te beschermen tegen ziekte, hospitalisatie of overlijden. Bijvoorbeeld om een bepaalde ziekte de wereld uit te helpen, zoals het geval was met het poliovaccin. Daarnaast kan het ook om mensen te beschermen die aan gezondheidsrisico's worden blootgesteld of ter concrete bescherming van kwetsbare personen. Een voorbeeld daarvan zijn de vaccinatievoorwaarden van het zorg-personeel tegen hepatitis B waarmee wordt vermeden dat de ziekte wordt overgedragen op kwetsbare personen of collega's op de werkvloer. Een andere reden die het Raadgevend Comité naar voren schoof ter rechtvaardiging van een vaccinatieverplichting of een vaccinatiemaatregel is het bereiken van groepsimmuniteit of een hoge graad van immuniteit.

De eerste vraag is waarom we die specifieke maatregel willen introduceren.

De tweede vraag is de wie-vraag. Willen we een vaccinatieverplichting op de volledige bevolking toepassen. Gaat het om 0-jarigen tot hoogbejaarden of gaat het om het bevolkings-segment waarvan de vaccinatie volgens de huidige campagne aanvaardbaar is, bijvoorbeeld enkel meerderjarigen? Bij poliovaccins kiest men enkel voor minderjarigen. Men zal moeten nadenken over welke bevolkingsgroep men wil viseren en niet andere groepen.

Stel dat men de vaccinatie zou verplichten voor oudere personen, ook dan moet de vraag worden gesteld waar de grens ligt en waarom hiervoor wordt gekozen. Het moet dus duidelijk zijn waarom het zou worden verplicht vanaf 60 jaar, bijvoorbeeld. Het moet telkens duidelijk zijn welke specifieke groep men viseert maar ook waarom. Een groep binnen de maatschappij, zoals het zorgpersoneel, verplicht vaccineren, lijkt dan wel voor de hand liggend maar uit de debatten die hier de voorbije maanden over zijn gevoerd en uit het advies van de Raad van State blijkt heel duidelijk dat dit toch niet zo vanzelfsprekend is. Ik herhaal het nog eens. Als men bepaalde maatregelen wil opleggen aan een bepaalde bevolkingsgroep moet het zeer duidelijk zijn om wie het gaat en waarom.

De meest belangrijke vraag is de hoe-vraag. Welke maatregel zal het meest proportioneel zijn en hoe zullen we die maatregel concreet omkaderen? Wat wordt er concreet verplicht? Wordt een eenmalige vaccinatie verplicht, of een vaccinatieschema of een boostervaccin? Bij elke maatregel is het belangrijk op deze vragen te antwoorden. Er moet ook een antwoord komen op de vraag wat er gebeurd bij mensen die niet kunnen gevaccineerd worden omwille van medische redenen? Zullen die worden vrijgesteld of zullen er alternatieven zijn voor die mensen? Zo ja, welke alternatieven en zijn die alternatieven proportioneel? Een volgende vraag is wat de gevolgen of sancties zijn voor diegenen die zich niet laten vaccineren? Gevolgen en sancties zijn niet hetzelfde. Als we het over sancties hebben, dan hebben we het over geldboetes, gevangenisstraffen en dergelijke meer. Gevolgen kunnen dan weer inhouden dat iemand geen toegang krijgt tot bepaalde activiteiten. Keer op keer, maatregel per maatregel, moet worden bekeken wat de gevolgen zijn van een niet-naleving.

Een heel belangrijke vraag is de volgende. In welke mate is de verplichting tot het gebruik van een vaccin wetenschappelijk onderbouwd en gemotiveerd? Is dat zeer duidelijk of is er nog enige interpretatie nodig? Hoe meer interpretatie mogelijk is, hoe meer men moet compenseren om de hele maatregel proportioneel te houden. Is er in een schadeloosstelling voorzien? Zo ja, waaruit

bestaat die? Is het gemakkelijk voor mensen om schadeloos te worden gesteld of moeten ze een zeer complexe procedure doorlopen waardoor ze mogelijk die schadeloosstelling verliezen?

Het zijn allemaal vragen die moeten worden beantwoord opdat men die proportionaliteit concreet kan invullen. Afhankelijk van de maatregel zullen de antwoorden op deze vragen telkens anders zijn en zal de proportionaliteitsafweging op een andere manier moeten gebeuren.

Daarmee is de kous nog niet af. Ook de vraag inzake de noodzakelijkheid moet worden beantwoord. Ook daarvoor kunnen drie aspecten worden bekeken. Een eerste aspect is de strategie. Het principe van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens, zoals ook blijkt uit alle rechtspraak en rechtsleer die daaruit volgt, is dat een inperking op het recht op privéleven op de minst verregaande manier moet gebeuren. Met andere woorden, de minst verregaande maatregel moet de maatregel zijn die we implementeren.

In het kader van een vaccinatiecampagne rijst de vraag of er niet tal van andere, minder verregaande maatregelen zijn waarmee eenzelfde resultaat wordt behaald.

Ik stel vast, zeker in het kader van de werkgroep Organisatie Vaccinatiestrategie, dat de mensen op het terrein de afgelopen maanden zeer creatief zijn geweest in het informeren, sensibiliseren en bereiken van moeilijk bereikbare mensen om hen toch ervan te overtuigen zich te laten vaccineren. Ik vraag me af of het niet beter is om daarop in te zetten in plaats van het grote geschut naar boven te halen en een vaccinatieplicht in te voeren. We merken immers ook dat informeren en sensibiliseren vertrouwen schept. In een vaccinatiecampagne is vertrouwen natuurlijk zeer belangrijk. Daarom moeten we ervoor opletten te bruuske maatregelen te treffen, omdat die het vertrouwen in belangrijke mate zouden kunnen schaden. Het vertrouwen dat de afgelopen maanden via alle campagnes is opgebouwd, mag zeker niet verloren gaan. In de denkoefening over wat de minst verregaande maatregel is, moeten we ook nadenken of er binnen de organisatie van de zorg nog extra mogelijkheden bestaan. Het probleem bij veel mensen is misschien dat ze de afstand naar het vaccinatiecentrum te ver vinden en daarom er niet heen willen gaan. Zijn er dan geen mogelijkheden binnen de organisatie van de zorg om vaccins te laten toedienen bij de apotheken, huisartsen enzovoort? Op die manier moeten we minder verregaande maatregelen nemen dan een vaccinatiemaatregel als de vaccinatieplicht.

Bovendien moet eender welke vaccinatiemaatregel een weloverwogen plaats krijgen binnen het totale coronabeleid. Men moet een totale strategie nastreven. Men mag niet met oogkleppen enkel naar de vaccinatiemaatregel kijken om te zien of die maatregel op dat ogenblik moet geïmplementeerd worden. Het is altijd een en-en-verhaal. Dat verhaal moet ook kloppen zodat de noodzakelijkheid kan gegarandeerd worden.

Ik wil ook nog even wijzen op een ander aspect, de bevoegdheid. Volgens artikel 5, paragraaf 1.1.8 van de Bijzondere Wet der Hervorming der Instellingen, is het nemen van maatregelen inzake profylaxis een exclusieve bevoegdheid van de federale overheid. Met andere woorden, de federale overheid kan hier exclusief maatregelen rond gaan nemen. In het kader van de gezondheidswet was polio een voorbeeld daarvan. In de parlementaire voorbereiding van die Bijzondere Wet werd er ook op geduid dat met de nationale maatregel inzake profylaxis de verplichte inentingen werden bedoeld. Maar, dit is een uitzondering. De preventieve gezondheidszorg is in principe een bevoegdheid van de Gemeenschappen, geen federale bevoegdheid. Met andere woorden, van zodra men uit het kader van de profylactische maatregelen treedt, zit men niet meer in de uitzonderingsbevoegdheid, de exclusief federale bevoegdheid, om dit eenzijdig te gaan regelen. Wat is het dan wel? Dan is het elk binnen zijn eigen bevoegdheid.

Kijken we bijvoorbeeld naar het wetsontwerp inzake de verplichte vaccinatie van het zorgpersoneel. Dat is niet gebaseerd op de bijzondere uitzonderingsbepaling, maar op de bevoegdheid van de federale overheid tot uitoefening van de geneeskunst. Zo zijn er nog andere voorbeelden. De welzijnswet in uitvoering van de codex Welzijn op het Werk inzake de verplichting tot vaccinatie tegen hepatitis B is in die zin gekoppeld aan de arbeidswetgeving, niet aan de federale maatregel inzake profylaxis. Hetzelfde geldt voor het decreet van 21 februari 2019 inzake de kinderopvang. Daarover werd uiteindelijk beslist dat kinderen die opgevangen worden in door de ONE erkende crèches verplicht gevaccineerd moesten zijn voor een bepaald vaccinatieschema. Ook dat is een bevoegdheid van de Gemeenschappen, omdat zij binnen hun eigen bevoegdheid, teneinde de nodige kwaliteits- en veiligheidsmaatregelen te kunnen nemen, ook tijdelijke maatregelen kunnen nemen voor zover deze proportioneel en noodzakelijk zijn.

Evaluatie is het laatste aspect dat toch wel heel essentieel is in het kader van de noodzakelijkheid. Als we immers over noodzakelijkheid spreken,

spreken we over een continue noodzakelijkheid. Met andere woorden, de maatregel moet vandaag noodzakelijk zijn, maar moet dat ook nog zijn over vijf maanden. Als we over vijf maanden vaststellen dat de maatregel niet meer noodzakelijk is, dan moet die verlaten kunnen worden. In dat opzicht is het voortschrijdend wetenschappelijk inzicht zeer relevant en moet het steeds meegenomen worden om te zien of we nog steeds een blijvende noodzakelijkheid kunnen garanderen.

Dat impliceert dat elke maatregel die wordt genomen in het kader van vaccinatie gekoppeld wordt aan een systeem waarbij deze maatregel op geregelde tijdstippen wordt onderworpen aan de toetsing of het nog steeds de minst verregaande maatregel is om het vooropgestelde doel te bereiken. Uiteraard worden daarbij alle antwoorden mee in overweging genomen. Ook moet worden getoetst of de maatregel nog doelmatig is om het doel te bereiken of zijn er inmiddels andere maatregelen die doelmatiger, en dus ook proportioneler en noodzakelijker zijn.

Tot besluit, wil ik stellen dat de vraag pro of contra vaccinatieplicht niet zo eenvoudig te beantwoorden is. Er zal een hele boom worden opgezet over wat vaccinatieplicht eigenlijk betekent. Heel veel verschillende maatregelen worden momenteel reeds in brede zin beschouwd als een vaccinatieplicht. Ten tweede, eenmaal is afgebakend waar het concreet over gaat, moeten, mijn inziens, de vragen 'waarom', 'wie' en 'hoe' mee in rekening worden genomen, naast de benadering van de noodzakelijkheid in het kader van strategie, bevoegdheid en evaluatie, zodat we een proportionele en noodzakelijke maatregel hebben, die bovendien op geregelde tijdstippen wordt geëvalueerd.

Patrick Charlier: Monsieur le président, je vais commencer comme d'autres par me présenter. Je suis Patrick Charlier. Je suis codirecteur de Unia avec Els Keytsman. Nous formons un collège de direction. Depuis hier, 1er février, notre nouveau mandat de six ans a débuté puisque le conseil d'administration a renouvelé sa confiance dans le Collège. Je n'ai pas d'autre mandat et ne suis pas rémunéré d'une quelconque autre manière par une instance, entreprise ou autre pouvant entrer en conflit avec le sujet débattu ici aujourd'hui. Mon mandat est exclusivement dédié à Unia.

Je commencerai par décrire le cadre et expliquer d'où nous parlons lorsque l'on parle de Unia. Nous avons, dès le mois de mars 2020, mis en place un système de monitoring parce que nous avons immédiatement anticipé le fait que la crise covid et les mesures prises auraient un impact sur nos métiers et nos missions de lutter contre les discriminations et de veiller au respect des droits fondamentaux. C'est donc à travers ces deux cadres-là (la loi anti-discrimination et les dispositions relatives aux droits fondamentaux) que nous avons basé notre intervention et notre analyse. Le 3ème pilier est le travail d'analyse et de tri des signalements qui nous sont parvenus. Je vous communiquerai quelques chiffres. Sachez en attendant qu'au cours des deux dernières années, 36 % des signalements qui nous sont parvenus concernent la question de la covid, les mesures prises, le CST et aujourd'hui, les questions liées à la vaccination obligatoire. C'est un impact significatif sur notre travail.

Je vous donne quelques chiffres: ce sont des chiffres sur une semaine qui montrent (et nous n'avons pas choisi cette semaine tout à fait par hasard) la quantité de signalements qui sont arrivés. C'était la semaine où le premier ministre Alexander De Croo a tenu des propos à l'égard des non-vaccinés qui ont engendré de nombreuses réactions que nous avons enregistrées. On observe ici la proportion et l'impact direct de ce qui est communiqué par les responsables politiques mais pas uniquement! Parfois ce sont aussi des communications de responsables scientifiques qui impactent la saisine et les signalements dont nous faisons l'objet. Vous observez la singularité dans ces saisines: c'est ce que l'on appelle les signalements collectifs ou de masse.

Vous voyez l'impact de la carte blanche qui a été publiée par Conner Rousseau. Elle a suscité jusqu'à présent plus de 660 signalements chez nous. Il y a eu par le passé d'autres signalements collectifs. Il y a eu cette campagne de publicité de *Humo* qui tournait de manière comique ou en dérision Marc Van Ranst et un responsable politique, suscitant aussi beaucoup de réactions aussi en disant qu'il s'agissait d'une forme d'incitation à la haine; des propos qui ont été tenus par des scientifiques, Marc Noppen et également par d'autres.

Ce qu'on voulait souligner ici, c'est que nous ne sommes pas dupes du fait que, dans ces signalements collectifs, certains d'entre eux sont orchestrés et organisés. On le voit et on doit prendre la mesure des choses. Il y a un effet loupe qui se fait de cette manière.

Cela étant, lorsqu'on retire ces signalements collectifs, on est aussi saisi de toute une série de situations de discrimination très concrète en emploi, dans l'enseignement, dans la vie sociale, des personnes qui sont pointées ou stigmatisées et cela, ce sont des dossiers que nous ouvrons.

Et pour terminer les chiffres, vous constatez qu'en

deux ans, sur plus de 20 000 signalements que l'on reçoit, 7 500, donc 36 % des signalements sont en lien avec la covid.

Nous avons basé notre intervention sur la base d'une note que nous avions transmise au mois de décembre à Pedro Facon, commissaire corona, qui était chargé de remettre un avis sur la vaccination obligatoire. La note est basée, d'une part, sur la vaccination obligatoire de certains groupes à risque ou de groupes vulnérables et la vaccination obligatoire plutôt professionnelle.

Cela étant, nous avons étendu, puisque les questions d'actualité parlent également de la vaccination obligatoire pour tous ou l'idée d'un pass sanitaire, nous avons étendu note réflexion au-delà de cette note, qui est disponible sur notre site internet.

Première chose à dire ici: on parle du droit fondamental à la santé. Je dois rappeler que la santé, dans les définitions qui sont données par l'OMS, reprend une grande diversité de facteurs socio-économiques tels que l'alimentation, le logement, les conditions de travail, un environnement sain. La santé se comprend donc comme un état de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.
Quand on parle de la santé, c'est cet aspect-là qui doit être pris en considération. En termes de droits fondamentaux, le droit à la santé est repris dans différents textes internationaux (le Pacte relatif aux droits économiques, sociaux et culturels; des textes européens; la Charte des droits fondamentaux; la Charte sociale révisée).

Il y a une singularité, une difficulté ou un paradoxe sur le droit à la santé: ce droit fondamental est double. Il est à la fois un droit individuel à contrôler son propre corps, à consentir à des soins ou à des interventions. Il y a là la question de l'autonomie et l'intégrité physique de la personne. C'est un droit individuel, mais aussi une obligation de l'État de mettre en place un système de santé accessible et de garantir que ce système fonctionne. Car si je suis malade, j'ai droit à l'accès à ce système de santé. La dimension est là plus collective.

Il s'agit des mesures prises visant à garantir la présence de personnel en suffisance qui ne soit pas absent pour cause de maladie, que les hôpitaux ne soient pas surchargés de personnes malades (l'on sait qu'il y a eu des reports d'interventions etc.).
Il y a donc cet effet paradoxal d'une tension entre deux dimensions d'un droit qui rend la question de la vaccination obligatoire complexe, nuancée. Néanmoins, j'essayerai d'être le plus clair possible.

Je mettrai en avant un avis remis par le Comité des droits économiques, sociaux et culturels qui est chargé de veiller au respect du pacte des Nations unies relatif aux droits économiques, sociaux et culturels. Il évoque la santé par quatre critères interdépendants essentiels pour le respect de la mise en œuvre de ce droit à la santé: la disponibilité en ce compris la mise à disposition de personnel qualifié; l'accessibilité de la santé de manière non-discriminatoire (accessible s'entend par accessibilité physique, économique et droit à l'information); l'acceptabilité des soins par les citoyens, élément extrêmement important dans une perspective inclusive; une qualité de soin: ce n'est pas uniquement la mise en place d'un système mais celle d'un système de qualité dans ce cadre-là.

Nous sommes partis du postulat qu'il existe aujourd'hui un consensus scientifique, que ce soit au niveau belge ou au niveau international par rapport aux bénéfices de la vaccination. Nous ne sommes pas des experts en la matière, nous ne sommes pas des médecins, nous ne sommes pas des épidémiologistes, mais nous estimons que le consensus général aujourd'hui montre que la vaccination est efficace d'une part pour limiter le risque de contagion – elle ne l'empêche pas, mais une personne vaccinée va être moins contaminante que d'autres et cela permet de réduire la circulation du virus, ce qui n'est pas absolu mais cela nous semble être un élément primordial – d'autre part, le consensus montre que si on est vacciné, le risque de tomber malade et surtout d'être gravement malade est réduit. On n'est pas totalement protégé. On connaît tous et toutes des personnes vaccinées qui sont tombées malades, mais le risque d'être gravement malade et donc de devoir être hospitalisé longuement est limité.

On est parti de ce consensus scientifique valable aujourd'hui dans l'état de nos connaissances et de l'évolution de l'épidémie. Nous savons qu'il existe des voix divergentes, mais lorsqu'on s'intéresse à cette question, c'est notre point de départ.

Deuxièmement, en termes de droit fondamental et de droit à la santé, le principe même d'une obligation vaccinale n'est pas contraire au droit fondamental en soi. Une obligation vaccinale est une situation que nous connaissons dans notre législation et notre réglementation. Ce n'est pas nouveau en termes de droits fondamentaux. Vous avez l'obligation pour la polio. Il y a des obligations vaccinales professionnelles – le tétanos et hépatite b pour certains métiers, la tuberculose – et on a signalé qu'il existe une obligation vaccinale pour les maladies infantiles afin de fréquenter des

crèches. Ce n'est donc pas en soi contraire aux droits fondamentaux, mais il faut évidemment offrir une série de garanties notamment de nécessité et de proportionnalité pour que cette obligation vaccinale puisse être justifiée. Pour nous, la vaccination obligatoire n'est pas un objectif mais doit être perçue comme un moyen parmi d'autres pour lutter contre la propagation de la maladie et pour stabiliser les capacités hospitalières. Ce sont ces deux dimensions qui sont pour nous fondatrices du raisonnements. Il s'agit là des objectifs à viser pour toute politique publique.

Car il faut être clair sur les raisons pour lesquelles on met en place un politique vaccinale obligatoire.

Un premier objectif, qui peut paraître totalement légitime, se trouve dans la lutte contre la pandémie et la circulation du virus. C'est un moyen pour pouvoir limiter cela.

Un deuxième objectif peut être de protéger le système de santé et de garantir un système de santé qui continue à fonctionner et qui ne soit pas confronté soit à une absence de personnel lié à la maladie parce que ses membres seraient malades eux-mêmes, soit à des malades en trop grand nombre, nécessitant de faire des tris ou de reporter certaines opérations ou interventions.

Un troisième objectif, qui est peut-être plus discuté ou plus discutable, mais qui est aussi sur la table, est le souci de faire fonctionner notre système économique, social et de garantir la participation de chacun pour que notre société continue à fonctionner, que les écoles continuent à enseigner, les entreprises à travailler, les théâtres à proposer des représentations, etc. Il faut être clair et transparent sur l'objectif que l'on veut défendre. C'est un appel que nous faisons si une législation doit mettre en place cette obligation vaccinale.

Le point qui pour nous est également important est que mettre en place une obligation vaccinale est une mesure lourde de sens. C'est d'ailleurs pour cela, je pense, que vous procédez à des auditions. Si je veux traduire les questions de nécessité et de proportionnalité, pour nous, la vaccination obligatoire ne sera justifiée qu'à partir du moment où on a suffisamment de garanties que cette obligation vaccinale permettra à notre société de faire un saut qualitatif et éviter un recul en arrière. On est à la jonction des contraintes ou des balises juridiques, mais aussi de l'impact sociétal. Si, aujourd'hui, on doit adopter une obligation vaccinale et qu'on se rend compte qu'elle n'apporte pas l'effet attendu et qu'on doit se retrouver dans cinq ou six mois à devoir prendre des mesures restrictives comme on en a connu par le passé (*lockdowns*, fermetures de secteurs, fermetures d'écoles, etc.), cela risque d'avoir un impact sociétal extrêmement difficile et de continuer à créer de la tension dans la société.

Il faut que ce consensus scientifique soit suffisamment fort pour dire que cette obligation vaccinale nous permettra de faire ce saut qualitatif et de passer dans une nouvelle phase de notre organisation de la société. À défaut, cette obligation vaccinale risque d'être problématique à la fois sur le plan sociétal, mais aussi sur le plan juridique, et je renvoie à cet égard à l'avis que le Conseil d'État a rendu sur ce point précis.

Qu'en est-il de la vaccination des groupes à risque? Comme on l'a dit, les personnes vulnérables et les groupes à risque, c'est un concept valise – on ne sait pas qui est dedans et qui est en dehors, qui décide, etc. Il faut donc examiner et approfondir un peu cette question de vulnérabilité. Nous nous inspirons des travaux qui ont été faits par Isabelle Hachez et Louis Triaille notamment, qui ont publié des documents sur les questions de vulnérabilité.

Nous y voyons un élément qui permet d'affiner cette question de vulnérabilité. Ils font cette distinction entre trois types de vulnérabilité.

D'abord, les vulnérabilités catégorielles sont les grandes catégories de personnes ou de groupes de personnes couverts par les droits fondamentaux – la convention femmes concernant les vulnérabilités liées aux genres, les personnes en situation de handicap, les personnes âgées, etc. Il y a là une série de conventions qui prévoient une protection spécifique pour ces groupes de personnes.

Ensuite, les vulnérabilités intrinsèques sont directement liées à la situation individuelle de la personne. La question est de savoir si la personne présente des comorbidités liées à son état de santé, à son handicap, à des maladies génétiques et à des circonstances individuelles particulières. On parle là de vulnérabilités intrinsèques.

Enfin, il y a des vulnérabilités contextuelles. Ce sont des personnes qui se retrouvent dans des situations qu'elles n'ont pas nécessairement choisies ou qu'elles ont éventuellement choisies, qui ne sont ni liées à leur profil individuel, ni à leur groupe. Il s'agit de toutes les personnes qui se trouvent dans des institutions collectives. On pense aux personnes détenues, aux internés, aux personnes qui vivent dans des maisons de repos et de soins. C'est le contexte qui peut impliquer une vulnérabilité particulière.

À nos yeux, une obligation vaccinale catégorielle sur la base des vulnérabilités et des groupes à risque peut, le cas échéant, se justifier sur les vulnérabilités intrinsèques ou contextuelles – donc les personnes qui vivent dans les groupes collectifs ou des situations individuelles – mais pas catégorielles. En effet, toutes les personnes en situation de handicap par exemple ne sont pas nécessairement vulnérables à cause de leur handicap. Cela est une représentation stéréotypée. Toutes les personnes âgées ne sont pas nécessairement dans des situations de fragilité. On a vu combien, en 2020, lorsqu'on a utilisé le critère de l'âge pour rouvrir la société en faisant la distinction entre les plus et les moins de 65 ans, cela a jeté un trouble.

Cela a jeté un trouble car les personnes de plus de 65 ans se sont senties totalement infantilisées et déresponsabilisées, alors que certaines d'entre elles n'avaient pas nécessairement de comportement à risque et n'étaient pas en situation plus dangereuse par rapport au virus.

Concernant cette question de la vulnérabilité, l'autre question qui se pose est de savoir s'il n'y a pas un risque de tache d'huile, où on va commencer par un groupe donné, et puis ce seront les proches qui seront soumis à l'obligation vaccinale. On a vu cette espèce d'extension des mesures qui au départ sont limitées à des circonstances précises ou à des lieux donnés et qui se sont étendues. L'exemple le plus marquant pour nous est le pass sanitaire, qui d'abord était limité aux personnes qui voyageaient en Europe et puis est devenu obligatoire pour les grands événements collectifs comme le Grand Prix de Formule 1 ou les festivals. En septembre, on a parlé de l'utiliser à Bruxelles et dans la province de Liège et puis, cela s'est étendu dans l'espace et dans le temps. On a dit que c'était une mesure provisoire mais on voit qu'elle a été prolongée. On voit donc qu'il y a ce risque d'extension lorsqu'on prend une mesure. Si on veut parler d'une obligation vaccinale pour certains groupes, il faut veiller à ce qu'il y ait des garanties et qu'il n'y ait pas cette extension de ce point de vue-là.

Ensuite, si on parle d'une obligation vaccinale vis-à-vis des groupes vulnérables, il faut les associer à la réflexion, selon le principe "*nothing about us without us*". Il faut faire cela de manière inclusive. En ce sens, je renvoie au principe de politique de réduction des risques que le Comité de bioéthique vous a présenté tout à l'heure. La politique de réduction des risques avait été mise en place à l'époque pour lutter contre l'épidémie de sida, mais cela s'est fait avec les groupes concernés, les groupes cibles. C'est l'une des conditions de l'efficacité des mesures qui sont prises dans ce cadre-là.

Sur l'obligation au niveau professionnel, cela existe aujourd'hui. Il faut déterminer l'objectif. Ce qui est mis en place aujourd'hui, c'est l'objectif de garantir la continuité du service public. Si cette obligation professionnelle se met en place, nous appelons à ce qu'elle soit "normalisée" dans le cadre d'autres mesures d'obligations professionnelles existantes, avec un rôle important du médecin du travail, afin que des mesures alternatives qui sont prises pour des personnes qui ne peuvent pas être vaccinées pour des raisons de santé ou des raisons de handicap.

Là aussi, il faut rester attentif à l'effet tache d'huile. Si l'on parle d'un certain métier, va-t-on parler du secteur? Cela va s'étendre à toutes les personnes amenées à travailler autour de ce secteur. Ce risque-là nous semble aussi important. Cette obligation vaccinale professionnelle ne peut se faire que dans le cadre, à nos yeux, de la concertation sociale.

Sur l'obligation générale, (notre avis à Pedro Facon ne la touche pas) il y a une question et un point d'attention qui se posent - à voir ce qui se fait dans d'autres pays sur l'obligation vaccinale. On veut éviter qu'il y ait une sorte de luxe vaccinal: si des amendes sont mises en place pour le non-respect de l'obligation vaccinale et que certains se permettent de payer pour ne pas se faire vacciner, il peut y avoir une forme de distinction au niveau des statuts socio-économiques.

Cela étant, la question de l'obligation vaccinale suscite celle du contrôle. Comment est-il exercé? Si l'obligation vaccinale générale est mise en place, il nous semble que le contrôle doit revenir au niveau de la puissance publique. Nous voyons que le contrôle du CST qui est généralisé par toute une série de personnes pouvant télécharger le Covidscan donne un a priori de légitimité. Nous avons énormément de dossiers qui montrent des abus dans les contrôles faits. Il y a des personnes qui font des contrôles en dehors du cadre légal et réglementaire. On est saisi de ce type de dossiers. Ou alors il y a un risque discriminatoire lorsqu'on étend la possibilité de contrôle: le fait de contrôler plus tel type ou tel profil de personnes et pas d'autres constitue un risque discriminatoire.

Le contrôle de l'obligation vaccinale générale doit revenir à la puissance publique et ne doit pas être délégué aux cafetiers, restaurateurs, salles de spectacle. Ce peut être une opportunité de reprendre cette idée-là. Nous sommes sensibles à l'idée que l'obligation vaccinale pourrait permettre de dépasser la polarisation entre vaccinés et non-vaccinés. C'est quelque chose à laquelle l'on peut

être sensible. Se pose alors la question aussi de savoir, quand on parle de toute la population, si les mineurs y sont compris. D'où l'importance de se concerter avec le délégué général aux droits de l'enfant à ce sujet et le kinderrechtencommissaris.

J'en ai terminé et je donne la parole à Els Keytsman, ma collègue.

Els Keytsman: Mijnheer de voorzitter, samen met de heer Charlier vorm ik het directiecomité van Unia. Ik ben lid van de *European Commission on Racism and Intolerance* (ECRI), die afhangt van de Raad van Europa. Ik ben ook plaatsvervangend lid van de raad van bestuur van het Europees Bureau voor de Grondrechten. Het gaat dus om twee organen die zich op internationaal vlak over dezelfde thema's buigen als Unia.

Ik zal veeleer focussen op de vragen die rijzen bij een vaccinatiepas. De vaccinatiepas kan worden gezien als een instrument om een ander instrument te verkrijgen. Het is eigenlijk een verkapte vaccinatieverplichting of een 'slinkse' vaccinatieverplichting zoals de collega's van het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek het hebben omschreven. In de nota van de coronacommissaris ontwaar ik ook een koppeling tussen de vaccinatieplicht en de vaccinatiepas, waarbij de pas als een manier wordt gezien om de vaccinatieplicht niet te moeten invoeren.

Een vaccinatiepas roept veel vragen op. Een eerste vraag is, net zoals bij de vaccinatieplicht, de legitimiteit van de maatregel. De bestrijding van de verspreiding van het virus of de ondersteuning van het gezondheidssysteem zijn zeker legitieme doelstellingen. De vraag rijst echter of er niet minder ingrijpende maatregelen zijn om die doelen te bereiken. Het gaat om vragen zoals: is dit instrument proportioneel in het licht van de huidige situatie? De vaccinatiegraad ligt immers al heel hoog. Welk systeem zet men met een pas op poten om een kleine overblijvende niet-gevaccineerde groep op die manier alsnog te dwingen of te motiveren om zich wel te laten vaccineren? Met welke investeringen wil men welk extra resultaat bereiken?

Een tweede vraag die we ons zeker moeten stellen, gaat over het gebruik van de persoonsgegevens. Er worden nu eenmaal persoonsgegevens gecommuniceerd bij het gebruik van een communicatiepas. Dan stelt de vraag zich of we als burger op die manier niet al te gemakkelijk gewend geraken aan het delen van onze privégegevens. Geraken we niet al te gemakkelijk gewend aan het toezicht en de controle die op deze manier wordt georganiseerd? Het gaat hier immers om controle van persoonsgegevens die in handen zouden worden gelegd van niet-opgeleide particuliere personen, zoals we dat gezien hebben bij het CST.

Het systeem is opgezet als een systeem waarbij iedereen elkaar controleert en staat of valt dus ook met de bereidheid van de burgers om elkaar te controleren. Dan gaat het niet enkel om de communicatiepas, maar ook over het tonen van zijn identiteitskaart.

Dan rijst eveneens de vraag hoe men verhaal kan maken. Welke rechtsmiddelen heeft men tegen misbruik van de gegevens of illegaal gebruik van de persoonsgegevens? Welk verhaal kan men maken tegen het misbruik van de controle op de persoonsgegevens, enzovoort?

Een andere vraag die zich stelt, is welke de rol is van het Parlement en de parlementen? Bijvoorbeeld bij de invoering van het CST, was het goedkeuren door de parlementen van het CST-systeem eigenlijk zo goed als een formaliteit, na een interfederaal akkoord, dat op het niveau van de regeringen werd afgesproken. Dan stelt de vraag zich of de vaccinatiepas opnieuw een manier is om het debat niet in het Parlement te brengen, dan wel of dit het gevolg is van het nadenken over een dergelijk systeem.

De heer Charlier verwees er daarnet al naar, en het geldt ook hier. Wat met het risico van uitbreiding van de maatregel, het uitbreidings- of olievlekeffect? Dan moeten we bekijken over welk deel van de bevolking we spreken. Vanaf welke leeftijd wil men dit opleggen? Dan komt op een bepaald moment ook de vaccinatie van minderjarigen op de radar. Zullen zij dan ook een vaccinatiepas opgelegd krijgen in plaats van dat de vaccinatie wordt aangeboden? Het rimpeleffect, een indirect effect van uitbreiding hebben we in het verleden al gezien. Eerst kwam er op Europees niveau het Europese reispaspoort. Enkel wie gevaccineerd was, kon dan reizen. Daardoor werd internationaal reizen mogelijk gemaakt. In ons land werd dan het CST ingevoerd. Plots had men bijna overal een CST nodig om te kunnen deelnemen aan het maatschappelijke leven.

Ik wil ook verwijzen naar de kinderrechtencommissaris die zich ook vragen stelt bij het rimpeleffect of het olievlekeffect. Wat met het onderscheid dat vandaag al wordt gemaakt tussen gevaccineerde en niet-gevaccineerde jongeren? Wat met de toegang tot evenementen? Wat met de duur van de quarantaine op school, waarbij ook een verschil wordt gemaakt tussen gevaccineerde en niet-gevaccineerde jongeren? De kinderrechtencommissaris vreest bijvoorbeeld ook dat men een onderscheid zal beginnen maken voor kinderen tussen de 5 en de 12 jaar oud, wat voor

de kinderrechtencommissaris echt niet kan. We stellen vast dat heel veel personen in veel verschillende situaties plots op dezelfde manier worden behandeld, wat natuurlijk heel moeilijk ligt.

We moeten ons heel veel vragen stellen, onder meer hoe alles moet worden georganiseerd en wat de mogelijke effecten zullen zijn. Ook moeten we bij het stellen van die vragen inzoomen op de mogelijke maatschappelijke impact. We ontwaren daarbij weliswaar risico's of mogelijke discriminatoire profilering.

Eigenlijk zijn we onder de noemer van de veiligheid in een situatie terechtgekomen waarin iedereen wordt gecontroleerd door om het even wie en evolueren we eigenlijk van een leidend voorzorgsprincipe, dat in veel beleidsdomeinen, en vooral in de zorg, het best wordt gehanteerd, naar een principe van voorspelling. In Frankrijk werd door Défenseur des Droits al gewezen op het gevaar van voorspellend recht, en dat is wat we hier ook zien met de mogelijke invoering van een vaccinatiepas.

Als we de vaccinatiepas invoeren, blijft dan ook de mogelijkheid bestaan om het herstelcertificaat en een negatieve PCR-test als alternatieven te behouden? Het antwoord daarop is voor sommigen blijkbaar neen. Ik vind het wel belangrijk dat het antwoord daarop goed wordt gemotiveerd en dat aan de bevolking duidelijk wordt uitgelegd waarom een negatieve PCR-test of een herstelcertificaat niet langer volstaat om weer deel te nemen aan het maatschappelijke leven.

Bij het CST hebben we gezien dat net die alternatieven een heel belangrijke rol gespeeld hebben als maatschappelijke gelijkmaker op een bepaald moment voor mensen die zich niet wilden of konden laten vaccineren. Want het belangrijkste is wat we willen bereiken: de epidemie bestrijden en de toegankelijkheid van onze gezondheidszorg beschermen. Dat is ook de reden waarom we ervoor blijven pleiten om dit blijvend mogelijk te maken.

In verband met de uitleg die mijn collega Patrick Charlier heeft gegeven en mijn korte analyse over de vaccinatiepas, hebben we samen met Unia een toetsingskader ontwikkeld bij het stellen van onze vragen rond al deze belangrijke thema's. Die vragen gaan onder andere over de noodzaak van de maatregelen, de proportionaliteit, de mogelijke impact op stigmatisering, op polarisering. Zijn er alternatieven voor handen die minder ingrijpend zijn?

Dat toetsingskader laat ons toe om op een bepaald tijdstip een aantal maatregelen grondig te analyseren. Dat tijdstip is natuurlijk heel belangrijk. Dat hebben vorige sprekers ook gezegd. De evaluatie of de toetsing van een maatregel en de impact en de gevolgen daarvan zijn gebaseerd op de huidige stand van onze kennis over het virus en zijn varianten. Dan gaat het over de gevolgen daarvan voor de besmettelijkheid, over hoe ziek we ervan kunnen worden, over de werking van de vaccins, enzovoort.

Bij het analyseren van meldingen die we binnenkrijgen, of van overheidsmaatregelen die worden genomen of die men wil nemen, gebruiken we dit toetsingskader. U ziet op de slide alle vragen die we ons stellen. Wat is het doel van de maatregel? Is de maatregel noodzakelijk om het doel te bereiken? Zijn de voorgestelde instrumenten om het doel te bereiken proportioneel? Met andere woorden, zijn er geen andere instrumenten die minder inbreuk maken op onze grondrechten? Zijn er combinaties van middelen mogelijk die minder inbreuk maken? Hoe zit het met de legaliteit, de voorspelbaarheid en de leesbaarheid van de maatregel? Welke controle wordt er georganiseerd op de doeltreffendheid en wie moet die controle uitvoeren? Hoe zal de controle gebeuren? Welke sancties worden er voorzien en welke gevolgen hebben deze sancties voor de meest kwetsbaren in onze samenleving? Welke rechtsmiddelen zijn er beschikbaar tegen die sancties? Welk effect heeft de maatregel op het gebied van stigmatisering? Wat zijn de gevolgen voor polarisering in onze samenleving? Zijn er afwijkingen of uitzonderingen mogelijk op de maatregel of op de controle, of op andere aspecten?

Met dat toetsingskader en alle vragen die de heer Charlier en ikzelf ons hebben gesteld, kunnen we tot een raster, een canvas komen om al die maatregelen te toetsen. U ziet een heel korte samenvatting van zo'n raster. Het betreft een samenvatting van onze analyse van de reeds genomen maatregelen of de maatregelen die vandaag op tafel liggen. De invulling van dit raster is natuurlijk veel uitgebreider dan de visuele samenvatting die u hier ziet. Het is met andere woorden een kader voor besluitvorming, ook al is de inhoud van sommige velden in dit raster volledig afhankelijk van wat er juist beslist zal worden. Bijvoorbeeld: wordt een beslissing genomen via een wet of niet? Wat is de aard van de definitie van de groepen die als risicogroep of als kwetsbare groep worden omschreven?

Door al die vragen te stellen en ze te proberen beantwoorden, kan men tot de visuele voorstelling komen die u hier ziet. Met betrekking tot de vaccinatieplicht voor doelgroepen moet men zich bijvoorbeeld de vraag stellen hoe het zit met de

proportionaliteit als het vaccin voor een nieuwe variant niet werkt. Hoeveel dosissen zijn ervoor nodig? Idem voor de algemene vaccinatieplicht.

Bij de vaccinatiepas kan men de vergelijking maken met het CST, dat minder een inbreuk was op onze rechten en iets veiliger was. Men moet echter opnieuw naar de situatie van vandaag kijken met de omikronvariant. Komen we binnenkort in de endemische fase? Moet in een endemische fase een vaccinatiepas worden ingevoerd? Met andere woorden, waar is de logica van die maatregel op dat moment? Betekent dat in bepaalde situaties dat niet-gevaccineerden kwetsbare familieleden die in instellingen wonen, bijvoorbeeld een woon-zorgcentrum, niet meer mogen bezoeken? Wat betekent dat dan voor het recht op bezoek of het recht op gezinsleven? Zo hebben we alle maatregelen proberen te analyseren. We komen dan tot het besluit dat een verplichte vaccinatie een heel sterke en onomkeerbare maatregel is en dat de rechtvaardiging van een verplichting zeer goed omschreven moet worden. Met andere woorden, er moet een voldoende grote en een voldoende kwalitatieve sprong worden genomen om een plicht te rechtvaardigen.

Zo niet kan de evenredigheid en de noodzakelijkheid ervan niet langer worden aangetoond. Een algemene vaccinatieverplichting, of een vaccinatieverplichting voor bepaalde doelgroepen, of een vaccinatieverplichting op de werkvloer, gaat altijd gepaard met controles. Verplichtingen gaan nu eenmaal gepaard met controles. Men zou zich toch moeten beraden of men dat echt bij de burger wil blijven leggen. De controles zullen bovendien regelmatig moeten worden herhaald omdat de vaccins nu eenmaal niet voor eeuwig werkzaam zijn. Vaccins moeten regelmatig worden hernieuwd omdat de werking ervan afneemt of omdat er zich nieuwe varianten aandienen, zoals meerdere sprekers overigens ook al hebben aangegeven.

Zoals hier eveneens al is opgemerkt, is het belangrijk dat de maatregel wordt beperkt in de tijd. Het blijft aangewezen regelmatig te evalueren en te herevalueren of de maatregel wel noodzakelijk en proportioneel is. In het algemeen is het heel belangrijk om goed te communiceren. Ook over de gevolgen voor de meest kwetsbaren. Dat is belangrijk om de bestaande polarisering hierover in de maatschappij tegen te gaan, en om de stigmatisering van bepaalde groepen in de samenleving te vermijden en tegen te gaan.

We hebben vanuit Unia onze bijdrage willen leveren aan het zeer belangrijke maatschappelijke en parlementaire debat over de strijd tegen het virus en de maatregelen die daartegen worden genomen.

Vincent Yzerbyt: Monsieur le président, je suis professeur de psychologie sociale à l'Université catholique de Louvain (UCLouvain), où j'exerce depuis 1990. Je fais également partie du groupe Psycho et Corona, qui rassemble une vingtaine d'académiques, psychologues de toutes disciplines du pays, issus du côté néerlandophone et francophone. Un sous-groupe de cette entité participe au Baromètre de la motivation. Vous avez déjà eu un exposé plus tôt dans la semaine par Maarten Vansteenkinste, qui en fait partie également. Je participe aussi aux travaux du GEMS+ et à divers groupes de réflexion sur l'implémentation de différentes campagnes d'information pour la population à titre de conseil. Je n'ai pas à ma connaissance de conflit d'intérêts par rapport à cette question, je n'ai pas de liens, quels qu'ils soient, avec l'industrie pharmaceutique ou des éléments proches de cette industrie.

Je voudrais commnecer par vous parler de cette approche psychologique concernant l'obligation vaccinale, le pass vaccinal, le Covid Safe Ticket (CST) ou la levée du CST, en précisant que les questions d'importance qui nous préoccupent aujourd'hui ne peuvent se résoudre uniquement par une approche médicale épidémiologique. Nous ne sommes en rien spécialisés dans ces questions. Comme le disait Patrick Charlier précédemment, nous nous appuyons sur le consensus scientifique, mais il est clair que les défis sociétaux qui nous attendent, que ce soit sur cette pandémie ou par exemple sur le réchauffement climatique, ne peuvent s'envisager sans une prise en compte de la dimension sociale et humaine. Je crois que les sciences comportementales et psychologiques sont précieuses à cet égard.

Je voudrais examiner quatre questions aujourd'hui, en abordant d'abord la façon dont les citoyens et citoyennes se positionnent face à la vaccination. Je pense que c'est important d'avoir le pouls de la population à différents égards, sur la manière dont les choses se passent. Ensuite au niveau de l'hésitation vaccinale, nous avons des données extrêmement nombreuses dans le cadre de notre Baromètre de la motivation, mais également au-delà de ce baromètre. Cela vaut la peine de s'y attarder. Je vais aborder la question de la bataille de l'information. Ce qui est au cœur du propos ici, c'est de voir ce qu'il nous revient de faire concernant les personnes qui ne sont pas encore vaccinées, s'agissant du consensus à propos de l'efficacité du vaccin et de l'importance de cette vaccination.

Je terminerai par une série de réflexions sur la combinaison d'une approche qui soit à la fois

individualisée et un engagement collectif, à la lumière de certaines propositions qui ont déjà été faites ici.

Concernant la question de la position des personnes dans la population par rapport à la vaccination, en réalité, on peut aborder les choses comme suit. La vaccination ou l'intention de vaccination – et éventuellement le geste vaccinatoire au terme de ce processus – s'inscrit dans un processus psychologique qui est déterminé initialement par un ensemble d'éléments motivationnels, qu'il s'agisse de motivations volontaires et intrinsèques – un sentiment profond de la personne qu'il est important pour elle de se faire vacciner –, de motivations externes – qui peuvent être dues à des incitants comme des *vouchers* ou des sanctions, une méfiance par rapport à l'efficacité du vaccin qui joue un rôle important, ou des efforts demandés aux citoyens comme le fait de se rendre au centre de vaccination, de faire une série de démarches, de s'informer. Ces éléments proximaux sont importants, mais ils sont déterminés eux-mêmes par un ensemble d'éléments qui concernent la perception du risque au sens de l'examen de ce qui se passe dans la société en général en matière d'infection et de sévérité des conséquences liées au covid-19. Il y a aussi les pensées complotistes avec toute la problématique des informations et des *fake news* qui nous parviennent, la question centrale de la confiance tant à l'égard des autorités, des experts que du personnel des soins de santé, qui sont des acteurs essentiels dans l'environnement.

Par rapport à cette posture motivationnelle, nous avons observé des modifications très importantes au fil de ces deux années avec, en décembre 2020, une proportion importante de personnes motivées à se faire vacciner et avec des éléments de difficulté, des obstacles motivationnels relativement modérés. La population était, à ce moment-là, globalement favorable à la vaccination, mais cette posture s'est détériorée. Nous voyons sur le schéma les postures des personnes qui ne sont pas vaccinées, que ce soit en décembre 2020 ou en janvier 2022. Du côté des non-vaccinés en 2022, énormément d'éléments sont venus se mettre sur le chemin de la vaccination avec de la méfiance, de la défiance, un sentiment de regret. Je vais y revenir.

Très récemment, nous avons procédé à une collecte de données très importante dans le cadre de ce que l'on appelle une expérience par enquête. Nous avons proposé quatre scénarios auprès de 17 000 répondants. Nous avons mesuré toute une série de postures concernant l'acceptation de ces mesures.

Il y avait l'obligation vaccinale généralisée des adultes, l'introduction d'un pass vaccinal, la mesure 1G, le maintien du CST tel que pratiqué aujourd'hui ou la levée du CST tout simplement. Une série de mesures ont ensuite été prises sur les individus. On a remarqué que sur le plan du risque, trois groupes se distinguent selon que l'on regarde la perception du risque aujourd'hui en matière d'infection et de gravité des conséquences d'une affection, les trois groupes se distinguant sur un continuum de risque allant de faible à important.

Les personnes qui, à ce jour ont reçu trois doses, considèrent majoritairement que lele risque lié à l'infection par le covid est modéré voire important. En revanche, les personnes qui ne sont pas aujourd'hui persuadées qu'il y a un risque, se retrouvent plutôt du côté des personnes ayant reçu une dose ou pas de dose du tout, mais aussi – et c'est ce qui est le plus intéressant – du côté des personnes qui ont reçu deux doses, mais pas encore le booster.

À l'examen de ces éléments et de manière plus détaillée des réponses qui ont été recuellies, l'on constate que dans la quasi-totalité des thèmes que nous avons abordés durant l'enquête, il y a deux façons de répondre. On distingue vraiment les deux groupes selon que les gens ont reçu trois doses ou pas.

Je vous donne rapidement quelques exemples. Voici les réponses, toujours selon que l'on perçoive beaucoup ou peu de risque: les différents scénarios (obligation vaccinale, la politique 1G, le pass vaccinal, le CST ou l'abolition du CST) reçoivent des réponses très différentes à la question de savoir s'il s'agit là d'un moyen détourné d'amener les gens à se faire vacciner.

Les personnes qui ont une perception du risque plus importante sont moins convaincues qu'il s'agit d'une manière détournée. C'est particulièrement le cas du côté des personnes qui sont vaccinées avec trois doses aujourd'hui. Les autres personnes perçoivent beaucoup plus ces politiques comme des moyens détournés de se faire vacciner. Il faut noter aussi que l'obligation vaccinale reçoit un tout petit peu moins de réponses radicales de la part des répondants.

Une autre question intéressante concerne la façon dont les répondants perçoivent les différentes politiques comme étant susceptibles de créer un conflit entre les individus. De nouveau, les personnes qui perçoivent un risque modéré à important et qui ont reçu trois doses ne condamnent pas particulièrement plus une politique que l'autre. En revanche, toutes les autres

personnes ne voient pas véritablement ces politiques d'un bon œil, sauf bien entendu la levée du CST qui est considérée comme une manière idéale de ne pas susciter des tensions et des conflits entre personnes. Sur le plan de la polarisation entre les groupes au niveau de la société, les trois options sont moins soutenues, et très nettement.

Enfin, je voudrais évoquer le résultat qui concerne la préoccupation que les individus ont pour la santé, en particulier leur santé, selon qu'on adopte une politique ou l'autre. Les personnes qui ont reçu trois doses se démarquent, et ce particulièrement lorsqu'elles ont perçu un risque modéré à important, en disant que ce qui poserait problème en matière de santé, c'est évidemment la levée de toutes les mesures de type CST, pass vaccinal ou obligation vaccinale. En revanche, ces mêmes mesures contraignantes, en particulier l'obligation vaccinale, préoccupent très fortement les personnes qui ne sont pas encore vaccinées. On peut imaginer qu'il y a là des mécanismes intéressants en matière de craintes par rapport au vaccin. Les personnes qui ont reçu trois doses sont plus préoccupées par la santé, probablement à cause de l'infection par le covid-19, alors qu'à l'inverse c'est plutôt la santé telle qu'elle serait affectée par le vaccin qui préoccupe les personnes qui ne sont pas vaccinées.

Sans entrer dans les détails, je voudrais retenir quelques messages de cette prise d'informations. Les non-vaccinés voient très souvent les conséquences aujourd'hui d'une infection comme étant faibles à modérées. Même lorsqu'ils estiment que ces conséquences peuvent être graves, ils ne réagissent pas autrement par rapport aux différents scénarios qu'on leur a proposés. Les personnes vaccinées avec une dose ou deux sont, de façon un peu étonnante, très sensiblement similaires aux personnes qui n'ont reçu aucune dose à ce jour.

Quelque chose se passe en matière d'hésitation vaccinale, même lorsqu'on a reçu une ou deux doses. En revanche, les vaccinés de trois doses sont plus nombreux à percevoir des conséquences graves et se démarquent par leur appréciation de la situation.

De toutes les informations que nous avons pu recueillir dans le cadre des trois politiques que nous avons présentées, la mesure la moins appréciée globalement est le pass vaccinal. Elle ressort comme étant plus hypocrite, moins claire. Elle est vue comme étant une plus grande source de tensions et de conflits au sein de la société. En revanche, comme je le disais, l'obligation vaccinale préoccupe les non-vaccinés au sujet de leur santé.

Ce qui nous paraît assez clair dans ces données, c'est que le momentum de l'obligation vaccinale généralisée est passée sur le plan psychologique. Aujourd'hui, il serait difficile sur un plan psychologique de justifier cette obligation vaccinale. Je parle bien sur un plan strictement psychologique. Pour qu'une obligation généralisée soit perçue comme légitime, il faudrait ironiquement plus de sévérité dans les conséquences d'une infection. Heureusement, ce n'est plus le cas. Il faudrait aussi davantage d'efficacité et de pertinence des vaccins pour le variant concerné et il faudrait probablement davantage d'informations sur une série de retombées extra-covid – médicales et non médicales. Il ne s'agit pas simplement d'informations concernant la santé des individus, mais de l'ensemble des préoccupations qui ont déjà été soulevées par mes prédécesseurs aujourd'hui.

Pour que cette information concernant la sévérité, l'efficacité et les conséquences de la pandémie soit entendue par la population, il y aurait certainement un besoin de maximiser le sentiment de prise en compte chez nos citoyens et nos citoyennes de l'intérêt individuel et collectif conjointement.

Un des éléments cruciaux à cet égard est la confiance envers les autorités. Les experts et les professionnels des soins de santé s'en sortent relativement mieux. Le personnel politique - et j'ai peur de le dire - souffre d'un déficit de confiance au sein de la population à cet égard. On peut mettre en avant les mêmes ingrédients en matière de communication s'agissant du respect des gestes barrières.

J'en arrive à la question concernant les non-vaccinés, non-vaccinés que nous avons pu apprécier au sein de notre baromètre mais il vaut peut-être la peine d'aller voir à l'extérieur de notre baromètre. Il y a différents profils. On a coutume de parler des vaccinés et des non-vaccinés. Il est important d'insister sur le fait que du côté des non-vaccinés, il y a plusieurs profils. Ce ne sont pas des groupes homogènes. Il y a une diversité également du côté des vaccinés qui ne sont pas tous sur la même longueur d'onde. On l'a vu avec l'écart entre les personnes qui ont reçu deux doses et celles qui en ont reçu trois.

Pour être plus à l'écoute des personnes non vaccinées, on peut d'une certaine manière regarder comment se déploient les dynamiques psychologiques chez ces personnes et notamment au sein du baromètre en regardant comment les différentes préoccupations s'articulent les unes aux autres. C'est intéressant parce que les personnes non vaccinées, interrogées lors de notre dernier

baromètre, sont opposées pour l'essentiel au vaccin. Il n'empêche que l'on remarque que quand elles disent que le risque est important, elles sont davantage sur le point d'opter pour le vaccin et restent manifestement sensibles à l'augmentation du risque. Plus ces personnes non vaccinées sentent qu'un risque pourrait augmenter du fait de l'arrivée d'un nouveau variant, plus elles sont prêtes à considérer le vaccin comme une réponse possible. Les mécanismes qui président à la vaccination restent donc opérants même au sein d'une population qui aujourd'hui se montre réticente.

Et bien attendu on doit aussi être attentif à ce qui se passe en dehors de l'enquête.

Pour ce qui est de la dernière enquête, on a procédé à une caractérisation des différents profils de non-vaccinés que nous avions face à nous. Comme je le disais, le bloc est loin d'être homogène. Il y a tout d'abord des personnes qui manifestent une forte préoccupation que l'on qualifie, en termes psychologiques, de regrets anticipés. C'est la crainte de voir se produire des conséquences négatives par le fait même de se faire vacciner qui prend plus d'importance que les conséquences négatives de rester non-vacciné.

La dissonance cognitive est également présente. Il s'agit de personnes qui ont adopté une posture de non-vacciné depuis un certain temps et qui sont très difficilement capables d'en sortir, de quitter cette posture ou qui sont dans un environnement qui les pousse de manière générale à rester dans une optique de méfiance à l'égard du vaccin.

Il y a aussi des personnes plus sensibles aux circonstances actuelles qui entourent la pandémie. Ce sont des personnes qui, si les circonstances devaient changer - un nouveau variant plus dangereux ou un vaccin plus approprié, plus ciblé - pourraient passer la rampe et se tourner vers la vaccination.

Et puis, il y a des personnes qui éprouvent résolument de la méfiance à l'égard du vaccin, voire de la défiance à l'égard des autorités et de l'État de manière générale.

Cela vous montre qu'il y a une variété de typologies au sein de ce groupe de répondants qui n'ont toujours pas souhaité se faire vacciner. Mais il y a également des gens qui ne sont pas repris dans notre baromètre. Il faut en être conscient. Ce sont des gens qui sont hors radar quand on fait des enquêtes. Sur le plan de la compréhension des phénomènes, il est important d'en tenir compte.

Une étude de Renaud Maes nous paraît très intéressante, avec des méthodes qualitatives et des groupes précarisés et où l'on retrouve certains échos dans notre enquête. A côté de cela, l'on observe toute une série de personnes extrêmement désaffiliées, manifestant une forte méfiance à l'égard des soins de santé, qui s'en sentent rejetées, les trouvant trop cher, qui font depuis de longs mois, voire des années, usage de reports de soins, qui ont tout simplement décroché du système de soins de santé, notamment parce qu'elles ont d'autres urgences: il est plus important de travailler, de gagner de l'argent pour payer le loyer que de se préoccuper de sa santé.

Toutes ces personnes sont à prendre en compte. Et puis, il y a un lot d'individus qui ont une perte de confiance vis-à-vis des autorités de manière générale, sauf peut-être de quelques intervenants sociaux et quelques médecins qui sont à l'écoute.

On doit travailler sur cette question de confiance, d'affiliation à la société que nous formons dans le chef de toute une série de personnes. Je vous montre ici un schéma qui concerne une étude dans laquelle nous avons examiné de manière répétée la façon dont les motivations que je vous ai énoncées en début d'exposé étaient influencées par des pensées conspirationnistes, complotistes, d'une part, et par des éléments de confiance dans les autorités, singulièrement politiques ici. Nous avons pu mettre en évidence qu'à deux reprises, en février 2021 et en avril 2021, les éléments de confiance et de complotisme jouent en sens opposé pour que la motivation volontaire à se faire vacciner soit mise en branle. Il est donc crucial de pouvoir compter sur la confiance à l'égard du gouvernement de la part de la population, à l'égard des autorités qui gèrent de manière générale la pandémie.

Nous avons également pu remarquer qu'à plusieurs reprises, dans le baromètre, lorsqu'on demande, quelle est la compétence ressentie et la bienveillance perçue en ce qui concerne les différents acteurs de cette pandémie, on voit très nettement que les intervenants, le personnel de santé jouissent d'une confiance importante, ainsi que les experts. C'est un peu moins le cas malheureusement du côté des autorités. Il ne faut pas se mettre la tête dans le sable, il faut prendre la pleine mesure de ce résultat. C'est quelque chose qui joue un rôle très important dans la réception de la gestion de la pandémie.

La confiance est au cœur de l'information et une question qui nous a interpellés est la prolifération des *fake news* et des informations de type complotiste. Du point de vue psychologique, il convient de rappeler qu'il vaudrait beaucoup mieux s'en prendre aux producteurs qu'aux

consommateurs. On peut montrer que les individus consomment beaucoup moins de *fake news* que ce dont on a l'impression. Ce n'est pas aussi fréquent ou aussi généralisé que l'on imagine. Et surtout il vaut mieux produire des informations correctes que d'essayer de combattre des informations fausses. Et là, il y a également une marge de progression, nous semble-t-il, en matière d'informations qui soient accessibles, lisibles par la population.

Trop peu souvent, on a véritablement vu des efforts didactiques à cet égard de la part de tous les communicants vers la population. Cela implique qu'il faut mettre à disposition des informations accessibles en matière de sévérité des conséquences, d'efficacité des vaccins bien entendu mais aussi à propos de l'ensemble des implications sociétales de la pandémie telle que nous la vivons. Comme nous l'avons proposé dès le début de la pandémie - et cela a mis pas mal de temps avant d'être implémenté ou mis en pratique, il faut aussi rechercher une cohérence forte dans les mesures.

Aujourd'hui, un baromètre a été installé avec ses défauts et ses avantages, mais on parle déjà aujourd'hui d'alléger les choses et de changer la couleur du baromètre dans quelques semaines. Cette prévisibilité et cette lisibilité aident beaucoup la population sur le plan psychologique.

On a également entendu divers spécialistes parler des approches cohérentes en mettant en exergue des mesures plutôt contextuelles que sectorielles. Puis, on doit donner des outils aux canaux d'informations directs que sont les professionnels de soins de santé. Ils ont énormément été mis à contribution, mais peut-être qu'il y a là une attention particulière encore à accorder afin de leur donner l'espace pour faire ce travail.

J'en arrive à l'approche individualisée et l'engagement collectif. Au sein du groupe d'experts Psychologie et Corona et du baromètre de la motivation, l'obligation a été examinée attentivement sur le plan des aspects. Nous en débattons aujourd'hui. Ce n'est évidemment pas en soi la panacée. Je pense que tout le monde souhaiterait revenir à la vie d'avant. Mais il reste que l'obligation présente plusieurs avantages, notamment par rapport au pass vaccinal. En termes de message, cela indique de façon claire quelle est l'option par défaut qui est choisie au niveau sociétal. Cela montre la voie sur ce que la société en tant qu'entité considère comme étant l'option de prédilection. Cela a aussi l'avantage de conforter une grande majorité de la population qui s'est fait vacciner aujourd'hui. Une série de doutes est en train de s'installer sur la pertinence de ce geste posé. On le voit notamment dans cet écart entre les personnes qui sont actuellement vaccinées deux fois et manifestent malgré tout quelques réticences à l'égard de certains aspects. Il est clair que cette obligation vaccinale possède cette vertu de conforter la majorité.

Par ailleurs, l'obligation vaccinale s'avère nettement moins hypocrite, comme procédure ou décision, par rapport aux non-vaccinés. Ces derniers le savent et nous le disent. Cela alimente aussi relativement moins les conflits sociaux que si l'on maintient des mesures qui distinguent nettement les personnes en groupes de vaccinés et non vaccinés, comme le pass vaccinal.

À titre individuel, cela diminue le regret anticipé, c'est-à-dire que si vous avez des craintes par rapport à une prise de risque individuelle face à d'éventuels effets secondaires, la possibilité de s'en remettre à une décision obligatoire permet de lever cette culpabilité ressentie face à un geste potentiellement dangereux pour soi. Cela affranchit aussi toute une série de pressions sociales et minimise la dissonance. Si vous avez été préalablement enferré dans une position d'opposition au vaccin, vous pouvez prendre appui sur une obligation vaccinale pour changer d'optique.

Si nous croyons que le *momentum* de l'obligation est passé, nous sommes aussi convaincus que l'intérêt du débat actuel est d'anticiper (aspect qui a cruellement manqué dans la gestion de la pandémie) l'émergence d'un nouveau variant plus grave. Nous avons dès lors l'occasion pendant ce temps supplémentaire d'informer la population sur les vertus de la vaccination - j'en reviens à cette information accessible -, ce qui permet d'examiner toute une série d'aspects évoqués ce matin tels que des aspects légaux, juridiques, en matière de discrimination qui ont été amplement détaillés par mes prédécesseurs aujourd'hui.

Dans l'intervalle, comment atteindre les hésitants sans déclencher une bataille rangée contre les antivax? Une proposition a été faite par Marius Gilbert plus tôt dans la semaine: l'obligation du choix vaccinal, de se présenter pour une conversation individualisée. Le maître-mot de cette démarche est le respect de l'autonomie des personnes s'agissant non pas de séduire ou de convaincre les personnes, mais d'entendre les obstacles, les difficultés, d'être à l'écoute et de pouvoir expliquer, face aux interrogations, de manière telle que les personnes puissent prendre une décision informée de se faire vacciner ou non.

La proposition est importante et intéressante, notamment parce que les avantages

psychologiques mentionnés préalablement demeurent. Cela permet aussi d'avancer sur le plan de la compréhension par la population d'une autre obligation qui est celle destinée aux membres du personnel des soins de santé. Cette obligation de choix vaccinal pourrait s'inscrire dans une démarche plus globale également par rapport à ces professionnels de la santé.

En revanche, la proposition de choix vaccinal requiert malgré tout beaucoup de prudence. Je pense qu'il faudrait peut-être recueillir des données pour voir quelle est son acceptabilité et sa recevabilité auprès de la population. Mais il faudrait aussi impliquer de manière extraordinairement plus ciblée les médecins généralistes et les organisations de terrain qui manquent de moyens et qui sont aujourd'hui débordés par les tâches administratives et par toute une série de responsabilités, toutes importantes bien entendu, mais qui font qu'on devrait prendre conscience de l'importance d'accorder des moyens financiers et logistiques en suffisance. Ce serait nécessaire pour faire ce travail de prévention et d'information au sujet de la vaccination.

Je terminerai simplement en résumant. Les facteurs psychologiques qui sont à l'œuvre concernant la vaccination sont essentiellement liés à la perception du risque, notamment celui des conséquences d'une infection. Ces facteurs concernent aussi l''efficacité du vaccin et on doit dès lors mieux expliquer les avantages et les atouts du vaccin, et peut-être voir ce qu'il adviendra des vaccins de nouvelle génération avec des technologies qui permettront de soulever moins de résistance de la part de certaines personnes. Les personnes interrogées aujourd'hui se positionnent face à la vaccination et face à d'autres scénarios de manière telle que celle-ci nous fait dire que le *momentum* est probablement passé pour la vaccination obligatoire. Cependant, les autres options, le pass vaccinal et le CST, sont certainement encore plus dommageables pour la cohésion sociale.

L'hésitation vaccinale doit être prise en compte en tenant compte de la diversité des profils. Il y a plusieurs clés d'entrée pour atteindre les populations concernées. C'est sur la confiance qu'il faut travailler pour pouvoir emporter l'adhésion de la population et renouer avec une cohésion sociale, surtout, je pense, une confiance sur le plan politique. Cette approche individualisée qui a été proposée récemment et qui s'appuie sur l'obligation du choix vaccinal a le mérite, à tout le moins, d'être associée à l'envoi d'un message collectif. Je terminerai en vous remerciant pour votre attention et en remerciant tous les collègues qui ont travaillé à ce baromètre de la motivation et qui sont repris sur cette diapositive.

Le **président**: Merci à M. Yzerbyt et à tous les intervenants.

De verschillende fracties krijgen nu het woord, maar eerst heb ik nog twee mededelingen, De audit van de heer Facon zal op 16 februari in de namiddag plaatsvinden. De audit over hormoonverstoorders zal volgende woensdag in de voormiddag plaatshebben.

Gisteren is afgesproken dat de spreektijd vier minuten per aanwezig fractielid bedraagt. De heer De Roover krijgt als eerste het woord.

Peter De Roover (N-VA): Mijnheer de voorzitter, de reeks hoorzittingen is van hoogstaande kwaliteit. Ik zal op een drafje een aantal vragen stellen die voor iedereen bedoeld zijn. Ik wil niemand verbieden of verplichten om te antwoorden. Misschien zal één of andere vraag wel een oprisping bij u teweegbrengen.

Ik heb soms de indruk dat de opsplitsing van rechten in essentiële en niet-essentiële rechten vanuit een scherp nuttigheidsdenken gebeurt. Hoe niet-essentieel is sociaal leven bijvoorbeeld? Hoe niet-essentieel is deelname aan culturele activiteiten? Kan die opsplitsing zo gemakkelijk worden gemaakt als misschien spontaan wordt gedacht?

Indien we een verplichting zouden invoeren, moeten we dan vooraf afspreken hoeveel dosissen het betreft? Kan het Parlement een algemene regel invoeren, die dan bijvoorbeeld via koninklijke besluiten wordt gedetailleerd? Ik stel die vraag omdat er is gezegd dat er voortdurend evaluaties moeten plaatsvinden. Evaluaties vinden plaats op basis van feiten. Dat wordt natuurlijk heel moeilijk als men nu een soort blanco cheque zou geven voor een eventuele toekomstige nieuwe pandemie of variant.

Bij een vaccinatieverplichting moeten sancties worden ingevoerd. In welke mate is het ontzeggen van rechten een mogelijke sanctie?

Kan men overwegen om te zeggen dat men iemand zal sanctioneren door hem bepaalde rechten te ontzeggen? In het strafrecht gaat het normaal gesproken over boetes of gevangenis-straffen. Is het ontnemen van bepaalde rechten voor u echter een sanctie die te overwegen valt?

Een verplichting geeft altijd de indruk dat een overheid in de plaats van de burger gaat nadenken en beslissen. Zal dat het vertrouwen in het hele concept van vaccinatie, dat in ons land zeer hoog

is, niet aantasten, wanneer mensen de indruk krijgen dat ze hierover niet meer zelf beslissen, maar dat één en ander door een overheid wordt opgelegd?

Welke polarisatie zou dit teweeg brengen? Bij een eventuele verplichting zullen tienduizenden, misschien zelfs honderdduizenden mensen weigeren omdat ze zich aangetast voelen in een zeer intieme aangelegenheid. Welke reactie moeten we van die mensen verwachten? Zullen ze zich neerleggen bij de beslissing of zullen ze versterkt worden in hun afkeer van het hele idee?

In welke mate heeft de ethiek meegespeeld in de beslissingen die genomen zijn in de pandemie? Welke grens van de ethiek heeft men steeds in overweging genomen bij het nemen van beslissingen?

Wat is de definitie van een vaccin? Als men een vaccin wil gaan verplichten, moet men het begrip vaccin ook definiëren. Valt het vaccin waarover we nu beschikken onder een dergelijke definitie?

De laatste vraag is voor mij de belangrijkste. Er wordt hier heel vaak een onderscheid gemaakt tussen 1G en verplichting. Theoretisch is dat onderscheid er wel, maar zou 1G in de praktijk niet de techniek zijn om de verplichting daadwerkelijk te kunnen doorvoeren? In welke mate is dat onderscheid geen theoretisch onderscheid? Komt 1G niet neer op verplichting en komt een verplichting niet neer op het invoeren van een 1G-beleid?

De **voorzitter**: Wie neemt het woord voor Ecolo-Groen? Mevrouw Creemers, u heeft het woord.

Barbara Creemers (Ecolo-Groen): Ik wil alle sprekers bedanken voor de zeer boeiende uiteenzettingen. Ik heb nog een aantal vragen voor de vertegenwoordigers van het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek.

De eerste vraag gaat over de vaccinatiestrategie en de praktische uitvoerbaarheid ervan. Hebben jullie weet van landen die erin slagen om die strategie met de toekomstige stappen, en de preventief-curatieve praktische uitvoerbaarheid, goed uit te voeren en te integreren op lange termijn? Ik begrijp dat alles duidelijk moet zijn maar hoe gaan we dan om met alle bestaande onzekerheden? Hoe kunnen we die onzekerheden combineren met een vaccinatiestrategie?

Jullie zeggen dat verworven immuniteit mag worden beschouwd als een publiek goed omdat ze de bescherming van de kwetsbaren verzekert. Hoe moeten wij die verzekering interpreteren? Iemand wees er al op dat het erg schadelijk zou zijn als we de verplichting doorvoeren en uiteindelijk toch weer sectoren moeten sluiten. Kunnen we dan stellen dat bij een bepaalde vaccinatiegraad de bescherming van kwetsbare personen verzekerd is?

Hoe ver reikt de vermindering van de maatschappelijke ongelijkheid voor wie geen toegang heeft tot vaccins volgens jullie? Als wij zouden kiezen voor een jaarlijkse vaccinatie, dan dragen we er immers toe bij dat andere gebieden in de wereld minder kunnen vaccineren.

Wat gevolgen en sancties betreft, zien we in andere landen goede systemen. Zijn er sancties die aan jullie criteria voldoen? Ik hoorde immers alleen voorbeelden van wat jullie slechte sancties vonden.

Het CST zou van 3G, naar 2G en dan naar 1G gaan. Die overgang moet toch heel goed wetenschappelijk worden onderbouwd. In het uiteindelijke advies van het coronacommissariaat, worden er op een halve pagina al twee stappen terug gezet. Een test is volgens dat rapport slechts een momentopname. Ook stellen een aantal rapporten dat een recente besmetting toch niet zo'n goede bescherming biedt. Wat vinden jullie van de aanpak om het aantal G's zo snel te verminderen? Mevrouw Keytsman vond dat dit goed moet worden uitgelegd.

Zien jullie nu, met het advies van het coronacommissariaat, voldoende duidelijk uitleg en voldoende basis om de G's eraf te halen?

Dan heb ik een vraag voor de heer Goffin. Wat u zei, was heel interessant. Als het niet over een verplichting gaat, dan is het gemeenschapsmaterie. De piste die hier al een aantal keren overwogen is, is echter de motiverende en informerende aanpak. Dan bevinden we ons op het vlak van de preventie. Het RIZIV zou de huisartsen echter moeten vergoeden. Hoe ziet u dat? Wie moet de beslissing nemen als we naar dit soort van beleid zouden gaan? Hoe zit het dan met de bevoegdheidsverdeling op dat vlak?

Mijn laatste vraag is er één aan Unia. Ik vond het heel interessant dat Unia zegt dat men heel grondig moet overleggen als men naar vaccinatie van specifieke doelgroepen gaat. Stel dat men een medische doelgroep voor ogen heeft maar men nu nog niet weet welke medische doelgroep dat zal zijn, omdat we niet weten welke variant welke groep zal treffen, hoe kan men dan een snelle schakeling voorbereiden?

Als de doelgroep bestaat uit iedereen die nu nog niet gevaccineerd is, hoe gaat men dan in overleg met de groep die zich nu op meningen of alternatieve feiten baseert? Hoe pakt men dit dan aan? Dat waren mijn vragen.

Laurence Zanchetta (PS): Monsieur le président, je remercie les intervenants pour la qualité de leurs exposés.

Mes premières questions s'adressent aux intervenants du Comité de Bioéthique et d'Unia.

Malgré une série d'éléments qui resteront incertains, notamment sur l'arrivée possible de nouveaux variants, ne pouvons-nous pas, pour autant que nous y soyons favorables évidemment, poser les conditions, le cadre d'une éventuelle vaccination obligatoire pour l'avenir, avec, comme vous l'avez dit, madame Pirard, la solidarité comme valeur? Cette question doit-elle s'envisager différemment en fonction des vaccins disponibles et des vaccins attendus, en termes de protection et de transmission, par exemple?

Concernant la possibilité, comme l'a fait l'Italie, d'avoir une obligation vaccinale uniquement pour certains groupes à risque, nous avons pu lire dans l'avis d'Unia combien il était difficile de déterminer ces vulnérabilités. Le président de l'ABSyM a expliqué que quelqu'un qui est à risque aujourd'hui peut ne plus être à risque demain. Du côté du Comité de Bioéthique, on émet aussi des craintes par rapport à cela, avec également un risque d'extension, comme vous l'avez dit, monsieur Charlier. Est-ce donc pragmatique comme approche? Est-ce éthiquement acceptable?

J'ai deux questions spécifiques pour Mme Pirard. Vous parlez d'une pharmacovigilance importante en cas de vaccination obligatoire. Que voulez-vous dire par là, sachant ce qui est déjà mis en place aujourd'hui.

Vous dites par ailleurs que l'État doit prendre ses responsabilités en cas de vaccination obligatoire, avec un système d'indemnisation. Qu'en est-il aujourd'hui pour le citoyen qui se fait vacciner sur base volontaire?

Je m'adresse maintenant à M. Yzerbyt. La confiance, la cohérence des mesures reviennent beaucoup dans votre intervention. En passant par une vaccination obligatoire, fait-on changer la responsabilité de camp? Cela peut-il avoir un impact positif sur le citoyen?

M. Marius Gilbert plaidait lundi pour ce qu'il a nommé "le choix vaccinal obligatoire". Vous parlez de votre côté d'une conversation individualisée. Cela pourrait-il recréer du lien avec la première ligne de soins pour une série de personnes? Sait-on si les personnes non vaccinées sont généralement éloignées du monde médical? Vous avez parlé d'un manque de confiance, de manière générale, dans le système des soins de santé, pour toutes sortes de raisons. Qui pourrait, qui devrait, selon vous, mener ces entretiens et selon quelles modalités? Le citoyen devrait-il avoir le choix du prestataire? Pensez-vous que les personnes qui ont refusé la vaccination jusqu'ici pourraient rentrer dans ce processus? Si oui, quelles sont ces personnes?

Pour les autres, une sanction devrait-elle être envisagée?

Dans le cas où on ne se dirigerait pas vers une obligation vaccinale, la question est de savoir comment continuer à maximaliser la vaccination. Quelle stratégie pourrait-elle être mise en place pour que les personnes qui n'ont pas été convaincues de se faire vacciner changent d'avis? J'imagine qu'il faudra adapter cette stratégie en fonction des groupes. En effet, comme vous l'avez dit, il n'existe pas un seul groupe homogène de personnes qui refusent la vaccination. Comment fournir les informations à ceux qui en auraient encore besoin? Comment appréhender avec les autres les contre-vérités et *fake news*?

Monsieur Goffin, dans votre avis, vous estimez que l'obligation vaccinale ne peut se justifier que s'il fallait à nouveau éviter une implosion des soins de santé. C'est évidemment en ce sens que s'inscrit notre réflexion. Mais l'objectif de protection individuelle ne devrait-il pas aussi être mis en avant? Il s'agit, par ailleurs, selon vous d'une mesure temporaire qui ne peut être imposée que s'il a été scientifiquement démontré que la vaccination fonctionne efficacement. Estimez-vous, aujourd'hui, que cette condition est remplie?

Comme la Commission fédérale des droits humains, vous estimez que l'obligation vaccinale constituerait une ingérence plus forte dans le droit au respect de l'intégrité physique, mais que l'impact sur la jouissance des autres droits serait plus limité que la préservation à long terme du CST. Pourriez-vous détailler votre propos?

Le **président**: Chers collègues, la Conférence des présidents commençant à midi, Mme Fonck demande à pouvoir poser ses questions maintenant. Quelqu'un y voit-il une objection? *(Non)*

Je vous donne donc la parole, madame Fonck, en vous rappelant que vous disposez d'un temps de

parole de quatre minutes.

Catherine Fonck (cdH): Monsieur le président, chers collègues, je vous remercie de me permettre d'intervenir maintenant afin que je puisse participer à la Conférence des présidents. Par ailleurs, je remercie les différents intervenants pour leurs interventions très intéressantes.

Toute une série de sujets ont déjà été évoqués à l'occasion des auditions. Je vais donc cibler mes questions avec un souci de plus-value.

Force est de constater que le débat est complexe. Preuve en est qu'avec des situations épidémiologiques relativement similaires dans un certain nombre de pays européens qui utilisent le même vaccin, des décisions très différentes sont prises, sachant qu'à chaque fois, elles sont justifiées sur le plan éthique, de la proportionnalité, etc. On peut donc voir combien il est complexe de trouver un équilibre entre les différents enjeux.

À travers toute la littérature scientifique, pas la littérature spécifique covid que je suis mais la littérature dans le domaine éthique, y a-t-il des arbres décisionnels qui sont modélisés avec des critères objectifs? Je prends quelques exemples mais il y en a peut-être d'autres. Je veux parler de la balance à partir d'un tel niveau de risque personnel, de la gravité, des capacités vaccinales, de la protection individuelle et surtout de la transmission. Á cet égard, le fait que le vaccin diminue la transmission et le nombre de contaminations de x % est-il un élément en faveur de la vaccination obligatoire? Dispose-t-on de ce type d'approche pour essayer de modéliser de manière beaucoup plus précise, en objectivant clairement les choses, pour pouvoir évaluer en fonction de l'évolution et des vaccins mais également de l'épidémie? À ma connaissance, je ne crois pas que cela existe. Mais comme vous connaissez cela beaucoup mieux que nous, pourriez-vous nous le confirmer ou l'infirmer en nous donnant éventuellement des références?

Ma deuxième série de questions porte plus spécifiquement sur votre présentation, monsieur Yzerbyt, et au lien que vous avez fait avec la proposition de M. Marius Gilbert. Vous disiez qu'il fallait être prudent par rapport à cela et pouvoir examiner l'acceptabilité. Un projet-pilote a été réalisé à Gand. Il n'a bien évidemment pas concerné des dizaines de milliers de personnes. Cependant, il est très intéressant: des étudiants en médecine, formés pour la mission, ont contacté par téléphone des non-vaccinés, ce qui a permis de convaincre 49 % d'entre eux de se faire vacciner. On est donc vraiment dans une approche individuelle d'écoute et de prise en compte des difficultés, des interrogations, des peurs par rapport au vaccin ainsi que d'explication sur des éléments scientifiques. Pour y avoir passé un peu de temps moi-même, on voit combien, avec une approche individuelle qui prend entre vingt et trente minutes, on arrive à beaucoup mieux situer la vaccination par rapport à la réalité des personnes. Que pensez-vous de ce projet-pilote? N'est-ce pas un élément en faveur de ce modèle?

Dominiek Sneppe (VB): Ik wil de sprekers van vandaag alvast danken voor het zeer genuanceerde debat. Ik richt mijn vragen tot al wie zich geroepen voelt om erop te antwoorden.

Na inzage van de adviezen van het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek en van de Hoge Gezondheidsraad bleken die veeleer genuanceerd en niet volmondig pro vaccinatie te zijn. De politiek en de media bestempelden de adviezen niettemin als helemaal pro vaccinatie. Ik verwijs in dit kader naar de uitrol van de kindervaccinatie. In de adviezen werd duidelijk gesteld dat kindervaccins konden worden aangeboden, maar dat ze zeker niet konden worden verplicht en ook niet konden worden opgedrongen. In de campagne rond kindervaccinatie zagen we echter dat geld noch middelen werden gespaard en dat zelfs de sociale media, filmpjes en influencers in de strijd werden gegooid.

Is dat niet in strijd met het verbod op reclame voor geneesmiddelen voor kinderen, waarvan sprake in het KB van 7 april 1995 betreffende de voorlichting en reclame inzake geneesmiddelen voor menselijk gebruik?

De adviezen zijn reeds opgemaakt tijdens de deltagolf. Hoe dienen we ze dan nu te interpreteren nu de omikronvariant de meest voorkomende variant is? Hoe moeten we die adviezen interpreteren als er zich, hopelijk, in de toekomst slechts mildere varianten aandienen dan tijdens de deltagolf?

Als het komt tot een verplichting, gaat men dan het herhaaldelijk vaccineren verplichten? Hoe moeten we die verplichte vaccinatie zien? Geldt de verplichting voor een dubbele prik of ook voor de boosterprik? Zal de verplichting slechts betrekking hebben op de allerlaatste prik, komende herfst? Wordt het een jaarlijks terugkerende prik? Hoe moeten we dat allemaal interpreteren?

Is het proportioneel om een vaccinverplichting in te voeren terwijl de burger niet weet wie aansprakelijk te stellen voor eventueel blijvende negatieve bijwerkingen, zelfs tot een dodelijke afloop?

Er is hier al benadrukt dat er bij een verplichting

moet worden nagedacht over een vorm van schadevergoeding voor eventuele bijwerkingen. We weten dat nevenschade in België zeer beperkt wordt gemeld, ik meen dat het slechts over één procent gaat. We scoren daar nog slechter in dan Nederland. Hoe kan dat beter volgens u? Als het zou komen tot een verplichte vaccinatie, dan zou er op zijn minst een systeem moeten worden opgezet om dergelijke bijwerkingen te monitoren.

Tijdens de hoorzitting ontving ik een rapport van het *New England Journal of Medicine* waarin de nevenschade van moderne vaccins wordt aangevuld sinds de *emergency use authorization*. Daaruit bleek dat er heel wat nevenschade is, zeker in vergelijking met mensen die niet gevaccineerd zijn. Er zou bijvoorbeeld 2,66 maal meer gezichtsverlamming optreden bij gevaccineerden. Het aantal doden bij gevaccineerden en niet-gevaccineerden was gelijklopend. Erge bijwerkingen zijn driemaal zo hoog bij gevaccineerden. Ernstige bijwerkingen zijn 2,59 maal hoger bij gevaccineerden. Als het dus ooit tot een verplichting komt, wat ik niet hoop, dan moet daar rekening mee worden gehouden. Is de overheid dan ook niet verplicht om daar eerlijk en transparant over te communiceren?

In de motivatiebarometer zag ik dat de mensen die één of twee dosissen hadden gekregen werden samengeteld met de mensen die geen enkele dosis hadden gekregen. Waarom worden die groepen niet opgesplitst? Waarom wordt er niet onderzocht waarom mensen na één dosis ervoor kiezen om geen tweede dosis te nemen? Ook de boosterprik is geen succes.

Ik hoorde hier een paar keer zeggen dat het momentum om de verplichting in te voeren misschien voorbij is. Dat stemde me wel tevreden. Kunnen jullie daar jullie mening nog eens over verduidelijken? Gaat het alleen over de verplichte vaccinatie of ook over het CST? Moeten we alles afschaffen en de samenleving opnieuw openstellen? Daar had ik graag nog duidelijkheid over.

Daniel Bacquelaine (MR): Monsieur le président, je remercie les intervenants pour ces informations. Nous sentons quand même une tendance générale en ce qui concerne l'obligation vaccinale.

Monsieur Yzerbyt, s'agissant du baromètre de motivation, j'entends bien la catégorisation entre vaccination obligatoire, pass vaccinal et CST. En revanche, j'ai entendu peu de références au baromètre instauré par le Codeco. C'est normalement ce dernier instrument qui va décider de l'évolution du Covid Safe Ticket. Ainsi, quand on passe de la zone rouge à l'orange, il peut évoluer; quand on passe en zone jaune, il doit disparaître. Nous sommes tous d'accord pour considérer que le CST et tous ces outils sont transitoires, temporaires. Ce serait un comble d'instaurer des restrictions de liberté de manière permanente, en profitant d'une pandémie. Pour nous, il est clair qu'il est appelé à disparaître, mais il peut aussi évoluer.

Comment pensez-vous que serait reçue une évolution du CST qui inclurait - puisque c'est ce qu'il semble avoir été décidé - la troisième dose, le *booster*? Ce changement devrait intervenir théoriquement le 1er mars. J'aurais donc aimé savoir comment, selon vous, la population le ressentirait. De même, j'aurais souhaité connaître votre avis sur le baromètre en lui-même au regard de la motivation de la population et du besoin de justification des mesures prises, parce que nous en avons peu parlé jusqu'à présent. Globalement, nous avons souffert d'un manque d'objectivation, qui a sans doute concouru à un manque d'adhésion de la population à certains moments.

Nathalie Muylle (CD&V): Ik wil de sprekers graag bedanken. Gezien de korte tijd zal ik mij vooral concentreren op de informatieplicht, het verplicht consult. Dat werd door verschillende sprekers al aangehaald in de vorige zittingen.

Ik heb een vraag voor de mensen van het Comité, maar ook voor Unia. Vorige week werd er gezegd dat men een soort van gezondheidspas of gezondheidsopvolging zou koppelen aan het feit dat mensen zijn komen opdagen en ja of neen hebben geantwoord, als beloning. Kan men een dergelijk gesprek vanuit ethisch oogpunt eigenlijk koppelen aan een gezondheidspas? Kan men dit doen vanuit het gelijkheidsbeginsel? Het zou interessant zijn om hierop een zicht te krijgen.

Aan de heer Goffin wil ik vragen hoe een verplicht consult afgedwongen kan worden. De gezondheidspas is één zaak, maar wat doet men met de mensen die echt weigeren? Vanaf welke leeftijd doet men dit? Begint men op 12 of 18 jaar, wetende dat er in de leeftijdscategorie tussen 12 en 18 jaar heel wat circulatie is? In die groep zitten ook een groot aantal niet-gevaccineerden.
Hoe moet ik de gezondheidspas zien in het kader van het recht op gezondheid? Men gaat immers een aantal mensen uitsluiten van het recht op gezondheid. Er is ook immense druk op het systeem. Eén op vier personen heeft vandaag niet het volledige vaccinatieschema doorlopen. Als men deze groep moet informeren via huisartsen en zorgverstrekkers in de eerste lijn zorgt dit op korte termijn voor een immense druk. Hoe bekijkt men dat ten opzichte van het recht op gezondheid van de volledige groep? Volgens mij is het interessant

om dit te bekijken.
Mijnheer Yzerbyt, van uw collega Vansteenkiste hebben we vorige week ook over de motivatiebarometer gehoord. Ook hij zegt dat zelfs na de informatieplicht ongeveer de helft niet te motiveren zal zijn om zich te laten vaccineren. Wat doet men dan met deze groep?
In de motivatiebarometer mis ik trouwens nog iets. Bij een hoog risico komt de motivatie steeds vanuit de individuele situatie, nooit vanuit het collectief. Als beleidsmensen moeten we ook denken aan het collectief, aan de zorg, aan uitgestelde zorg en de gevolgen daarvan. Waar zit dus de collectieve motivatie in deze hele motivatiebarometer? Dat had ik graag nog even van u willen horen.

De **voorzitter**: In principe is Open Vld aan de beurt, maar de heer de Caluwé heeft aangegeven dat hij op een persconferentie is. Hij zou de vergadering wel volgen maar het woord niet nemen.

Karin Jiroflée (Vooruit): Mijnheer de voorzitter, professor Goffin, u gaf aan dat alle maatregelen inzake profylaxis exclusieve federale bevoegdheden zijn, terwijl voor de minderjarigen ook de Gemeenschappen bevoegdheden hebben. Kan de federale overheid dan zelf beslissen en een vaccinatieplicht invoeren voor meerderjarigen? Geldt dat dan ook voor de loutere creatie van een vaccinatiebewijs? Moet er voor minderjarigen dan wel een samenwerkingsakkoord worden opgesteld?

U en andere sprekers wijzen er terecht op dat maatregelen altijd proportioneel en doelmatig moeten zijn. De deelstaten hebben verschillende bevoegdheden, bijvoorbeeld inzake *testing* en *tracing*. Impliceert die proportionaliteit dan niet dat, als we vaccinatie willen verplichten en er de facto een samenwerkingsakkoord nodig is, dit in het bredere beleid moet worden ingebed? Ik veronderstel van wel.

Unia heeft zelf ook heel veel vragen gesteld en voor veel zaken het juiste perspectief gevraagd. We zitten hier echter om te horen welke antwoorden Unia op die vragen heeft. Ik dring er bij jullie en alle sprekers op aan om mee te delen op basis van welke criteria we volgens u de doelmatigheid van de verschillende maatregelen moeten bepalen. Wat is het meest invasief? Wat is het minst invasief? Waarom? Hoe verhoudt het individuele leed door dit virus zich tot de collectieve beschermingsmaatregelen? Enkele handvaten zouden zeker welkom zijn.

Professor Yzerbyt, u gaf een grafiek van risicoperceptie volgens vaccinatiestatus. Er was duidelijk een verband. Mag ik concluderen dat, aangezien de meeste mensen voor vaccinatie en de booster kiezen en zich dus goed bewust zijn van de risico's, er voor de meeste maatregelen nog een draagvlak zal bestaan als ze proportioneel zijn voor het risico?

Ik heb u daarnet al zien knikken toen mevrouw Zanchetta daarnaar vroeg. Ik denk dat dit ook een lichtpunt is.

Ik heb nog een praktische vraag, professor Yzerbyt. Is het mogelijk om het volledige onderzoek in te kijken? Dat zou immers interessant zijn.

Sophie Rohonyi (DéFI): Merci à chacun de vous pour vos exposés respectifs qui démontrent à quel point la question de la vaccination obligatoire recoupe toute une série de questions qui ne sont pas uniquement médicales – aussi juridiques, éthiques ou encore psychologiques.

Donc, j'en viens directement à mes questions. Premièrement, aux représentants du Comité consultatif de Bioéthique, vous énumérez toute une série de conditions pour permettre cette obligation vaccinale, et notamment le fait de lever les incertitudes quant à l'efficacité et la durée de protection des vaccins puisque les vaccins actuels, vous dites, ne permettent pas, en tout cas, ont des effets limités sur la transmission et aussi que cette protection est finalement temporaire. Donc, doit-on comprendre que la position du Comité pourrait évoluer selon le type de vaccin, et notamment avec l'arrivée de vaccins qui seraient adaptés à Omicron et qui auront donc beaucoup plus d'effet, on l'espère, sur les transmissions et donc sur la durée de la protection ainsi acquise?

Je voulais aussi vous entendre sur une idée qui est plaidée par certains experts, à savoir de cantonner l'obligation vaccinale aux publics les plus vulnérables, à savoir les personnes les plus âgées. À ce sujet, vous vous êtes montrés plutôt ouverts dans le sens où vous avez dit ne pas mettre en doute l'utilité scientifique de procéder de la sorte, alors que dans votre avis écrit, vous vous êtes montrés finalement beaucoup plus tranchés en disant que vous n'êtes pas favorables à une telle option pour des raisons notamment liées à la solidarité collective de sorte que le Comité, je cite, "recommande que cette vaccination reste volontaire comme elle l'est pour la grippe". Donc, j'aurais voulu peut-être que vous puissiez clarifier votre position.

Et puis, je me pose la question de savoir comment assurer une vaccination volontaire si les récalcitrants au vaccin le restent. M. Yzerbyt d'ailleurs l'avait dit dans une carte blanche, à savoir qu'il est très peu probable que les personnes qui

n'ont pas encore été convaincues de se faire vacciner, et bien changent volontairement d'avis.

Toujours pour le Comité consultatif, vous avez évoqué très justement la question de la responsabilité de l'État en évoquant l'importance de mettre en œuvre un système d'indemnisation de l'État en cas d'effets secondaires en particulier sur le long terme. Mais qu'en est-il aussi de la responsabilité de l'État s'il ne décide pas de la vaccination obligatoire? C'est notamment ce qui a été mis en exergue par la Mutualité chrétienne dans son avis écrit, à savoir qu'il découle de plusieurs articles de la convention européenne des droits de l'homme qu'il y a un droit subjectif qui est octroyé aux individus, et bien d'être protégés contre une contamination par une maladie contagieuse, et ce qui implique donc le devoir corollaire de l'État de pouvoir assurer ce droit.

La dernière question que je voulais vous adresser est la suivante.

Vous nous dites que la vaccination obligatoire est éthiquement acceptable pour autant qu'elle soit entourée de toute une série de conditions parmi lesquelles il y a la possibilité de tenir compte des contre-indications médicales. M. Goffin y a également fait référence. Considérez-vous qu'aujourd'hui, en Belgique, les citoyens sont suffisamment informés sur ces contre-indications? On voit qu'en France, les contre-indications prévues sont beaucoup plus nombreuses que dans notre pays. Doit-on se calquer sur ce qui est mis en place en France?

J'en viens à l'exposé de M. Goffin. Vous avez énuméré toute une série de conditions juridiques pour permettre cette obligation vaccinale, notamment une base légale et donc que toutes les modalités devraient être basées sur une loi et non pas sur un arrêté royal. Je comprends bien évidemment la logique de contrôle démocratique mais on voit que c'est principalement par voie d'arrêté royal que les modalités sont prévues, par exemple pour le vaccin contre la polio, l'hépatite B ou des vaccins limités à certains types de personnes comme le personnel soignant. Ne faudrait-il pas faire la même chose pour la covid? Êtes-vous opposé à ce procédé?

Le **président**: Madame Rohonyi, veuillez conclure s'il vous plaît.

Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le président, je termine.

Vous avez très justement expliqué que la vaccination obligatoire ne devait pas être vue comme un objectif en soi mais comme un moyen pour atteindre un objectif à définir. Vous avez énuméré toute une série d'objectifs mais ne peut-on pas considérer qu'il y a un ensemble d'objectifs à poursuivre plutôt qu'un seul?

Pour ce qui concerne le contrôle, vous dites que cela doit revenir à la puissance publique et non au secteur comme c'est le cas aujourd'hui pour le CST.

Le **président**: Madame Rohonyi, je dois être strict.

Sophie Rohonyi (DéFI): Aujourd'hui, pour la polio, ce sont les communes qui sont compétentes. Considérez-vous que les communes devront être compétentes pour assurer le contrôle?

Et dernière question que je voulais poser…

Le **président**: Madame Rohonyi, je vais vous interrompre. Je dois faire respecter les temps de parole par tout le monde!

Thierry Warmoes (PVDA-PTB): Mevrouw Pirard en mijnheer Debyser, het advies nr. 80 van het Comité voor Bio-ethiek werd gepubliceerd in december en sindsdien is de situatie snel veranderd, met de komst van de vijfde golf. U hebt daarop trouwens zelf gewezen in uw uiteenzetting en ook gezegd dat de omikrongolf verschilt van de deltagolf. In uw advies hebt u aangegeven dat men zich ervan moet verzekeren dat er zich geen nieuwe gebeurtenissen voordoen die de risico-batenverhouding veranderen. In welke mate moet u uw advies bijstellen? Moet het in dat licht worden heroverwogen of niet?

Mijnheer Goffin, dr. Verelst, die we hier maandag hebben gehoord, stelde dat de vergelijking met het poliovaccin niet opgaat, omdat dat vaccin enkel voor kinderen is en die zijn per definitie wilsonbekwaam, het vaccin heel effectief is en de intellectuele rechten van het poliovaccin publieke eigendom zijn. We lazen in *De Morgen* van 14 december 2021 dat een vergelijking met het verplichte poliovaccin volgens u onterecht is. Ik hoor daarover graag meer van u.

Mevrouw Keytsman en mijnheer Charlier van Unia, met een 1G-beleid zouden niet-gevaccineerden uitgesloten worden van het culturele leven. Het zijn echter vaker kwetsbare bevolkingsgroepen die minder goed zijn ingebed in ons gezondheidssysteem, die zich bijgevolg ook minder laten vaccineren. Zal een 1G-beleid op die manier de ongelijkheden in onze samenleving niet herbevestigen?

Mijnheer Yzerbyt, we merken dat er onder bepaalde delen van de bevolking veel wantrouwen

bestaat. Het lijkt ons dan ook de verantwoordelijkheid van de overheid om de bevolking gerust te stellen door tegemoet te komen aan hun vragen en om het vertrouwen in de wetenschap te herstellen. We denken namelijk dat een intrinsieke motivatie bij de bevolking om samen bij te dragen aan onze collectieve gezondheid, de manier is om uit de crisis te geraken veeleer dan repressie, die de bevolking enkel verdeelt.

Qu'y a-t-il, pour vous, de nécessaire pour motiver intrinsèquement la population de se faire vacciner? Comment peut-on reconstruire la confiance? Vous vous référez aussi au devoir d'information. Mais est-ce que le caractère obligatoire – j'en reviens à la proposition de M. Marius Gilbert – d'une discussion avec le médecin ne va-t-il pas empêcher que la confiance soit rétablie? Puisqu'il y a un caractère obligatoire à cela.

Vous vous référez aussi à de l'information accessible. Y a-t-il des conseils que vous pouvez donner à ce niveau-là? Pensez-vous qu'on peut encore convaincre un nombre important de personnes avec cela? Puisque vous avez, par rapport aux antivax, esquissé les différents groupes qui le composent, mais il n'y a pas de nombres par rapport à cela.

Je m'en tiens à cela. Je vois qu'il me restait 23 secondes.

Kathleen Depoorter (N-VA): Ik wil de sprekers eerst confronteren met uitspraken uit vorige hoorzittingen. Een vorige spreker zei dat het vaccin vandaag niet steriliserend is en dat we perorale en nasale vaccins kunnen verwachten in de toekomst, die dat wel zullen zijn. Hebt u daarmee in uw adviezen of bij de vorming van uw opinie over al dan niet vaccineren of een 1G-beleid rekening gehouden? In hoeverre zou u daarmee vandaag rekening houden? Betekent het dat we vandaag kunnen verplichten, omdat we die zaken toch wel weten?

De nasale of perorale vaccins zouden minder weerstand kunnen opwekken. Moeten we daarmee rekening houden? In hoeverre zou dat feit een psychologische impact kunnen hebben? Wat vindt u van de keuzemogelijkheid tussen verschillende vaccins?

Een vorige spreker heeft ook gezegd dat het vaccin nog wat experimenteel is. Dat is een groot woord. Er is een *conditionfal marketing authorisation*, dus een marktautorisatie onder bepaalde voorwaarden. Hebt u daarmee rekening gehouden? Vindt u dat de overheid daarmee rekening moet houden?

U had het ook over het wantrouwen in de overheid. Schat u in dat een verplichting van vaccinatie het wantrouwen in de overheid en ook in de gangbare vaccins zou kunnen verhogen?

De vertegenwoordiger van Unia had het erover dat door de vaccinatieplicht de polarisatie tussen gevaccinneerden en niet-gevaccineerden zou kunnen deinen. Daartegenover merkt u op dat boetes er wel voor zouden kunnen zorgen dat er in twee snelheden wordt gewerkt, omdat de ene de boete wel kan betalen en de andere niet. Is dat ook polariserend in de groep die zich niet wenst te vaccineren, maar het toch doet?

Een vorige spreker zei dat het misschien wel doenbaar was om een kader te creëren dat in werking zou treden wanneer de pandemische situatie verergert en er een gevaarlijkere variant komt. Professor Goffin zegt dat de meeste vaccins via KB zijn geregeld. Acht u dat vandaag een haalbare piste? Vindt u dat de parlementaire controle dan ook weer wordt ontzien? Dat zou betekenen dat we vandaag een kader creëren voor wanneer de noodzaak zich voordoet. Welke criteria zouden dan moeten worden gehanteerd om dat in werking te laten treden?

Professor Goffin, de medische contra-indicatie is vrij breed. Acht u het haalbaar om bij medische contra-indicaties keuzemogelijkheden naar andere types vaccins, bijvoorbeeld de eiwitvaccins, in te lassen in samenspraak met de arts of op aangeven van de patiënt?

Wij hadden het ook over de farmacovigilantie. Ook de vertegenwoordiger van het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek had het daarover. De contracten van de vaccins zijn allesbehalve transparant. Moeten die contracten, wanneer wij vaccinatie verplichten, ook transparanter worden medegedeeld met alle bijwerkingen en dies meer? Ik heb het vooral over de modaliteiten van de contracten en over wat de burger daarvan eigenlijk als informatie moet weten.

Kunnen wij kindervaccinatie aanbevelen of verplichten of via een omweg verplichten, wanneer de dosis of intervallen tussen de verschillende lidstaten nog verschillend zijn? Is het niet noodzakelijk dat daarover een wetenschappelijke consensus komt?

Hoe vindt u de communicatie over de kindervaccinatie? Is duidelijk weergegeven aan de burger hoe de situatie in andere landen is en welke wetenschappelijke consensus er is?

Moeten wij al dan niet op het advies van het EMA wachten, vooraleer daarover een idee wordt gevormd?

Ten slotte, professor Goffin, u had het over de tijdelijkheid van het CST. Wat zijn uw criteria om het af te schaffen?

Laurence Hennuy (Ecolo-Groen): Monsieur le président, je tiens également à remercier les intervenants pour le contenu très riche qu'ils nous ont apporté. Mes questions portaient principalement sur le rapport du Comité de Bioéthique mais il sera évidemment intéressant d'avoir l'avis de tous les intervenants.

Vous soulevez, dans votre rapport, deux bénéfices du vaccin qui permettent de préserver la capacité hospitalière et de soins. C'est, d'une part, la réduction des risques des formes graves de la covid et, d'autre part, la réduction de la circulation virale. En partant de ce constat, vous dites que les efforts des autorités pour constituer et protéger ce patrimoine commun doivent être encouragés. Ma question est peut-être un peu rhétorique mais, si nous n'observons plus qu'un des deux bénéfices de cette vaccination, le raisonnement tient-il toujours car on remarque une diminution notable de l'effet sur la transmission?

Toujours dans votre exposé et votre rapport, vous indiquez, à très juste titre, que le refus persistant de se faire vacciner ne peut avoir pour conséquence le refus de soins par le personnel soignant. Excluez-vous aussi, en termes de sanctions, le refus de prise en charge des soins, comme cela a été proposé par le président de l'ABSyM, non pas ici en commission mais dans la presse?

Enfin, concernant la vaccination des groupes à risques, vous indiquez qu'elle pose aussi des risques d'évolution du système de soins vers un modèle assurantiel. Pouvez-vous expliciter ces dérives potentielles? Pourraient-elles aussi arriver dans le cas d'une obligation vaccinale généralisée?

Patrick Prévot (PS): Monsieur le président, je ne ferai pas de redite de ce qui a été dit par mes collègues ni de l'intervention initiale de Mme Zanchetta.

Steven Creyelman (VB): Mijnheer de voorzitter, ik heb een aantal vragen voor iedereen.

Mevrouw Pirard en mijnheer Debyser van het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek, u hebt al een heleboel van mijn vragen beantwoord, maar ik heb er nog twee over. U zei in uw toelichting dat u een CST niet ziet zitten in een 1G-beleid, maar is dat ook zo wanneer het een onderdeel zou zijn van een 2G- of 3G-beleid?

Indien de verplichte vaccinatie er zou komen, welke handhavings- of promotiemaatregelen – het kan in de twee richtingen – zijn volgens u dan verantwoord? Ik denk aan boetes, gevangenisstraffen, verplichte infosessies, een gratis gezondheidscheck-up, wat tijdens de hoorzittingen al eens werd geopperd. Kortom, hoe ziet u dat?

Die vraag wil ik trouwens ook aan u stellen, professor Goffin. Ik heb voor u nog een aantal vragen, maar u hebt er ook al veel beantwoord. Een van de vragen die u zelf stelde – ik ken er echter graag uw antwoord op – is wat een verplichte vaccinatie precies inhoudt. Daarmee wil ik weten wat wij als vaccinatie zullen beschouwen. Als wij een verplichte vaccinatie overwegen, moeten wij natuurlijk eerst overwegen wat wij als volledig gevaccineerd zullen beschouwen. Gaat het dan om de basisvaccinatie of moeten wij hier ook de derde en eventuele volgende prikken nog bijrekenen? Hoe ziet u dat precies?

Welke rechtsgeldige argumenten kunnen mensen volgens uw expertise aanhalen om zich bij wijze van spreken te onttrekken aan een verplichte vaccinatie, als wij daartoe zouden beslissen? U haalde zelf al medische redenen aan – nogal wiedes, denk ik – maar zijn er ook andere, bijvoorbeeld geloofsovertuigingen of iets in die aard?

Hoe zit het met de aansprakelijkheid bij de verplichte vaccinatie? Daar wil ik ook graag wat toelichting bij.

Mevrouw Keytsman en mijnheer Charlier van Unia, in het deel dat ik heb gehoord, hebt u al zeker een van mijn vragen beantwoord, maar ik heb er nog twee over. Mijn excuses als u ze al hebt beantwoord tijdens mijn afwezigheid.

Houdt het CST volgens u een discriminatie in en welke is dat dan precies? Verschilt het antwoord op die vraag naargelang het CST deel uitmaakt van een 1G-, 2G- of 3G-beleid? Indien het CST volgens u inderdaad een discriminatie inhoudt, zijn er dan valabele alternatieven?

Professor Yzerbyt, ik heb vier vragen voor u. Ik excuseer mij, maar ik heb uw toelichting niet gehoord omdat ik in de commissie voor Landsverdediging aanwezig was. Mocht u mijn vragen al hebben beantwoord, dan mag u dat gewoon zeggen en hoeft u er uw tijd niet in te steken.

Welke zijn volgens u de voornaamste fouten die zijn gemaakt en die ertoe hebben geleid dat een groep van mensen in ons land kritisch blijft staan tegenover de vaccinatie?

Ik stel reeds een tijdje vast, en ik denk dat wij dat allemaal samen kunnen vaststellen, dat gevaccineerden en niet-gevaccineerden in hun eigen loopgraaf zitten. Hoe groot acht u in dat kader de kans dat wij die polarisatie nog kunnen doorbreken? De vraag van één miljoen is dan hoe wij dat dan moeten gaan doen.

Welke invloed heeft volgens u het CST gehad op de beleving, de perceptie van de bevolking met betrekking tot het virus en meer specifiek het gevoerde beleid? Was dat positief of negatief? Hoe ziet u dat?

Ik zie in mijn omgeving heel wat mensen die heel enthousiast hun eerste en tweede prik zijn gaan halen, maar die nu toch hun bedenkingen hebben bij de boosterprik en eventuele volgende prikken. Hoe moeten wij omgaan met die vaccinatiemoeheid in het licht van een eventuele vaccinatieverplichting?

Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de voorzitter, beste sprekers, mijn eerste vraag gaat over het vertrouwen in de vaccins. Er werd door verschillende sprekers aangehaald dat dit bijzonder belangrijk is in het vaccinatieverhaal. Ik heb in heel de campagne rond vaccinatie echter het contact of overleg met vertrouwenspersonen gemist, zoals de huisarts. Is dat iets waarmee wij volgens u in de toekomst rekening moeten houden, dat wij niet noodzakelijk alleen gebruik moeten maken van dergelijke grootschalige vaccinatie, maar dat het ook op maat moet kunnen? Dat is immers een kerntaak van de eerste lijn, terwijl zij zich in deze epidemie heel vaak met andere zaken hebben moeten bezighouden.

Dan heb ik een specifieke vraag voor het Raadgevend Comité Bio-ethiek. U haalde meermaals het belang van een maatschappelijk debat aan. Ziet u deze hoorzittingen als een maatschappelijk debat? Of ziet u dat nog anders? Met andere woorden, is dit volgens u representatief voor de samenleving, voor de verschillende groepen, de verschillende meningen, de verschillende sectoren? Of zijn er nog andere belanghebbenden die wij eventueel moeten uitnodigen? Zijn wij bepaalde groepen vergeten? Moet dit debat nog in andere gremia plaatsvinden?

Wat is de mening van het Comité voor Bio-ethiek over de informatieplicht of de geïnformeerde opt-out? Wat moet er gebeuren met mensen die niet gevaccineerd mogen worden om medische redenen? Kunnen wij hen beperkingen opleggen of niet?

We zijn ondertussen al wat geëvolueerd in de epidemie met deze omikronvariant. Wat verandert dat aan de overweging om naar een verplichting over te gaan? Ondertussen zijn er heel veel mensen in contact geweest met het virus of een vaccin. We hebben niet meer te maken met een naïeve populatie. Wat kan de toegevoegde waarde nog zijn van een vaccin, aangezien zo'n vaccin waarschijnlijk altijd een beetje achter de variant of de feiten zal aanhollen?

Virginie Pirard: Monsieur le président, je remercie tous les membres qui ont posé des questions, lesquelles étaient toutes très intéressantes. Je ne sais pas si nous pourrons y répondre en un quart d'heure, mais nous allons essayer et, par ailleurs, nous restons disponibles.

Quant à savoir s'il faut évaluer en continu une politique d'obligation et s'il ne faut pas signer de chèque en blanc pour la suite, c'est tout à fait vrai. En même temps, il faut absolument se mettre en condition de préparation vis-à-vis des autres pandémies qui surviendront sans doute. Celle-ci avait été annoncée par de nombreux scientifiques, sans qu'ils aient su quel en serait l'agent pathogène. On a longtemps pensé que ce serait l'influenza. Beaucoup de virologues connaissent très bien le risque de survenue des épidémies, en particulier en rapport avec les modifications du climat, la pression humaine sur les zones d'habitat animal, etc. Ces questions sont étudiées en profondeur. Il faut donc bien se rendre compte que nous vivons une sorte de répétition générale pour d'autres événements. Même si ce n'est pas très agréable à prendre en compte, il faut se préparer.

Doit-on maîtriser tous les paramètres d'une obligation vaccinale: le schéma, le nombre de doses, les groupes? Disons qu'il faut les rendre prévisibles pour les gens qui seront soumis à cette obligation. Bien sûr, nous sommes obligés d'accepter une petite dose d'incertitude qui est liée à la dynamique même d'une épidémie. On peut dire, par exemple, qu'une obligation vaccinale nécessite trois doses et peut-être même une quatrième ou une cinquième. Je vous donne un exemple pour vous montrer ce que l'on peut accepter comme degré d'incertitude et ce qu'on doit demander comme certitude.

Je veux dire qu'au-delà, l'évaluation même de l'obligation serait à nouveau relancée. Comme vous le voyez, il y a une marge. Il ne faut pas s'attendre à une prévisibilité absolue, ce ne serait pas réaliste. Il faut néanmoins pouvoir expliquer

aux gens ce qu'on va leur demander et dans quel scénario on s'engage. C'est très important pour la confiance. Les gens ont besoin de savoir ce qui est sûr et ce qui peut éventuellement être amené à bouger.

Dans quelle mesure l'éthique a-t-elle joué dans la pandémie? Le Comité de Bioéthique n'attend pas forcément qu'on lui pose des questions. Parfois, il définit lui-même les questions sur lesquelles il travaille et c'est bien ce qu'il a fait à plusieurs reprises dans la pandémie. Nous avons donc été à chaque fois associés aux réflexions, que ce soit avec le Conseil Supérieur de la Santé ou via les CIM santé, et nous avons pu faire valoir notre point de vue. Il n'en reste pas moins que nous sommes un organisme consultatif, donc le gouvernement reste libre de décider s'il tient ou non compte de nos points d'attention. Il en va ainsi de tous les comités de bioéthique nationaux de par le monde.

Est-ce que la 1G et l'obligation vaccinale sont la même chose?

Non, parce que le message qu'on envoie n'est pas le même. Lorsqu'on place, au niveau symbolique, l'idée qu'il faut que toute la collectivité se vaccine et que l'on définit ensuite un cadre adapté pour cela, c'est un message qui est différent que celui qui consiste à dire: "Nous vous laissons votre liberté, dans certaines conditions, de ne pas vous faire vacciner, mais vous n'aurez plus accès à toute une série de services, qu'il soient considérés comme essentiels ou non essentiels." C'est donc en quelque sorte une liberté qui reste maintenue sur le plan théorique, dans le modèle du CST, mais qui est effectivement dépossédée d'un certain nombre de ses composantes que l'on peut, selon sa sensibilité et ses intérêts, estimer essentielles ou non essentielles. Le message au niveau de la symbolique et de l'engagement de l'État est très différent, y compris pour les logiques d'indemnisation. Cela me permet de rebondir.

En effet, à l'heure actuelle, il y a peu de transparence à ce sujet. Le Comité a d'ailleurs demandé une note au Professeur Goffin pour avoir de plus amples informations sur la manière dont cela fonctionne à l'heure actuelle. Il semble que les agréments qui auraient eu lieu entre les compagnies pharmaceutiques et l'État belge soient que globalement l'État belge exerce déjà une indemnisation, mais nous n'avons pas eu, à ce nouveau-là, d'éléments complètement sûrs. Donc le Comité est en cours de collecte d'information et le moins que l'on puisse dire est que ce n'est pas très facile à trouver même quand on est au Comité consultatif de Bioéthique.

Concernant la question d'indemnisations rapides et efficientes dans le domaine de la santé, un élément auquel on s'attache est qu'elles soient sans faute. Le professeur Goffin pourra apporter ses lumières sur le plan de l'expertise légale et juridique propre à ce type d'indemnisation.

Mme Creemers mentionnait l'importance de l'accessibilité des vaccins dans le monde. C'est également un sujet de préoccupation pour le Comité. Dans nos travaux, nous avons réservé du temps à cette question, car nous estimons aussi qu'il s'agit d'un enjeu fondamental. Les États européens doivent protéger leur population, mais ils doivent aussi penser à l'équité vaccinale.

Madame Zanchetta, oui, nous pouvons définir un cadre de préparation à la pandémie qui soit relatif aux incertitudes.

Obliger à vacciner uniquement des groupes est-il acceptable? Selon nous, il convient d'évaluer au cas par cas, en fonction du type de groupe et d'effet. En éthique, on ne dissocie jamais l'intention de l'effet. En tout cas, c'est ainsi que travaille le Comité d'éthique, en tenant compte simultanément de la perspective kantienne, mais aussi des perspectives conséquentialistes – pour recourir à un langage un petit peu technique.

Des pays ont-ils mis en place la vaccination obligatoire? Je peux citer l'Autriche, mais je sais qu'il y a eu du retard dans son application. Je n'ai pas suivi les derniers détails politiques. Il y a l'Équateur, l'Indonésie, la Micronésie. S'agissant de la méthode de répartition par classe d'âge, vous avez la République tchèque, la Grèce et l'Italie. Cela dit, nous ne sommes pas des spécialistes du droit comparé. Par conséquent, je vous renvoie à des personnes mieux outillées que nous en ce domaine.

J'en viens à la question importante des modèles. Existe-t-il des algorithmes de décision en éthique? Il faut savoir que cette discipline a produit l' "Epidemics Ethics" ou l' "Outbreaks Ethics", un secteur tout à fait spécifique des réflexions en éthique, qui se consacre à la gestion des flambées de maladies infectieuses. C'est l'OMS qui est le principal producteur de *guidelines* en la matière. Il ne s'agit pas d'algorithmes au sens médical du terme, mais plutôt de mosaïques de principes grâce auxquelles on examine l'effet d'une décision au regard de la préservation de ces principes.

Bien sûr, la santé des personnes fait partie de ces principes. Le droit à être protégé contre une épidémie fait partie de ces principes, tout comme d'autres. Je pense ici à la transparence, à l'engagement des Communautés, à la sécurité, etc. Il y a donc matière à réflexion. Mais il ne doit

pas être question d'algorithmes au sens médical du terme.

Cela étant, vous êtes tout à fait en droit, en tant que parlementaires, de décider de vous appuyer sur certains seuils. Ainsi, par exemple, on ne devrait pas descendre en dessous du seuil d'efficacité des vaccins qui est reconnu comme étant l'indice permettant d'homologuer un vaccin. Pour ce qui concerne l'effet sur la transmission, il n'appartient pas non plus au Comité de fixer des seuils. Mais il est possible, par exemple, de définir que si on descend en dessous d'une efficacité et qu'on ne peut plus du tout gérer la transmission, le vaccin utilisé n'est sans doute pas indiqué pour justifier la mise en place d'une vaccination obligatoire.

De **voorzitter**: Mijnheer Debyser, ik wil u vragen het uiterst beknopt te houden, anders raken wij in moeilijkheden.

Zeger Debyser: Er waren wel heel veel vragen.

De **voorzitter**: Ik weet het, maar om 14 uur moeten wij…

Zeger Debyser: Ik wil ze schriftelijk beantwoorden. Ik zal de belangrijkste mondeling behandelen.

Het was een heel boeiend debat. Ik wil alle commissieleden danken voor dit debat. Ik meen dat het zeer waardevol is.

Misschien weet u het niet, maar de experts luisteren ook naar elkaar in deze hoorzittingen. Ik heb al heel veel geleerd door naar veel mensen te luisteren.

Ik zie dat de ideeën samen evolueren. Ik vind dit een hele goede oefening. Ik vind wel dat dit debat, en ook het debat over andere zaken van het covidbeleid wat vroeger had mogen komen. Mochten wij dit debat over het CST in september of oktober gevoerd kunnen hebben, zou de besluitvorming daarover misschien anders geweest zijn.

In antwoord op een vraag van de heer De Roover: toen het ging over wat essentieel was en wat niet essentieel was, ging het over de afbakening van wat wij vonden dat zeker niet gesloten mocht worden.

Hoeveel dosissen? Als wij komen tot een systeem waarin wij ieder jaar een herhalingsdosis moeten krijgen, zouden wij het sowieso niet verplichten. Dat staat in ons advies.

Sanctiemaatregelen? Het ontzeggen van dingen, sociale exclusie, vind ik een heel zware sanctiemaatregel. Dat wordt gekoppeld aan het 1G-beleid.

Verplichting kan een effect hebben op het vertrouwen. Vooral in Vlaanderen, waar een heel hoge vaccinatievertrouwen is, moeten wij daarmee oppassen. Ik denk dan vooral aan de kindervaccinatie. Daar zien wij al aarzelingen door de campagne die nu gevoerd wordt voor kindervaccins.

Heeft ethiek meegespeeld? Het Raadgevend Comité voor Bio-Ethiek heeft zijn best gedaan. U weet dat ik ook een ondertekenaar ben van het Wintermanifest. Ik meen dat een ethicus als permanent lid van de GEMS een aanwinst zou zijn. Maar ethiek heeft niet altijd meegespeeld. Ik denk dan vooral aan de kinderrechten en aan de belangen van de kinderen. Dat horen wij ook.

Wij hebben vier adviezen geschreven. Wat de prioriteit betreft, heeft men ons grotendeels gevolgd. Wat de coronapas betreft, heeft men ons advies duidelijk niet gevolgd. Nu, de politiek mag dat. Het advies is duidelijk niet gevolgd.

Wat de kinderen betreft, heeft men het advies wel gevolgd maar is de campagne, zeker in Vlaanderen, niet aangepast aan het advies.

En dan is er het 1G-beleid. Dat vind ik een laffe vaccinatieplicht.

Mevrouw Creemers stelde een heel goede vraag. Iets wat wij zeker moeten doen in de maanden die komen, is internationale vergelijkingen maken. Ik meen trouwens dat wij het academische debat, dat eigenlijk ook stilgelegd is, opnieuw moeten voeren. Wij moeten inderdaad eens experts uit verschillende landen bij elkaar laten komen om van gedachte te wisselen. Het gaat om een pandemie, dus in principe over hetzelfde virus, maar men ziet heel veel verschillend beleid, niet alleen inzake vaccinatie. Het hangt voor een deel af van de context, van de gezondheidssituatie. Amerika doet het bijvoorbeeld helemaal verschillend. Er wordt door onze experts dikwijls de vergelijking gemaakt met wat Amerika doet. Ik zou dat eigenlijk niet doen. Daar is een heel andere gezondheidssituatie, een heel ander *social security system* ook.

Ik kijk met enige na-ijver naar de aanpak van de Scandinavische landen. Die oefening moet hier zeker ook gebeuren in de komende maanden.

Inzake de vaccinatiegraad vind ik het een zeker manco, ook door de documenten die ons zijn aangeleverd door het Coronacommissariaat, dat er geen oefening is gemaakt over de vraag hoeveel

de vaccinatiegraad moet stijgen om de belasting op de zorg te voorkomen. De heer Tijl De Bie heeft die oefening in de hoorzitting maandag geprobeerd. Bijkomend gegeven is de vrij unieke situatie in België, aangezien we drie regio's met een verschillende vaccinatiegraad hebben. Het kan interessant zijn om eens te vergelijken wat in de vierde golf het effect was qua opnames van gevaccineerden en niet-gevaccineerden in de intensive care, hoe de vaccinatiegraad daarop invloed kan hebben. Die data zijn volgens mij voorhanden. Als ze geanalyseerd worden, dan kan daarvan een uniek punt gemaakt worden.

Voor sancties denk ik, zoals ik al zei, vooral aan boetes.

Inzake het document van de heer Facon, onder andere over het 3G- of 2G-beleid, heb ik wat problemen met de wetenschappelijke onderbouw. Er bestaat een Nederlandse studie die eigenlijk aantoont dat testen het beste is. In Nederland wordt dat het 1G-beleid genoemd, maar dat is niet hetzelfde als het 1G-beleid voorgesteld in het document van de heer Facon. Daarover zou er dus wel een debat mogen komen.

Ik ben er geen voorstander van dat er nu een kader wordt vastgelegd, aangezien er op dit moment te veel onzekerheden, te veel parameters zijn. Het hangt niet alleen af van het type vaccin, maar van nog veel andere zaken. Ik denk dat ons advies echter wel gebruikt kan worden, ook als advies voor de toekomst, want daartoe is het voldoende generisch. Zoals mijn collega al zei, misschien is de volgende pandemie een influenzapandemie.

Vaccinatiegraad en vertrouwen zijn belangrijk.

Er zijn ook vragen gesteld over mijn opinie over de coronabarometer. Ik vind het fout dat het CST aan de coronabarometer is gekoppeld. Dat gaat namelijk in tegen ons advies dat het CST tijdelijk moet zijn. Door het CST aan het systeem van de coronabarometer te verankeren, maakt men het eigenlijk permanent, weliswaar afhankelijk van de situatie, maar het risico zit erin dat het permanent wordt. Dat vind ik fout, want het CST is geen sanitair instrument meer; daarover bestaat ondertussen wetenschappelijke consensus. Van in het begin hebben wij daarover ook ethische vragen gesteld. In antwoord op mevrouw Sneppe, het is volgens mij nu inderdaad het momentum om het CST af te schaffen. Dat betekent nog niet dat alle maatregelen afgeschaft moeten worden. Het CST is niet sanitair, maar er kunnen mogelijk wel ook sanitaire maatregelen afgebouwd worden. Een studie van professor Yserbyt geeft aan dat er ook veel bange mensen of bang gemaakte mensen zijn, met wie ook rekening moet worden gehouden in de afbouw van maatregelen.

Mijnheer Bacquelaine, de koppeling van het CST aan de coronabarometer vind ik fout.

Mevrouw Muylle, informatieplicht is een interessant voorstel. Ik heb de verschillende presentaties gehoord en ik deel het standpunt van de heer Van Giel van Domus Medica.

Mevrouw Gijbels, de vertrouwensarts, dus de huisarts, zal een belangrijke rol spelen in het vervolg en zal zelf vaccineren, zeker bij boosters voor risicogroepen. De vertrouwensarts moet de risicogroepen afbakenen, en niet de wet. Daarom zijn we niet voor categorisering. De huisarts kan dat het beste doen. Hij is ook de beste plaats voor de informatie, de sensibilisatie en misschien voorzichtige overtuiging, zeker voor risicogroepen. Ik zie een contradictio in terminis tussen een vertrouwensarts en een informatieplicht, daar heb ik het wat moeilijk mee. Die plicht zou wel eens tot wantrouwen kunnen leiden. De arts kan wel op een positieve manier bijdragen aan het verhogen van de vaccinatiegraad. Misschien moet dit in sommige regio's beter worden uitgebouwd, zoals de heer Van Giel al zei.

Mevrouw Rohonyi, er zijn veel nieuwe vaccins. Die zullen helpen, maar het hangt natuurlijk telkens af van de stam. Er werd gevraagd of het momentum voor de plicht voorbij is in de huidige omikrongolf. Ja, het momentum is voorbij, aangezien die niet proportioneel is en niet meer drukt op de gezondheidszorg. Mijnheer Warmoes, in ons advies heb ik geantwoord dat het een delta-advies is, dus een advies dat kan worden gebruikt als er later nog een gevaarlijke variant komt. Als die variant geen of veel minder druk legt op de zorg, wat bijvoorbeeld berekend kan worden aan de hand van de IFR, stelt die discussie zich niet en stelt de discussie van een coronabarometer zich minder.

Mevrouw Depoorter, het is belangrijk dat er onderzoek wordt gedaan naar massale vaccins, maar het is nog onzeker of dat de oplossing zal zijn. Het is een van de vele voorwaarden die zijn gesteld. Een plicht kan, zeker in zones met een hoge vaccinatiegraad, een contraproductief effect hebben. Ik ben er evenzeer van overtuigd dat het CST in Vlaanderen een contraproductief effect heeft gehad. Dit moet proportioneel met de vaccinatiegraad worden bekeken.

Ik ben niet voor een kader. Het Parlement moet altijd een rol spelen in discussie. Deze hoorzittingen zijn daar duidelijk een teken van, hoewel ik niet weet of het altijd met zo'n uitgebreide hoorzitting moet worden gedaan. De adviezen

blijven en er zal wel een goed verslag komen van deze oefening. Het Parlement is dus toch belangrijk, zoals we in al onze adviezen hebben gevraagd.

Met kinderen moet zeer voorzichtig omgegaan worden.

Ons advies is gevolgd bij de besluitvorming van de IMC. Wij waren door ook aanwezig. De vaccinatie moet dus gewoon worden aanbevolen voor kindjes met onderliggend lijden. Voor de andere kinderen kan ze worden aangeraden, zonder te pushen. Het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek heeft gereageerd. Wij hebben ook samengezeten met het Agentschap Zorg en Gezondheid. Wij gaan niet akkoord met de campagne die door het Agentschap wordt gevoerd omdat ze niet helemaal conform is met de gemaakte besluiten en de adviezen.

Mevrouw Gijbels, de rol van de huisarts heb ik al aangegeven. Die rol is ook heel belangrijk voor de toekomst. Wanneer wij overgaan naar een systeem zoals bij influenza met regelmatige boosters, speelt de huisarts ook een belangrijke rol. Deels zal het om dezelfde risicogroepen gaan. Hij kan hen identificeren en misschien ook mensen met twijfels overtuigen. We hebben te weinig ingezet op de huisarts. Op dat vlak is dus zeker nog winst te boeken voor de vaccinatiegraad.

Het maatschappelijke debat is erg belangrijk. Het is een heel goede oefening. Ik ben niet van mening dat wij al meteen iedereen bereiken. Er zijn groepen die uitgesloten zijn en waarin de vaccinatiegraad laag is. Wij moeten nadenken over manieren waarop wij ze kunnen bereiken.

Als ondertekenaar van het Wintermanifest ben ik van oordeel dat ook het academische debat moet worden gevoerd. Dat hebben wij twee jaar lang niet gedaan. Daarover kunnen wij ons ook vragen stellen.

Over informatieplicht heb ik gesproken. Informatie is goed, maar ik zou ze in vertrouwen geven.

Met omikron zitten wij in een andere situatie. Er zijn nog wel wat deltagevallen op de Intensive Care, maar het momentum om te verplichten, is er nu niet. Dat hadden wij al in ons advies geschreven voor de post-deltaperiode. Een verplichting moet niet overhaast worden beslist. Uit de woorden van alle sprekers die ik heb beluisterd, komt naar voren dat het dossier zo complex is met zoveel punten en met zo een belangrijke impact op mens en maatschappij dat wij die verplichting met de grote voorzichtigheid moeten bekijken.

De **voorzitter**: Beste sprekers, u hebt steeds de mogelijkheid om nog schriftelijke aanvullingen te geven of antwoorden op vragen waarvoor er geen tijd was.

Tom Goffin: Mijnheer de voorzitter, mijnheer De Roover, u stelde een vraag over de opsplitsing in essentieel en niet-essentieel. Dat is een zeer terechte vraag en daarmee koppel ik ook meteen terug naar een van de mijns inziens verkeerde percepties rond het CST. Het CST wordt nu op één hoop gegooid, zonder dat men nadenkt over de zaken waarvoor het CST wordt gebruikt. Naargelang van de zaken waarvoor dat CST specifiek wordt gebruikt of waarvoor andere vaccinatiemaatregelen worden gebruikt, is er weer een andere proportionaliteitstoets. Afhankelijk van het antwoord de vraag waarvoor men dat CST concreet gaat gebruiken en of men dat ook systematisch kan afbouwen, is het verschil tussen essentieel en niet-essentieel op een andere manier te beantwoorden.

Dan waren er verschillende vragen over de wet versus koninklijk besluit en heel de constructie die daarrond kan worden opgebouwd. Meteen kan ik dan ook antwoorden op de vraag of het momentum gepasseerd is. Ik denk dat het momentum gepasseerd is om voor de actuele situatie een vaccinatieplicht in te voeren. Dat is duidelijk. Er is onvoldoende wetenschappelijke evidentie aanwezig om dat nu voor de actuele situatie te gaan opleggen.

Is daarmee ook meteen de situatie op lange termijn opgelost? Dat denk ik niet. Ik denk wel, en daarmee sluit ik aan bij hetgeen de heer Debyser daarnet stelde, dat wij nu stilaan moeten gaan naar een fase waarin wij het hele systeem, met wat er tot nu toe is gebeurd, eens gaan evalueren en gaan kijken hoe wij lessen kunnen trekken uit hetgeen er is gebeurd. Als daaruit volgt dat wij een soort van wettelijk kader kunnen creëren voor toekomstige pandemieën of andere urgente situaties in het kader van de volksgezondheid waarvoor het nodig zou zijn om maatregelen te gaan treffen, via uitvoeringsbesluiten, zoals dat destijds in 1945 met de gezondheidswet gebeurd is, heb ik daar persoonlijk weinig problemen mee.

Er is wel een belangrijk punt als men het systeem van wet of koninklijk besluit zou hanteren. Uit de adviezen van de Raad van State blijkt dat in die basiswet reeds voldoende aspecten moeten zitten met betrekking tot de vaccinatieplicht. Men mag dus geen kader creëren voor een situatie, zeer vaag, zonder dat men definieert wat men vervolgens als kader bedoelt. Een aantal basisvoorwaarden voor dat kader moet dus in de wet zijn ingeschreven. De concrete toepassing en

dergelijke meer kunnen wel verder bij uitvoeringsbesluit geregeld worden.

Ik verwijs daar echt specifiek naar het voorbeeld van polio. De gezondheidswet dateert uit 1945. De poliovaccinatie is er gekomen bij koninklijk besluit van 1966. Er is daar een zeer lange periode overgegaan om die afweging te maken, ook opdat de wetenschappelijke evidentie duidelijk was. Wij nemen nu best de tijd voor die evaluatie.

Daarmee sluit ik aan bij een aantal vragen. Er werd gevraagd of de adviezen die gegeven zijn vandaag nog actueel zijn. Ik heb in mijn presentatie verwezen naar een evaluatiesysteem in verband met de maatregelen en ik denk dat wij eveneens moeten voorzien in een evaluatiesysteem voor de gegeven adviezen, want heel vaak worden adviezen vandaag uit hun context gerukt en bijgevolg op een andere manier geïnterpreteerd dan de bedoeling was. Bij de organen die de adviezen hebben gegeven, rust ook een verantwoordelijkheid om de adviezen op geregelde tijdstippen bij te stellen. Ze moeten een samenvatting maken van de gegeven adviezen en aangeven welke elementen van wat er toen allemaal is gezegd in de volgende jaren nog kunnen worden gebruikt.

Er werd ook gevraagd naar de verplichting gekoppeld aan sancties versus de verplichting gekoppeld aan het ontzeggen van rechten. Dat is wat ik in mijn presentatie heb aangehaald, het verschil tussen gevolgen en sancties. Afhankelijk van het systeem zal men moeten kijken wat het meest proportioneel is. Ik kan niet zonder meer zeggen dat elke vaccinatievoorwaarde die niet wordt nageleefd, per definitie een geldboete moet opleveren. Dat zien wij ook in de praktijk zelf, in het wetsontwerp over de vaccinatie van het zorgpersoneel zitten geen concrete geldboetes voor wie niet gevaccineerd is, maar er zitten wel systemen in waardoor men zijn visum zou kunnen verliezen. Met andere woorden, het ene hoeft niet het andere te betekenen. Bijgevolg moet men wederom naargelang de situatie afwegen welke de meest geschikte gevolgen of sancties zijn. Een geldboete kan bij een vaccinatieplicht – wij hebben dat in het verleden gezien – zeker een oplossing zijn, maar het lijkt mij een brug te ver om de vaccinatieplicht expliciet te koppelen aan vaccinatievoorwaarden.

Wat is de definitie van een vaccin? Moeten wij dat niet definiëren? Wel, ik meen dat daar een belangrijke rol is weggelegd voor de Europese instellingen, vooral voor het CST, vooral voor het EU Digital Covid Certificate dat ontstaan is door de Europese verordening. Wij zijn sindsdien geëvolueerd naar een samenwerkingsakkoord over het CST en dergelijke meer. Wij zijn dus een aantal stappen verder gegaan, maar de basis ligt nog altijd in Europa.

Ik meen dat wij verder moeten investeren in de Europese tendensen met betrekking tot de manier waarop wij deze pandemie in de toekomst aanpakken. Er zijn al enorm veel denkpistes ontwikkeld op Europees niveau. Trouwens, ter informatie, op het niveau van het European Observatory on Health Systems and Policies zijn doorheen de hele coronacrisis op zeer geregelde basis debatten gevoerd, door academici, door experts van het terrein, uit heel Europa, om van elkaar *lessons learned* te leren en dergelijke meer. Er is dus al enorm veel expertise aan het werk. Ik meen dat wij die nog verder moeten exploreren, om dan met het oog op de beheersing van een toekomstige pandemie op Europees niveau veel meer stappen te kunnen ondernemen.

Wat het verschil tussen bevoegdheden betreft, geef ik een antwoord op de vraag van mevrouw Jiroflée. Wat ik met die slide wilde zeggen, was voor alle duidelijkheid dat op basis van de Bijzondere Wet tot Hervorming der Instellingen, de preventieve gezondheidszorg in principe een gemeenschapsbevoegdheid is geworden. Een uitzondering op die gemeenschapsbevoegdheid is gecreëerd voor de profylactische maatregelen. Daar is in de parlementaire voorbereiding dan de koppeling gemaakt met verplichte inentingen.

Met andere woorden, voor zover er van die uitzondering wordt gebruikgemaakt, is de federale overheid exclusief bevoegd. Dat betekent echter niet dat de federale overheid of de Gemeenschappen op basis van hun eigen bevoegdheden geen eigen vaccinatieverplichtingen of vaccinatievoorwaarden kunnen invoeren.

Wij zien dat dit ook nu al gebeurt, bijvoorbeeld wat de voorwaarden voor vaccinatie tegen hepatitis B voor het zorgpersoneel betreft. Die zijn op basis van de bevoegdheid voor welzijn op het werk een bevoegdheid van de federale overheid. Die zijn niet gekoppeld aan die profylactische maatregelen. De vaccinatievoorwaarden voor de kinderopvang aan Franstalige kant zijn gebaseerd op een decreet over kinderopvang, om kwaliteit en veiligheid te garanderen. Die zijn niet gekoppeld aan die profylactische maatregelen.

Met andere woorden, afhankelijk van wie waarvoor bevoegd is, zal men, mits de proportionaliteit en de noodzakelijkheid zijn nageleefd, binnen zijn bevoegdheid vaccinatievoorwaarden of -schema's of wat dan ook kunnen voorstellen.

Er is geen koppeling aan meerderjarigheid of minderjarigheid, het is echt puur gekoppeld aan wie waarvoor bevoegd is. Voor alle duidelijkheid, in verband met het wetsontwerp over verplichte vaccinatie voor het zorgpersoneel geeft de Raad van State in haar advies heel duidelijk aan hoe het onderscheid specifiek opgenomen is.

Er werd een vraag gesteld over een interview in *De Morgen*, waarin ik heb gezegd dat deze situatie niet vergeleken kan worden met het poliovaccin. Ik licht even toe wat ik daar specifiek mee bedoel. Om te beginnen zijn er verschillende jaren over gegaan vooraleer de besluitvorming van het koninklijk besluit van 1966 werd vastgelegd. In de huidige situatie hebben we de ruimte niet om op dit ogenblik al een vergelijkbare evolutie te hebben doorgemaakt. In die zin is de koppeling met het poliovaccin, en dus zonder meer het opleggen van het coronavaccin, onjuist.

Een ander element is de bedoeling van het poliovaccin, waarmee ik terugkom op mijn vraag naar de reden. Het was de bedoeling om polio uit de maatschappij te verdrijven. Voor zover ik mij kon laten informeren door experts ter zake, zal dat met het coronavirus niet mogelijk zijn. Het zal eerder een kwestie zijn van het coronavirus zo beheersbaar mogelijk maken in onze maatschappij, terwijl we een zo normaal mogelijk leven leiden. Bijgevolg zitten we ook op dat vlak met een andere vraag naar de reden. Dat leidt er automatisch toe dat de proportionaliteit op een andere manier moet worden ingevuld.

Wat doen we met de geneesmiddelen en aanverwante producten die nu op de markt komen, zijn dat gamechangers? Ook die maken deel uit van die proportionaliteit. Het zal ertoe leiden dat de noodzakelijkheidsinterpretatie op een andere manier ingevuld kan worden.

Van het idee van de informatieplicht ben ik zelf ook niet zo'n voorstander, net als de vorige sprekers. Ik ben eerder voorstander van het aspect van vertrouwen. Zoals ik in mijn presentatie al aangaf, ben ik zelf al meermaals getuige geweest van de creativiteit die tegenwoordig aan de dag wordt gelegd om mensen in onze maatschappij te bereiken. Die creativiteit is echt gebaseerd op het creëren van vertrouwen. Wie van een verplichting spreekt, zegt wederom sancties en gevolgen. Dat fnuikt het vertrouwen enorm. Daarom ben ik er absoluut geen voorstander van om vaccinaties op die manier te forceren.

Ik ben er wel een voorstander van om de eerste lijn extra te ondersteunen. Wat is voor mij één van de belangrijkste lessen die we leren uit deze pandemie? Dat is dat het aspect van de preventieve gezondheidszorg veel te weinig aandacht krijgt, dat we onze gezondheidszorg veel meer op preventie moeten richten. Die preventie situeert zich zowel op het niveau van grote campagnes als op het niveau van de individuele zorgverlener die gerichte informatie aan zijn patiënt verstrekt. Er moet heel hard op worden ingezet om die bevoegdheden ter zake uit te diepen.

De vraag is dan natuurlijk wie daarvoor bevoegd is. Op basis van de BWHI zijn de Gemeenschappen bevoegd voor preventieve gezondheidszorg en zal de bevoegdheid inzake preventie op federaal niveau veel beperkter zijn. Dat is ook een van de *lessons learned* van deze pandemie, we moeten het samen doen. De snelheid waarmee er in deze pandemie samenwerkingsakkoorden zijn gecreëerd tussen de federale overheid en de Gemeenschappen toont duidelijk aan dat we dat idee wel genegen zijn, dat we allemaal beseffen dat we er met alleen het niveau van de Gemeenschappen of met alleen het niveau van de federale overheid niet meer komen. We hebben elkaar nodig om de volksgezondheid op een globale manier terdege te ondersteunen.

In het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek ben ik als jurist ook met de aansprakelijkheid bezig. Ik kan alvast meegeven dat overheidsaansprakelijkheid en productaansprakelijkheid in dit debat enorm naar voren komen, maar ook dat is pure casuïstiek. Aansprakelijkheidsrecht is heel erg casuïstiek. Men moet bekijken hoe de situatie zich concreet heeft voorgedaan, om dan te gaan bekijken of iemand zich heeft misdragen. Die casuïstiek leidt er ook toe dat algemene theorieën daarover niet kunnen worden gevormd.

Dat blijkt ook uit de eerste onderzoeken die ik al heb gedaan, door bepaalde experts in het aansprakelijkheidsrecht in de gezondheidszorg te raadplegen. Ook die experts raken het onderling niet eens over wie nu waarvoor bevoegd is en wie waarvoor aansprakelijk kan worden gesteld. Het is een zeer complex vraagstuk dat uiteraard verder moet worden uitgeklaard.

De **voorzitter**: Dank u, mijnheer Goffin. Dan geef ik nu de vertegenwoordigers van Unia het woord. Mijnheer Charlier, u hebt het woord.

Patrick Charlier: Je vais aborder trois points en essayant d'être bref et donner la parole à ma collègue Els après.

Première chose, par rapport aux différents types de mesures qui sont possibles, on a parlé du pass sanitaire, il y a des questions là-dessus: 1G, 2G, 3G, CST, obligation vaccinale. De notre point de vue et par rapport à notre mandat, nous sommes

partisans d'avoir les mesures qui soient les plus inclusives possible, qui puissent concerner et impliquer le plus de monde possible. En ce sens, et pour caricaturer – et je caricature mais pour bien me faire comprendre –, à choisir, on préfèrerait avoir une obligation vaccinale généralisée qui implique toute la population que de mettre en œuvre un pass sanitaire qui va morceler la situation et faire des groupes différents.

Cela étant, l'obligation vaccinale, on entend aujourd'hui, et cela a été confirmé, que sur un plan médical comme sur un plan psychologique, le temps est passé, l'opportunité est passée d'intégrer aujourd'hui l'obligation vaccinale avec la situation d'omicron. Il peut être intéressant de réfléchir sur le moyen-long terme et, comme ça été dit, d'avoir un cadre général qui permettrait d'activer l'obligation le jour où ça se justifie parce qu'il y a un variant qui, un jour, nécessiterait une obligation plus importante et/ou il y aurait un vaccin qui montrerait une efficacité, dans le temps notamment, plus importante que celle qu'on a aujourd'hui puisqu'on sait aujourd'hui que la diminution de la protection arrive assez rapidement. On parle de quelques semaines, de quelques mois. Donc avoir aujourd'hui et réfléchir à un cadre est intéressant.

Sur l'obligation vaccinale sur certains groupes, Mme Rohonyi, vous avez parlé des personnes âgées. J'ai demandé à mon collègue Vincent Yzerbyt. Aujourd'hui, les personnes âgées sont vaccinées à 90, à 95 %. Est-ce qu'il est justifié d'introduire une obligation vaccinale pour ce groupe-là? Est-ce que le saut qualitatif va faire que, si on va passer de 95 à 96, 97 %, est-ce que le jeu en vaut la chandelle? En posant la question, j'émets un fort doute de ce point de vue-là.

Dernière chose. Mme Fonck a posé la question sur le plan international. Je veux, de ce côté-là, témoigner du fait que Unia fait partie d'un réseau européen d'organes de promotion de l'égalité qui s'appelle Equinet et qu'à cette occasion-là, nous avons eu plusieurs réunions de travail avec nos homologues dans tous les pays de l'Union européenne et les problématiques se posent de la même manière en termes de protection des droits fondamentaux, de risques de discrimination, des mesures et des restrictions qui sont abordées. Et donc, il n'y a pas de singularité de ce qui se passe en Belgique par rapport à ce qui se passe dans d'autres pays. Je pense que chacun est confronté, en termes à la fois de lutte contre la pandémie et de protection des droits et d'éviter d'éventuelles différences de traitements qui mènent à des discriminations, dans des termes qui sont relativement similaires.

Il y a quelques singularités nationales, mais du point de vue de ce que nous appliquons comme principes, comme législations et comme réglementations, nous sommes confrontés aux mêmes défis. C'est pour cela, d'ailleurs, je pense, que ma collègue a fait référence au Défenseur des droits, en France, qui est notre homologue.

Et avec cela, j'ai terminé.

Els Keytsman: Ik wil ter aanvulling even inpikken op de vraag van de heer De Roover over het al dan niet afsplitsen van essentiële en niet-essentiële rechten en op wat de heer Goffin heeft gezegd.

Wij bekijken kwesties, opdrachten, missies vanuit de Grondrechten en vertrekken niet vanuit nuttigheidsdenken, zoals u het noemde. Vanuit die grondrechtenbenadering zijn grondrechten een en ondeelbaar. Er is geen onderverdeling tussen burgerrechten, economische rechten, sociale rechten en culturele rechten, die die rechten heel scherp van elkaar scheidt. De verwezenlijking van het ene recht draagt bij aan de verwezenlijking van het andere recht en de inperking van het ene recht heeft gevolgen voor de inperking van het andere recht. We hebben dat heel duidelijk gezien doorheen de aanpak van de pandemie, met de lockdowns en andere maatregelen.

Als er een onderscheid wordt gemaakt, is dat onderscheid politiek. Maatregelen zoals de invoering van de vaccinatiepas zouden moeten worden voorafgegaan worden door een grondige maatschappelijke politieke discussie van wat de maatschappij en de politiek als essentieel beschouwen en wat niet, naast alle andere vragen en overwegingen die daarbij horen.

Ik heb in de inleidende uitleg het voorbeeld gegeven van maatregelen die op een bepaald moment worden genomen om een welbepaalde reden en die dan toch niet tijdelijk blijken te zijn of die uitdijen. Dat is het geval met de reispas, die eerst Europees was om internationale reizen mogelijk te maken. Men zou kunnen redeneren dat mensen die echt nood hebben aan vakantie - vakantie is immers een recht -, ook in eigen land op vakantie kunnen gaan.

Die pas is er gekomen en plots werd die uitgebreid naar een CST en vandaag zitten we in een situatie waarbij het CST voor van alles dient, van kunnen deelnemen aan het maatschappelijk leven tot zelfs de toegang tot de zorg. Wij krijgen daarvan meldingen binnen. Het CST wordt zelfs misbruikt in de zin dat men het ziet als een vaccinatiepas, waarbij zorgverstrekkers, zoals tandartsen, eisen dat men gevaccineerd is. Ook daarvan krijgen we meldingen binnen.

Sommige sectoren worden als essentieel beschouwd, als we redeneren vanuit de verplichting voor de overheid om onze veiligheid te waarborgen of het maatschappelijke leven te organiseren en onze maatschappij te doen draaien. Denk aan de brandweer, ambulancediensten en de zorgsector.

De vraag wat de ene sector essentieel maakt en de andere net niet, toont net het ongelooflijk cruciale belang aan van het feit dat de parlementen zich kunnen buigen over alle kwesties ter zake, zoals het evenwicht tussen individuele veiligheid en het collectieve belang, de vrijheid van ondernemen, enerzijds, en de volksgezondheid, anderzijds, de vrijheid van verkeer en het recht op gezondheid.

Ik ben het ook honderd procent eens met de heer Debyser dat een hoorzitting als vandaag ontzettend belangrijk is, om input vanuit verschillende invalshoeken te kunnen krijgen. Dat is onze bijdrage aan uw aller denkwerk om alle afwegingen ter zake op een goede manier te kunnen maken.

Ik kom zo bij de vraag van de fractie van Vooruit welk antwoord wij dan wel bieden gezien de vele vragen die wij stellen. Welnu, wij hebben eigenlijk een manier van afwegen aangeboden. Wij hebben die helemaal op het einde visueel weergegeven in dat raster met die kleurtjes. De kleurtjes zijn natuurlijk het resultaat van alle antwoorden die wij hebben geprobeerd te formuleren. Soms is de vraag stellen ook het antwoord geven.

De heer Charlier heeft hier duidelijk aangegeven dat wij om die reden de vaccinatiepas een veel minder goede maatregel en een veel invasievere maatregel vinden dan de andere maatregelen die op een gegeven moment werden overwogen.

Een dergelijke denkwijze bieden wij aan als input. De collega's die vandaag aan het woord zijn geweest, hebben op een andere manier vanuit andere invalshoeken ook die manier meegegeven van nadenken en redeneren om daarna tot een bepaalde beslissing te komen. Maak daar dus gebruik van.

Om helemaal af te ronden, zou ik als *lesson learned* het volgende willen meegeven. Ik heb het ook heel visueel gezien in de nota van de coronacommissaris. Er is het beslissingsraster, het analyseraster en andere aspecten, zoals de vraag of de maatregel noodzakelijk is, het doel legitiem is en de maatregel proportioneel is. Een andere belangrijke vraag is of er geen andere minder ingrijpende maatregelen zijn om op een andere manier hetzelfde doel te bereiken. Worden met de wettigheid de doelgroepen voldoende betrokken bij het overleg en de dialoog? Welke controle-maatregelen worden uitgewerkt? Zijn er voldoende uitzonderingen op een aantal punten, zoals op het vlak van sancties of verhaal tegen de sancties?

Zeker als de minst ingrijpende, de minst invasieve maatregelen worden overwogen, komen we uit op het fameuze Zwitserse kaasmodel. *There is no silver bullet*. In het Zwitserse kaasmodel worden alle plakken kaas met gaten achter elkaar gezet. We moeten vooral daarnaar kijken. Het zal steeds een mix van maatregelen zijn, die ervoor zorgt dat we de strijd tegen een pandemie kunnen aangaan, maar allemaal samen.

Kortom, als we doorheen de hele pandemie de grote impact van de pandemie op de meest kwetsbare groepen in de samenleving hebben gezien en hebben moeten concluderen dat we helemaal niet in een inclusieve maatschappij leven en dat de ongelijkheden, die er bestonden, door de pandemie en door de aanpak ervan nog werden versterkt, dan moeten wij misschien inderdaad het Zwitsersekaasmodel bij de hand nemen en aan de hand van beslissingsrasters en analyses komen tot de best mogelijke maatregelen die we allemaal samen zullen moeten uitvoeren en kunnen volgen.

Rest mij nog u te bedanken voor uw luister-bereidheid, de vele vragen en de kans die wij kregen om hier een en ander toe te lichten.

Vincent Yzerbyt: Monsieur le président, je vais essayer d'être bref pour tenter de respecter l'horaire. Je commence en remerciant les membres de la commission ainsi que mes collègues experts d'avoir pu prendre part à ce débat, qui était extrêmement intéressant et utile.

Je vais essayer, évidemment, de parcourir brièvement les différents points qui ont été abordés, peut-être en ne prenant pas nécessairement la peine de pointer tel ou telle qui a posé la question, mais en abordant plutôt les thématiques.

Je voudrais commencer en disant qu'à bien des égards, un sentiment qui se dégage, en tout cas pour ma part, c'est que ce débat est très important. Il doit être tenu. Il doit être tenu en matière d'anticipation. C'est à dire que c'est vraiment l'idée de pouvoir préparer les choses au mieux, parce que trop souvent, effectivement, on est un petit peu tentés de rattraper le train dans cette pandémie ou dans cette gestion de pandémie.

C'est effectivement un peu le cas pour le baromètre, par exemple, qui a des vertus certainement, mais que nous avons appelé de nos

vœux depuis de longs mois, en essayant de faire en sorte que la population puisse un tant soit peu se focaliser sur des perspectives qui soient lisibles, compréhensibles et qui constitue aussi, peut-être, une approche qui puisse mûrir au fur et à mesure du temps. Parce que ce baromètre n'est pas nécessairement parfait du premier coup. Qui pourrait le faire? Mais il y a au moins - il y avait au moins - la possibilité d'avancer sur ce flanc. Je crois qu'un baromètre pourra faire œuvre utile.

Il y a des difficultés, comme par exemple, effectivement, l'association avec le CST, à ce stade-ci. Il voudrait mieux expliquer les retombées en matière d'hospitalisations et de soins intensifs. C'est là un des gros enjeux, justement, sur la prise de conscience par la population des retombées du covid, en soi.

Pour la plupart des personnes, lorsqu'elles se tournent vers les médias, vers différentes sources d'informations, on leur parle du risque qui les concerne, mais on étend très peu à une lecture qui soit plus sociétale, qui soit plus sociale, au sens des retombées économiques, mais surtout des retombées, par exemple, pour notre système de soins de santé.

Le système de soins de santé fait qu'aujourd'hui, quand il est débordé pour la covid, bien entendu, vous le savez, il empêche d'autres opérations d'avoir lieu. Il empêche d'autres soins d'être donnés. Les retombées sont très importantes. On a entendu divers spécialistes en matière, par exemple, de cancers, se plaindre des délais qui sont imposés aujourd'hui dans les examens de différents patients.

Effectivement, le baromètre est important. Le CST ne doit pas nécessairement y être associé. Le CST a un certain nombre de défauts et je vais y revenir. On peut les pointer également via ce qui a été évoqué au niveau du pass vaccinal.

Je vais recommencer par dire ce que nous entendons, nous, comme étant les déterminants essentiels du soutien et de la motivation au sein de la population. Mme Muylle parlait du *draagvlak*, du soutien de la population à l'égard de toute une série de mesures. Je crois que l'essentiel est de pouvoir tabler sur une bonne perception du risque. Quand on parle de risque, de nouveau, ce n'est pas nécessairement le risque individuel. Ce n'est pas le risque personnel d'être infecté. C'est le risque de voir son entourage infecté, de voir la société mise en difficulté dans son ensemble. Ce risque-là, nous avons pu montrer dans de nombreuses récoltes de données qu'il influence directement sur la manière dont les personnes prennent elles-mêmes des mesures de précaution. Quand vous avez des taux d'hospitalisation très importants qui sont annoncés dans la presse, vous avez une recrudescence des gestes de protection. Il y a un lien en fait psychologiquement avéré, entre ce que le gens observent autour d'eux dans la société et les mesures de précaution qu'ils sont désireux de prendre. Ce point est très important. Ce risque est mesurable et on peut d'une certaine manière le mettre en exergue dans la communication en insistant sur sa dimension concrète. Il faut le publiciser d'une façon telle que la population réagisse adéquatement.

Ensuite, il y a la confiance dans les autorités de manière générale. Là aussi, les cohérences dans les politiques qui sont suivies sont très importantes. Lorsqu'on parle de décision par rapport à des secteurs qui sont essentiels ou non essentiels, on voit tout de suite qu'on crée énormément de difficultés. On a très tôt entendu des spécialistes, des épidémiologistes et autres, nous dire qu'il fallait avoir une approche plutôt contextuelle, par la ventilation, la qualité de l'air par exemple. C'est quelque chose qui dépasse les secteurs et qui donne beaucoup plus de cohérence. Plus de cohérence amène plus de soutien, plus de motivation au sein de la population. Ces éléments sont liés d'une certaine manière.

En matière de *momentum* passé, il était évident que le risque aujourd'hui est jugé trop faible, si vous me permettez l'expression, et le vaccin trop peu ciblé, pour pouvoir espérer emporter l'adhésion de la population pour une obligation vaccinale généralisée.

Gardons tout de même à l'esprit qu'une réponse extraordinaire en matière vaccinale a été apportée en Belgique. Un intervenant parlait de la difficulté de rassembler les personnes autour du *booster*. Or, aujourd'hui, 71 % de la population adulte est *boostée*, tandis que 90 % d'entre elle est vaccinée. En matière de *booster*, nous précédons l'Italie, la France et nous sommes loin devant plusieurs autres pays. Nous sommes en train de fournir des efforts pour améliorer la situation, mais il serait faux de considérer que nous ne sommes nulle part, car nous pouvons attester de résultats assez remarquables.

Mais si l'on se tourne vers ce qui reste à faire, considérer les non-vaccinés comme un bloc nous paraît dommageable et n'offre pas d'opportunités de continuer à œuvrer auprès de ces populations pour leur expliquer les risques ainsi que les possibilités que leur offrent les gestes protecteurs et le vaccin. Ces groupes, qui représentent environ 10 %, présentent des profils très différents, qui permettent de s'adresser à eux. Il existera toujours une frange d'irréductibles antivax, mais une part

importante de la population parmi les non-vaccinés reste encore sensible à plusieurs arguments, en particulier en ce qui concerne le risque et l'efficacité du vaccin. Cependant, pour les atteindre, il faut peut-être changer son fusil d'épaule et s'orienter vers une optique plus individualisée. C'est ce que nous avons prôné: poursuivre le travail d'information de manière générale, mais opter aussi pour d'autres approches que celles ayant servi jusqu'à présent, avec de grands centres de vaccination, des systèmes fort étrangers à une partie de la population et des informations qui sont peut-être lacunaires pour une autre.

L'expérience gantoise qui a été soulignée par Mme Fonck, si mes souvenirs sont bons, et qui avait été évoquée plus tôt dans la semaine, est extrêmement intéressante. Parmi les points positifs, l'obligation n'y est pas à l'ordre du jour, mais une obligation de choix vaccinal. Cette dernière présente la vertu de remettre toute une série de personnes dans le circuit des soins de santé, à tout le moins dans un contact avec quelqu'un qui y travaille ou avec des travailleurs sociaux épaulés par des professionnels de la santé. C'est un moyen de dire à la population en général que la vaccination doit être prise au sérieux - et nous la soutenons -, mais c'est également une manière d'apporter des informations utiles aux personnes qui se trouvent hors radar, qui hésitent encore ou qui sont mal informées.

Mais, et c'est important, il faut pouvoir concevoir cela comme un processus qui ne doit pas nécessairement viser le résultat de la vaccination mais qui doit entamer un processus de dialogue avec la population. Quand vous savez qu'aujourd'hui, 40 % de la population bruxelloise n'a pas de médecin généraliste, ce n'est tout simplement pas viable à long terme pour notre pays. Nous devons donc remettre à l'honneur un système mettant l'État et la puissance publique en devoir de se tourner et d'aller vers la population, de lui tendre la main et de comprendre quelles sont les raisons qui font que cette population ne fait pas appel à nos services de soins de santé que l'on considère excellents par ailleurs.

Bien entendu, il faut que cela se fasse dans un respect de l'autonomie des personnes, un respect du choix de la personne. Il ne s'agit pas de convaincre au sens dur du terme mais d'être prêt à écouter et de proposer la vaccination comme une solution mais dans un cadre plus large. La difficulté que j'y vois, c'est qu'il faut vraiment changer son fusil d'épaule à bien des égards. Il faut comprendre qu'aujourd'hui, du moins c'est ce qu'il nous revient du terrain, les médecins généralistes sont trop peu nombreux et largement débordés. Les médecins généralistes sont en difficulté. Les médecins généralistes ont généralement - si vous me permettez l'expression - été exclus de toute une série de discussions, notamment dans les échanges des groupes à tâches et des groupes d'experts. Je le déplore à titre personnel. Je pense que la médecine de première ligne - et cela rejoint ce que M. Goffin a dit également - est véritablement vitale. La prévention est vitale. Il y a aujourd'hui une difficulté énorme pour les médecins généralistes de prendre du temps pour faire de la prévention, tout simplement. Or c'est quelque chose qui va jouer de manière très importante au long cours.

Je terminerai par une dernière chose. Nous avons du temps peut-être parce que le variant Omicron nous en donne. Mais c'est dès aujourd'hui aussi que nous devons revoir la manière dont nous présentons les soins de santé et la démarche de santé plus généralement, en ce compris la vaccination, dans le cadre de notre enseignement, de notre enseignement primaire, de notre enseignement secondaire, de notre enseignement supérieur, de façon telle que les citoyens qui sortent de notre enseignement soient informés de ce qu'est l'importance de la santé et de la prévention à la santé. Je vous remercie.

Le **président**: Je vous remercie, monsieur Yzerbyt. Mme Pirard a demandé à encore pouvoir prendre la parole pour préciser quelque chose.

Virginie Pirard: Je souhaite apporter un élément un peu technique mais qui pose beaucoup de questions, y compris à toute une tranche de la population. Les vaccins qui ont été mis à notre disposition sont-ils expérimentaux? Du point de vue technique, il y a deux catégories de produits qui sont expérimentaux: d'une part, ceux qui n'ont pas reçu l'autorisation de mise sur le marché, qui en sont encore au stade de la phase préclinique (les essais sur les animaux) ou de la phase clinique (les essais sur les humains) et qui n'ont donc pas encore passé le filtre des autorités sanitaires européennes et nationales et, d'autre part, les traitements utilisés hors AMM, c'est-à-dire qu'ils ont été validés pour une indication ou plusieurs mais sont utilisés d'une autre façon, comme ce fut le cas, par exemple, de l'hydroxychloroquine. Beaucoup de gens en France qui ont pris l'hydroxychloroquine n'ont pas eu l'impression qu'ils prenaient un traitement expérimental. Pourtant, d'un point de vue éthique, c'était bien le cas.

Les vaccins actuels, ceux qui ont été approuvés par les Agences du médicament, sont-ils expérimentaux? Non, parce qu'ils ont été autorisés; il y a eu les phases 1, 2 et 3. Par contre,

et c'est là que c'est un peu technique, ils sont autorisés sous un régime de *conditional marketing authorisation*. Cela signifie non pas qu'on a eu moins de données pour analyser la balance bénéfices/risques mais qu'on a eu moins de données complémentaires. C'est la raison pour laquelle ils sont autorisés avec une période de pharmacovigilance plus accrue qu'en temps normal. Mais il faut que les gens sachent que dans toutes les phases 4, c'est-à-dire ce qui se passe après l'AMM, après l'autorisation de mise sur le marché, il y a aussi de la pharmacovigilance. On ne lâche pas les médicaments dans la nature. Techniquement, ce ne sont donc pas des médicaments expérimentaux.

Il faut aussi savoir, et c'est très rassurant pour tout le monde, que ce cadre qui permet la mise à disposition dans certaines conditions plus rapidement au public a été prévu par un règlement qui date de 2006. Ce n'est absolument pas un règlement ad hoc, rédigé pour la pandémie, dans une optique catastrophiste ou d'apprenti sorcier. Ce n'est pas du tout de cela qu'il s'agit. C'est un règlement qui permet de mettre à disposition des médicaments pour lesquels il y a un besoin humain très fort mais sur lesquels on a pu faire le point correctement pour la balance bénéfices/risques, dans le cadre des pandémies, si la balance bénéfices/risques est positive et pour les médicaments orphelins. Beaucoup de gens attendent ces médicaments mais il n'y a pas assez de données car les portes sont toutes petites puisqu'il n'y a pas assez de malades.

Il est très important de donner cet élément d'information qui n'est pas toujours connu car cela nourrit beaucoup d'inquiétudes, et parfois aussi les logiques complotistes.

Pour le reste, je reste disponible, monsieur le président.

Le **président**: Je remercie tous les intervenants en leur demandant de transmettre au secrétariat de la commission tous les documents et informations complémentaires qui pourraient être utiles dans le cadre de nos travaux.

La réunion publique de commission est levée à 13 h 37.
De openbare commissievergadering wordt gesloten om 13.37 uur.

COMMISSION DE LA SANTE ET DE L'ÉGALITE DES CHANCES

du

MERCREDI 02 FEVRIER 2022

Après-midi

_____

COMMISSIE VOOR GEZONDHEID EN GELIJKE KANSEN

van

WOENSDAG 02 FEBRUARI 2022

Namiddag

_____

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

La vaccination obligatoire. Audition de:
- Mme Vanessa De Greef (ULB);
- M. Rik Torfs (KU Leuven);
- Mme Carla Nagels (ULB);
- M. Bernard Dubuisson (UCLouvain).
De vaccinatieplicht. Hoorzitting met:
- mevrouw Vanessa De Greef (ULB);
- de heer Rik Torfs (KU Leuven);
- mevrouw Carla Nagels (ULB);
- de heer Bernard Dubuisson (UCLouvain).

Vanessa De Greef: Je vous remercie pour l'invitation. C'est toujours un plaisir de venir expliquer nos travaux de recherche devant les députés. J'ai une double casquette: à la fois académique, en tant que professeure à l'ULB et chargée de recherche du FNRS et, d'autre part, je suis vice-présidente de la Ligue des droits humains. Je n'ai pas de conflit d'intérêts à déclarer. Je suis financée par le FNRS qui me donne, comme l'indique son logo, la liberté de chercher.

Pour introduire le propos, je tiens à souligner que, quelle que soit l'option que vous choisirez, le thème de l'obligation vaccinale offre – ou devrait offrir – une opportunité unique de débattre – ici, mais aussi en dehors de l'arène parlementaire – de questions relatives à l'éducation à la santé et de la responsabilité de l'État lorsqu'il est prêt à prendre ce type d'option. Le fait qu'il soit actuellement moins urgent de prévoir ce type d'obligation donne précisément le temps de penser le cadre légal adéquat pour cet instrument de protection de la santé, qui pourrait être déclenché ultérieurement si cela devait s'avérer nécessaire.

Je vous ai également transmis un article que j'ai écrit sur le sujet. Celui-ci commence cependant à dater car depuis, des variants sont apparus, la transmission est possible dans une certaine mesure malgré la vaccination et un arrêt de la Cour européenne des droits de l'homme a été rendu. Je reviendrai sur cet arrêt, qui vous a déjà été présenté il y a deux jours.

Mon exposé comportera trois points: quels sont les droits fondamentaux concernés et quel est le devoir d'action de l'État, quelles sont les conditions d'existence de l'obligation vaccinale et, enfin, quelle est la position de la Ligue des droits humains?

Mon premier point concerne donc les différents types de droits humains fondamentaux concernés. Pour les présenter de manière très schématique, il s'agit d'une part du droit au respect de la vie privée et familiale, souvent invoqué par les personnes qui contestent l'obligation vaccinale. C'est à travers ce droit que sont abordées les questions d'intégrité physique. D'autre part, le droit à la santé et, dans certains cas de figure, le droit à la vie, peuvent être invoqués dans ce débat. D'autres droits, que je n'aurai pas l'occasion de présenter ici, sont également intéressants: l'évolution d'une vaccination permet de retrouver une liberté d'aller et de venir, mais si la vaccination se traduisait, par exemple, au moyen d'un pass vaccinal, elle peut également restreindre des droits fondamentaux. Il y a donc matière à d'autres débats. Je me concentrerai cependant sur les deux premiers droits fondamentaux évoqués.
.
Je souhaiterais rappeler ici l'importance de la Charte sociale européenne qui est une très belle marque de l'Europe sociale. Cette Charte impose, à la Belgique, de prévenir, dans la mesure du possible, les maladies épidémiques, endémiques et autres. Le Comité européen des droits sociaux a déclaré que « la vaccination de masse est reconnue comme le moyen le plus efficace et le plus rentable de lutter contre les maladies infectieuses et épidémiques. Cet objectif est

d'autant plus important à atteindre que l'Europe connaît une recrudescence de ce type de maladies infectieuses et épidémiques. ».

C'est à travers l'article 11 de la Charte sociale européenne que le Comité européen des droits sociaux vérifie quelles sont les vaccinations qui sont réalisées dans chaque État et liste les obligations vaccinales qui existent dans certains pays ainsi que l'accessibilité des vaccins afin de garantir le droit à la santé de la population.

Dans une observation interprétative du 21 avril 2020, le Comité a précisé qu'il allait vérifier, dans le cadre de la pandémie, la façon dont la préparation épidémiologique avait été faite dans chaque État et quelles étaient les mesures de vaccination qui avaient été prévues en général. Le fait de vacciner la communauté contre les principales maladies infectieuses est également une obligation qui est rappelée par le Comité des droits économiques et sociaux de l'ONU. Ces deux organes rappellent fréquemment l'importance des programmes de promotion de la santé et notamment de l'évocation de la vaccination à l'école.

Pour résumer ce premier point, vous devez savoir que l'État n'a pas que des obligations d'abstention en matière de droits fondamentaux. Il a également des obligations d'agir.

Si l'obligation vaccinale n'est pas une demande du Comité européen des droits sociaux, il faut savoir que celui-ci répertorie les obligations vaccinales existantes afin de vérifier la façon dont un État lutte contre des maladies infectieuses et épidémiques.

Bref, si on tient compte de questions individuelles lorsqu'on évalue le droit au respect de la vie privée, il faut savoir que les droits fondamentaux intègrent également une dimension collective. La santé individuelle dépendant de la santé collective et de toutes les structures qui la composent, la question de la santé collective peut également se refléter dans l'existence d'un taux de vaccination.

Vous allez me demander comment on a tranché la question des différents droits fondamentaux. On a déjà eu un cas de figure en Belgique grâce ou à cause – diront certains – de la vaccination obligatoire antipoliomyélitique. À cette occasion, la Cour de cassation a tranché le débat, en 2013, en expliquant que, dans ce cas de figure, la santé pouvait permettre l'obligation vaccinale et que l'atteinte à l'intégrité physique n'était pas illégale ou plutôt une ingérence illégale. Dans ce cas-ci donc, la Cour de cassation a clairement tranché dans un sens.

Un argument qu'on retrouve fréquemment aujourd'hui est: que se passe-t-il par rapport à la loi relative aux droits du patient? Cette loi est essentielle, capitale, et il est important d'en préserver tout ce qu'on peut en préserver, également dans ce cas de figure. Mais la Cour de cassation a clairement dit qu'elle ne s'applique pas dans ce cas précis parce qu'elle concerne la relation entre le patient et le praticien professionnel.

Récemment, on a encore eu la confirmation par un arrêt extrêmement attendu, la confirmation en tout cas de la façon dont les obligations vaccinales pouvaient être perçues par nos organes de droits fondamentaux au niveau européen. Lorsque la Cour européenne a rendu l'arrêt Vavrika, elle a précisé que lorsqu'une politique de vaccination volontaire est insuffisante, soit parce qu'il faut atteindre une immunité de groupe, soit en raison de la maladie, les autorités nationales peuvent mettre en place une politique de vaccination obligatoire afin d'atteindre un niveau approprié de protection contre les maladies graves. Je reviendrai sur cet arrêt car il donne des consignes très importantes sur la façon dont une obligation vaccinale peut être mise en place en Belgique. Même si ici cela concerne les enfants, ce n'est pas pour cela qu'il n'y a pas de principes généraux à extraire de cet arrêt.

J'en arrive au deuxième point. Maintenant qu'on sait qu'une obligation vaccinale n'est pas un problème en soi, il est par contre essentiel de respecter à la lettre ses conditions d'existence. Celles-ci sont au nombre de trois. Pour rappel – puisque vous les avez déjà entendues lundi –, il faut un texte législatif, un objectif légitime et il faut que cette mesure passe le test de proportionnalité à travers différentes sous-questions que je vais élaborer avec vous.

Premier point, un texte législatif de l'autorité fédérale. Pour une fois, c'est facile puisque nous savons que l'obligation vaccinale est une matière exclusivement fédérale. Cela va donc simplifier les choses. Par contre, ce qui est intéressant, c'est qu'avec le débat que nous sommes en train d'ouvrir au Parlement fédéral, nous allons avoir de très belles traces de cette question et ce sera une première en Belgique puisque jusqu'à présent, nous avons uniquement des arrêtés royaux qui ont permis de mettre en place des obligations vaccinales et il y a très peu de traces de débats des travaux préparatoires de l'obligation vaccinale de la polio. On a certains éléments mais très très peu. En 1998, on retrouve un accord du patronat, des organisations syndicales et de la médecine du travail qui se disent tous les trois favorables à

l'obligation vaccinale relative à l'hépatite B. Donc, le fait d'avoir un texte législatif sera une excellente nouvelle par rapport au passé.

Deuxième point, il faut un objectif légitime. En général, c'est assez facile d'atteindre l'objectif légitime dans le cadre des débats. Il y a la protection de la santé. Mais par rapport au test de proportionnalité, la troisième étape, il va être capital de préciser cet objectif. Il va falloir dire ce que vous recherchez vraiment.

Le fait que le vaccin ne permette pas une impossibilité de transmission ne vide pas pour autant la question de l'obligation vaccinale. Il pourrait y avoir une obligation vaccinale pour différents types de raisons: le fait de vouloir réduire les formes graves de la maladie, le fait de vouloir protéger le système de soins de santé, le fait de vouloir soigner des patients qui pour l'instant ne peuvent pas être soignés et qui attendent donc leur tour vu qu'il y a une certaine file d'attente ou encore le fait de protéger la santé de groupes spécifiques dans le cadre d'une obligation vaccinale ciblée. Donc ici, il est vraiment capital d'apporter ces justifications et la Ligue des droits humains est très sensible à cet aspect aussi. J'y reviendrai.

Troisième point: le test de proportionnalité. C'est évidemment toujours l'aspect le plus complexe. Il faut vraiment bien expliquer et bien mettre à plat toutes les réflexions qui ont lieu, et aussi aider le pouvoir juridictionnel lorsqu'il doit répondre parfois à certains recours. Ce que je veux dire par ici, c'est qu'il est essentiel de bien montrer tout ce qui a déjà été fait et d'évaluer les mesures qui ont été adoptées. Bien sûr, il est parfois complexe d'évaluer toutes ces mesures si des études et des recherches n'ont pas été lancées.

Mais il y a parfois des éléments, comme des données internationales, qui peuvent venir préciser certains autres éléments. Je pense au CST parce que là, en effet, on voit que des données dans d'autres pays montrent l'effet de ce type de pass. Par contre, pour la campagne qui a été menée en Belgique sur la vaccination volontaire, il est vraiment capital d'expliquer tous les efforts qui ont été faits pour que cette campagne soit un succès, afin d'expliquer pourquoi les parlementaires envisageraient de recourir à une obligation vaccinale.

Je pense aussi qu'il est important de pouvoir préciser quelles sont les mesures qui ne sont pas souhaitées par le Parlement fédéral et qui sont plus attentatoires. Je pense à des questions de confinement ou à des fermetures de secteurs qui pourraient ne pas être désirés par le Parlement. Il est important aussi de préciser également quelles sont les mesures qui sont combinées et éventuellement avec ce type d'obligation si vous décidez d'aller vers cela.

Une question qui peut se poser est: le pass vaccinal serait-il moins attentatoire qu'une obligation vaccinale? Personnellement je ne le pense pas. Quand on voit l'arrêt de la Cour d'appel de Liège qui a été rendu à propos du CST, on voit à plusieurs endroits dans cet arrêt qu'il y a une proportionnalité qui est présente, notamment parce que ce CST est accessible à des personnes qui sont guéries ou qui ont réalisé un test endéans les 24 ou 48 heures.

On ne peut pas être certains que l'arrêt de la Cour d'appel de Liège sera suivi à l'avenir, mais on voit en tous cas qu'une juridiction a été sensible à cette question. Je ne suis pas du tout certaine qu'un pass vaccinal, d'un point de vue purement technique, pourrait passer le test de proportionnalité.

Obligation ciblée ou non ciblée: c'est un débat très actuel aussi. Plusieurs experts ont déjà fait part de questions plutôt liées à la praticabilité ainsi qu'à des questions éthiques. D'un point de vue purement technique et juridique, je pense que les deux peuvent se justifier. Cela dépend vraiment de la justification qui est apportée.

Enfin, il est capital de prendre en compte les perspectives. Le traitement potentiel changerait fortement la donne par rapport à une obligation vaccinale si on réalisait que ce traitement était efficace. Il y a également le fait que l'on puisse, on l'espère, sortir un jour de la pandémie.

D'autres aspects doivent être pris en compte. Vous les avez ici sur ma présentation. Je n'ai pas le temps de les développer davantage dans les questions. Ce sont des critères relevés par la Cour européenne des droits de l'Homme, hormis les deux derniers, qui sont des critères plus personnels où je m'interroge sur la durée de l'obligation.

De fait, je pense tout de même que l'on pourrait fixer une durée à l'obligation si la pandémie se termine. Il me semble qu'il faut en débattre et qu'il faut préciser ce point. Je pense qu'il est intéressant de préciser les organes dont l'avis doit être pris en compte par rapport à cette obligation vaccinale ou, en tout cas, de réformer et d'adapter un peu cette fameuse loi sanitaire du 1er septembre 1945. Celle-ci commence fortement à dater et il s'agit pourtant encore d'une base légale fortement utilisée.

Je vais revenir sur les sanctions par rapport à la

Ligue des droits humains, mais j'aimerais simplement préciser par rapport au premier point, l'innocuité des vaccins – un point qui revient quand même très fréquemment dans le débat public –, que la procédure accélérée de l'Agence européenne des médicaments n'est pas la procédure d'urgence. Cette procédure accélérée est fréquemment utilisée par rapport à un traitement de nombreux cancers, en raison de la rareté de la maladie, mais également par rapport à un certain nombre de vaccins.

Je pense qu'il y a lieu d'apporter certains éléments qui peuvent aussi rassurer la population. Cette question revient très fréquemment et je pense qu'il serait intéressant de l'écrire noir sur blanc. D'ailleurs, dans l'avis de la section de législation du Conseil de l'État qui vient d'être publié hier au sujet de l'obligation vaccinale du personnel soignant, il y a en effet le détail de cette procédure accélérée et justement de ce qu'elle permet. Je pense que c'est un point important de ce débat.

Un point pose toujours question, pour lequel il n'y aura pas de réponse complète donnée par les parlementaires: savoir si ce moyen va permettre de rencontrer l'objectif poursuivi. Dans le cadre d'une obligation vaccinale, il faut en effet expliquer que l'objectif est bien d'augmenter le taux de vaccination. On voit que les vaccinations existantes en Belgique ont eu un certain succès. Cela étant dit, on voit aussi dans certaines études que cela peut avoir des effets indésirables et qu'il faut faire attention par rapport aux autres vaccinations volontaires et à l'impact que cela pourrait produire.

Je n'ai pas le temps d'expliquer tous les éléments de ma présentation, mais vous les avez. Je répondrai à vos questions éventuelles.

J'aimerais terminer en expliquant le point de vue de la Ligue des droits humains. La Ligue des droits humains a essayé pendant cette crise de concilier les différents droits fondamentaux, de concilier également les dimensions collective et individuelle des droits fondamentaux. Dans ce débat, il nous semble important aussi de penser à la dimension universelle de ces droits et de faire en sorte que l'ensemble de la population mondiale ait accès à la vaccination.

On insiste beaucoup sur l'importance de la communication, également par rapport aux jeunes. Il serait sans doute opportun de détailler ce qui a été fait au niveau de cette communication dans le rapport destiné au Comité européen des droits sociaux.

Un point intéressera, je pense, les députés: la Ligue des droits humains est plutôt opposée au pass vaccinal et, à choisir, préfère une obligation vaccinale qu'un pass vaccinal, même si ce n'est pas à elle de décider de l'opportunité de prendre cette décision. La Ligue des droits humains pense que le pass pourrait être une forme d'obligation vaccinale déguisée. La responsabilité de l'État y est beaucoup plus diffuse et moins nette. Il y a une problématique en termes de discrimination, mais également d'accès à des données à caractère personnel, qui pose davantage question. La Ligue des droits humains garde une vigilance quant au Covid safe ticket (CST).

Par rapport à l'obligation vaccinale, six points sont vraiment importants pour notre organisation. D'une part, on prend acte du fait que l'obligation vaccinale entre bien dans le cadre des droits fondamentaux, comme l'a confirmé la Cour européenne des droits de l'homme.

Deuxième point, on s'interroge par rapport au timing. Cependant, ce timing et le fait qu'il n'y ait peut-être pas d'urgence peut permettre, troisième point, d'avoir un vrai débat public sur cette question de l'obligation vaccinale et de parvenir à mettre en place des formes de démocratie délibérative sur un sujet très sensible. On voit certains textes à l'étranger, par exemple en Irlande, qui font référence à des plateformes en ligne de *crowdsourcing*. C'est donc quelque chose qui se fait. Sur un sujet pareil, cela peut être encore plus intéressant de pouvoir en discuter, d'en faire un débat sociétal et d'apporter des éléments qui, manifestement, ne sont toujours pas passés.

Ensuite, il est extrêmement important pour la Ligue de justifier l'obligation vaccinale et l'évaluation des autres moyens qui ont été utilisés jusqu'alors.

Avant-dernier point, la Ligue aura un point de veille très important par rapport à la proportionnalité de la mesure, particulièrement au niveau des contre-indications, et également sur les sanctions.

Concernant les sanctions, la Ligue est vraiment opposée aux sanctions pénales et elle proposerait un système, si l'obligation vaccinale était décidée, qui ressemble fort à ce qui se fait en pratique pour la polio, mais qui n'est pas écrit sur papier, à savoir une obligation de discuter avec un service dédié à la vaccination en guise de sanction plutôt qu'une amende pénale. Et si sanction il doit y avoir, que ce soit la plus légère possible. Cependant il conviendrait d'éviter à tout prix l'outil pénal et ne pas sanctionner le public qui est parfois fortement précarisé et qui, parfois, manque d'information.

Enfin, vous le savez à présent car il en est question au parlement, il est capital de demander l'avis de

l'APD dès qu'il y a un traitement de données. Je n'ai pas le temps de développer ce point avec vous ici, mais dans l'avis de la section de législation du Conseil d'État, il y a tout un développement sur le traitement de données à caractère personnel concerné par une obligation vaccinale.

Je m'arrête là pour rester dans le temps. Je me réjouis d'écouter le débat.

Rik Torfs: Voorziter, ik ben Rik Torfs, ik ben gewoon hoogleraar aan de KU Leuven. Empirisch lijkt het misschien niet zo, maar ik ben gewoon jurist en ook kerkjurist. Toen ik kerkjurist werd, mocht ik mijn diploma van gewoon jurist behouden. Daarnaast, ik spreek zonder enige vermenging van belangen.

Ik zal niet beweren dat ik neutraal ben, want volgens mij is geen enkel mens neutraal. Ik ben een groot voorstander van de klassieke mensenrechten, wat wellicht ook wel doorheen mijn betoog zal schemeren, dat ik voor het overige redelijk beknopt probeer te houden. Er zijn gelukkig ook al heel wat andere juristen aan bod gekomen, die tot in detail enkele dingen hebben uitgelegd, zoals de procedures voor het EVRM, en allerhande praktische kanttekeningen in een Belgische context hebben gemaakt.

Ik zal mij beperken tot een overzicht in tien punten. Daarmee weet u ook meteen wanneer het precies zal zijn afgelopen, wat doorgaans het hoogtepunt van mijn interventies blijkt te zijn. Bij die tien punten gaat het dikwijls ook om kanttekeningen bij zaken die eerder al gezegd zijn. De hoofdfocus ligt op de mensenrechten, maar er zijn ook enkele beschouwingen van praktisch-juridische aard aan verbonden, die volgens mij belangrijk zijn om een algemeen overzicht te kunnen krijgen.

Punt 1. Ik kan niet anders dan van start gaan met artikel 8 van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens, wat door andere sprekers al aangehaald is. Dat artikel 8 luidt dat eenieder het recht heeft op zijn privéleven, zijn familie- en gezinsleven, zijn woning en zijn correspondentie. Dat staat zo in de eerste paragraaf van artikel 8. In de tweede paragraaf komt er een reeks uitzonderingen. Ik wil duidelijk zeggen dat de vrijheid de regel is en dat de uitzonderingen een status van uitzondering hebben. Beide paragrafen starten dus niet op ongeveer hetzelfde niveau; dat klopt niet. De vrijheid moet het uitgangspunt zijn.

De vrijheid van en de bescherming van het privéleven is bijvoorbeeld een diepgeworteld recht. Het vindt ergens zijn origine in een fameus artikel van Warren en Brandeis in de Harvard Law Review in 1890 al. Heel belangrijk daarin is de gedachte *the right to be let alone*. Privacy werd toen niet ontwikkeld op een supertechnische wijze, die vandaag gelet op de grote technologische evolutie ongetwijfeld noodzakelijk is, maar startte toen echt met *the right to be let alone*, waaraan vandaag minder dan vroeger gerefereerd wordt.

Die vrijheid zelf is wel een heel belangrijk uitgangspunt. Daarna komen dan drie grote clusters, die de uitzonderingen gestalte geven. Er is al op gewezen, maar ik wil daar toch wat dieper op ingaan.

Ten eerste moet het gaan om uitzonderingen die bij wet zijn voorzien, waar inderdaad een strengere regeling heerst in de Belgische Grondwet dan in het Europese verdrag. Ten tweede moet het noodzakelijk zijn in een democratische samenleving en ten derde moet het in het belang zijn van een hele reeks zaken. Ik vermeld dat, omdat die dingen potentieel contradictorisch kunnen zijn. Het moet in het belang zijn van de nationale veiligheid, de openbare veiligheid of het economische welzijn van het land, het voorkomen van wanorde en strafbare feiten, de bescherming van de gezondheid en de goede zeden of voor het beschermen van de rechten en vrijheden van anderen. Rechten en vrijheden van anderen betekent overigens niet dat mijn vrijheid eindigt waar uw vrijheid begint, want dat zou de indruk wekken dat het om conflicterende vrijheden gaat, terwijl het perfect mogelijk is dat twee mensen allebei hun vrijheid van mening uitoefenen en de andere persoon krachtig beledigen. Het recht van de ene persoon wordt dan niet ingeperkt door dat van de andere. Dat artificiële schaarstebeginsel is iets wat vandaag de dag soms ten onrechte wordt opgeworpen.

Artikel 8 is het uitgangspunt en we moeten nagaan of daar uitzonderingen op mogelijk zijn en of een verplichte vaccinatie, een verplicht CST of andere verplichtingen daarmee te verenigen zijn.

Ik kom meteen tot punt 2 van mijn betoog. Het is bekend dat voor de rechtspraak van het Europees Hof de landen over een vrij grote *margin of appreciation* beschikken bij het toepassen van de regelgeving. Dat is bijvoorbeeld een verschil tussen het Europees Hof en het Amerikaanse Supreme Court, omdat in het Amerikaanse Supreme Court veel harder wordt gepoogd om tot een eensluidende rechtspraak te komen, wat ook inhoudt dat het benoemen van rechters in dat Supreme Court politiek en strategisch nog veel belangrijker is dan de benoeming van rechters bij het Europees Hof, die een minder grote unificerende rol hebben in hun rechtspraak.

Dat gezegd zijnde, heeft die *margin of appreciation*

in het verleden soms op een merkwaardige manier gespeeld en wie weet kan ze ook door bepaalde landen worden gebruikt in de coronatijd. Ik denk bijvoorbeeld aan de uitspraak in de zaak van Leyla Şahin versus het land Turkije in 2004, in 2005 voor de Grand Chamber, waardoor een geneeskundestudente in Turkije toch in bepaalde omstandigheden kon worden verboden de hoofddoek te dragen, omdat de seculiere staat in Turkije anders mogelijk ten onder zou kunnen gaan. De specifieke situaties in Turkije – intussen is de geschiedenis wat dat betreft een andere kant uitgegaan - werden mee in rekening gebracht en als valabel element beschouwd. Daar ging het dus om *margin of appreciation* in Turkije. Voor Frankrijk werd overigens een gelijkaardige beslissing genomen.

In die zin is het altijd mogelijk dat een wet die misschien niet helemaal orthodox is en vrij overdreven beperkend, toch kan worden gered door de appreciatiemarge die bepaalde landen zouden hebben. Dat is mogelijk en dat moet men ook eerlijk zeggen. Dat betekent natuurlijk niet dat men op het randje moet gaan. Als hier een wet wordt uitgevaardigd, mag het eerste doel niet zijn met de hakken over de sloot te geraken, mocht het ooit tot een casus voor het Europees Hof voor de Rechten van de Mens komen. De vraag zou veeleer moeten zijn: is die wet in het algemeen gesproken in lijn met de manier waarop rechten en vrijheden vandaag worden geïnterpreteerd? Ik vind dat ook een belangrijk punt. Men mag niet altijd de grenzen aflopen. Dat is vroeg of laat nodig, als er een conflict komt, maar bij wetgeving mag het iets orthodoxer verlopen. Dat was mijn tweede punt, met name over de *margin of appreciation*.

Een derde punt heeft betrekking op een van de elementen die onder andere door professor Vuye naar voren werden gebracht, namelijk dat een uitzondering op bijvoorbeeld artikel 8 en op de bescherming van de privacy noodzakelijk moet zijn in een democratische samenleving. Noodzakelijk is natuurlijk meer dan nuttig. We kunnen in ieder geval zeggen dat, indien een maatregel niet nuttig is, hij per definitie niet noodzakelijk kan zijn. Dat is een kwestie van elementaire logica. In die zin kan men, naar mijn aanvoelen, het nut van vaccinatie bij vooral oudere volwassenen niet in twijfel trekken. Dat nut is duidelijk bewezen. Voor vaccinatie van kinderen en voor de CST-pas komen we echter in een gevaarlijke zone terecht. Is het nut ervan rechtstreeks bewezen? Als dat niet het geval is, kan men nooit concluderen dat er sprake is van noodzakelijkheid. Dat lijkt me al een eerste belangrijk punt wanneer het gaat over noodzakelijk in een democratische samenleving.

Een ander punt daarbij is het volgende. Indien men erop uitkomt dat iets noodzakelijk lijkt voor de volksgezondheid in een democratische samenleving, dan kan dat misschien botsen met andere elementen die eveneens noodzakelijk kunnen zijn, bijvoorbeeld economisch welzijn, openbare veiligheid, de bescherming van rechten en vrijheden van anderen. Het is dus mogelijk dat een schijnbare noodzaak *whatever it may be* zit in een grond maar misschien botst of in conflict komt met een andere, iets waar, vind ik, niet altijd voldoende op wordt gewezen.

Het is niet omdat je mikt op één grond, dat je meteen alle mogelijke relevantie van andere gronden aan de kant moet schuiven. Tot daar mijn betoog over het concept noodzakelijk in een democratische samenleving.

Het vierde punt betreft het befaamde arrest-Vavřička van 8 april 2021, een interessante zaak omdat het precies handelt over de vaccinatieplicht. Het valt binnen de materie waarmee we bezig zijn, maar niet helemaal. Het is immers belangrijk om ook steeds naar variabelen te kijken. In het geval van het Vavřička-arrest ging het over de vaccinatie van kinderen tegen polio, hepatitis B en tetanus. Hoewel het arrest werd geveld in volle coronatijd, handelde het dus over andere vaccins, waarvoor al veel langer wetenschappelijk *evidence* bestond, onder meer inzake de bijwerkingen. De vaccins waarvan sprake in het arrest, waren stuk voor stuk lang beproefde vaccins, een wezenlijk verschil met de vaccinatieplicht waarvan nu sprake is.

Om een vaccinatie voor corona te verplichten, zou toch aan een aantal voorafgaande voorwaarden moeten zijn voldaan, waarover momenteel nog geen consensus bestaat. Ten eerste is er een ruime wetenschappelijke analyse nodig. Zoals bevestigd in rechtspraak betekent dat niet dat er een exhaustieve analyse moet worden gemaakt. Het kan niet de bedoeling zijn de zoveelste specialist die men op een zolderkamer heeft gevonden, alsnog op te trommelen. Omgekeerd is het evenzeer niet aangewezen het aantal adviezen dermate te beperkten dat grotendeels gelijkgezinden aan bod komen. Een voldoende ruime wetenschappelijke analyse moet mogelijk zijn. Daarbij moet ook het begrip wetenschappelijke consensus duidelijk worden afgebakend. Is dat een consensus die op louter wetenschappelijk vlak kan worden bewezen, of is het veeleer een sociologische consensus onder wetenschappers op een bepaald moment? Ik denk dat we moeten streven naar een grote mate van wetenschappelijke analyse, die niet exhaustief, maar ook niet te beperkt is.

Ook elementen die zijdelings aan bod komen, zoals vrijstellingen, uitzonderingen om welke reden

dan ook - dus het fijnmazige aspect - moeten natuurlijk grondig bekeken worden. Nog een punt dat uit Vavřička afgeleid kan worden, maar dat in het algemeen wel geldt, is dat de sancties ook proportioneel moeten zijn, met grote aandacht voor de preventieve werking. Als er een regel wordt uitgevaardigd in een land waar bijvoorbeeld al een hoge vaccinatiegraad bestaat, of zelfs een mindere vaccinatiegraad, en er door die maatregel nauwelijks een grotere graad van vaccinatie bereikt wordt, wat is er dan gewonnen? Achteraf kan dan wel gesanctioneerd worden, maar die sancties hebben een geringe invloed op het preventieve effect, wat toch voornamelijk de bedoeling zou moeten zijn van zo'n ingreep.

Ik wil de discussie verder open trekken op basis van eigen ervaringen. Na de val van de Berlijnse Muur en het einde van het Sovjetimperium in de jaren '90 heb ik in verschillende landen meegewerkt aan studies en zelfs aan het maken van wetten over godsdienstvrijheid. Dat was een fantastische tijd. De vrijheid in die landen van het vroegere Sovjetimperium was teruggekeerd en er was een ongelooflijk enthousiasme voor godsdienstvrijheid en mensenrechten in het algemeen.

Plotseling, in 2001, was er 9/11. Dat was een ongelooflijke breuklijn. Terwijl de experts in mijn vakgebied voordien overal werden toegejuicht als herauten van de mensenrechten, waren we daarna lichtjes onverantwoordelijke losbollen die de veiligheid opofferden voor vrijheid. Er was met name een soort ranking gekomen, waarbij de veiligheid plotseling veel belangrijker leek dan de vrijheid zelf, waarbij de uitzondering leek te prevaleren op de regel. Dat was heel treffend, ook voor mijn vakgenoten. Vooral de wijze waarop elke fijnmazigheid teloorging, trof ons.

Door de urgentie van 9/11 was het plotseling heel plausibel dat rechten veel sterker werden ingeperkt dan we vooraf ooit hadden gedacht. Er waren bijvoorbeeld mensen die suggereerden dat religies in bepaalde landen eerst in een register moesten worden ingeschreven of altijd collectief politioneel moesten worden bewaakt en dergelijke. Ik heb daaruit goed onthouden dat we in noodsituaties, zoals we die we nu ook hebben gehad, altijd bij het risico van overshooting terechtkomen. In het begin is dat begrijpelijk, maar kan dat structureel zo gedaan blijven worden?

Moet er geen moment komen waarop de proportionaliteit terugkomt en men toch blijft uitgaan van het recht zelf, en niet van de uitzonderingen? Dat is wat ik toen heb geleerd. Dat is mijn punt vijf.

Ik herinner mij ter zake nog een ander punt. De fameuze Britse denker, historicus en filosoof Quentin Skinner, echt één van de grote politieke denkers van onze tijd, schreef toen, kort na 2001, lopen wij geen gevaar dat wij de vrijheid opgeven onder pressie van de noodsituatie? Skinner schreef dat toen. Het is interessant een vergelijking te maken tussen de opmerking van Skinner in die tijd en wat wij nu meemaken.

Ik kom tot mijn zesde punt. Ik wil dit ook in verband brengen met de mogelijke precedentwaarde van een te gemakkelijk geaccepteerde verplichting op het gebied van vaccinatie. Die precedentwaarde zou kunnen leiden tot een ruim pakket aan uitzonderingen op een grondrecht. Nu zitten wij inderdaad in de situatie van corona en van de vaccinatie, al of niet verplicht. In 2001 werden wij geconfronteerd met de aanslagen van 9/11. Wat zijn echter de vraagstukken die in de komende jaren op ons afkomen? Zullen wij in de toekomst aanvaarden dat men bijvoorbeeld voor klimaat of migratie, twee totaal verschillende problemen, op een ruimhartiger manier grondrechten buitenspel zet voor een zogenaamd algemeen belang?

Ik meen dat wij op het ogenblik dat wij opteren voor al of niet verplichte vaccinatie niet mogen vergeten dat wij ook een soort precedent scheppen. Dat kan betekenen dat wij in de toekomst minder fijnmazig met een beperking van grondrechten zullen omspringen. Dat druist volgens mij in tegen de geest van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens, maar ook tegen de geest van de Universele Verklaring, twee documenten die eigenlijk dienden om individuen te beschermen tegen grote collectieve projecten waarbij groepen worden geviseerd en de rechten van individuen buitenspel worden gezet. Laten wij ook dat niet vergeten. Laten wij ook niet vergeten dat wij de grondrechten als een geheel moeten zien, niet als een soort bibliotheek waarin men naar believen bepaalde grondrechten als secundair kan beschouwen en dus buitenspel kan zetten.

In die zin denk ik bijvoorbeeld ook aan de ideeën van René Cassin, de medeopsteller van de Universele Verklaring voor de Rechten van de Mens, die de grondrechten beschreef als een Griekse tempel, waarbij alles noodzakelijk was, de zuilen, het fronton, het dak en zo meer.

Als men de zuilen wegneemt, dan stort het gebouw in. Een interne ranking van grondrechten, met het minimaliseren van sommige grondrechten, is een risico waarmee wij vandaag zitten.

Zo kom ik dan bij mijn zevende punt. Hier zitten wij in een schijnbaar technische zaak, die mijns inziens nochtans veel verder reikt wanneer het

gaat over de geloofwaardigheid van het systeem waarin wij allemaal geloven - want anders zaten wij hier niet - namelijk de afdwingbaarheid. Hoe gaat men een mogelijke verplichting afdwingen? Dat moet men niet uitmaken of bepalen nadat een wet is uitgevaardigd, maar vooraleer die wet er komt.

Er kunnen twee heel foute dingen gebeuren. Ten eerste, men dwingt helemaal niets af. Op dat moment maakt men van een positieve rechtsregel een stuk *soft law*, een soort van veredelde richtlijn. Het gaat dan niet over een richtlijn in de Europese zin van het woord, maar over een *guideline*. Men probeert dan ernaar te leven maar er is niets verplicht. Dat is natuurlijk iets wat de kracht van het recht ondergraaft.

Ten tweede, men heeft een gedeeltelijke, gammele afdwingbaarheid, waarbij sommige mensen eventueel worden aangesproken op het niet naleven van de regel en anderen niet. Dat lijkt mij erg gevaarlijk. Het is ook gevaarlijk vanwege het mogelijke gebrek aan vertrouwen in het rechtssysteem dat daaruit zou kunnen voortvloeien.

In die zin is het enorm belangrijk dat men op voorhand weet of men een regel kan afdwingen, of men bij machte is om dat te doen, of men iedereen bij het nekvel kan grijpen om hem te herinneren aan zijn verplichting en desnoods te straffen. Men moet ook weten of men dat wil. Wil men dat echt? Bestaat de politieke wil als men zo'n wet maakt om mensen ook daadwerkelijk te sanctioneren? Dat lijkt mij een belangrijk punt.

Zo kom ik uit bij mijn achtste punt. Dat heeft te maken met de mogelijke contradictie tussen algemeen en persoonlijk belang. Ik zie daartussen in zekere zin een valse tegenstelling. Het algemeen belang bestaat wat mij betreft wel degelijk. Bijvoorbeeld de Nederlandse politicoloog Salomon Kleerekoper zei dat hat algemeen belang niet bestond. Dat is niet juist, het bestaat wel degelijk. Men moet het algemeen belang echter niet zien als een vijand van het persoonlijk belang, het moet de bedoeling zijn om beide harmonisch te laten samenleven. Het algemeen belang is geen alternatief voor het persoonlijk belang. Ik vind dat dit te vaak op die manier wordt voorgesteld.

Dat is niet nieuw. Men kan zeggen dat denkers als Jean-Jacques Rousseau de politieke vrijheid zo hoog achtten dat de individuele vrijheid erbij inschoot. Dat is niet nieuw. We kunnen naar de geschiedenis kijken om te zien hoe het evenwicht werd hersteld en waartoe excessen mogelijk kunnen leiden.

Iets waarover ik mij zorgen maak, is de groeiende vermenging tussen recht en moraal, een verschijnsel waarmee we in onze samenleving worden geconfronteerd. Je voelt in deze tijden ook goed aan dat wie dat al deed voor de coronacrisis nu nog scherper is geworden in het maatschappelijke debat. Het verband tussen schuld en eigen verantwoordelijkheid tegenover het recht op zorg is bijvoorbeeld erg gevaarlijk en dreigt deugdzaamheid als een voorwaarde voor fundamentele rechten te plaatsen. Dat is niet correct. Mensen zijn niet verplicht om deugdzaam te zijn. Ze mogen een zekere mate van slechtheid uiten. Wat ze wel moeten doen, is de wet volgen. Deugdzaamheid is echter geen plicht.

In het klassieke recht, het *ius commune* in de late Middeleeuwen bijvoorbeeld, maar ook in mijn vakgebied het kerkelijk recht, wordt er altijd een zeer scherp onderscheid gemaakt tussen het *forum internum* en het *forum externum*. Het eerste is wat iemand bezielt, zijn deugdzaamheid of zonde, en het tweede is de wet. Wanneer de zonde een plaats krijgt in de wet, is de wet eigenlijk niet meer betrouwbaar, krijg je willekeur en is er geen rechtszekerheid meer. Uiteindelijk gaan zowel moraal als recht ten onder aan een vermenging van recht en moraal. Ik wil daar echt voor waarschuwen, omdat ik vind dat dit nog te weinig gebeurt in onze samenleving.

Als conclusie zou ik willen zeggen dat de vaccinatieplicht vanuit juridisch oogpunt moeilijk verdedigbaar is. Er zijn veel meer argumenten tegen dan voor. Het gaat trouwens niet enkel om strikt juridische elementen, zoals sommigen al zeiden. Dat geldt ook wanneer je het bekijkt vanuit een rechtspolitiek perspectief en met het oog op de toekomst van grondrechten in het algemeen.

Er wordt soms ook gesproken over het CST. Ook daar ben ik geen voorstander van, om de eenvoudige reden dat men hier zit met iets wat men in het klassieke recht een *simulatio* noemt. In feite zegt men dat men die pas wil en dat die erg belangrijk is, maar wij weten allemaal dat die pas zelf ook geen garantie biedt om mensen bijvoorbeeld niet te besmetten. In feite wil men dus via die pas wel degelijk een vaccinatieplicht invoeren en dat is klassiek een *simulatio*, zoals een huwelijk sluiten om een adellijke titel te verwerven zonder het huwelijk te willen of een huwelijk sluiten om een nationaliteit te verwerven enzovoort. Dat zijn klassieke gevallen van *simulatio*. Laten wij de eerlijkheid hebben om uit te komen voor wat wij willen. Mensen zijn niet onnozel, denk ik, en doorzien ook zijdelingse operaties wel.

Een derde en allerlaatste punt dat ik naar voren wil brengen is de zogenaamde verplichte vaccinatiekeuze, met langsgaan bij een arts die

dan een gesprek met de betrokkene zal hebben. Dat doet mij denken aan de woorden van Jürgen Habermas, de bekende filosoof. Hij zei dat een echt gesprek dat resultaat wil hebben *herrschaftsfreie Kommunikation* veronderstelt. Het veronderstelt dus een gesprek waarin beide partners openstaan voor de mening van de andere. Dat is natuurlijk niet zo wanneer iemand die enorm twijfelt – wat mij betreft ten onrechte – over het nut van vaccinatie toch voor iemand wordt gebracht die hem gaat proberen te overtuigen van het tegendeel, want dat is de setting. Dat is dus geen *herrschaftsfreie Kommunikation*.

Pogingen om mensen wel te overtuigen juich ik daarentegen toe, in het gewone gesprek, met de buren bijvoorbeeld of met andere mensen. Ik vind het ook fijn dat vrijwilligers gesprekken willen aangaan met mensen om te proberen hen te overtuigen om zich te laten vaccineren. Dat vind ik allemaal uitstekend. Laten wij daar moeite voor doen, want wat is er mooier in een democratie dan andere mensen ervan te overtuigen dat een bepaalde weg de goede is?

De **voorzitter**: Ik dank u, mijnheer Torfs. Het was de kortste PowerPoint die wij gehad hebben, maar de uitleg was er wel bij. Het was duidelijk gestructureerd.

Carla Nagels: Je travaille à la faculté de droit et de criminologie de l'ULB. Je suis toutefois sociologue et criminologue et non juriste, mon propos n'abordera donc pas du tout l'aspect juridique de l'obligation vaccinale. Je pars du principe que mon intervention porte en réalité sur la possibilité d'augmenter le taux de vaccination et non sur la pertinence de cette augmentation, qui ne relève pas de ma compétence puisque je ne suis ni épidémiologiste, ni virologue, ni médecin. Le texte de mon intervention comprend un ensemble de références et sera disponible pour les parlementaires.

Mon intervention s'articulera autour des quatre points suivants: qui a le plus souffert du covid? Qui a le plus souffert des différentes mesures mises en place pour lutter contre le covid? Qui sont les vaccinés et les non vaccinés et pourquoi ces derniers ne se font-ils pas vacciner? Enfin, quelles sont les différentes stratégies pour augmenter le taux de vaccination et quelles sont potentiellement leurs inconvénients respectifs?

Premier point: qui a le plus souffert du covid?

Je tiens à préciser que la majorité des études à ce sujet traitent surtout de la première vague: la communauté scientifique a en effet besoin de temps pour travailler, publier et se faire reconnaître par ses pairs. Sans conteste, les personnes ayant le plus souffert du covid sont les personnes âgées de plus de 65 ans. Parmi elles, le facteur socioéconomique est extrêmement discriminant, puisque la surmortalité liée au covid a bien plus touché les revenus les plus bas. Pour vous donner quelques chiffres, cette surmortalité est de 326 pour 100 000 personnes pour les revenus les plus bas, alors qu'elle n'est que de 131 pour 100 000 personnes pour les revenus les plus hauts.

Ce facteur discriminant n'est pas nouveau du tout, vous le savez en tant que membres de la commission Santé, mais la différence de mortalité liée à crise du covid a malgré tout accentué cette discrimination. Cette tendance est marquée géographiquement puisque ce sont les communes les plus pauvres qui ont enregistré les taux de surmortalités les plus élevés. Parmi les personnes âgées, le niveau d'éducation et l'origine ethnique sont des facteurs discriminants aussi et c'est vrai dans tous les pays de l'OCDE.

Une autre catégorie doit être mentionnée: celle des personnes âgées entre 40 et 64 ans. Il y a clairement une surmortalité parmi certaines catégories socioprofessionnelles. Cela concerne essentiellement les professionnels des soins de santé et des services sociaux.

Deuxième point: qui a le plus souffert des mesures de lutte contre le covid?

Sans surprise, le statut socioéconomique est à nouveau un facteur hautement discriminant puisque les classes populaires ont, plus que les autres, perdu leur emploi ou se sont retrouvées en contact direct avec le virus, exerçant plus que les autres des métiers essentiels.

Le secteur de l'économie informelle, qui représente quand même 14 % du marché de l'emploi en Europe de l'Ouest, a été complètement laminé.

Évidemment, les classes populaires ont plus que les autres été impactées par les mesures de confinement subissant des conditions de vie qui sont en réalité peu propices au respect des mesures sanitaires. Parmi ces classes populaires, il est clair que les franges les plus marginalisées ont été les plus touchées: les sans-abri, les sans-papier, les prostituées, les prisonniers, etc.

Deux autres catégories sociales semblent plus que les autres touchées par ces mesures sanitaires: les femmes et les jeunes. Cela se vérifie dans la littérature internationale scientifique.

Toutes ces catégories rapportent de surcroît, plus

que les autres, des effets totalement désastreux en matière de santé mentale. Ainsi, en Belgique en mars 2021 en plein deuxième confinement, la prévalence de la dépression était entre 30 et 80 % plus élevée parmi les jeunes qu'avant le covid. C'est confirmé par un ensemble d'études sur la population générale, qui ciblent les jeunes en particulier et les étudiants.

En termes de statut socioprofessionnel aussi, le personnel soignant et dans une moindre mesure les travailleurs sociaux rapportent plus que les autres professions des problèmes de stress, d'anxiété, de dépression et d'épuisement.

Troisième point: qui sont les non-vaccinés et pourquoi ne se vaccinent-ils pas?

Quelques constats généraux pour commencer. D'abord, le profil sociologique des non-vaccinés. Sans surprise, les personnes âgées sont nettement plus enclines à se faire vacciner de manière générale, et c'est encore plus vrai pour le vaccin contre le covid-19, ce qui peut s'expliquer par le fait qu'elles sont plus à risque de développer des formes graves de la maladie.

Les personnes avec un faible niveau d'éducation sont plus méfiantes vis-à-vis des vaccins en général, avec une différence moins marquée pour le vaccin contre le covid-19, ce qui peut s'expliquer par le fait qu'elles ont une perception de leur santé et de leur corps qui est plus distante de la médecine que celles avec un niveau d'éducation plus élevé. Les ouvriers, indépendants, chômeurs sont nettement plus méfiants que les salariés, les retraités et les étudiants.

Les personnes issues de minorités ethniques sont aussi plus méfiantes envers les vaccins en général et particulièrement envers celui contre le covid-19, ce qui peut s'expliquer de nouveau par le fait qu'elles ont moins confiance dans le système de santé et les professionnels de santé.

Autre constat important, les femmes sont moins enclines à se faire vacciner de manière générale, mais c'est surtout vrai pour les vaccins contre le covid-19. C'est particulièrement notoire chez les femmes de 25 à 35 ans, ce qui pourrait s'expliquer par le fait qu'elles estiment ne pas avoir assez de recul face au produit et craignent des effets secondaires à long terme sur la grossesse pour leurs futurs enfants.

Il existe des différences significatives entre Régions et quartiers. En France, les zones rurales sont moins vaccinées que les zones urbaines. En Belgique, la Région bruxelloise est moins vaccinée que les deux autres Régions et, à l'intérieur de la Région bruxelloise, ce sont les quartiers formant le croissant pauvre de Bruxelles qui ont le taux de vaccination le plus bas. Cela pourrait s'expliquer par le fait que ces zones et quartiers sont à une plus grande distance des institutions générales et des soins de santé en particulier.

Deuxièmement, comment expliquer la méfiance envers les vaccins contre la covid-19?

Les raisons individuelles les plus invoquées pour ne pas se faire vacciner sont la sécurité accordée au vaccin, le peu de recul que l'on a – puisqu'ils ont été développés et commercialisés en un temps record en comparaison avec d'autres vaccins – et, plus généralement, le manque de confiance dans les firmes pharmaceutiques, voire dans les autorités de santé.

La variable explicative la plus pertinente relevée par toutes les enquêtes, autant en Belgique qu'à l'étranger, semble pourtant être le manque de confiance qu'ont les non vaccinés dans l'action du gouvernement. Cela peut s'expliquer par le fait que ce soit l'acteur principal de la stratégie de vaccination et que son attitude face à la dangerosité du virus, puis face à la vaccination, a changé radicalement en fonction de la période pandémique.

S'il est vrai que la majorité des non vaccinés sont issus des classes populaires vivant dans des quartiers déshérités, ceux-ci peuvent néanmoins avoir un profil sociologique différent. Le fait que le taux de vaccination peut être plus bas dans certaines communes aisées à Bruxelles que dans certains quartiers pauvres d'autres grandes villes en atteste.

Certains chercheurs nous invitent à distinguer au moins deux profils sociologiques très différents de non vaccinés: ceux qui sont méfiants envers la médecine et les vaccins en général – qui sont en général plus pauvres, isolés et peu éduqués – et ceux qui sont contre certains vaccins en particulier. Ce sont plutôt des femmes d'âge intermédiaire, avec un revenu et une éducation plus élevée que la moyenne.

Ce deuxième profil a surtout émergé à partir des années 1990 et avec la mise en doute du bénéfice de certains types de vaccins, comme ceux contre l'hépatite b et le papillomavirus. Ce profil se renseigne en général auprès de son médecin traitant pour savoir s'il doit se faire vacciner et s'il doit faire vacciner ses enfants. On ne peut donc pas l'associer à un profil anti-sciences. Une enquête menée en 2014 en France métropolitaine auprès de médecins généralistes montre d'ailleurs qu'un quart d'entre eux estime que certains vaccins

sont inutiles et qu'un tiers estime que les adjuvants posent des complications à long terme.

Il est absolument nécessaire de tenter de comprendre les motivations qui animent ces deux profils pour réfléchir sérieusement à la stratégie choisie pour augmenter le taux de vaccination.

Le profil plutôt aisé qui refuse la vaccination contre le covid-19 témoigne de la diffusion de ce que l'on pourrait appeler un "santéisme" dans notre société. Les individus sont de plus en plus poussés à devenir autonomes et responsables et à gérer eux-mêmes, à partir des informations expertes disponibles, leur vie et leur santé. Cette injonction à responsabiliser les patients est la mieux suivie par les personnes dotées d'un capital culturel, social et économique important. Mais cet investissement personnel dans les décisions de santé peut paradoxalement amener à prendre des distances avec les injonctions des autorités sanitaires, dans la mesure où ces nouveaux entrepreneurs de leur propre santé veulent fonder leurs choix sur d'autres sources d'information. Dans le cas du covid-19, il est évident que la nouveauté du virus, la nouveauté du vaccin, le fait qu'il ne protège pas entièrement contre les contaminations et le développement de la maladie, le fait que l'on en soit déjà aujourd'hui à une quatrième dose pour les personnes les plus vulnérables, ne fait qu'alimenter les controverses et n'incline pas ce profil-là à se faire vacciner.

Quant au profil majoritaire, celui issu des classes populaires, il peut s'appréhender à travers la théorie de l'aliénation, développée en sociologie du risque. Cette théorie postule que dans la société moderne avancée et de plus en plus complexe dans laquelle nous vivons, notre vie quotidienne est de plus en plus dépendante de systèmes d'expertise distants. Cela crée un désenchâssement des relations sociales qui alimente un sentiment d'aliénation parmi les classes populaires, qui subissent de plein fouet les risques d'incertitude qui sont liés à la complexification du monde. Elles sont les plus vulnérables en termes économiques, écologiques, sociaux, etc. Les jeunes Molenbeekois non vaccinés interrogés par Renaud Maes – je vous invite à lire son article – ne racontent en réalité rien d'autre. Ils expriment une réelle défiance envers le gouvernement. Selon leurs propres mots: "Ils nous ont enfermés et laisser crever", en faisant référence au confinement, "et maintenant, ils voudraient qu'on bouge". Même défiance envers les institutions: les hôpitaux qui discriminent et escroquent les patients, selon leur vécu et leurs dires; les mutuelles, car pour la plupart, ils ne sont pas en ordre de cotisation; le partage des données qui pourrait les amener, par exemple, à devoir régulariser des impayés.

Ils ont l'habitude de reporter des soins de santé. Ils n'ont pas de médecin généraliste et recourent en cas d'absolue nécessité aux urgences. En réalité, ils sont dans un processus de désaffiliation sociale extrêmement abouti qui prend ses racines dans un ensemble d'expériences sociales douloureuses (relégation scolaire, exclusion du marché de l'emploi, contrôle des précaires, méprise sociale) qui ont été renforcées par l'épreuve du confinement qu'ils ont vécu de manière extrêmement brutale.

Par ailleurs, les discours stigmatisants dont ils ont fait l'objet, eux, leur famille, leur quartier, pendant toute la pandémie (l'incidence du virus dans les quartiers populaires, le non-respect des mesures sanitaires et maintenant le refus de la vaccination) contribuent à alimenter leur sentiment qu'ils n'ont aucune place dans la société, que ce sont, en réalité, des inutiles au monde. L'enjeu est de taille car ils sont évidemment nettement plus perméables aux discours négatifs à leur égard, qu'aux discours plus nuancés, par ailleurs, peu publicisés.

La théorie de la stigmatisation d'Erving Goffman qui date des années 50-60 et qui est extrêmement bien connue en sociologie de la déviance et en criminologie montre qu'à force de stigmatiser quelqu'un, c'est-à-dire de lui assigner une étiquette qui a fait l'objet d'une disqualification sociale, il finit par se comporter comme tel. Il vaut mieux avoir une identité sociale négative que pas d'identité sociale du tout.

Or, les discours des institutions n'ont eu de cesse, depuis plusieurs mois, de stigmatiser les non vaccinés en les traitant d'égoïstes, d'irresponsables, de complotistes. Et les discours ont été suivis d'actes, puisque des politiques discriminatoires ont bel et bien été mises en place avec l'instauration du Covid Safe Ticket. Ces politiques ont vraisemblablement plutôt renforcé les non vaccinés dans leur résistance à la vaccination que l'inverse. (…) le peu de vaccinations supplémentaires depuis l'instauration de cette mesure dans notre pays.

Les différents baromètres de motivation qui ont été mis en place depuis le début de la pandémie, permettent de voir que la population de manière générale, les vaccinés et les non vaccinés en particulier, se positionnent sur différents sujets et comment ces positions évoluent dans le temps.

Premièrement, la population (…) de moins en moins que l'approche choisie pourra résoudre le problème tant pour les vaccinés que les non

vaccinés (…), même si des différences importantes existent entre les deux populations (42 % pour les vaccinés versus 84 % pour les vaccinés).

La confiance dans le gouvernement baisse également de manière linéaire pour atteindre son niveau le plus bas, tant chez les vaccinés que chez les non-vaccinés, pour atteindre respectivement 67 % et 97 % des personnes vaccinées et non vaccinées qui ne font pas confiance au gouvernement en janvier 2022.

Deuxième enseignement, les acteurs dans lesquels la population a confiance pour contrôler la pandémie restent les acteurs de première ligne: les médecins généralistes, les pharmaciens, les infirmiers. La confiance dans les experts, nettement plus élevée que la confiance dans le gouvernement, a aussi tendance à diminuer légèrement chez les vaccinés, alors qu'elle a toujours été basse chez les non-vaccinés.

Troisième enseignement, tant les vaccinés que les non-vaccinés estiment qu'il faut augmenter la capacité hospitalière et le personnel soignant.

Quatrième enseignement, si en septembre 2021, 70 % des vaccinés pensaient que le CST servait à protéger la population contre les situations à haut risque de contamination, ils ne sont plus que 50 % à le penser en novembre 2021. Les non-vaccinés n'y ont jamais cru. Tous estiment, et de plus en plus, que cette mesure ou le pass vaccinal s'apparente à une obligation vaccinale déguisée (87 % des vaccinés, 98 % des non-vaccinés) et crée des tensions et des conflits (85 % pour les vaccinés et 99 % pour les non-vaccinés).

Cinquième enseignement, en janvier 2022, 40 % des vaccinés sont contre une obligation vaccinale, 98 % des non-vaccinés la rejettent.

Sixième enseignement, les non-vaccinés estiment que leurs relations sociales sont entravées et se sentent de plus en plus exclus des groupes auxquels ils aimeraient appartenir. Les écarts se sont creusés la dernière année entre vaccinés et non-vaccinés et surtout les jeunes semblent en souffrir.

Si les vaccinés paraissent de plus en plus se questionner sur le bien-fondé de la gestion de l'épidémie, les non-vaccinés radicalisent leur position avec le temps et semblent se sentir de plus en plus exclus de la vie sociale, ce qui confirme le processus de stigmatisation en cours.

Quatrième point: les différentes stratégies et leurs avantages et inconvénients respectifs.

Concernant l'obligation vaccinale, je pars du principe que l'idée est d'augmenter le taux de vaccination. Si la vaccination obligatoire avait le mérite de mettre fin à une discrimination légale durement vécue par les non-vaccinés, cela ne veut pas encore dire qu'elle les motiverait à se faire vacciner pour autant. Les criminologues savent bien que ce n'est pas parce qu'une loi est votée que, pour autant, elle est mise en œuvre et surtout respectée par la population. La mise en œuvre de cette loi risque d'être fastidieuse, d'autant plus si elle ne s'adresse qu'aux adultes. Rappelons que le vaccin obligatoire concerne surtout la petite enfance et est régulé par des services tels que l'Office de la naissance et de l'enfance (ONE). On se rappellera que la majorité des non-vaccinés entretient un rapport distancié, voire négatif avec les institutions. Si des sanctions sont assorties au non-respect de la loi, encore faut-il qu'elles n'accentuent pas le processus de désaffiliation sociale et de stigmatisation.

Quant au pass vaccinal ou au Covid Safe Ticket (CST), qui pour moi sont en réalité relativement similaires, à la lecture des différents baromètres de la motivation il apparaît que la population, tant les vaccinés que les non-vaccinés, estime qu'il s'agit en réalité d'une obligation vaccinale déguisée, qui crée des tensions et des conflits sociaux qui n'ont pas lieu d'être. Par ailleurs, ce pass ne peut que renforcer la stigmatisation des non-vaccinés, qui est contre-productive en termes d'augmentation de la couverture vaccinale.

À mon sens, afin d'augmenter la couverture vaccinale, il me semble que la meilleure stratégie serait d'investir dans une médecine de première ligne, celle en qui les citoyens disent avoir le plus confiance. Dans les quartiers populaires où les structures médicales de proximité sont implantées de longue date, les taux de vaccination sont nettement plus élevés. C'est évidemment une stratégie à long terme, mais à mon sens c'est la seule qui permettrait d'augmenter le taux de vaccination et qui permettrait par ailleurs à cette population souvent fragilisée de se sentir un minimum prise en considération par les institutions et peut-être de commencer un chemin inverse vers une réaffiliation sociale.

Bernard Dubuisson: Monsieur le président, mesdames et messieurs, je me présente: je suis Bernard Dubuisson, professeur en droit de la responsabilité et droit des assurances à l'UCLouvain et, par ailleurs, co-président de la Commission de réforme du droit de la responsabilité civile. Je suis aussi doyen de la Faculté de droit. Si je le mentionne, c'est simplement pour m'excuser de ne pas avoir eu le temps de vous préparer un PowerPoint, parce

qu'en période de rentrée, c'est un petit peu compliqué, comme vous l'aurez compris - notamment compte tenu de la circulation du virus Omicron. En tout cas, j'essayerai d'être aussi clair que possible. Je suppose que ce qu'on attend de moi est de vous indiquer quels seraient les risques inhérents à l'instauration d'une vaccination obligatoire. Avant cela, je vous précise, mesdames et messieurs, que je n'ai aucun conflit d'intérêts dans ce contexte.

Je vous remercie pour cette invitation et vais essayer de remplir mon devoir aussi bien que possible. Je l'envisagerai uniquement, compte tenu du temps limité, sous l'angle de la responsabilité éventuelle des pouvoirs publics. Donc, je vais laisser de côté celle des prestataires de santé et du fabricant du vaccin lui-même. Ce sont des questions que nous pourrions aussi aborder, mais qui me paraissent moins essentielles dans le présent débat.

En droit positif actuel, dans une question comme celle-là qui consisterait à se demander si les autorités publiques seraient responsables des effets secondaires indésirables de la vaccination, surtout si elle est obligatoire, trois voies d'action sont possibles et je vais les envisager avec vous. La première est celle que tous les juristes connaissent: celle du droit commun. Il s'agit de la faute à démontrer dans le chef des pouvoirs publics. Puis, il y a celle du Conseil d'État, qui détient une compétence extraordinaire, pour connaître le contentieux de l'indemnisation en cas de préjudice exceptionnel. Enfin, je mentionne la voie de l'indemnisation par le biais du Fonds des accidents médicaux. Ce sont les trois voies possibles.

Je ne me prononcerai pas dans ce contexte sur l'opportunité ou non de la vaccination obligatoire. Je n'ai aucune compétence dans ce contexte. Je ne me prononce pas là-dessus mais uniquement sur les risques éventuels de cette vaccination.

Prenons la première voie, les articles 1382 et 1383, que les juristes connaissent bien puisqu'ils énoncent que tout fait quelconque de l'homme qui cause à autrui un dommage oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer.

En d'autres termes, pour obtenir réparation de ce dommage et réparation intégrale, il faut démontrer: premièrement, une faute; deuxièmement, un lien causal entre la faute et le dommage; troisièmement, le dommage lui-même.

La première question que l'on pourrait se poser à cet égard est de savoir si l'obligation est imposée par la loi ou par un règlement, ne s'agit-il pas en l'occurrence d'un acte de souveraineté qui échapperait à toute responsabilité civile? La réponse est en droit belge très claire. C'est non! Car aucun mode d'action de l'État n'échappe au droit de la responsabilité fondée sur la faute.

Toute l'évolution de la jurisprudence depuis un arrêt célèbre (l'arrêt de la Vavřička) consiste à démontrer que les pouvoirs publics, c'est-à-dire les gouvernants, sont comme les gouvernés soumis au droit de la responsabilité civile, et ce, tant dans l'exercice du pouvoir exécutif que dans l'exercice du pouvoir judiciaire et même dans l'exercice du pouvoir législatif.

La première question est clairement résolue: il n'y a pas d'immunité de l'État même dans l'exercice d'un pouvoir pouvant être qualifié de souverain. La question devient alors: pourrait-il se faire que l'on impute une faute à l'État dans le fait d'avoir imposé la vaccination obligatoire? Il y a peu de jurisprudence, mais j'ai malgré tout fait quelques recherches à cet égard.

Il y a un arrêt de la Cour de cassation du 26 avril 1963 concernant une action intentée contre l'État parce que, par une voie d'arrêté pris sur la base de la loi sanitaire, l'État avait cru bon d'imposer la vaccination contre la variole. Une jeune fille avait fait une réaction anormale et exceptionnelle à l'administration du vaccin et s'était trouvée paralysée, montrant aussi des signes de débilité mentale.

Une action est donc engagée contre les pouvoirs publics à cet égard, sur le fondement des articles 1382 et 1383 du Code civil. L'affaire vient jusque devant la Cour de cassation et l'État invoque deux moyens.

Le premier, c'est l'argument de la souveraineté, que j'évoquais tout à l'heure et qui consiste à dire qu'il n'appartient pas aux tribunaux de l'Ordre judiciaire de porter une appréciation sur une mesure ordonnée par l'État en exécution de la loi. Ce moyen est écarté par la Cour de cassation en disant que ce n'est pas parce qu'il s'agit d'un acte de souveraineté que l'État bénéficierait d'une immunité civile.

L'autre argument invoqué à l'appui du pourvoi était de critiquer le juge du fond qui avait estimé qu'il y avait faute dans le fait de prendre un acte qui comporte un risque pour une partie de la population, même minime. Dans le cadre du pourvoi en cassation, la Cour de cassation va censurer cette fois la décision du juge du fond, estimant que le juge du fond ne pouvait pas légalement déduire l'existence d'une faute de la seule constatation qu'une décision prise dans

l'intérêt général pouvait présenter un risque pour une tranche minime de la population.

Qu'est-ce que cela signifie? Pour savoir s'il pourrait être question d'une faute, il faudra procéder à une balance entre les bénéfices et les risques. C'est une question que vous connaissez très bien puisqu'elle est inhérente aussi au débat sur la vaccination, donc autant dire que l'on s'engage dans une voie probablement peu efficace dans le chef des éventuelles victimes, d'autant plus qu'au-delà de la faute il faudra démontrer la relation causale.

La relation causale, c'est un incontournable de toute action en responsabilité. Il faut démontrer que la faute est la cause de ce dommage. Or, en ce qui concerne des effets indésirables, que ce soit d'un médicament ou d'une vaccination, cette causalité ne sera pas toujours facile à établir. C'est une charge de la preuve souvent très compliquée pour les victimes. Imaginons qu'il y ait une thrombose ou l'apparition d'un syndrome de Guillain-Barré à la suite de l'administration du vaccin, encore faudra-t-il démontrer l'existence d'une causalité. Et là, la seule chose que je voudrais vous dire compte tenu du temps, c'est que la causalité juridique ne s'apparente pas à une causalité scientifique à 100 %.

J'entends par là que la certitude causale est une certitude judiciaire. Le juge doit avoir la conviction, au bout du compte, qu'il y a une relation, un haut degré de vraisemblance entre le fait générateur du dommage, à savoir l'administration du vaccin, et le dommage lui-même. Pour en terminer avec cette première voie, autant dire que cette base juridique est incertaine et qu'elle n'offrira probablement pas aux victimes une voie d'indemnisation satisfaisante pour couvrir les effets indésirables de la vaccination.

Démontrer la faute, démontrer la relation causale, s'engager dans un procès judiciaire qui risque d'être long, ce n'est probablement et certainement pas la voie idéale.

La deuxième voie d'indemnisation est fondée sur l'article 11 des lois coordonnées sur le Conseil d'État. En effet, assez particulièrement, le Conseil d'État peut connaître d'une action en indemnisation pour préjudice exceptionnel. On connaît bien la compétence du Conseil d'État et de sa section d'administration en particulier, qui connaît de l'illégalité ou des actes administratifs. Ici, il s'agit d'une compétence tout à fait particulière, au contentieux de l'indemnisation. Elle ouvre un droit d'action en réparation du dommage à tout citoyen qui s'estime victime d'un acte de l'État ou d'une quelconque autorité administrative, qui entraînerait pour lui un préjudice qualifié d'exceptionnel.

Ce qui est important de comprendre sur la base de cette action, c'est qu'il s'agit là d'une responsabilité sans faute. Celle-ci se fonde sur la rupture de l'égalité entre les citoyens face aux charges publiques. Ainsi, tout citoyen qui vit en société doit supporter un certain nombre d'inconvénients liés à la vie en société. Dès lors qu'on s'aperçoit qu'il y a un préjudice vraiment exceptionnel subi par une victime à la suite d'un acte de l'autorité, on pourrait effectivement avoir cette voie d'indemnisation devant le Conseil d'État.

Il faut relativiser cette compétence sous plusieurs aspects. Tout d'abord, c'est une compétence résiduaire, c'est-à-dire que le Conseil d'État ne peut connaître de l'action que s'il n'y a pas d'autres compétences ou tribunaux compétents pour en connaître. Pour le dire plus simplement, pour que l'action soit déclarée recevable, il faut d'abord vérifier s'il n'y a pas moyen de s'adresser ailleurs, soit devant les tribunaux de l'ordre judiciaire. Il s'agit d'une compétence de pleine juridiction, donc le Conseil d'État peut statuer au fond sur l'indemnisation du dommage, mais la compétence est résiduaire.

De plus – et c'est un autre élément potentiel – la compétence du Conseil d'État ne peut à ce titre être reconnue que pour des actes de l'exécutif, et non pour des actes législatifs. Le Conseil d'État n'a pas compétence pour connaître les actes législatifs. Ce n'est par conséquent que s'il s'agissait d'un arrêté royal pris sur la base de la loi sanitaire qu'il pourrait connaître de ce contentieux.

Enfin, notons – et c'est là sa faiblesse, mais toute relative – que le Conseil d'État, sur cette base, statue en équité. Cela signifie qu'il n'est pas tenu par le principe de la réparation intégrale du dommage. Il peut accorder réparation intégrale du dommage, mais il n'y est pas obligé.

Je me suis plongé dans la jurisprudence du Conseil d'État. Il existe effectivement un contentieux qui a concerné la vaccination obligatoire contre la polio, décrétée par un arrêté royal d'octobre 1966, sur le fondement de la loi sanitaire du 1er septembre 1945. Trois affaires se sont développées sur la base de cette compétence du Conseil d'État. Sans les détailler, elles se sont déroulées entre les années 1990 et les années 2010, toujours pour connaître le dommage subi par des enfants en bas âge à la suite de l'administration du vaccin contre la polio.

Dans les trois cas, le Conseil d'État a non seulement reconnu sa compétence pour connaître de la demande d'indemnisation des parents,

puisque ceux-ci agissaient au nom et pour le compte de leur enfant, mais a aussi estimé qu'il y avait bien là rupture d'égalité devant les charges publiques parce que tantôt il s'agissait d'une paraplégie qui avait été détectée à la suite de l'administration du vaccin, tantôt de troubles neurologiques importants, et même tantôt de paralysie de la cuisse et de la jambe gauche constatée à la suite de l'administration du vaccin. Bien qu'il y ait eu discussion sur l'existence du lien de causalité qui, je le répète, est incontournable puisque le Conseil d'État doit lui aussi vérifier si l'acte générateur du dommage est en lien causal avec ce dommage – surtout pour la troisième affaire pour laquelle il y avait des doutes quant à la relation causale entre l'administration du vaccin et la paralysie de la cuisse et de la jambe gauche –, le Conseil d'État a considéré qu'il pouvait se contenter d'un haut degré de probabilité et, dans les trois cas, il a accordé une indemnisation intégrale aux victimes.

Pour en terminer avec cette deuxième voie d'indemnisation, reconnaissons qu'il ne s'agit pas là d'une voie d'indemnisation très sûre ni très satisfaisante pour les éventuelles victimes. Pourquoi est-ce que je l'affirme? Simplement parce qu'il s'agit là d'une compétence que je qualifie évidemment de résiduaire, où l'on statue en équité et que finalement, le Conseil d'État statue en bout de course sur l'existence d'un préjudice qu'on qualifierait d'exceptionnel. Et même si je n'ai pas connaissance de jurisprudence à cet égard, il est possible que, puisque maintenant existe le Fonds des accidents médicaux, le Conseil d'État estime qu'au titre de sa compétence résiduaire, il ne doit plus statuer sur ce type de demande.

J'en viens donc à ma troisième voie d'indemnisation qui concerne l'indemnisation devant le Fonds des accidents médicaux. Vous savez sans doute qu'une loi du 31 mars 2010 a été adoptée sur l'indemnisation des dommages résultant des soins de santé.

La mise en place de ce Fonds d'indemnisation des accidents médicaux liés à des prestations de soins de santé faisait suite à une insatisfaction générale venant tant des médecins que des patients et des assureurs sur les voies d'indemnisation du droit commun qui se résumaient pour le patient à devoir démontrer la faute du médecin, le lien causal et le dommage. C'est toujours la même chanson. On a donc mis en place ce Fonds des accidents médicaux. Ce Fonds est en fait un service qui est constitué au sein de l'assurance maladie-invalidité et qui est financé par la voie d'un budget annuel qui lui est attribué pour couvrir les dommages résultant des accidents médicaux arrêté et délibéré en Conseil des ministres. Ce n'est pas cela qui nous intéresse au premier chef mais il est important de comprendre que, dans le contexte de ces lois, la victime d'un accident médical dispose d'un droit nouveau lui permettant d'obtenir, auprès du Fonds, une indemnisation pour un accident sans responsabilité à charge de la solidarité nationale.

À nouveau, ce qu'il faut souligner ici, c'est qu'il ne s'agit pas, dans cette mission principale d'indemnisation, de responsabilité pour faute. Nullement! Au contraire, il s'agit plutôt de garantir une indemnisation aux victimes pour des accidents réputés sans responsabilité. Je vais à l'essentiel car le Fonds des accidents médicaux a d'autres missions que la mission d'indemnisation dont je vous parle ici. Mais je ne vous parlerai que de la mission d'indemnisation pour des accidents sans responsabilité. Que signifie "accidents médicaux sans responsabilité"? Pour le dire en quelques mots, ce sont des accidents liés à des aléas thérapeutiques. Le Fonds est chargé d'indemniser la victime lorsqu'il s'agit d'un accident lié à une prestation de soins de santé qui n'engage pas la responsabilité d'un prestataire de soins, qui ne résulte pas de l'état antérieur du patient et qui entraîne pour celui-ci un dommage anormal et suffisamment grave.

Si les conditions objectives sont réunies, la réparation sera intégrale. Dans ce contexte, le dommage doit résulter d'une prestation dispensée par un prestataire de soins. Ces notions sont empruntées à la législation en vigueur dans l'art de guérir. Je ne vais pas rentrer dans le détail de ces définitions.

De plus, le dommage doit être, dit-on, "anormal et suffisamment grave" pour pouvoir ouvrir à la victime un droit à indemnisation. Qu'est-ce qu'un dommage anormal? D'après la définition de la loi, un dommage est réputé anormal lorsqu'il n'aurait pas dû se produire, compte tenu de l'état actuel de la science, de l'état du patient et de son évolution objectivement prévisible. Cette notion est, par conséquent, aussi sujette à interprétation. En même temps, le dommage doit être suffisamment grave. Qu'entend-on par là? Cela signifie tout simplement qu'il doit atteindre un certain seuil de gravité pour être pris en compte. Il est réputé grave dans trois ou quatre hypothèses: premièrement, lorsque le patient subit une invalidité permanente d'un taux égal ou supérieur à 25 %; deuxièmement, lorsqu'il subit une incapacité temporaire de travail, au moins durant six mois consécutifs ou six mois consécutifs sur une période de douze mois; troisièmement, lorsque le dommage occasionne des troubles particulièrement graves, y compris d'ordre économique dans les conditions d'existence de la victime; le quatrième cas est celui malheureux,

bien entendu, du décès.

La question devient pour nous la suivante: le Fonds des accidents médicaux constituerait-il cette ressource pour les victimes éventuelles d'effets indésirables de la vaccination contre le covid-19? Quelques questions peuvent se poser dans ce contexte. D'abord, s'agit-il véritablement d'un acte médical et d'un dommage lié à une prestation de soins de santé?

Si je fais l'observation, c'est qu'on pourrait dire qu'au fond, c'est plutôt un problème lié à un produit qui est défectueux. Dès lors, le Fonds des accidents médicaux pourrait ne pas être compétent pour en connaître.

En réalité, tel n'est pas le cas. En tout cas, la majorité des commentaires, et le Fonds des accidents médicaux lui-même, considèrent qu'il y a bien dans l'administration d'un vaccin un acte médical, qui se distingue clairement d'un traitement par médicament.

Dès lors, sur cette base, le Fonds des accidents médicaux pourrait être compétent. Et d'ailleurs, un avis a été rendu par le Fonds des accidents médicaux, le 19 décembre 2017, à propos des effets indésirables d'un vaccin contre la grippe, vaccin non obligatoire, bien entendu, mais qui avait entraîné chez le patient une perte de poids, une myalgie et des troubles cognitifs.

Dans ce contexte, le Fonds d'indemnisation a accepté sa compétence. Cela signifie qu'il a accepté de considérer qu'il s'agissait bien d'un acte médical lié à une prestation de santé. Par contre, il a rejeté la demande, estimant que la causalité n'était pas suffisamment établie entre l'administration du vaccin et les troubles invoqués par le patient.

Retenons aussi, entre parenthèses, que le Fonds des accidents médicaux ne fait pas l'économie de l'exigence causale. Il faut toujours, même devant ce Fonds, démontrer la causalité. C'est la deuxième question que je voudrais aborder, cette fameuse question de la causalité.

Il faudra convaincre, de manière suffisante, c'est-à-dire avec un haut degré de vraisemblance, que les effets indésirables qu'on impute au vaccin sont bien liés à l'administration du vaccin.

On a une petite expérience, parce que deux ans, c'est quand même une expérience relativement limitée. Il est possible qu'il y ait des effets secondaires à retardement. Donc, il ne faut pas sous-estimer les questions de causalité qui pourraient se poser dans ce contexte.

La troisième question est la suivante: que veut dire un dommage anormal? Lorsqu'il s'agit d'une vaccination, au fond, on va éliminer du champ de l'indemnisation tous les effets secondaires bénins et réputés normaux et bien connus, pour ne conserver que les effets secondaires imprévus, qui ont une ampleur relativement exceptionnelle, pour le dire en quelques mots.

Sur la notion même de dommage anormal, il pourrait aussi y avoir un débat. Parce qu'au fur et à mesure qu'on accumule les connaissances scientifiques par les procédures de pharmacovigilance sur les effets du vaccin, est-ce qu'on peut encore dire que si on les connaît, le dommage est encore anormal?

Il pourrait y avoir un débat sur cette question mais, *a priori*, je pense que pour des effets secondaires qui seraient d'une ampleur suffisamment grave, il n'y a pas lieu de contester la compétence et la possibilité de l'indemnisation par le fonds.

Une question est aussi de savoir combien de temps dure ce risque qui repose sur le fonds d'indemnisation qui serait amené à traiter toutes les demandes liées à une obligation vaccinale qui est instaurée. Le délai de prescription de l'action devant le fonds est un délai qui est le délai de droit commun, c'est-à-dire vingt ans à partir du fait générateur. Et le fait générateur sera probablement la dernière administration du vaccin. Donc, c'est un risque qui n'est pas négligeable. On ne peut pas négliger que, s'il y a des effets à retardement – ma collègue parlait effectivement des femmes enceintes qui craignaient que des effets secondaires soient liés à la prise de ce vaccin –, on n'est pas nécessairement à l'abri d'une multitude de demandes d'indemnisation qui imposeraient alors à l'État de prendre en charge ces dommages.

Pour finir, qu'y a-t-il lieu de faire? Si nos parlementaires devaient décider la vaccination obligatoire, est-ce qu'il faudrait faire plus que ce que je vous ai exposé? Je pense qu'il y aurait une solution – c'est mon avis personnel – qui serait relativement simple: confirmer explicitement la compétence du fonds d'indemnisation des accidents médicaux pour connaître des demandes des patients qui seraient victimes d'effets indésirables de manière à couper court à toutes les interprétations ou hésitations qu'on pourrait encore avoir sur la notion de prestation de santé, sur la notion de dommage anormal. Il suffirait alors de prévoir et d'affirmer la compétence du fonds d'indemnisation. Personnellement, je ne dérogerais pas aux conditions de gravité parce que je pense qu'il y a quand même lieu de maintenir des conditions de gravité pour l'indemnisation.

Mais cela aurait sans doute pour effet favorable de rassurer d'une certaine manière la population, qui se sentirait insécurisée par le fait qu'on ne connaît pas encore bien les effets secondaires du vaccin.

Evidemment, quand on parle d'indemnisation, cela veut dire qu'on est déjà un peu tard parce que le dommage est là. Mais, au moins, qu'il y ait une voie d'indemnisation possible pour ces personnes qui seraient victimes des effets secondaires serait certainement – une compétence confirmée dans le chef du fonds des accidents médicaux – une voie qui pourrait être suivie.

Je vous remercie de votre attention.

Le **président**: Merci, professeur Dubuisson.

Peter De Roover (N-VA): Mijnheer de voorzitter, ik dank nogmaals de sprekers.

Wij hebben van de heer Charlier van Unia gehoord dat de overheid de plicht heeft om toegang tot goede gezondheidszorg te verzekeren. Als wij niet-gevaccineerden met de vinger wijzen voor het feit dat andere zorg niet kan worden verleend, zullen we dan die verantwoordelijkheid van de overheid niet overhevelen naar een burger? Zetten we zo geen gevaarlijke stap naar de koppeling van het recht op gezondheidszorg aan het gedrag van de burger? Is dat geen gevaarlijk pad, dat ook consequenties kan hebben? Vergeet niet dat mensen van wie de zorg moet worden uitgesteld, omdat de capaciteit onvoldoende is, misschien zelf mensen zijn voor wie de reden waarom ze op intensieve zorg belanden, obesitas of overmatig drankgebruik is. Wat denken jullie daarover?

Er is een theoretisch verschil tussen een 1G-beleid en een vaccinatieplicht. Maar indien wij een vaccinatieplicht op een klassieke manier koppelen aan boetes, krijgen we een soort 2G-beleid: men krijgt dan namelijk weer vrijheid in de samenleving ofwel via vaccinatie, ofwel via het betalen van een boete. Dat klinkt een beetje belachelijk. Professor Torfs heeft gesproken over de afdwingbaarheid van een regel. Indien we bij een verplichting niet alleen een boete willen geven om zeg maar de begroting te spekken, maar daar ook echt effect mee willen sorteren, dan vrees ik dat een 1G-beleid de enige efficiënte manier is.

De vraag rijst dan of er nog een verschil is tussen een 1G-beleid als techniek om die verplichting door te voeren, en een formele verplichting. Dan herhaal ik de reeds aangehaalde woorden dat een 1G-beleid het beleid is van een laffe overheid. Bent u het daarmee eens?

Een laatste vraag aan de laatste professor, is er een verschil in aansprakelijkheid van de overheid naargelang het gaat om een echte formele verplichting dan wel om een indirecte verplichting via 1G?

Laurence Hennuy (Ecolo-Groen): Monsieur le président, mesdames, messieurs, je vous remercie pour vos interventions excessivement pédagogiques et limpides. De ce fait, je n'aurai pas beaucoup de questions de clarification.

Madame De Greef, vous concluez en disant que la Ligue est plutôt favorable théoriquement à l'obligation vaccinale plutôt qu'au CST pass vaccinal si, toutefois, il est appliqué de manière proportionnée. Vous parlez des sanctions ou ce serait plutôt l'obligation de discuter avec des professionnels de soins plutôt que de sanctions pénales? Excluez-vous d'autres types de sanction? L'institut pour les droits humains a parlé d'une amende et de mesures alternatives. J'imagine que les mesures alternatives porteront sur des sanctions plutôt que l'emprisonnement? Vous, excluez-vous d'autres types de sanctions? Vous n'avez pas parlé du nécessaire cadre d'indemnisation. On l'a développé suffisamment avec M. Dubuisson.

Je voulais aussi remercier la présentation, d'un point de vue sociologique présenté par Mme Nagels, car c'était un élément qui manquait dans toutes ces auditions. Il convenait de rappeler le contexte qui nous avait amené les différentes possibilités en faveur d'un taux plus élevé de vaccination. Vous avez parlé d'une solution qui serait plutôt intéressante pour le profil majoritaire, soit les non-vaccinés, qui avaient une méfiance vis-à-vis de la médecine, mais moins pour les profils sociologiques qui étaient méfiants par rapport au vaccin, à leur propre santé. Avez-vous des solutions pour approcher ce type de profil ou est-ce peine perdue?

Laurence Zanchetta (PS): Monsieur le président, je remercie également les différents intervenants pour leur présentation. Je commencerai par Mme De Greef. La Cour européenne des droits de l'homme a tout récemment parlé de solidarité sociale en matière de vaccination obligatoire, notamment pour protéger les plus faibles qui ne peuvent, eux, être vaccinés.

Partant de ce concept de solidarité sociale, selon vous, pourrait-on réserver cette vaccination à certains groupes de population à risque, comme cela s'est fait en Italie? Ethiquement, est-ce acceptable? Par ailleurs, en optant pour le pass sanitaire ou vaccinal, n'en vient-on pas à dire aux gens: "Faites ce que vous voulez, mais si vous ne faites pas le choix que nous estimons être le bon,

vous serez sanctionnés et ne pourrez plus faire telle ou telle chose."

L'obligation vaccinale n'a-t-elle pas le mérite de la transparence, comme on l'a entendu selon vous, notamment par rapport à des mesures comme le pass vaccinal? Par ailleurs, vous avez parlé de responsabilité de l'État, qui est moins nette avec un pass vaccinal.

Madame Nagels, vous avez fait un plaidoyer pour qu'on arrête de stigmatiser les personnes non vaccinées. Madame, l'obligation vaccinale, en mettant l'ensemble de la population sur un pied d'égalité, est considéré comme un instrument parmi d'autres, évidemment. Cette obligation pourrait-elle avoir l'avantage d'éviter cette dualisation de la société qui est parfois ressentie avec l'utilisation du CST ou du pass vaccinal.

Dans votre carte blanche, vous disiez que l'argumentaire de la saturation des hôpitaux était constamment mobilisé depuis le début de la pandémie pour justifier les différentes mesures que l'on impose à la population et que si le secteur hospitalier est débordé, ce n'est pas à cause des non-vaccinés, mais du sous-financement structurel des soins de santé.

Si on peut vous suivre, l'argument de la protection des personnes, notamment de celles qui ne veulent pas de la vaccination, ne doit-il pas également être pris en compte? Selon vous, comment l'État doit-il garantir au mieux ce droit?

Pour monsieur Dubuisson, au niveau de la responsabilité, cela change-t-il la donne de passer d'une vaccination volontaire à une vaccination obligatoire?

On entend parfois des personnes refuser le vaccin au vu de l'autorisation de mise sur le marché conditionnelle, ce qui aurait exempté les laboratoires pharmaceutiques de leurs responsabilités financières, en cas d'effets indésirables, ce qui est évidemment faux.

Mais le fait que les vaccins aient obtenu une autorisation de mise sur le marché conditionnelle modifie-t-il les règles en matière de responsabilité? J'aurais aimé vous entendre à ce sujet.
Les contrats d'achat anticipé au niveau européen prévoient que les États membres indemnisent le fabricant pour les éventuelles responsabilités encourues uniquement dans des conditions spécifiques. Quelles sont ces conditions et les conséquences pour les citoyens?

Steven Creyelman (VB): Mijnheer de voorzitter, het merendeel van mijn vragen werd reeds beantwoord. Professor Torfs, u hebt eigenlijk al in antwoord op wat mijn eerste vraag zou zijn geweest, duidelijk aangetoond dat u hier wel degelijk op uw plaats bent. Men had er inderdaad wat bedenkingen en kritiek bij toen u werd genoemd om hier gehoord te worden.

Wij kunnen niet naast enige polarisatie tussen gevaccineerden en niet-gevaccineerden kijken en ik druk mij nog zacht uit. Een betere vergelijking is dat elk van die groepen in zijn eigen loopgraaf zit. Ziet u elementen in het beleid die hieraan hebben bijgedragen? Indien ja, welke zijn dat volgens u?

Een van de elementen waarvan ik persoonlijk vind dat ze hebben bijgedragen aan wat stilaan een dovemansgesprek is geworden, is het gebrek aan publiek debat, zowel op politiek vlak als op wetenschappelijk vlak. Ik denk dan vooral aan de reacties op wie ook maar enige kritiek had, of nog maar een paar bedenkingen uitte en dus buiten die zogenaamde politieke of wetenschappelijke consensus trad. Ik heb hier een tijdje geleden grappend de vergelijking gemaakt dat op die manier de aarde nog plat zou zijn en de zon rond de aarde zou draaien. Ik bedoel daarmee natuurlijk niet dat iedereen die buiten die consensus treedt, per definitie gelijk heeft.

Hoe staat u tegenover die stelling? Hebt u dergelijk stigma zelfs ondervonden? Dan maakt dat van u een ervaringsdeskundige.

Is dat volgens u mee verantwoordelijk voor het wantrouwen dat bij een bepaald deel van de bevolking is gegroeid tegenover vaccinatie, en voor een zekere vaccinatiemoeheid bij een ander deel van de bevolking, dat zich aanvankelijk vrij enthousiast liet vaccineren?

Ik zou graag een vroegtijdige conclusie trekken. Wij zien toch dat het merendeel van de mensen die wij hier horen, zich in mindere of meerdere mate kant tegen een expliciete verplichte vaccinatie. Wij hebben natuurlijk ook een heel aantal meningen en visies zien passeren over een impliciete verplichte vaccinatie. Hoe staat u in dat kader tegenover maatregelen als een CST, dat mensen bepaalde aspecten van het sociaal leven ontzegt? In het verlengde daarvan, hoe staat u tegenover sancties voor mensen die zich niet willen laten vaccineren?

In de andere richting, de positievere richting wordt dan gezegd, hoe staat u tegenover maatregelen die mensen op een positieve manier moeten stimuleren om zich toch te laten vaccineren? U zet in die zin maar de aanhalingtekens waar u wilt.

Ik denk daarbij aan een gratis gezondheidcheck-up, zoals werd geopperd door een van de sprekers

hier tijdens een vorige hoorzitting.

U had het op een bepaald moment in uw exposé over de afdwingbaarheid van een eventuele verplichting. Ik vraag mij af welke mogelijkheden u ziet op het vlak van afdwingbaarheid en op het vlak van handhaving? Wat zijn daar de do's-and-don'ts?

Ik had ook nog een vraag over de aansprakelijkheid van de overheid ten opzichte van de aansprakelijkheid van de vaccinproducenten. U mag daar nog op antwoorden, maar dat is nu misschien een beetje absurd, daar de heer Dubuisson daar een heel exposé aan gewijd heeft. Als u in dat verband nog een ei wil leggen, hoor ik dat graag.

Daniel Bacquelaine (MR): Monsieur le président, je souhaiterais poser une question à Mme De Greef.

Madame, en matière de proportionnalité, vous avez parlé de l'importance des perspectives. Il est certain que les moyens mis en œuvre doivent être proportionnels à la légitimité des objectifs.

Vous avez parlé de nouveaux traitements, de la sortie de la pandémie. Ce dernier aspect me semble très important dans le cadre de l'évaluation de la proportionnalité.

Il est sûr qu'on a encore beaucoup d'incertitudes en la matière. Nous ne sommes pas devins. Avec Omicron, il y a bien des éléments qui peuvent laisser à penser qu'on pourrait sortir de la pandémie. Certains experts de l'OMS se sont exprimés en ce sens.

Il y a aussi un élément qui n'a pas été évoqué. Je pense ici à l'apparition de nouveaux vaccins qui seraient nettement plus efficaces. Cet élément intervient également dans l'évaluation de la proportionnalité. En effet, si on peut légitimement s'attendre à voir arriver de nouveau vaccins qui seraient plus efficaces, il est difficile de décréter une obligation vaccinale alors qu'on sait que le vaccin actuel n'est pas efficace à 100 % et qu'il pourrait prochainement être remplacé par d'autres vaccins plus efficaces. Cet élément doit, selon moi, également être pris en considération dans le cadre de l'évaluation de la proportionnalité. Je voudrais avoir votre avis à ce sujet.

Vous dites que le pass vaccinal, c'est une obligation vaccinale déguisée, que c'est difficile à contrôler, qu'il implique un accès aux données à caractère personnel. J'entends bien. Vous mettez donc en exergue la difficulté du contrôle.

Mais avec l'obligation vaccinale, il faut aussi un contrôle. Pour moi, la différence n'est pas très importante. Je ne prends pas ici position en faveur de l'obligation vaccinale. Loin de là! Je dis simplement que la question du contrôle se pose tout autant pour l'obligation vaccinale que pour le pass vaccinal.

Il y a aussi le problème des sanctions. Pour vous, la sanction doit être la plus légère possible. Cela m'amène à penser qu'il ne faut pas d'obligation vaccinale. En effet, je ne crois pas aux obligations sans sanction. Selon moi, cela ne fonctionne jamais. Il s'agit, à mon avis, d'un argument supplémentaire pour ne pas opter pour l'obligation vaccinale.

C'est sûr qu'une partie d'un public précarisé n'a pas opté pour la vaccination, non pas par volonté mais plutôt du fait qu'elle se trouve souvent en marge des organisations sociales qui permettent d'accéder à la vaccination. Par contre, je pense que le public le plus opposé à la vaccination n'est pas nécessairement le public le plus précarisé. On voit cela dans certaines manifestations. Certains profils ne sont pas du tout un public précarisé. Au contraire, il y a dans les opposants et dans ce qu'on appelle les "antivax" des personnes qui ne font pas du tout partie du public précarisé. À mon sens, ce qu'il faut pour le public précarisé, c'est un contact avec lui qui permettrait simplement de discuter de l'intérêt de la vaccination. Ce sont donc deux choses assez différentes. Je pense que c'est un argument qui ne plaide pas pour l'obligation vaccinale. L'obligation vaccinale qui voudrait s'imposer à un public très farouchement opposé engendrerait toute une série de complications qu'on ne soupçonne peut-être pas encore.

Pour ce qui concerne M. Dubuisson, j'ai entendu son propos avec énormément d'intérêt car cela m'a rappelé tous les débats sur le Fonds des accidents médicaux auxquels j'ai largement participé à l'époque. C'était particulièrement intéressant. Cela cadre bien le sujet de la responsabilité. Par contre, j'entends bien que son propos s'adressait principalement aux effets éventuels de l'obligation vaccinale. Monsieur Dubuisson, il serait intéressant de connaître votre avis par rapport à des obligations plus ou moins déguisées. Le même raisonnement ne vaut-il pas pour le pass-vaccinal ?

Le **président**: Monsieur Bacquelaine, je vous demanderai de bien vouloir conclure.

Daniel Bacquelaine (MR): J'ai terminé, monsieur le président.

Le **président**: C'est parfait! Je vous remercie.

Nathalie Muylle (CD&V): Mijnheer de voorzitter, ik dank de sprekers. Ik heb vier vragen, twee voor mevrouw De Greef en twee voor de heer Torfs.

Mevrouw De Greef, ik kom terug op het aspect dat de vaccinatieplicht legitiem en proportioneel moet zijn. Vorige week hebben bepaalde sprekers gezegd dat gelet op de milde omikronvariant een brede vaccinatieplicht dat niet zou zijn. Andere sprekers zeiden dat vaccinatieplicht voor 50-plussers of 60-plussers, die de grootste gezondheidswinst zouden boeken bij een milde variant, misschien een optie was. Is die dan voor u wel legitiem en proportioneel?

Mijn tweede vraag gaat over het publieke debat waar u naar verwees. Wij hebben hier ook motivatiepsychologen gehoord, en die zijn heel duidelijk. Zij zeiden dat er een draagvlak voor vaccinatie is als het risico heel hoog risico is.. Dan is er de hoogste motivatie. Die is er vandaag niet omdat er nu geen hoog risico is. Als het risico hoog wordt en men voert dan opnieuw het debat over het draagvlak, is men dan niet te laat voor het voeren van uw publiek debat?

Mijnheer Torfs, u sprak over de appreciatiemarge waarover lidstaten beschikken om te kunnen afwijken. Ik vraag mij af hoe ruim of hoe eng u die appreciatiemarge ziet die de lidstaten vandaag hebben in de context van deze pandemie, en meer specifiek in de context van de vaccinatiestrategie?

Tot slot, de afdwingbaarheid. U zegt dat die ofwel tot *soft law* leidt ofwel tot wantrouwen in ons rechtsysteem. Is er volgens u wel een situatie mogelijk waarin acceptabele afdwingbaarheid mogelijk is? Graag krijg ik uw visie daarop.

Robby De Caluwé (Open Vld): Mijnheer de voorzitter, ook ik dank de sprekers. Ik heb een aantal vragen die ik aan de sprekers in het algemeen zal richten.

Als het over vaccinatieplicht of over het 1G-beleid gaat, wordt er vaak gesproken over proportionaliteit. Geen enkele wetenschapper durft zich echter uit te spreken over het verloop van de pandemie. Men hoopt dat wij met de huidige omikronvariant een minder ziekmakende variant hebben, maar niemand durft te voorspellen of er een nieuwe variant komt die opnieuw meer ziek maakt. Ik vraag mij af of wij niet te veel focussen op de huidige fase met een variant die minder ziekmakend is. Ik vraag mij vooral af wat voor u de elementen zijn die in de weegschaal liggen om de proportionaliteit te beoordelen? Hoe wordt die bijvoorbeeld beoordeeld voor een algemene vaccinatieverplichting of enkel een verplichting voor de kwetsbare groepen? Hoe past die in een 1G-beleid en dergelijke?

Speelt leeftijd een rol in de afweging van de proportionaliteit? Wij weten immers dat kinderen tot nu toe minder of niet ziek worden bij een besmetting.

Een andere vraag. Hoe belangrijk is het argument van het recht op gezondheid van een niet-covidpatiënt die zijn zorg uitgesteld ziet. Ik vraag mij af of dat element ook niet met proportionaliteit te maken heeft, namelijk dat sommige mensen bepaalde medische zorgen uitgesteld zien omdat de bedden vol liggen met mensen die een covidbesmetting hebben.

Mijnheer Dubuisson, ik heb voor u een specifieke vraag over de vaccinatieplicht.

Het zou nodig zijn dat er een fonds bestaat dat de gezondheidsschade na vaccinatie kan vergoeden. Vreest u niet dat in een dergelijk geval de hardleerse antivaxers het fonds zullen bestormen met schadeclaims? Het opent immers deuren om het fonds te bestormen.

Inzake aansprakelijkheid verwees u heel vaak had naar overheid. Wat is echter precies de aansprakelijkheid van producenten als er ongewenste nevenschade zou zijn? Is er van hun kant geen aansprakelijkheid?

Karin Jiroflée (Vooruit): Mijnheer de voorzitter, ook wij danken alle sprekers hartelijk. Professor Torfs, wij zijn het over een verrassend aantal zaken eens.

Mijnheer de voorzitter, ik wens een algemene bezorgdheid te duiden. Ik vrees immers dat er een misverstand is over de vraag, het onderwerp waarover het hier moet gaan. Voor ons gaan de huidige hoorzittingen in grote mate over de mogelijke wenselijkheid van een vaccinatieplicht tegenover een toekomstige dreiging van COVID-19. Wij hebben al verschillende keren gemerkt dat de meeste sprekers ervan uitgaan dat het over een vaccinatieplicht in het heden gaat. De heer De Caluwé is daar ook mee begonnen. De huidige goede vaccinatiegraad of de ziekmakendheid van de huidige omikronvariant zou dan het belangrijkste zijn.

Dit is geen verwijt aan de sprekers. Laat dat duidelijk zijn. De vraag aan de sprekers was erg breed. Ik merk echter op dat een aantal sprekers toch uitgaat van de huidige situatie. Ik wil onderstrepen dat een eventuele vaccinatieplicht er een zou zijn voor de toekomst en voor de momenten waarop wij niet zeker zijn van de mildheid van de variant alsook voor de momenten

waarop wij niet zeker zijn van de vaccinatiegraad. Het gaat eigenlijk over crisisplanning. De essentie is: de crisis van morgen plant men niet vanuit de situatie van vandaag.

Dat hebben we trouwens ook geleerd in de bijzondere COVID-commissie, die ongeveer een halfjaar geleden eindigde.

Een tweede probleem met crisisbeleid is de preventieparadox en de onzekerheid die daarbij hoort, want in een crisis heeft men maar een paar momenten om goeie keuzes te maken en als men die mist, blijven er alleen nog slechte en nog slechtere opties over. Het beste evenwicht tussen vrijheid en crisisbeleid bereikt men met snel en gericht ingrijpen.

Hoewel we het vaak met heel wat sprekers eens zijn, brengt dit mij tot mijn enige vraag, gericht aan alle sprekers. Welke preventieve maatregelen ter voorbereiding van een toekomstige crisis tegenover een toekomstige variant van covid die mogelijk ziekmakender of dodelijker zou zijn, zouden proportioneel, wettelijk en doelmatig zijn? Niemand van ons weet wat de toekomst brengt. Als beleidsmakers hopen we uiteraard op het beste, maar hebben we ook de plicht om ons voor te bereiden op het slechtste scenario. De vraag is dus: wat zou u doen? Welke voorwaarden moeten volgens u in acht genomen worden om ons daarop voor te bereiden?

Catherine Fonck (cdH): Mesdames et messieurs, je vous remercie pour vos exposés et leur intérêt.

Madame De Greef, vous avez abordé la question des données à caractère personnel qui pourrait bien évidemment poser quelques problèmes dans un certain nombre de cas et notamment pour le pass vaccinal. Est-ce qu'il ne s'agit pas exactement du même problème sur le volet de l'obligation vaccinale quel que soit le modèle choisi, que ce soit par rapport à un contrôle par une autorité publique, qu'il faille se présenter ou envoyer un certificat à la commune, par exemple, comme c'est le cas pour la polio ou alors un contrôle par la police, etc. En tout cas, on reste dans le cadre de données à caractère personnel, ce qui pose des questions importantes.

Monsieur Torfs, dans tout ce que vous avez présenté, vous avez insisté sur le fait qu'intérêt général et intérêt personnel ne devaient pas être opposés. C'est vrai! Mais est-ce que la question n'est pas de trouver un équilibre lorsque les intérêts sont divergents? Dans le fond, c'est ce que l'on fait très régulièrement en matière de droit. Sur le volet de la santé, cela a un accent particulier. Par exemple, en matière de tabac, on a testé l'interdiction de fumer dans un lieu public. C'est une restriction de liberté mais validée et justifiée pour protéger la santé des autres. Si j'en viens à la question sur le covid, quid de l'équilibre à trouver entre la liberté et le droit pour un autre patient de ne pas subir un report de soin parce que tout simplement, il faut garder les places aux soins intensifs disponibles dans le cadre des directives prises par l'État pour faire face à l'épidémie?

Madame Nagels, je n'ai pas le temps de tout détailler. Une question me semble être centrale: n'y a-t-il pas un enjeu majeur de voir comment raccrocher les patients au système de santé? On le voit! Sur Bruxelles, on a un taux de vaccination le plus faible, on a un taux de DMG plus faible, une sous-consommation de soins. C'est là qu'il faut aussi pouvoir avancer. Ce n'est pas seulement la question de la vaccination qui est centrale mais aussi comment raccrocher toute une série de personnes éloignées du système de santé.

Monsieur Dubuisson, dans les cas d'indemnisation pour préjudices exceptionnels devant le Conseil d'État, vous avez évoqué trois dossiers entre 1990 et 2010. En 2010, la loi relative au Fonds des accidents médicaux avait déjà été votée.

Le Conseil d'État avait-il pris sa décision avant que soit créé le Fonds d'indemnisation des accidents médicaux? Si non, est-ce que le Conseil d'État l'a mentionné?

Concernant le Fonds d'indemnisation des accidents médicaux, il est prévu explicitement que ce fonds peut récupérer une indemnisation en cas de responsabilité d'une tierce partie. Dans le cadre du vaccin, le Fonds d'indemnisation des accidents médicaux ne va-t-il pas tenter de récupérer l'indemnisation auprès de la firme pharmaceutique? Comment voyez-vous les enjeux, y compris par rapport au type de contrats qui ont été signés entre les États et les firmes, en passant bien sûr par l'Union européenne?

Ne pensez-vous pas qu'on peut déjà aujourd'hui faire valoir une possibilité d'indemnisation auprès du Fonds d'indemnisation des accidents médicaux à partir du moment où les différents gouvernements du pays ont fait des appels répétés en faveur de la vaccination?

Thierry Warmoes (PVDA-PTB): Je vais prendre la parole en mon nom propre. Ma première question s'adresse aussi bien à Mme De Greef qu'à M. Torfs.

Wij hebben maandag doctor Verelst gehoord die stelde dat een vaccinatieverplichting een

schending van onze grondrechten inhoudt. Ze had het daarbij vooral over de ongrondwettelijkheid van eender welke uitzonderingstoestand.

Elle fait référence à l'article 187 de la Constitution belge qui dispose que "la Constitution ne peut être suspendue en tout ni en partie". Elle nous a dit que c'était unique en Europe ou peut-être même dans le monde. Je ne sais plus, mais c'est, en tout cas, un article particulier.

Ook professor Vuye was op grondwettelijk vlak kritisch over het idee van een verplichte vaccinatie.

Monsieur Torfs et madame De Greef, partagez-vous cet avis?

Il me reste encore une question pour Mme Nagels. J'ai trouvé très intéressante votre analyse sociologique des personnes qui refusent de se faire vacciner et de leurs motivations. Sur cette base, quel est l'impact d'une vaccination obligatoire sur ces groupes sociaux sceptiques? Que devrait faire le gouvernement pour gagner leur confiance? Vous avez mentionné la confiance dans les soins primaires. Cela signifie-t-il qu'ils constituent la clef en vue de la restaurer?

Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le président, je souhaiterais intervenir dans le cadre du deuxième tour.

Le **président**: D'accord.

Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de voorzitter, het is alvast een zeer interessante namiddag dankzij de sprekers maar ook door de bocht van Vooruit. Het is heel jammer dat de mensen van Unia hiervan geen getuige zijn. Het zou hun alvast 669 meldingen besparen.

Professor De Greef, u pleitte ervoor dat de CMA-procedure door het EMA aan de bevolking zou worden verduidelijkt. Ik ben het daarmee eens. Vindt u dat dat past in het kader van een verplichte vaccinatie? Er is immers een conditionele marktautorisatie. Kunt u dat verduidelijken?

Er wordt ook veel over de proportionaliteit gesproken. We moeten daar uiteraard rekening houden met de immuniteit die onze bevolking al heeft opgebouwd. Wordt dat ook afgewogen?

Professor Torfs, u had het over de precedentwaarde en cherrypicking. Ik heb het gevoel dat dat ook bij andere covidmaatregelen is gebeurd. Wat zijn uw inzichten daarover?

Vorige sprekers vonden dat een kader voor de toekomst moest worden uitgewerkt, waarop dan via een KB kan worden ingegaan. In mijn ogen is dat ook een beetje cherrypicking. In hoeverre kunnen we dat juridisch kaderen?

Professor Nagels, u had het over de sociaal kwetsbare groepen. Het is genoegzaam bekend dat vaccinatie in Brussel een heel moeilijk project was. Men heeft uiteindelijk inspanningen geleverd voor vaccinatie in de apotheken met pharma on tour. Kunnen dergelijke initiatieven die vaccinatie dichter bij de burger brengen, in uw visie een alternatief vormen?

U zei dat de niet-gevaccineerden zich gestigmatiseerd kunnen voelen. Moeten we bij de invoering van maatregelen ook niet opletten voor stigmiatisering aan beide kanten? De gevaccineerden zouden zich de uitzondering kunnen voelen, terwijl zij toch de grote groep van de bevolking vertegenwoordigen.

Professor Dubuison, ik heb toch een aantal vragen bij uw uiteenzetting. Inderdaad, wanneer men tot een verplichting overgaat, dan moet men in een schadeloosstelling voorzien, via een fonds of via wettelijke mogelijkheden. U verwijst naar het FMO. Bij het FMO duurt de behandeling van een dossier gemiddeld 6 jaar en dan nog eens 4 jaar voor de uitbetaling. Aan elk dossier zijn ook 12.000 euro kosten verbonden.

Strooit u dan de mensen geen zand in de ogen als het FMO moet instaan voor de schadevergoedingen? Ontloopt de overheid daarmee haar verantwoordelijkheid niet en plaatst ze zowel burgers als vaccinatoren daarmee niet in rechtsonzekerheid? Immers, wanneer het hele traject is doorlopen en de schade en de vergoeding zijn vastgesteld, kan het FMO bedragen terugvorderen bij de farma-industrie, als er een causaal verband kan worden aangetoond. Daarmee kunnen we het nog eens zijn, maar de medische handeling wordt door de vaccinator uitgevoerd. Weliswaar faciliteert de overheid, maar de vaccinator zet wel degelijk de prik. Het is bekend dat er bepaalde neveneffecten optreden wanneer de injectienaald een bloedvat raakt. Dan is er meer kans op trombocytopenie. Mocht de overheid ervoor kiezen om via het FMO te vergoeden, in hoeverre krijgt de vaccinator dan te maken met rechtsonzekerheid?

Barbara Creemers (Ecolo-Groen): Professor Torfs, uw inzichten in wat noodzakelijk versus wat nuttig is, leiden tot de conclusie dat het noodzakelijk is om de volksgezondheid te beschermen, maar wat als dat gegeven botst met het economische welzijn? Hebt u in de nasleep van uw oproep tot een milde disciplinaire aanpak van de crisis ook tips om de vaccinatiegraad te doen

stijgen via een multidisciplinaire maar ethisch verantwoorde aanpak? We weten wat u ons niet aanraadt, maar wat raadt u ons dan wel aan?

U hebt gelijk dat deugdzaamheid geen plicht is, maar dat algemeen aanvaarde wetmatigheden alsmaar vaker niet meer algemeen aanvaard zijn, doet bij mij toch vragen rijzen. Ik heb als leerkracht Nederlands met veel moeite aan mijn leerlingen uitgelegd wat het verschil is tussen een feit en een mening; ik zie nu heel vaak meningen feiten worden en moet vaststellen dat gesprekken op basis van feiten bijna onmogelijk zijn geworden.

Hoe kunnen we vanuit uw theorie van het *forum internum* en het *forum externum* de vicieuze cirkel van desinformatie van feiten versus meningen doorbreken, want een mening als een feit verkondigen is niet bij wet verboden? Als we het niet met wetten kunnen, hoe dan wel?

Ik volg uw theorie van een verplicht gesprek, waarbij beide partners voor elkaars mening open zouden moeten staan.

Ziet u wel mogelijkheden voor onze eerstelijnszorg om een positief, motiverend, informerend gesprek, zoals Maarten Vansteenkiste het noemde, aan te gaan op een niet-verplichte basis? Acht u het mogelijk om de vaccinatiegraad en de bereidheid tot vaccinatie op een dergelijke manier op te krikken?

Ik heb min of meer dezelfde vraag voor professor Nagels. U hebt het belang van de nabijheidsgeneeskunde in de verf gezet. Ziet u de nabijheidsgeneeskunde als een middel om alsnog te pogen de vaccinatiegraad op te krikken? Is daar vooral een rol in weggelegd voor de huisartsen of ook voor *communitity health workers* en eventueel voor interculturele bemiddelaars? Graag uw standpunt daarover.

Een laatste vraag is er een voor professor Debuisson. Is er een verschil in aansprakelijkheid bij verplichte vaccinatie dan wel 1G-beleid? Bijkomend had ik graag geweten of er een verschil in aansprakelijkheid is bij verplichting en 1G-beleid dan wel bij het informerend, motiverend gesprek, wat al meermaals als alternatief werd opgeworpen?

Sophie Rohonyi (DéFI): Je tiens à m'excuser auprès des orateurs de n'avoir pu suivre en présentiel vos exposés, mais j'ai pu, grâce à mon équipe de collaborateurs, suivre l'ensemble de vos propos extrêmement intéressants et utiles pour nos travaux.

Mme De Greef, vous êtes revenue sur la question du *momentum* de notre débat. Cela rejoint ce qui a été dit ce matin: le *momentum* est dépassé mais, malgré tout, cela nous laisse le temps de pouvoir choisir le cadre légal adéquat. Vous insistez, comme les orateurs de ce matin, sur l'importance d'anticiper les choses. À cet égard, M. Charlier d'Unia a évoqué le fait qu'il faudrait un cadre général qui permette, à un moment donné, d'activer cette obligation. Quel est votre avis sur cette question? M. Yzerbyt avait évoqué un baromètre. Faudrait-il se diriger vers un cadre *ad hoc* ou peut-on considérer que la loi pandémie, qui permet d'activer justement l'urgence épidémique à un moment donné, serait cet outil, tout en sachant qu'une fois l'urgence épidémique validée par le Parlement, ce dernier n'a plus du tout voix au chapitre. C'est d'ailleurs pour cette raison que cette loi reste problématique. Peut-on, malgré tout, se baser sur cet outil?

Vous avez également rappelé très justement que l'État avait l'obligation d'agir pour protéger la santé de nos concitoyens. Qu'en est-il de sa responsabilité s'il ne décide pas de la vaccination obligatoire. L'avis écrit de la mutualité chrétienne expliquait qu'il y a toute une série d'articles de la convention européenne des droits de l'homme qui impliquent un devoir de l'État d'assurer le droit à la santé des citoyens. Dès lors, la responsabilité de l'État est-elle différente en fonction des options qui auront été retenues par notre Parlement: le pass vaccinal – que vous rejetez et j'en comprends les raisons – ou l'obligation vaccinale ciblée ou généralisée?

Vous avez été la seule – et je vous en remercie – à être revenue sur l'importance des contre-indications. De nombreux citoyens sont dans l'impossibilité de se faire vacciner pour des raisons médicales.

Considérez-vous que ce qui est mis en place en France est satisfaisant? Il y a des contre-indications pour des raisons de réaction allergique à un des composants du vaccin. En France, on retient des contre-indications beaucoup plus larges. Il faut aussi des sanctions proportionnées. Unia avait également insisté là-dessus en disant que si l'on retenait des amendes, finalement, on serait face à ce que M. Charlier appelait "le luxe vaccinal". Des personnes assez nanties pourraient se permettre de payer des amendes, ce qui ne serait pas le cas de personnes en situation plus précaire, alors que jusqu'ici, par rapport à la polio ou à d'autres types d'infractions, c'est généralement la voie des amendes qui est retenue. Doit-on investiguer d'autres sanctions alternatives comme des peines de travail dans des hôpitaux ou des maisons de repos? Doit-on se diriger vraiment vers d'autres types de sanctions?

Je terminerai par une question qui vous est adressée à tous, quant à l'outil législatif que l'on se doit d'utiliser. Plusieurs intervenants ce matin, dont M. Goffin qui est avocat en droit de la santé, insistaient sur le fait qu'il fallait préciser un maximum de choses dans la loi plutôt que par voie d'arrêté royaux. Apparemment, cela découle de la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme. Or, on le voit au regard de la législation relative à la polio: très peu de choses se trouvent dans la loi. L'essentiel se trouve dans un arrêté royal de 1966. Doit-on faire différemment et prévoir un maximum dans la loi ou cela peut-il encore se faire via arrêtés royaux? Merci.

Frieda Gijbels (N-VA): Ik dank alvast de sprekers.

Mijn redenering wil een vorm van helikopterperspectief bieden, waaraan ik dan een aantal vragen koppel ten behoeve van de verschillende sprekers.

Het is een feit dat deze pandemie ons met de neus op de feiten heeft gedrukt. We zijn gebotst op de grenzen van de maakbaarheid van onze samenleving. We dachten alles mooi voor mekaar te hebben op het vlak van infectieziekten, maar de pandemie bleek een grote ontnuchtering op dat vlak. Als vooruitgangsoptimist vind ik dat we alles in het werk moeten stellen om dergelijke gebeurtenissen te verhelpen. De vaccins zijn daar een mooi voorbeeld van.

We zien daarbij misschien wel over het hoofd dat we in 2020 totaal onvoorbereid bleken op een dergelijke pandemie, hoewel we dat hadden moeten zijn. Zo ontbrak er een pandemieplan, ontbrak het ons aan voldoende mondmaskers, ontstond er zelfs een vreemde discussie over het nut van mondmaskers, werden de mensen slechts laat getest nadat ze reeds ernstige symptomen vertoonden, en zo vrij laat in het ziekenhuis belandden. Dat is zeer traumatiserend geweest voor de zorgverstrekkers uiteraard, maar ook voor de beleidsmakers. Velen hebben dat aangevoeld als een mislukking. Een gevoel van onmacht overheerste.

Inmiddels beschikken we gelukkig over de vaccins die ons beschermen tegen ziekenhuisopname en overlijden. Het lijkt een mirakeloplossing. Voor alle duidelijkheid, ik ben tevreden dat de vaccins er zijn. Toch stel ik me de vraag of die neiging om tot een verplichte vaccinatie te willen overgaan niet ingegeven is door dat gevoel van onmacht bij het begin van de crisis. Misschien maken we hierdoor niet langer het onderscheid tussen nut en noodzakelijkheid, zoals professor Torfs al stelde.

Kijken we niet over het hoofd wat de overheid zelf kan doen? Ik denk daarbij aan noodplannen, beschermingsmiddelen, het uitwisselen van data, het klaarmaken van ziekenhuizen. Wentelt men de verantwoordelijkheid momenteel niet te veel af op de burger alleen? Steken we de hand momenteel te weinig in eigen boezem en zorgt dat er net niet voor dat het draagvlak voor vrijwillige vaccinatie wordt ondergraven?

De ietwat filosofische, maar belangrijke, vraag die ik me stel is of die drang tot verplichting niet is ingegeven door het collectieve trauma. We moeten blijven leren in deze crisis en niet alleen vertrouwen op het vaccin. Denken de verschillende sprekers dat we dat in voldoende mate doen? Vertrouwen we momenteel niet te veel op het vaccin alleen, en hoe verhoudt zich dat zich tot het concept van de vaccinatieplicht?

Le **président**: Je donne la parole aux orateurs dans l'ordre dans lequel nous les avons entendus. Madame De Greef, vous avez la parole.

Vanessa De Greef: Il y a beaucoup de questions. Je vais essayer d'être brève. Concernant la question relative au groupe d'âge et sur le fait de cibler les populations à risque, le seul élément que je peux donner d'un point de vue juridique, c'est le fait que l'Arrêt de la Cour européenne des droits de l'Homme par exemple, l'arrêt Vavřička, va plutôt dans le sens inverse d'une vaccination des populations à risque, en l'occurrence des populations qui sont à risque parce qu'elles ne peuvent pas être vaccinées. On demande donc à tout le monde de faire un effort, précisément pour protéger ceux qui rencontrent ces contre-indications médicales.

Ce qui ne signifie pas que vacciner une population à risque poserait un problème d'un point de vue juridique. Cela se rencontre d'ailleurs dans pas mal d'autres pays. Cela se fait. Mais il y a des questions de discriminations qui pourraient se poser et qui pourraient être vérifiées. Il y a sans doute un problème que j'entends plus quand j'écoute les auditions et qui est d'ordre pratique: comment réussir à toucher ces groupes à risque vu qu'ils ignorent parfois qu'ils sont à risque? Si la justification n'était pas assez solide, je pense que cela pourrait être problématique au-delà de la question éthique qui se pose et que certains soulèvent.

Concernant le fait de mener le débat public, à savoir s'il est trop tard ou pas, maintenant que le risque semble moins important, personnellement je pense qu'il n'est jamais trop tard. Quand j'entends ce qu'on pense de l'obligation vaccinale, qu'elle pourrait être perçue – comme cela vient d'être dit –

comme un trauma collectif, je vois vraiment tout l'intérêt, même en matière d'éducation à la santé, de discussions, de pouvoir faire comprendre quel est le rôle de l'État dans une pandémie, quel type d'obligation il est parfois amené à imposer. Même si le Parlement ne l'impose pas, je trouve que ce sont vraiment des questions fondamentales.

On ne peut nier, quand on regarde historiquement, que ces obligations ont parfois pu apporter quelque chose – et quand je dis cela, je ne dis pas du tout qu'il faut adopter l'obligation vaccinale maintenant. On ne peut pas nier le fait que, quand l'obligation a été imposée pour la polio, on a forcé des communes à prendre en charge des dépenses par rapport à toute la population et à la protéger, et que l'objectif était donc de protéger à côté de celui d'éradiquer la maladie. Si je prends l'exemple de l'hépatite B, on voit aussi que l'obligation a permis de réduire vraiment les risques sur le lieu de travail quand l'obligation vaccinale a été adoptée.

Donc je trouve que ce qui est problématique, ce n'est pas d'adopter ou pas l'obligation vaccinale, mais de dire qu'une telle obligation peut ne pas avoir pour objectif de protéger la population. Sur la base de faits, on peut démontrer qu'elle a pu protéger notamment des lieux de travail, mais aussi la population de manière générale.

Dernier point en rapport avec l'éducation à la santé à l'école, je suis retournée vérifier pour cette audition les obligations de chaque Communauté et la façon dont elle les justifie dans le rapport de l'État belge. Je trouve qu'il y a trop peu d'indications sur les programmes de santé proposés dans toutes les écoles. Nous avons un peu plus de détails de la part de la Communauté flamande, mais pas tellement plus.

On dirait qu'un programme d'éducation à la santé est proposé chaque année dans les écoles néerlandophones. Je pense qu'il s'agit d'un point qu'il faudrait vraiment vérifier et qui pourrait avoir une incidence sur le taux de vaccination. Je serais vraiment curieuse d'obtenir plus d'éléments du côté francophone et que ces éléments soient justifiés dans ces rapports, ce qui permet vraiment au Comité de dire si ces programmes permettent de respecter les obligations qui sont les nôtres dans le domaine du droit à la santé, et qui comprennent des aspects collectifs également.

En ce qui concerne les questions des sanctions, de nombreuses questions ont été posées. Il y a ici des aspects techniques et des aspects de positionnement d'organisations telles que celle de la Ligue des droits humains, que je représente ici. D'abord d'un point de vue technique, dans l'arrêt Vavřička, qui est le dernier exemple, il y a eu ici une exclusion de l'école maternelle et une amende administrative, qui a été jugée par la Cour européenne des droits de l'homme comme étant modérée, et qui a été demandée au requérant à une seule reprise.

Il y a également un rapport rendu par un projet de recherche appelé Lex-Atlas, qui rassemble une quarantaine de chercheurs internationaux, y compris belges, et qui fait le point sur l'obligation vaccinale, et notamment sur la question des sanctions. Selon ce groupe, la sanction la plus intrusive serait la vaccination par la force, même si celle-ci serait impossible au regard de la Cour européenne des droits de l'homme. Ce n'est pas du tout la vaccination obligatoire qu'on envisage, mais je reçois parfois des courriers allant dans ce sens, de sorte que je pense qu'il est important de rétablir la vérité.

Toujours selon ce groupe, les amendes et sanctions pénales sont considérées comme les plus dures et sont potentiellement non nécessaires si certaines conditions ne sont pas réunies. Enfin, il précise que l'imposition d'amendes administratives et le conditionnement à des biens et services font partie des modes les plus acceptés pour introduire ce type de vaccination.

Voilà pour la partie technique. En ce qui concerne le positionnement de la Ligue des droits humains, celle-ci constate certaines dérives, notamment en rapport avec les amendes infligées pendant la pandémie.

Tant en ce qui concerne les amendes pénales, voire administratives dans certains cas où elles constituent une extension du filet pénal, qu'en ce qui concerne l'accès aux biens et services, de nombreux problèmes pourraient se poser, et il ne faudrait pas permettre que certains biens et services essentiels soient rendus inaccessibles. De manière plus générale, la Ligue des droits humains préfère une sanction qui, en fait, ressemble fort à la proposition de M. Gilbert, qui consiste à aller discuter avec un service de vaccination.

Manifestement, ce travail par étapes – j'entends également ce que me dit M. Bacquelaine – qui consiste à aller rencontrer un service et à ne pas directement sanctionner quelqu'un, se fait déjà pour la polio, si ce n'est que ce n'est pas écrit dans le texte. Il suffirait donc, selon moi, de formaliser ce qui se fait déjà par rapport à une autre obligation vaccinale qu'on connaît déjà en Belgique, si vous désiriez aller dans ce sens.

Pour le reste, la Ligue des droits humains est très intéressée par la proposition formulée par Marius

Gilbert et qui pourrait d'ailleurs, à court terme, se conjuguer avec une réflexion ou un débat public sur l'obligation vaccinale, au cas où un variant plus méchant arriverait et poserait de gros problèmes d'ici quelques mois. Autant prévoir et réfléchir à ce cadre, en discuter longuement et prendre au sérieux ce qui est dit. Je dis "prendre au sérieux" car une des critiques à l'encontre du débat public est qu'on ne prend pas au sérieux ce qui y est dit lorsqu'un tel débat est organisé.

Ce critère de débat public a été repris dans l'arrêt Vavřička, et la Cour européenne des droits de l'homme regarde si certaines rencontres, des prémices, voire un vrai débat public, ont eu lieu par rapport à l'obligation vaccinale. C'est donc devenu un critère également pris en considération par les organes de défense des droits fondamentaux.

Bien entendu, si on se dirige vers une sortie de la pandémie ou si le traitement permet de ne pas devoir se faire vacciner, je vous rejoins tout à fait sur le fait que l'obligation n'est pas nécessaire et me semblerait alors assez disproportionnée. C'est donc davantage une question de préparation et de prévention, de réfléchir à un cadre plutôt que de le déclencher maintenant si les conditions s'améliorent, ce que nous souhaitons tous.

Je n'ai pas de baguette magique pour dire quelles mesures de prévention il faut adopter. En tout cas, ce qui est sûr, c'est qu'il n'en faut pas une seule mais qu'il faut plutôt une conjugaison de plusieurs types de mesures. On voit que certaines mesures de prévention font cruellement défaut pendant cette période et que les mesures collectives doivent être mûrement réfléchies. Dans le domaine du droit du travail – qui est ma matière à la base – , les mesures collectives précèdent d'ailleurs les mesures individuelles.

Je pense qu'il s'agit là d'une question importante et que l'obligation vaccinale – par opposition au pass vaccinal – engendre une réflexion différente, parce que c'est l'État qui prend une responsabilité à l'égard du citoyen, ce qui n'est pas le cas du pass, dans le cas duquel c'est le citoyen lui-même qui décide. Il y a donc là une différente posture dans la façon de gérer ces droits fondamentaux.

J'en arrive à d'autres questions relatives au pass. À cet égard, je veux être très claire. Ici aussi, il y a un aspect technique et un aspect de positionnement de la Ligue des droits humains. En ce qui concerne l'aspect technique – en réponse à la question de Mme Depoorter ainsi qu'à d'autres questions qui m'ont été posées –, la Cour d'appel de Liège a rendu un arrêt sur le Covid safe ticket (CST) qui montre que le raisonnement est le suivant: il faut en fait établir une distinction de traitement entre les personnes vaccinées et les personnes non vaccinées, parce que les premières font un effort pour la collectivité.

Cela étant dit, cette cour va également tenir compte du fait que le CST est accessible aux personnes qui ont été guéries ou qui ont fait un test, et qu'il est donc proportionné parce qu'il permet cela. Dès lors, d'un point de vue purement technique, je ne sais pas si cet avis de la Cour d'appel de Liège sera suivi par d'autres juridictions. Je pense qu'il est intéressant de se dire que ce n'est pas impossible.

Inversement – je vous ai joint l'extrait des décisions en annexe –, le Conseil d'État français vient d'avaliser le pass vaccinal et a estimé que la délégation aux personnes privées ne posait pas de problèmes, quoi qu'en pensent des ASBL telles que la mienne, la Ligue des droits humains. Ce pass vaccinal a été validé, hormis pour des réunions politiques dans un cadre très ciblé et lié aux conditions fixées à cette fin.

Donc, techniquement, ce pass pourrait être validé. Ceci dit, la Ligue des droits humains n'y était pas favorable, parce qu'elle estime qu'en matière de proportionnalité, il pourrait poser plusieurs problèmes et des questions de discrimination et de traitement de données à caractère personnel, qui seraient plus massives, mais aussi parce que le nombre de responsables du traitement et de personnes ayant accès à ces données serait beaucoup plus élevé. Ne sachant pas encore comment le système sera construit, il m'est difficile de me prononcer de façon définitive aujourd'hui. Quoi qu'il en soit, ce système devra être contrôlé et, à cette fin, il sera fati appel à des personnes privées.

Dès lors, la Ligue des droits humains pense vraiment, au vu des possibles sanctions liées à l'obligation vaccinale, qu'il ne faudrait pas que cette obligation se traduise par un pass. En d'autres termes, il ne faudrait pas que cette obligation vaccinale soit contrôlée par des personnes privées.

J'en viens à présent aux questions relatives à l'indemnisation. Je pense qu'il y a un point qui relève peut-être davantage de mon champ de spécialisation, parce que tout le reste a été abordé ici par des spécialistes tels que M. Dubuisson.

La Cour européenne des droits de l'homme est compétente pour juger du système d'indemnisation quand la vaccination est obligatoire. Ce n'est pas le cas lorsque la vaccination n'est pas obligatoire. Dès lors, cela offre une garantie supplémentaire et, de ce point de vue-là aussi, un choix peut être opéré entre les deux solutions. Il y a donc une

différence quant au champ de compétence. La Cour européenne des droits de l'homme va vérifier quel système national a été mis en place pour indemniser les victimes lorsqu'il est question de vaccination obligatoire, et elle ne le fait pas – normalement – lorsqu'il est question de vaccination volontaire.

En ce qui concerne les questions de Mme Rohonyi, je pense que j'en suis presque à la fin. Je pense qu'il faut anticiper au niveau du Parlement. À mon sens, la loi pandémie n'est sûrement pas suffisante, parce qu'il faut vraiment parler de vaccination obligatoire et faire en sorte qu'un maximum d'éléments soient prévus dans la loi et adoptés par le Parlement. Si le gouvernement déclenchait le système, il faudrait que tous les éléments – y compris en matière de traitement des données à caractère personnel, pour rebondir sur la question de Mme Fonck – soient précisés dans une loi spécifique.

À mon sens, on pourrait d'ailleurs revoir toutes les autres réglementations existantes sur les obligations vaccinales. Je pense en effet que les germes qu'on a pu trouver sont là, mais on ne peut pas dire que cela ait été fait de façon merveilleusement transparente. Cette fois-ci, si jamais vous décidez de prendre cette option, ne loupons pas le coche de la transparence et du débat, et intégrons vraiment dans la loi tous les éléments nécessaires. La Belgique n'a pas l'obligation de rendre la vaccination obligatoire, c'est tout à fait clair. Elle a, par contre, une responsabilité et un devoir d'agir qui sont très clairs aussi.

Le Comité européen des droits sociaux – pour reprendre cet organe-là –, qui est l'un des organes qui se focalisent avec précision sur ces questions de vaccination, va regarder quelle stratégie est mise en place, notamment pour essayer d'atteindre un public aussi large que possible et de pouvoir le protéger. L'objectif est bien évidemment de protéger, de garantir que ce droit à la santé sera effectif pour tout le monde et de toucher les personnes qui n'ont pas cette protection.

En ce qui concerne les contre-indications, le seul élément juridique que je peux apporter concerne la Cour européenne des droits de l'homme, laquelle va vérifier qu'il existe un protocole en amont sur la façon de vérifier ces contre-indications.

Il faut donc que ces protocoles soient bien établis. La cour va également, dans chaque cas de figure, regarder quelle contre-indication précise s'est présentée dans le chef du requérant. En l'occurrence, les requérants n'étaient pas très clairs sur les contre-indications existantes, ce qui n'a pas permis à la cour de procéder à une analyse concrète, ainsi qu'elle l'a soulevé.

Le dernier point que j'aborderai est le traitement des données à caractère personnel. À ce sujet, je vous renvoie vers l'avis de la section Législation du Conseil d'État, qui est paru hier et que j'espérais obtenir plus tôt. Il s'agit, je pense, de l'avis 70.542/AG du 24 décembre 2021.

Cet avis contient les mentions appropriées pour qu'une obligation vaccinale puisse être conforme aux règles relatives au traitement des données à caractère personnel. Il faut demander l'avis de l'Autorité de protection des données (APD), il faut procéder à une analyse d'impact lorsque le cadre aura été bien défini et il faut respecter le principe de minimisation des données. En l'occurrence, il y a des modalités quant au contrôle qui sera opéré en ce qui concerne l'obligation vaccinale des soignants, modalités qui ne sont pas définies et qui posent donc problème.

En matière de délégation aux personnes qui vont contrôler l'obligation, je vous renvoie à la page 44 de cet avis, qui précise justement les contours à prévoir en vue d'une potentielle délégation dans le cadre de l'obligation vaccinale.

Je m'arrête là, je pense que j'ai répondu à toutes vos questions. Je vous remercie pour la précision de vos questions.

Le **président**: Je vous remercie, Mme De Greef.

Rik Torfs: Bedankt voor de vele interessante vragen en opmerkingen. Het is een plezier om nog eens met verstandige mensen te mogen spreken.

Ik begin met de vragen van de heer De Roover, niet omdat hij de verstandigste is maar omdat hij als eerste het woord heeft genomen. De plicht van de overheid om toegang tot een goede gezondheidszorg te verlenen, is een thema dat meermaals terugkomt in het debat. We mogen de rol van de overheid op dat vlak niet vergeten. Ik wil nog eens benadrukken dat het hier niet om een strijd tussen burgers gaat. Dat is een misverstand dat stilaan is ontstaan in een sfeer van polarisatie, waarbij sommige burgers het ene willen en anderen het andere, en zou een totale horizontale benadering zijn van de grondrechtenproblematiek, die onvoldoende rekening houdt met het belangrijkste punt in het geheel, met name het verticale luik, waarbij de overheid verplichtingen heeft. Ik ben het er absoluut mee eens dat we voor die invalshoek moeten kiezen, waarbij we de rol van de overheid als garantsteller van de grondrechten van eenieder moeten laten primeren boven de mogelijke rechten die burgers tegenover

elkaar kunnen laten gelden. Dat vind ik een zeer belangrijk conceptueel punt.

De heer De Roover vroeg ook wat een 1G-beleid betekent als alternatief voor een echte verplichting en of daar een laffe overheid achter schuilt. Laf is natuurlijk een zwaar woord en de vraag is dan ook hoe dapper een overheid precies moet zijn, maar dat laat ik voor de rest in het midden. In dit geval denk ik wel dat het 1G-beleid in feite toch een de facto verplichting maskeert, tenminste voor wie wil blijven deelnemen aan het maatschappelijke leven. Mensen zijn sociale wezens en worden niet graag uitgesloten. Ik denk dat we bij constructies zoals een 1G-beleid moeten nagaan wat daaronder ligt en wat de reële verhouding is. Dat is een algemene techniek in het recht. In het arbeidsrecht, bijvoorbeeld, kunnen twee partijen onderling perfect afspreken dat wat zij doen niet valt onder een arbeidscontract, maar als de sterkere partij dat zou opleggen, is dat al te gemakkelijk. Wanneer er dus sprake is van gezag, leiding en toezicht, primeert de feitelijke situatie boven de schijnbare wilsovereenstemming van de partijen.

Recht probeert altijd het onderscheid te maken tussen schijn en werkelijkheid. Naar mijn mening gaat het de facto om een verbod. Men kan stellen dat men in principe nog altijd zijn grondrechten kan genieten, maar tot bepaalde plaatsen geen toegang heeft. Dat doet me denken aan een belangrijk staatsman die ik zelden citeer: Vladimir Iljitsj Lenin. Toen hij werd geconfronteerd met catalogi van mensenrechten voor mensen die materieel weinig mogelijkheden hadden, zei hij: "De armen hebben andere zorgen." Dat is volledig juist. Theoretisch heeft men het recht om onder meer vrijheid van meningsuiting en eigendomsrecht te genieten, maar wat betekent dat als men niks heeft? We moeten dus de moed hebben om achter de façade te kijken naar wat er werkelijk aan de hand is. Er is de juridische constructie en de onderliggende werkelijkheid. Bij het 1G-beleid geldt in principe een indirecte verplichting en dat moeten we ook erkennen. Een van de problemen die tot polarisatie leiden, is een semantisch spel waarbij een de facto bestaande realiteit wordt gecamoufleerd. Mensen hebben dat door en daarom is het beter om de discussie eerlijker te voeren.

Ik heb nog een korte opmerking over het betoog van mevrouw Zanchetta. Ik ben ook voorstander van transparantie, maar men kan natuurlijk ook transparant zijn met een verbiedende maatregel die te ver gaat. Transparantie is een kenmerk van de uitwerking van een maatregel, maar mag niet het objectief op zichzelf zijn. Dat betekent overigens niet dat er in theorie geen onderscheid kan worden gemaakt tussen verschillende categorieën van mensen – wat ik niet meteen wil toepassen op dit concrete dossier –, maar gelijkheid betekent natuurlijk niet dat iedereen materieel volkomen gelijk wordt behandeld, maar wel dat gelijken gelijk en ongelijken ongelijk worden behandeld. Dan komt het erop aan de juiste categorieën af te bakenen, wat niet altijd eenvoudig is. Als men bijvoorbeeld hypothetisch zou stellen dat mensen boven een bepaalde leeftijd verplicht moeten worden zich te laten vaccineren, hoe gaat men dan om met mensen die op een andere manier een risico lopen? Hoe zal men die categorieën op een sluitende wijze determineren? Als men daarin verder gaat, begeeft men zich op glad ijs, waarbij men van mening zou kunnen blijven verschillen over welke criteria legitiem zijn en welke niet.

De heer Creyelman heeft een hele reeks vragen gesteld en opmerkingen gemaakt. De polarisatie is op dit ogenblik een feit in de samenleving. Ik wil daar ook van uitgaan. Ik wil geen schuldige zoeken voor de polarisatie, want dat kan immers op zich ook een polariserend effect hebben. We moeten starten van een positie zoals ze nu is en proberen te achterhalen waarom die polarisatie bestaat.

Dat kan in allerlei details liggen. Wat ik bijvoorbeeld heel vaak hoor zeggen door politici en andere mensen, is dat de communicatie beter moet worden verzorgd. Wie dat zegt, zegt echter tegelijkertijd dat er over de fond geen discussie meer mogelijk is en dat het enkel nog gaat over de wijze waarop een boodschap naar buiten wordt gebracht. Er is dus al een reductie van de discussie. Er schuilt de gedachte achter dat een aantal mensen nog moet worden overtuigd. Communicatie kan dus niet als een separaat inhoudelijk element worden gebruikt in het huidige debat. Er moet goed worden gecommuniceerd over wat men denkt dat de juiste mening is, maar er kan niet worden gesteld dat de juiste mening is gered door communicatie alleen. De wijsheid, de waarheid en de feitelijkheid leren dat zulks niet altijd het geval is.

Verschillende leden, zoals de heer Creyelman maar ook mevrouw Muylle, hebben vragen gesteld over de afdwingbaarheid. Dat is inderdaad een heel belangrijk punt. Wanneer een wet niet kan worden afgedwongen, mag ze niet worden uitgevaardigd.

Ook bij dat punt heb ik een verschil willen maken tussen twee punten: kan men de wet afdwingen en wil men de wet afdwingen? Dat zijn twee verschillende zaken. Is de politieke wil er om dat te doen en zijn de mogelijkheden er? De mogelijkheden betekent het nodige instrumentarium: kunnen alle mensen worden

bereikt en is er genoeg repressieve kracht om iedereen mogelijk te sanctioneren? Willen betekent natuurlijk de vraag of men een onderwerp als het huidige op die manier beslecht wil zien. Dat is een belangrijk discussiepunt.

Ik denk dat bepaalde straffen die op een bepaald moment werden gesuggereerd, volkomen contraproductief zouden zijn. Stel dat iemand zich niet wil laten vaccineren en verplicht wordt ergens in een ziekenhuis zijn opwachting te maken, dan gaat die persoon dat natuurlijk niet willen. Dat gaat niet werken en dan moet men alternatieve sancties voor de alternatieve sancties gaan bedenken. En als men dat niet kan, heeft men moeilijkheden.

Heel dat hoofdstuk van de afdwingbaarheid vind ik een heel belangrijk punt bij het stellen van de principiële vraag. Het gaat niet alleen over de wettelijkheid en de overeenstemming met het EVRM en zo meer, maar ook: kun en wil je dat afdwingen? Daar moet je eerlijk in zijn.

Er waren ook vragen over de appreciatiemarge, onder meer van mevrouw Muylle. Ik vind dat een ongelofelijk interessant punt, want het Europees Hof voor de Rechten van de Mens laat daarin soms enorm veel ruimte aan staten. Ik heb daarnet onder meer het arrest-Sahin van het Turkije van voor de tijd van Erdogan vermeld, en ik wil ook iets vermelden dat in België totaal krankzinnig zou overkomen: het arrest van de Grand Chamber van het Europees Hof inzake Lautsi uit 2011, dat de eerdere beslissing van het Europees Hof herriep. Het betrof hier een Italiaanse zaak over crucifixen die in openbare scholen hingen. In eerste aanleg was er geoordeeld dat die weg moesten, omdat ze de neutraliteit schonden. De Grand Chamber nam een tegengestelde beslissing, omdat Italië had ingeroepen dat de aanwezigheid van die crucifixen zo verbonden was met de Italiaanse cultuur dat juist hun afwezigheid de neutraliteit zou schenden. Ik ga nu wat kort door de bocht, maar het komt daarop neer. Zoiets kunnen wij ons in België niet voorstellen.

Dat betekent dus dat, zoals men in Turkije rekening hield met de natuur van de seculiere staat en in Italië met een zogenaamde culturele traditie – die heel groot was –, men ook in België allerlei zaken zou kunnen bedenken. Als ik nu een Belgisch beleidspersoon was, zou ik misschien proberen in te roepen dat men in België, gezien het confuse karakter van onze staatsstructuur, federaal één maatregel moet nemen om tot een soort harmonie te kunnen komen, om maar iets te zeggen. En het zou kunnen dat men daarmee wegkomt.

Ik wil echter ook zeggen dat men niet per se moet willen mikken op de rand of moet proberen over de rand te gaan. Dat heb ik tijdens mijn uiteenzetting zelf ook gezegd. Men kan die beslissingen natuurlijk ook voor Belgische rechtbanken proberen af te dwingen, gezien de directe werking van het Europees Verdrag. Uiteindelijk kan het zijn dat men daarvoor naar Straatsburg moet, maar dat is toch niet wat we willen. Ik denk dat we maatregelen die grondrechten op zo'n manier betreffen in een vredelievender kader moeten kunnen bespreken, waarin niet de randjes van het conflict worden opgezocht.

Ik vond het ook heel interessant wat mevrouw Jiroflée zei over bepaalde maatregelen en het misverstand van dit debat, waarbij ze heel duidelijk zei dat ze niemand met de vinger wijst. Ik vind dat een interessant punt. Als het echt over toekomstige maatregelen gaat, wat bedoelen wij dan precies? Men kan zeggen dat er misschien nog een nieuwe covidvariant zal komen – die kans is zeer groot en mogelijk zelfs waarschijnlijk, maar ik ben daarin geen expert en dat zullen andere mensen kunnen zeggen –, maar hoe kan men daar preventief adequaat tegen optreden? Weten we bijvoorbeeld nu al dat de huidige vaccins ook daartegen bescherming zullen bieden? Bij de nieuwe varianten heeft men zich steeds afgevraagd of de vaccins daar wel tegen werken. Naarmate men verder in de toekomst gaat en men sterker preventief werkt – voor alle duidelijkheid, ik ben daar een voorstander van – bevindt men zich ook steeds meer op glad ijs, want men zou ook kunnen zeggen dat er na covid misschien wat anders komt, een andere pandemie of een andere vorm van besmetting, waar dan weer andere maatregelen tegen moeten worden genomen. De vraag is dan hoever men vooruit kan plannen met iets als een vaccinplicht.

Mijn idee zou dan eerder zijn hoe men daar iets aan kan doen. Ik denk aan een paar punten. Ten eerste, men moet heel scherp observeren wat er gebeurt in een samenleving en wat er internationaal gebeurt met nieuwe besmettingen, van welke ziekte dan ook. Ten tweede, er moet wetenschappelijk onderzoek worden gedaan waarbij zo veel mogelijk aspecten van potentieel toekomstige problemen kunnen spelen. Ten derde, men moet altijd heel goed naar de context kijken. In die zin zie ik immers een grote gelijkenis – wat ook geen toeval is – tussen jurisprudentie en beleid: een beleid moet vooruitkijken, maar moet ook voldoende gestuurd kunnen improviseren. Daarmee bedoel ik dat men ook de context in zijn geheel in rekening moet kunnen nemen.

Het laatste punt is misschien hard om te zeggen, maar er is ook een stuk onzekerheid. Dat zijn we misschien niet meer gewend. Men kan enorm plannen en bijvoorbeeld gaan voor zo weinig

mogelijk slachtoffers in het verkeer. Maar er zullen pas geen slachtoffers meer vallen als er helemaal geen verkeer meer is.

We zullen dus altijd met een zekere onzekerheid zitten die gepaard gaat met de *condition humaine*. Dat wil niet zeggen dat we niet voor een degelijke planning moeten zorgen. Daarover ben ik het eens met mevrouw Jiroflée.

Ik wil toch nog één punt aanhalen over de preventieparadox. Ik vind dat die in deze crisis vaak gebruikt is, soms op een manier die, wat mij betreft, niet verfijnd genoeg was. Men kan bijvoorbeeld moeilijk zeggen dat de preventie die genomen is altijd de juiste was om een verdere uitbraak tegen te gaan. Ook experts zeggen dat ze veel geleerd hebben tijdens deze pandemie en dat bepaalde maatregelen die in het begin heel nuttig leken, dat later iets minder bleken te zijn, bijvoorbeeld over het aanraken van een krant die in de brievenbus was gestopt.

Die preventieparadox is natuurlijk ook geen wetenschappelijk instrument dat waterdicht is en moet ook gaandeweg verder geëvalueerd worden. Maar ik vind het wel een zeer legitieme vraag. Wat kunnen we doen? Ook daar moet men dan proportioneel handelen en zien dat wat men doet ook wetenschappelijk verantwoord is. Daarin is de rol van de wetenschap, medici en onderzoek van zeer groot belang.

Mevrouw Fonck heeft in haar vraag op een zeer mooie manier gewezen op de mogelijke spanning die kan ontstaan tussen algemeen en persoonlijk belang. Daar heeft ze gelijk in. Er zijn momenten dat er inderdaad tussen beide een spanning kan ontstaan. Ik zou dit op drie niveaus willen behandelen.

Ten eerste moeten we de spanning niet veronderstellen. We moeten uitgaan van het in harmonie kunnen brengen van de twee. Ik geef een typisch voorbeeld over de gezondheidszorg. Het individuele belang van mensen is ook dat er een goede collectieve gezondheidszorg is en er voldoende infrastructuur bestaat om mensen op te vangen die een periode van crisis doormaken. Individueel en persoonlijk belang lopen daarin samen, zoals *Captain Tom*, een van de helden van de eerste COVID-19-golf, die met zijn looprek rond zijn huis liep om geld in te zamelen voor de Britse gezondheidsdienst. Hij had daar als individu belang bij en het was ook goed voor de samenleving. We moeten die cohesie veronderstellen, maar er kunnen conflicten zijn.

Een tweede punt gaat over het graduele. Mevrouw Fonck haalde het voorbeeld aan van het tabaksverbod in cafés. Er bestaat echter nog een gradueel verschil tussen het tabaksverbod in cafés en de verplichte vaccinatie. Het tabaksverbod in cafés heeft te maken met een perifere aantasting van een recht. In de cafés zelf mag niet worden gerookt, maar mensen kunnen wel naar buiten gaan om daar te roken en daarna opnieuw in het café worden verwelkomd. Dat is een perifere en geen fundamentele aantasting van een recht. Overigens, kan zo'n fundamentele aantasting wel? Nieuw-Zeeland is van plan om de verkoop van sigaretten aan de toekomstige generaties te verbieden met het idee dat er vanaf een bepaald jaar niet meer zal worden gerookt. Dat is een heel andere zaak. Dat gaat een stuk verder en de vraag rijst of die maatregel proportioneel is.

Een derde punt is de causaliteit tussen het gedrag van de ene en het gedrag van de andere. De rechten van de ene eindigen waar de rechten van de andere beginnen. Dat moet echter nog altijd bekeken worden in een context waarin de Staat de grondrechten moet garanderen. Een ongelukkige evolutie zou een discours zijn waarin uiteindelijk burgers tegenover elkaar zouden staan, met de Staat als een bijna machteloze scherprechter, die nu eens de ene gelijk geeft en dan weer de andere. De Staat moet bepaalde garanties bieden. Een van die garanties, zeker in een sociale welvaartsstaat als de onze met een hoge belastinggraad, is dat er degelijke medische zorg wordt verstrekt en dat onze ziekenhuizen bestand zijn tegen een stootje; wellicht met een soort flexibiliteit, want we hebben meer ziekenhuisbedden dan andere landen, maar er zijn allerlei mogelijkheden om daarin flexibel op te treden. Met alle begrip voor wat de crisis geleerd heeft, ik wil de overheid niet direct blameren voor alles waarin men in het verleden tekort is geschoten. Daar waren goede en minder goede argumenten voor. Ik pleit ook wat dat betreft voor een toekomstgerichte aanpak.

Wat de vraag van de PVDA betreft over een mogelijke schending van de Grondwet door de invoering van een vaccinatieverplichting, zal mijn antwoord uit een paar niveaus bestaan.

Als je inderdaad artikel 187 van de Grondwet op zichzelf bekijkt, lijken er weinig mogelijkheden om zo'n wet in te voeren. Maar we stellen toch vast dat er allerlei omringende wetgeving is, zoals decreten die tot stand zijn gekomen net voor de Grondwet werd uitgevaardigd en die in het verleden ook uitwegen hebben geboden – op een Belgische manier – om de toepassing van de Grondwet te omzeilen.

Dit gezegd zijnde, moeten we altijd blijven uitgaan van de suprematie van het internationale recht, die op verschillende plaatsen is gebleken: voor het

Europese recht was er het arrest-Orfinger van de Raad van State uit 1996 en er zijn onder meer cassatiearresten waarin men uitgaat van de suprematie van het internationale recht. Het Belgische recht kan maximaal iets additioneels bieden. Als België meer bescherming biedt dan het internationale recht, dan is dat oké, maar ik denk dat we de twee altijd samen moeten bekijken. Ik zou het constitutionele discours niet te veel loskoppelen van het internationale. In de praktijk merkt men wel dat dat tweede steeds belangrijker wordt voor het bepalen en inkleuren van concrete normen in ons land.

Mevrouw Depoorter, geloof ik, had het over de mogelijke precedentwaarde. Die kan inderdaad redelijk gevaarlijk zijn. Waar we over moeten nadenken is: kunnen we een kader maken dat een voldoende buffer biedt in alle omstandigheden? Ik denk dat dat moeilijk is. We kunnen wel een aantal aandachtspunten opschrijven, maar wat me altijd is opgevallen tijdens mijn toch al lange loopbaan, is dat mensen altijd rücksichtslos voor grondrechten zijn wanneer ze niet worden bedreigd. Worden ze wel bedreigd, dan ontstaat er een soort ongemakkelijk gevoel waar mensen dan erg mee worstelen, en dat begrijp ik.

Wat wel zou kunnen gebeuren, is dat misschien wordt nagedacht over wat men absoluut wil vrijwaren. Dat is de harde kern van een recht. Daarover zou kunnen worden nagedacht: wat is echt de harde kern? Met alle gevaren van dien, want wat zijn immers heel belangrijke zaken en wat zijn secundaire zaken? Daarover kan men intern van mening verschillen.

In ieder geval is het belangrijk om na te gaan en te bestuderen wat in tijden van crisis de eerste reactie is. Daar kan 9/11 bij helpen, maar ook bijvoorbeeld de terroristische aanslagen in België. Zij kunnen ons helpen om daar lucide over na te denken.

Heel interessant was ook wat mevrouw Creemers opmerkte. Dat was gewoon waar: ik heb eerder aangegeven wat naar mijn mening niet goed was en minder wat naar mijn mening wel mogelijk was. Dat is typisch academisch, wij breken iedereen af en hebben weinig constructiefs te leveren.

Ik wil in dit geval niettemin een poging doen.

Bijvoorbeeld, naar mijn mening is vertrouwen heel belangrijk. U kunt natuurlijk aan niemand zeggen dat hij of zij u moet vertrouwen. Dat kan onmogelijk. Integendeel, wanneer u aan iemand zegt dat hij of zij u moet vertrouwen, geeft u tegelijk aan dat die persoon geen vertrouwen in u heeft.

Het vertrouwen kan er echter soms op een verrassende manier komen. U merkte zelf op dat de discussie over feiten en meningen een heel moeilijk probleem is geworden en dat sommige mensen echt feiten beginnen te ontkennen.

Ik geef het gewoon mee als suggestie, maar het zou een heel interessant debat kunnen zijn: wij zouden geholpen kunnen zijn door het onderscheid tussen feit en mening wat scherper te maken dan nu het geval is. Ik wil niet zover gaan als Friedrich Nietzsche – hoewel het een fantastische gedachte is – die stelde dat er geen feiten zijn maar alleen meningen.

In feite is dat een gedachte die ook ontwikkeld is in de Franse filosofie. Het leunt aan bij het denken van Michel Foucault, over het heersende discours dat uiteindelijk een waarheid bevat en niet per se op feitelijkheid is gebaseerd. Dat zijn nogal radicale opvattingen.

Ik zou wel willen aanraden om het werk te bestuderen van de huidige Nederlandse Denker des Vaderlands, Paul van Tongeren. Hij heeft verschillende interessante boeken geschreven, onder meer over hoe te leven. Hij beweert dat als mensen iets als feiten bestempelen, daar vaker dan men denkt ook een mening in zit vermomd. Ik bedoel daarmee niet dat feiten niet bestaan, maar vaak presenteren we feiten zo dat er ook een waardeoordeel in zit besloten die elke dialoog met sceptici de facto moeilijk maakt. Ik denk dus dat men soms iets te gemakkelijk feiten en meningen samenvoegt, waardoor men de discussie moeilijker maakt. Ik heb dat niet zelf uitgevonden, maar ik vind de ideeën van Paul van Tongeren op dat vlak zeker de moeite waard om verder te bestuderen. Het biedt immers een serieuze kans om tot een echt gesprek te komen.

Ik ben er geen voorstander van om experts het veld in te sturen die de mensen dan maar moeten overtuigen als een soort van missionarissen. Dat werkt niet. Het zou mooier zijn als burgers met elkaar in gesprek gaan en zelf proberen het negatieve waardeoordeel overboord te gooien en het onderscheid tussen feiten en meningen scherper en zorgvuldiger te maken. Ik geloof heel sterk in de dialoog waarbij men ook in gesprek gaat met mensen met wie men het fundamenteel oneens is. Ik heb dat ook zelf al meermaals gedaan: ik ben zelf gevaccineerd en geboosterd, maar heb een paar gesprekken gevoerd met mensen die bezwaren hadden tegen de vaccins. Ik heb bedenkingen bij hun bewering dat het experimentele medicijnen betreft, maar we kennen uiteraard nog niet alle langetermijneffecten. Dat genuanceerde verhaal zal mensen sneller overtuigen dan hun te zeggen: "U bent er nog niet." Dat laatste werkt nooit in een evenwichtige

discussie.

Sta me toe om te eindigen met de plannen van de overheid zelf. Wij hebben de overheid nodig voor heel veel dingen in onze samenleving. Een van de kerntaken van de overheid lijkt me de vrede in een land bewaren. Dat betekent onder meer dat de grondrechten zodanig gemoduleerd worden dat iedereen er zich in kan terugvinden. In een sociale welvaartsstaat mag er wat dat betreft nog meer van een overheid worden verwacht dan in landen als de Verenigde Staten, waar een ander model heerst en waar de solidariteit veel minder geïnstitutionaliseerd is, maar waar de burger uiteindelijk ook veel minder belastingen betaalt. Een van de dingen die wij van de overheid mogen vragen, is volgens mij juist dat er geen scherpe polarisatie komt, al zeker niet als die draait rond grondrechten en waarbij mensen elkaar beginnen te culpabiliseren.

Voorzitter, waarschijnlijk ben ik er enkele vergeten, maar ik hoop dat ik de meeste vragen heb beantwoord.

Carla Nagels: Je tiens à remercier les parlementaires pour leurs questions. (…). Mais je reprendrai la trame normale des questions.

Je vais d'abord intervenir sur (…) la carte blanche que j'avais écrite qui je pense (…) avoir été désignée comme experte. Je n'étais évidemment pas experte covid. J'étais experte en matière de stigmatisation. Cette carte blanche, je l'ai écrite juste parce que je voulais montrer que les non-vaccinés ne pouvaient être tenus responsables du fait que la pandémie dans laquelle nous nous trouvons depuis maintenant deux ans et demi perdurait.

C'était mon objectif. Cette carte blanche m'a valu un ensemble de réactions, entre autres de médecins, qui me montraient que, en effet, j'avais bien raison mais que si les non-vaccinés qui se retrouvaient à l'hôpital s'étaient fait vacciner, on aurait évidemment beaucoup moins de personnes à l'hôpital. C'est tout à fait exact et je ne remets pas cela en question.

Par contre, ce type d'argumentaire m'a fait me poser des questions d'ordre philosophiques. Le fait que nous nous trouvions dans un État social qui avait décidé qu'un ensemble de conduites, pour lesquelles il mettait les citoyens en garde estimant que ces conduites n'allaient pas en faveur de leur santé (la malbouffe, les fumeurs, ceux qui boivent démesurément…); ceux-là avaient quand même droit à se faire soigner même s'ils n'avaient pas "respecté" les mesures préventives qui leur ont été, j'imagine comme à tous, communiquées. Je trouve que c'est une dérive dangereuse et j'attirerai votre attention sur ce fait: que l'on décide que certaines personnes qui ne se vaccinent pas n'ont dès lors pas le droit à se faire soigner me paraît être un faux débat.

Par contre, mon intervention ici portait uniquement sur la question de savoir ce que l'on va faire avec toutes ces personnes qui ne se font pas vacciner. Il est estimé qu'en Belgique un million d'adultes ne sont pas vaccinés et devraient l'être et c'est bien plus que les 50 mille personnes que nous croisons à intervalles réguliers tous les dimanches et qui se disent opposées au CST, à la vaccination parfois, aux restrictions de liberté etc. Ces 50 000 personnes qui défilent ne peuvent pas être considérées comme étant représentatives des personnes qui ne sont pas vaccinées.

D'ailleurs les profils des non-vaccinés sont majoritairement des profils qui viennent des classes populaires et non pas des classes aisées.

Mon intervention ne portait que sur le fait de savoir comment l'on va s'y prendre pour faire en sorte que les personnes rentrent dans un processus de vaccination. Il y a différentes optiques. Vous êtes en train de débattre de l'obligation vaccinale et, en réalité, le fait de m'être penchée sur cette question, depuis dix jours de manière intensive, me montre que toutes les études semblent démontrer que même quand les vaccins sont obligatoires, cela ne veut pas pour autant dire que tout le monde est vacciné. On estime à 3 à 8 % le pourcentage de la population qui résiste à la vaccination obligatoire et qui ne se fait dès lors pas vacciner. Cela ne me semble pas poser de problèmes essentiels au niveau épidémiologique.

Comment vacciner les personnes qui ne se font pas vacciner ou comment les amener à un processus de vaccination? Je vous avoue que les différentes lectures de mes dix derniers jours me confortent assez fort dans l'idée que montrer du doigt, stigmatiser la population non vaccinée non seulement par l'ensemble des discours politiques, scientifiques mais aussi par des mesures restrictives de circulation dans certains lieux et espaces ne me semble en tout cas pas la bonne manière de procéder.

Il me semble avoir, et vraisemblablement plus que ce que je ne le pensais même, eu l'effet inverse. Je vous parlais de la recherche publiée par Renaud Maes en septembre dans *La Revue nouvelle*. Il se fait qu'il a continué sa recherche. Elle n'est pas encore terminée et son rapport de recherche ne sera publié que fin février. J'ai eu l'occasion de m'entretenir avec lui. Il a un échantillon beaucoup plus large de jeunes interrogés et pas seulement à

Molenbeek, mais aussi à Forest. Il constate deux nouvelles tendances: à Forest, les jeunes sont plus vaccinés qu'à Molenbeek. Ils parlent assez ouvertement d'une maison médicale de proximité qu'ils fréquentent depuis qu'ils sont nés et en laquelle ils ont confiance. D'où l'intérêt de réinvestir la première ligne (…)

Il ne s'agit pas spécialement que les citoyens éloignés des services de santé se rapprochent des services de santé, mais que ces derniers se rapprochent des citoyens qui en sont éloignés. C'est important de faire le chemin et de ne pas penser que l'on va amener des personnes qui n'ont aucun contact médical depuis bien longtemps, en attendant qu'ils aient affaire aux services d'urgence qui par définition sont des services d'urgence et non pas une médecine de proximité. Ils ne vont pas avoir confiance, de fait, en quelqu'un qui les convoque pour une expertise médicale quelle qu'elle soit. Je pense réellement que c'est important et que cela traverse bien plus que le débat sur la vaccination obligatoire.

Je sais que pour le moment vous êtes aussi occupés en commission de la Santé sur les débats concernant le numerus clausus, etc. Je pense en effet qu'en Belgique, il y a un problème de médecins généralistes, de médecins qui sont en effet en proximité avec la population, qui les connaissent, qui entretiennent des liens étroits avec elle et qui pourraient être de bons ambassadeurs, me semble-t-il, de la vaccination.

Cela pourrait être, comme une des parlementaires le suggérait, peut-être bien d'autres types de professionnels tels que les assistants sociaux, les professionnels œuvrant dans d'autres secteurs, mais il me semble malgré tout que les questions médicales nécessitent un investissement dans des médecins qui, en effet, œuvrent sur le terrain et travaillent à proximité des populations fragilisées.

Quelle est la solution à l'heure actuelle avec cet autre profil de non-vaccinés c'est-à-dire les "vaccinés" venant des milieux favorisés et qui ont pris leurs renseignements faisant un choix éclairé de non-vaccination? C'est une question extrêmement intéressante. L'on peut estimer qu'ils vont "à l'encontre" de l'intérêt général et (…) dans le sens qu'eux estiment devoir faire, je dirais que ces personnes comme l'autre profil d'ailleurs ont mal vécu la stigmatisation importante de ces derniers mois et qu'elles ne sentent pas (..) dans ce qu'ils ont (…) comme arguments audibles ou non.

(…) pour défendre la position qu'ils prennent de ne pas se faire vacciner. Ce sont des personnes qui ont choisi d'autres modes de protection, (…) qui, plus que les autres, respectent les mesures de distanciation sociale, le port du masque, qui font des actions de "prévention" en essayant de renforcer leur système immunitaire. Je n'ai pas d'avis sur la pertinence de ces actes-là, par contre j'ai un avis sur le fait que ces personnes aussi ont vécu depuis des mois une stigmatisation importante qui ne fait que les pousser à continuer à adopter ce type de position.

Je serai d'accord avec M. Torfs: il est très facile en tant qu'académique de dire tout ce qui ne fonctionne pas et tout ce qui ne s'est pas bien passé. C'est bien plus difficile d'apporter des solutions auxquelles vous êtes amenés à devoir répondre. Je ne voudrais d'ailleurs pas être à votre place.

Pour répondre à la question de savoir quelles mesures pour le futur dans le cas d'une nouvelle pandémie covid (j'ajouterai même, dans le cas d'une nouvelle pandémie d'autre chose) cette pandémie nous a amenés à réfléchir sur le choix de vie que l'on fait sur le fait que cela ne sera vraisemblablement pas la dernière à laquelle nous serons confrontés. Je pense justement qu'un investissement assez poussé dans une médecine de proximité serait, surtout pour l'avenir, un plan tout à fait jouable et qui serait nettement plus porteur qu'une obligation vaccinale.

Je répète ne pas être contre l'obligation vaccinale dans le sens où j'estime qu'à tout moment cela mettrait fin aux discriminations légales entre les citoyens qui ne sont pas obligés de se faire vacciner mais s'ils ne se font pas vacciner, ils ne peuvent pas faire un ensemble de choses comme les autres citoyens vaccinés. Je ne suis donc pas contre cette obligation vaccinale. Je pense qu'il faut réfléchir à la manière de la mettre en œuvre. Je serai, à ce sujet, plus sceptique, car si l'obligation vaccinale ne porte que sur des adultes et non pas sur les enfants… Comme je le disais, comme tout le monde ici, vous avez sans doute des enfants. Quelque part, ces questions ne se sont jamais posées à nous. Quand votre enfant est né, au bout de son troisième mois, il a été vacciné. C'était normal et l'ONE suit le processus.

Avec les adultes plus éloignés d'institutions de contrôle, l'obligation vaccinale risque d'être nettement plus difficile à mettre en œuvre. De nouveau, si cette obligation est accompagnée de sanctions, c'est-à-dire que – c'est en tout cas ce que je pense en tant que criminologue –, quand un citoyen est obligé de faire quelques chose et, par définition quand il ne le fait pas, l'on assorti une sanction à son geste, ces sanctions vont devoir être réfléchies de telle sorte qu'elles ne créent pas plus de stigmatisation et de désaffiliation sociale.

Si vous choisissez la voie des sanctions pécuniaires, par voie administrative ou pénale, elles risquent de faire plus de mal que de bien. Il y a énormément de citoyens qui ne payent pas leurs amendes – peut-être que je vous l'apprends – tout simplement parce qu'ils n'en ont pas les moyens. Pour autant, ils continuent quand même à utiliser leur voiture, à faire les choses qu'ils ne peuvent pas faire, etc.

Je ne suis pas contre le principe de l'obligation vaccinale mais par contre, je ne vois pas très bien comment vous la rendrez opérationnelle et opérationnalisable.

A la question de savoir si les personnes vaccinées se sentiraient elles-mêmes stigmatisées si les parlementaires décidaient tout compte fait de ne rien faire ou de faire quelque chose, je pense que la majorité des citoyens qui se sont fait vacciner l'ont d'abord fait pour eux, pour se protéger eux-mêmes et protéger les autres. Ce débat n'a, selon moi, pas lieu d'être d'autant que même parmi la population vaccinée interrogée, il y a des personnes qui restent malgré tout très sensibles au fait que les mesures actuellement en vigueur créent des tensions et des conflits sociaux importants et qu'ils estiment que ces tensions n'ont pas lieu d'être. (...)

(…) dans le baromètre de motivation (...) depuis le début de la pandémie qui sont un outil précieux avec d'innombrables rapports puisque l'on en est au rapport n°39, ce baromètre montre bien, comme son nom l'indique, qu'un ensemble de citoyens vaccinés ou non estiment qu'un ensemble de mesures n'ont pas lieu d'être et qu'en tout cas le fait de diviser la société en vaccinés et non-vaccinés ne leur convient pas.

Évidemment, sur la (…) vaccin pour tout le monde, je répète ce que je viens de dire, je ne suis pas contre le principe. Je pense que c'est une bonne manière pour l'État d'assurer la protection des personnes fragiles qui vivent en son sein mais je me demande quelles sont les possibilités de faisabilité de cette vaccination obligatoire et je me pose les questions autour de ces questions-là. Je vous remercie pour vos questions.

Bernard Dubuisson: Monsieur le président, j'estime que c'est la moindre des choses de rester jusqu'au bout du débat d'autant que j'interviens très en amont dans ce débat puisque je m'interroge sur la prise en charge des dommages. C'est à la fois très en amont et très déprimant car l'on se demande ce qui se passe si les patients auxquels on a administré le vaccin subissent un dommage.

En tant que professeur du droit de la responsabilité, je préfère de loin – comme je le dis à mes étudiants – que le dommage ne se produise pas. Néanmoins, le droit de la responsabilité, c'est aussi le droit des accidents.

On m'a posé de nombreuses questions intéressantes, que je vais regrouper, étant le dernier à répondre. Je pense pouvoir les aborder de manière à la fois systématique et synthétique, partant du plus particulier au plus général.

Par rapport aux affaires citées datant de 2009-2010, le Fonds des accidents médicaux, établi en 2010, n'en a en effet pas été saisi, car le critère temporel servant à déterminer la compétence du Fonds est celui du fait générateur. Or, le fait générateur est le moment où le vaccin a été administré, et il est bien antérieur à 2010.

S'agissant de la possibilité de saisir dès aujourd'hui le Fonds des accidents médicaux pour indemniser des effets indésirables du vaccin administré, la réponse est évidemment oui. J'ignore s'il y a beaucoup de dossiers, je n'ai rien entendu de la sorte, mais c'est possible, dès maintenant. Le caractère volontaire du vaccin n'empêche pas la personne qui se prétendrait victime d'introduire une demande d'indemnisation.

Il est clair également, pour répondre à plusieurs questions, que lorsque le Fonds est saisi, et qu'il s'aperçoit qu'il y aurait un motif de responsabilité quel qu'il soit – imputable à un prestataire de soins par une erreur lors de l'administration ou à un fabricant –, le Fonds renvoie l'affaire devant le potentiel responsable. Si le potentiel responsable conteste sa responsabilité – ce qu'il risque de faire –, le Fonds indemnise en avance la victime puis tente de récupérer le montant de l'indemnité. C'est très important pour la victime, car elle est indemnisée, et ne supporte donc ni les risques du procès ou sa longueur, ni les éventuelles non-responsabilités qui seraient prononcées, ces risques reposant sur le Fonds d'indemnisation lui-même.

S'agissant des procédures d'indemnisation, vous m'interrogiez pour savoir si ce n'est pas un leurre, puisqu'il n'est à l'avantage de personne d'être impliqué dans une procédure judiciaire. C'est parfaitement vrai, mais ce l'est un peu moins dans le cadre du Fonds d'indemnisation, parce que la procédure dans ce cadre est faite à l'avantage du patient. Les expertises sont en principe gratuites – et contradictoires dans la mesure du possible. Des procédures de médiation sont par ailleurs mises en place. Il ne s'agit donc pas d'emblée d'un contentieux. Dans le cadre de la procédure devant le Fonds d'indemnisation, les coûts liés au litige sont normalement moins importants. Cela ne

signifie pas que tout fonctionne à merveille – de nombreux praticiens se plaignent ainsi du caractère peu contradictoire des expertises et des conflits d'intérêts – mais la procédure est néanmoins allégée dans le chef du patient.

Quant à savoir si faire connaître l'existence de ce Fonds ne fera pas augmenter les demandes, le risque existe bien sûr. Ce risque est cependant inhérent à tout système d'indemnisation. Il faudra faire le tri entre les plaintes fondées et les plaintes non fondées. Le risque n'est pas nul que des personnes s'étant fait administrer le vaccin imputent des effets secondaires à celui-ci. Ils devront toutefois faire la démonstration du lien de causalité.

S'agissant de fautes techniques pouvant être commises lors de l'administration du vaccin par du personnel infirmier, des médecins, etc., cette responsabilité peut être invoquée, sur le fondement de la responsabilité pour faute. S'il s'agit d'une infirmière, elle bénéficiera certainement d'une immunité de responsabilité civile. Celle-ci lui est accordée par la loi, qu'il s'agisse de l'article 18 de la loi du 3 juillet 1978 ou de la loi de 2003. Mais peu importe cette immunité, le droit de la responsabilité à un pouvoir très englobant. Aucun acte, aucune personne n'échappe au droit de la responsabilité civile.

Ce n'est pas parce qu'un système spécial d'indemnisation existe que l'on serait empêché d'introduire une action en responsabilité contre un prestataire de soins. Le Fonds procédera exactement de la même façon: s'il a l'impression qu'une action en responsabilité est possible contre un prestataire de soins, il peut renvoyer la victime vers le prestataire et son assureur, leur proposer de faire une offre d'indemnisation à l'amiable. Si elle est refusée, il avancera les fonds comme je l'indiquais précédemment.

S'agissant de la pertinente question de la responsabilité éventuelle du fabricant, elle pourrait bien entendu être engagée également. Il existe une loi spéciale du 25 février 1991, qui résulte de la transposition d'une directive européenne. Il s'agit de la loi sur la responsabilité civile du fait des produits défectueux, et qui permet d'agir contre le fabricant lorsque le produit qu'il a mis en circulation est affecté d'un défaut. C'est également, par principe, une responsabilité sans faute, mais il faut démontrer que le produit était affecté d'un défaut.

Cette action est évidemment théoriquement possible, mais elle expose le demandeur à toute une série de questions et de procédures compliquées, car les problèmes se poseront au moins à trois niveaux.

Première difficulté: la preuve du défaut. La loi définit comme défectueux un produit qui n'offre pas la sécurité à laquelle on peut légitimement s'attendre. La question est alors de savoir quelle est cette sécurité légitimement attendue: certainement pas l'innocuité absolue du vaccin car le grand public sait qu'un vaccin peut avoir des effets secondaires indésirables. Il faudra par ailleurs étudier minutieusement la notice d'informations qui accompagne le vaccin, dans laquelle le producteur aura peut-être indiqué des effets secondaires indésirables, dont il pourra se prévaloir pour réfuter la défectuosité de son produit. Voilà pour la première difficulté.

La deuxième difficulté, récurrente, est à nouveau la preuve du lien causal: il faudra démontrer la causalité entre le défaut du produit et le dommage. Il existe à ce sujet un contentieux assez important en France concernant le vaccin contre l'hépatite B. De nombreuses personnes ayant à sa suite développé la sclérose en plaques prétendaient que celle-ci était liée à l'administration du vaccin. Aucune preuve médicale ne permettait cependant de l'établir. Néanmoins, les tribunaux ont alors réagi en se fondant sur des présomptions ou indices. Le premier est la proximité temporelle, qui est une présomption très faible. Elle a été retenue par certains tribunaux alors que le corps médical rejette absolument la proximité temporelle comme un facteur de causalité. Le deuxième indice sur lequel se sont fondés les tribunaux est l'absence d'antécédents héréditaires. Sur la base de cet indice, ils ont pu établir une causalité qui était tout de même largement improbable. Cela touche à une question juridique importante: les mécanismes de preuve juridiques peuvent-ils combattre une certitude scientifique médicale inverse? Cette affaire porte à croire que c'est le cas, mais c'est largement critiquable. S'il n'existe guère de probabilité scientifique ou qu'aucun lien ne peut être établi entre l'administration du vaccin et l'apparition de la maladie, il faudrait se contenter de dire que la causalité n'existe pas. Dans le cadre d'un procès contre le fabricant, cette question pourra donc également se poser.

La troisième difficulté que peut présenter l'application de la loi sur la responsabilité du fait des produits défectueux est l'existence, dans cette loi, d'une cause d'exonération appelée le risque de développement.

Cette cause d'exonération permet au producteur d'échapper à sa responsabilité s'il démontre qu'au moment de mettre le produit en circulation, il ne pouvait pas connaître l'existence du défaut. En d'autres mots, il peut invoquer que les

connaissances scientifiques qui existaient au moment de la mise en circulation du produit ne lui permettaient pas de déceler l'existence de ce défaut. Il y a fort à parier que, dans certains cas, les fabricants pourraient se retrancher derrière le risque de développement, invoquant les circonstances exceptionnelles dans lesquelles ils ont mis le produit en circulation rapidement – à la faveur d'une autorisation délivrée dans l'urgence – et qu'ils ne pouvaient dès lors disposer de tous les moyens pour déceler l'existence éventuelle du défaut.

Trois problèmes risquent donc de se poser dans ce contexte. Une action en responsabilité n'est dès lors pas la voie royale. Elle est néanmoins possible: le Fonds pourrait peut-être, après avoir indemnisé les patients, tenter cette action.

Ensuite, existe-t-il une différence éventuelle sous l'angle de la responsabilité selon que la vaccination serait obligatoire ou volontaire? C'est une question judicieuse, car fondamentale. Cette différence existe, bien entendu, et elle est majeure. Si la vaccination est volontaire, elle résulte du consentement du patient. Cela ne signifie pas qu'il n'a pas droit à l'indemnisation si des effets indésirables se produisaient, mais il ne se retournera pas contre l'État, puisque celui-ci n'est pas à la source de la vaccination. Par contre, si la vaccination est obligatoire, elle résulte d'un acte législatif ou réglementaire de l'État. Le champ de la responsabilité de l'État s'en trouve nécessairement élargi et le risque s'en trouve également intensifié puisque plus il y a de vaccinés, plus le risque d'effets indésirables augmente. La vaccination obligatoire entraîne donc très clairement une exposition accrue à l'action en responsabilité de l'État.

À l'inverse, si l'État ne préconise pas la vaccination obligatoire, ne pourrait-on pas également le lui reprocher? On peut tout reprocher en droit de la responsabilité: tant un acte qu'une abstention. Le fait de ne pas agir pourrait donc éventuellement être source de responsabilité, mais c'est beaucoup plus théorique, et beaucoup moins crédible que les actions en responsabilité qui se fondraient sur l'obligation vaccinale.

J'en viens, enfin, aux questions de responsabilité qui pourraient se poser dans les hôpitaux lorsqu'ils sont obligés de reporter des prestations de soins de santé en raison d'un afflux de patients porteurs du covid-19 requérant des soins. À nouveau, par principe, la responsabilité n'est pas exclue. En substance, voici ce que dit l'article 1382 du Code civil: n'importe quelle personne ayant commis n'importe quelle faute ayant entraîné n'importe quel dommage doit réparation de ce dommage. Son champ est énorme et englobant. Il n'est donc pas exclu que l'on puisse engager la responsabilité d'un hôpital ou d'un prestataire de soins parce qu'il aurait fait des choix de report de prestations de santé, qui auraient conduit soit au décès d'un patient, soit auraient retardé sa prise en charge.

Dans ce contexte, il existe bien entendu également une cause de justification, qui ne manquera pas d'être invoquée: l'état de nécessité. Celui-ci intervient lorsqu'il est impossible de faire autrement et lorsqu'il faut sacrifier un intérêt déterminé par rapport à un intérêt jugé supérieur. Dans ce cas, l'acte, bien qu'étant dommageable, est en quelque sorte purgé de son illicéité, puisque des circonstances justifient d'avoir posé cet acte dans le cadre d'un surcroît de patients qui n'aurait pas permis de soigner tout le monde de manière justifiée. Les critères de choix mis en place pourraient bien entendu eux-mêmes être interrogés.

J'espère avoir ainsi répondu à presque toutes les questions. Je vous remercie pour les questions posées et remercie les autres intervenants de m'avoir informé sur toute une série de choses que je ne connaissais pas.

Le président : Cela vaut pour nous tous, nous en apprenons davantage et sous différents aspects, à chaque audition. Je tenais à remercier une nouvelle fois tous les intervenants.

Ik wens alle sprekers te bedanken voor de goede input die we telkens kregen.

C'est une matière très riche et ample. Je vous remercie tant en ma qualité de président qu'en celle de député du PTB. Cela nous est utile dans le débat actuel mais nous aidera certainement aussi à l'avenir. Nous en restons là pour aujourd'hui. Vendredi à 10 h débutera notre dernière – du moins provisoirement – journée avec les orateurs. Vous trouverez les noms des orateurs et l'ordre d'intervention dans eMeeting, sur le site de la Chambre.

La réunion publique de commission est levée à 18 h 03.
De openbare commissievergadering wordt gesloten om 18.03 uur.

COMMISSION DE LA SANTE ET DE L'ÉGALITE DES CHANCES

du

VENDREDI 4 FEVRIER 2022

Matin

_____

COMMISSIE VOOR GEZONDHEID EN GELIJKE KANSEN

van

VRIJDAG 4 FEBRUARI 2022

Voormiddag

_____

La réunion publique de commission est ouverte à 10 h 06 et présidée par M. Thierry Warmoes.
De openbare commissievergadering wordt geopend om 10.06 uur en voorgezeten door de heer Thierry Warmoes.

01 De vaccinatieplicht. Hoorzitting met:
- de heer Sam Brokken;
- de heer Paul Verhaeghe (UGent);
- de heer Marc Verdussen (UCLouvain).
01 La vaccination obligatoire. Audition de:
- M. Sam Brokken;
- M. Paul Verhaeghe (UGent);
- M. Marc Verdussen (UCLouvain).

De **voorzitter**: Welkom op de voorlopig laatste dag van de hoorzittingen. Op 16 februari komt Pedro Facon nog en op een nader te bepalen datum komen de sociale partners. Welkom ook aan de sprekers van vandaag: Sam Brokken, Paul Verhaeghe en Marc Verdussen.

Nous vous remercions d'avoir accepté notre invitation à témoigner devant notre commission de la Santé et d'Égalité des chances.

Ik vraag aan de sprekers om zich kort voor te stellen en een eventuele belangenvermenging te vermelden. Na het betoog volgt dan de vragenronde.

Mijnheer Brokken, u hebt het woord.

01.01 **Sam Brokken**: Mijnheer de voorzitter, geachte leden, bedankt voor de uitnodiging.

Mijn naam is Sam Brokken en ik meld graag dat er geen belangenconflicten zijn. Ik meld ook graag dat ik geen expert ben. Vanuit mijn achtergrond in public and global health zie ik me eerder als een generalist. Vandaar dat ik deze kwestie probeer te bekijken vanuit een iets breder perspectief. Op de slide verneemt u meer over mijn achtergrond.

Zitten we nog in een pandemie, of niet? Daar is blijkbaar ook theoretisch geen duidelijke definitie voor. Uit onderzoek blijkt dat dit tot verwarring kan leiden, zeker in de onderlinge communicatie van academici, de overheid en het publiek.

Op de volgende slide ziet u een overzicht van de pandemieën die we tot nu toe gekend hebben. Het overzicht dateert van 4 februari 2020; waardoor de cijfers over COVID-19 niet meer zo accuraat zijn, de rest is dat wel. We zien daar dat er heel hoge mortaliteitsratio's waren, met zelfs een verspreiding over verschillende landen en continenten. In mijn opinie werden die cijfers destijds niet zo ruim opgevolgd als tijdens de COVID-19-crisis. Het MERS-virus gaat nog altijd rond en is in de laatste jaren, ook in 2020, nog geconstateerd in Riyad. De onderzoekers schrijven letterlijk: "Uniquely the recent ongoing pandemic is accompanied by an infodemic which has caused additional worldwide panic."

De mortaliteitscijfers zijn beschreven door professor John Ioannidis, de meest geciteerde epidemioloog aller tijden en verbonden aan Harvard University. Hij kwam anderhalf jaar geleden uit op een projectie van IFR 0.23 %, globaal genomen over alle leeftijdscategorieën. Hij heeft dat intussen al tweemaal bijgesteld tot 0,15%, wat wil zeggen dat de overgrote meerderheid van de mensen die ziek worden niet overlijdt. Onder de 60 jaar liggen de percentages zeer laag, boven 60 zien we een exponentiële toename. We kennen dus de risicogroepen.

Een Duits onderzoek wijst erop dat bij kinderen onder de elf jaar met comorbiditeiten de mortaliteit of de *infection fatality rate* 0,0009% is in de ganse populatie. De onderzoekers vonden geen slachtoffers zonder comorbiditeiten onder de leeftijd van 11 jaar.

Ter informatie, de oranje slides zijn diegene die ik meegeef in de presentatie, met alle referenties.

De *case fatality rate* is iets anders dan de *infection fatality rate*. De *infection fatality rate* wordt bepaald

op de totale populatie en de *case fatality rate* op de mensen die besmet zijn, en dus effectief positief hebben getest. In deze overzichtsstudie, verschenen in *Reviews of Medical Virology*, gaat het over de hospitalisaties met zowel influenza als COVID-19. Wat blijkt? De *case fatality rate* voor COVID-19 is 6,5% en voor influenza, griep dus, 6%, voor type A. Die aantallen liggen dus niet zo ver uit elkaar en toch hebben we bij COVID-19 een totaal andere aanpak gezien dan voor de influenza die we al decennialang kennen.

De risicogroepen zijn bekend. Het zijn de mensen boven de 60, maar vooral boven de 80, die de grootste kans hebben op overlijden. Maar ook de onderliggende redenen zijn bekend: obesitas, hypertensie, diabetes en een cardiovasculaire voorgeschiedenis. We kennen de risicogroepen en zouden dus kunnen inzetten op een andere preventieve aanpak van deze groepen. Wat we tot nu toe hebben gezien, is echter toch meer een *'one size fits all'*-aanpak, die dus mogelijks anders kan.

De vraag met betrekking tot die eerste slides is dus: is de vaccinatieplicht te verantwoorden met een mortaliteit die de min-60-jarigen nauwelijks treft?

De data durven elkaar ook al eens tegenspreken. Enerzijds hebben we de experimentele data en anderzijds de observationele, meer statistische correlaties die worden gezocht. Uit statistisch onderzoek horen we vaak dat er meer vaccins zijn, een hogere vaccinatiegraad is en minder overlijdens: dus dat de vaccins zeker efficiënt zijn. Anderzijds zijn er experimentele studies die al meer dan een jaar aantonen dat er een waning-effect zit op de vaccins. Als men bloed in contact brengt met de desbetreffende variant, ziet men dat het niet altijd werkt.

Sommige studies merken zelfs dat binnen die cohorte die ze bestudeerd hebben sommige mensen zelfs niet reageren. In een studie van professor Meyer van Luik staat, op basis van een statistische analyse, bijvoorbeeld: "*the benefit-risk balance for the 0 to 44 year olds is not in favour of those vaccines"*. Ik denk dus dat we met al die cijfers en statistische projecties heel voorzichtig moeten blijven en dat we ze moeten aftoetsen aan de experimentele data.

In *Nature Medicine* is een artikel gepubliceerd dat tot dezelfde vaststelling komt: "*There is little alternative to using observational data to assess vaccine efficacy*", maar dat verder ook stelt "*many biases in the analyses, particularly if symptomatic testing is non-random and related to perceived efficacy*".

In *Nature* vinden we een heel interessant artikel terug: "*The pandemic's true death toll: millions more than official counts*". Met andere woorden, volgens heel wat van die statistische modellen zijn er veel meer dan 5,5 miljoen doden. De dodentol zou gaan van 6 tot 22 miljoen. De oversterfte wordt steeds als parameter gebruikt, en de discussie gaat er in dat artikel om of dat wel een goede indicator is.

Een studie stelt dat de oversterfte steeds wordt overschat en dat de 20% toename bij de oudere populatie zelfs zelden of nooit mee in rekening wordt genomen. Er staat letterlijk in het artikel, "*Flawed figures*": "*Neighbouring Belgium included deaths in the community and everyone who died after showing symptoms of the disease, even if they weren't diagnosed*". Dus waarop baseren we ons?

Er wordt ook een andere stelling naar voren gebracht: "*Models like these are basically an opinion piece. The process is intrinsically flawed and the data are a real mess*." Ik denk dat iedereen dit wel begrijpt en geen vertaling nodig heeft.

Drie *senior editors* van de *British Medical Journal* komen tot dezelfde vaststelling in een artikel dat vorige week verschenen is. Daarin maken ze de vergelijking met de vorige pandemie en zeggen dat de *trials* die door de producenten gebeuren niet enkel gesponsord worden door de producenten, maar ook dat de "*writers are paid by the manufacturer*" en dat aan academici die de achterliggende data willen inkijken de toegang daartoe wordt geweigerd. Zij besluiten daaruit: "*The purpose of regulators is not to dance to the tune of the rich global corporations and enrich them further, it is to protect the health of their population. We need complete data transparency and we need it now*." Dit is bedoeld voor de overheden wereldwijd. Wat hier naar voor gebracht wordt, vind ik toch niet min.

Laten we even kijken naar de cijfers. Ik gebruik die van Sciensano al een hele tijd niet meer, omdat we al een hele tijd vaststellen dat er een aantal incongruente zaken in voorkomen. Zelf heb ik in het Verenigd Koninkrijk gestudeerd en ben ik vertrouwd met de manier van registratie. In de cijfers van Data Public Health Scotland zien we voor de periode van 8 tot 14 januari 2022 wie leed aan de omikronvariant. In tegenstelling tot wat bij ons vaak geponeerd wordt in de pers, zien we daar een omgekeerd beeld. Dit is herberekend naar 100.000 mensen, dus vergelijkbaar met elkaar. In het grijze balkje, bij de besmettingen, zien we dat er bij de niet-gevaccineerden 412 op 100.000 mensen worden besmet. Bij de dubbel gevaccineerden is dat aantal dubbel zoveel. Bij de

mensen die de boosterprik hebben gehad, zien we zelfs dat ze hoger scoren qua besmettingen dan mensen die niet gevaccineerd zijn. Als we de hospitalisaties bekijken, zien we minder niet-gevaccineerden dan gevaccineerden met een dubbele dosis. Weliswaar zien we dat de derde spuit of booster toch enige efficiëntie vertoont tegen hospitalisatie. Dat blijkt ook uit onderzoek. Als we kijken naar de overlijdens, in de kolom rechts beneden, zien we alweer dat de niet-gevaccineerden beter scoren dan zij die gevaccineerd zijn met twee dosissen. Er is maar een heel kleine groep die een boosterprik gekregen heeft, die komt te overlijden.

Natuurlijk moeten we rekening houden met een variabele die dit kan beïnvloeden, met name dat niet iedereen in het VK de derde dosis al heeft gehad binnen de populatie die al wel twee prikken kreeg. Ik vermoed dus dat de donkerblauwe balkjes nog wel zullen verschuiven in de komende weken.

Is een vaccinatieplicht dan te verantwoorden op basis van onduidelijk en onvolledig gebruik van data? Kijken we naar de transmissie. Als die gestopt wordt, wordt de viruscirculatie gestopt. Dat was aanvankelijk het objectief, maar dat is duidelijk niet gelukt. De WHO stelt zelfs dat de vaccins weinig bijdragen in de voorkoming van transmissie, ook tegen omikron. Pfizer beschermde ondertussen 41,1 maal minder tegen omikron dan tegen de oorspronkelijke stam.

Is een vaccinatieplicht dan nuttig als de populatietransmissie nauwelijks wordt afgeremd? Laten we kijken naar de vaccinaties en naar de infecties die toch nog kunnen volgen. Dit zijn allemaal *peer reviewed studies* die allemaal handelen over omikron. De eerste werd uitgevoerd bij een kleine groep van zes reizigers uit Duitsland, die allemaal een boosterprik hebben gehad. De virale lading bleek even hoog als bij het begin van de crisis. De auteurs melden: "*Insufficient prevention of symptomatic infection in otherwise healthy individuals who had received three doses of mRNA-vaccines."*

Bij omikron zien we ook dat de mRNA na dubbele Pfizer-vaccinatie maar 20 tot 24 % efficiënt is, afhankelijk van de omikronvariant. Bij een derde booster met mRNA zien we dat bij Moderna en Pfizer respectievelijk maar ongeveer 46 en 43 % efficiëntie is. Opvallend in die studie is dat niet-gevaccineerden met een eerdere infectie beter beschermd zijn dan de dubbel gevaccineerden.

De WHO schrijft voor: *"To be approved vaccines are required to have a high efficiency rate of 50 % or above."* Dat halen we dus zelfs niet met de derde booster.

Nog een andere studie toont aan dat de post-booster-doorbraakinfecties 87 % bedragen. Dat ligt in de lijn met de vorige data van Public Health Scotland.

Ik vind het spijtig dat infectie in dit verhaal weinig of niet erkend wordt; ook het CST valt daar nog altijd onder. Die mensen hebben blijkbaar toch een zeer goede bescherming. Dat blijkt ook uit de volgende twee slides: 90,4 % heeft langer dan 10 maanden bescherming tegen de deltavariant gehad. Slechts 0 tot 2 % maakt een herinfectie door. Opvallend is dat natuurlijke infectie voor 90% beschermt met antistoffen tegen alfa, beta en delta, en voor omikron zelfs 60 %. Enkele slides geleden zagen we bij Pfizer maar een efficiëntie van 20 tot 24 % na de booster. In de toekomst zouden we daar meer rekening mee moeten houden.

Ten slotte ziet u de auteurs die zich openlijk de vraag stellen hoe men zo een 2G-beleid wil verantwoorden.

Bovendien kijken we veel te veel naar antistoffen. We moeten ook kijken naar T-cel-bescherming en B-cel-bescherming. Die blijkt op zijn minst evenwaardig te zijn, zowel bij natuurlijke infectie als bij vaccinatie.

Is er een invloed van de massavaccinatie op de varianten? Daar bestaat veel discussie over. Ik heb me daar afzijdig van gehouden, maar ik ben toch eens in de literatuur gaan kijken. Ik heb daar al 4 *peer reviewed articles* gevonden die vaststellen dat er naast de natuurlijke selectie die automatisch plaatsvindt nog een supplementaire selectiedruk is die ontstaat door de vaccins en leidt tot meer varianten.

In een ander onderzoek staat: *"Intervention against pathogenes creates selective pressure. Vaccines are no exception."*

Een andere studie toont de correlatie aan tussen de hoge vaccinatiegraad en het ontstaan van varianten. Zijn we dan niet het volgende aan het stimuleren: hoe meer varianten er komen hoe groter de kans dat er weer eens een zwaardere variant zou kunnen tussen zitten. Ik spreek me niet uit over de causaliteit en de mogelijke correlaties die we hier zien. Wetenschappelijk gezien is het echter van belang om dit niet uit het oog te verliezen.

Ik ben in de GISAID-database gaan kijken met de filogenetische structuren, dat zijn alle varianten. Daar zien we een explosieve toename, vanaf 12 december 2020 toen de vaccinatie begon in Israël

en vanaf maart 2021 toen de vaccinatie in gang kwam in de rest van de wereld. Ik laat het aan de experts over of dit causaal is of niet. Voor mij is het alleszins een reden tot bezorgdheid.

Ik ben echter niet de enige, want zelfs Steven Van Gucht heeft in *EOS* op 15 januari 2021 net dezelfde stelling geponeerd. Dat vond ik wel straf. "Als de vaccinatiegraad toeneemt, neemt ook de druk op het virus toe om te muteren. Zeker wanneer gevaccineerde mensen toch besmet worden, moeten we die virussen goed karakteriseren en verder onderzoeken. Zo'n virus kan ontsnappen aan de immuniteit en bovendien dominant worden." Dat heeft Steven Van Gucht dus zelf gezegd.

Er wordt ook heel snel over de bijwerkingen gegaan, en ze worden zelfs geminimaliseerd. Dit zijn overzichtsstudies, en dus geen kleine studies, wel allemaal meta-analyses. Het zijn er maar een handvol, want ik zou enkele slides kunnen vullen. Ik heb er een paar uitgelicht: auto-immuun hepatitis; lymfadenopathie, of gezwollen klieren, wat bij 10 % voorkomt bij de populatie na vaccinaties; er zijn dermatologische auto-immuun reacties; heropflakkering van oude virale ziektebeelden.

Wat mij vooral verontrust, is de transversale myelitis, dat is een ruggenmergontsteking. De normale incidentie daarvan is 0.003 %; nu zitten we aan 1.2 tot 3.2 %. Dat is een gigantische toename. Daar mag men niet licht overgaan. Die myelitis kan tot verlammingsverschijnselen en langdurige sequellen leiden. Verder zijn er veneuze tromboses, die kennen we ondertussen.

Een ander probleem is, mijns inziens, de verschillende databases inzake registratie. Men weet dus niet hoeveel dubbele of triple registraties er zijn. Worden er zaken doorgegeven enzovoort? Bij de WHO zijn er alleszins 3 miljoen bijwerkingen geregistreerd. Er komen ook 55 neurologische ziektebeelden frequent terug die gelinkt kunnen worden aan de vaccins.

Het is geweten dat de *infection fatality rate* bij kinderen en jongvolwassenen heel laag ligt. Kinderen dragen ook nauwelijks bij tot de transmissie. Dat wordt ontkend, maar ik zie steeds meer studies die dat aantonen, en dan bedoel ik niet statistische studies.

Schooluitsluiting blijkt ook inefficiënt te zijn. Het argument dat dan wordt aangehaald om kinderen toch te vaccineren is de kans op long covid of MIS-C *(*Multisystem Inflammatory Syndrome) bij kinderen. Dat blijkt 0,002% tot 0,03% te zijn in de leeftijdscategorie jonger dan 21 jaar, en vooral bij kinderen met onderliggende aandoeningen.

Van myocarditis wordt vaak gezegd dat het als bijwerking bekend is. Het werd intussen ook opgenomen in sommige bijsluiters. Ook hier vind ik dat daar heel licht wordt overgegaan. Immers, de verwachte incidentie is 0,001%. Andere studies spreken over 0,002%. Deze grote opgezette studie uit het VK komt naar voor met de cijfers. Wat blijkt? Bij vaccinatie tussen 12 en 15 jaar zien we al 3,5 keer meer myocarditis, voor de leeftijd van 16 en 17 jaar is dat 50 keer zoveel, en 2,5 keer zoveel myocarditis tot 24 jaar. Ik heb dit berekend op de 0,002% van Arola et al. Dat is dus nog het bestcasescenario. Dit vind ik geen fijne cijfers. Dit is potentieel levensbedreigend. In sommige groepen van pediatrische patiënten met onderliggende aandoeningen kan dit leiden tot hartfalen en overlijden. De langetermijngevolgen van pediatrische myocarditis zijn onvoldoende gekend. Er wordt vaak gezegd dat het wel overgaat, maar dit staat er dus letterlijk. Dat vind ik wel straf. Dit is toch alweer een reden tot bezorgdheid. Onderzoekers vragen zich zelfs af of het wel fair is om kinderen te vaccineren tegen COVID-19 gezien het risico op myocarditis. Dat is letterlijk vertaald.

Kan men een vaccinatieplicht invoeren als de transmissie mogelijk blijft, de vaccins achterlopen op de feiten, de mortaliteit onder de leeftijd van 60 jaar zeer beperkt is, en we de risicogroep kennen die we op een andere manier kunnen gaan benaderen? Is vaccinatieplicht dan nuttig, als kinderen en jongeren nauwelijks bijdragen tot transmissie, niet onderhevig zijn aan de mortaliteit en post-vaccinatie myocarditis veel hoger is dan verwacht mag worden in deze groep?

Hiermee sluit ik de vijftien minuten die ik heb gekregen af. Ik hoop dat u nog even de moeite wilt doen om dit te bekijken. Ik dank u voor uw aandacht.
De **voorzitter**: Mijnheer Brokken; wil u uw powerpointpresentatie aan ons bezorgen?. Er staan nogal veel cijfers en referenties in die nuttig zouden kunnen zijn voor het verslag.

Mijnheer Verhaeghe, u hebt het woord.

01.02 **Paul Verhaeghe**: Laat me beginnen met mezelf kort voor te stellen. Tot 1 oktober 2021 was ik gewoon hoogleraar aan de Universiteit Gent, faculteit psychologie. Sedert 1 oktober ben ik met emeritaat. Mijn voornaamste onderzoeksveld de voorbije twintig jaar was de verhouding tussen maatschappelijke veranderingen en psychisch welbevinden. Dat is dus een heel andere insteek. Ik zal mijn betoog kort en zakelijk houden.

De centrale vraag is natuurlijk diegene betreffende

de vaccinatieplicht. Dat is in essentie een medische aangelegenheid, maar er is ook een psychosociale component mee verbonden. De antwoorden op zowel de medische als de psychosociale vragen veronderstellen a priori een ethische keuze. Pas daarna kunnen we te rade gaan bij de wetenschappelijke bevindingen, waar we zopas een heel mooi overzicht van hebben gekregen.

Het is belangrijk om aan te stippen dat wij, ethisch gezien, voor de keuze staan om ofwel voorrang te geven aan de individuele burger ofwel voorrang aan de groep. Wat mij betreft, heeft de volksgezondheid voorrang op het individu. Sommige mensen kiezen voor het individu, waarbij ze in mijn ogen vaak oneigenlijk gebruik maken van de term 'vrijheid'. We kunnen daar weliswaar eindeloos over debatteren, omdat het om een ideologische discussie gaat. Dat is echter niet langer het geval als we het over wetenschappelijke bevindingen hebben. Daar hebben we – gelukkig – meer vaste grond, hoewel die soms ook minder stevig lijkt dan een leek zou mogen hopen.

Nu we twee jaar verder staan, beschikken we in ieder geval al over veel meer wetenschappelijke informatie dan we in de beginfase hadden. Ik verwacht ook dat we de komende jaren nog veel meer onderzoeksresultaten zullen zien verschijnen, waarbij verschillende zaken die we nu met een relatieve mate van zekerheid kunnen aannemen, nog meer bevestigd zullen worden.

Ik zal nu de bevindingen op medisch en psychosociaal vlak bespreken.

Op medisch vlak – dat mag even onderstreept worden – is de ontwikkeling en de massale productie van een nieuwe generatie vaccins zonder meer een krachtoefening van formaat. De wetenschappers in dit vakgebied zijn daar terecht zeer opgetogen over. We weten intussen dat vaccins vrij goed bescherming bieden, al worden de minpunten ervan intussen ook duidelijk.

Een eerste minpunt is dat, ondanks de vaccinatie, sommige mensen toch ziek worden. Dat hadden we niet verwacht. Het gaat weliswaar om een kleine groep, die minder zwaar ziek is dan de niet-gevaccineerden, maar de bescherming is toch niet wat we ervan hadden verwacht. Hoe dan ook, mogen we er in de huidige situatie van uitgaan dat de bezetting van de ziekenhuizen door covidpatiënten gevoelig zal dalen.

Het tweede minpunt is dat wie gevaccineerd is nog steeds kan worden besmet en vooral het virus ook nog kan doorgeven en anderen kan besmetten. Die vaststelling betekent dat we ons de vraag moeten stellen of we alle huidige beschermingsmaatregelen zomaar kunnen opgeven. Het is in elk geval iets wat we in het achterhoofd moeten houden wanneer hierover beslissingen worden genomen.

Sinds kort bestaan er heel efficiënte virusremmers. Ook die zullen een effect hebben op de ziekenhuisopnames en op de tijdsduur van een eventueel ziekteverloop.

De allerbelangrijkste kennis, die naar mijn aanvoelen te weinig aan bod komt, is dat we te maken hebben met een virus, en dat de mutatiemogelijkheden van virussen gigantisch zijn. Dat wordt helaas heel vaak onderschat. Virussen kunnen onderling bijvoorbeeld DNA uitwisselen. Dat is spectaculair en betekent dat de mutatiemogelijkheden volledig onvoorspelbaar zijn. Dat dit ook effectief gebeurt, en dat dit tot zware gevolgen kan leiden, hebben we al kunnen ervaren.

Sinds de voorbije maand hebben we te maken met een relatief minder gevaarlijke variant, met tot gevolg dat veel mensen ervan overtuigd raken dat de problemen grotendeels voorbij zijn. Ik herinner eraan dat we dat vorige zomer ook dachten, tot de deltavariant zijn intrede deed. Laten we hopen dat het nu anders zal zijn, maar de wetenschappelijke waarheid is dat we simpelweg niet weten welke varianten er nog komen en hoe gevaarlijk of onschuldig die zullen zijn. We weten het niet en we kunnen er beter van uitgaan dat er nog wel eens een gevaarlijke golf op ons zou kunnen afkomen. Wat we nu al met een grote mate van zekerheid kunnen voorspellen, op basis van de wetenschappelijke bevindingen die ik daarnet heb aangegeven, is dat regelmatige hervaccinatie noodzakelijk zal zijn, als we op dit spoor verdergaan. In het meest ideale scenario zullen we een groepsimmuniteit ontwikkelen waardoor een hervaccinatie eventueel beperkt zal kunnen blijven tot risicogroepen, zoals dat vandaag al het geval is bij griep.

Of deze groepsimmuniteit er zal komen, weten we op dit ogenblik simpelweg niet. We hebben al heel veel wetenschappelijke gegevens. Er zullen er het volgende jaar nog heel veel bijkomen.

Ik wil nu toch ook nog even wat aandacht geven aan het psychosociale aspect. Daarover heb ik veel meer kennis en daarover zou ik heel veel kunnen praten. Maar dit leunt niet meteen aan bij de vraag die u aan mij voorgelegd hebt over de vaccinatieplicht. Maar ik wil er toch even heel kort op ingaan.

Gedurende het eerste jaar van de pandemie heeft de overheid terecht het advies van medische

experts in hoge mate gevolgd en voorrang gegeven aan de volksgezondheid, met als resultaat de massale lockdown die we meegemaakt hebben. In het licht van de kennis die we toen hadden, was dat zonder twijfel een verstandige beslissing. Een overgrote meerderheid van de bevolking is daar ook in meegegaan. Meer nog, we hebben een grote golf van solidariteit en gemeenschapszin zien ontstaan. Dat is trouwens typisch voor collectieve rampen. In het licht van de maatschappelijke verzuring en polarisatie die aan de gang was, was dit een mooie opsteker. Al bij al heeft ons land het gedurende dat eerste jaar zeker niet slecht gedaan.

Vanaf het tweede jaar hadden we meer kennis over de effecten van het virus. Die kennis zal alleen maar toenemen. Het gaat dan om kennis over de effecten op de verschillende bevolkingsgroepen. We hebben vooral een uitdrukkelijk zicht gekregen op de psychosociale gevolgen van de lockdown. Dat betekent dat we met die ervaring en kennis veel betere afwegingen kunnen maken.

Wat is de medische winst van bepaalde maatregelen? Wat is het psychosociale verlies ervan? Wat is de balans tussen die twee? Het antwoord is niet altijd eenvoudig. Denk daarbij maar aan de economie. Maar de periode waarin we uitsluitend het advies van medische experts moesten volgen, is voorbij. We moeten nu ook uitdrukkelijk de psychosociale gevolgen bekijken. Hierbij wil ik slechts één groep naar voren schuiven omdat ik hem zo belangrijk vind en de gevolgen voor die groep zo dramatisch, met name kinderen, jongeren en jonge volwassenen.

Bij deze groep is de verhouding tussen de medische winst van de maatregelen en het psychosociale verlies zeer nadelig. Het verlies is vele malen groter dan de winst. Ik overdrijf echt niet als ik zeg dat de effecten van de lockdown voor deze groep ronduit dramatisch zijn, zowel op het vlak van onderwijs als op het vlak van hun ontwikkeling *tout court*.

De dramatische lockdown is er gekomen omdat we de medische gevaren nauwelijks konden inschatten en omdat we geen vaccins hadden. Nu hebben we ze wel. Dat betekent dus dat we heel concreet kunnen en moeten plannen hoe we bij een eventuele volgende golf onze kinderen en jongeren op een veilige manier hun activiteiten kunnen laten voortzetten.

Ik geef enkele concrete voorbeelden. Hoe kunnen we het onderwijs in open lucht organiseren, zeker voor kinderen in het lager onderwijs? Welke publieke ruimten en faciliteiten kunnen we gebruiken voor het middelbaar onderwijs? Hoe kunnen we de activiteiten van sport- en jeugdbewegingen behouden? Daar moet nu over nagedacht worden zodat er bij een volgende keer concrete plannen klaarliggen, met als doel kinderen en jongeren hun normale ontwikkelingskansen te laten behouden.

Nogmaals, het gaat hier om slechts één groep. Over de psychosociale implicaties valt er veel meer te zeggen. Maar dit valt buiten het gevraagde advies, dus zal ik terugkeren naar de vraag betreffende de vaccinatieplicht.

Medisch gezien is vaccinatie op dit ogenblik het beste antwoord op de pandemie, als men de volksgezondheid laat primeren. Een bijkomend argument voor vaccinatie is dat we op die manier onze gezondheidszorg overeind kunnen houden. Het is een correcte stelling dat onze ziekenhuizen en eerstelijnszorg het zonder vaccinatie niet hadden kunnen bolwerken. Maar, dit is in de allereerste plaats een argument voor iets anders, met name een argument om de organisatie van ziekenhuizen en gezondheidszorg te herbekijken. Een crisis legt systeemfouten bloot en biedt ons de mogelijkheid om die fouten zelf aan te pakken, niet om wat bijkomend oplapwerk te doen.

Wat de vaccinatieplicht betreft, in het licht van de hoge vaccinatiegraad die ons land nu reeds heeft, zullen de effecten van een verplichting niet spectaculair groot zijn, niet op het vlak van volksgezondheid en ook niet op het vlak van de bezetting van de ziekenhuizen. Dit is des te meer het geval omdat een harde kern van de niet-gevaccineerden toch zal blijven weigeren.

Die voorspelbare weigering brengt mij bij een ander punt. Als een vaccinatieplicht ingevoerd wordt, moet deze afdwingbaar zijn. Ik twijfel er heel ernstig aan of dit wel zal lukken. Ons land heeft tal van wetten, decreten en besluiten die niet nageleefd worden omdat er geen controle op gebeurt. Dat heeft als resultaat een toenemend gevoel van straffeloosheid. Geloof mij, het is geen goed idee om dat uit te breiden.

Mijn besluit is dan ook dat een vaccinatieplicht op dit ogenblik niet aan de orde is omdat een dergelijke verplichting weinig winst zal opleveren in het licht van de huidige hoge vaccinatiegraad. Ik spreek wel enkel over dit ogenblik. Dat is een zeer belangrijke kanttekening. Een worstcasescenario is dat we in de toekomst de volgende combinatie meemaken: een bevolking die steeds minder gemotiveerd is om zich te laten boosteren en het optreden van een nieuwe virusvariant die vele malen gevaarlijker is dan de vorige. Willen we onze huidige relatief veilige situatie behouden, dan moet de overheid ten volle inzetten op het informeren en

het blijven motiveren van de bevolking om zich te laten vaccineren wanneer dat nodig is, op grond van nieuwe gegevens. Als we daarin slagen, is vaccinatieplicht wat mij betreft overbodig.

Le **président**: Nous accueillons à présent M. Verdussen. Bienvenue, monsieur Verdussen, et merci d'avoir accepté l'invitation. Je vais vous demander de vous présenter brièvement et de mentionner d'éventuels conflits d'intérêts.

01.03 **Marc Verdussen**: Monsieur le président, mesdames et messieurs, mon nom est Marc Verdussen. Je suis professeur de droit constitutionnel à l'Université de Louvain, où je dirige le Centre sur l'État et la Constitution. Je n'ai absolument aucun conflit d'intérêts.

Je suis dans mon bureau de Louvain-la-Neuve. Je vous prie de bien vouloir m'excuser de ne pas être présent. Des problèmes d'agenda m'obligent à intervenir par Zoom.

J'ai un *slide* qui résume l'ensemble de mon intervention. Je pense que cela sera plus efficace.

Je vous remercie de m'avoir invité. Je vous livre d'emblée deux sentiments. D'une part, il n'y a pas de vérité scientifique sur la vaccination obligatoire. Il y a des connaissances et des méthodes scientifiques, dont vous vous ferez la synthèse dans le but de prendre une décision politique. Et parmi ces données scientifiques, il y a des données juridiques. D'autre part, ces données juridiques doivent être prises à leur juste valeur. Le droit n'offre pas ici de réponse toute faite. Par contre, il vous contraint à vous poser les bonnes questions. Le droit pose des balises et impose un cadre d'analyse.

Comme professeur de droit constitutionnel, la question des droits fondamentaux s'inscrit au cœur de mes préoccupations scientifiques : les droits fondamentaux reconnus par la Constitution et ceux consacrés par le droit européen et international, les uns et les autres formant un 'ensemble indissociable'.

Je vais droit au but : aucun juriste sérieux ne pourra vous dire qu'au regard des droits fondamentaux ou au regard de tel droit fondamental en particulier, la vaccination obligatoire est possible ou ne l'est pas, de manière générale et abstraite. Tout simplement parce qu'en matière de droits fondamentaux, tout est une question de cas d'espèce, de mise en balance concrète d'intérêts différents voire divergents, liés à des circonstances de fait qui varient d'un cas à l'autre.

Beaucoup de choses vous ont déjà été dites. Là où je pense modestement pouvoir vous être utile, c'est en vous procurant une méthodologie. Et même en réalité plus que cela : une 'feuille de route'. Avec, à chaque étape, des vérifications à opérer. Pour le dire autrement : vous devez soumettre le dispositif législatif que vous envisagez de voter à un 'crash test' afin de vous assurer de la résistance en droit de ce dispositif.

A cette fin, je me focalise sur un droit fondamental en particulier : le droit au respect de la vie privée (ci-après : DRVP), reconnu par l'article 22 de la Constitution et, notamment, par l'article 8 de la Convention européenne des droits de l'homme (ci-après : CEDH). Pourquoi ? Parce que la vaccination obligatoire est une atteinte à l'intégrité physique et que l'intégrité physique est une composante essentielle de la vie privée (voy. not. Cour eur. DH, arrêt *Pretty c. Royaume Uni*, 29 avril 2002). Ceci est sans préjudice du fait que d'autres droits fondamentaux peuvent être 'mobilisés', comme le droit à la vie ou la liberté de conscience.

Pour qu'une mesure de vaccination obligatoire comme celle que vous envisagez puisse être considérée comme acceptable au regard du DRVP, vous devez faire cinq vérifications (et, j'y reviendrai, montrer que vous avez bien fait ces cinq vérifications). Il s'agit de cinq tests en quelque sorte.

Test 1. Pour imposer la vaccination obligatoire, il est nécessaire de passer par une loi. La crise sanitaire ayant été largement gérée à coup d'arrêtés ministériels, l'importance de ce test doit être rappelée.

Que faut-il entendre par 'loi' ? Si l'on combine l'article 22 de la Constitution et l'article 8 de la CEDH, et qu'on y ajoute les règles de répartition des compétences, on en arrive à une double conclusion. Un : il faut une norme ayant force législative et, plus particulièrement, une loi fédérale. En effet, si les communautés sont bien compétentes pour « *prendre toute initiative en matière de médecine préventive* » (LSRI, art. 5, § 1er, al. 1er, 8°), c'est à l'exception (notamment) des « *mesures prophylactiques nationales* », dont font partie les mesures de vaccination obligatoire. Deux : cette loi doit être suffisamment claire et précise pour garantir aux individus une prévisibilité de leurs comportements.

Le test 1 ne paraît pas de nature à poser de problème, à condition que la loi que vous voterez soit suffisamment claire et précise.

Test 2. La vaccination obligatoire poursuit-elle un objectif clairement défini ? Ce test est souvent

négligé, alors qu'il est capital. D'une part, l'objectif poursuivi est mobilisé dans les autres tests (qui, dans l'ignorance de l'objectif, ne peuvent être réalisés). D'autre part, selon l'objectif poursuivi, les modalités et conditions de la vaccination obligatoire seront différentes.

Fondamentalement, il me semble que vous devez trancher entre deux objectifs. Soit il s'agit d'éradiquer le virus, si tant est que cela soit possible. Soit il s'agit d'éviter une saturation des unités de soins intensifs dans les hôpitaux, ce qui correspond à la justification donnée jusqu'ici aux mesures sanitaires.

En toute hypothèse, il doit s'agir d'un objectif en soi. Par exemple, de mon point de vue, protéger les personnes vulnérables ou diminuer les contaminations ne sont pas des finalités en soi : le but final, c'est d'éviter l'engorgement des unités de soins intensifs des hôpitaux par ces personnes vulnérables ou ces personnes contaminées. En somme, un objectif qui en réalité renvoie à un autre objectif peut difficilement être retenu comme un objectif 'en soi'.

La réponse à la question de l'objectif à poursuivre relève du seul pouvoir d'appréciation des élus du peuple.

Test 3. L'ingérence dans le DRVP est-elle liée à un des motifs d'ingérence prévus par l'article 8 de la CEDH, en son § 2 ? Ce dernier est rédigé en ces termes : « *Il ne peut y avoir ingérence d'une autorité publique dans l'exercice de ce droit que pour autant que cette ingérence (…) constitue une mesure qui, dans une société démocratique, est nécessaire à la sécurité nationale, à la sûreté publique, au bien-être économique du pays, à la défense de l'ordre et à la prévention des infractions pénales, <u>à la protection de la santé</u> ou de la morale, ou à la protection des droits et libertés d'autrui* » (nous soulignons). Parmi les motifs légitimes d'ingérence, parmi donc les intérêts protégés par l'article 8, § 2, on trouve donc la protection de la santé.

Le test 3 ne parait pas problématique. En effet, quel que soit l'objectif précis que vous entendriez poursuivre en imposant la vaccination obligatoire, cet objectif sera nécessairement lié à une préoccupation de « *protection de la santé* ». Un « *besoin social impérieux de protéger la santé individuelle et publique* », selon les termes de la Cour européenne des droits de l'homme. Un besoin social d'autant plus impérieux en Belgique que le droit à la protection de la santé est consacré par l'article 23, alinéa 3, 2°, de la Constitution.

Sans entrer dans les détails, relevons qu'une obligation vaccinale peut servir – indirectement – d'autres intérêts que la protection de la santé, également garantis par l'article 8, § 2, de la CEDH. On pense par exemple à la liberté de circulation, entravée par les mesures de confinement (voy. sur ce point Vanessa De Greef, « Une obligation de vaccination contre la Covid-19 serait-elle une restriction ou une réalisation de nos droits fondamentaux », *Journal des tribunaux*, 2021, pp. 221-229, spéc. p. 224). On pense également à la liberté d'enseignement (puisqu'on évite la fermeture des écoles), à la non-discrimination (puisqu'on ne fait plus de distinction entre vacciné et non vacciné), ou encore à la vie privée (parce qu'on ne fait plus traiter quotidiennement les données des citoyens par des restaurateurs ou du personnel des cinémas).

Test 4. C'est le test de la pertinence. Il faut s'assurer que la mesure envisagée est de nature à atteindre l'objectif poursuivi. En d'autres termes, cette mesure est-elle suffisamment vigoureuse pour atteindre cet objectif ? Ici, les données de mes collègues des sciences médicales ont évidemment toute leur utilité. Pour prendre un exemple simple (tous ne le sont pas nécessairement), si l'objectif poursuivi est d'éradiquer le virus, on doit se demander si une obligation vaccinale limitée à certaines catégories de personnes suffira à atteindre cet objectif.

Test 5. C'est le test de la proportionnalité ou test des 'effets collatéraux'. A supposer que la mesure envisagée soit de nature à atteindre l'objectif poursuivi, encore faut-il que l'ingérence dans le DRVP ne produise pas des effets à ce point démesurés – disproportionnés – que ce droit serait frappé dans ce qu'il a de plus essentiel. La métaphore est bien connue : on ne tue pas une mouche avec un canon. En d'autres termes, existe-t-il des solutions alternatives qui permettent d'atteindre le même objectif en créant moins de dégâts collatéraux ?

Le test de la proportionnalité est assurément le test le plus délicat. Il se décline en plusieurs questions. J'en retiens cinq.

La question de la proportionnalité est une question de coûts. Elle vous oblige à vous demander si l'objectif poursuivi ne pourrait pas être atteint par une autre mesure, moins 'coûteuse' : en termes d'atteinte au DRVP, mais aussi d'atteinte à d'autres droits fondamentaux ; en termes aussi de conséquences sociales, notamment financières.

Des alternatives vous ont été présentées par des collègues universitaires. Je pense, par exemple, à celle de Marius Gilbert sur l'obligation d'information vaccinale. C'est à ce stade de la feuille de route

juridique que ces alternatives doivent être envisagées. Pour chacune d'elles, il faut se poser les questions suivantes. Un : cette mesure alternative a sans doute aussi un coût et, si oui, lequel ? La suggestion de Marius Gilbert, par exemple, a un coût financier, mais aussi un coût en termes de libertés. Deux : en admettant que la mesure alternative est moins coûteuse, il faut encore s'assurer qu'elle permet d'atteindre le même objectif, notamment en vérifiant qu'on peut la faire respecter en pratique.

La question de la proportionnalité est une question d'équilibre. Elle vous oblige à devoir procéder à une conciliation entre le DRVP et un ou plusieurs autres droits fondamentaux avec lesquels il entre 'en conflit'. Le principal conflit oppose le DRVP et le droit à la protection de la santé, puisque l'atteinte que la vaccination obligatoire porte au DRVP est justifiée notamment par le souci de garantir le droit à la protection de la santé. Dans un système qui refuse toute hiérarchie abstraite et générale entre droits fondamentaux, le seul moyen de résoudre un conflit entre plusieurs droits fondamentaux est de concilier ceux-ci, par une balance des intérêts en présence, en recherchant un point d'équilibre entre les droits en conflit (par l'examen, en termes de proportionnalité, des atteintes respectives portées à ceux-ci).

La question de la proportionnalité est une question de temporalité. En effet, la balance des intérêts ne conduit pas aux mêmes résultats à un temps X ou à temps Y.

Le temps, c'est le temps médical. Les données médicales à prendre en compte ne sont pas les mêmes aujourd'hui qu'il y a un an ou même six mois (nombre de contaminations, nombre de personnes en soins intensifs, taux de couverture vaccinale…). Je passe le relais ici à mes collègues du secteur des sciences de la santé.

Le temps, c'est aussi le temps politique. Ce qui était politiquement acceptable il y a un an, quand les vaccins sont apparus, ne l'est plus nécessairement aujourd'hui. De nombreuses décisions ont été prises depuis un an – la mesure décrétant le Covid Safe Ticket (CST) n'est pas la moindre –, qui ont pu aggraver encore davantage le fossé entre les citoyens et le monde politique. Avec cette conséquence que l'évolution de la crise a généré un repli sur soi chez un nombre de plus en plus important de citoyens qui refusent catégoriquement toute forme de contrainte sociale. Ceci est un constat objectif, et non une posture idéologique.

La question de la proportionnalité est une question de sanctions. Les sanctions dont il est question pouvant être infligées à celles et ceux qui se soustrairaient à l'obligation vaccinale. A cet égard, il faut bien distinguer la mesure elle-même – le principe même de l'obligation vaccinale – et les sanctions qui assortissent cette obligation et qui sont nécessaires pour rendre cette obligation effective. Les sanctions peuvent être déterminantes et faire pencher la balance des intérêts d'un côté ou de l'autre : en raison de leur niveau de gravité (entre l'amende d'un montant raisonnable et la peine d'emprisonnement, il existe une gamme de sanctions envisageables) ; en raison aussi de leur degré d'(in)effectivité ; enfin, parce qu'à elles seules, les sanctions peuvent entrer en conflit avec d'autres droits fondamentaux.

Alors, bien sûr, comme le disait le Premier ministre il y a quelques mois, « *on ne va pas piquer les gens dans la rue* ». Mais, l'Etat pourrait être tenté, au départ de croisements de données personnelles, de suspendre certains droits dans le chef des personnes non vaccinées (allocations de chômage, allocations familiales…). Ce risque est d'autant plus sérieux que l'Etat dispose déjà de nombreuses données sur les citoyens. Cette question doit être abordée dès à présent : elle est étroitement liée à l'obligation vaccinale elle-même, puisqu'elle touche à l'effectivité de cette obligation. Or, de telles sanctions sont très problématiques au regard de plusieurs droits fondamentaux consacrés par l'article 23, alinéa 3, de la Constitution. De plus, ces sanctions, fondées sur des croisements de données, ne pourraient être considérées comme de simples mesures d'exécution de la loi, déléguées au pouvoir exécutif. L'article 22 de la Constitution impose au législateur de déterminer lui-même les traitements de données qui peuvent être mis en place, et de les organiser clairement dans une loi. Cette loi, ce doit être celle qui organise l'obligation vaccinale. Il faut un chapitre sur l'obligation et un chapitre sur la mise en œuvre de l'obligation, dans lequel apparaissent clairement, si c'est la voie qui est privilégiée, les traitements de données mis en place pour sanctionner les personnes non vaccinées, et ce dans le respect le plus scrupuleux du DRVP.

A cet égard, et sauf erreur de ma part, vous n'avez pas invité d'experts en protection des données. Si cette information est exacte, je trouve que c'est regrettable. Car, qu'il s'agisse de la vaccination obligatoire ou du passe vaccinal (sur lequel je dirai un mot), dans tous les cas, des données personnelles vont circuler et, si vous n'y prenez garde, risquent d'être utilisées par l'Etat dans un but différent que celui pour lequel ces données ont été collectée à l'origine. A l'heure où le traitement des données personnelles par l'Etat est mis sur la

sellette, y compris sur la scène européenne, je ne pourrais que vous incliner à la plus grande prudence sur ce point.

La question de la proportionnalité est enfin une question casuistique. J'ai tenté de vous montrer que le test de proportionnalité peut vous conduire à renoncer à la vaccination obligatoire ou à décréter la vaccination obligatoire et, si vous la décrétez, à la décréter de manière générale ou à la moduler selon les catégories de la population auxquelles elle s'adresse. Quelle que soit la portée de la vaccination obligatoire (générale ou ciblée), le test de proportionnalité peut aussi vous conduire à prévoir des modalités et des conditions particulières (exemple : vaccin contre-indiqué pour certaines personnes). Bref, entre le oui et le non, le curseur peut être placé à différents endroits. Le droit nous apprend donc qu'en matière de vaccination obligatoire, comme en tant de domaines, ce n'est pas 'tout ou rien', 'tout le monde ou personne'.

J'insiste sur le fait que la position du curseur est directement liée aux éléments concrets propres à la décision que vous allez devoir prendre ou, plus exactement, propres à la situation que cette décision entend régler.

Je voudrais, à cet égard, revenir un instant sur l'arrêt rendu par la Cour européenne des droits de l'homme, en Grande chambre, le 8 avril 2021, dont d'autres orateurs vous ont déjà parlé. La Cour a rejeté cinq recours dirigés contre l'Etat tchèque, recours qui dénonçaient une obligation légale générale de vacciner les enfants contre neuf maladies, et ce au regard de l'article 8 de la CEDH. Sur les réseaux sociaux notamment, on a dit tout et n'importe quoi sur cette arrêt. Ce que j'en retiens, toujours dans la perspective méthodologique qui est la mienne, c'est que les juges européens, tout en rappelant qu'il existe en cette matière dans le chef des Etats « *une ample marge d'appréciation* », se sont fondés sur un ensemble d'éléments concrets, propres au cas dont ils étaient saisis, pour décider que le DRVP n'a pas été violé par l'Etat tchèque.

C'est une manière pour moi de vous redire que le contrôle que la Cour européenne peut exercer sur une mesure de vaccination obligatoire est un contrôle marginal et concret. Marginal au sens où la marge d'appréciation laissée aux Etats est grande. Concret au sens où le contrôle se fait en fonction des éléments propres au cas précis dont est saisi la Cour. Le professeur Hendrik Vuye vous a parlé de casuistique et il a raison.

On peut bien sûr trouver dans l'arrêt des éléments qui pèsent en faveur d'une obligation vaccinale : la vaccination est estimée sûre et efficace par la communauté scientifique ; les destinataires de la vaccination obligatoire sont des enfants, catégorie vulnérable ; l'obligation de vaccination est assortie d'exceptions et de garanties procédurales ; les sanctions ne sont pas disproportionnées, etc. Ces éléments sont à l'évidence transposables, à tout le moins exploitables, pour d'autres formes de vaccination obligatoire, mais il ne sont pas pour autant une 'assurance tout-risque'. Loin s'en faut.

En guise de conclusion, je voudrais faire deux observations complémentaires.

1. Si vos réflexions devaient vous amener à considérer que la vaccination obligatoire n'est pas politiquement souhaitable, vous pourriez être tentés d'envisager d'autres mesures, non moins attentatoires aux droits fondamentaux, tel le passe vaccinal obligatoire. Il est bien évident que vous ne pourriez recourir à cette autre mesure qu'en suivant exactement la même feuille de route, qui ne vous conduira sans doute pas aux mêmes réponses. En effet, les enjeux sont différents et les droits fondamentaux en jeu ne sont pas nécessairement les mêmes que dans la vaccination obligatoire. Bref, si, convaincus de ne pas imposer la vaccination, vous vous rabattez, à titre d'alternative, sur le passe vaccinal sans opérer les cinq tests, vous allez droit dans le mur.
2. Le 'crash test' que j'ai détaillé avec vous, ce n'est pas un outil que vous avez simplement à votre disposition. C'est un outil que vous avez l'obligation d'utiliser. J'attire votre attention sur le fait que plusieurs arrêts de la Cour européenne des droits de l'homme tendent à montrer que les juges européens s'intéressent à la qualité du processus décisionnel qui a conduit un Etat à créer une ingérence dans un droit fondamental autant qu'à l'ingérence elle-même, ce qui revient à dire que l'Etat mis en cause devant elle doit être à même de démontrer qu'en usant de la marge d'appréciation que lui laisse la CEDH, il a opéré de manière suffisante les vérifications rappelées ci-avant et tout spécialement le test de proportionnalité. C'est ce qu'on appelle la 'procéduralisation' des droits fondamentaux..
Plus la Cour européenne est convaincue que les autorités étatiques ont mis en balance les intérêts en présence, moins elle sera encline à ne pas entrer dans le fond du problème. Inversement, la Cour peut censurer une mesure d'ingérence dans un droit fondamental en se basant exclusivement sur le fait que les autorités étatiques n'ont pas mis en balance les intérêts en présence. Comme l'écrit très justement le professeur Sébastien Van Drooghenbroeck, on assiste à « *un déplacement d'intérêt vers la manière dont les Etats cherchent à réaliser les justes équilibres prescrits par la Convention, question qui devient aussi importante*

que celle de savoir si ils ont concrètement réussi » (*La proportionnalité dans le droit de la Convention européenne des droits de l'homme : prendre l'idée simple au sérieux,* Bruxelles, Publications des FUSL, 2001, p. 325).
En conclusion : qu'il s'agisse de la vaccination obligatoire ou du passe vaccinal, quelle que soit la décision que vous prendrez, vous devrez pouvoir démontrer que vous avez suivi la feuille de route que je vous ai présentée. La question du respect des droits fondamentaux par la loi est, avant tout, l'affaire du Parlement.

Je vous remercie et espère ne pas avoir été trop long, monsieur le président.

Le **président**: Nous vous remercions, monsieur Verdussen. Je dois vous avouer que je n'ai pas surveillé ma montre, parce que votre exposé était passionnant, clair et précis pour le non-juriste que je suis. Je vous en remercie. Cela prouve que l'on n'a pas nécessairement besoin de beaucoup de *slides* dans une présentation pour tenir un bon discours.

Si vous disposez d'un texte, nous vous remercions par avance de nous l'envoyer. En tout cas, merci pour vos conseils. En ce moment, il n'y a pas encore de projet ou de proposition de loi. Je suppose que, s'ils devaient voir le jour, nous reprendrons votre document.

À présent, je vais donner la parole à nos membres. Selon ce dont nous étions convenus, ils auront droit à trois minutes par intervenant. Ensuite, nous écouterons les réponses. S'il reste un peu de temps, nous pourrons encore poser quelques questions.

01.04 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijn vragen zullen vooral aan de heer Brokken gericht zijn.

Mijnheer Brokken, u had het over *conflicts of interest*. Wat is de relatie precies tussen u en de Robert Gordon University of Aberdeen? Op uw website lees ik dat u onafhankelijk onderzoeker bent, maar op de site van de instelling zelf vind ik niets over u terug, dus daar had ik graag het fijne van geweten.

Ik heb het er moeilijk mee dat u in uw presentatie heel veel studies aanhaalt maar er niet bij vermeldt of het gaat om een *preview* of een peerreviewed artikel. U haalt bijvoorbeeld Willett et all aan, en dat is een *preprint*, dat heb ik zelf nog kunnen opzoeken.

Wat transversale myelitis betreft, vind ik een studie terug met 43 patiënten. Kunt u, wanneer u uw presentatie doorstuurt, de referenties er nog eens duidelijk bij vermelden, zodat we één en ander zelf kunnen nagaan? De stellingen die u hier naar voren bracht zijn immers soms volledig tegengesteld aan wat we van andere sprekers hebben gehoord. Ik denk dat het belangrijk is dat we alles nog eens kunnen onderzoeken en nakijken.

Ik raakte amper wijs uit de presentatie die u gaf over de sterfgevallen bij gevaccineerden en de ziekenhuisopnames van gevaccineerden in Schotland. U geeft aan dat de cijfergegevens van Sciensano niet altijd kloppen maar als ik naar de grafieken van de sterfgevallen en ziekenhuisopnames tijdens de eerste, tweede, derde en vierde golf ga kijken, dan zie ik in Schotland wel een min of meer gelijkaardig verloop als in België. Graag had ik het verschil in interpretatie tussen u en Sciensano gekend, wetend dat 55-plussers in Schotland voor bijna 100% gevaccineerd zijn en dat 95% tot 99% van de Schotse 55-plussers ook al een boosterprik heeft gekregen. Ik had daarover dus graag meer duiding.

U beweert dat natuurlijke infectie beter beschermt dan vaccinale infectie. Hebt u het dan alleen over systemische infectie of maakt u een onderscheid tussen mucosale en systemische infectie?

U haalt aan dat de B- en T-cellen wel bescherming bieden, maar dat is toch systemisch. Hoe maakt u daar het onderscheid tussen gevaccineerd en niet-gevaccineerd? Op welke studie baseert u zich?

U vermeldt ook dat vaccinatie de mutatie kan beïnvloeden. U zegt echter ook dat u de interpretatie daarvan overlaat aan de experts. Wat bedoelt u met die quote? U citeert ook professor Van Gucht, die zegt dat het virus altijd naar een manier zoekt om te overleven. Dat is natuurlijk eigen aan een virus. Kunt u die quote kaderen?

In mijn achterhoofd zit dat professor Van Gucht dat gezegd heeft vanuit de gedachte dat er een voldoende hoge vaccinatiegraad moet worden bereikt. Ik kan het echter fout hebben.

Veel van uw stellingen zijn quotes. Haalt u die uit de conclusies van de studies? Gaat het om een samenvatting van die conclusies? U verwijst naar heel veel studies. Het is moeilijk om door de bomen nog het bos te zien.

01.05 **Barbara Creemers** (Ecolo-Groen): Mijnheer Brokken, u stelt de vraag of een vaccinatieplicht overwogen moet worden bij een virus waaraan min 60-jarigen nauwelijks overlijden. Dat is natuurlijk een andere vraag dan of de vaccinatieplicht te overwegen is voor een virus dat

mogelijk een overbelasting van onze zorg veroorzaakt en daardoor uitgestelde zorg teweegbrengt, zodat we nog langer in de problemen zitten.

Als we even uitzoomen, kunnen we ons de vraag stellen hoe we de vaccinatiegraad nog kunnen opkrikken. Daar had ik graag uw mening over.

Ik had het moeilijk met uw uitspraak dat u de data van Sciensano niet meer gebruikt wegens de incongruenties. Als een quote van Steven Van Gucht u wel goed uitkomt, gebruikt u die echter wel. Ik heb het dus moeilijk met hoe u een aantal gegevensbronnen tegenover elkaar plaatst.

Zo geeft u de lijst met mogelijke bijwerkingen. Hebt u echter ook de lijst bekeken met mogelijke langetermijneffecten van covid? Sciensano is voor ons een heel betrouwbaar instituut en dat brengt cijfers naar buiten waaruit blijkt dat bijna 50 % van de ondervraagden langetermijngevolgen draagt. Hoe zet u dat tegenover uw fragmentarische opsomming van mogelijke bijwerkingen van de vaccins?

Pediater Ann De Guchtenaere heeft vorige week verteld dat 1 op 3.000 van de plus 12-jarige jongeren MIS-C heeft na besmetting, maar dat dit aantal daalt met 90 % na vaccinatie. Hoe rijmt dat met uw quote dat we kinderen niet moeten vaccineren?

Professor Verhaeghe, uw betoog was heel interessant. In uw boek maakt u een analyse van de covidcrisis en u spreekt daarin de hoop uit op ander leiderschap, met horizontale structuren waarin mensen gestimuleerd worden om samen aan een gemeenschappelijk doel te werken, dus eerder bottum-up dan top-down. Hoe is vanuit die analyse een andere aanpak van de gezondheidszorg mogelijk? Of een andere aanpak van de vaccinaties, nu nog tijdens de crisis? Kunt u dat even toelichten?

Professor Verdussen, Ik heb deze week kennisgemaakt met artikel 187 van de Grondwet, titel VII. Ons land is daarmee een politiek-juridisch unicum. De tekst zegt dat de Grondwet noch geheel noch ten dele kan worden geschorst. U hebt daar niets over gezegd. Kunt u uw licht daar even over laten schijnen en dat artikel naast de mogelijke vaccinatieverplichting of de vaccinatiepas plaatsen?

01.06 **Laurence Zanchetta** (PS): Monsieur le président, je remercie les différents invités pour leurs interventions.

En ce qui concerne M. Brokken, j'attends effectivement d'avoir les sources et les éléments de son intervention car certains d'entre eux m'ont évidemment interpellée. Il y a une question sur laquelle on revient souvent et il me semble que la vaccination est quand même la meilleure réponse à la pandémie.

Pour le reste, on sait que les personnes qui refusent la vaccination, mais également les personnes vaccinées, ne forment pas un groupe homogène, et leur vision des mesures évolue au fil du temps parce que la situation change. On voit, avec ces doses *booster*, que l'on n'arrive pas forcément à convaincre les primo-vaccinés. J'aurais voulu savoir si dans une vision à plus long terme, en passant par la vaccination obligatoire, donc en faisant changer la responsabilité de camp, on pouvait espérer un impact positif sur les citoyens.

Je voudrais revenir un moment au pass sanitaire. Il est souvent pointé du doigt car il crée une division entre les vaccinés et les non-vaccinés. C'est une question qui s'adresse plus spécifiquement à M. Verhaeghe mais aussi aux autres intervenants. Selon vous, les citoyens pourraient-ils davantage adhérer à l'obligation vaccinale qu'à une obligation déguisée telle que le CST ou le pass sanitaire? Une obligation vaccinale pourrait-elle avoir l'avantage d'être un choix transparent aux yeux des citoyens et permettre d'éviter cette fameuse dualisation de la société?

Dans le cas où nous ne nous dirigerions pas vers une obligation vaccinale, la question est de savoir comment nous continuerons à maximaliser la vaccination. Quelle stratégie pourrait-elle faire en sorte que les personnes qui n'ont pas encore été convaincues de se faire vacciner changent d'avis? Comment fournir les informations à celles qui en auraient encore besoin? Comment appréhender avec les autres les contre-vérités et les *fake news* qui, on le voit, sont encore trop nombreuses? Des stratégies individuelles doivent-elles aujourd'hui être mises en place?

J'aimerais également revenir brièvement sur la question des sanctions, dans le cadre d'une potentielle obligation vaccinale. Faut-il des sanctions? M. Verdussen, vous avez parlé du volet sanctions. Si oui, de quel type? Le pass vaccinal peut-il être considéré lui-même comme une sanction par les citoyens? D'autres moyens que la sanction, comme des incitants positifs, comme l'idée d'un *check-up* gratuit déjà évoqué par M. Dewatripont en début de semaine, pourraient-ils être envisagés?

Enfin, Marius Gilbert plaidait cette semaine pour ce qu'il a nommé "le choix vaccinal obligatoire". C'était l'idée, pour les personnes qui ne seraient pas

d'accord de se faire vacciner, de devoir aller en discuter avec un médecin lors d'une consultation gratuite. Cela pourrait-il recréer du lien avec la première ligne de soins pour une série de personnes? Sait-on si les personnes non vaccinées sont généralement également éloignées du monde médical? Cela semble être le cas à Bruxelles notamment. Qui pourrait et devrait, selon vous, mener ces entretiens, et selon quelles modalités? Enfin, le citoyen devrait-il avoir le choix du prestataire?

Le **président**: Merci de bien vouloir clôturer.

01.07 **Laurence Zanchetta** (PS): Monsieur le président, j'ai terminé!

01.08 **Steven Creyelman** (VB): Vooreerst laat ik toch opmerken dat *fake news* en gegevens waarmee men het niet eens is, heel verschillende dingen zijn.

Ik heb eerst een vraag voor alle sprekers van vandaag. Ongeveer alle sprekers concludeerden min of meer dat het momentum voor verplichte vaccinatie voorbij lijkt te zijn. Ik wil even dieper ingaan op het momentum voor verplichte vaccinatie voor de specifieke groep in de zorg.

Vanochtend hebben we in de media gelezen dat mevrouw Cloet van Zorgnet-Icuro nu ook vraagtekens begint te plaatsen bij de verplichte vaccinatie in de zorg. Zij haalt de hoge vaccinatiegraad in Vlaanderen aan en in ons land in het algemeen, alsook dat potentieel 10 % van het zorgpersoneel zou moeten afvloeien, in een sector die nu al onder druk staat. Is het momentum voor die specifieke groep nu ook al voorbij? Kunnen de argumenten tegen een algemene verplichting tot vaccinatie worden getransponeerd naar die specifieke groep?

Mijnheer Brokken, u haalde in uw presentatie zelf al het begrip *infodemic* aan. Dat vond ik een bijzonder interessant concept. Mijns inziens is dat een van de redenen voor een zekere polarisatie omtrent vaccinatie. Een andere reden voor het ontstaan van twee kampen die verwikkeld zijn in een dovemansgesprek is mijns inziens het gebrek aan publiek debat, zowel op politiek als op wetenschappelijk vlak. Wie kritiek of bedenkingen had bij de politieke of wetenschappelijke consensus werd bij wijze van spreken geëxcommuniceerd.

Tijdens de vorige hoorzittingen heb ik hier tot vervelens toe de vergelijking gemaakt met het feit dat op die manier de aarde nog plat zou zijn en de zon nog rond de aarde draaien. Daarmee bedoel ik niet per se dat mensen die buiten de wetenschappelijke consensus treden, per definitie gelijk hebben, maar hoe staat u tegenover die stelling? Heeft de polarisatie volgens u te maken met het feit dat er te weinig ruimte was voor het publieke debat? Met andere woorden, is dat medeverantwoordelijk voor het wantrouwen tegenover vaccinatie en de boosterprik en voor de vaccinatiemoeheid? Dat is misschien ook een vraag voor professor Verhaeghe.

Mijnheer Brokken, in uw exposé vond ik het opmerkelijk dat u problemen hebt met de cijfers van Sciensano. Ik kan mij inbeelden dat dat niet op applaus onthaald werd en wordt. Kunt u ons verklaren welke kritiek u precies hebt op die data? Kunt u daar een concreet voorbeeld van geven? Hebt u Sciensano hierover gecontacteerd? Hoe reageerde Sciensano?

Ik heb nog een vraag voor professor Verhaeghe en professor Verdussen over vaccinatie van jongeren. Als ik om me heen kijk, zie ik vooral dat jongeren zich laten vaccineren om praktische redenen, niet zozeer om gezondheidsredenen. Ik zal het even oneerbiedig uitdrukken. Het is eerder een fuifprik dan een gezondheidsprik. Dan kan men namelijk gaan skiën in een willekeurig land. Kunt u dan, elk op uw vakgebied, nog spreken van *informed consent*?

01.09 **Daniel Bacquelaine** (MR): Monsieur le président, je souhaite m'adresser au professeur Marc Verdussen.

Monsieur le professeur, le médecin que je suis a beaucoup apprécié votre démonstration limpide et votre grande clarté.

Entendons-nous bien, je ne plaide ni pour l'obligation vaccinale, ni pour le pass vaccinal car, selon moi, le critère de temporalité n'est pas rencontré en termes de proportionnalité. Je me suis déjà exprimé à plusieurs reprises sur le sujet.

En revanche, ma curiosité à l'égard des objections que vous émettez au sujet du pass vaccinal est réelle. En effet, pour ce qui concerne le droit à la vie privée, vous avez mentionné l'intégrité physique. Le pass vaccinal touche beaucoup moins à l'intégrité physique que l'obligation vaccinale dans la mesure où celui qui le décide peut ne pas se faire vacciner. Il n'y a donc pas d'injection dans le corps de la personne. À mon avis, le pass vaccinal a donc plus de liens avec le CST qu'avec l'obligation vaccinale.

Estimez-vous qu'autant d'objections peuvent être émises à l'égard du CST quant au respect du droit à la vie privée qu'à l'égard du pass vaccinal?

Finalement, quelles sont les incompatibilités du CST par rapport à la méthodologie que vous avez parfaitement développée?

Pour ce qui concerne la proposition relative au choix obligatoire vaccinal émise par le professeur Gilbert, un *crash test* serait intéressant. En effet, il est question d'une rupture avec le colloque singulier volontaire entre le patient et le médecin. Une consultation obligatoire touche aussi, en quelque sorte, au droit à la vie privée. Je souhaiterais avoir votre avis concernant le choix vaccinal obligatoire, à la lumière du *crash test* que vous avez développé.

01.10 **Nathalie Muylle** (CD&V): Hoe verder we vorderen met de hoorzittingen, hoe meer zaken al gevraagd zijn. Daarom zal ik kort zijn. Dat is zeker niet uit gebrek aan respect voor de sprekers.

Mijnheer Brokken, u haalt veel wetenschappelijke studies aan in korte citaten of conclusies. Het is voor ons dan niet altijd evident om te bekijken wat die studies globaal zeggen.

We hebben hier al veel tegenstrijdige zaken gehoord. Over de bescherming van mensen die delta gehad hebben tegen omikron heeft Geert Molenberghs gezegd dat de vaccinatie daar juist wel een robuustere bescherming biedt. Hij zei verder dat dit effect er nauwelijks was bij niet-gevaccineerden die besmet zijn. Het is dus niet altijd makkelijk om daar zelf conclusies uit te trekken.

In uw laatste slides stelde u de vraag of vaccinatie verantwoord is en u vermeldde daar de risico-groepen. De mortaliteitscijfers liggen volgens u in de lijn met die van influenza maar we zien wel een vrij hoge ratio bij de 60- en 80-plussers. Is bij die groep een vaccinatieverplichting dan wel verantwoord? Ook vandaag nog? Er wordt vaak gezegd dat daar de grootste gezondheidswinst te halen is. Is een verplichting verantwoord in functie van een mogelijke crisis in het najaar, als omikron zou terugkomen of er een andere variant zou opduiken?

Professor Verhaeghe, u hebt terecht verwezen naar kinderen. Maarten Vansteenkiste heeft gezegd dat 12- tot 18-jarigen de motivatie hadden om zich te laten vaccineren, ook omdat ze zich verantwoordelijk voelen tegenover hun ouders en grootouders. De maatschappelijke verantwoordelijkheid om zich te vaccineren is er dus wel. Klopt dat ook volgens u? Is dat voor jonge mensen effectief een motivatie?

Een verplichte vaccinatie zal mensen die zich niet willen laten vaccineren niet van standpunt doen veranderen. Over welke instrumenten beschikken we om deze groep mensen toch te overtuigen?

01.11 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Mijnheer Verhaeghe, u zei duidelijk dat u vindt dat de vaccinatieplicht vandaag de dag overbodig is, gezien de huidige situatie. Sommigen zeggen echter dat we ze als stok achter de deur moeten houden voor mocht er plots een gevaarlijke variant opduiken. Wat is uw standpunt daarover?

U had het ook over de dalende motivatie. Die daling kunnen we ook effectief afleiden uit de motivatiebarometer die gisteren is gepubliceerd. Als psycholoog zult u ook weten dat het belangrijk is dat mensen gemotiveerd blijven om zelf belangrijke beslissingen te nemen, ook bijvoorbeeld als ze twijfelen over beslissingen over hun eigen gezondheid of om anderen te beschermen. Het is tevens belangrijk dat die motivatie op lange termijn aanwezig blijft.

We zijn in België beginnen vaccineren en vervolgens is er vrij snel het Covid Safe Ticket (CST) gekomen, waardoor nog meer mensen zich hebben laten vaccineren, om vrijer te kunnen bewegen, te kunnen reizen enzovoort. Het ging dus minder om een intrinsieke motivatie. Als de verplichte vaccinatie er komt zullen sommigen zich niet laten vaccineren, maar zullen anderen het wel doen omdat het verplicht is en omdat ze sancties willen vermijden. Is dat volgens u geen belemmering voor de motivatie op langere termijn? Ik heb het dan over de motivatie op lange termijn van de gehele bevolking om effectief maatregelen te volgen die de gezondheid ten goede komen. Doen we daar geen afbreuk aan en moeten we niet veeleer inzetten op bewustmaking en mensen de kans geven om zelf te beslissen? Als arts merk ik zelf bijvoorbeeld ook dat mensen die willen stoppen met roken op lange termijn gemotiveerd moeten blijven. Ook in vormingen wordt daar vaak naar verwezen.

Monsieur Verdussen, votre *crash test* est bien sûr très intéressant. De ce que j'en ai compris, n'étant pas juriste, il est clair que le *crash test* n'est pas passé. J'ai toutefois été intriguée de vous entendre dire que, selon vous, le pass vaccinal passe encore moins le *crash test* que l'obligation vaccinale. Pourriez-vous aller davantage dans le détail? Que pensez-vous de la consultation obligatoire? Celle-ci passe-t-elle le *crash test*?

Dans le journal *Le Soir*, la semaine dernière, un président de parti estimait qu'il faudrait les deux, le pass vaccinal et l'obligation vaccinale. Pensez-vous qu'il soit proportionnel d'avoir les deux ensemble?

Par ailleurs, vous avez parlé de la temporalité et de l'importance du processus dans lequel on est. Aujourd'hui, il y a effectivement un débat au Parlement. Mais, pour moi, quelque chose de très important dans le processus et dans ce que l'on a vécu dans la gestion de la crise, c'est la séquence politique qu'on a connue jusqu'ici dans la gestion de la crise et le fait que les gens n'ont pas, peu ou moins confiance. Par exemple, au début, on nous a promis le "royaume de la liberté" directement après la vaccination. Ensuite, on nous a dit que le CST valait uniquement à partir de 1 500 personnes et qu'on ne ferait jamais un pass comme en France alors que les mesures ont été plus sévères qu'en France. On veut maintenant aller vers du plus sévère. La temporalité n'est-elle donc pas aussi passée à cause de cette séquence politique à laquelle on a assisté? On a souvent dit que ce ne serait jamais obligatoire mais, maintenant, on vient avec de plus en plus d'obligations.

01.12 **Robby De Caluwé** (Open Vld): Ik dank de sprekers voor de interessante inzichten.

Mijnheer Brokken, u hebt heel veel cijfers en statistieken aangehaald. Ik denk dat het nodig is dat we die nog eens rustig kunnen herbekijken. Het ging immers snel. In een van uw eerste slides over de mortaliteit viel mij op dat u COVID-19 minimaliseerde, omdat de mortaliteit slechts een twee procent bedroeg, in tegenstelling tot de mortaliteit bij andere epidemieën en pandemieën. Ik vind dat bijzonder irrelevant, wanneer blijkt dat het om een virus gaat dat zoveel besmettelijker is, waardoor de aantallen gigantisch zijn. Ik heb het daarnet nog een keer nagekeken. Wereldwijd zijn er officieel 5,7 miljoen doden op 388 miljoen gevallen.

De mortaliteit is met andere woorden een beetje gedaald ten opzichte van uw slide, die gebaseerd was op ongeveer twee maanden COVID-19. Ik denk dat die deels gedaald is dankzij de maatregelen, maar vooral dankzij de vaccinatie. Ik vroeg me af wat u precies met die slide wilde aantonen, omdat ik denk dat een en ander irrelevant is. Kunt u daarover wat meer uitleg geven?

Ik heb dezelfde bedenking bij uw bewering over myocarditis na vaccinatie. U hebt aangegeven dat de kans op myocarditis na vaccinatie hoger is dan bij iemand die niet gevaccineerd is. Dat is ondertussen bekend. In eerdere hoorzittingen hebben we hier ook al gehoord op basis van studies dat de kans op myocarditis na besmetting hoger is dan na vaccinatie. Kunt u mij uitleggen waarom u een stijging van de incidentie na vaccinatie erger vindt dan een nog hogere incidentie na een besmetting?

Mevrouw Creemers had het ook al aangehaald. U gebruikt cijfers uit Schotland, omdat de cijfers van Sciensano niet correct zouden zijn. Als ik het goed heb begrepen, registreren zij namelijk niet op de juiste manier volgens u. Kunt u die bewering uitleggen en staven? Waarom zouden de cijfers van Sciensano niet correct zijn?

Ik wil graag ook nog wat uitleg over eerdere van uw verklaringen. U hebt ooit gezegd dat 85 % van de patiënten die tijdens de coronacrisis in 2020 op intensieve zorg zijn beland, eigenlijk geen nood had aan echte intensieve verzorging. Waarom beweren vele artsen en verpleegkundigen die werkzaam zijn op die afdelingen en na alle golven uitgeput zijn, volgens u dan dat er een zeer grote druk was op de afdelingen intensieve zorg? Waarom zou 85 % van de patiënten daar dan wel hebben gelegen?

U hebt eerder ook gezegd dat er goed werkende geneesmiddelen tegen COVID-19 zijn, maar dat die bewust worden geweerd, omdat de vaccins anders niet zinvol meer zouden zijn. Kunt u zeggen over welke geneesmiddelen het precies zou gaan?

Mijnheer Verhaeghe, wij hebben in de hoorzittingen gehoord dat de vaccinatieplicht de twijfelende niet- of niet volledig gevaccineerden zou toelaten een bocht te maken. Door een verplichting zouden zij aan hun omgeving waarvan zij de druk voelen, kunnen zeggen dat ze zich nu wel moeten laten vaccineren. Deelt u de mening dat een verplichting voor hen een toegevoegde waarde zou kunnen zijn?

Mijnheer Verdussen, in de afweging tussen een vaccinatieverplichting of een CST, al dan niet via 1G, wordt de vraag gesteld of een land als het onze, met een vrij hoge vaccinatiegraad, daaruit nog voldoende winst kan halen. Daarnaast zien we dat de diensten intensieve zorg nog altijd onder heel veel druk staan en dat er daar verhoudingsgewijs heel veel niet-gevaccineerden terechtkomen, zeker bij de deltavariant. Hoe wegen we dat af tegen het feit dat mensen bijvoorbeeld noodzakelijke zorg uitgesteld zien, omdat er te veel mensen op intensieve zorg zouden liggen? Hoe verhoudt zich dat tot het recht dat mensen hebben om zich al dan niet te laten vaccineren? Kunt u daarbij wat meer toelichting geven?

01.13 **Karin Jiroflée** (Vooruit): Mijn dank aan de sprekers.

Mijnheer Brokken, ik sluit mij grotendeels aan bij de vragen van mevrouw Depoorter en mevrouw Muylle.

Het is de gewoonte om bij schadelijke inhoud een disclaimer te plaatsen met verwijzing naar de juiste

informatie. Ik veroorloof mij dus even om te verwijzen naar *www.tegenwindmolen.be*, de website waar heel wat van de beweringen die u hier deed, in de juiste context worden geplaatst, met de juiste referenties.

Professor Verhaeghe, sta mij toe om even af te wijken van het hoofdonderwerp van de hoorzitting om in te gaan op de psychosociale gevolgen van de crisis, net zoals u trouwens. U wijst op dramatische psychosociale gevolgen op kinderen door onder andere de lockdown. Ik zou daar ook de angstsfeer die er toen heerste, bij willen halen. U geeft aan dat we ons nu intensief bezig zouden moeten houden met het opvangen van de gevolgen, zodat we kinderen beter kunnen beschermen. U zegt dat we daarvoor concrete plannen zouden moeten maken. Ik ben het daar grotendeels mee eens. U gaf vluchtig een paar voorbeelden van wat we zouden kunnen doen. Zou u daarop iets dieper kunnen ingaan? U had het over onderwijs. Welke maatregelen zou u dan nemen? Welke andere sectoren zouden we in dat verband kunnen bekijken?

Uw andere stelling was dat we in de toekomst niet moeten proberen om de zorg overeind te houden, maar ervoor zouden moeten zorgen dat de gezondheidszorg tegen een volgende golf sterk genoeg is om overeind te blijven. Over die stelling hebben wij heel lang gediscussieerd in de bijzondere covidcommissie, waarbij wij tot een gelijkaardige conclusie zijn gekomen. Ik vraag mij af op welke manier u dat zou aanpakken. Hoe zou u dat in de huidige omstandigheden aanpakken? Zelfs als we alles op alles zetten, zal de gezondheidszorg tegen de volgende herfst niet hervormd zijn. Als we ons daarop moeten voorbereiden, dan had ik daarover graag meer uitleg gekregen.

01.14 **Catherine Fonck** (cdH): Monsieur le président, je remercie les trois orateurs pour leur présentation. Comme petit préalable, j'aurais souhaité décortiquer un certain nombre de propos émis ce matin, notamment par M. Brokken. Vous avez en effet fait une présentation très sélective de certaines données scientifiques. Je pense, par exemple, à la manière dont vous mettez en avant la survenue de complications de type myocardite en post-vaccin sans présenter l'incidence des fréquences de survenue de myocardite, bien plus fréquentes en cas de maladie covid qu'avec la vaccination, y compris chez les enfants. Je pense notamment aux données du CDC qui portent quand même sur plus de 1 400 000 patients. Il existe de nombreuses autres études. Je songe aussi à vos propos qui minimisent la gravité du covid-19 quand vous parlez des patients qui n'auraient pas dû être pris en charge aux soins intensifs. Je ne dispose que de trois minutes et il ne m'est pas possible de démontrer un certain nombre d'éléments que vous avez totalement ignorés et qui sont *evidence-based* par rapport aux données scientifiques dont nous disposons depuis deux ans.

Monsieur le professeur Verdussen, en toute humilité, je suis une scientifique, une médicale et pas du tout une juriste. On a une réalité aujourd'hui dans la situation de cette pandémie: on dispose d'un certain nombre de données. Il y a ce que l'on sait et ce que l'on ne sait pas. Sur la base de ce que l'on a aujourd'hui (la réalité d'omicron, le taux de vaccination, etc.), cela n'a pas beaucoup de sens d'imposer une obligation vaccinale mais notre devoir est aussi, comme personne ne sait de quoi sera fait l'épisode suivant, d'anticiper l'avenir. Il y a aussi une réalité, c'est que ce virus peut évoluer demain de manière très positive. Il peut donner une mortalité très faible. On pourrait avoir un variant avec une mortalité plus élevée. Il y a les vaccins qu'on connaît aujourd'hui. On pourrait en avoir un plus polyvalent, multivalent. On pourrait avoir un autre type de vaccin notamment qui bloque beaucoup plus les transmissions.

Ma question porte sur le plan du droit. Ne serait-il pas nécessaire, dans le contexte particulier que l'on vit par rapport à cette pandémie, de prévoir une loi permettant une forme de gradation d'éventuelles restrictions de libertés en fonction de scénarios et notamment de modélisation de risques plus importants?

Pour dire les choses autrement, en fonction de la gravité, des risques de mortalité, des pressions au niveau des soins de santé, de la mise à mal du droit à l'égalité d'accès au traitement de patients qui n'ont pas le covid - les fameux rapports de soins qu'on a connus -, ne devrait-on pas valider dans une loi telle ou telle restriction de liberté? Cela vous-semble-t-il pertinent?

Le **président**: Pourriez-vous doucement conclure, madame Fonck?

01.15 **Catherine Fonck** (cdH): Oui. Ou pensez-vous que, au contraire, il faille en fonction du virus et des vaccins se poser à chaque fois la question d'une obligation et la justifier en fonction des différents types de critères que vous avez repris ? Mais il faut savoir alors que la réalité de l'urgence rendra les choses plus compliquées pour réaliser cette loi. Je ne sais pas si j'ai été claire et je m'en excuse, j'avais un appel en même temps.

01.16 **Sophie Rohonyi** (DéFI): Merci à chacun d'entre vous pour vos exposés qui démontrent bien que ce débat est un débat contradictoire, même si

j'aurais aimé que certains puissent appuyer davantage leurs dires sur des données pleinement objectives et scientifiques.

Monsieur Brokken, vous avez énuméré toute une série de doutes sur la vaccination obligatoire pour toute une série de raisons. Je souhaite revenir sur trois d'entre elles.

Premièrement, les chiffres de l'épidémie. Vous revenez sur la mortalité qui est moindre pour les moins de 60 ans ou encore la balance bénéfices/risques qui serait également moindre pour les personnes de moins de 44 ans. Mais qu'en est-il de toutes les personnes - on parle d'un patient covid sur dix - qui souffrent des symptômes à très longue durée, pendant des mois et des mois? Qu'en est-il également des personnes qui souffrent de comorbidités, parfois sans le savoir ? Toutes ces personnes ne nécessitent-elles pas la protection qui leur est accordée par le vaccin? Sans compter que nous ne connaissons pas les conséquences à long terme du covid, même sans avoir développé une forme grave de la maladie. D'ailleurs, y a-t-il des études en cours à ce sujet?

Vous avez également dit qu'il fallait peut-être davantage miser sur une autre approche, une approche préventive des groupes à risque. Mais qu'entendez-vous par approche préventive? On parle aujourd'hui beaucoup des antiviraux auxquels à fait référence M. Verhaeghe, par exemple. Cependant, il ne s'agit pas d'une approche préventive dans ce cas-ci mais d'une approche curative. J'aurais voulu que vous puissiez nous apporter davantage de précisions sur cette question.

Vous avez aussi remis en cause l'efficacité de la dose *booster* face au variant Omicron. Doit-on en déduire que votre position serait différente avec les futurs vaccins annoncés qui seront, quant à eux, adaptés au variant? Ce faisant, faudrait-il cantonner la vaccination obligatoire à ces nouveaux vaccins?

Monsieur Verhaeghe, j'ai une question pour vous également. Vous insistez très justement sur le fait qu'il faut davantage informer la population pour veiller à la motiver à se faire vacciner. Mais qui doit remplir ce rôle d'information? On le voit à travers les réseaux sociaux, chacun choisit l'expert qui va dans son sens et les algorithmes, malheureusement, y participent. Que pensez-vous de la suggestion avancée par M. Gilbert qui mise plutôt sur les médecins généralistes?

Si la vaccination obligatoire venait à être cantonnée à ces nouveaux vaccins, la réticence de la population ne serait-elle pas encore plus grande? C'est un argument qui revient beaucoup en son sein: on n'a pas assez de recul par rapport à ces vaccins. Ce manque de recul ne sera-t-il pas ressenti de manière encore plus importante par la population?

Monsieur Verdussen, je vous remercie pour votre feuille de route et votre crash test. C'est extrêmement utile pour nos travaux. Vous avez énuméré les différentes étapes qu'on se doit de suivre dans ce travail législatif. La première est d'avoir recours à une norme législative fédérale. Je suis tout à fait d'accord avec ce point sauf que jusqu'ici, force est de constater que pour les vaccins rendus obligatoires, en particulier la polio, la loi pose les bases puis c'est un arrêté royal qui fixe les modalités précises. Comment l'expliquez-vous?

À cet égard, M. Charlier, le représentant d'UNIA, avait avancé l'idée d'aller vers un cadre général qui permettrait d'activer cette obligation à un moment X.

Le **président**: Madame Rohonyi, je vous demande de conclure.

01.17 **Sophie Rohonyi** (DéFI): Qu'en pensez-vous? Cela répondrait-il à l'argument de temporalité que vous aviez expliqué tout à l'heure, à savoir que la balance des intérêts ne conduirait pas aux mêmes résultats à un moment X ou Y?

À ce sujet toujours et j'en termine, Mme De Greef expliquait que ce cadre général ne pourrait pas se baser sur l'état d'urgence épidémique qui serait décrété sur la base de cette fameuse loi Pandémie. Qu'en pensez-vous? La loi peut-elle avec suffisamment de précisions définir la situation qui donnerait le top départ de la vaccination obligatoire? Autrement dit, est-il possible d'être suffisamment précis dans la loi face à un virus qui est, par définition, évolutif et qui ne ferait donc que faire évoluer la nécessité de se faire vacciner à un moment X ou Y?

Le **président**: Nous avons entendu un représentant par groupe politique. Il reste la possibilité pour les groupes comprenant plus d'un membre effectif, d'intervenir à nouveau.

01.18 **Laurence Hennuy** (Ecolo-Groen): Monsieur le président, je remercie tous les intervenants pour la clarté de leurs exposés.

Monsieur Verdussen, je commencerai par vous poser une question qui rejoint quelque peu les questions de Mmes Fonck et Rohonyi. Si on revient au cinquième point de votre *crash test*, le test de proportionnalité, vous indiquez qu'il s'agit

d'une question de temporalité. Comment gère-t-on cette question dans un contexte hautement incertain, en l'occurrence en termes de données épidémiologiques et médicales? Pratiquement, pourrait-il être admis qu'on se base sur une modélisation ou un scénario du pire? Dans ce cas-là, cela pourrait-il rencontrer le premier critère qui demande d'avoir une loi claire et précise?

Ma seconde question porte sur la question de la responsabilité que nous avons longuement abordée mercredi. Dans votre schéma, monsieur Verdussen, doit-on dès le départ préciser le cadre d'indemnisation des effets secondaires graves?

Ma dernière question s'adresse à M. Verhaeghe. Vous indiquez que la coercition n'est pas le moyen le plus adapté pour atteindre l'objectif mais que, si nous voulons maintenir une situation sous contrôle, il faut continuer à informer. Par quels moyens estimez-vous qu'on peut y arriver, dans un contexte de méfiance assez généralisé vis-à-vis des autorités, comme cela a été relevé par vos collègues plus tôt cette semaine?

01.19 **Dominiek Sneppe** (VB): Ik dank eerst en vooral de sprekers van vanmorgen. Het was een heel interessante morgen.

Mijnheer Brokken, wij weten ondertussen dat de vaccinaties de transmissie niet kunnen stoppen. Op termijn vertonen zij ook een verminderde werking. Hoe moet het nu verder volgens u? Als wij doorgaan met vaccinaties, voor wie zouden die vaccinaties dan moeten dienen? Graag hoor ik daar uw visie over.

Volgens de jongste info zou omikron toch gevaarlijk zijn en alleen maar mild zijn door de opgebouwde immuniteit. Hoe moeten wij dat interpreteren? Gaat het dan over de opgebouwde immuniteit door vaccinatie of gaat het toch over de min of meer aanwezige massa-immuniteit? Ook daarover krijg ik graag wat meer uitleg.

U bent in de media gekomen door uw visie in verband met de omgekeerde lockdown. Zou u die nog steeds promoten met wat wij weten over de vorige golven en nu er een nieuwe golf is door de omikronvariant?

Wat is in uw visie het nut van het CST? In het verlengde daarvan, wat is het nut van de corona-barometer, waarin het CST toch gebetonneerd zit?

Het gaat hier over de verplichte vaccinatie, maar de eerste vorm die zich aandient, is de verplichte vaccinatie in de zorg. Hoe staat u daartegenover?

Het herhaaldelijk vaccineren zou tot bepaalde problemen kunnen leiden. U hebt zelf al aangetoond dat er nevenwerkingen zijn, maar ook de WHO heeft gewaarschuwd dat we ons niet uit de pandemie zullen boosteren. Kunt u daar wat meer uitleg over geven? Wie is verantwoordelijk voor eventuele problemen? Wie is aansprakelijk? De paraplu's gaan open als het daarover gaat.

Voorts las ik dat in België slechts 1 % van de complicaties gemeld wordt. Hebt u er zicht op of dat cijfer juist is? Zo ja, waarom doet België dat zo slecht, zelfs slechter dan Nederland, waar daar toch ook al vragen over gerezen zijn.

De antivirale middelen zijn hier al ter sprake gekomen. Ik heb in de commissie al een paar keren vragen gesteld over het gebruik van ivermectine en andere voorhanden zijnde antivirale middelen. Hoe staat u tegenover het offlabelgebruik van goedkopere antivirale middelen als ivermectine? Hoe staat u tegenover de nieuwe antivirale middelen van Pfizer en Merck, die binnenkort verkrijgbaar worden?

U hebt een heel aantal bijwerkingen aangehaald. Verwacht u op lange termijn problemen daarmee of gaat het maar om uitzonderingen, zoals hier vaak werd aangegeven, ook door de minister, die bovendien van voorbijgaande aard zijn?

De vraag is of wij, zeker wanneer het gaat over vaccinatie van kinderen en jongeren, niet beter het voorzorgsprincipe hanteren. Zullen wij de bijwerkingen ook op lange termijn zien?

U sprak over een explosieve toename van varianten sinds de vaccinaties. Ook professor Vanden Bossche had het in zijn betoog over *leaky* vaccins. Ik weet niet of u daarmee hetzelfde bedoelt. Wij zien alleszins in landen met een heel hoge vaccinatiegraad, nog hoger dan in België, zoals Gibraltar, Israël en het Verenigd Koninkrijk, nog heel veel doorbraakinfecties.

Heeft dat te maken met de zogenaamde *leaky* vaccins?

Professor Verhaeghe, is de coronabarometer voor u een goed instrument om het vervolg van de coronacrisis te beheersen? Wat is uw mening over het betonneren van het CST in de barometer?

Mijnheer Verdussen, u geeft in uw betoog aan dat u tegen de vaccinatieplicht bent en legt dat wettelijk uit. U waarschuwt ook de politieke wereld dat, indien men niet gaat voor de vaccinatieplicht, maar wel voor een vaccinatiepas, dat dat nog erger zou zijn. Moeten wij kiezen tussen verplichte vaccinatie of een vaccinatiepas? Kunnen wij niet gewoon beide aan de kant schuiven en voor andere opties

kiezen, zoals de omgekeerde lockdown, waarover de heer Brokken straks nog wat meer uitleg zal geven?

Hoewel de adviezen het hadden over vaccinatie van kinderen met onderliggende aandoeningen en over het aanbieden van een vaccin, dus niet over de promotie ervan of het opdringen ervan, werden kosten noch moeite gespaard. Wij zien reclamefilmpjes voorbijkomen. Ook influencers op Ketnet en dies meer worden voor de leeuwen gegooid. Is dat niet in strijd met het koninklijk besluit van 7 april 1995 betreffende de voorlichting en de reclame inzake geneesmiddelen voor menselijk gebruik, waarin uitdrukkelijk staat dat reclame voor geneesmiddelen voor kinderen verboden is? Graag kreeg ik uw mening daarover.

01.20 **Sam Brokken**: Mijnheer de voorzitter, er is een hele boterham aan vragen op mij afgekomen. Ik zal proberen wat zaken bij elkaar te nemen.

Eerst en vooral, wat de mortaliteit betreft, werd een terechte opmerking gemaakt: de cijfers op dat vlak gaan in allerlei richtingen in de analyses die tot nu toe zijn gemaakt. Ik heb geduid waar de cijfers die ik hanteer, vandaan komen. Er zijn andere studies die beweren dat de mortaliteit of de *infection fatality rate* rond 0,68 % zit, andere studies gaan zelfs boven 1 %.

Ik kom dan terug bij het deel van mijn betoog waarin ik naar voren breng dat er alweer een verschil is tussen de statistische benaderingen en de benadering van professor John Ioannidis, die in zijn onderzoek ook naar serologisch onderzoek keek. Dat is toch een andere manier om de zaak te bekijken. Naar mijn mening is dat veel accurater dan puur op cijfertjes werken. Ik vind het ook aanbevelenswaardig voor de commissieleden om de onderzoeken van John Ioannidis eens te bekijken. Hij haalt daar zelf de andere onderzoeken in aan die een veel hogere mortaliteit weergeven en haalt ook aan welke zaken niet 100 % methodologisch correct zijn en potentiële biases behelzen.

Het grote probleem van deze crisis en de aanpak ervan is dat er een discussie is met betrekking tot de dialectiek – de these en de antithese. Ik heb de indruk – dit is de tweede keer dat ik publiek spreek – dat u in de voorbije twee jaar steeds één mening hebt gehoord. Mijn presentatie wil u op dat vlak een beetje wakker schudden. Er zijn andere studies, er zijn andere zaken die het tegendeel beweren van wat wij dagelijks te slikken krijgen. Ik hoor dus ook niet graag het woord consensus. De dag dat wij een consensus bereiken in de wetenschap, is er geen wetenschap meer. Op dat vlak probeer ik dus wat tegengewicht te vormen, omdat de crisis ernstig is geweest en dat voor sommigen nog steeds is. Wij zijn ook niet zeker waar de crisis ons naartoe zal leiden in de toekomst. De vraag is alleen – ik denk dat de experten in het recht dat ondertussen wel al hebben duidelijk gemaakt – of alles nog in verhouding staat en proportioneel is.

Ik heb een paar vragen gehad over het CST. Biomedisch gezien valt dat toch niet te verdedigen. Uiteindelijk zijn de enige mensen die een restaurant bezoeken en zeker zijn, de mensen die niet gevaccineerd zijn, die zich dus moeten laten testen en negatief effectief binnen mogen. De andere mensen met een CST op basis van vaccinatie kunnen op dat moment besmet of positief zijn en toch allemaal datzelfde restaurant binnengaan. Hoe veilig is dat systeem dan? Dezelfde bezorgdheid heb ik over de coronabarometer. Die zal immers worden gebruikt op basis van speculatieve data.

Er werd mij gevraagd of ik stukken uit een onderzoek heb gehaald of dat dit effectief de conclusie is. De stukken die ik heb doorgestuurd naar uw secretariaat zijn niet zomaar cherrypicking. Daar worden wij immers altijd op gepakt. Ik kreeg ook steeds het ietwat ongepaste verwijt, en de persoonlijke aanval, rond Tegenwindmolen en dergelijke, dat ik *preprint*studies gebruikt heb. We zitten in een zo snel evoluerende crisis dat er heel veel onderzoek gebeurt. Het is op dit moment net de sterkte dat er zo veel onderzoeken gebeuren dat we ook snel progressie maken. Dat zorgt er ook voor dat er vandaag heel veel materiaal ter beschikking is. Dan kunnen we wachten tot de peerreviews verschijnen en dan zijn we drie maanden verder en zijn ze niet meer relevant.

In een crisis in zijn beloop zoals we die vandaag kennen, is het van belang om de laatste data ook mee te nemen. Ik raad de mensen die daar kritiek op hebben ook aan om *Nature* even te lezen, de laatste rapporten in *Science* of in *The Lancet*. Bekijk de referenties eens. Die mensen verwijzen op hun beurt ook naar *preprints*. Dat is nu eenmaal de fase waar we op dit moment in zitten en waar we ook door moeten. We moeten vooral kijken naar de kwaliteit van het onderzoek, we moeten bekijken of dat methodologisch gezien goed in elkaar steekt of niet. Dat is meer van belang dan het feit of het al verschenen is of niet. Het duurt immers soms te lang voor zaken effectief een peerreview krijgen. De wetenschappelijke tijdschriften worden op dat vlak trouwens overbelast.

Er waren vragen over de referenties. U krijgt die, die zijn allemaal doorgestuurd. Ik hoop dat u daarmee inderdaad uw voordeel kunt doen.

Ik heb ook wel wat opmerkingen gekregen met

betrekking tot myocarditis. De studie die ik vandaag naar voren bracht, is trouwens pas vorige week verschenen. De meeste data dateren van de laatste twee weken. Er bestaat daar inderdaad nog wat discussie over, over waar de incidentie ligt bij myocarditis en het doormaken van COVID-19 en tussen de vaccinaties en myocarditis.

Er zijn een paar zeer opvallende studies. Als men zoekt in de zoekrobots van de medische literatuur, vindt men veel meer artikels over myocarditis na vaccinatie dan na covid. Als wij die na covid bekijken, zit de incidentie in dezelfde grootteorde als de incidentie die wij zien onder een normaal bestel.

Anderzijds zijn er ook een paar studies die totaal andere waarden naar voren brengen. De vraag is daar - en ik ben mij daarvan steeds bewust, ook bij mijn eigen artikels - hoe secuur die data zijn. Wij hebben daarbij op dit moment alleszins één bedenking te maken, die ik niet onterecht vind. Als men jongeren neemt die COVID-19 doormaken en long covid ontwikkelen, dan heeft men op een hele populatie mensen die mogelijk niet gevaccineerd zijn en mogelijk de ziekte niet gaan doormaken, omdat ze er niet mee in contact komen door de beschermende maatregelen. Als wij kinderen effectief allemaal gaan vaccineren, dan is het vrij logisch dat men daar ook potentiële myocarditis gaat creëren, in een bestand van mensen die, mochten ze de ziekte niet doormaken en niet besmet worden, er niet mee in contact komen. Men vergroot dus door te gaan vaccineren in die groep de kans dat er nog meer mensen zijn met myocarditis, dat is logisch.

Er waren vragen over het zorgpersoneel. Ik vind dat heel moeilijk. Dat is meer een ethische discussie. Ik heb daar ook naar gekeken in de literatuur. Er zijn daar wel wat bio-ethische reflecties rond te maken. Wij zien effectief, vooral bij delta en de vorige varianten, dat de vaccins zeer goed bijdragen aan het beperken van transmissie. Dat is nu spijtig genoeg omzeild door omikron. De vraag die daar rijst is een zeer moeilijke om te beantwoorden, namelijk of het nuttig is om zorgpersoneel te gaan vaccineren, gewoon omdat wij niet weten wat de toekomst brengt.

Ik refereer graag aan wat beide professoren daarstraks naar voren hebben gebracht. Ik mis ook reeds twee jaar een procesevaluatie van de genomen maatregelen, wat deze hebben opgebracht en hoe wij daarmee in de toekomst op een andere manier kunnen omgaan. Die procesevaluatie is eigenlijk niet gebeurd. Wij zijn als een soort denderende trein doorgegaan. Wij moeten dat ook in rekening nemen bij de volgende varianten die mogelijks op ons afkomen, of er inderdaad een kosten-batenanalyse is om zorgpersoneel effectief te gaan vaccineren. Een half jaar tot een jaar geleden had ik daar misschien nog ergens kunnen inkomen. Met omikron ligt de zaak helemaal anders. Wij zien dat ook die populatie van zorgverleners de transmissie nog verder kan doorgeven.

Dan komt men bij de balans die de professoren, en vooral de professor Recht, hebben aangehaald, namelijk wat is nog proportioneel en wat niet. De bio-ethische bedenkingen die ik in de literatuur terugvind, betreffen vooral het zelfbeschikkingsrecht dat wordt ondermijnd, en de stelling dat zolang het geen steriele immuniteit geeft, het zeer moeilijk is om die verplichting, ook bij het zorgpersoneel, op te leggen. Meer nog, zij zien inderdaad druk in de zorg. Volgens een recent artikel gepubliceerd in het VK blijkt dat 73.000 zorgverleners uit het National Health System wil stappen, dus het NHS wil verlaten, omdat zij verplicht worden tot vaccinatie. Onze zorg staat al jaren onder druk. Wij moeten het volgens mij nu al rooien met limieten. Als er nu nog, volgens het percentage dat ik vernomen heb, zowat 10 % afvloeit, dan vraag ik mij af hoe sterk de zorg nog zal gewapend zijn, niet alleen tegen een pandemie maar gewoon al voor de standaard zorg.

In globo denk ik dat er geen echte *one size fits all approach* mogelijk is. In antwoord op vragen daaromtrent kan ik zeggen dat we weten waar er risicogroepen zijn. Mijn voorstel houdt in dat de gezondheidszorg teruggegeven wordt aan de huisartsen. De huisarts is immers het best geplaatst om met de patiënt in te schatten of die patiënt al dan niet in aanmerking moet komen voor een vaccin. De huisarts kan dat met de patiënt bespreken, want de arts kent de voorgeschiedenis en de comorbiditeiten. De huisartsen zijn perfect in staat om, in gesprek met de patiënten, vaccins aan te bieden. Het lijkt mij minder evident om dat uit te voeren op niveau van de gehele populatie zolang we niet beschikken over vaccins die het probleem veel effectiever oplossen dan tot nu toe het geval is.

Er werd een vraag gesteld over de omgekeerde lockdown. Ik pleit daar al langer voor, zeker met de huidige omikronvariant. Met die stelling sta ik niet alleen, want de staatsepidemioloog van Noorwegen heeft diezelfde stelling intussen gedebiteerd, evenals andere internationale collega's.

Omikron heeft op dit moment het voordeel, al dan niet door de reeds aanwezige vaccinatiegraad, toch een mildere verschijning te zijn. Volgens de wetenschappelijke literatuur genieten mensen die nu omikron doormaken, zowel natuurlijk als na

vaccinatie, een zeer brede scope aan bescherming, breder dan de mensen die delta, bèta en alfa hebben doorgemaakt. Als dat klopt, welk vermoeden ook in de literatuur terug te vinden is, dan zijn we beter beschermd tegen komende varianten. Of dat effectief klopt, moet op termijn uitgemaakt worden, maar thans gaat die inschatting alvast rond in de medische wereld. In die context lijkt het mij niet onmogelijk om van de huidige situatie te profiteren om toch eens te bekijken of wij op een andere manier met de crisis kunnen omgaan, door in te zetten op gerichte bescherming van mensen met onderliggende aandoeningen en ouderen.

Een foute interpretatie die al sinds het begin geframed wordt van een omgekeerde lockdown, is dat het mijn bedoeling is om mensen te isoleren. Dat heb ik nooit ergens geschreven of nooit gezegd. Integendeel, het doel is dat er wordt ingezet op twee fronten. Ten eerste, de mensen onderhevig aan onderliggende aandoeningen en de ouderen geven wij gezondheidspromotie mee. Wij leren hen hoe belangrijk het is om een gezonde levensstijl vol te houden en ook hoe zij zichzelf kunnen beschermen tegen de mogelijke circulatie van virussen. Ten tweede, in 70 % van de gezonde actieve populatie kunnen wij mensen met gezondheidspromotionele ondersteuning vanuit de overheid perfect aanleren hoe om te gaan met zwakkeren in de samenleving.

Van influenza wordt bijvoorbeeld aangenomen dat er per jaar ongeveer 650.000 mensen aan sterven. Influenza circuleert al decennia onder ons. Ik vermoed dat het genoemd cijfer een grote onderschatting is, want er is voor influenza nooit zo massaal getest als voor de huidige covidcrisis. Ik geef slechts een klein voorbeeld, dat ik eerder al aanhaalde. Vroeger ging ik met mijn kleine kinderen ook in het zorgcentrum langs. Mijn kinderen hadden ook weleens een snotvalling, voor hen een kleine griep. In het zorgcentrum stierven er ook mensen aan influenza. Ik heb acht jaar in de ouderenzorg gewerkt en heb in die periode twee fases meegemaakt van meer overlijdens dan normaal, telkens tijdens een grieppandemie. Er is mij geen enkel geval bekend waarin een huisarts post mortem een PCR-test afnam om na te gaan of de overledene griep had. Ze werden allemaal genoteerd als natuurlijke overlijdens. Vroeger werd daarmee nooit rekening gehouden. De huidige coronacrisis kan een wake-upcall zijn om te bekijken hoe we daarmee in de toekomst moeten omgaan. Wij brachten allemaal potentieel virussen en bacteriën binnen in de ouderenzorg en daaraan zullen twee tot drie weken later ongetwijfeld ook mensen overleden zijn, zonder dat er causaliteit werd gezien. Daaruit kunnen we volgens mij wel lessen trekken.

Daar staat tegenover dat de hele crisis volgens mij niet te fel opgeblazen mag worden. Ik denk dat wij moeten proberen er met een neutrale bril naar te kijken. Om die reden probeer ik altijd de tegenbeweging wat naar voren te schuiven, waarmee ik aangeef dat er contrasterende elementen zijn, dialectiek. These en antithese moeten worden bekeken, maar ik meen te mogen stellen dat we al zowat twee jaar these horen, doch heel zelden antithese of andere mogelijkheden. Ik wil ervoor pleiten om daarop in te zetten.

Ik denk dat we ons vooral een maatschappelijke vraag moeten stellen, met name waar we met de maatschappij en de gezondheidszorg naartoe willen. We kunnen opteren voor een nulrisico. Dat is wat we toch al twee jaar lang aan het doen zijn, denk ik. Als we die piste volgen, gaat dat ten koste van heel veel andere zaken in het leven.

We kunnen ervoor kiezen om iedereen, Michael Jacksongewijs, in een zuurstoftent te leggen, waardoor we onze immuniteit vanuit immunologisch standpunt helemaal verzwakken. Dat zal ons als mens niet ten goede komen.

Ik zeg het vaker tijdens lezingen, er sterven 65 miljoen mensen per jaar op deze aardbol, waarvan de overgrote meerderheid, ongeveer 58 miljoen mensen, sterft aan een cardiovasculaire problematiek, longproblematiek, diabetes en kanker. Die worden geïnduceerd door onze welvaartziekten, die op hun beurt geïnduceerd worden door *processed foods*, dus voeding, onze levensstijl en de omgevingsfactoren.

Als we dan consequent zijn en als we naar een dergelijke maatschappij willen evolueren, dan moeten we ook alle grote concerns zoals Coca-Cola, McDonald's enzovoort verbieden, want zij dragen op wereldschaal allemaal bij tot die 65 miljoen doden per jaar. Dan moeten we ook de mensen die in Leuven aan de vaart joggen, terwijl er aan de andere kant van de vaart honderden wagens en vrachtwagens in de file stilstaan, ook beschermen, want zij ademen die uitlaatgassen, NOx en polluenten allemaal in. Dan moeten jullie als legislatieve overheid ook die beslissing durven te nemen en daarmee komaf maken. Dat is net mijn betoog. We moeten een en ander in zijn proportionaliteit zien. Als we allemaal nog op een gezonde en goede manier willen leven, dan is er meer nodig dan alleen maar kijken naar het virus.

Ik kijk dan ook naar professor Verhaeghe, die het had over het psychosociaal welzijn. Dat zijn zaken die heel vaak vergeten worden in deze crisis. Mensen hebben vaak nood aan ontspanning. Mensen hebben nood aan sociale interactie. Ja, wij

weten dat er een virus is dat gevaarlijker is dan de griep, maar dat gaat op dit moment blijkbaar zo mild over ons heen dat we in deze fase toch zouden moeten proberen om iets anders te doen dan wat we tot nu toe doen met de maatregelen die worden gehanteerd. Andere landen doen dat op dit moment ook. Het VK gooit alles open. Andere landen zijn teruggekomen van de vaccinatie-verplichting. Misschien moeten we een nieuwe manier zoeken om samen te leven met het virus. Uiteindelijk doen we dit voor zo veel pathogenen in onze maatschappij dat het misschien wel mogelijk is, zonder de aandacht te verliezen op dit verhaal, om daarmee op een andere manier om te gaan.

Ik denk dat ik daarmee in grote mate op de vragen heb geantwoord.

Er waren nog vragen over andere medicatie en de *monoclonal antibody therapies*, die naar voren worden geschoven. We zien in de literatuur dat ze die testen op de huidige omikronvariant, zeker de *monoclonal antibodies* of antistoffen. Uit de eerste resultaten die men in preprint ziet, blijkt dat die ook niet meer zo efficiënt blijken te zijn. Omikron vertoont daar ook enig ontwijkend gedrag.

Wat het off-label voorschrijven betreft, denk ik dat daarover ondertussen behoorlijk veel studie-materiaal bestaat. Ik denk dat er 180 meta-analyses bestaan over Ivermectine, waarvan het grootste deel een efficiëntie aantoont, wat niet het geval is met hydroxychloroquine. Dat lijkt veel minder te zijn.

Dit is mijn winkel niet, maar ik stel mij al een jaar de vraag hoe het komt dat de onderzoeken daarover niet door de overheden en de experts die hiervan meer op de hoogte zijn, wordt bekeken. We horen voortdurend het narratief dat het niet werkt, terwijl er toch wel redelijk veel systematic reviews en meta-analyses het tegendeel beweren. Ook daar is er volgens mij geen consensus.

Die consensus kan er alleen komen als we de consensus willen nastreven. Als we een min of meer gelijkaardig standpunt naar voren willen brengen dat door de hele maatschappij wordt gedragen, moeten we dat soort zaken naar voren kunnen brengen en die moeten worden afgetoetst met de overheid, aangestelde experten en andere instellingen die zich hiermee bezighouden.

In de literatuur zijn er al jaren onderrapporteringen van bijwerkingen. In de literatuur wordt er meestal uitgegaan van 10% dat maar gemeld wordt. Met de coronacrisis kan dat wat veranderen en kan dat percentage wel wat hoger liggen. Heel veel wordt alleszins niet gerapporteerd. Voor artsen is het soms heel moeilijk om daar tijd voor vrij te maken, omdat het een behoorlijk proces is. De database wordt heel groot. Onlangs heeft een Europees parlementslid de data intern opgevraagd bij de EU, heeft die data bekeken en laten analyseren, en kwam tot de vaststelling dat er in de laatste twee jaar al meer bijwerkingen werden gerapporteerd dan in de vorige twintig jaar samen voor de hele EU voor alle vaccinaties samen. Dan moet er toch tijd vrijgemaakt worden om ook daar te kijken wat de baten-risicoverhouding is.

Er is meer nood aan debat. Er is helemaal geen consensus. Er zijn heel veel tegenstrijdige elementen te vinden in de wetenschap. Ik geef grif toe: ik breng een eenzijdige visie naar voren vandaag, net omdat de these al twee jaar wordt verkondigd en de andere zaken nauwelijks het daglicht mogen zien. Ik sta daar ook niet alleen in. Wereldwijd brengen tienduizenden mensen zoals ik, vaak van veel betere achtergrond dan ik, zelf die zaken naar voren en ze vragen aan overheden om ook de andere kant van de medaille te bekijken. We moeten een procesevaluatie doorvoeren van wat we tot nu toe hebben gedaan en wat het ons heeft opgebracht. Daarnaast moet een impactassessment ervoor zorgen dat we betere, proportionele maatregelen kunnen nemen voor de bevolking op basis van these en antithese.

01.21 **Paul Verhaeghe**: Ik wil me aansluiten bij het voorgaande met betrekking tot de manier waarop wij nu met kennis omgaan en de periode waarin we ons bevinden. Tot ongeveer een jaar geleden was er nauwelijks wetenschappelijke informatie. Nu is er een overvloed aan wetenschappelijke infor-matie. Dit is inderdaad – ik geef de vorige spreker wat dat betreft gelijk – het moment van debat, in eerste instantie tussen wetenschappers. Dat is typisch in het verhaal van wetenschappelijke vooruitgang, zeker als een en ander zo acuut is. Na verloop van tijd zal er niet zozeer een consensus ontstaan. Die is er zelden of nooit. Wel zullen een aantal gegevens duidelijk worden. Het is op dit ogenblik te vroeg om daar al op heel veel vlakken uitsluitsel over te geven. Er is immers nu net een overvloed aan studies. We moeten nog even wachten op replicatie.

Daarnaast zijn de wetenschappelijke gegevens minder duidelijk dan leken zouden verwachten en hopen, omdat het over virussen gaat. Wat we weten over delta, klopt niet meer voor omikron en er zullen nog varianten komen. We hinken telkens achterop met onze kennis. De kennis die we hebben, is gebaseerd op de vorige variant en er komt een volgende. Over zes maanden zal er geleidelijk aan een duidelijke meerderheidskennis ontstaan binnen de groep van wetenschappers die daarmee bezig is.

Wat de vragen betreft die ik heb gekregen, sommige zijn te ruim en een antwoord vergt een commissievergadering op zichzelf.

Ten eerste, over de bottom-upreactie van de bevolking is er wel degelijk wetenschappelijk onderzoek dat al een geruime tijd gebeurt en waar er in de wetenschap ondertussen een redelijke consensus over bestaat. Op het ogenblik dat er zich een collectieve ramp voordoet, getuigt de reactie van de bevolking wereldwijd van een uitermate grote veerkracht en een uitermate groot organisatietalent. Daar zijn heel veel studies over die telkens datzelfde aantonen. Een bevolking reageert heel goed en heel efficiënt op een ramp. Merkwaardig genoeg tonen diezelfde studies aan dat helaas in een aantal gevallen op het ogenblik dat de overheid tussenkomt, ze de goede aspecten van de reactie van de bevolking bottom-up tenietdoet. Ze maken het op dat ogenblik erger. Ik beweer niet dat dat bij ons het geval is, maar dat dat een risico is, dat telkens opnieuw terugkeert.

Wat de overheid in eerste instantie in dergelijke situaties moet doen, is het bevorderen van de bottom-upreacties, het kanaliseren van die reacties en het geven van mogelijkheden. Wij kunnen hetzelfde toepassen op de wateroverlast in Wallonië. De reactie van de bevolking daarop was tien keer efficiënter dan die van de overheid. Het spijt mij dat ik het moet zeggen. De overheid had veel beter kanalen gegeven aan die lokale reacties. Dat zou stukken beter geweest zijn, voor ons en voor die mensen. Dat is zeker iets wat wij op grond van wetenschappelijk onderzoek weten.

Hoe kunnen wij dat vertalen naar onze gezondheidssector en naar de noodzakelijke reorganisatie ervan? Dat die nodig was, wisten wij eigenlijk al voor de covidpandemie. Wij kunnen die nu misschien gebruiken als hefboom om de reorganisatie een stuk sneller in te voeren.

Om nog even bij het vorige aan te sluiten, wij hebben ook gezien hoe efficiënt de reactie van de bevolking, van onderuit, was bij de organisatie van de vaccinatiecentra. Die rustte bijna volledig op vrijwilligers. Ik heb het zelf in mijn onmiddellijke omgeving kunnen volgen in verschillende vaccinatiecentra. Wel, dat gaat regelrecht in tegen de verzuring en tegen het wantrouwen. Het is eigenlijk een verademing zoiets te kunnen meemaken.

Goed, opnieuw naar de reorganisatie van de gezondheidsaanpak. Hoe kunnen wij die in de toekomst regelen? Ik sluit mij aan bij wat verschillende instanties al naar voren geschoven hebben op grond van wetenschappelijk onderzoek, wij moeten opnieuw veel meer belang geven aan de lokale zorg, de huisartsen en de gezondheidscentra. Wij zien dat die economisch efficiënter zijn, wij zien dat die medisch efficiënter zijn. Wij zien dat die ook veel verder gaan dan genezing en dat zij ook heel sterk preventief werken.

Ik kan daar onmiddellijk aan toevoegen dat die zorg aan de basis ook heel sterk motiverend werkt. De overtuigingskracht van een huisarts is vele keren groter dan de overtuigingskracht van iets wat de zoveelste keer passeert in de sociale media. Ook dat is een bijkomende reden om daar heel hard op in te zetten. Nogmaals, dit is al uitdrukkelijk bestudeerd. Wij kennen dat, wij weten dat. Het hangt echter heel sterk af van politieke beslissingen of men die richting wil uitgaan of niet. Het zou in menig opzicht echter een antwoord kunnen bieden op een aantal problemen die wij met de pandemie hebben meegemaakt en nog steeds meemaken.

Ik ga over naar een andere vraag, die een paar keer is teruggekomen, namelijk de vaccinatie bij jongeren.

Ik heb voor het medische aspect heel veel vertrouwen in het medische onderzoek. Echter, de vaccinatie bij jongeren is van veel recentere datum dan de vaccinatie bij ouderen en volwassenen. Het zal nog even duren vooraleer wij daarop een beter beeld hebben dan vandaag het geval is.

De vraag over *informed consent* bij jongeren is ook gesteld. Ze is relatief gemakkelijk te beantwoorden. Wij kennen ze uit het wetenschappelijke onderzoek. Kinderen kunnen geen *informed consent* geven, het is maar vanaf een bepaalde leeftijd dat zulks kan. Voordien moet de *informed consent* komen van de voogd of van de ouder of ouders. Op dat vlak hebben wij hier te maken met een andere situatie.

Dat de motivatie bij jongeren om zich te laten vaccineren soms te maken heeft met het willen kunnen deelnemen aan bepaalde activiteiten, is zonder de minste twijfel juist. Motieven zijn echter altijd complexer. Het gebeurt maar zelden dat één motief aan de grondslag ligt. Ik kan mij heel goed voorstellen dat jongeren die motieven ook combineren.

Daarbij blijkt inderdaad dat heel wat jongeren zich laten vaccineren omdat zij hun ouders en grootouders niet in gevaar willen brengen. Ter zake zien wij ook opnieuw dat de solidariteit en het groepsgevoel bij mensen groter is dan wij soms aannemen. Wanneer het accent alleen wordt gelegd op een fuifvaccinatie, zal dat een vertekend beeld geven, net zoals wanneer het accent alleen op het andere wordt gelegd. Eén en ander is complexer dan dat.

Mijn collega Maarten Vansteenkiste zal het volgende punt wel hebben uiteengezet. Belangrijk is de intrinsieke motivatie. Er is heel veel studiewerk voorafgaand aan de hele covidsituatie dat aantoont dat zelfdeterminatie in onze tijden ontzettend belangrijk is. Laat mensen zelf beslissen, nadat ze voldoende informatie hebben gekregen van personen die zij vertrouwen. Ik verwijs opnieuw naar de huisartsen. De vertrouwenskwestie is immers helaas een maatschappelijk probleem op dit ogenblik. Het onderscheid tussen intrinsieke en extrinsieke motivatie is echter heel belangrijk. Indien wij een vaccinatieplicht zouden invoeren, zouden wij alleen maar inzetten op een externe motivatie. Vanuit psychologisch en psychosociaal standpunt is dat geen goed idee. Dat zou betekenen dat de intrinsieke motivatie heel sterk zal afnemen. Daardoor wordt meer tegenstand geïnstalleerd dan anders.

Daarbij aansluitend heb ik ook de vraag gekregen of een vaccinatieplicht een aantal mensen niet in de mogelijkheid zal stellen om zich te laten vaccineren, terwijl zij dat nu niet kunnen of durven door druk vanuit hun sociale omgeving. Ik vermoed dat die stelling juist is, omdat de groep niet-gevaccineerden erg heterogeen is samengesteld. Het is echt geen uniforme groep. De bedoelde subgroep maakt daar ook deel van uit. Voor die subgroep zou een vaccinatieplicht een voordeel zijn.

Tezelfdertijd is er binnen de groep niet-gevaccineerden een harde kern die zich niet zal laten vaccineren omwille van een plicht, waardoor er nog een sterkere polarisatie ontstaat. Ik weet niet of wij dat eigenlijk willen. Voor mij hebben wij daar al teveel van. Een vaccinatieplicht zou zeker een negatief effect hebben op de motivatie, dat is vrij duidelijk.

Hoe kunnen wij de dramatische gevolgen voor kinderen en jongeren aanpakken? Dat is een veel ruimere vraag, omdat ons onderwijs op zich aan hervorming toe is. Elke minister van Onderwijs van de voorbije dertig jaar heeft dat geprobeerd. Dat is echter nog nooit goed gelukt, omdat wij veel te veel blijven stilstaan bij een onderwijskader dat in de vorige eeuw thuishoort. Misschien moeten wij de pandemie ook aangrijpen om op dat vlak een aantal zaken te veranderen.

Ik geef even een voorbeeld. Wanneer ik het heb over een onderwijsmodel van de vorige eeuw, dan bedoel ik onder andere het feit dat wij het nodig achten om kinderen jonger dan twaalf jaar vijf dagen per week en zes uur per dag in een klaslokaal te stoppen en op bankjes te zetten, om te luisteren naar iemand die vooraan les staat te geven. Wij weten ondertussen op grond van heel wat studies dat de eigenlijke leerstof van het lager onderwijs in pakweg drie jaar tijd kan worden onderwezen. Dat betekent dat wij drie jaar over hebben. Dat betekent dat wij met kinderen jonger dan twaalf jaar veel meer naar buiten kunnen gaan.

Het idee is dus voorbijgestreefd dat onderwijs in een klaslokaal moet gebeuren en dat wij kinderen van maandochtend tot vrijdagnamiddag in een klaslokaal moeten houden. Wanneer wij met die kinderen naar buiten gaan, waarvoor wij op een nieuwe manier over het onderwijs moeten nadenken, zullen wij onmiddellijk merken dat er veel minder diagnoses van ADHD zullen komen, veel minder diagnoses van ODD, veel minder medicatie en noem maar op. Dat vraagt echter een fundamenteel nieuw denken over de organisatie van het onderwijs op zich. Voor het middelbaar onderwijs liggen de zaken anders. Daar hebben wij al meer te maken met kinderen die de richting van jongvolwassenheid uitgaan. Zij kunnen het wel aan om in het klaslokaal te zitten, maar ook daar moeten wij toch een aantal zaken anders gaan organiseren. Het kader van deze commissie leent zich er echter niet toe om daar verder op in te gaan.

Er werd ook gevraagd hoe wij de gezondheidszorg nu anders kunnen organiseren of aanpakken. Een wijziging in de richting van de eerste lijn – de huisartsen en de gezondheidswijkcentra – zal immers nog even duren vrees ik. Daarvoor kunnen wij gaan kijken naar de ervaringen die wij hebben opgedaan in de voorbije periode. Artsen hebben duidelijk ondervonden dat het niet altijd een goed idee is om iedereen zomaar naar het ziekenhuis over te brengen en zeker niet om iedereen zomaar naar de intensieve zorg over te brengen. Wij moeten hier en nu nadenken over hoe wij een adequate medische zorg kunnen geven in de rust- en verzorgingstehuizen aan mensen ouder dan 80 of 90 jaar, in plaats van hen halsoverkop naar een ziekenhuis te vervoeren en hen daar te isoleren. Medisch gezien is het vaak interessanter om hen te houden waar zij al waren en daar de nodige zorg te voorzien. Dat is natuurlijk wel een probleem omdat de meeste RVT's niet beschikken over het nodige personeel om dat te doen, maar misschien moeten wij toch in die richting denken. Het zou een ontlasting betekenen van de zorg op dit ogenblik en het zou een humanere benadering van de getroffen 85- of 90-plussers mogelijk maken.

De **voorzitter**: Mijnheer Verhaeghe, ik krijg het bericht van de volgende spreker, de heer Verdussen, dat hij om 13 uur een vergadering heeft. Als u iets langer kunt blijven, dan geef ik hem nu het woord en krijgt u nadien weer het woord.

01.22 **Paul Verhaeghe**: Dat is goed.

01.23 **Marc Verdussen**: Monsieur le président, je vais essayer d'être le plus rapide possible.

Beaucoup de questions ont été posées. Je ne suis pas sûr de pouvoir répondre à toutes ces questions mais je vais, en tout cas, essayer d'être le plus complet possible.

Une question qui m'a été posée porte sur le fait de savoir s'il faut des sanctions, et si oui, lesquelles? Faut-il des sanctions? Une comparaison me vient immédiatement à l'esprit. Je pense à l'obligation de vote. L'obligation de vote en Belgique implique des sanctions. Mais ces sanctions ne sont absolument pas appliquées. Elles sont complètement ineffectives. Pourtant, le taux de participation aux élections reste très élevé.

Toutefois, la comparaison a ses limites. Si beaucoup de gens continuent à aller voter alors qu'ils savent très bien qu'ils ne risquent aucune sanction, c'est, à mon avis, parce qu'il y a une prise de conscience dans la société que le vivre-ensemble implique un certain nombre de droits, mais aussi de responsabilités et de devoirs. Je ne suis pas sûr que cela soit transposable tel quel pour l'obligation vaccinale, car, comme je l'ai dit, aujourd'hui, les non-vaccinés forment un noyau qu'on pourrait presque qualifier d'irréductible. En tout cas, ce noyau peut paraître comme tel. Il faut donc des sanctions.

La question qui se pose est de savoir lesquelles. Comme je vous l'ai dit, entre l'emprisonnement et une amende minime, il y a toute une série de sanctions possibles. Il ne m'appartient pas de les imaginer. Ce rôle vous revient. La seule chose que je constate en tant que juriste, c'est que, quand on évoque des sanctions intermédiaires, le plus souvent, c'est sous la forme de suspension d'un certain nombre de droits, comme le droit aux allocations familiales ou au droit aux allocations de chômage, droits qui sont, d'une certaine manière, protégés par l'article 23 de la Constitution, ce qui me pose déjà un problème. Mais ce qui me pose encore plus problème, c'est que la mise en œuvre de ces sanctions va impliquer des traitements de données à caractère personnel qui pourraient donner lieu à de graves abus.

Je ne l'ai pas dit, tout à l'heure, mais je voudrais le dire maintenant. En regardant la liste des experts que vous avez décidé d'entendre, j'ai été très étonné de constater que vous n'ayez convoqué – sauf erreur de ma part – aucun spécialiste des traitements des données à caractère personnel, alors que la mise en œuvre de l'obligation vaccinale, tout comme celle du pass vaccinal, passe inévitablement par des mesures, des sanctions qui vont mobiliser des traitements de données à caractère personnel.

S'il y a bien un sujet qui, aujourd'hui, est éminemment délicat sur le plan juridique, c'est bien celui-là. Je suis donc étonné que ce débat ne soit pas approfondi avec des experts compétents en la matière.

Par ailleurs, si vous choisissez des sanctions, vous devez choisir des sanctions efficaces. Sinon, cela s'apparenterait tout simplement à une absence de sanctions.

J'en arrive au passe vaccinal. Tout d'abord, je n'ai pas dit que j'étais contre ou pour celui-ci. Lors de mon exposé, je pense avoir essayé d'être le plus nuancé possible. Je souhaiterais maintenant faire quelques observations sur le passe vaccinal.

Monsieur Bacquelaine, vous avez raison de dire que le passe vaccinal n'implique pas une atteinte à l'intégrité physique comparable à la vaccination obligatoire. C'est évident. Mais il n'en reste pas moins que d'autres aspects de la vie privée sont mis en cause par le passe vaccinal.

La vie privée, ce n'est pas que l'intégrité physique. La vie privée, c'est l'intimité et l'intimité, c'est beaucoup de choses, beaucoup de facettes de notre vie, en ce compris la liberté que nous avons d'avoir des relations sociales avec qui nous le souhaitons. Selon moi, le passe vaccinal porte atteinte à la vie privée. En tout cas, la question de savoir si le passe vaccinal porte éventuellement atteinte à d'autres aspects de la vie privée mérite d'être posée. Mais pour cela, il faut passer le *crash test*. Il faut passer les cinq étapes.

J'ai le sentiment, mais il faut à nouveau vérifier, que les droits fondamentaux qui pourraient être mis en cause par le passe vaccinal sont plus nombreux que pour la vaccination obligatoire. Il n'y a pas que la question de la vie privée. Il y a la question de la liberté de circulation. Il y a la question de la liberté de l'enseignement. Il y a la question de la liberté d'épanouissement culturel.

Le paradoxe, c'est que ce sont précisément des droits fondamentaux que la vaccination obligatoire permet de garantir indirectement. Ce sont aussi – je tiens à le dire ici – des droits fondamentaux collectifs, c'est-à-dire des droits qui sont démocratiquement très chargés. Autrement dit, l'enjeu démocratique est très important. Le passe vaccinal risque de porter atteinte, par exemple, à la liberté de rassemblement. La liberté de rassemblement, c'est la liberté de manifester qui est une liberté démocratique. Je ne peux pas

ne pas le souligner ici. Vous comprendrez évidemment pourquoi.

Je constate également que les victimes des ingérences que le passe vaccinal peut causer à différents droits fondamentaux, ce sont les personnes qui ne sont pas vaccinées, mais aussi les personnes qui sont vaccinées. Le passe vaccinal me paraît être une obligation vaccinale déguisée qui sanctionne tout le monde, en ce compris les personnes qui ne sont pas vaccinées.

Autre élément que je mets sur la table et que vous devrez approfondir, c'est le risque de fraude. J'entends quand même souvent que les fraudes existent, qu'il s'agisse du passe vaccinal ou du CST. Vous ne pouvez pas ne pas intégrer cette dimension dans vos réflexions.

De plus, toujours sur le passe vaccinal, les données personnelles que nous avons transmises à l'État, je le dis très directement, ne l'ont pas été pour permettre à des restaurateurs de faire un contrôle sur la possibilité que nous avons d'entrer dans un restaurant ou pas. Ces données ont été transmises à d'autres finalités. Là encore, je reviens sur la nécessité d'entendre sur ce point des experts en traitement des données à caractère personnel.

J'entends par ailleurs que vous pourriez renoncer à la vaccination obligatoire parce que vous seriez convaincus que ce n'est pas nécessaire – et c'est un jugement que je respecterai pleinement évidemment – mais alors pourquoi serait-il nécessaire de passer par le passe vaccinal, et là aussi, je le dis très directement, de compliquer la vie de tout le monde pour protéger le choix de quelques-uns de ne pas se faire vacciner?

En d'autres termes, j'ai peur d'une chose, mesdames et messieurs, et je vous le dis très franchement. Je ne suis pas convaincu d'une décision à prendre ou pas, je ne suis pas légitime pour cela. Moi, j'ai peur qu'à un moment, vous soyez convaincus qu'à la lumière de tout ce qui vous a été dit, il faille renoncer à l'obligation vaccinale, à tout le moins aujourd'hui, et que dès lors, par une sorte de dépit et presque mine de rien, vous imposiez le passe vaccinal. Non, je le répète, le passe vaccinal n'est acceptable sur le plan juridique que si vous faites exactement les mêmes vérifications que pour la vaccination obligatoire. C'est pour cela que j'ai dit tout à l'heure que si vous ne le faites pas, vous allez droit dans le mur. Cela ne veut pas dire que le passe vaccinal n'est pas acceptable sur le plan juridique. Non, cela veut dire qu'il y a un processus de vérification à faire. Et c'est à vous de le faire, compte tenu de tous les éléments juridiques, médicaux, psychologiques que vous pouvez recueillir sur le passe vaccinal, comme vous l'avez fait pour la vaccination obligatoire.

Je poursuis. J'essaie d'être bref. Le *crash test*, que j'ai appelé comme cela parce que c'est une image qui frappe, ce n'est pas à moi de le faire. Je le répète et je ne l'ai pas fait, ce *crash test*. Certains ont laissé entendre – ou alors j'ai mal compris et je vous prie de bien vouloir m'en excuser – que j'étais pour la vaccination obligatoire, pour ou contre le passe vaccinal. Absolument pas! Ce que j'ai tenté de faire, c'est de vous montrer qu'aucun scientifique ne détient la vérité à lui seul. Chacun d'entre nous, épidémiologiste, virologue, psychologue, juriste, peu importe, doit faire preuve d'humilité. Les seules personnes qui peuvent dégager une vérité, et ce sera une vérité politique pas scientifique, c'est vous parce que vous êtes les seuls après toutes ces auditions à avoir de nombreux éléments, peut-être pas tous – je reviens sur les données à caractère personnel –, qui vont vous permettre, à un moment donné, de dire: "Nous prenons nos responsabilités et nous prenons une décision politique." C'est donc à vous de faire ce *crash test*. C'est à vous de suivre la feuille de route que je vous ai suggérée mais qui me paraît être celle qu'impose le droit, en injectant tous les éléments que vous aurez pu recueillir.

Je suis d'ailleurs frappé de constater que tous les éléments que vous avez pu entendre en dehors du droit (les éléments médicaux, psychologiques, économiques, etc.) sont liés à la grille que je vous ai proposée. Le centre, c'est la balance des intérêts. Je crois que vous avez bien compris cela. J'ai évoqué la balance des intérêts en disant que la vaccination obligatoire était dans un plateau de la balance avec tous les avantages qu'elle peut avoir et sur l'autre plateau, il peut y avoir d'autres droits fondamentaux qui entrent en balance avec la vaccination obligatoire. Il n'y a cependant pas que des droits fondamentaux qui doivent entrer en balance, il y a aussi des données juridiques autres que les droits fondamentaux.

Je n'ai malheureusement pas entendu mon ami Bernard Dubuisson mercredi après-midi. C'est un grand spécialiste de la responsabilité civile. Il est évident que cette donnée-là doit être prise en compte aussi. C'est un des éléments à intégrer. Il y a des données médicales également. M. De Caluwé évoquait tout à l'heure la question du report de soins pour des personnes qui ne sont pas affectées par le covid. C'est évidemment une donnée médicale importante, qui doit aussi être mise dans la balance. J'ai eu la chance d'entendre mon collègue Vincent Yzerbyt évoquer les questions très importantes sur le plan

psychologique : le souci d'éviter un clivage dans la société, le souci de privilégier des choix de société qui soient clairs, ce sont aussi des intérêts qui entrent dans la balance. Toutes ces données-là, c'est vous qui les avez et vous devez en faire une synthèse. De grâce, je ne voudrais pas qu'après cela, sur les réseaux sociaux, on me fasse dire que je suis pour ou contre la vaccination obligatoire ou le passe vaccinal! Absolument pas! Je vous ai proposé une méthode et j'ai émis un certain nombre de doutes sur la vaccination obligatoire et sur le passe vaccinal, mais ce sont des doutes que vous devez vous-mêmes éprouver à la lumière de tous les éléments que vous avez. Moi, je ne les ai pas tous, évidemment.

Deux autres questions et puis j'en terminerai. L'article 187 de la Constitution, pour les non-juristes qui sont devant moi, interdit toute possibilité de décréter l'état d'urgence en Belgique, et donc toute possibilité de mettre entre parenthèses pendant une certaine période un certain nombre de droits fondamentaux. "La Constitution ne peut pas être suspendue ni en tout ni en partie", dit l'article 187 de la Constitution. Non, je n'ai pas évoqué l'article 187 parce que, pour ma part, j'ai quand même le sentiment que la vaccination obligatoire n'implique aucune suspension du droit à la vie privée. La vaccination obligatoire implique des ingérences, des limitations du droit à la vie privée, mais pas une mise entre parenthèses complète du droit à la vie privée.

Je me permets d'ajouter une chose, pour les députés qui sont devant moi et qui sont intéressés par cela. Je dois à la vérité de dire que la distinction que l'on peut faire entre un droit qui est simplement limité - pas simplement, car c'est en effet important d'être limité pour un droit, et c'était ma perspective aujourd'hui - et un droit qui est vraiment mis entre parenthèses, qui est suspendu pendant une certaine période, est difficile. Cette distinction n'est pas si facile que cela à établir. Oui, en droit, en théorie, vous trouvez dans la littérature toute une série de propos qui vous expliquent qu'effectivement, quand un droit est atteint dans son noyau le plus dur, il est suspendu et que sinon, c'est une simple limitation.

Nous avons fait, à quatre juristes, une étude qui va sortir dans quelques jours. Je l'ai faite avec Céline Romainville, ma collègue à l'UCLouvain, avec Sébastien Van Drooghenbroeck qui est professeur à l'Université Saint-Louis-Bruxelles, et avec Roxanne Delforge, une chercheuse de l'UCLouvain. Nous avons essayé de montrer - et c'est notre conclusion - que l'article 187 est devenu impraticable parce que faire la différence entre suspendre un droit et déroger à un droit au sens de le limiter, en pratique, est extrêmement difficile à établir. L'article 187 est un autre chantier que vous pourriez un jour aborder. Mais, pour cela, il faudrait qu'il soit révisable. C'est donc plutôt un rendez-vous que nous devrions vous donner en 2024.

Une dernière chose. J'ai entendu toute une série de questions, d'interrogations, de remarques, de la part de Mme Fonck et de Mme Rohonyi, notamment, sur la question du temps, et plus particulièrement du temps médical. C'est évidemment une question très délicate. Je ne veux absolument pas botter en touche ici, loin s'en faut. Dans la balance des intérêts, madame Fonck, il est évident que vous devez intégrer au niveau de la temporalité tout ce qui peut aujourd'hui être raisonnablement et sérieusement prédit pour l'avenir.

Cela doit évidemment entrer en ligne de compte dans la décision que vous allez prendre aujourd'hui. Maintenant, je vous ai bien entendus et j'ai bien entendu Sophie Rohonyi sur le fait qu'il y a toute une série de choses qui aujourd'hui relèvent de l'incertain parce qu'elles ne peuvent pas être prédites et j'en suis parfaitement conscient. L'avenir reste grandement incertain. Je suis évidemment enclin d'ailleurs à écouter mes collègues des sciences médicales sur cette question-là.

Je n'ai pas entendu les débats que vous avez eus mercredi après-midi, notamment avec Vanessa De Greef et Patrick Charlier. J'aurai été fort intéressé mais, mercredi après-midi, j'étais pris. Je ne pouvais pas le faire et je n'ai pas pu le faire en *podcast*. Malheureusement, j'entends qu'une des pistes possibles serait d'envisager une espèce de cadre général qui, si j'ai bien compris, permettrait qu'à certaines conditions, on puisse à un moment donné décréter l'obligation vaccinale en fonction d'une sorte de "baromètre" – Madame Fonck, vous n'avez pas utilisé le mot mais c'est un peu l'idée , c'est-à-dire, d'un certain nombre de paramètres qui pourraient aboutir à la conclusion que, maintenant, il faut y aller. Avant, il ne fallait pas mais, maintenant, il faut y aller. J'ai entendu que la loi pourrait laisser cela à l'Exécutif finalement. C'est l'Exécutif qui, à un moment donné, dirait qu'on y va ou pas.

J'avoue que c'est une question qui mérite d'être approfondie. Je suis toutefois un peu sceptique sur le plan strictement juridique. Je vous ai dit qu'une ingérence dans un droit fondamental doit être claire, précise. Cela signifie que les éléments essentiels de l'ingérence doivent figurer dans la loi elle-même. Cela ne veut pas dire que le législateur ne peut pas laisser une marge de manœuvre à l'Exécutif. Je n'ai pas dit cela. Mais l'essentiel doit être dans la loi elle-même.

Quant à dire qu'on fixe un certain nombre de balises qui vont permettre après cela à l'Exécutif de décréter à un moment donné la vaccination obligatoire, je vois mal comment on peut imaginer un dispositif législatif où les éléments essentiels seraient dans la loi, compte tenu précisément de toute une série d'incertitudes.

Je ferai encore deux remarques sur ce point et j'en termine, monsieur le président. Tout d'abord, tout cela repose sur l'idée que le Parlement fonctionne toujours lentement. Moi, je ne suis pas sûr que le Parlement est voué, tout le temps, à fonctionner lentement. Je crois que, de temps en temps, le Parlement peut prendre des décisions rapides. Il a les moyens de le faire. Bien sûr, c'est bien que le Parlement fonctionne lentement, parce qu'on a besoin aussi de lois qui soient mûries et réfléchies. Donc le temps long est important, je le dis à mes étudiants, et je le répète devant vous. Mais dans certains cas, on peut imaginer que le Parlement puisse prendre une décision rapidement. Vous avez mûri ici toute la question de la vaccination obligatoire. Très bien. Vous pouvez arriver à la conclusion que ce n'est pas opportun aujourd'hui de le faire. Très bien. Qui vous empêche, dans un mois ou dans deux mois, si la crise reprend de manière particulièrement fulgurante, de vous dire: "On se réunit, on a les éléments en main et on peut décider rapidement."? Je crois que c'est parfaitement possible.

Je vais aborder une deuxième chose puis je crois que je me tairai parce que je pense que j'aurai répondu à beaucoup de questions qui m'ont été posées. J'ai quand même du mal avec un élément. Ici je fais référence notamment à ce que disait Sophie Rohonyi, notamment par rapport à la loi Pandémie. Les mesures qui sont permises par la loi Pandémie n'incluent pas du tout la vaccination obligatoire. Il faudrait dès lors modifier cette loi. Mais j'ai du mal à considérer qu'imposer une vaccination obligatoire qui sera finalement mise en œuvre dans un temps relativement long, est la même chose qu'imposer un confinement d'un mois qui est immédiatement exécutable. Ce n'est quand même pas la même chose du tout.

La vaccination obligatoire est une mesure qui est plus lourde au sens où elle se déploie dans un temps plus long qu'une mesure de confinement ou qu'une mesure de fermeture des commerces de 15 jours. Pour moi, ce n'est pas du tout la même chose. Pour résumer, sur le plan juridique, en ce qui concerne la piste d'imposer une mesure générale qui serait concrétisable par une sorte de déclenchement par l'Exécutif, je suis vraiment éminemment sceptique de sa compatibilité avec les exigences en matière de protection des droits fondamentaux.

Je vous remercie pour votre attention. Je suis franchement désolé, j'ai une réunion à 13 h 00. J'avais averti que je serais un peu en retard mais je ne peux pas avoir un retard démesuré, malheureusement. Je suis vraiment confus de cela. Je vous remercie en tout cas pour votre attention.

Le **président**: Merci, professeur Verdussen. Vous nous quittez; merci pour votre contribution. Si vous avez un texte, nous l'accueillons avec plaisir. Nous faisons aussi vite que nous pouvons mais en effet, le Parlement est parfois lent dans la formulation des questions. Cela prend du temps.

01.24 **Marc Verdussen**: Monsieur le président, puis-je vous envoyer mon texte, par rapport aux questions qui m'ont été posées, dans le courant de la semaine prochaine?

Le **président**: Oui, bien sûr. Il n'y a pas de problème. Envoyez-le nous dans des délais qui sont faisables pour vous. Je vous remercie.

01.25 **Paul Verhaeghe**: Mijnheer de voorzitter, ik was bijna rond met de antwoorden op de vragen, niet op alle vragen, want dat lukt niet.

Ik wil even aansluiten bij hetgeen mijn gewaardeerde collega zopas aanbracht met betrekking tot het CST, omdat het toch wel de moeite waard is om daar even bij stil te staan. Het is een perfecte illustratie van de veranderbaarheid van het virus en de effecten ervan en dus ook van de noodzakelijke verandering van de maatregelen die wij moeten nemen. Ik kan daarover vrij duidelijk zijn. De bedoeling van het CST, met name het zoveel mogelijk beperken van besmettingen, werkte zolang wij te maken hadden met de deltavariant en de vorige. Op dat ogenblik was dat CST zeker verantwoord.

Vandaag is dat echter niet langer het geval. Wij weten, en dat werd ook uitdrukkelijk door een aantal sprekers aangebracht, dat ook mensen die gevaccineerd zijn, de besmetting kunnen doorgeven. Vaak doen ze dat zonder het te beseffen, omdat ze ervan uitgaan dat ze dat niet doen, omdat ze nu eenmaal gevaccineerd zijn. De bestaansreden van het CST is op dit ogenblik niet meer van tel. Ooit was er wel een bestaansreden, voor alle duidelijkheid. Het is ook best mogelijk dat het in de toekomst weer nodig zal zijn.

Dat toont meteen de moeilijkheid aan waarvoor wij staan. Wij spreken niet over één virus, wij spreken niet over één situatie. Wij moeten ermee leren leven dat er om de zoveel tijd een verandering

komt, die andere maatregelen nodig maakt.

Dat heeft dan ook een heel belangrijk effect op mijn antwoord op de volgende vraag, namelijk over de informatieverspreiding. Dat is niet gemakkelijk. Bij de informatie die gegeven wordt over covid en over de maatregelen, moet echter standaard gezegd worden dat hetgeen men nu communiceert, de kennis betreft die men nu heeft en dat het best mogelijk is dat men dat over een aantal maanden moet herzien. Dat was het geval met de vaccinaties, want het merendeel van de mensen heeft nu door dat er een boostervaccin nodig is, terwijl dat besef in eerste instantie niet was doorgedrongen. Al de informatie over wat ons nu bezighoudt, moet bijkomend de vermelding krijgen dat het over de huidige kennis gaat, onderhevig aan toekomstig inzicht.

Daarbij aansluitend werden er vragen gesteld over de coronabarometer. Over de coronabarometer kan ik dezelfde opmerkingen maken. Voor een stuk is die nu al achterhaald, want die is nu niet meer echt van toepassing. Misschien zou dat wel ooit het geval geweest zijn. Ik vond het een goede zaak dat de coronabarometer werd aangekondigd als iets waaraan sowieso een politieke beslissing gekoppeld moet worden. De coronabarometer kan dus niet zomaar zwart-wit toegepast worden. Naar mijn mening gelden er maar twee parameters, namelijk het aantal opnames in de ziekenhuizen en het aantal opnames op intensieve zorg. De andere parameters zijn in mijn ogen niet direct relevant.

Het laatste element dat ik wil beantwoorden, is de moeilijkste vraag, want die reikt veel ruimer dan alleen de problematiek van de pandemie. Hoe kunnen wij informatie aanpakken? Hoe kunnen wij ervoor zorgen dat juiste informatie of informatie waarover een grote mate van zekerheid bestaat, zoveel mogelijk mensen bereikt? U weet evengoed als ik dat het om een reusachtig probleem gaat, gelet op fake news, sociale media en polarisatie. De kern van het probleem zullen we niet zomaar opgelost krijgen, want de kern is het wantrouwen dat in onze maatschappij ontstaan is. Wij leven nu al geruime tijd in een samenleving waarbij het woord samen tussen aanhalingstekens geplaatst moet worden, aangezien het wantrouwen hand over hand toegenomen is. Dat geldt helaas ook voor wantrouwen in de overheid, wat geen goede zaak is.

De term vertrouwenspersoon zal u wel bekend zijn. Die term hebben we in het leven geroepen in diverse organisaties, omdat dat nodig was, opdat mensen te rade konden gaan bij iemand in wie zij vertrouwen hadden om bepaalde dingen te vragen of mee te delen. Op dezelfde manier moeten we volgens mij op dit ogenblik redeneren door ons af te vragen wie de vertrouwenspersonen zijn. Naargelang de groep kan de vertrouwenspersoon verschillen, want een vertrouwenspersoon voor de ene, is niet per definitie een vertrouwenspersoon voor de andere groep. Er moet vervolgens via die groepen gewerkt worden. Dat kan nu al gebeuren.

Wat de toekomst betreft, aansluitend op wat ik zopas zei over de noodzakelijke hervormingen in de gezondheidszorg, de voornaamste vertrouwenspersoon op medisch vlak zit voor mij in de eerste lijn, de huisartsen en de verpleegkundigen die daar werken, omdat men daarmee een nauwe band heeft, in het beste geval een band die al jarenlang bestaat. Naar hen zal er dus wel worden geluisterd. Op dit ogenblik hebben wij dat niet. Als wij dat wel hadden gehad, zou het toch een ander verhaal zijn geweest.

Hiermee heb ik de belangrijkste vragen die mij gesteld zijn, beantwoord. Mijn excuses mocht ik iets vergeten zijn, maar wij hebben nog even tijd om daar dan op in te gaan.

01.26 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer Brokken, ik ben het er absoluut mee eens dat het debat niet voldoende of soms niet voldoende grondig genoeg is gevoerd. De hoorzittingen bewijzen dat ook, want de experten gaan met elkaar in debat en veranderen soms *en cours de route* van gedachte. Dat is dus zeker goed.

Wat de preprintstudies betreft, ben ik het ermee eens dat wij snel moeten gaan in de crisis en dat wij nieuwe inzichten moeten meenemen. Maar het is heel belangrijk hoeveel mensen worden meegenomen, welke tactiek wordt gebruikt en welke doelstellingen voorop worden gesteld. Het kan niet dat eender welk rapport dat wordt gepubliceerd, als een studie wordt weergegeven. Ik merk dat dat in deze crisis soms ook gebeurt.

Over myocarditis kunnen wij blijven discussiëren, maar elk medicijn en dus ook elk vaccin kan neveneffecten hebben. Dan moet de afweging tussen het algemeen belang en de individuele neveneffecten worden gemaakt.

U had het over de huisarts die de centrale spil is. Ik volg u daarin. U geeft aan dat de huisarts mee zou moeten bepalen of het vaccin noodzakelijk is. Op die manier komen we een beetje tot hoe het is met het griepvaccin, namelijk een seizoensvaccinatie. Bedoelt u dan dat de huisarts ook moet kunnen beslissen welk vaccin zijn of haar kwetsbare patiënten toegediend zouden krijgen?

Iets waarmee ik wel wat moeite heb, is dat u over griep zegt, tenzij ik u verkeerd heb begrepen, dat er geen post-mortem-PCR's voor worden gedaan,

dus om de mortaliteit van griep te bepalen. In de eerste golven is dat voor COVID-19 zeker ook niet gebeurd. Ik denk dat dit toch wat desinformatie is. Wij hebben die vraag meermaals gesteld aan toenmalig minister De Block, die telkens bevestigde dat dit niet het geval was. Op de website van Sciensano staat een factcheck van 27 februari 2021 die aangeeft dat er geen post-mortem-PCR's zijn genomen. Wel was er de publicatie waarin aan zorgverstrekkers en begrafenisondernemers werd meegedeeld dat ze voorzichtig moesten zijn wanneer een overleden persoon werd opgehaald omdat er transmissie zou kunnen zijn. Ik verneem graag waar u uw gegevens haalt.

U hebt ook een aantal vragen niet beantwoord. Ik heb u gevraagd naar uw connectie met de universiteit van Aberdeen, die op uw website staat. Wanneer u het hebt over natuurlijke immuniteit ten opzichte van vaccinale immuniteit hebt u niet gezegd of u daar een verschil maakt tussen mucosale en systemische immuniteit.

Ik krijg ook graag wat meer uitleg over die cijfers uit Schotland. Ik kan niet opmaken wat het verschil is tussen de cijfers van Sciensano en de cijfers uit Schotland die u hebt gegeven. Ik vind de quote van professor Van Gucht een heel belangrijke quote. In welk kader is die gesteld?

Waarmee ik het zeker eens ben, is dat we *Health In All Policies* moeten toepassen. In het begin van de crisis was dat misschien wat moeilijk, maar na twee jaar zou er toch veel meer aandacht moeten worden besteed aan die continuïteit van zorg. U zegt dat het virus gevaarlijker is dan griep, terwijl u in het begin van uw presentatie de mortaliteit ten opzichte van griep stelt. Dat vind ik toch een divergentie.

Wat ivermectine betreft, volg ik het EMA. Ik vind het EMA de autoriteit die aan voorschrijvers en zorgverstrekkers adviezen geeft die in mijn ogen bindend zijn. Het EMA raadt ivermectine af omdat in de dosissen die nodig zijn geen veiligheid kan worden gegarandeerd. Hoe staat u daartegenover? Volgens mij is medisch-ethisch het volgen van het EMA een veiligheid en ik weet niet hoe zorgverstrekkers daar anders mee kunnen omgaan.

Professor Verhaeghe, ik vond uw externe en interne motivatie heel interessant. Waar plaatst u dan de informatieplicht bij de huisarts? Interne motivatie is na een gesprek met de huisarts beslissen of men gevaccineerd wil worden, externe motivatie is de vaccinatieplicht. We hebben het in de hoorzittingen al vaker gehad over een informatieplicht. Hoe ziet u dat?

Het is niet het onderwerp van deze commissie, maar u had het over de kinderen jonger dan -12 jaar die in 3 jaar de leerstof kunnen verwerken. Wil dat dan zeggen dat we ons net iets minder zorgen moeten maken over de leerachterstand die zij in de voorbije jaren hebben opgelopen en waar leerkrachten ons toch op wijzen?

De **voorzitter**: Zijn er nog leden die prangende vragen hebben?

01.27 **Dominiek Sneppe** (VB): Ik heb maar één vraag, die mij al heel lang bezighoudt. Mevrouw Depoorter had het ook over ivermectine. Het EMA heeft die behandeling inderdaad nooit goedgekeurd, maar toch zijn er landen en bepaalde provincies in India waar men dat product wel gebruikt heeft, waardoor volgens de statistieken het coronavirus eigenlijk onder controle was.

Mijn vraag is de volgende. Wij weten wat de voor- en nadelen van ivermectine zijn wanneer men het gebruikt waarvoor het dient, tegen wormen en zo meer. Wat zou de nevenschade kunnen zijn als men datzelfde product gebruikt om, al is het maar een klein beetje, te verhinderen dat mensen door corona in het ziekenhuis belanden? Wat zijn de baten en de kosten daarvan? Waarom komt het EMA niet tot het besluit dat wij dat misschien wel kunnen toelaten? Sommige landen menen blijkbaar dat zij niet hoeven te luisteren naar hogere instanties en gebruiken het toch.

De **voorzitter**: Mevrouw Sneppe, dat is misschien eerder een vraag voor virologen, maar goed.

Straks zal ik het woord geven aan de twee sprekers die er nog zijn, maar wij werken eerst deze vragenronde af.

01.28 **Sophie Rohonyi** (DéFI): Monsieur le président, j'ai une question complémentaire que je souhaite adresser à M. Verhaeghe concernant la vaccination des enfants.

Vous nous dites que les enfants ne sont pas dans la capacité de donner leur consentement et que, par conséquent, c'est un consentement qui doit pouvoir être donné par leurs parents ou leurs tuteurs. Il est vrai que cela découle de l'article 12 de la loi sur les droits du patient. Mais cette même loi inclut un deuxième paragraphe qui précise que "suivant son âge et sa maturité, le patient est associé à l'exercice de ses droits. Les droits énumérés peuvent être exercés de manière autonome par le patient mineur qui peut être estimé apte à apprécier raisonnablement ses intérêts". Par conséquent, je me pose la question de savoir comment ce droit, qui peut donc être exercé de manière autonome suivant les

circonstances, peut devenir effectif dans le cadre de la vaccination covid, puisque les avis du Conseil Supérieur de la Santé ont permis la vaccination des enfants et que, justement, ces avis ont été donnés de manière différente avec une balance bénéfice-risque différente selon qu'on se trouvait, par exemple, dans la tranche d'âge des 12-17 ans ou dans celle des 5-11 ans. Dès lors, doit-on considérer que cette différence de balance bénéfice-risque doit être appréciée de la même manière pour ce qui concerne la vaccination obligatoire, en tout cas la possibilité d'accorder à ces enfants la faculté, la capacité de donner leur consentement à l'administration du vaccin?

01.29 **Steven Creyelman** (VB): Mijnheer de voorzitter, mijnheer Brokken, u sprak daarstraks over de mutatiedruk op het virus door vaccins. Is dat noodzakelijk iets slecht?

Ik las ergens het volgende. U moet mij excuseren voor het feit dat ik geen bronvermelding heb, terwijl men hier van u bronvermelding vraagt zelfs voor uw lidwoorden en bijvoeglijke naamwoorden. Ik zeg het in mensentaal want ik ben geen arts of wetenschapper. Ik las dat een virus er eigenlijk geen belang bij heeft om zijn *host* te doden. Het virus probeert eigenlijk gewoon te overleven. Om kort door de bocht te gaan, het probeert besmettelijker te worden maar minder ziekmakend. Als leek durf ik dan concluderen dat mutatiedruk op zo'n virus geen slechte zaak is. Kunt u dat eens meer toelichten? Kunt u zeggen dat ik of een idioot ben of ergens een punt heb?

01.30 **Sam Brokken**: Mijnheer de voorzitter, mevrouw Depoorter, mijn verbintenis bij de RGU in Schotland is reeds meer dan een jaar geleden beëindigd. Mijn website is helemaal niet up-to-date. Daarom stond dat niet meer vermeld op mijn slides.

Dan kom ik aan uw vraag over die 6 en 6,5 % verschil tussen covid en influenza. Men zou daaruit kunnen concluderen dat ze niet zo ver uit mekaar liggen op het vlak van mortaliteit. Dit zijn echter overzichtsstudies die over een lange periode naar een hoop data kijken. Wij mogen niet vergeten dat dit voor covid een relatief kleine periode is. Wij zien steeds, ook in andere pandemieën, dat de *infection fatality rate* en de *case fatality rate* in de beginfase steeds bijzonder hoog liggen. Dat is omdat de noemer van de breuk op dat moment nog klein is omdat slechts weinig mensen getest geweest zijn en/of ziek zijn geworden. Maar op dit moment, en zeker in de beginfase van de crisis, lag dat vermoedelijk nog een pak hoger voor COVID-19. Dat was ook duidelijk: op dat moment was dat veel meer dodelijk dan griep

In antwoord op de vraag van de heer Creyelman over de mutatie en de mutatiedruk: een virus muteert normaal gezien *randomly*, met andere woorden, het gaat alle kanten uit. Het wordt in vele gevallen maar niet altijd – ik ben geen viroloog, maar dat is wat ik tot nu toe uit de literatuur onthouden heb – na een paar golven milder.

COVID-19, of beter SARS-CoV-2, vertoont bizarre dynamieken. Wij zien nu bij omikron dat de drie mutaties die beschreven zijn niet dicht bij elkaar liggen. Zij gaan verschillende richtingen uit. Het is zeer onvoorspelbaar wat er zal gebeuren.

Mijn bezorgdheid is de volgende. Als wij al een natuurlijke selectie hebben en uit de literatuur blijkt dat er ook nog een selectiedruk door de vaccinaties bijkomt, dat veel meer kansen creëert om opnieuw een gevaarlijker variant te krijgen. Dat is toch een bezorgdheid die ik uit. Maar het is aan de virologen, zoals de voorzitter zei. Dit is niet echt mijn winkel, maar dat is toch een bezorgdheid die ik merk. Ik meen dat daar ook van virologisch standpunt stringent naar gekeken moet worden en dat dit opgevolgd moet worden.

In verband met de preprintstudies heb ik daarstraks al aangehaald dat die in de beginfase vaak op een kleine populatie getest zijn. Het gaat om kleinere studies. U zult in mijn referenties zien dat ik daar relatief weinig gebruik van gemaakt heb. De meeste zijn allemaal gepeerreviewd, en het zijn overzichtstudies, meta-analyses, *systematic reviews*, en overzichten van verschillende grote studies.

Ik kreeg ook de vraag of het aangewezen is dat de huisarts of de eerstelijnszorg de keuze maakt voor een bepaald vaccin. Ik meen van wel. Een huisarts is daartoe zeer goed in staat. Hij kent de voorgeschiedenis van zijn patiënt. Wij weten bijvoorbeeld dat er bij AstraZeneca een verhoging van het aantal tromboses te zien was. Ik kan mij perfect voorstellen dat een huisarts op dat moment voor een ander vaccin kiest. Dat zal omgekeerd ook bij kinderen het geval zijn. Hij zal dan zeggen dat de kans op tromboses veel kleiner is bij kinderen, jongeren en jongvolwassenen. Daar is AstraZeneca misschien wel een mogelijkheid. Daarom zeg ik, net zoals professor Verhaeghe en de andere collega's die hier al zijn langsgekomen, dat er nood is om die eerstelijn te activeren. In de crisis hebben zij volgens mij maar een tweederangsrol toebedeeld gekregen.

We kunnen dat koppelen aan de vragen van de heer Creyelman en mevrouw Sneppe over ivermectine. Er zijn landen die dat offlabel toestaan. In het eerste jaar heb ik heel veel twijfels gehad over ivermectine omdat heel veel studies mekaar tegenspraken. In het tweede jaar zijn er veel meer

internationale cohortstudies gebeurd, zelfs met *randomized controlled trials*, die aantonen dat er een potentieel positief verschil kan worden gemaakt omdat ivermectine ervoor zorgt dat de replicatie van het virus wordt bemoeilijkt, wat natuurlijk de ernst van de ontwikkeling van de ziekte beperkt.

Om verder te gaan op het idee van mevrouw Sneppe, ik woon in India en zie al maanden hoe het hier functioneert. Dat wordt hier gewoon *over the counter* meegegeven en ze zien hier relatief weinig slachtoffers. Er zijn inderdaad staten, zoals Uttar Pradesh, waar eerste minister Modi vliegtuigen naartoe heeft gestuurd met ivermectine toen er daar aan de grens een ernstige toename van coronabesmettingen vanuit het buitenland, hospitalisaties en doden was. Ook daarvan is een studie gemaakt en ook daar bleek ivermectine heel efficiënt te zijn. In Japan heeft een tweetal weken geleden de voorzitter van de huisartsenvereniging zelf naar voren gebracht dat huisartsen opnieuw het recht krijgen om ivermectine voor te schrijven en dat ze dit zelfs als eerstelijn zullen toepassen.

Op de vraag over het EMA, ik begrijp zelf ook niet zo goed waarom er geen rolling review wordt gemaakt over alle nieuwe studies die verschijnen rond ivermectine, zoals we dat met de vaccins en met andere middelen wel hebben gedaan, onder andere rond die monoklonale antilichamen, waarbij wordt bekeken of het niet mogelijk is om dat ook te introduceren. Ik merk een tweedeling tussen het Westen en het Oosten. Ik heb hier vrij veel contacten, onder andere in Maleisië, en daar wordt ivermectine en andere offlabel medicatie heel frequent voorgeschreven en blijkt ze efficiënt te zijn. Waarom de Westerse landen daar niet in volgen, lijkt mij eerder een vraag die u moet beantwoorden. Ik denk dat daar eerder een Europese beslissing achter zit. Ik weet het niet en ik vind dat zelf heel opvallend.

Mevrouw Depoorter, ik denk dat er een miscommunicatie is geweest omtrent griep en de test post mortem. Misschien was ik niet duidelijk genoeg. Ik wou gewoon zeggen dat ik, in die periode van acht jaar waarin ik in de ouderenzorg actief was, twee grote golven van griep heb meegemaakt, die tot redelijk veel overlijdens hebben geleid, maar blijkbaar was dat niet zo uitzonderlijk. In de woonzorgcentra zag men dat wel meer, om de drie, vier jaar. Ik wou gewoon aantonen dat er toen nooit werd getest waardoor die mensen ziek werden. De huisarts kwam langs en stelde koorts vast, waarop hij een virale infectie vermoedde. Als het duidelijk was, was het een bacteriële infectie. Heel vaak was dat niet heel duidelijk. Mensen overleden maar dat werd niet echt opgeschreven. Ik heb de dossiers zelf zien passeren en daar werd 'natuurlijke dood' in vermeld. Er kwam zelden een andere doodsoorzaak voor. Ik kan mij dus voorstellen dat de influenzadata op wereldschaal in het verleden een onderschatting zijn geweest van het reële probleem dat wij hebben gekend, maar dat terzijde.

U had ook een vraag over de natuurlijke mucosale activiteit. De immunoglobuline A of IgA worden…

De **voorzitter**: Mijnheer Brokken, sorry maar ik moet u vragen om af te ronden. Eventueel kunt u nog aanvullende antwoorden schriftelijk versturen zodat er nog tijd is voor de vragen.

01.31 **Sam Brokken**: Dit is het laatste punt dat ik nog wou meegeven. Als ik dat nog mag afmaken, ben ik rond.

Wij zien in studies dat mensen die een natuurlijke infectie doormaken, het virus via de neus binnenkrijgen. Zij gaan via de luchtwegen de IgA opwekken en de mucosale immuniteit. Bij mensen die het vaccin via de arm krijgen, ziet men dat de waarde van de IgA ook toeneemt, maar dat zij niet altijd op dezelfde hoogte komt als bij een natuurlijke infectie. Bij hybride immuniteit – bij mensen die zowel geïnfecteerd als gevaccineerd zijn – zien wij dat de IgA ook optimaal werkt. Dat is natuurlijk niet onbelangrijk. Gelukkig doet men onderzoek om te bekijken of men de vaccins niet kan geven via nasale toegang, met andere woorden met druppeltjes in de neus om dat probleem dat wij nu nog hebben met de vaccins die niet 100 % de bovenste luchtwegen beschermen, te kunnen oplossen.

01.32 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer Brokken, ik heb nog een opmerking met betrekking tot uw wetenschappelijke relevantie. U gaf aan dat u al een tijd niet meer bij de Universiteit van Aberdeen tewerkgesteld bent of er een relatie mee heeft, maar ik zie hier een studie die u in mei 2020 hebt gepubliceerd waarin u verwijst naar de Robert Gordon University. Als u zegt dat uw website niet up-to-date is, zou ik dat er toch vlug afhalen, want dat komt u niet ten goede.

De **voorzitter**: De heer Verhaeghe heeft nu het woord.

01.33 **Paul Verhaeghe**: Eerst wil ik nog iets zeggen over het milder worden van het virus vanuit een evolutionair standpunt. De verwachting dat het virus voor ons minder bedreigend zal worden, is een illusie. Dat klopt niet. Als men van die redenering uitgaat, dat is eigenlijk een zeer antropocentrische visie, dan gaat men ervan uit dat het virus alleen ons als gastheer nodig heeft. Virussen zijn helemaal niet selectief. Zij gebruiken

elk levend organisme om zichzelf te kunnen voortplanten. Als ze het bij ons niet kunnen doen, zullen ze het elders doen. Het is juist dat virussen er alle belang bij hebben dat ze gastheren blijven vinden, maar dat hoeft niet dezelfde soort te zijn. Men moet dus opletten met de hoop dat de virussen straks de homo sapiens zullen ontzien. Dat is helemaal niet zeker.

Ik kom aan de leerachterstand bij kinderen. De leerstof, dus niet de psychosociale ontwikkeling van kinderen, van de basisschool kan op drie jaar tijd verworven worden. Dat betekent dat we heel veel tijd over hebben. Met die informatie moet wel heel voorzichtig omgegaan worden. Dit zou inhouden dat we de leerachterstand die we nu vaststellen bij kinderen vlotjes kunnen inhalen, er is immers toch tijd genoeg. Dat is een foute redenering. De leerachterstand die we nu vaststellen bij kinderen, zit bij de groep die sowieso al achterstand had, die sowieso al een stuk zwakker was en die nog veel meer achterop geraakt is. Het zal zeer moeilijk zijn om de achterstand bij die groep in te halen. De geruchten die ik daarover opvang uit het onderwijs zijn niet geruststellend. De uitspraak dat op drie jaar de leerstof van zes jaar kan worden gegeven, moet worden gekaderd binnen een normale onderwijs-situatie bij kinderen die min of meer aan dezelfde criteria beantwoorden. De kans dat kinderen die vrij stevig in hun schoenen staan die leerachterstand relatief snel zullen inhalen, is vrij groot. Voor die groep zullen we op dat vlak minder problemen hebben. We zullen wel problemen hebben met de psychosociale ontwikkeling. Daar zullen we zeker sporen van zien in de toekomst. Een kind mogen we niet alleen onderwijskundig bekijken. Dat is maar een onderdeel ervan.

Er werd gevraagd naar het recht van kinderen om zelf te beslissen over hun al dan niet vaccinatie. Waarschijnlijk bestaat daar een wettelijke mogelijkheid toe. Ik sluit aan bij mijn collega in de Rechten voor de vraag hoe dat proportioneel wordt georganiseerd. Ik vergelijk hiermee het hoederecht in het geval van een echtscheiding. Daar worden kinderen ook gehoord en zullen heel wat kinderrechters bereid zijn om datgene wat ze bij de kinderen horen te volgen. Statistisch gezien blijft het aantal kinderen dat gehoord moet worden, gelukkig uitzondering. Beeldt u zich even in dat wij overgaan tot vaccinatie bij kinderen waarbij elk kind gehoord moet worden door een deskundige, ten eerste, om in te schatten of dat kind in staat is om daarover autonoom te beslissen, en ten tweede, om effectief een beslissing te nemen. Praktisch gezien lijkt mij dat nauwelijks mogelijk. Het idee dat we veel autonomie aan kinderen geven, vind ik mooi, maar hoe dat georganiseerd moet worden, is een ander paar mouwen.

Ik denk dat ik daarmee de belangrijkste bijkomende vragen beantwoord heb.

De **voorzitter**: Bedankt, professor Verhaeghe.

Vraagt iemand nog het woord? (*Nee*)

Ik bedank de sprekers voor hun presentaties en antwoorden. De leden dank ik voor hun kritische vragen.

Collega's, ik deel u mee dat we straks de hoorzitting starten met mevrouw Larson omdat zij slechts tot 15.30 uur aanwezig kan zijn.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 13.40 uur.
La réunion publique de commission est levée à 13 h 40 heures.

COMMISSION DE LA SANTE ET DE L'ÉGALITE DES CHANCES

du

VENDREDI 4 FEVRIER 2022

Après-midi

_____

COMMISSIE VOOR GEZONDHEID EN GELIJKE KANSEN

van

VRIJDAG 4 FEBRUARI 2022

Namiddag

_____

La réunion publique de commission est ouverte à 14 h 08 et présidée par M. Thierry Warmoes.
De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.08 uur en voorgezeten door de heer Thierry Warmoes.

La vaccination obligatoire. Audition de:
- Mme Eva Brems et M. Laurens Lavrysen (Institut fédéral pour les droits de l'Homme);
- Mme Heidi Larson (London School of Hygiene & Tropical Medicine);
- M. Wouter Arrazola de Oñate (*Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding*);
- M. Pierre Smeesters (Hôpital Universitaire des Enfants Reine Fabiola);
- MM. Fabrice Péters et Jean Nève (Conseil supérieur de la Santé).
De vaccinatieplicht. Hoorzitting met:
- mevrouw Eva Brems en de heer Laurens Lavrysen (Federaal Instituut voor de Rechten van de Mens);
- mevrouw Heidi Larson (London School of Hygiene & Tropical Medicine);
- de heer Wouter Arrazola de Oñate (Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding);
- de heer Pierre Smeesters (Universitair Kinderziekenhuis Koningin Fabiola);
- de heren Fabrice Péters en Jean Nève (Hoge Gezondheidsraad).

The **president:** Hello, Mrs Larson. Thank you for accepting our invitation. Normally, you can put on the powerpoint. They just gave you the rights to do so.

We are going to wait five minutes because we only stopped 15 minutes ago, so I am still waiting for some people; but we will not wait too long, since you have to leave us at 15:30. Is that right? So we will first listen to your presentation, ask you questions and let you answer, before listening to the other speakers.

Chers collègues, jevous propose de commencer cette séance d'après-midi, la dernière dans nos quatre jours d'auditions sur l'obligation vaccinale. D'autres suivront.

Je rappelle aux absents ce matin la suggestion de Mme Depoorter. Si vous souhaitez inviter des personnes concernant l'aspect de la protection des données, suite aux suggestions du Pr. Verdussen, vos demandes peuvent encore être transmises au secrétariat; il en est de même pour ce qui concerne les partenaires sociaux.

Je ne vais pas perdre de temps, puisque Mme Heidi Larson a d'autres obligations et doit nous quitter à 15 h 30. Nous avons donc décidé de la faire passer avant les autres orateurs et d'alors prendre directement les questions qui lui sont adressées. Il y aura deux minutes par intervenant pour poser les questions, pour qu'elle ait encore le temps de répondre, bien entendu.

Les autres orateurs passeront après. Je pense qu'ils en ont été avisés. Je les remercie d'avoir accepté cette manière de faire.

Heidi Larson: I am Heidi Larson, I am a professor of anthropology. I'm not a clinician but I have worked very closely with the clinical epidemiological community. I am based at the London School of Hygiene and Tropical Medicine but also here in Belgium with the University of Antwerp and KU Leuven. The University of Antwerp is our Europe regional base for the Vaccine Confidence Project.

I founded the Vaccine Confidence Project 12 years ago as I saw a growing wave of questioning and anxiety, concerns, refusals in the public globally. As seen in my previous role leading UNICEF's global immunisation strategy, this is a global phenomenon not uniquely owned by any country. In 2015, when we started and launched the

Confidence Project, the idea was to get some metrics around people's issues, confidence, and concerns around vaccines. Why was this happening? Where was it happening? How is it changing over time and place? This is just to give you some context for where I am coming from, for my few comments this afternoon.

We developed a Vaccine Confidence Index. It has four domains: perceptions of the importance of vaccines, perceptions of their safety, their effectiveness and their compatibility with religious beliefs. Overall, the world is generally valuing the importance of vaccines, but when it came to concerns about safety – and advocacy the numbers dropped and that depended on where you lived – in general, the biggest lever of acceptance of vaccines is perceptions of their importance. If you don't think they are important, you are not going to care about the safety and advocacy because you don't think that they are important. So that is a baseline.

On the left you see Europe. And coming from the US – I've lived in Europe for almost 13 years now - I had thought the US would be more red than it was. It's undoubtedly changed since Covid. But there was quite a bit of scepticism across Europe, with France being the most sceptical in the world with over 40 % of the population not agreeing with the statement "vaccines are safe".

Three years later, in 2018, we published a study "Mapping Global Trends". What I think is particularly important and something to remember, particularly in a context of mandates, is that people's willingness to take vaccines, their confidence is highly volatile and in the context of Covid has become even more volatile. Do not think a study you did two years ago will be relevant today. You may see certain communities that tend to be more sceptical, but in general we've seen an absolute growing volatility of people's changing opinions about vaccines – specific ones and vaccines more generally.

As you can see, in 2018 things got a bit better, but what was very concerning to me, is the kind of "diaspora" of negative French-language media. As you can see, Africa in 2015 is largely blue, which is more positive sentiments (and red is the most negative). You can see that francophone Africa has become more sceptical in those three years and even Canada (largely from Quebec); that got a little bit better but we did see a pocket in Quebec, this is subnational. My big concern was the diaspora of negative scepticism in true French-language media.

Shifting to the theme of the session which is about mandates, the importance of them, the usefulness of them, the value, I think it's very much depending on the timing, the perceived need and how time-limited they are. There is a big difference between introducing a mandate for school-age children needing a vaccine to go to school, as the mandates that were introduced in 2018-2019 just after the major measles outbreaks; both Italy and France increased the number of required vaccines to go to school. That's a very different kind of mandate: to participate in school you need a vaccine, than the kind of mandate we are talking about in the context of Covid, which is more population-wide.

Given the fact that this is in the context of an emergency, an extended and extenuated emergency, this is different. To do a mandate in the context of Covid is not sustainable. It is, I think, in certain times, certain peaks of emergencies, where you can get cooperation, or at least enough cooperation with the public.

There is a lot of debates about vaccines, as you all know well. I understand this is the last of four sessions, so you have heard various perspectives. The reality is: as much as there are protests, as much as there is resistance, as much as people sometimes quit their jobs, if they have to face a mandate, at the end of the day that mandate does work if you only look at the number of vaccines being given.

This was related to some vaccine mandates in Germany, Canada, France and Italy. The line here is when the mandate was introduced; the vaccine uptake did go up as you can see. It did taper over time. That is one of the things I want to talk about.

The trend in the protests and the resistance to mandates – and not just vaccine mandates – is that the whole freedom mantra has really taken over. These protests are embedded in a broader rhetoric which is a big concern moving forward to vaccines. The critics of vaccines have moved away from some of the specifics. I mean there are some specifics, but it makes it a much more untouchable restriction. You can't argue with someone for wanting their freedom. The question is: freedom for whom. That is always going to be an issue.

We've done a number of studies. I have a number of colleagues who have been examining this issue to try to get some specific evidence. There is a very good recent study by German colleagues with whom I work closely in France. I encourage people to have a look at it.

In "The French health pass holds lessons for mandatory Covid-19 vaccination" the conclusion basically was that – it is about the past - it

encourages vaccination with those who were hesitant or reluctant. But is has not reduced hesitancy itself. So, at the end of the day, particularly in the context of Covid, when it affects where you can go and what you can do, sometimes people will take it, just because they are much more motivated to go to the café, a concert or whatever gathering. It makes them more resistant moving forward, because it hasn't changed their opinion. They are doing it for very practical, immediate reasons.

In 2021 I also did, with my team in the UK, a large scale survey with over 17.000 adults. We found out that there is a spectrum of beliefs and willingness towards vaccines. Some people are pro and they will take it without questioning. There are fewer and fewer of those, but they are more likely to take it, however some may have a little questions. And then there is a group that is resistant.

In the middle and that is the largest group within the spectrum, are the hesitants. Half of them are the hesitants leaning to yes, on the other hand are the hesitants leaning to no. Our UK study, but the results are consistent with our studies in different other parts of the world, shows that if you put a mandate on a group of people, the mandate will push and nudge the ones who are pro vaccine or leaning towards willing to take it, to take the vaccine.

In the group in the hesitancy spectrum that is less willing and more hesitant and leaning to not take a vaccine, a mandate will harden their views. They will say: I was thinking about it, I was a little bit open. But now you put a mandate on, I will absolutely not take the vaccine. It then becomes more an issue of resistance towards the mandate than towards the vaccine itself.

What is concerning, is that some of these groups are in communities or groups that have a longer-term issue with vaccine acceptance. The concern with the mandate is that we harden views, that, coming out of Covid-19, we are going to have a challenge for vaccine confidence and acceptance more broadly.

If there is one point that I have, it is that we absolutely need to take a long-term view on the implications of any mandate, not just how we are going to get more people vaccinated with Covid vaccine to get us to the other side. What we do now, is going to have significant implications of where we land on the other side, in terms of the trust relationship with the public and how it has a knock-on effect on vaccine acceptance more broadly, on flu or childhood vaccines or any vaccine in that spectrum.

Covid-19 is about everybody. To us in the vaccine world, the challenge is that we have seen an explosive increase in criticism, anxiety and questioning of vaccines. The discussion around vaccines has gone into circles, communities and age groups that barely talked about vaccines before Covid-19. So, it has brought some positiveness and more appreciation of the value of vaccines on the one hand. On the other hand we have bigger challenges ahead in terms of critique.

As was mentioned in the same study, you see that where the health pass is announcing going up, even though people were taking more vaccines, there was resentment and anger. They did it, but it changed their mood about it. They get the vaccine but it is not without a mood swing. That does not go away easily.

They did an excellent disaggregation of the vaccine hesitancy field into categories, complacency, confidence and convenience. I was on the WHO SAGE working group on vaccine hesitancy in 2011-2013. We had been asked to characterize vaccine hesitancy and we found that there are three key domains of hesitancy. There is complacency, where people don't feel like they need it. That is common in the flu vaccine. The other two are confidence or trust and convenience.

In the context of Covid complacency, a mandate can actually be effective in getting the complacent ones, but the concern is that sometimes it has a limited effect in some of the communities that we want to reach. Confidence for the unconvinced can make them maybe more opposed. The domain I am particularly concerned about is the knock-on effect on public trust. Convenience is an absolutely important thing.

A second message, aside from the longer-term impacts, is that mandates cannot be seen as something that is going to fix it on its own. It absolutely needs to be embedded in a lot of other interventions. I have to say that there is some fantastic local work that I became aware of in Belgium, in local communities, trying to bring vaccines with mobile vans closer to people.

What is most important right now, in my opinion, is building on where there have been local successful efforts and work harder on that, because that is going to be incredibly valuable. That will be capital for confidence moving forward about vaccins more broadly.

We've tried to investigate this question from the trust perspective. How can we get numbers around it? How much does it matter? In a 2021 study, I did

an analysis with a colleague, this is a global study in 32 countries, we had about 33.000 participants in these surveys, where we asked a number of different questions about the willingness to take a Covid vaccine along with vaccines more broadly.

When we did the analysis against a classic demographic breakdown in sex, age, gender, employment status, income, health, stress level and government handling of vaccines, we found of all the correlations the thing that really affected willingness the most, was the perception of how well or not the government was handling the restrictions, the policies and the relationship with the public. It is not a subtle difference. It is quite significant. This makes the point on how much the public's perception is of how they are being treated by a government, how they are being respected. A mandate by implication is top-down. For those who feel undervalued, who feel their dignity is at stake, that becomes a challenge. On the other hand, they can be effective and can work in increasing vaccination uptake, but the problem is how they are couched, what else goes with that, how they are delivered.

Another multi-country study by some colleagues in Australia. Katie Attwell has done important work on values of vaccines before Covid. Australia went through a lot of decisions around vaccine mandates themselves. Katie Attwell emphasizes the importance of embedding values of vaccines in other efforts to build public trust. Otherwise they risk being repealed and actually causing harm rather than help.

Today my colleague Pierre Van Damme, other colleagues of the Vaccine Confidence Project at the University of Antwerp and I published a commentary on a new challenge for addressing vaccine hesitancy in Europe. We came very much to the same conclusion through our own specific research as well as our regularly reviews of what our colleagues globally are studying and finding. The use of top-down approaches has done little when it comes to the specific concerns raised by specific communities. If there were a decision to do a mandate, it would be really important that it is not without a lot of local support, people being ready in the communities that we know are more hesitant, or in the areas which we know that are there to help people along with it to make sure the access is there. It can also cause even more frustration if there is a mandate and people weren't getting the vaccine because they just had a challenging time getting it. There needs to be support to make that easier, more possible, more acceptable, especially if there is a mandate. It goes hand in hand with other interventions, highly locally targeted.

Now I get to the last slide. Since the 2015 study, we have been doing a biannual monitoring of vaccine confidence across Europe in collaboration with the European Commission. Every other year we look back at changes in vaccine confidence. The good news is that a number of countries in Europe have increased vaccine confidence. You can see that Belgium, between 2018 and 2020, had a really important and remarkable increase in confidence around vaccines. That is something to cherish and to build on. You want to preserve and build on that. If there are any mandates, the question is how they are delivered, how they are couched and how they respect individuals and keep that trust, because it is all going in the right direction and we just want to make sure it keeps going that way.

We are about to roll out a study for 2022, so we will see the specific impact of Covid on broader confidence. We hope to have the headlines of that study by April. However, one of the things we did see in early 2020 – before there was a Covid vaccine – was a 17 % increase in public perceptions of the importance and willingness to take the flu vaccine. So, people do value vaccines. They wanted to get a vaccine and at the time only flu vaccines were the most relevant for respiratory illnesses and people wanted it. We have a good base to work with and we just need to keep that positive spirit, although it is not an easy question. I am happy to answer any questions to the extent I can.

Barbara Creemers (Ecolo-Groen): Dokter Larson, ik heb een vraag over de grafiek waarbij u zei dat u in een aantal landen kunt aantonen dat verplichte vaccinatie effect heeft. Ik zie dicht bij huis dan vooral Frankrijk en Italië.

Ik las onlangs een interessante studie waarin het effect van het Covid Safe Ticket in die twee landen werd onderzocht. Als ik dat extrapoleer naar Belgische gegevens, dan zouden wij dat niet per definitie kunnen, omdat de vaccinatiegraad op het moment van de invoering van de verplichting reeds heel hoog is. Hebt u daarover meer informatie? Zou dat een verschil maken? Als de vaccinatiegraad heel hoog is op het moment dat men een verplichting invoert, heeft die verplichting dan nog veel effect?

Mijn tweede vraag gaat over het communicatieve aspect. U zei in een interview dat het hallucinant is dat wij niet focussen op serieuze investeringen aan de communicatieve kant van de interventie, om meer vertrouwen op te bouwen. Ik vind dat heel interessant, met betrekking tot onze communicatie over de vaccins. Hebt u voorbeelden van landen waar die communicatie goed werd aangepakt om

het vertrouwen in de vaccins te verhogen? Hebt u weet van landen die dat intussen hebben bijgestuurd? Investeren in goede communicatie is immers heel belangrijk. Kunnen wij nu nog bijsturen? Hebt u goede voorbeelden voor ons?

Hervé Rigot (PS): Madame Larson, merci pour votre présence et votre témoignage, qui permet d'étayer le débat important.

L'enjeu futur est certainement la confiance dans la vaccination. Vous avez montré que les mesures actuelles, comme le CST, ont provoqué une augmentation de la vaccination mais cela ne change pas la donne sur l'avis des personnes qui étaient opposées à la vaccination. Ils l'ont fait aujourd'hui pour certaines raisons mais ce n'est pas pour autant qu'ils ont davantage confiance dans le vaccin.

Selon vous, est-ce qu'il y a des alternatives à cette obligation vaccinale ou des mesures que nous pourrions prendre aujourd'hui pour renforcer la confiance des citoyens dans ce vaccin qui apparaît toujours pour certaines comme quelque chose qui génère un doute, une peur, une crainte et qu'on n'a plus ce phénomène par exemple dans d'autres vaccinations en Belgique, comme un vaccin obligatoire qui est la polio? Pourquoi y a-t-il une différence entre la polio aujourd'hui, où personne ne remet en cause ce vaccin obligatoire? Ici, par contre, chacun veut avoir sa liberté de choisir. Qu'est-ce qu'on pourrait faire pour créer un incitant, peut-être pas un bâton comme on est en train de le faire par moments et qui donne le sentiment au citoyen qu'on lui impose un choix? Mais peut-être, comme le disait Marius Gilbert la semaine dernière, il a parlé du choix vaccinal obligatoire, c'est-à-dire pour les personnes qui, jusque-là, ne seraient pas d'accord de se faire vacciner, de leur laisser l'opportunité d'aller rencontrer une personne de confiance, un médecin traitant ou une consultation gratuite, qui pourrait à ce moment-là recréer du lien et donner alors l'envie positive à la personne de se faire vacciner.

Croyez-vous dans cette option du choix vaccinal obligatoire?

Pensez-vous que les personnes qui ont refusé la vaccination jusqu'ici pourraient renter dans un processus, changer leur opinion, si on leur offrait de nouveau des outils de confiance et de lien ? Vous l'avez évoqué, aujourd'hui, la rupture, c'est aussi dans l'esprit de certains, la mauvaise gestion du gouvernement, les processus qui sont trop compliqués. Et ce qu'il faut, c'est une confiance avec le terrain, avec la facilité d'accès au vaccin et avec les gens.

On est aussi dans un contexte de ras-le-bol, d'épuisement, etc. Qu'est-ce qui peut changer finalement ici entre d'autres obligations vaccinales, entre d'autres vaccins? La confiance dans les vaccins augmente avec le temps – en Belgique aussi – que ce soit le vaccin contre la varicelle ou le tétanos. On n'hésite pas à se faire vacciner aujourd'hui. Qu'est-ce qu'on doit changer, nous, en tant que politiques, pour donner cette envie, cette conscience et cette croyance dans le vaccin? Est-ce qu'on peut agir sur des leviers et comment peuvent-ils être mis en œuvre?

Voilà *grosso modo* les questions que j'ai à vous poser. Je sais qu'on est dans un débat complexe, dans un débat de liberté et de rupture de confiance par moments, d'enjeux entre l'état sanitaire et la confiance et la liberté. J'espère que vous pourrez nous éclairer sur des bonnes pratiques, qu'on n'a peut-être pas encore exploitées chez nous mais qu'on peut exploiter et qui nous permettront d'atteindre un résultat qui est l'immunité la plus grande possible.

Dominiek Sneppe (VB): Mijnheer de voorzitter, ik weet niet of het gevraagd is, maar ik heb niets gehoord over één of ander belangenconflict. Ik ben er wel van overtuigd dat in dat geval mevrouw Jiroflée er wel attent op zou maken dat mevrouw Larson de echtgenote is van Peter Piot, die banden heeft met Bill en Melinda Gates, die op hun beurt weer grote sponsors zijn van Pfizer. Ik weet niet of dat een belangenconflict is maar had hier toch wel graag wat meer uitleg over gehad.

U zegt dat er een studie is gewijd aan hoe de vaccintwijfel in Europa kan worden aangepakt. In België is momenteel enkel het vaccin tegen polio verplicht, maar ondanks die verplichting bereiken we geen vaccinatiegraad van 100%. Als we het covidvaccin gaan verplichten, zullen we allicht ook geen vaccinatiegraad van 100% bereiken. Als we een kosten-batenanalyse maken, merken we dat het vooral de oudere bevolking is die baat heeft bij de vaccinatie. Van de 65-plussers is in België 92% tot 94% gevaccineerd en geboost. Zelfs bij de personen tussen de 45 en 54 jaar zitten we aan meer dan 90% geboosten. Ik stel me dan ook de vraag waar we precies mee bezig zijn. Is het dan echt nodig dat we de volledige bevolking vaccineren en dat we herhalingsprikken blijven toedienen? Het zal namelijk waarschijnlijk niet bij een derde prik blijven. Hoe ziet de kosten-batenanalyse er precies uit als we de volledige volwassen bevolking een verplichte vaccinatie opleggen? Het zijn immers vooral de ouderen die er baat bij hebben, en we stellen vast dat die mensen zich ook daadwerkelijk hebben laten vaccineren, ook tegen griep. Wat zou volgens u de meerwaarde zijn van een verplichting?

Als er zou worden beslist om over te gaan tot verplichte vaccinatie, hoe moeten we dat dan zien? Zal het een jaarlijkse booster betreffen? Hoe zou de instroom eruitzien van personen die momenteel nog geen enkele prik hebben gekregen? Moeten die de drie eerste prikken krijgen of mogen zij meteen de vierde krijgen? Moeten we niet wachten op de nasale vaccins in plaats van een vaccin te verplichten dat de besmetting niet tegengaat? Die nasale vaccins zitten nu toch al in een stroomversnelling. We zagen in een studie in *The New York Times* dat die effectiever zouden zijn tegen transmissie dan de vaccins die we nu kennen.

Daniel Bacquelaine (MR): Monsieur le président, je remercie Mme Larson pour cette intéressante communication.

Je n'ai pas vraiment de question particulière. Simplement, je me demande dans quelle mesure nous ne devrions pas viser une éducation vaccinale plus globale dans la population. Je me dis souvent que, par exemple dans les humanités scolaires, et chez les plus jeunes, un cours d'éducation aux grands progrès de la santé publique et notamment des effets de la vaccination sur la santé publique, l'histoire de la vaccination - ne fût-ce que cela - permettrait peut-être aux plus jeunes de convaincre leurs parents, parfois. Voilà, c'est une suggestion.

Je pense que globalement, dans la communication et dans l'éducation à la vaccination, il reste sans doute un progrès plus général à faire pour atteindre un indice de conviction un peu plus important et vaincre une hésitation qui est bien compréhensible, puisque chaque personne n'est pas toujours en mesure de disposer de tous les éléments d'appréciation par rapport à la vaccination. Des campagnes plus fortes sur l'intérêt en matière de santé publique de la vaccination me sembleraient intéressantes, à la fois sur le plan scolaire et sur le plan médiatique, au niveau des organes audiovisuels, par exemple.

Sofie Merckx (PVDA-PTB): Mevrouw Larson, u benadrukte dat we een langetermijnvisie moeten hebben. U zei dat met zo'n vaccinatieplicht er op korte termijn inderdaad een verhoging van de vaccinatiegraad kan komen, maar dat op langere termijn het vertrouwen in de basisvaccinatie (de andere vaccins) kan verminderen. Maar er was in uw betoog ook sprake van andere schadelijke effecten op de publieke gezondheid. Kunt u dat concreter maken, hebt u daar voorbeelden van, buiten dus de genoemde vermindering van het vertrouwen in de basisvaccinaties, waardoor epidemies weer zouden kunnen voorkomen?

Wat zou u de Belgische beleidsmakers aanraden? U hebt veel twijfels uitgedrukt en voor- en nadelen aangehaald van verplichte vaccinatie, maar denkt u dat dit vandaag een goede beslissing zou zijn of niet? Hetzelfde over de fameuze vaccinatiepas.

Welke aanpak raadt u aan om op lange termijn de pandemie te lijf te gaan, om te vaccineren en tegelijk het vertrouwen in de wetenschap en de vaccins te stimuleren? Hebt u op basis van uw grote internationale kennis eventueel voorbeelden van landen waar er een hoge vaccinatiegraad is en een hoog vertrouwen? Wat zijn de ingrediënten daarvoor? Hoe situeert u België op dat vlak? Een van de ideeën daarvoor is een sterk uitgebouwde eerstelijnszorg waar de mensen vertrouwen in hebben. U wees erop dat België al die vaccinatiecentra uit de grond heeft moeten stampen omdat die structuren nog niet bestonden. Kent u op dat punt goede voorbeelden uit het buitenland?

Robby De Caluwé (Open Vld): Mevrouw Larson, u hebt eerder al gezegd dat wetenschappelijke feiten niet volstaan om mensen te overtuigen om zich te laten vaccineren. Vaccinscepticisme is volgens u voor vele mensen een emotionele kwestie. Daarom moeten we ons, zo zegt u, richten tot het hart van de mensen. U hebt ook al gezegd dat grote publiekscampagnes in deze fase geen nut meer hebben.

Tijdens de hoorzittingen maar ook door een aantal andere mensen in België is ooit al het voorstel geopperd om de opkomstplicht in te voeren. Heel concreet is daarbij iemand niet verplicht zich te laten vaccineren, maar na een uitnodiging tot vaccinatie is hij of zij wel verplicht naar het vaccinatiecentrum te gaan en daar een gesprek te voeren met iemand. Hoe staat u tegenover dat idee? Past dat ook in uw pleidooi om u te richten tot het hart van de mensen? Wie zou volgens u dan een dergelijk gesprek moeten voeren? Is dat een huisarts of een verpleegkundige of zou het om een ander profiel moeten gaan?

Een tweede punt waarover ik graag uw mening wil weten, zijn de sociale media die vandaag een heel belangrijke rol spelen voor mensen die wantrouwen hebben in de vaccinaties. Zij ondergraven ook het nut van het CST en het geloof in de overheid. Sociale media spelen daarin een heel belangrijke rol. Kan de overheid daar iets tegenover zetten? Zijn er zaken die de overheid kan doen ten aanzien van de sociale media?

Melissa Depraetere (Vooruit): Dr. Larson, if vaccine mandates tend to adversely affect vaccine confidence and if a low level of trust in the

government also adversely affects vaccine confidence, there appears to be some sort of impasse. The lower the vaccination rate, the more damage the virus will cause, and the more difficult it becomes for governments to tackle the health crisis. Also, the more difficult a healthcare situation gets, the more fake news tends to spread and the more vaccines get cast in doubt. How do we resolve this situation and what measures do you think are the most important to be increased in order to safeguard vaccine confidence?

Le **président**: Vu les problèmes rencontrés par Mme Larson, et comme je viens de le dire, je propose aux membres qui le souhaitent, de poser leurs questions en anglais, de manière très concise.

Barbara Creemers (Ecolo-Groen): I have two questions.

Although the graphics on the mandatory vaccination and CST for France and Italy are very interesting, we cannot apply those on the Belgian situation as a lot of people were already vaccinated when the CST was introduced. Do you know whether the time of introduction and the numbers of vaccinated people in the country have something to do with the effect of mandatory vaccination? Can we convince a lot of people, with already more than 90 percent of the people that are vaccinated?

I read in an interview that you were a little bit angry about not investing in communication strategies to increase confidence in vaccines. Can you give us some examples of countries that did better than we did? Are there strategies we can use to do better from now on? How do we have to communicate about the vaccines to increase confidence in them in Belgium?

Hervé Rigot (PS): Mrs. Larson, I have a very simple first question.
We know that by using sanctions we could force people to get vaccinated, but that is not the way we want to achieve our goal. What positive option, positive actions are there other than forced vaccination so that everyone gets vaccinated?

Secondly, why do people have a more positive attitude towards the polio vaccine than towards the Covid vaccine? Can we find in that situation some opportunity to convince everyone to have the vaccine?

Finally, the CST is not really a good means because it forces indirectly people to take vaccination. What can we do to have general vaccination without the CST, which is not a good way to convince everyone, as the CST makes a lot of people believe that the political world absolutely wants to force them to have the vaccine?

Even if we have a mandatory vaccination for Covid we won't reach a 100 % vaccination rate. So what is there to win with a mandatory vaccination, the more over 90% of the elderly people, who are the most vulnerable and need the vaccine, have received the booster vaccine.

If we opt for mandatory vaccination, should we wait for nasal vaccination? Nasal vaccination has proved to be more efficient than the ones we have known so far, in terms of transmission.

You mentioned that you are Peter Piot's wife. Is that because it could be perceived as a conflict of interest?

Sofie Merckx (PVDA-PTB): You mentioned possible long-term harm to public health in case of mandatory vaccination. You spoke concretely about loss of confidence in basic vaccinations, like the one against measles. But are there other sides… Can you concretise the other sides, long-term harms to public health? Concretely, what would you mean with this?

Also, concretely, you made a lot of arguments to make us hesitate, I think, about mandatory vaccination. But what would you suggest the Belgian government should do, concretely? Because that is the question we have to answer.

Is it possible to have a successful governance of the pandemic with vaccination and other measures, but with neither mandatory vaccination nor a vaccination pass? Do you have an international perspective of countries, other than Belgium? How do you situate Belgium in this international context of a good public health system and a successful vaccination campaign?

For example, in Belgium, we had to create all these vaccination centres, because they didn't exist. We did not have this network of primary health care close to the population and endowed with a lot of trust. Do you think it is important to have this first line, first contact, primary health care close to the population?

How do you think Belgium is situated in this international comparison? Is it an ingredient for success? Can you give… For example, Portugal was very successful with regard to vaccination. I don't know if they also have strong primary health care or not. Maybe you could give us some international perspective.

Robby De Caluwé (Open Vld): Ms. Larson, some

speakers in our hearings suggested to introduce compulsory attendance. This means vaccination is not compulsory, but people are compelled to go to a vaccination centre and have a discussion about the advantages of vaccination. What do you think about that idea? Do you think that approach would work and who would be the best person to have such a conversation with?

Social media are a very important source of information for people, but they often undermine confidence in vaccination, question the purpose of the CST and create more distrust in government and so on. Do you think that government can act against this? How could governments make better use of social media than they do today?

Le **président**: Madame Fonck, je vous rends la parole pour une synthèse de vos questions.

Catherine Fonck (cdH): Mrs Larson, I have no other question, but I can clarify. I had the same question as Ms Barbara Creemers about the variation of the positive effect on the vaccination rate (or not) and if so, to what extent, according to the vaccination rate at the time of the decision of mandatory vaccination.

Heidi Larson: In terms of conficts of interest, both my husband and I have minds of our own. While we do discuss things, I have been working in this field for more than twenty years. So I don't see any conflict there. There are things we agree on and things we don't agree on, like many couples.

I believe you also mentioned sponsorships and the Bill & Melinda Gates Foundation. My research group does get funding from the pharmaceutical sector but also from the public sector, but we absolutely do not allow any kind of product promotions, nor do we use names. Basically, it's only related to issues around public acceptance and willingness. We are not beholden to any industry. I wanted to clarify that.

Mrs. Creemers raised an important point when she mentioned the 90%, because actually, the graphic from *The Economist* that I showed you depicted a low uptake. One of the key questions there is if it is at this point that a mandate is needed. There is indeed an increase in uptake but we do need to take the success of vaccination we already see now population wide, into consideration. What I showed you, was when vaccination was in a low stage and then it does boost.

I heard a lot of questions about the polio vaccine, also outside of this forum. A lot of people don't seem to have a problem with the polio mandate, so what is the issue with Covid? The issue with Covid is that it's new. It's changing every day, the evidence is evolving, the vaccines are brand-new, quicker available than any vaccines in the history of vaccines. There is a lot of hyper-uncertainty, a lot of changes. To appreciate that, polio has been with us since the edgings on the wall in ancient Egypt. People understand polio, they have been through it, even contemporary people. It's the only current eradication effort in the world and we are very close, but we are still not there yet. I think it's very familiar. And one thing we've learnt a lot about in risk science, is the difference between familiarity and voluntariness versus unfamiliarity and coercion. These are key issues. The more things can be voluntary, the more they can be familiar, the more likely you'll get cooperation. I think the biggest difference is the nature of Covid and the uncertainty and the newness of both the virus and the vaccines.

I think one theme that came across pretty much in everybody's questions is: what's the alternative. How can trust be built, how can we mitigate the risk of knocking down public trust moving forward? I think at this stage, given how well Belgium has done (I know there are still pockets), it's really to do more of what you are already doing in a very focused way, looking at where the issues are – is it a convenience issue (access issue), is it confidence, is it complacency – I just don't need it, why do kids have to have it as older people are more vulnerable – and to try to get around those issues. The more that effort is made, the more the outreach can be relevant to the questions of the public. Public health authorities by nature are putting out information that they think is important for the public, and there is nothing wrong with that, for a while. That will get you 60, 70 or maybe 80 %. But many other questions are not being responded to. I had a lot of dialogues with social media platforms, Twitter, Facebook… They refer to the WHO, CDC, the Belgian Health Authority. But people come to me and say that they've been there but they haven't found there what they need. And that's the reason why they keep going down the rabbit hole.

With a number of colleagues in Belgium I am working on a chatbot approach, which is trying to make things more relevant. Online communication is important, but you have to go to the localities. The best example I've seen is hyperlocal engagement, such as in barber shops in the black communities in the US, where I saw the highest increase in vaccine willingness ever. There was a concerted effort by black doctors who went to their communities. They put a huge amount of effort in what was called The Black Coalition against Covid. They hung out with people, they talked to them, at the hairdressers and barber shops, in certain

cafés… They went where the people were, where the questions were.

In another setting it was grandmothers. In East-London Bangladeshi restaurant owners were involved. The Bangladeshi community had some of the worst mortality rates and the lowest vaccine uptake. The restaurant owners were getting a vaccine and taking selfies, saying: help get our business back and our community back. In cities where people live in small places extended families gather in restaurants. So they have a very important social function. For them getting a vaccine is about getting the economy back on track, about bringing people together again. It's about ethnic identity and it's about surviving.

There are different ways to do it. Now is also a good time for creativity, for not just thinking about Covid because people have so many other concerns. They are worn thin, exhausted, on edge. We have to think about any effort we do about how one's doing, what else does that person need right now. People need to feel you care about them and not just about jabs in arms. They are so sick of hearing about jabs in arms or vaccines or shots. We know how important it is. In the case of polio, when we were at the last mile, one of the biggest things we learnt globally was that we have to listen to the felt needs of the communities. When they feel like you actually care about their survival as a community, they will take the vaccine. If all you are doing, is keep coming to them for their polio vaccine when their kids are dying of dirty water or their network is not getting other basic needs fulfilled, it won't happen. Just the gesture of community listening, to the neighbourhood, it sends the signal that this is not just about the government trying to surveillance, to impose things. We want to get to the other side of this together. It is not perfect, but there is no way we are getting 100%. I believe in dreams. I would not spend this much time in this field if I did not kept some hope, but we can get a lot more people and keep them engaged and keep the trust capital going and building on it. It is a huge opportunity.

Covid will be remembered. People will be referring to life before Covid and after Covid. One thing they are going to remember about Covid is if people came to their community and asked how they were doing. That makes me feel good about my local government, municipality and others. That is the best we can do. It sounds fluffy, but it is very tangible. It is very real. I would be more than happy to sit with anyone and go through some of the case studies that we identified.

On the social media front, in my mind Finland has quite a good resilience initiative going. That initiative, which is about critical thinking, starts in the schools. It really is a fascinating approach. We have also done a 30-year analysis on Finland. They have absolutely been the most stable in confident vaccine support. There is a relationship between both.

Portugal brought the military in, but this was okay, because there is a strong trust relationship with the government. When you have that capital, you can go far. Something else will come down the pipeline. We may have a couple things happening at the same time, e.g. a natural disaster like a pandemic and a flood. We need cooperation. The biggest gap in Covid preparedness has been societal preparedness. The tones of European Commission reports I have been paying attention to over the last few years before Covid, were supply chain, human resources, business resilience, but I could not find anything that looked at societal preparedness. I think we have a lot of work to do there. The focus of my work and my group moving forward is on that. I am really sorry that I have to open another meeting, because this is a topic I care about a lot. I am happy to continue the conversation where it's helpful.

Le **président**: Un membre a-t-il l'impression qu'on a oublié une de ses questions?

Collega's, is mevrouw Larson een vraag vergeten? Op het eerste zicht niet.

Mrs. Larson, it seems you have answered all questions. Thank you very much. Can you send your presentation to the secretary please?

Heidi Larson: I will do that. Thank you.

De **voorzitter**: Ik moet op tijd naar een vergadering en ik heb aan mevrouw Depoorter gevraagd om mij te vervangen.

We beginnen nu met mevrouw Eva Brems en de heer Laurens Lavrysen van het Federaal Instituut voor de Rechten van de Mens. Daarna volgen de heer Wouter Arrazola de Oñate van de Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding, de heer Pierre Smeesters van het Universitair Kinderziekenhuis Koningin Fabiola en tot slot dokter Jean Nève, voorzitter, en de heer Fabrice Peters, woordvoerder van de Hoge Gezondheidsraad.

Aan de sprekers vraag ik dat zij zich voorstellen en eventuele belangenvermenging vermelden.

Het Federaal Instituut voor de Rechten van de Mens heeft ons al een advies bezorgd, dat nu ook toegelicht zal worden.

Eva Brems: Mijnheer de voorzitter, ik dank uw commissie voor de uitnodiging aan het Federaal Instituut voor de Rechten van de Mens. Ik ben Eva Brems en ik ben hier vandaag in mijn hoedanigheid van voorzitter van het Federaal Instituut voor de Rechten van de Mens, het FIRM. In het dagelijks leven ben ik gewoon hoogleraar aan de universiteit van Gent, waar ik gespecialiseerd ben in het recht van de mensenrechten. De heer Laurens Lavrysen, die mij hier vandaag vergezelt, is stafmedewerker bij het FIRM. Ik houd een presentatie in het Nederlands, terwijl onze powerpointpresentatie in het Frans is opgesteld. Voor mijn presentatie gaat mijn dank ook naar de tolken. De heer Lavrysen zal mij bijstaan voor het beantwoorden van uw vragen.

Is een vaccinatieplicht verenigbaar met de mensenrechten en zo ja, onder welke voorwaarden? Die vraag heeft het FIRM willen beantwoorden in ons eerste advies van 8 december 2021. Naar aanleiding van deze hoorzitting hebben wij vandaag een nieuw advies gepubliceerd waarin dat standpunt geactualiseerd wordt.

Deze presentatie bestaat uit twee delen. Eerst behandelen wij de vraag of het principe van een vaccinatieplicht tegen covid in overeenstemming is met de mensenrechten. Ten tweede bespreken wij de vraag hoe een vaccinatieplicht tegen covid op een mensenrechtenconforme manier kan worden afgedwongen.

Eerst bespreek ik het principe van een vaccinatieplicht. Bij de uitwerking van ons advies hebben wij ons in belangrijke mate gebaseerd op rechtsspraak van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens. In april 2021, dus heel recent, heeft het Hof een arrest geveld in de zaak-Vavřička tegen Tsjechië. Deze zaak had betrekking op de verplichting in Tsjechië om kinderen te vaccineren tegen negen besmettelijke ziektes. Deze verplichting werd afgedwongen met een boete en door niet-gevaccineerde kinderen de toegang te ontzeggen tot het kleuteronderwijs. Uit dit arrest kunnen verschillende principes worden afgeleid die ook relevant kunnen zijn voor het invoeren van een vaccinatieplicht tegen COVID-19.

Ten eerste, een vaccinatieplicht vormt een beperking van het recht op fysieke integriteit. Dit recht vormt een onderdeel van het recht op eerbiediging van het privéleven, dat wordt beschermd door artikel 8 van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens. Aangezien dit artikel 8 niet absoluut is, kan het worden beperkt mits hiervoor een wettelijke basis voorhanden is, op voorwaarde dat die beperking proportioneel is ten aanzien van het nagestreefde legitieme doel.

Het Hof aanvaardt dat nationale overheden een legitiem doel nastreven door een vaccinatieplicht in te voeren. Een vaccinatieplicht draagt immers bij tot de bescherming tegen ziektes die een ernstig risico voor de gezondheid vormen. Het gaat dan om de bescherming van de gezondheid van de gevaccineerde personen zelf, maar indirect kan een hoge vaccinatiegraad ook bijdragen tot de bescherming van kwetsbare personen die niet gevaccineerd kunnen worden.

Volgens het Hof zijn nationale overheden in beginsel het best geplaatst om beslissingen te nemen over gezondheidszorgbeleid in het algemeen. Zulke beslissingen vallen daarom in principe binnen de zogenaamde brede appreciatie-marge van de nationale overheden. Een brede appreciatiemarge betekent dat het Europees Hof voor de Rechten van de Mens in principe een keuze die op basis van zorgvuldige belangenafweging door de nationale overheden wordt gemaakt niet in vraag zal stellen.

Volgens het Hof beschikken de nationale overheden ook over zo'n brede appreciatiemarge om al dan niet te beslissen een vaccinatieplicht in te voeren. De boodschap van die brede appreciatiemarge is dus dat het Hof het principieel toelaatbaar vindt dat nationale overheden ervoor zouden kiezen om bepaalde vaccinaties tegen ernstige ziektes te verplichten.

Men moet ook rekening houden met de timing van dit arrest, temidden van de covidpandemie. Het Hof was zich maar al te zeer bewust van het feit dat deze uitspraak gevolgen zou kunnen hebben voor eventuele discussies over een vaccinatieplicht tegen COVID-19. Het is duidelijk dat het Hof tegen deze achtergrond gekozen heeft voor een vrij permissieve houding ten aanzien van vaccinatieplichten, in de vorm van een brede appreciatiemarge.

In het arrest gaat het Hof dieper in op de reden voor de toelaatbaarheid van een vaccinatieplicht. Het Hof benadrukt dat nationale overheden kunnen oordelen dat een vaccinatieplicht noodzakelijk is om een gepast niveau van bescherming tegen ernstige ziekte te bereiken wanneer vrijwillige vaccinatie onvoldoende blijkt voor groepsimmuniteit. Zulke groepsimmuniteit draagt op haar beurt bij tot de bescherming van de gezondheid van kwetsbare personen. Volgens het Hof kan het lopen van een miniem risico voor de gezondheid via vaccinatie beschouwd worden als een daad van sociale solidariteit, die verplicht gesteld kan worden om het recht op leven en het

recht op gezondheid van anderen te beschermen.

Het Hof stelt vervolgens dat ook wanneer groepsimmuniteit niet haalbaar is, overheden kunnen beslissen dat een verplichte vaccinatie noodzakelijk is om een voldoende niveau van bescherming tegen ernstige ziekte te bereiken. Het Hof aanvaardt om deze reden expliciet dat vaccinatie tegen tetanus ook verplicht gesteld kan worden, ondanks het feit dat deze ziekte niet overgedragen wordt van mens op mens en er dus geen groepsimmuniteit mogelijk is.

Dit is ook relevant voor de context van COVID-19. Groepimmuniteit lijkt met de huidige generatie vaccins niet haalbaar, omdat ze vooral in hoge mate bescherming bieden tegen ernstige ziekte maar slechts in beperktere mate dan origineel verhoopt beschermen tegen transmissie. Hierdoor weegt het doel van groepsimmuniteit te bereiken op dit moment minder zwaar door in die evenredigheidsafweging. Dat neemt echter niet weg dat een vaccinatieplicht zou kunnen bijdragen tot het bereiken van wat het Hof noemt een voldoende niveau van bescherming tegen de ontegensprekelijk ernstige ziekte die COVID-19 is. Vaccinatie draagt immers bij tot de bescherming van de betrokken personen tegen ernstige ziekte, maar ook tot het algemeen belang om de capaciteit van de gezondheidszorg te vrijwaren.

Ten slotte kunnen ook enkele andere elementen uit dit arrest naar analogie van toepassing zijn in de context van COVID-19. Het Hof hield bijvoorbeeld rekening met het feit dat het ging om vaccins waarvan de veiligheid en effectiviteit was aangetoond, in overeenstemming met de relevante wetenschappelijke protocollen. Ook de vaccins tegen COVID-19 hebben een voorwaardelijke markttoelating gekregen na goedkeuring door de bevoegde agentschappen.

Het Hof wijst ook op de noodzaak voor de bevoegde agentschappen om te blijven monitoren op mogelijk ernstige gezondheidseffecten ten gevolge van vaccinatie, wat ook het geval is bij de COVID-19-vaccins. Het Hof wijst ook op de noodzaak om uitzonderingen op de vaccinatieplicht te voorzien voor personen met medische contra-indicaties, en stelt dat een schadevergoedingssysteem voor gevallen van ernstige gezondheidsschade een factor is die meespeelt bij de beoordeling van de proportionaliteit van een vaccinatieplicht. Het FIRM is daarom in zijn adviezen van mening dat een eventuele vaccinatieplicht gepaard moet gaan met een dergelijke medische uitzondering en een dergelijk schadevergoedingssysteem.

Onder voorbehoud van deze twee aanbevelingen en op voorwaarde dat een eventuele vaccinatieplicht op een proportionele wijze wordt afgedwongen is het instituut van oordeel dat een dergelijke vaccinatieplicht in overeenstemming zou kunnen zijn met de rechtspraak van het Europees Hof, en dus met de mensenrechten. Belangrijk daarbij is dat een dergelijke beslissing slechts genomen wordt nadat het Parlement op zorgvuldige wijze alle relevante belangen heeft afgewogen. Een kwalitatieve parlementaire toetsing van de evenredigheid van een vrijheidsbeperkende wetgevende maatregel vormt immers een belangrijk onderdeel van die proportionaliteitsvereiste. Het is in de eerste plaats het Parlement dat moet beoordelen of er in de huidige stand van de pandemie nog de noodzaak bestaat om de volksgezondheid te beschermen aan de hand van een vaccinatieplicht en of de gezondheidswinst van de eventuele vaccinatieplicht wel opweegt tegen de aantasting van de fysieke integriteit die deze inhoudt.

Die keuze moet op een geïnformeerde wijze gebeuren. Het Parlement moet met name rekening houden met actuele wetenschappelijke inzichten over de grootte van het risico dat de gezondheidszorg in de toekomst opnieuw overbelast zou kunnen worden door COVID-19. Volgens sommigen luidt de omikrongolf bijvoorbeeld de overgang van een epidemische naar een endemische fase in. Het is dan ook logisch dat in de evenredigheidsafweging rekening gehouden wordt met de impact van de omikrongolf op de kans op een eventuele toekomstige overbelasting van de gezondheidszorg. Hoe groot en hoe reëel is dat risico? Die vragen moeten meespelen in de evenredigheidsafweging.

Naast het risico voor de gezondheidszorg zou het Parlement bij de belangenafweging ook rekening kunnen houden met de vrijheden en belangen die zouden worden bedreigd ingeval in de toekomst in afwezigheid van een vaccinatieplicht opnieuw andere verregaande maatregelen nodig zouden blijken om de volksgezondheid te beschermen. Ik denk dan bijvoorbeeld aan de culturele sector, de horeca, het nachtleven en alle mensen die van dat werk afhankelijk zijn.

Ten slotte, het FIRM is van mening dat het Parlement bij de evenredigheidsafweging rekening kan houden met het feit dat er sterke verschillen bestaan tussen groepen op het vlak van de risico's op ernstige ziekte. Het Parlement zou er daarom voor kunnen opteren een vaccinatieplicht te beperken tot specifieke hoogrisicogroepen. Het gelijkheidsbeginsel laat een verschil in behandeling toe op voorwaarde dat het gebaseerd is op een objectief criterium en dat het onderscheid redelijkerwijze verantwoord is. Belangrijk is dat een

dergelijke verantwoording opnieuw wordt gebaseerd op betrouwbare wetenschappelijke gegevens, die aantonen dat bepaalde groepen wel degelijk een significant hoger risico lopen van ernstige ziekte en dus bijdragen tot een hoger risico op overbelasting van de gezondheidszorg.

Ten tweede wil ik het even hebben over het afdwingen van een vaccinatieplicht. Het is essentieel dat ook bij het afdwingen van een eventuele vaccinatieplicht rekening wordt gehouden met het proportionaliteitsbeginsel. Ook op dat punt kan het arrest van het Europees Hof als uitgangspunt dienen voor een mensenrechtenanalyse. Het Hof heeft zich ten eerste niet uitgesproken over een eventuele gedwongen toediening van een vaccin. Niets in het arrest doet vermoeden dat het Hof een gedwongen toediening proportioneel zou vinden. Omdat een gedwongen toediening van een vaccin een veel sterkere aantasting vormt van de fysieke integriteit, is het Instituut van oordeel dat een dergelijke toediening in elk geval in strijd zou zijn met de mensenrechten.

Wanneer een vaccinatieplicht wordt afgedwongen met sancties, is het belangrijk dat de sancties evenredig zijn. Volgens het FIRM is het in geen geval aanvaardbaar een vaccinatieplicht af te dwingen met een ernstige sanctie zoals een gevangenisstraf. Er is ook niets in het arrest dat doet vermoeden dat het Europees Hof een dergelijke verregaande sanctie aanvaardbaar zou vinden.

Volgens het FIRM kan een vaccinatieplicht dan ook enkel afgedwongen worden via een boete of een alternatieve sanctie, voor zover daarbij dan ook nog eens het proportionaliteitsbeginsel gerespecteerd wordt. Specifiek wat boetes betreft, heeft het Europees Hof gesteld dat deze een toelaatbare sanctie vormen voor het niet naleven van de vaccinatieplicht, zolang deze geen onevenredig zware impact hebben op de betrokkene.

Het FIRM is daarom van oordeel dat moet vermeden worden dat boetes een disproportionele impact hebben op moeilijk bereikbare personen in maatschappelijk kwetsbare situaties. Daarom is het FIRM van oordeel dat de hoogte van eventuele boetes moet beperkt worden en er op zijn minst moet voorzien worden in een boete die een rechter toelaat om bij het vaststellen van het bedrag rekening te houden met de financiële draagkracht van de betrokkene, om zo een onevenredig zware impact te vermijden.

In ons nieuwe advies spreken we ons ook uit voor een formele evaluatie door het Parlement van een eventuele vaccinatieplicht als belangrijke waarborg voor de proportionaliteit van de toepassing hiervan. Een dergelijke evaluatie is ook voorzien in de pandemiewet en zou bijvoorbeeld kunnen voorzien worden binnen zes maanden na de inwerkingtreding van de wet. Met het oog op een dergelijke evaluatie zou de regering dan een evaluatierapport moeten overmaken aan het Parlement met statistieken over de handhaving van de verplichting. Daarbij zou ook specifiek ingegaan moeten worden op de impact op personen in armoede. Ook moet in dit rapport de bijdrage van de vaccinatieplicht tot de beheersing van de epidemie geëvalueerd worden.

Ten slotte willen we nog graag ingaan op de denkpiste die we met name terugvinden in een nota van het coronacommissariaat om het CST te vervangen door een indirecte vaccinatieverplichting in de vorm van een zogenaamd 1G-vaccinatiecertificaat. Dit voorstel is problematisch vanuit het perspectief van de mensenrechten om verschillende redenen. Ten eerste zet het de deur open voor het langdurig behoud van het systeem van een coronacertificaat. Hoe langer een dergelijk systeem behouden blijft, hoe groter de impact op de rechten van niet-gevaccineerden. Hierdoor dreigt het coronacertificaat disproportioneel te worden in de tijd.

Ten tweede wordt de impact op de rechten van niet-gevaccineerden hoe dan ook aanzienlijk groter, omdat de uitzondering wegvalt voor personen die over een recent testcertificaat of herstelcertificaat beschikken. De meest fundamentele reden waarom dit problematisch is, is echter dat het voorstel afstapt van de logica van een sanitaire veiligheidsmaatregel en het CST louter wil hanteren als drukkingsmiddel voor vaccinatie of als indirecte sanctie voor niet-gevaccineerden.

Ter herinnering, het CST werd destijds ingevoerd als een sanitaire maatregel die moest bijdragen tot het verminderen van de risico's van besmetting in bepaalde sociale settings en tegelijkertijd als middel om de vrijetijdssector te vrijwaren van verregaande beperkingen.

In ons advies van 8 december 2021 hebben we gesteld dat het CST als sanitaire veiligheidsmaatregel in principe een proportionele beperking kan uitmaken van de rechten van niet-gevaccineerde personen, op voorwaarde dat dit gerechtvaardigd wordt door de epidemiologische omstandigheden en niet voor een onevenredige duur in stand wordt gehouden.

De situatie is echter verschillend voor een vaccinatiecertificaat dat als sanctiemechanisme dient voor een indirecte vaccinatieplicht. Het proportionaliteitsbeginsel vereist immers dat

wanneer een recht beperkt wordt, het gehanteerde middel redelijkerwijze verband houdt met het nagestreefde doel. Dit is bijvoorbeeld het geval vanuit die logica van een sanitaire veiligheidsmaatregel die beperkingen oplegt aan het sociale leven met als doel dat sociale leven veilig te laten verlopen. Dit is echter niet het geval vanuit de logica van een sanctiemechanisme.

Wij zien niet in hoe het beperken van de persoonlijke vrijheid om deel te nemen aan bepaalde aspecten van het sociale leven redelijkerwijze verband houdt met het doel van het verhogen van de vaccinatiegraad. Als men een dergelijke loskoppeling aanvaardt, dan is het risico van een hellend vlak reëel. Wat houdt de wetgever dan nog tegen om personen die bijvoorbeeld verkeersovertredingen begaan of hun belastingen niet correct betalen uit te sluiten van de horeca en het culturele leven?

Er is ook niets uit het arrest van het Europees Hof waaruit blijkt dat het Hof een vrijheidsbeperkende maatregel vanuit een sanctielogica voor een indirecte vaccinatieplicht zou aanvaarden. In zijn arrest oordeelde het Hof wel dat het recht op toegang tot kleuteronderwijs afhankelijk kon worden gemaakt van een vaccinatiebewijs, maar het Hof stelde wel expliciet dat een dergelijke maatregel beschermend en niet bestraffend van aard is. De reden waarom die vrijheidsbeperking gerechtvaardigd was, was dus net wel omdat het de logica van de sanitaire veiligheidsmaatregel volgde. Het kleuteronderwijs volgt immers een specifieke context waarin een verhoogd risico bestaat van besmetting met kinderziekten.

Het Federaal Instituut is het dan ook niet eens met de analyse dat een indirecte vaccinatieplicht via een 1G-vaccinatiecertificaat gemakkelijker de proportionaliteitstoets zou doorstaan dan een directe vaccinatieplicht. Enerzijds is het betwistbaar of een dergelijke sanctie vanuit het oogpunt van het recht op fysieke integriteit wel een minder sterke impact heeft dan bijvoorbeeld een vaccinatieplicht die gepaard gaat met een proportionele boete, anderzijds heeft een vaccinatiecertificaat in tegenstelling tot een vaccinatieplicht een verregaande impact op de vrijheid om aan het sociale en culturele leven deel te nemen, dit dus zonder dat er een redelijk verband bestaat tussen deze beperking en het nagestreefde doel van het verhogen van de vaccinatiegraad.

Het Instituut gaat daarom akkoord met het Raadgevend Comité voor Bio-Ethiek dat stelt dat een vaccinatieplicht enkel op een directe en niet op een indirecte wijze kan worden ingevoerd. Als er een vorm van coronacertificaat behouden blijft, kan dit ook enkel als sanitaire veiligheidsmaatregel en alleen voor zover dit op basis van actuele, wetenschappelijke gegevens evenredig is in het licht van de epidemiologische omstandigheden. Wij nemen in dit verband akte van het feit dat er steeds meer twijfel rijst over de effectiviteit van het CST om besmettingen te voorkomen ten gevolge van de opkomst van de varianten en het feit dat de vaccins minder bescherming tegen transmissie lijken te bieden dan oorspronkelijk verhoopt. Het lijkt dan ook hoog tijd om het systeem van het CST te evalueren, ook vanuit mensenrechtenperspectief. Als uit die evaluatie blijkt dat het CST-systeem inderdaad onvoldoende bescherming zou bieden tegen besmetting om nog als een effectieve sanitaire veiligheidsmaatregel beschouwd te kunnen worden, dan moet het afgeschaft worden.

De conclusie is dat een vaccinatieplicht een beperking vormt van het recht op fysieke integriteit. Dat recht is echter niet absoluut en kan onder bepaalde voorwaarden beperkt worden. Het Parlement zou kunnen oordelen dat een vaccinatieplicht noodzakelijk is ter bescherming van de volksgezondheid. Die beslissing kan echter slechts genomen worden na een zorgvuldige belangenafweging en op basis van actuele en betrouwbare wetenschappelijke gegevens. Belangrijk daarbij is dat het proportionaliteitsbeginsel nageleefd wordt. Gedwongen toediening van een vaccin of een gevangenisstraf zijn uit den boze. Boetes of alternatieve sancties kunnen wel door de beugel, op voorwaarde dat zij niet onevenredig zwaar zijn. Daarbij moet ook rekening worden gehouden met de impact hiervan op personen in maatschappelijk kwetsbare posities.

Ten slotte verzet het proportionaliteitsbeginsel zich tegen het afdwingen van een vaccinatieplicht op indirecte wijze via een vaccinatiecertificaat. Een vaccinatie- of coronacertificaat kan alleen gebruikt worden als sanitaire veiligheidsmaatregel, voor zover dit evenredig is in het licht van de epidemiologische omstandigheden. Het systeem kan alleen behouden blijven voor zover het daadwerkelijk een bijdrage levert tot het voorkomen van besmettingen. Het gaat dan over een bijdrage die in verhouding staat tot de inbreuk op de rechten die het uitmaakt.

De **voorzitter**: Dan geef ik het woord aan de heer Arrazola de Oñate. Kunt u zich kort voorstellen en eventuele belangenconflicten vermelden.

Wouter Arrazola de Oñate: Mijnheer de voorzitter, ik zal alleen in het Nederlands spreken gezien de tijdsbeperking. Dat is gemakkelijker voor de tolken.

Je présente mes excuses aux collègues francophones.

Mijnheer de voorzitter, geachte Kamerleden, bedankt voor uw uitnodiging. Ik ben dokter Wouter Arrazola de Oñate van de Vlaamse Vereniging Respiratoire Gezondheid en Tuberculosebestrijding, de VRGT. Ik heb geen *conflicts of interest* te melden, ik heb geen enkele link met één of andere farmaceutische firma noch met een politieke partij, ik word door hen niet betaald of krijg door hen geen erestatus toebedeeld. Of ik hier nu a of b zeg, dat zal mijn inkomen niet beïnvloeden.

Een interesse die ik wel heb, is dat ik een lichaam en twee longen heb en die graag verzorg. Daarom raad ik alle meerderjarigen aan om zich te laten vaccineren en ook zeker voor de booster te gaan. Ik ben een bekend criticus van het op dit moment wat inhumane commerciële gedrag van de vaccinproducenten, met de nuance dat ik wel heel veel respect heb voor de wetenschappers en de werknemers daar, de *quality controllers* die zich uit de naad werken voor alle vaccins. Over de commerciële aanpak is echter veel te zeggen. Daar kom ik later op terug.

Mijn vakgebied is *public health*. Dat wil zeggen dat ik over gezondheid nadenk op populatieniveau, met inachtneming van alle verschillende determinanten die invloed hebben op welzijn en gezondheid. Ik ben zelf arts. Ik heb het vak geleerd van professor Marleen Temmerman van de Universiteit Gent.

De **voorzitter**: Vergeet alstublieft niet vooruit te gaan met de slides, want wij zien nog altijd de eerste en wij vermoeden dat u al verder bent.

Wouter Arrazola de Oñate: Zo is het beter, denk ik.

Ik heb het vak geleerd van Marleen Temmerman, professor aan de Universiteit Gent en voormalig directeur bij de Wereldgezondheidsorganisatie. Ik heb vooral gewerkt rond hiv, wat natuurlijk ook een wereldwijde pandemie is. Op dit moment ben ik medisch directeur van de Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding en van de Belgian Lung and Tuberculosis Association. De algemeen directeur daar is Sandrina Schol. Tuberculose is ook een wereldwijde pandemie. Wij werken voornamelijk interuniversitair en werken veel rond de sociale determinanten van gezondheid, inclusief politieke en commerciële determinanten.

Ik ben erkend expert bij de Hoge Gezondheidsraad van België rond de pandemische aanpak van tuberculose. Hetzelfde geldt voor het European Centre for Disease Prevention and Control. Ik heb daar zijdelings geadviseerd over contacttracing bij ebola. Dat is ook een wereldwijde pandemie. Het is de derde pandemie waaraan ik gewerkt heb in het verleden. Ik ben ook expert bij de World Health Organisation. Ik ben zelf geen lid van de GEES of de GEMS, noch ben ik dat ooit geweest. Ik geef wel raad aan leden van de GEES, hetzij gevraagd hetzij ongevraagd.

De sociale determinanten van gezondheid zijn inclusief gedragsfactoren, mentale gezondheid, onderwijs, werk, racisme en economie. Ik haal dit even aan om de hardnekkige roddel de wereld uit te helpen dat de experts alleen virologisch zouden nadenken. Dat is feitelijk onjuist.

Hier ziet u een foto van mijn ivoren toren, waarin ik zou werken volgens sommigen. Public Health is een vak dat men niet doet in een driedelig maatpak. Meestal gebeurt dat echt op de straat, door outreach, door uit uw kot te komen en naar de mensen te gaan met de hoogste nood aan extra ondersteuning op het vlak van gezondheidszorg. Dat doet men met een multidisciplinair team, gekozen uit de bevolkingsgroepen die men wil bereiken. Men is soms letterlijk de link tussen de politiek – dit is de ex-burgemeester van Molenbeek – en de straat – dit is een activist en straathoekwerker in Molenbeek. Wij brengen die samen en zoeken samen naar oplossingen.

Ik keer even terug naar oktober 2019. Dat was ruim precovid. Toen was er een open oproep voor 1 miljard euro extra investeringen in preventie. Infectieziektebestrijding valt onder preventie. Dus reeds vóór covid pleitten wij met een heel grote groep voor de noodzakelijke extra investeringen. We hadden het daarin ook over economie en mentale gezondheid. Kijk even mee naar de toen nog onbekende coauteur André? Alweer, de verwijten dat de experts enkel virologisch zouden nadenken, zijn feitelijk onjuist. Wij zijn daarmee al lang vóór covid bezig.

Ik ben ook medeoprichter van een nieuw preventieplatform, een nieuw instrument om te pleiten voor een transitie in de gezondheidszorg van een genezende naar een preventieve zorg, van zorgen voor zieke mensen naar ervoor zorgen dat mensen niet ziek worden. Preventie is absoluut inclusief vaccinatie.

Ik laat altijd graag mijn persoonlijke nota's van februari 2020 zien. Ik wil even uw aandacht trekken op drie woorden: communicatie, campagne en IEC. Ik ben daar zelf wat naïef geweest en ging ervan uit dat als de raad wordt gegeven om een goede campagne op te zetten men dan gebruik zou

maken van mensen die heel veel ervaring hebben in gezondheidspromotie en gezondheidscommunicatie, een vak apart, en niet met bijna 1 miljoen euro naar een groot commercieel reclamebureau zou stappen.

IEC staat voor *information, education and counseling*. Dat komt voort uit de hivpandemie. Het gaat om counseling aan alle verschillende bevolkings- en leeftijdsgroepen. We hebben daar heel mooie ervaringen mee, zoals *youth friendly counseling*, adolescentvriendelijke counselclubs die door henzelf worden gerund en die heel laagdrempelig en *community based*, in de gemeenschap, zijn. De woorden van professor Larson weerklinken daar ook wat in, *community based* werken, participatief.

Vaccinatie-emoties of vaccinatietwijfels zijn helemaal niet nieuw. Dat bestaat al zolang er vaccinaties bestaan. We zien hier een masterclass in Antwerpen, ver voor corona, in april 2019, door professor Larson, die op dat vlak een van de wereldautoriteiten is en er het meeste expertise en kennis over heeft. Als persoon werkzaam in de volksgezondheid gebruik je de expertise van anderen, je moet die niet per se zelf bezitten.

Vóór covid bestond er al veel over vaccinatieverplichting. Daar werd al naar verwezen door de heer Goffin, een docent gezondheidsrecht binnen de vakgroep Volksgezondheid, *public health*. Ook hier is volksgezondheid per definitie een transdisciplinair gegeven in een transdisciplinaire manier van werken, dus niet enkel virologisch. Er bestonden al bio-ethische adviezen over vaccinatieverplichtingen, er bestonden al hele boeken over dwang en drang in infectieziekten.

Er is veel bekend over de excellente vaccinatieparticipatie in Vlaanderen, met heel veel complimenten aan het Agentschap Zorg en Gezondheid, met mevrouw De Schutter en de heer Top. Vaccinatieparticipatie in Vlaanderen is altijd al heel erg hoog geweest. Vorig jaar zat ik ook in deze commissie en toen heb ik ook al schriftelijke vragen over vaccintwijfel beantwoord. Aan die antwoorden is eigenlijk weinig veranderd. Ik verwijs daar ook al naar de expertise van professor Heidi Larson. De evidentie binnen de volksgezondheid toont toch wel aan dat een echte verplichting niet zo heel goed werkt, en mogelijk zelfs contraproductieve nevenwerkingen heeft. Door te werken aan de interne motivatie van mensen kunnen we veel verder geraken. Er was ook een link naar een debat bij de OESO. Ik zou u durven te vragen om dat nog even door te lezen.

Een andere vraag die mij gesteld werd, ging over het verhogen van de participatiegraad. Ook daar verwijs ik naar het feit dat een brede verplichting voor iedereen vaak contraproductief werkt. De sterkst aanbevolen manier is om via goeie informatie, motivationele gespreksvoering en een zeer breed scala aan aangepaste communicatiemiddelen de bevolking geduldig te blijven motiveren, zonder dat het als moeten aanvoelt. Dus motivering en geen 'moet-tivering'.

In februari 2020 schreef ik een initiële conceptnota over contactonderzoek, inclusief brononderzoek, waarin er duidelijk toe werd opgeroepen om niet te werken met commerciële callcenters, maar wel vertrouwenwekkend te werken vanuit de wijk en de buurt. Vertrouwen – we hebben het hier al honderden keren gehoord – is echt essentieel. Bed de tracers in in lokale sociale weefsels, lokale besturen, middenvelden en niet ergens ver weg verstopt in een commercieel callcenter. Werk daar echt *community based*, vanuit de gemeenschap, en laat participatief de burgers die je wilt bereiken meedenken en meewerken aan hoe je het beste werkt, want zij weten dat beter dan wij.

Zo'n tracer zou dan mettertijd een verbindingspersoon worden tussen de burger en het gezondheidsbeleid van de overheid, een vertrouwenspersoon dus – alweer dat vertrouwen. Zeg maar je individuele covidmanager, covidcoach, die jou door heel deze pandemie begeleidt met alles erop en eraan, dus niet alleen tracing, maar ook psychologische, financiële en logistieke steun of eventueel een verwijzing naar specifieke organisaties daarvoor. En die persoon is dan ook de meest aangewezen persoon om je te informeren over vaccinatie en je daartoe te motiveren. Je kende die persoon al, je had die al vaker gezien of gehoord, die kan heel gemakkelijk maatregelen uitleggen, hij of zij kan je helpen bij alle obstakels die je ondervindt om tot vaccinatie over te gaan en kan eventueel in sommige gevallen zelfs meelopen tot bij een lokale huisarts om de hoek voor een meer uitgebreide uitleg over de specifieke, moeilijke wetenschappelijke vragen over vaccins en zo meer. Zo was het bedoeld en gepland. Ik ben er nogal altijd zeer gefrustreerd over dat het plots een andere richting uitgegaan is. Als het anders aangepakt was, hadden we waarschijnlijk verder gestaan, ook qua motivatie.

Een staf van *community health workers* moet getraind worden in het voeren van gesprekken die vertrouwen wekken. Daar bestaan technieken voor, daar zijn experts. Denk bijvoorbeeld aan de opleiding Gezondheidsbevordering en Promotie aan de UGent. Schakel die mensen dus zeker in.

Uiteindelijk komen we bij de vraag wat *public health* zegt over een brede verplichting of dwang, als het gaat om interventies die de fysieke integriteit

aantasten. Sommige interventies doen dat niet. Zo is er een zeer groot verschil tussen een verplichte maskerdracht en een verplichte vaccinatie, met een inspuiting in de arm.

Het blijkt dat de impact van zo'n brede verplichting uiteindelijk toch wat overschat wordt. Een verplichting is overigens ook zeer moeilijk uitvoerbaar. Als je even doordenkt in dat scenario, ziet het er ook heel lelijk uit. Iemand die niet meedoet, krijgt immers een boete. Als hij die niet betaalt, komt hij voor de rechter. Als hij dan niet komt opdagen, gaat de politie hem dan ophalen? Ik vind dat maatschappelijk heel erg lelijk – ik heb er geen ander woord voor.

Een verplichting is dus het allerlaatste redmiddel, maar je moet het zeker proberen te vermijden. Andere, minder ingrijpende interventies kunnen een zelfde impact hebben. Dat heeft ook te maken met proportionaliteit en noodzakelijkheid, waarover het hier al gegaan is. Hou ook de uiteindelijke doelstelling goed in het oog, namelijk niet de vaccinatiegraad verhogen maar wel de pandemie controleren. Misschien kan je het ene wel bereiken zonder het andere. Zeker op dit moment, in deze situatie, met deze variant en met dit type vaccins. Wat de toekomst, of zes maanden zal brengen, dat weet niemand. Niemand van ons heeft een glazen bol.

Zo'n verplichting invoeren zal heel wat maatschappelijke neveneffecten hebben. Het is juridisch gezien ook helemaal niet zo eenvoudig of eenduidig. Van neveneffecten, zoals een wantrouwen tegenover de overheid of de medische sector dat toch wat verhoogt, komen rechtszaken en/of wat onrust. Dat heeft verdelende effecten in een reeds verdeelde maatschappij. Wij zijn zeer waakzaam en wij zijn zeer bang voor het effect dat dit zal hebben op de andere vaccinatieprogramma's. Wij zullen dat vertrouwen zeker nog nodig hebben in de toekomst. Binnen deze pandemie zeker. Misschien komt er een nieuwe variant waarbij wij weer veel strenger zullen moeten zijn, en als er dan nog minder vertrouwen is bij de bevolking zal die niet alleen de vaccinatie op zich maar ook de andere maatregelen niet goed meer naleven. Zo heeft men indirect misschien een slechtere pandemiecontrole dan met een vaccinatieplicht. Ik heb het nu over een hele brede plicht, een plicht voor iedereen. Het is wat anders die plicht te aanvaarden binnen een subgroep, bijvoorbeeld sommige zorgverleners die heel direct contact hebben met erg zieke patiënten.

Vertrouwen, vertrouwen, vertrouwen. *Confiance. Trust.* Zeer ingrijpende maatregelen kunnen succesvol zijn. Een plicht ook, maar enkel en alleen in landen waar de bevolking vooraf al een zeer sterk vertrouwen had in de overheid.

Laat dat in België nu net niet zo heel erg het geval zijn. Ten eerste, omdat al onze overheden versnipperd zijn. Het vertrouwen is dus ook versnipperd. Wie moet men nu vertrouwen? Welke overheid, zeker als die overheden onder elkaar nog eens ruzie maken. Negen ministers van Volksgezondheid hebben, maar geen *pandemic preparedness plan*, dat wekt geen vertrouwen. Vijf ministers van Klimaat, maar geen klimaatplan, zo wekt men echt geen vertrouwen. Laten wij deze opportuniteit gebruiken, *get your act together* en maak het allemaal een beetje rationeler.

Wat is nu de weg vooruit? Ik beaam wat al eerder werd gezegd. De weg vooruit is nog steeds – hier vallen we in herhaling - nog meer en nog beter communiceren, ook over de boosterprik. Dat laatste wordt soms vergeten, maar het is ook belangrijk uit te leggen waarom de booster zo belangrijk is. Sommige vaccins werken nu eenmaal pas goed na drie prikken, want dat geldt bijvoorbeeld ook voor vaccins tegen hepatitis B. Voor die communicatie kan niet zomaar een in gezondheidspromotie onervaren communicatiebureau ingeschakeld worden. Ik roep op om de expertise te gebruiken die in ons land aanwezig is inzake gezondheidsbevordering. Ik vernoem de instituten die werken rondom een gezond leven. De communicatie moet heel laagdrempelig gehouden worden, waarmee ik dicht bij de burger bedoel, soms op individuele basis of soms per straat, bijvoorbeeld door de organisatie van een animatiemoment op de hoek van twee straten. In voorkomend geval kan zelfs best van deur tot deur worden gegaan, niet al te dwingend. Met zulke opties kunnen we nog heel veel winnen, zonder een verplichting op te leggen.

Dat geldt ook voor Brussel, waar al heel veel gebeurt, maar het kan toch nog meer en toch nog beter. Ik vernoem de optie van het aanbod van een gratis medisch consult of gratis medische check-up. Veel mensen in Brussel hebben namelijk geen vaste huisarts. Het aanbod van een gratis consult kan daarom een middel zijn om mensen toch tot bij een huisarts te krijgen. De huisarts kan bij dat consult een globaal medisch dossier opstarten zodat de arts en de patiënt elkaar leren kennen. Op die manier ontstaat er ook weer vertrouwen.

Is zo'n interventie duur? Ja, want daartoe zijn er heel veel mensen nodig. Is zo'n interventie kostenefficiënt? Ja, zeker, er is geen reden om het niet te doen, want door te investeren in gezondheid en preventie wordt de rekening alvast niet doorgestuurd naar de volgende generatie – als ik dat nog eens hoor beweren, ontplof ik – maar wordt juist wel gezondheid en welzijn doorgestuurd naar

de volgende generatie. Een overheid en regering hebben daartoe de plicht.

Wij hebben het zelf allemaal al eens uitgetest en toegepast in een pilootproject in Brussel met de VRGT en met een team samen met onze Franstalige zusterorganisatie FARES in een *barber shop*, dus bij de kapper, in de Matongéwijk. We maakten daarbij gebruik van lokale mensen met lokale talen en een heel laagdrempelige aanpak. Dat werkte uitstekend.

Een dergelijke inspanning moet echter maal duizend worden gedaan en een jaar of twee worden volgehouden. Dat is gebeurd, maar niet groot genoeg en nog niet lang genoeg. Op dat vlak valt dus zeker nog winst te halen.

Het model laat namelijk zien dat motivatie niet zomaar een woord is maar ook een heel complex gegeven met heel veel verschillende factoren die kunnen worden beïnvloed.

Iemand heeft getoond dat de groep van niet-gevaccineerden zou bestaan uit vier subgroepen. Er zullen echter veel meer subgroepen zijn. Zij vormen een doorlopend spectrum, gaande van lichte twijfel tot heel extremistische standpunten.

Ik maak even van de gelegenheid gebruik om aan te geven dat een achternaamgenoot van mij heel behoorlijk extremistische uitspraken doet. Ik meld echter ook even dat ik die persoon nog nooit heb gezien of gesproken. Dat ben ik dus niet. Ik heb enkel en alleen maar dezelfde achternaam. Hij is ook geen nabije familie, laat staan een broer.

Het model laat echter zien op welke factoren kan worden ingewerkt om toch aan een gedragsverandering op het vlak van gezondheidspromotie te werken. Daaraan is zeker nog werk.

Ik dank de personen die mij dit model hebben toegestuurd en uitgelegd.

Ik ben er bijna. Ik wil echter nog één heel belangrijk punt maken.

Eigenlijk moet ieder van ons zich afvragen of hij of zij er werkelijk alles aan heeft gedaan wat in zijn of haar macht ligt om zo goed en zo snel mogelijk een einde te maken aan de wereldwijde pandemie en aan de economische en sociale gevolgen ervan.

Wanneer wij die vraag stellen en nadenken over onze Belgische regering en regeringsleiders, moet het antwoord zijn dat niet alles eraan is gedaan. Wat deze regering immers niet heeft gedaan en wat zeker nodig is, is assertief en proactief pleiten voor een tijdelijke opheffing van de patenten op covidvaccins en covidproducten.

Duw en trek dus aan de Europese Commissie, aan Ursula Von der Leyen, zodat deze hoe dan ook stopt met het blokkeren van de procedure die reeds gesteund wordt door 105 landen. Ik verwijs hier naar de twee schitterende opiniestukken in *De Tijd* van donderdag 3 februari 2022 en *L'Echo*, als ik me niet vergis.

Dit is niet zomaar wat ideologisch gezemel. Ook de WHO zegt hetzelfde, net als de Nieuwe Raad voor de Economie van *Health for All*. Dat is een nieuwe raad die voorgezeten wordt door de beroemde econome Mariana Mazzucato. Ook zij zeggen dat een dergelijke kennis over de oplossing voor een pandemie toch geen intellectueel eigendom kan zijn van enkele private spelers, onder een monopoliecontrole. In welk vreemd universum is dat überhaupt aanvaardbaar? Deze kennis moet algemeen zijn en ook algemeen gedeeld worden.

België, pleit dus alstublieft voor een zogenaamde TRIPS waiver. De procedure is eigenlijk helemaal niet zo uitzonderlijk, extreem, extremistisch of zelfs communistisch. Dit is al eerder gebeurd, met zeer succesvolle resultaten, in de HIV-pandemie. Men wil dat we dat vergeten, maar we vergeten dat niet. Het heeft zeer goed geholpen en miljoenen levens gered. Het houdt innovatie ook absoluut niet tegen.

De vaccinformules zijn trouwens ook geen eigendom van de producenten. Zij hebben er miljarden overheidsgeld en subsidies voor gekregen. Het is dus op zijn minst gedeeld eigendom. Dus mag de hele gemeenschap er ook gebruik van maken en moet de producent niet beweren dat het enkel en alleen van hem is.

Er is wel degelijk voldoende productiecapaciteit, ook in verschillende landen van Afrika. Het statement dat dit niet zo zou zijn is misleidend en leugenachtig. Dat zijn de truken van de foor van de industrie die wij als vereniging heel goed kennen, omdat wij ook al tientallen jaren met de tabaksindustrie werken. We doen immers ook aan rookstop en tabakologie.

België is een land met heel veel expertise op het vlak van volksgezondheid, ook op internationaal niveau. Als men dit per capita zou uitrekenen wordt het een heel grote expertise. Die expertise is eigenlijk dus een zeer belangrijk exportproduct en het zorgt voor een goede reputatie en aanzien van ons land. Alle volksgezondheidsexperts die geen link hebben met de farmasector, zullen het eens zijn over de eis tot het tijdelijk opheffen van de patenten.

Pierre Smeesters: Monsieur le président, je suis

pédiatre, infectiologue. Je dirige le département de pédiatrie à l'Hôpital universitaire des enfants Reine Fabiola (HUDERF) à Bruxelles. Je suis enseignant à l'Université libre de Bruxelles (ULB). À ce titre, j'enseigne notamment la vaccinologie aux étudiants de cinquième année en médecine.

Je suis vraiment heureux d'être devant vous cet après-midi, même si j'aurais préféré que ce soit dans d'autres circonstances. Ce sujet est un sujet important pour lequel, comme l'orateur précédent l'a mentionné, en Belgique, l'on dispose de nombreuses expertises et de nombreux projets. Pour beaucoup, nous pouvons faire mieux et davantage.

Je représente aujourd'hui les associations pédiatriques. On a fait une petite enquête dont je vous présenterai les données. Je me fais aussi le porte-parole de la vision pédiatrique belge et notamment aussi de la *task force* covid-19. Je donnerai mon avis personnel tout en faisant la part des choses.

Je ne suis sujet à aucun conflits d'intérêts; je n'ai aucun lien financier avec l'industrie. Ma recherche est financée par les fonds publics belges et non privés.

Cette semaine, nous avons procédé à une enquête. De lundi à mercredi, nous avons envoyé un questionnaire (que vous avez devant les yeux) aux chefs des départements de pédiatrie des neuf universités belges, à l'Académie de pédiatrie, aux Sociétés belges de pédiatrie et associations professionnelles régionales.

Ce questionnaire se compose de plus de neuf questions:
- Où travaillez-vous?
- Quelle est votre profession?
- Êtes-vous en faveur d'une vaccination pour les enfants de 5 à 11 ans?
- Êtes-vous en faveur d'une vaccination obligatoire pour les adolescents de 12 à 18 ans? Pour tous les adultes au-dessus de 18 ans? Pour les adultes au-dessus de 40 ans? Les adultes au-dessus de 50 ans?
- Seriez-vous en faveur d'une obligation vaccinale pour des groupes non mentionnés dans ces questions?
- Avez-vous des commentaires, des idées et des suggestions?

L'enquête est une simple enquête. Ce n'est pas une étude scientifique. Il n'y a pas de méthodologie rigoureuse. La représentativité est questionnable. Cependant, elle a été bien répondue (725 réponses). Il est estimé qu'il y a 1 400 pédiatres actifs en Belgique. Près de la moitié des pédiatres auraient répondu. On y trouve donc une certaine représentativité des différentes Communautés de notre pays qui sont bien représentées: 44 % en Flandre; 27 % en Wallonie et 28 % à Bruxelles. La Communauté germanophone est moins bien représentée.

Quelles sont les réponses? En ce qui concerne la vaccination obligatoire (à gauche) et les adolescents (à droite), il y a un large consensus en défaveur d'une vaccination obligatoire. La position pédiatrique est que ce vaccin est formidable, on est content d'avoir un vaccin disponible, on le conseille dans un colloque singulier avec nos patients mais nous ne pensons pas qu'une vaccination obligatoire soit une bonne chose pour ces enfants de par la balance risque-bénéfice qui est différente dans cette classe d'âge que dans les populations plus âgées, et avec aussi l'élément qu'on a déjà entendu plusieurs fois qui est que, comme pédiatres, on est très amoureux de notre programme de vaccination et on veut vraiment le préserver, le faire grandir, et que le covid ne nous entraîne pas dans des difficultés que nous souhaiterions éviter.

Pour les adolescents, aussi une majorité significative contre la vaccination obligatoire. Un peu moindre que pour la vaccination de l'enfance. Globalement, des tendances similaires dans les différentes Régions du pays, avec certaines variabilités malgré tout, dont on peut se poser la question de la raison.

Concernant la vaccination des adultes, les plus de 18 ans, les plus de 40 ans et les plus de 50 ans, le consensus pédiatrique général est un peu différent, avec une faible à plus significative majorité des pédiatres de notre pays et des différentes Régions – vous voyez aussi qu'il n'y a pas de différences majeures entre les Régions – qui est plutôt en faveur d'une vaccination obligatoire. Avec malgré tout des éléments de contraste dans les commentaires, que je vais mentionner dans un instant.

Par rapport à l'âge, plus la vaccination se restreindrait à un âge plus élevé – pour lequel on sait aussi que les risques du covid-19 sont plus importants –, plus il y a une adhésion des pédiatres belges par rapport à cette éventuelle obligation vaccinale.

Ceci dit, il y a eu 370 commentaires. Je ne vais pas pouvoir tous vous les résumer mais je peux vous en donner les grandes lignes. En termes de groupes spécifiques, certains pensent que les soignants devraient être sujets à une obligation vaccinale. D'autres pensent exactement le contraire. Les membres du service public, la police,

les différentes personnes en contact avec beaucoup de monde, y compris les professeurs. Certains pensent que ça pourrait être des sous-groupes pour lesquels on pourrait proposer la vaccination obligatoire. Puis, il y a la notion de patient à risque qu'on connaît bien. Je pense que plusieurs autres personnes vous ont mentionné cela dans les précédentes journées et je ne vais pas revenir là-dessus. Puis, certains pensent qu'au-dessus de 60, au-dessus de 65 ans, en allant encore plus loin que l'enquête qu'on a proposée, ce serait encore plus justifié.

Il y a des commentaires très contrastés. Certains disent "ça doit vraiment être obligatoire, il faut arrêter de tergiverser", quand d'autres disent "il ne faut surtout pas que ça devienne obligatoire parce qu'on va générer plusieurs difficultés et c'est vraiment une mauvaise idée".

Il y a quand même un relativement large consensus sur le fait que le timing n'est pas optimal. Peut-être que début juillet, on aurait pu aller plus vite et éventuellement éviter certaines choses? La question est ouverte, c'est toujours facile de réécrire l'histoire. Maintenant, le timing avec Omicron est plus problématique.

Il reste des questions sur la transmission – d'autres en ont parlé – sur le variant Omicron, sur les futurs variants. Je ne vais par revenir là-dessus.

De nouveau, on a entendu dire, je vais le répéter un certain nombre de fois aussi, que la vaccination obligatoire serait un problème en termes de confiance, et dans la relation thérapeutique. C'est vraiment la clé de voûte de toute cette relation.

Si vous le permettez, comme c'est une question qui m'anime depuis longtemps, je voudrais qu'on sorte un peu du covid. On a vraiment le nez dessus, mais je voudrais prendre un tout petit peu de recul.

Voilà une image du début de la vaccination, des premiers essais de vaccination, où on voit qu'il y a déjà de l'hésitation vaccinale. Ce n'est pas nouveau. Cela s'est certes amplifié. Il y a eu une caisse de résonance importante avec le covid, mais cette problématique n'est absolument pas neuve.

L'OMS avait dit en 2019, avant le covid, que l'hésitation vaccinale était une des dix grandes menaces pour la santé publique dans le monde. Elle a malheureusement eu bien raison, et plus que ce qu'elle n'imaginait probablement. Des éditoriaux de grandes revues scientifiques en parlent depuis longtemps avant le covid.

Je ne vais pas m'étendre sur ce sujet. Mais je voudrais passer maintenant aux pistes de solution, et peut-être à deux conceptions qui me semblent parfois erronées. C'est peut-être plutôt une vision personnelle. Dans l'hésitation vaccinale, il y a vraiment un *continuum*. Et je pense qu'on a parfois tendance à un peu trop mettre l'accent sur les gens à l'extrême de l'extrême, qui souvent flirtent avec le complotisme, qui ont régulièrement des réactions agressives ou un peu intimidantes envers l'un ou l'autre d'entre nous, probablement aussi d'entre vous. Mais finalement, ils ne représentent qu'un petit chiffre.

Je pense que ma priorité comme pédiatre, comme infectiologue, comme enseignant, c'est de donner les outils aux futurs médecins pour pouvoir argumenter et conforter la confiance, qui est importante dans notre pays, et répondre aux questions logiques, justifiées. Quand un vaccin se développe en un an, en utilisant une nouvelle technologie, je pense qu'il est absolument normal d'avoir un grand besoin d'explications et de pédagogie.

Il y a un travers, parfois, de se concentrer trop sur, vraiment, l'extrême du spectre de l'hésitation vaccinale.

Je pense que l'autre erreur fréquente, c'est de sous-estimer le miroir qui existe entre l'hésitation vaccinale dans la population et l'hésitation vaccinale parmi les prestataires de soins, et notamment les médecins. La vaccination, c'est un sujet très technique, très compliqué, qui est à cheval entre la microbiologie, l'immunologie, la santé publique, la modélisation, la médecine, l'épidémiologie; et c'est vraiment techniquement compliqué. Ça évolue beaucoup.

Il ne faut donc pas sous-estimer le degré, parfois, de questionnement des soignants. Une étude française, pré-covid aussi, montre que parmi les médecins généralistes, un médecin généraliste sur sept en France avait des questions qu'on pouvait rentrer dans l'hésitation vaccinale. Et 3 % des médecins avaient des hésitations significatives.

Nous avons des données similaires à Bruxelles, qui sont non publiées; mais nous sommes allés dans des écoles et dans des groupes de médecins à Bruxelles, et nous avons vu une certaine similarité entre les questions des uns et des autres. Cela offre des possibilités d'amélioration. Quelqu'un a demandé à Heidi Larson où se situait la Belgique. Globalement, pour l'Europe, elle se situe plus ou moins au milieu du Vaccine Confidence Index. Donc, nous sommes bons, mais pas excellents. Il y a certainement moyen de faire mieux. Comment? Je vous proposerai cinq pistes, mais insisterai sur les quatre premières: organiser,

éduquer, expliquer et déminer toutes les fausses informations.

S'agissant de l'organisation, la complexité belge est légendaire. Cependant, elle se situe un cran au-dessus en ce qui concerne la prévention. Comme experts de la vaccination et de la prévention, nous devons nous-mêmes demander à qui il faut s'adresser pour obtenir la réponse. Ce n'est pas normal. D'une part, un travail de simplification des institutions et des chaînes de direction et de décision est nécessaire pour que nous puissions avancer de manière coordonnée et plus rapidement. D'autre part, peut-être s'agit-il d'un conflit d'intérêts, mais il y a énormément d'experts en ces domaines, issus des universités belges – que ce soit au Nord, au Sud ou au Centre. Il est donc possible de construire davantage sur ces réseaux d'expertise pour essayer de coordonner et développer une action de prévention qui soit plus efficace et agile.

Sur le plan de l'éducation, nous en avons entendu brièvement parler. En tout cas, énormément d'initiatives sont prises, qui existaient même avant le covid. Si je veux être un peu critique, elles me semblent artisanales. Autrement dit, un groupe de personnes s'entend, identifie un problème, puis met sur pied un projet avec des bouts de ficelle et des petits financements publics qui sont obtenus de-ci de-là. Toutefois, ce n'est ni amplifié ni structuré. J'espère pouvoir vous convaincre, parce que vous en avez le pouvoir décisionnel, d'investir dans ce genre d'éducation. Nous allons dans les écoles bruxelloises pour des animations à propos du covid. Cela fonctionne vraiment bien. Chez les petits, j'ai entendu parler – et j'aime beaucoup cette thématique – d'enfants comme ambassadeurs de communication. Comme pédiatres, nous recourons à cette méthode en permanence. Nous expliquons la maladie à l'enfant et lui demandons de poser des questions. Il a moins de filtres et d'inhibition à poser des questions – "J'ai rien compris, ce n'est pas clair", et ce genre de choses. C'est un vecteur pour que les adultes comprennent des thématiques compliquées. Donc, les enfants font vraiment partie de la solution. Comme pédiatre, je sais qu'une partie du problème a été stigmatisée dans notre pays. Il existe des BD et d'autres livres, ainsi que des applications sur les smartphones qui aident à développer cet esprit critique dont nous avons tous furieusement besoin. Nous sommes tous d'accord.

Il y a des programmes spécifiques pour les adolescents, la vaccination HPV. C'est une vaccination de l'adolescent par laquelle on peut protéger ses partenaires. C'est une vaccination qui peut être cool, chouette et qui peut être tournée très positivement.

Dans certains pays, on offre des vaccins pour des fêtes familiales. On est parfois un peu "drôles" dans nos pays riches car on ne se rend plus compte de certains privilèges qu'on a.

Au niveau de l'éducation, il y a aussi le personnel de la santé, qui n'a pas toujours des connaissances très pointues, très à jour et qui tient parfois des messages manquant de clarté.

Justement, à ce titre, Pierre Van Damme – Heidi Larson en a parlé dans son exposé – organise à Anvers avec tous les collègues néerlandophones le symposium Saint Valentin sur la thématique. Ce symposium fête sa vingtième année d'existence. Il s'agit d'un symposium annuel, un rendez-vous avec les vaccinateurs pour répondre à leurs questions. Ils indiquent avoir changé tel vaccin ou telle technique, qu'ils reçoivent beaucoup de ces questions et ils nous demandent, en tant qu'experts, de fournir des réponses pour les aider dans leur rôle de vaccinateur. Cela existe en francophonie aussi depuis quatre ans maintenant. On l'organise le même jour en Flandre et en Wallonie et on essaie d'avoir autant d'échanges que possible, tout en respectant certaines spécificités régionales qui doivent être prises en compte.

Il existe en francophonie un groupe d'experts, le Giev – dont vous n'avez probablement jamais entendu parler –, qui réunit les principaux experts du domaine dans les trois universités francophones et qui est à l'initiative de ce genre de réunions. On essaie de les tenir très démocratiquement accessibles pour tout le monde, éloignées de tout sponsor industriel. Donc, on bricole un peu. On aurait certainement la capacité de faire mieux avec du soutien public pour ce genre d'initiative.

De manière similaire aussi, l'université d'Anvers et le groupe néerlandophone organisent des *Summer Classes* de vaccinologie pour les médecins, les infirmières, les soignants. Elles sont devenues une institution fort attendue. En francophonie, cela fait cinq ans qu'on travaille sur un certificat interuniversitaire, en ligne, avec des outils pédagogiques de haut niveau. La première édition est en ligne cette année. Cela a représenté un travail considérable, qu'on continue à réaliser car c'est un certificat sur deux ans. C'est un vrai combat de réussir à mener ce genre d'initiative et il y a moyen de faire beaucoup mieux si on donne à tous ces experts les moyens de le faire.

Par ailleurs, j'ai entendu un regard critique sur les explications "grand public" par rapport au covid-19. J'entends bien que le moment n'est peut-être pas

idéal. Ceci étant dit, je pense quand même que dans ma pratique, les grandes campagnes de vaccination nationales, en tout cas diffusées en radio, sur les prises d'antibiotiques fonctionnent. Ce n'est peut-être pas le cas auprès de tout le monde. Ce n'est peut-être pas le cas auprès de certains publics plus précarisés ou plus isolés socialement. Mais elles fonctionnent. On n'a jamais connu cela avec la vaccination. La campagne BOB belge est aujourd'hui internationalement reconnue. Il est donc possible, même si c'est plus en dehors que pendant une crise, d'investir et de développer une stratégie. Comme l'a fait remarquer Wouter Arrazola de Oñate, la crainte est que nous nous retrouvions dans cinq ans pour le covid-24 ou le covid-25 sans avoir progressé au niveau de ce travail de fond.

Il y a une catégorie d'hésitations sur laquelle je voudrais m'attarder un instant, à savoir les personnes qu'on n'arrive pas à atteindre. Il s'agit, notamment, dans les grandes villes, des personnes appartenant à des communautés pour lesquelles nous n'avons pas les bons relais en raison de barrières de langue, de barrières sociologiques et économiques. Nous devons donc avoir une approche beaucoup plus *bottom-up* et donner les moyens aux gens, qui mènent des actions au niveau local et qui connaissent leur communauté, de faire des propositions. Il y a plein de choses à faire à Bruxelles, ville que je connais. Mais je suis certain que c'est également le cas à Anvers, Liège, Mons ou Tournai.

Je voudrais vous poser une petite question. Selon vous, en moyenne, pendant combien de temps un médecin écoute son patient qui l'interroge sur la vaccination avant de l'interrompre? Je me réfère ici à une étude qui date d'il y a vingt ans. Dix secondes, vingt secondes, une minute, deux minutes ou cinq minutes? Selon cette étude, il l'interrompt après vingt-trois secondes.

Les médecins sont – me semble-t-il – tous des gens relativement bien intentionnés, désireux d'expliquer. Mais notre système de santé ne nous permet pas de répondre aux questions qui nous sont posées. Quand on se trouve dans une salle d'urgence, que celle-ci est remplie et qu'on a peur qu'il puisse y avoir un cas de méningite, on ne répond pas à ce genre de question parce que cela n'est pas possible. La nomenclature INAMI-RIZIV ne nous permet pas de répondre convenablement à ce genre de question. C'est, selon moi, une erreur majeure. Il s'agit de pistes d'amélioration qui ne sont pas simples et qui demandent la prise de décisions politiques.

Voilà ce type de propos tenus par les gens quand on les interroge. Quand on va dans des écoles ou qu'on laisse parler les gens sur ce genre de sujet, ils nous disent qu'ils n'ont pas le bon moment pour poser leurs questions. Certains nous ont dit que la période de grossesse, par exemple, pourrait être un bon moment pour une consultation. En effet, lors d'une première grossesse, on lit tous les livres disponibles ou, en tout cas, on essaie de s'intéresser. On interroge la grand-mère, la tante, l'oncle, etc.

Pour ce qui me concerne, j'aime bien l'idée de Marius Gilbert qui a parlé de choix vaccinal obligatoire. J'entends toutes les limites de l'implémentation de ce système. Mais le concept sous-jacent est vraiment intéressant, et il pourrait se décliner de manière plus chronique, dans l'aiguë sous forme d'offre et dans le chronique sous forme d'une possibilité de discussion à l'un ou l'autre moment de la vie. On pourrait investir dans les futures mères. Si on investit dans les futures mères et si on arrive, dans l'éventail des choses qu'on propose à une mère qui veut avoir un enfant dans notre pays, à avoir une heure de discussion avec quelqu'un expert dans le sujet de la vaccination, je pense qu'en 20 ans, on se retrouve dans une autre situation en Belgique. Il y a les moyens. Il n'y a pas les outils pour l'instant.

Debunk, ce sont des initiatives qui ont été faites dans plusieurs autres pays et qui donnent de bons résultats. Par notre petit réseau, on a finalement… De nouveau, c'est très organique et très peu organisé. Tout à coup, on entend en consultation la même histoire. Il y a une puce dans le vaccin covid. On l'entend une fois, deux fois, trois fois. On se dit: "Ok, il y a quelque chose qui se passe." Mais on est relativement lent dans la réaction et on peut avoir des monitorings des fausses informations et avoir une réponse rapide, organisée, factuelle qui permet de diminuer la pression par rapport à ces questions-là. Cela fonctionne. Cela doit être répété dans le temps. Une fois, cela fonctionne mais, trois mois après, on doit le refaire.

Il y a aussi des groupes Facebook ou différentes plates-formes bien modérées où on prend le temps et où on ne rentre pas, comme bien souvent malheureusement, dans l'invective et la caricature mais avec une discussion organisée et préparée qui permet d'aller vraiment plus au fond des choses, d'être beaucoup plus convaincant dans les explications qu'on donne parce que les gens se sont sentis écoutés. Je ne sais plus qui l'a mentionné cet après-midi mais je pense effectivement que c'est une des clés.

Les réseaux sociaux sont compliqués. Ce sont des outils extraordinaires d'information mais il y a clairement un problème de l'entre-soi et du vase clos d'idées. Là, je suis complètement incompétent

mais je lance l'idée, comme d'autres l'ont fait. N'y a-t-il pas moyen, malgré tout, d'avoir un impact sur ces grandes forces pour pouvoir ouvrir un peu plus le débat et élever le débat plutôt que de le rabaisser? Je n'ai pas la réponse et je ne suis absolument pas expert.

Après cela, on arrive à l'obligation. J'ai envie de donner deux exemples, deux grands pays autour de nous: la France, d'un côté et l'Angleterre, de l'autre. Ce sont deux pays extraordinaires que j'aime beaucoup et je ne veux certainement pas polariser le débat. Mais la France, comme Heidi en a parlé, est l'archétype du pays à haut taux d'hésitation vaccinale. Et la francophonie est peut-être plus fragile, d'une manière ou d'une autre, par rapport à cela. Ils ont décidé, avant le covid, en 2018, de passer à un programme d'obligation vaccinale de tous les vaccins remboursés, ONE/Kind en Gezin, si on fait le parallèle avec chez nous. Effectivement, cela a augmenté le taux de vaccination mais, la question, c'est - comme Heidi l'a mentionné, je ne vais pas répéter - de savoir si cela a augmenté la confiance. Probablement chez certains qui demandent une obligation pour passer le pas mais, probablement, que cela a nettement diminué la confiance chez d'autres qui estiment qu'on leur force la main.

Je comprends bien qu'on se pose la question de l'obligation vaccinale mais, si on ne se la pose pas, à l'aune de la confiance que cela va générer sur le long terme, je pense personnellement qu'on se trompe de débat. C'est mon avis personnel.

L'Angleterre, quant à elle, a une politique de vaccination très différente. Je voudrais juste donner un exemple. En Angleterre, ils ont introduit le vaccin HPV, le vaccin pour adolescents du cancer du col de l'utérus et ils ont eu un résultat absolument époustouflant. Ils ont lancé leur campagne de vaccination, donc un nouveau vaccin, en septembre 2008. En trois mois, ils sont parvenus à avoir 75 % de couverture nationale sur un vaccin qui pose beaucoup de questions. Chez nous, en, dix ans, on est à la moitié. Mais - il y a un grand mais - avant de lancer cette campagne, ils ont eu des campagnes de discussion pendant trois ans avec la population et ils sont vraiment rentrés dans une approche de négociations par rapport notamment à l'âge auquel les parents étaient prêts à parler de sexualité avec leurs enfants. Ils se sont rendu compte qu'en postposant légèrement l'âge, peut-être qu'on perdait un tout petit peu au niveau immunologique, peut-être qu'on perdait un tout petit peu au niveau modélisation, mais on allait gagner beaucoup en adhésion du public. Ils ont vraiment eu une vision très globale, très *one health* pour avoir finalement une campagne avec des patients partenaires qui ont vraiment impacté jusqu'au *lay-out* des prospectus, des affiches adaptées à l'âge et aux différentes régions. Cela demande évidemment un investissement considérable mais après, ils ont une campagne qui a décollé de manière extraordinaire.

Plus récemment, il y a 15 jours, un papier anglais est sorti, un parmi beaucoup d'autres, qui montre que dans le covid-19, un des points centraux, de nouveau, c'est la confiance. Je crois que ce mot est vraiment important. Dans la confiance, il y a aussi, je crois, des modèles de médecine. Ils sont en partie liés à des époques, à des cultures aussi. Il est clair que l'on vient d'un modèle de médecine qui est très paternaliste et relativement autoritaire et qu'on s'oriente de plus en plus, en tout cas globalement - tout le monde n'est pas forcément d'accord avec cela -, vers une approche centrée sur le patient et même vers des patients partenaires, avec une expertise qui est mise à disposition et un patient qui est vraiment acteur de sa santé jusqu'à avoir des patients partenaires dans les comités de direction des hôpitaux et ce genre de choses. C'est très puissant. Il est sûr que l'obligation vaccinale pose énormément de questions par rapport à cette évolution. Je pense que les sociologues et d'autres experts peuvent mieux commenter que moi à ce sujet.

Pour conclure, en ce qui concerne l'obligation vaccinale, c'est bien qu'on se pose cette question et qu'on en débatte mais c'est vraiment compliqué. Il y a beaucoup de choses qu'on peut faire surtout sur le long terme. Je sais ou je crois savoir qu'en politique, le long terme est compliqué mais peut-être qu'il y a une opportunité maintenant, peut-être qu'il y a un soutien dans le public sur lequel vous pourriez capitaliser pour essayer d'être plus ambitieux. La Belgique a des moyens extraordinaires au niveau humain, au niveau des universités. Je pense que nous sommes assez bons et que nous pourrions vraiment être des leaders en prévention et en vaccination. Mais pour cela, il faut peut-être un peu changer la façon dont on conçoit l'ensemble de cette question. Je vous remercie.

Le **président**: Monsieur le docteur Smeesters, je vous remercie. Nous arrivons, tout doucement à 17 h 00, mais aussi à nos derniers intervenants pour aujourd'hui, du Conseil supérieur de la Santé: le Dr Jean Nève et Fabrice Péters. Je vous donne la parole. Je vous prie de m'excuser mais je vais devoir partir dans cinq ou dix minutes. Je ne sais pas si vous avez une présentation, ni qui prendra la parole en premier. Je vous laisse faire.

Jean Nève: Monsieur le président, je vous remercie. C'est le président du Conseil qui vous parle. L'exposé sera présenté par M. Fabrice

Péters, coordonnateur général du Conseil. Il arrivera dans deux minutes.

Je voudrais simplement vous rappeler que le Conseil supérieur de la Santé est un organe d'avis scientifique qui va bientôt fêter ses 175 ans. Nous avons pas mal roulé notre bosse en Belgique. Nous avons été très actifs, et nous le sommes toujours, dans ce contexte de la crise covid.

En 2020, nous avons aidé nos autorités pour leur transmettre l'évidence scientifique sur toute une série de problématiques du moment. C'était les masques - cette affaire des masques. C'était la période de l'aération, de la ventilation. C'était les conseils à donner aux praticiens; toute une série de choses très pratiques. Et puis sont venus les vaccins, une année plus tard, où nous avons depuis lors été extrêmement actifs dans ce domaine.

Nous transmettons nos avis, qui sont en général demandés par les autorités politiques, notamment tous les membres de la CIM (le ministre Vandenbroucke, la ministre Morreale, le ministre Wouter Beke, les ministres bruxellois et germanophone également). Nos avis sont purement scientifiques. Nous vous expliquerons le contexte tout à l'heure dans une des diapositives.

Ce sont des avis purement scientifiques, qui sont réalisés en toute transparence et après déclaration d'éventuels conflits d'intérêts. En fait, il n'y en a pas pour ce qui nous concerne.

Nos avis transitent en général par la *task force* et puis arrivent à la CIM, qui décide.

Jusqu'à présent, tous nos avis scientifiques, nos évidences ont été suivis par nos ministres dans les décisions pratiques sur le terrain. Malheureusement, aujourd'hui on constate la première disparité entre Communautés, puisque je pense que vous avez appris que la Flandre vient de décider d'administrer la dose *booster* aux adolescents, alors que ni Bruxelles, ni la Wallonie, ni la Communauté française ne le font.

Vous voyez, ce n'est pas toujours facile de transmettre ces évidences mais nous allons un petit peu vous montrer maintenant quelles sont nos positions par rapport au CST et à la vaccination obligatoire.

Je cède la parole à M. Fabrice Péters, coordonnateur de notre conseil et qui est responsable notamment de la gestion de nos secrétaires scientifiques et de nos experts en vaccination.

Fabrice Péters: Mijnheer de voorzitter, ik wil de Kamer mijn excuses aanbieden omdat ik deze presentatie niet in de drie landstalen zal aanbieden.

Le **président**: Il y a la traduction, donc il n'y a pas de problème.

Fabrice Péters: Ik zal mijn uiteenzetting alleen in het Frans doen. De presentatie en de schriftelijke documenten van de Hoge Gezondheidsraad zullen in de andere landstalen beschikbaar zijn op de website.

En ce qui concerne le sujet d'aujourd'hui, quelques éléments de contexte. La première chose est que nous vous présentons un avis qui est un *position paper*. Ce n'est donc pas un avis classique du Conseil avec des recommandations fermes et définitives sur un sujet aussi complexe. Nous ne faisons pas de recommandations à proprement parler, mais nous donnons des messages clés. Ce rapport n'a pas été comme les autres rapports du Conseil sur la vaccination validé en leurs noms propres par les experts du NITAG Vaccination, mais a été approuvé par le Bureau et le Collège. Il a donc comme objectif d'avoir un support au débat politique actuel.

Le rapport comporte une synthèse de littérature d'une centaine de références, les résultats d'une enquête en ligne et les réponses des 300 experts et une validation par le Bureau. Les experts du NITAG ont pu émettre des commentaires et des précisions sur la validité scientifique de ce rapport.

Je déclare sur l'honneur n'avoir aucun intérêt direct ou indirect avec le secteur privé des vaccins, des médicaments, des tests, des masques, des appareils de ventilation et autres outils utilisés dans la crise covid. Je n'ai aucun intérêt dans les secteurs professionnels qu'ils soient médicaux, paramédicaux, infirmiers, pharmaciens, les hôpitaux ou les maisons de repos. Je n'ai aucun lien d'intérêt avec le monde et les décideurs politiques belges. J'ai, à titre personnel, un lien hiérarchique direct comme fonctionnaire statutaire avec le président du SPF Santé.

À coté de cela, je voudrais signaler des biais possibles liés à ma pensée. Je suis intimement et scientifiquement persuadé que les vaccins covid-19 et les autres sauvent des vies. Je suis intimement persuadé que l'avis d'un groupe d'experts, multidisciplinaire, sans conflit d'intérêts, que cela soit le Conseil, le GEMS ou des tas d'autres groupes ou experts, doit avoir un poids plus important dans la prise de décision politique que les avis d'experts individuels, surtout en temps de crise et d'incertitudes scientifiques importantes.

Je n'ai personnellement pas été fortement touché au niveau psychologique, médical, financier par la pandémie. Je fais donc partie des privilégiés de cette crise et j'ai donc un recul particulier à son égard. Je ne suis pas un expert covid et je m'exprime ici au nom du Conseil Supérieur de la Santé (CSS) et de son Collège.

Le rapport que vous découvrirez fait cinq messages clés généraux, qui sont des choses assez bien connues mais qu'il est peut-être important de replacer dans le cadre de ce débat. On sait bien que le variant omicron est beaucoup plus contagieux et qu'il a probablement une dangerosité moins importante que le variant delta, ce qui ne veut pas dire qu'il n'est plus dangereux. Il garde quand même une sévérité surtout pour des personnes non-vaccinées et des personnes qui n'ont pas été infectées. Au vu de sa haute contagiosité, nous vivons encore maintenant la vague omicron avec une charge importante sur le système hospitalier et la première ligne et peut-être un peu moins sur les soins intensifs.

Voorzitster: Kathleen Depoorter.
Présidente: Kathleen Depoorter.

Que connaissons-nous d'omicron pour le moment? Une certaine généralisation estime que les vaccins sont efficaces contre les formes graves, les décès, les hospitalisations et l'arrivée en soins intensifs. C'est à présent une quasi-certitude. En revanche, ils le sont beaucoup moins par rapport à l'infection et la transmission de delta. L'effet assez important des vaccins sur delta perd en intensité et en durée avec ce variant omicron. Cela change quelque peu la donne maintenant.

Pour omicron, il est assez clair que le booster, en tout cas pour les adultes, est essentiel et restaure l'efficacité vaccinale. Comme différents orateurs l'ont dit ici, il est donc crucial de poursuivre les actions de communication du risque, d'empathie et de messages positifs envers la vaccination, notamment pour soutenir la dose booster et le fait que les gens aillent chercher cette troisième dose.

Les vaccins offrent une excellente protection, mais pas une protection à 100 %. Nous voyons bien qu'en cas de pic épidémique et de crise aiguë, il reste primordial de maintenir les vaccins, accompagnés de plusieurs mesures non pharmaceutiques telles que la distance physique, la ventilation, la densité de population, les masques – tout cela, bien sûr, sous le couvert du GEMS qui guide nos politiques à cet égard. Il convient de garder à l'esprit que le vaccin ne sauve pas tout, même s'il a changé la donne et que nous n'aurions pas vécu les vagues delta et omicron de la même façon s'il n'y avait pas eu une couverture vaccinale et une immunité des personnes élevées.

Enfin, il importe de focaliser notre attention sur l'augmentation des capacités, et pas seulement financières ou en personnel, mais aussi sur le plan de la flexibilité de tout le système de soins. Nous voyons bien à présent que, si les unités de soins intensifs sont moins sous pression, les hospitalisations classiques et la première ligne le sont bien. C'est pourquoi nous devons continuer à monitorer cette capacité des soignants à prendre en charge les éventuelles autres vagues.

Pour l'heure, nous n'avons pas de modèle mathématique belge permettant de voir précisément l'impact de la vaccination des enfants, du booster sur les données omicron et sur les hospitalisations. Quelques modèles sont en train de nous parvenir à propos de l'impact d'omicron dans le monde, mais nous ne disposions pas des derniers modèles lorsque nous avons rédigé ce rapport.

Ces messages clés étant dits, on rentre dans le sujet important. Nous nous sommes posé des questions et nous avons répondu aux questions qui nous étaient posées sur le CST et l'obligation vaccinale. Ce que je voudrais faire passer comme message est qu'on est justement dans un moment d'accalmie de la pandémie. L'omicron est en train de diminuer. On a un peu plus de temps pour souffler et réfléchir. La sortie de crise est le moment où les gens libèrent un peu la parole. Les frustrations sortent au niveau de la société. Il est donc important de prendre des décisions dans une vision qui vise à calmer la société et à calmer les différentes expressions négatives qui pourraient survenir à ce moment-là.

Est-ce parce qu'omicron n'est plus là que nous devons arrêter la réflexion sur le CST et sur l'obligation vaccinale? Non. Je pense que justement il est important, pendant une période relativement calme, de réfléchir calmement sur ces questions, de façon à être prêts à éventuellement pouvoir endiguer une vague suivante d'omicron, ou une vague suivante d'un autre variant. En effet, à l'heure actuelle aucun expert n'a de boule de cristal et nous ne savons pas vers où cela va évoluer. Il est probable que cela va progressivement se calmer et qu'on va arriver à une maladie plutôt endémique que pandémique, mais, à l'heure actuelle, on ne peut pas le garantir.

Ce qui revient à mon propos, c'est que l'utilisation d'un Covid Safe Ticket en Belgique, principalement lors des pics épidémiques, n'exclut pas automatiquement la discussion et la décision d'une obligation vaccinale et vice et versa.

L'implémentation en Belgique de l'obligation vaccinale, si elle est choisie, n'implique pas automatiquement qu'on exclue l'utilisation d'un CST. La chose importante, que ce soit pour le CST ou pour l'obligation vaccinale, est de définir les objectifs de ces deux outils, de définir l'intensité, ou ce que l'on peut en tirer, et d'avoir surtout les bons indicateurs qui permettent de déterminer que les objectifs que l'on veut atteindre sont toujours bien atteints.

Donc, probablement que les objectifs du CST et de l'obligation vaccinale sont différents. Par exemple, si on regarde le débat en France, ce qu'on appelle le CST 1G, le pass vaccinal, celui qui a été discuté en Belgique, est complètement différent de ce que les Hollandais appellent le CST 1G. Quand on regarde les derniers rapports et les modèles mathématiques des Hollandais, ils démontrent assez clairement qu'en termes de CST, si on a comme objectifs, avec le CST, de limiter l'infection et de limiter le risque lors de grands événements et la propagation en pic épidémique, c'est le *testing* qui est beaucoup plus efficace. C'est tester les gens avant l'événement qui compte, et qu'ils soient vaccinés ou pas a moins d'importance, surtout maintenant en cas de pandémie omicron et avec les facteurs de transmission.

Quand on compare les débats dans les différents pays, il faut faire attention. Ce n'est pas parce qu'on écrit 1G que c'est 1G pass vaccinal et que tout est basé sur la vaccination. C'est l'option que la France a choisie, par exemple, mais ce n'est pas celle qui est défendue aux Pays-Bas.

Vous me direz qu'il est important de se faire vacciner car on se protège soi-même et qu'il y a quand même un effet de la vaccination et de ces vaccins sur la transmission, même s'il est moindre et qu'il est important de se tester pour être certain de ne pas transmettre. Le problème est que si l'on combine ces deux approches, à la fois l'obligation de se faire vacciner via un CST et l'obligation de se tester avant d'aller à un événement, les gens vont vous dire: "Pourquoi dois-je me faire vacciner puisque le vaccin ne fonctionne pas ou ne fonctionne plus et qu'il faut quand même que je me soumette à un test avant d'aller à un événement en cas d'épidémie?"

Le message de combiner les différents outils et d'essayer de leur faire faire tout en même temps est un message complexe au niveau de la communication et c'est un message qui n'est pas toujours bien perçu par la population.

Différents orateurs ont parlé de l'efficacité du CST et je les rejoins assez fort dans ce qui a été dit.

Dans le peu d'études que l'on a sur l'effet du CST, il est clair que celui-ci a aidé à la campagne de vaccination, surtout quand on a une couverture vaccinale faible et surtout quand on a des gens qui sont peu opposés au vaccin, qui sont un peu hésitants. Il est clair que dans les 20 jours qui précèdent l'annonce jusqu'à 40 jours après la mise en application d'un CST, on voit que les pays qui l'ont fait ont une augmentation de leur couverture vaccinale. Maintenant, ce n'est pas nécessairement le cas encore à l'heure actuelle. Il est possible qu'avec la couverture vaccinale actuelle en Belgique, l'efficacité de ce CST vaccinal n'aura pas un impact aussi important sur la couverture vaccinale. Il est donc difficile de savoir si ce pourrait encore être le cas vu la couverture vaccinale déjà élevée en Belgique.

À côté de ces constats quelque peu scientifiques sur l'efficacité du CST, celui-ci peut être vu de façon très négative par certains groupes, notamment au niveau des grandes villes quand cela a été étudié.

La question est de savoir à qui s'adresse ce CST. Qui veut-on aller rechercher par ce CST? Les 7, 8 % des personnes non vaccinées? Mais il faut savoir qui sont ces personnes. Une étude française de l'INSERM nous dit qu'en France, au sein de 10 % de personnes non vaccinées, essentiellement un tiers d'entre elles n'arrivent pas à payer leurs factures, ne parviennent pas à voir un médecin généraliste, ne vont pas chez le dentiste, sont complètement éloignées des systèmes de soins. Empêcher ces gens d'aller au restaurant, au théâtre ou au cinéma, n'aura pas d'effet. Pour ces gens, il faut plutôt mettre en place des actions de proximité, aller vers eux et cela fera en sorte de les toucher et de les convaincre de se vacciner.

Parmi les non-vaccinés, il n'y a pas que ces gens-là. Il y a aussi à côté de ces gens-là, qui en France représentent un tiers, le reste de la population, des gens intimement convaincus que le vaccin ne marche pas. On retrouve là-dedans l'extrême gauche, l'extrême droite et toutes les pensées extrêmes que je ne qualifierais pas d'écologistes mais d'extrêmes naturels où les gens se disent qu'ils sont plus forts que le vaccin, que leur immunité est meilleure, qu'ils n'ont pas besoin de vaccin et qu'ils peuvent se laisser infecter par le variant Omicron, et qu'ils vont s'en sortir. On a quelques exemples malheureusement médiatiquement fortement présents qui nous montrent que le danger est bien réel.

Mettre en place un CST uniquement vaccinal dans le but d'aller rechercher ces gens qui sont idéologiquement opposés au vaccin, il n'est pas certain que cela marchera et que ce sera efficace.

Par contre, il est clair que le CST peut être encore utile vaccinalement parlant pour *booster* la campagne de la troisième dose. Il est clair qu'on a là des gens qui hésitent encore un peu, qui reculent, qui se posent des questions. Le CST peut les aider ou plutôt les encourager.

Dans le CST, ce qui est le plus embêtant, c'est qu'il peut avoir des effets négatifs sur les autres programmes de vaccination, sur la confiance que les gens ont par rapport aux autres effets de vaccination. Cela a été mentionné régulièrement, que cela soit les CST ou l'obligation vaccinale. Cela peut créer une augmentation de l'hésitation vaccinale. On peut aussi créer une saturation au sein de la population à cause des messages qu'ils reçoivent et parfois, quand le CST est mal compris dans ses objectifs, on manque de cohérence dans les messages à l'égard de la population. Si les messages ne sont pas cohérents, clairs et clairement explicables, la population hésite et se met en retrait.

Enfin, dans le contexte du variant Omicron, on sait que le CST peut avoir créé un faux sentiment de sécurité: je suis vacciné, j'enlève le masque, la ventilation, je vois tout le monde. Dans le contexte du variant Omicron, la vaccination et le CST uniquement basé sur la vaccination pourraient augmenter ce problème de sentiment de fausse sécurité.

Pour résumer tout cela, le Conseil trouve acceptable d'utiliser le CST ou d'autres moyens d'encouragement. Il y a des pays qui paient les gens éventuellement pour se faire vacciner ou, comme un autre orateur disait, qui répondent à leurs besoins primaires actuels et qui, en même temps, essaient de les amener à la vaccination. Mais par contre, il est beaucoup plus questionnable pour le Conseil, et cela été dit aussi par le Comité de Bioéthique avec qui nous avons travaillé: configurer ces outils CST de protection d'un événement pour en faire une obligation vaccinale déguisée, je pense que ce n'est vraiment pas ce qu'il faut faire. Là, on est opposé avec l'option française actuelle qui déguise quelque part une vaccination obligatoire par un CST de plus en plus contraignant. Donc là, nous serions plus en faveur d'une réflexion et pas d'une recommandation pour l'obligation vaccinale, mais d'une réflexion sur l'obligation vaccinale.

Ce qui m'amène à la suite de la discussion, c'est-à-dire la discussion sur l'obligation vaccinale. Elle aussi, elle doit être calibrée avec les bons indicateurs et avec les bons objectifs. Dans le cadre de cette discussion, le Conseil a déjà mis un avis favorable sur l'obligation vaccinale pour les soignants. En tous les cas, il a dit que c'était une mesure scientifiquement et éthiquement acceptable pour nous. Nous ne parlons pas et nous ne voulons pas parler à l'heure actuelle de nos connaissances scientifiques, éthiques et légales sur l'obligation vaccinale pour les mineurs. C'est clairement en dehors du scope de la discussion d'aujourd'hui pour le Conseil.

Qu'est-ce qu'on peut dire de l'obligation vaccinale? On peut avoir un effet d'une obligation vaccinale. Les pays qui ont mis en place l'obligation vaccinale – il y a pas mal de données au niveau UK, au niveau USA, dans différents autres pays européens –, on constate aussi qu'il y a un effet de l'obligation vaccinale. Mais c'est clair que plus on est dans une vaccination haute, une couverture haute, plus cet effet est faible. Et ce n'est pas parce qu'il y a une augmentation de la couverture vaccinale que les gens changent d'avis. Cela a été répété à plusieurs reprises par différents orateurs.

Par contre, dans le cadre du contexte de l'obligation vaccinale, je pense qu'il est important qu'on ne mette pas en place l'obligation vaccinale sans prévoir une compensation en cas d'effets secondaires. Ce n'est pas nécessairement une compensation parce qu'on a commis une faute mais, à partir du moment où l'État imposerait une obligation vaccinale à ses citoyens, ce serait casser le contrat social de confiance en disant "s'il vous arrive quelque chose, nous, on ne fait rien, il n'y a pas de compensation". Donc, l'obligation vaccinale est aussi très fortement et intimement liée au fait de compenser éventuellement les problèmes.

Comment sortir de cette situation? En tous les cas, comment essayer d'y réfléchir au niveau de cette situation? Actuellement, l'obligation vaccinale pour le covid ne peut pas être considérée comme l'obligation pour la polio. Comme cela a été dit, la polio est un autre virus. On a un autre recul sur ce virus. On a un autre recul sur les vaccins, et on a des années de recul sur cette pathologie. Ce faisant, dire qu'on est dans la même situation pour le covid et opter pour une obligation vaccinale fixée dans la loi ne constitue pas, selon moi, une bonne approche.

Si on veut travailler sur l'obligation vaccinale, il faut se poser les bonnes questions. Pourquoi imposer la vaccination? Par exemple, le covid-19 et les personnes non vaccinées entraînent-elles toujours un report des soins pour les autres patients? En effet, c'est cet aspect qui est probablement le plus inacceptable. Même s'ils sont moins remplis au niveau des soins intensifs, si les hôpitaux se remplissent de patients non vaccinés qui ne devraient pas y être et que cela implique le report

d'autres soins pour des patients cancéreux et pour des patients cardiaques, cela pose une question éthique, politique et juridique. Donc, un des critères pour décider si oui ou non on opte pour l'obligation vaccinale est le degré de report des soins pour les autres patients.

J'en arrive à un autre critère important qui pourrait faire l'objet de la réflexion sur l'opportunité de l'obligation vaccinale. Le personnel de santé au sens large est-il capable humainement, moralement d'assumer une autre vague? Ils ont assumé celle qui se termine. Mais comme il est possible qu'il y en ait d'autres, sans qu'on en connaisse l'ampleur, la question de savoir si notre système de santé lui permet de tenir le coup est une question qui doit éventuellement être intégrée dans le débat.

Enfin, il y a l'aspect coût-efficacité de l'obligation vaccinale versus non-obligation vaccinale. Autrement dit, quel est le prix de la liberté de ne pas se faire vacciner? Le prix de cette liberté doit être clairement établi et faire l'objet d'une décision de l'État, des représentants de celui-ci. De cette façon, la société accepterait que certaines personnes aient la liberté de choisir parce que d'autres mesures seront mises en place, mesures qui seront peut-être la conséquence de leur non-vaccination. Mais on entre ici dans un débat beaucoup plus économique et hautement politique.

Ce ne sont là des indicateurs qui ne sont pas les seuls. En fonction de la réponse à ces questions aujourd'hui et, éventuellement, dans le futur, on peut décider de ne pas opter ou d'opter pour l'obligation vaccinale, d'adapter celle-ci ou de l'arrêter à un moment donné. Il est important de pouvoir expliquer pourquoi on le fait, de pouvoir mesurer pourquoi on le fait, et de pouvoir dire si oui ou non c'est toujours d'actualité.

Le contrôle de l'obligation vaccinale est un problème. Les possibles sanctions, le niveau de celles-ci que l'on pourrait prévoir dans le cadre de l'obligation vaccinale sont aussi un problème. Il s'agit de problèmes purement d'ordre politique, juridique et éthique. Ils sortent du *scope* du document que je vous présente.

On s'est posé la question de savoir comment l'organiser. Sur quels critères? Il est clair qu'au niveau du Conseil, on pense que l'âge est le critère le plus juste pour une obligation vaccinale éventuelle. Il est clair que l'âge est le *driver* principal de la pathologie et le *driver* principal du covid-19 depuis des années. On pourrait se dire aussi "les comorbidités". Certains patients avec des comorbidités importantes, même s'ils sont plus jeunes, vont aussi à l'hôpital. Il importe donc de les protéger eux-mêmes ou, en tout cas, de protéger le système hospitalier. Après beaucoup de discussions, on a choisi de ne pas aller dans cette approche-là. Le Comité de Bioéthique également était assez opposé au fait de la double peine, c'est-à-dire de ne fixer l'obligation vaccinale que sur des gens qui ont déjà des maladies, des comorbidités.

Pour l'obligation vaccinale, je pense qu'il est mieux de choisir l'âge et faire supporter ce risque et cette pression de l'obligation vaccinale par rapport à un critère plus juste qu'est l'âge. C'est notre proposition à ce stade mais il est possible qu'on aille vers autre chose. Cela signifie que, si les autorités par le moyen de l'obligation vaccinale décident de limiter la mortalité – ce qui est important, c'est qu'il y ait le moins de morts possibles –, l'obligation vaccinale pourrait se limiter éventuellement aux personnes âgées de plus de 65 ans, sachant bien que ces personnes-là ont déjà un haut taux de couverture vaccinale. On ne parle ici que, éventuellement, de la protection de la mortalité.

Par contre, si, par le moyen de l'obligation vaccinale, les autorités décident d'essayer de limiter la charge sur les hôpitaux, de limiter le report des soins dans les hôpitaux, parce que c'est important que les soins puissent se faire aux patients autres que les patients covid non vaccinés, l'obligation vaccinale pourrait être envisageable à partir de 40 ans. J'aurais pu dire ici 45 ans, 50 ans ou 55 ans. Peu importe pour nous la discussion de l'âge. C'est au niveau de cette tranche d'âge-là. Si on est un peu plus prudent, on met 40 ans. Si on est un peu moins prudent, on met 50 ou 55 ans. Mais c'est à partir de ce moment-là qu'on a une augmentation des entrées à l'hôpital. Si l'objectif est de limiter la surcharge et le report des soins, c'est dans ces alentours-là que l'obligation vaccinale pourrait se faire. Bien sûr, on pourrait se dire qu'on vaccine tout le monde à partir de 16 ans ou les majeurs à partir de 18 ans. À ce moment-là, on se dit qu'on a le maximum d'effets. Oui, mais quels effets? On ne va pas avoir un gros effet sur les hôpitaux, puisque les enfants et les adolescents ne vont pas à l'hôpital. Mais on pourrait avoir un effet, par exemple, sur les consultations de première ligne pour des problèmes respiratoires.

Il y a toutefois une remarque importante. Plus on vaccine tôt et plus on oblige les gens jeunes à se vacciner, en cas d'effets secondaires chez ces patients-là ou chez ces personnes-là, un jeune de 20 ans par exemple, le nombre d'années de vie de qualité perdues par un effet secondaire grave est beaucoup plus important que pour quelqu'un de plus âgé. Ces ordres de grandeur et cette approche qu'on vous propose pour des raisons de simplification et de clarté des décisions devraient

être, si possible, uniformes au niveau européen et mondial. Pour le niveau européen, cette uniformité concernerait le CST et l'obligation vaccinale. C'est cela le gros enjeu de clarté et de cohérence aussi pour la population. C'est d'avoir des décisions qui soient claires et acceptées un petit peu partout. Je sais que je prêche un peu dans le vide mais je pense que c'est quand même quelque chose d'important. C'est pour cela que si l'Europe décide que c'est 50 ans, ne vous fiez pas aux 40 ans du Conseil supérieur de la Santé, allez sur 50 ans car cela donnera peut-être plus de cohérence.

Pour soutenir un petit peu ce débat, nous avons fait le même type d'enquête qui a été présentée juste avant. Nous avons demandé aux 1 700 experts du Conseil leur position à ce sujet et 300 experts larges au niveau de l'expertise, c'est-à-dire pas uniquement des gens qui sont spécialisés dans les maladies infectieuses ou dans la vaccination mais un large réseau d'experts ont répondu à la question.

Que voit-on dans les réponses? À gauche, vous voyez que pour le Covid Safe Ticket, il n'y a pas de consensus ou en tout cas, il y en a très peu. Le bleu, c'est le CST tel qu'il est maintenant, le 3G. Le rouge, c'est le CST 2G, donc vaccinal et guéri. L'orange, 32 %, c'est le CST de type pass vaccinal uniquement. On a oublié, parce qu'on n'avait pas encore les données, de poser la question du pass vaccinal 1G hollandais, c'est-à-dire un pass vaccinal dont l'élément majeur pour limiter les risques dans les grands rassemblements est le *testing*.

Par contre, à droite, vous avez les résultats de l'enquête sur l'obligation vaccinale. Là, étonnamment pour nous, c'était plus clair mais c'est assez cohérent avec l'autre enquête. On est aussi plus ou moins à 70 % des experts belges qui ont répondu à l'enquête qui sont plutôt en faveur de l'obligation vaccinale. Ce qui nous a aussi étonnés, ce sont les âges à partir desquels il était possible de le faire. Ils étaient plus bas que ce que l'on imaginait. On a donc plutôt une obligation vaccinale basse dans les niveaux d'âge.

Alors attention, cette enquête a été créée et lancée au moment de la vague delta, avant d'avoir des données importantes au niveau d'omicron. Cela veut donc dire qu'au fur et à mesure où les données d'omicron vont avancer, il est tout à fait possible que ces résultats changent, et changent vers, peut-être, moins de positions tranchées au niveau des experts.

Voilà donc les résultats: 93 % des experts favorables au maintien d'un CST - peu importe la forme, c'est le GEMS qui est mandaté pour la définir - en tous les cas pendant les pics épidémiologiques. Il n'y a pas tellement de consensus sur la forme qu'il doit avoir.

Au niveau du Conseil, déjà à deux reprises, on a recommandé qu'une fois que tous les adultes ont eu l'opportunité de se faire vacciner, il devient de moins en moins acceptable d'appliquer le CST aux enfants et aux adolescents. Limiter le plus rapidement possible les mesures liées au CST et au statut vaccinal des enfants, c'est vraiment quelque chose qui reste important pour nous, même si nous n'avons pas été suivis très rapidement quand nous avons fait ces recommandations-là.

À l'époque de delta, et en incertitude d'omicron, on avait 72 % des experts qui étaient plutôt en faveur, mais pas pour une durée indéterminée dans le temps, d'une obligation vaccinale.

Et je finirai sur ce sujet. Quand on aura défini ces indicateurs, l'obligation vaccinale telle qu'elle existe, il ne faut pas la maintenir à vie. On pourrait très bien décider de la prévoir pour deux ans, trois ans, quatre ans, éventuellement, et dire: on va réviser et on va revérifier les indicateurs chaque année. Et chaque année, on va revérifier si les objectifs que l'on se fixait vont, oui ou non, être rencontrés par cette obligation vaccinale; en fonction des réponses, on la maintient ou on l'arrête à un moment donné.

C'est important qu'on ne réfléchisse pas en termes: "On oblige la vaccination, et c'est à vie, et c'est définitif, et c'est décidé."

Voilà les messages que le Conseil voulait faire passer et voulait donner dans le cadre de ce débat qui est important pour nous et qui mérite toute votre attention. Je vous remercie pour votre patience jusqu'à une heure si tardive.

Sofie Merckx (PVDA-PTB): Mevrouw de voorzitster, ik vind dat we deze namiddag veel geleerd hebben over alternatieven om op het terrein, met het oog op de lange termijn, het vertrouwen te versterken in vaccinatie alsook in publieke gezondheid. Ik heb woorden gehoord als luisteren, bottom-up, dicht bij de mensen, zaken doen en we hebben daar veel concrete voorbeelden van gekregen. Geduld zou ik er nog aan toevoegen, omdat we in dit debat geneigd zijn te denken dat we het allemaal snel kunnen oplossen.

Ik heb twee vragen voor zowel de heer Arrazola als de heer Smeesters. U hebt aangehaald dat twijfel rond vaccinatie ook leeft bij sommige mensen die in de gezondheidszorg werken. Het plan bestaat

om vaccinatie te verplichten bij gezondheidswerkers. Als we over vertrouwen spreken, dan is dat iets wat die gezondheidswerkers soms gemist hebben: vooral in sommige woonzorgcentra werden ze erg aan hun lot overgelaten tijdens de eerste golf, wat gezorgd heeft voor wantrouwen tegenover de directie, van wie de vaccinaties uitgaan. Dat vang ik op als ik met die mensen praat. Daarover wilde ik jullie graag horen. Is er voor die mensen een andere aanpak nodig? Zijn jullie daar voor een verplichting? Ik dacht, mijnheer Arrazola, dat u ervoor was voor bepaalde personen op bepaalde afdelingen, maar zeker niet veralgemeend.

Wat de Hoge Gezondheidsraad betreft, deze namiddag kwam het persbericht binnen waarin die een vaccinatieplicht zou ondersteunen, wat bij mij niet meteen overkomt als een element dat voor rust binnen deze discussie zou zorgen. Mijn vraag is ook de volgende. Er is hier gezegd dat een vaccinatieplicht eventueel op korte termijn een goed idee is, maar hoe kijkt u als Gezondheidsraad naar het bestrijden van de pandemie en de volksgezondheid op lange termijn? Heeft u daar ook rekening mee gehouden toen u dat advies opstelde? Dan heb ik het over inzetten op ventilatie, testing en tracing, zoals de heer Arrazola het heeft uitgelegd, voor het geval een nieuwe variant opduikt waarvoor het vaccin misschien niet efficiënt is. Hoe heeft u die afweging gemaakt?

Ik heb ook gehoord dat u voorlopig geen positief advies heeft gegeven om een booster te geven aan de jongeren. Maar u bent wel voor het verplichten van de vaccinatie. Ziet u daar ook geen tegenstelling in?

Als ik het goed begrijp, zegt u dat we de jongeren geen boosterprik gaan geven, omdat er geen Europees advies over is voorlopig, maar we gaan de vaccinatie wel verplichten met de boosterprik. Daarin zie ik een tegenstelling, maar ik kan me vergissen.

Barbara Creemers (Ecolo-Groen): Dank u wel aan de sprekers. Het is niet zo dankbaar om op het einde te moeten tussenkomen, maar ik denk toch dat u allemaal een waardevolle bijdrage heeft geleverd.

Ik heb twee vragen voor mevrouw Brems. U zei heel terecht dat het Parlement alle belangen moet afwegen voor we mogelijk zouden overgaan tot een verplichte vaccinatie. Ik weet niet of u de lijst heeft gezien, of heeft kunnen volgen wie er allemaal hier gepasseerd is. Daarstraks hebben we dan ook nog besloten om nog iemand te zien die komt spreken over gegevensbescherming. Pedro Facon passeert ook nog. We gaan ook het middenveld nog horen, met de sociale partners. Hebben we dan in uw ogen een voldoende grondige oefening gedaan? Of hebben we iemand totaal over het hoofd gezien?

Tijdens deze vier dagen hebben we het heel vaak over mogelijke sancties gehad. U heeft nog een waardevolle toevoeging gedaan, met name toen u sprak over een boete die mogelijk nog door een rechter proportioneel kan bepaald worden. Maar daar blijf ik een beetje mee zitten. Wat gebeurt er na die boete? Hebben we dan het doel van de vaccinatie bereikt? Moet het een terugkerende boete zijn? Vooral het woord alternatieve sanctie heb ik heel vaak gehoord, maar ik heb er nog geen enkel goed voorbeeld van gehoord. Hebt u voorbeelden van goede alternatieve sancties, eventueel uit andere landen?

Dokter Arrazola de Oñate, we hebben hier al veel goede zaken gehoord over de motiverende, persoonlijke aanpak. De eerste keer is nu het woord 'straathoekwerker' vermeld. Kunnen de *community health workers* hier een rol spelen? Wat met de intercultureel bemiddelaars, die al een mooie geschiedenis hebben uitgebouwd in ons land?

Vaak wordt een hoofdrol toebedeeld aan de huisartsen. Hoe ziet voor u het ideale team eruit dat in de wijken de twijfelaars gaat aanspreken?

Dokter Smeesters, u hebt heel interessante zaken verteld over de communicatie in de scholen. Ik kan mij inbeelden dat het perfect werkt om via de kinderen te communiceren met de ouders in een één-op-éénrelatie, tijdens een consultatie. Maar stuit dat niet veel op weerstand, als u dat op school doet? Hoe reageren ouders die nog weerstand hebben, als hun kind thuiskomt en zegt dat het wil gevaccineerd worden? Hoe is dat in Brussel verlopen?

De sprekers van de Hoge Gezondheidsraad verwezen naar de enquête die afgenomen is einde delta, begin omikron, dus vermoedelijk in december. De mensen die toen een uitgesproken mening hadden, zijn intussen vaak van gedacht veranderd. Zit er een nieuwe bevraging in de pijplijn en kunnen we daar de resultaten van krijgen?

Als ik na de voorbije vier dagen een snelle analyse maak, zien we nu, op dit moment, geen draagvlak voor een verplichting. Maar in de toekomst, met een veel ernstigere golf, behoort dat misschien nog wel tot de mogelijkheden. Is er een rol weggelegd voor de Hoge Gezondheidsraad om dat momentum te bepalen? U hebt meer zicht op hetgeen allemaal wereldwijd gebeurt. U hebt heel veel zicht op literatuur die verschijnt. Is er voor u

een rol weggelegd om ons, het Overlegcomité en de regering te alarmeren als u denkt dat zo'n moment wel in zicht is?

Hervé Rigot (PS): J'essaye de rassembler mes idées, car les auditions de ce jour ont été très riches. Je vais tenter de structurer au maximum.

Mes premières questions s'adressent à M. Arrazola de Oñate. Vous avez un discours clair: il faut se faire vacciner et booster. C'est ce que vous avez dit au début de votre présentation. J'ai noté aussi un message important de votre part: la prévention inclut la vaccination. Notre objectif est de protéger, et d'éviter de graves conséquences pour tous, notamment la saturation du réseau hospitalier et le report des soins. Vous évoquez la prévention comme stratégie, une bonne campagne de communication fondée sur la confiance et la proximité. Pourriez-vous me donner des bonnes pratiques de campagnes de communication?

Rejoignez-vous la proposition formulée la semaine dernière par Marius Gilbert, le choix vaccinal obligatoire? Quelles seraient les personnes de confiance dont vous parlez, qui seraient des personnes de première ligne qui pourraient, on l'espère, motiver les personnes à se faire vacciner? Je parle de celles et ceux que l'on n'a pas encore réussi à toucher aujourd'hui.

J'ai entendu également que vous aviez un regard critique sur ce qui a été mis en place au départ. Vous dites qu'on n'aurait pas dû passer par des *helpdesks* un peu professionnels, mais plutôt par des personnes de contact. C'est sans doute une option, mais je pense que la charge du *tracing* était présente, qu'elle n'était pas évidente et ne permettait pas d'aller dans ce sens à ce moment-là. Je serais donc curieux d'entendre vos propositions pour en tenir compte pour le futur. Cela peut évidemment être très utile, de façon très constructive, pour l'avenir quel qu'il soit, hors covid aussi.

Monsieur Smeesters, merci d'abord pour votre présentation très claire et très intéressante puisqu'elle était étayée par une enquête riche. Il était fondamental de vous entendre sur la question de la vaccination pour les enfants. Bien sûr, nous vous rejoignons sur le long terme, sur la nécessité de renforcer la prévention. Mais ce que l'on cherche à définir dans cet exercice, c'est ce qu'on peut mettre en application si la situation se dégrade à nouveau. En effet, on espère qu'on part vers une endémie. Aujourd'hui, on peut peut-être parler d'accalmie, mais on est toujours dans une pandémie. Que peut-on mettre en œuvre et que peut-on faire pour avoir la confiance des citoyens? Dans les pratiques en cours aujourd'hui – CST, pass vaccinal et vaccination obligatoire –, s'il fallait faire un choix, dans quel ordre les placeriez-vous? Lesquelles heurteront la confiance et lesquelles aideront à l'obtenir?

À un moment donné, je me dis que si l'on vaccine obligatoirement, la confiance des citoyens en sera aussi modifiée. "S'ils le font avec les experts qui disent qu'il faut le faire, c'est que c'est la voie que nous devons choisir pour nous protéger tous." Mais c'est vous l'expert en question.

Vous parlez aussi beaucoup de prévention, et nous y adhérons évidemment. Voyez-vous des incitants positifs qui pourraient toucher les non-vaccinés? Nous avons encore des friches très complexes à aller trouver et convaincre. Quels seraient les incitants positifs et, a contrario, les sanctions?

Merci aussi à MM. Nève et Peeters, du CSS, pour leurs contributions permanentes et nécessaires pour aiguiller les différents gouvernements et les aider à prendre les meilleures décisions qui leur appartiennent. Vous avez parlé à juste titre, monsieur Peeters, d'accalmie et non de fin de pandémie – cela doit nous inviter à la prudence, je le répète –, et de la précaution pour prévenir toute nouvelle vague. Vous indiquez qu'on pourrait poser des conditions d'activation de l'obligation vaccinale, au moyen d'indicateurs tels que la durée et d'autres critères. Cette question doit-elle s'envisager différemment en fonction des vaccins disponibles et de ceux qui sont attendus ou encore des traitements à venir?

Concernant le CST, son impact fut initialement très élevé sur le taux de vaccination et, indirectement, sur la pression hospitalière. Aujourd'hui, comme le taux de vaccination augmente plus fortement, l'impact du CST est probablement moindre. Pourrions-nous disposer d'indicateurs nous permettant de dire l'impact du taux de vaccination sur la pression hospitalière, puisque vous indiquiez que c'était l'un des enjeux, et sur le report de soins? En gros, qu'avons-nous pu éviter comme hospitalisations en soins intensifs et comme reports de soins grâce au taux de vaccination? Que pourrions-nous éviter si nous augmentons de 5 ou de 10 %?

Le commissaire corona a rendu son avis, avant de connaître le vôtre. J'imagine bien que vous en avez pris connaissance. Selon vous, des éléments essentiels étaient-ils absents dans cet avis pour fonder cet avis?

Et puis, vous considérez que l'âge constitue le critère le plus juste. Néanmoins, Unia estime que c'est difficile d'opérer de la sorte, puisqu'il y aura aussi des distinctions entre les adultes. N'est-il pas

préférable de dire que la vaccination doit viser tous les adultes, plutôt qu'une certaine tranche d'âge parmi eux?

Dominiek Sneppe (VB): Ik heb enkele korte vragen die niet specifiek tot iemand zijn gericht, maar wie zich geroepen voelt, kan antwoorden.

Ik heb al aan verschillende sprekers vragen over de reclame over de kindervaccinatie gesteld, maar ik heb nog niet echt een antwoord gekregen. Ik hoop dat ik in deze laatste sessie toch een antwoord krijg.

Het advies van de Hoge Gezondheidsraad en het Bio-ethisch comité was dat de vaccins aan kinderen, vooral met onderliggende aandoeningen, kon worden aangeboden. We zien nu dat de vaccinatiecampagne volop op de kindervaccinatie is gesprongen en het niet alleen aanbiedt, maar ook veel campagne voert met filmpjes en influencers. Bepaalde CLB's nemen dit ook zeer letterlijk op en gaan zelfs vaccineren zonder toestemming van de ouders.

Hoe staat u daar tegenover? Was dat de bedoeling of de achterliggende visie in jullie advies? Ik had het anders geïnterpreteerd, maar ik kan het uiteraard fout hebben. Hoe staan jullie tegenover die, toch wel agressieve, campagne voor kindervaccinatie?

Ik heb een specifieke vraag voor professor Arrazola de Oñate. U zei: ik geef advies, gevraagd of ongevraagd, aan de adviesraden alomtegenwoordig. Bent u gevraagd door een of andere adviesraad tijdens de coronacrisis? Was dat eenmalig, af en toe of regelmatig? Ik ben daar toch wel nieuwsgierig naar.

Een volgende vraag is ook voor u en dokter Smeesters. Het coronavirus wordt met de omikronvariant minder ziekmakend en zwakt af. Zou het kunnen dat de volgende variant nog zwakker is en het coronavirus daardoor endemisch wordt en we daarna een golf van het griepvirus over ons krijgen? Door het coronavirus werd dit heel sterk onderdrukt, want we hadden bijna geen griepgevallen meer. Er werd toch niet over gerapporteerd. Kan het griepvirus door het verzwakken van het coronavirus een boost krijgen? Moeten we met dat griepvirus op dezelfde manier omgaan als we nu met het coronavirus zijn omgegaan? Moeten we dan ook extreme maatregelen nemen, zoals lockdowns en CST en misschien een verplichte vaccinatie? Ik hoor graag uw visie daarover.

Ook hoor ik graag uw visie over het feit dat de Vlaamse tieners van minister Beke vrijwillig een booster mogen halen, tegen de adviezen in van de Hoge Gezondheidsraad en het EMA. Nu opeens mag het advies van het EMA naast zich worden gelegd, terwijl dat voor andere zaken niet mocht. Wat is uw visie ter zake?

Daniel Bacquelaine (MR): J'avais une précision à demander à Mme Brems. Si j'ai bien entendu, le CST doit être considéré comme une mesure de protection de santé publique plutôt que comme une mesure d'incitation à la vaccination. Mais dans les faits, il faut bien observer que très clairement, à partir du moment où on ajoute le booster dans le CST, c'est effectivement – M. Péters l'a dit – une incitation à la vaccination. Cette dichotomie entre la protection de la santé publique et l'incitation à la vaccination me paraît un petit peu discutable. En fait, me semble-t-il, et je voulais avoir l'avis de Mme Brems là-dessus, l'incitation à la vaccination est un objectif de santé publique. Donc, je pense que le CST doit être vu de cette façon: à la fois comme une incitation à la vaccination mais comme une mesure de protection de la santé publique. Ce qui veut dire d'ailleurs que les critères de proportionnalité et de légitimité etc. doivent être appliqués au CST comme ils devraient être appliqués dans le cadre d'une obligation vaccinale. Je pense qu'à cet égard, il n'y a pas de différence.

J'entends qu'on parle beaucoup – et je fais référence à l'exposé remarquable du professeur Verdussen ce matin – des critères de proportionnalité, de légitimité des objectifs et de proportionnalité pour l'obligation vaccinale comme pour le pass vaccinal, mais cela s'applique aussi, me semble-t-il, par rapport au CST.

J'ai une question plus spécifique pour M. Smeesters. Je suis intervenu après l'exposé de Mme Larson dans le même sens, en disant combien les enfants et les adolescents pouvaient être eux-mêmes les acteurs d'une appropriation du débat sur le vaccin et qu'on utilise peut-être trop peu cette façon d'associer davantage les enfants et les adolescents dans le débat sur la vaccination. Souvent, les enfants et les adolescents sont effectivement les ambassadeurs, en ce compris auprès de leurs parents, par rapport à des sujets dont ils peuvent bénéficier notamment dans le cadre des programmes scolaires.

Je ne sais pas ce qui se fait exactement dans les programmes, et cela dépasse bien sûr le niveau fédéral puisque cela touche aux Communautés. Dans le programme pédagogique de notre enseignement, peut-être y aurait-il un intérêt à formaliser davantage un cours sur l'histoire de la santé publique et de la vaccination, et sur les grands progrès réalisés en termes de santé publique, et la façon dont la vaccination a permis

de vaincre toute une série de maladies, ou en tout cas de les juguler?

Je trouve que formaliser un programme avec des pédiatres, des pédagogues, des infectiologues, des immunologues, sur l'histoire de la vaccination et les grands progrès de la santé publique, ce serait une façon de sensibiliser davantage les enfants et les adolescents à cette question. On se rend compte que c'est bien utile aujourd'hui. Merci de votre attention.

Nawal Farih (CD&V): Mijnheer Arrazola de Oñate, ik heb een vraag aan u over het inzetten van vertrouwenspersonen om antivaxers mee te overtuigen. Ik vraag mij af of wij daarmee een goed bereik zouden kunnen halen. Kunt u daarover iets concreter zijn? Hoe zou u dat precies willen aanpakken?

U zei ook dat een verplichte vaccinatie het allerlaatste is dat wij mogen inzetten, dat er mildere maatregelen zijn die ook genoeg impact zouden kunnen hebben. Kunt u voorbeelden geven? Aan welke mildere maatregelen denkt u om dan in te zetten?

Mijnheer Smeesters, u liet een enquête van de pediaters zien. Daaruit bleek dat er voornamelijk in Wallonië en Brussel een grotere voorkeur is voor een verplichte vaccinatie bij volwassenen. Hoe verklaart u dit precies? Valt dit te verklaren door het feit dat er in die regio's een lagere vaccinatiegraad is? Of hebt u een andere verklaring daarvoor?

Mevrouw Brems, u verwees naar de rechtspraak van het Europees Hof, dat ook een vaccinatieplicht voor tetanus zou aanvaarden, ondanks het feit dat die vaccinatie niet beschermt tegen transmissie en groepsimmuniteit niet kan bereikt worden met een vaccinatieplicht voor tetanus. Meerdere sprekers de voorbije dagen gebruikten het argument dat vanwege het feit dat groepsimmuniteit niet behaald kan worden door een vaccinatieplicht, een vaccinatieplicht voor corona niet aan de orde zou zijn. Kunt u uw inzichten daarover geven? Kunt u ons een vergelijking maken tussen de vaccinatieplicht voor tetanus, die door het Europees Hof wel als aanvaardbaar wordt gezien, en een vaccinatieplicht voor corona, die door heel veel experts als niet-aanvaardbaar wordt gezien, vanwege het niet bereiken van die groepsimmuniteit?

Robby De Caluwé (Open Vld): Ik heb niet zoveel vragen meer aangezien er al veel antwoorden werden gegeven.

Mijnheer Smeesters, ik wil van u graag nog een zicht krijgen op wat eventueel de medische voordelen zijn van vaccinatie van kinderen. Zijn er ouders die daarover vragen stellen? We weten dat kinderen nu wekenlang onderwijs moeten missen door bijvoorbeeld quarantaine. Dat betekent niet alleen dat ze geen les krijgen, maar ook dat ze hun vriendjes niet zien. Voor kinderen in kwetsbare thuissituaties is quarantaine of isolatie soms erger en zelfs gevaarlijker dan corona zou kunnen zijn. Ik zie dat ook in mijn gemeente.

Ook twijfelen heel veel ouders vanwege de mogelijke gevaren van vaccinatie. Ook daar verneem ik graag van u wat er gevaarlijk zou kunnen zijn aan vaccinatie en hoe die gevaren opwegen tegen de voordelen.

Ik richt mij tot de Hoge Gezondheidsraad. Als ik een eerste conclusie mag trekken op basis van de hoorzittingen die we nu al vier dagen hebben gehad, dan denk ik dat een vaccinatieplicht of een 1G-beleid waarschijnlijk nog moeilijk te verdedigen is om de verschillende redenen die we hier hebben gehoord. We moeten echter ook naar de toekomst kijken. Ik vraag mij af of wij bij een eventuele gezondheidscrisis het debat rond een eventuele vaccinatieplicht niet sneller moeten voeren. Wat is uw mening daaromtrent?

Karin Jiroflée (Vooruit): Ook ik bedank alle sprekers voor de heel interessante uiteenzettingen op deze laatste hoorzittingen.

Ik heb twee vragen aan alle sprekers. De eerste vraag bouwt voort op de redenering van het FIRM en van professor Brems over het CST. Als ik het goed heb begrepen, scoren zowel het CST als een 1G-beleid niet goed wat betreft proportionaliteit en doelmatigheid omdat de restricties die een CST in sommige sectoren oplegt disproportioneel zijn aan de gezondheidswinst die erdoor wordt gerealiseerd nu omikron dominant is.

De omikronvariant is, zoals wij allen weten, een gamechanger geweest. Het debat over het vaccinatiebewijs gaat echter ook over de toekomst en onze weerbaarheid ten aanzien van mogelijk meer agressieve varianten of varianten die ons treffen op een moment waarop we minder voorbereid zijn en er veel slachtoffers dreigen te vallen. In die redenering, begrijp ik goed dat wanneer het recht op gezondheid onder druk staat, een vaccinatiebewijs wel breed verplicht kan worden voor meerderjarige personen, gewoon om het risico van ziekte te beperken? Ik zie u bevestigend knikken, dus ik denk dat ik daarmee juist zit, maar ik hoor het antwoord toch nog graag.

Ik heb nog een tweede vraag over hetzelfde onderwerp, het recht op zorg. Het is goed dat de Hoge Gezondheidsraad ons nog eens wijst op het

probleem van de uitgestelde zorg, een groot probleem in deze crisis. Er wordt gezondheidsschade aangericht, gewoonweg omdat onze zorgverleners hun handen vol hebben met covid. Valt er met een vaccinatieverplichting dienaangaande winst te boeken? Hoe moet dat volgens u desgevallend juridisch worden uitgewerkt? Kunt u dat meer gedetailleerd uitleggen?

Ik dank de sprekers voor hun interessante uiteenzettingen.

Catherine Fonck (cdH): Mesdames et messieurs, je vous remercie pour vos présentations.

J'aurai d'abord une question à l'ensemble des intervenants. Choisira qui veut intervenir. On entend très peu la prise en compte des personnes immunisées dans le débat sur l'obligation vaccinale. C'est évidemment étonnant en comparaison, par exemple, à la vaccination obligatoire contre l'hépatite B d'un certain nombre de soignants. Or, après deux ans aujourd'hui, nous disposons d'une littérature scientifique fournie. La majorité des Belges a déjà été contaminée au moins une fois par le covid et parfois plusieurs. Ce critère ne doit-il pas être pris en considération? Y compris et essentiellement pour l'avenir, car à mon sens, au vu de l'évolution du variant omicron et du taux de vaccination, le débat relatif à l'obligation vaccinale n'a plus beaucoup de sens aujourd'hui.

Docteur Smeesters, de nombreux parents s'interrogent légitimement sur ce qui est le mieux pour leur enfant. Si la réponse est évidente s'agissant d'un enfant immunodéprimé par exemple, pour les autres, la question est plus compliquée. Je ne parle pas de l'obligation vaccinale, mais bien de la vaccination. Un outil a été mis à la disposition notamment des médecins généralistes pour pouvoir discuter de la balance risques/bénéfices avec les parents. La question demeure toutefois compliquée. N'est-il pas possible de modéliser un outil plus précis pour les soignants qui doivent discuter de ce sujet, à savoir est-ce que, oui ou non, l'enfant doit être vacciné?

Je m'adresse au Conseil Supérieur de la Santé. Puisque les outils existent, n'est-il pas indispensable de modéliser mathématiquement la capacité de gains sur le taux de vaccination si elle devenait obligatoire et de modéliser la capacité de gains sur les soins de santé (c'est-à-dire la pression sur les soins de santé et les reports de soins), selon le taux de vaccination et en fonction des différents critères que l'on peut utiliser pour modéliser: en fonction de l'efficacité du vaccin ou en fonction du type de virus, du facteur R ou d'une autre série de déterminants? Cette modélisation, n'est-elle pas nécessaire pour définir l'intérêt, la plus-value, la proportionnalité et la nécessité d'une obligation vaccinale dans le futur? Personne ne connaît effectivement le prochain épisode.

Toujours à l'attention du CSS, une décision a été prise récemment de diminuer le délai entre la double vaccination et le booster à cinq mois, alors que l'Union européenne préconise neuf mois. D'autres pays comme la France ont diminué le délai à sept mois. Le fait qu'il n'y ait pas d'uniformité européenne pose d'énormes questions pour ceux qui sont concernés, tout comme sur la cohérence. Le CSS a-t-il donné un avis à ce sujet?

Enfin, le gouvernement vous a-t-il demandé de faire une évaluation du CST au vu de l'évolution sur le plan épidémiologique et des données scientifiques? Aujourd'hui, un triple vacciné ne signifie pas qu'il n'est pas transmetteur, de même qu'une personne immunisée ayant déjà contracté le covid n'est pas non plus non-transmetteur, chacun pouvant contaminer un autre sans l'application de tous les gestes barrières possibles et imaginables.

Kathleen Depoorter (N-VA): Als er geen andere collega's willen tussenkomen, zal ik namens de N-VA-fractie nog een aantal vragen stellen.

Professor Brems, u had het over de uitzonderingen, met name de medische contra-indicatie. De verplichte vaccinatie is volgens het FIRM aanvaardbaar mits de uitzondering voor de medische contra-indicatie wordt weerhouden. Zou u, wanneer er een medische contra-indicatie is, een keuze van vaccin door de arts aanbevelen of niet? Ik bedoel, als een mRNA-vaccin niet mogelijk is, zou er gekozen kunnen worden voor een eiwitvaccin of een nasaal of peroraal vaccin.

U geeft ook heel duidelijk aan dat het Parlement gehoord moet worden. Wij zijn het er uiteraard mee eens dat het een duidelijke wetgeving moet zijn. Wat vindt u dan van het idee dat een aantal van uw collega's opperden in vorige zittingen, met name: de creatie van een generiek kader voor verplichte vaccinatie bij volgende golven of opstoten?

Over de proportionaliteit van de sancties had ik graag geweten of u bij de verplichte vaccinatie van het zorgpersoneel het ontslag proportioneel vindt.

Dokter Arrazola de Oñate, u had het over de *community health workers*. Ik vind dat idee best oké, maar wat vindt u van een eventuele informatieplicht, waarbij de patiënt zich moet informeren bij een arts of een *health worker*?

Professor Smeesters, uw verschillende manieren om kinderen en hun ouders te bereiken zijn heel interessant. Maar ziet u daar ook een plicht, of laat

u dit vrij voor de gezinnen?

Ik heb ook nog een vraag voor de Hoge Gezondheidsraad. Uw advies is, zoals u heeft aangegeven, hoofdzakelijk op de deltavariant gebaseerd. Ik mis echter de impact van een vaccinatieplicht op de druk op de zorg. Is dat onderzocht of niet? Heb ik het zelf over het hoofd gezien?

Professor Smeesters had het over de responsgraad van zijn enquête, die was één op twee. Dat is zeer significant. Hoe hoog was de respons van uw ondervraging van de zorgverstrekkers?

Steven Creyelman (VB): Ik heb al heel wat vragen kunnen afvinken, maar ik heb er nog een voor professor Smeesters.

In de resultaten van de enquête die u toelichtte tijdens uw presentatie, bleek dat door bepaalde respondenten werd gesuggereerd om bepaalde doelgroepen verplicht te gaan vaccineren. Eén van de doelgroepen die ik zag verschijnen waren mensen met onderliggende aandoeningen. Daarbij stel ik me toch een aantal vragen.

Ik maakte mij een bedenking over de toepassing op obese mensen. Ik ben een beetje een ervaringsdeskundige. Niet langer dan twee jaar geleden woog ikzelf nog een goeie 47 kg meer. Wees gerust, ik ga u niet vervelen met de curve van mijn gewicht, maar obesitas is niet noodzakelijk een permanente toestand. Niet elke comorbiditeit is per definitie definitief. Diabetes is dat bijvoorbeeld wel, maar obesitas niet noodzakelijk.

Een vaststelling die ik meen te mogen maken is dat veel comorbiditeiten een gevolg zijn van een niet al te gezonde levensstijl. Geloof mij, ook op dat vlak weet ik uit ervaring waarover ik spreek. Zal deze discussie over het al dan niet verplichten van een prik met een voorlopig niet immuniserend vaccin en over het bestrijden van deze pandemie ook niet voor een deel moeten gaan over het verbeteren van onze levensstijl? Zelf ben ik drie keer geprikt, maar zou de discussie ook niet voor een deel moeten gaan over een gezonder leven, zeker in het licht van toekomstige pandemieën? Daarover had ik graag uw mening. Het is immers mijn bescheiden mening dat een gezonde levensstijl op meer zaken een invloed heeft dan COVID-19 alleen.

Ik heb de vraag nu wel specifiek aan professor Smeesters gesteld, maar andere sprekers mogen daar natuurlijk ook hun mening over geven.

Nawal Farih (CD&V): Ik heb nog één concrete vraag aan de sprekers van de Hoge Gezondheidsraad. Ik vond het interessant dat de vaccinatieplicht werd opgesplitst per leeftijd, op basis van het doel dat ze wilden bereiken. Naar welke optie zou u kijken in de huidige omstandigheden? Kan u daarop een antwoord geven?

De **voorzitster**: Ik geef eerst het woord aan professor Brems.

Eva Brems: Hartelijk dank, mevrouw de voorzitter. Ook dank u aan alle commissieleden voor al uw vragen, die aantonen dat u goed geluisterd hebt, de teksten goed gelezen hebt, en dat er momenteel een zorgvuldige informatie- en reflectieronde aan de gang is.

Mevrouw Creemers, u stelde mij de vraag of we genoeg informatie hebben vergaard en of we niets over het hoofd gezien hebben. Ik moet toegeven dat ik niet alle hoorzittingen heb kunnen volgen en dus geen volledig zicht heb op de informatie die u hebt kunnen vergaren.

Vanuit het perspectief van de mensenrechtenafweging kan ik zeggen dat u een goed zicht heeft. Men moet de evenredigheid afwegen. U kunt het zich voorstellen als de klassieke weegschaal van Vrouwe Justitia met haar twee schalen. Men heeft een goed zicht nodig op elk van de twee schalen. Aan de ene kant heeft men een goed zicht nodig op de gezondheidswinst die men denkt te kunnen boeken door een mogelijke vaccinatieverplichting in de concrete context van het moment waarop men de regels aanneemt. De elementen die dan een rol spelen zijn het bijkomende aantal mensen dat effectief gevaccineerd zal worden als er een verplichting is. Daar hebben we vandaag al dingen over gehoord, maar ook over wat het effect zou kunnen zijn op de gezondheidssector. Hoe staat het met de overbelasting van de gezondheidssector nu en in de toekomst, op basis van betrouwbare projecties? Men heeft daarnaast ook informatie nodig over de andere schaal. Wat is de impact van een vaccinatieplicht op groepen in kwetsbare maatschappelijke omstandigheden? Dat is de essentie van de afweging van evenredigheid.

Bovendien volstaat het niet om enkel te beschikken over al deze info. Als we kijken naar een kwalitatieve evenredigheidsafweging door beleidsmakers, komt het er ook op aan wat men er mee doet en hoe zorgvuldig men het ene tegenover het andere afweegt. Wordt er ook nagedacht over alternatieven, om toch zeker niet in een tunnelvisie terecht te komen, waarbij men slechts één mogelijke oplossing bekijkt. Als het bijvoorbeeld over sancties gaat, moet er een breed

pallet in overweging genomen worden, enzovoort.

U stelde ook een vraag over sancties. Kan een eenmalige boete wel volstaan? Er wordt in deze context inderdaad soms gesproken over herhaaldelijke boetes. In Griekenland legt men maandelijkse boetes op. Daarbij moet men toch heel goed voor ogen houden dat het veel moeilijker gaat zijn om een dergelijk systeem als evenredig te beschouwen, met name omwille van de impact op mensen in maatschappelijk kwetsbare situaties.

Over alternatieve sancties hebben we geen vergelijkend materiaal gevonden op dit moment. Vanuit het perspectief van de mensenrechten kan ik daar ook geen concrete richting voor aangeven. Het ligt volgens mij in de lijn van de verwachting dat men zou opteren voor zaken die verband houden met de kwestie. Zo kan men bijvoorbeeld in de gezondheidssector gaan zoeken naar mogelijkheden in de mate dat zoiets haalbaar is.

De heer Bacquelaine wees er terecht op dat, wanneer we zeggen dat we een Covid Safe ticket hebben als een sanitaire veiligheidsmaatregel om te beschermen tegen transmissie van het virus in bepaalde sociale contexten, het tegelijkertijd ook een effect heeft op de vaccinatiebereidheid. Dat hebben we met name in Frankrijk ondervonden. Dat is inderdaad zo.

Desalniettemin is er toch een groot verschil, vanuit het perspectief van de mensenrechtenanalyse. Als men zou gaan zeggen dat het niet meer werkt als sanitaire veiligheidsmaatregel en niet meer relevant is in een bepaalde sociale context, omdat de impact op de transmissie heel gering is, en als op basis van wetenschappelijke analyse wordt gezegd dat men gaat herprofileren als een maatregel met als nieuw specifiek en uniek doel om de vaccinatie te gaan bevorderen, dan zeggen wij dat men hiermee moet oppassen. Dan moeten er alarmbellen gaan rinkelen, wanneer men in een rechtstaat verregaande beperkingen van de alledaagse vrijheden van de mensen gaat aannemen, om een doel te bevorderen, hoe roemenswaardig dat doel ook mag zijn, dat daar verder niets mee te maken heeft.

Er is een verschil tussen te zeggen dat men gevaccineerd moet zijn om naar de kleuterschool te gaan, omdat kinderen daar andere mensen kunnen besmetten, en dat men gevaccineerd moet zijn om op restaurant te kunnen gaan, omdat het bredere doel is om de vaccinatie te bevorderen. Als men die redenering aanvaardt, is er niets meer dat ons tegenhoudt om dat ook in andere contexten te gaan toepassen. Of het effectief is, is in wezen irrelevant voor deze analyse. Het zou bijvoorbeeld ook effectief zijn om aan mensen te zeggen dat ze niet op restaurant kunnen gaan als ze hun verkeersboetes niet betaald hebben. Dan zullen er zeker meer mensen hun verkeersboetes betalen. Maar de doelmatigheidstest faalt. Dat is een belangrijk onderdeel van de evenredigheidstest.

Dat is een heel belangrijk signaal dat we hebben willen geven met ons advies, met name dat daar een heel groot verschil zit.

Mevrouw Farih had een concrete vraag in verband met het Vavřička-arrest van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens. Het gaat daar inderdaad om een hele reeks van vaccinaties, waaronder ook tetanus, dat niet overdraagbaar is van persoon op persoon en waarvoor de redenering van groepsimmuniteit niet opgaat. Dus kunnen we stellen op basis van dat specifieke arrest, maar ook breder op basis van de principes die wij afleiden uit de andere rechtspraak door het Europees Hof voor de Rechten van de Mens, dat de groepsimmuniteit en de transmissielogica niet de enige redenering is.

Wanneer de epidemiologische context het verantwoordt, zou men een vaccinatieverplichting kunnen verantwoorden omwille van een meer algemeen belang voor de gezondheidszorg. Dan gaat het over de overbelasting van die zorg, over het recht op gezondheid van andere mensen waarvan de gezondheidszorg moet uitgesteld worden door een toevloed van COVID-19-patiënten, eventueel zelfs het recht op leven, maar ook over de beperking van de vrijheden die het gevolg zijn van de afwezigheid van een vaccinatieverplichting en van de overbelasting van de gezondheidssector. In dat geval zou men opnieuw andere maatregelen moeten beginnen nemen. Al deze zaken kan men ook in rekening brengen in de afweging van de evenredigheid, zodat dit in de specifieke context een groot verschil zou maken, indien dat blijkt op basis van wetenschappelijke data.

Mevrouw Jiroflée, het advies van het FIRM zegt niet als dusdanig dat het CST of een vaccinatieverplichting niet kan, maar dat men dit in een heel concrete context, op basis van accurate informatie en toekomstprojecties moet afwegen. Dat is moeilijk voor u als wetgever. Het is moeilijk voor iedereen, maar u hebt de verantwoordelijkheid als parlementsleden. Het is allemaal zo snel veranderd. Wat men vandaag als mogelijk inschat, kan misschien over een maand niet meer en omgekeerd. Daarom denk ik inderdaad dat het de verantwoordelijkheid is van de parlementsleden om ook rekening te houden met scenario's voor de toekomst, met name nieuwe varianten van het virus, de ontwikkeling van nieuwe vaccins, enzovoort. Dat zijn zaken die op de beide schalen

van de evenredigheidsafweging een effect kunnen hebben.

Het doet mij veel plezier om te zien dat dergelijke denksporen in het Parlement gevolgd worden en dat men ook de langere termijn mee in rekening brengt.

U stelde ook een vraag over de juridische uitwerking van een eventuele vaccinatieplicht. Uit ons advies kan afgeleid worden dat men uiteraard een wettige basis nodig heeft en dat de wijze van afdwinging op basis van evenredige boetes of sancties kan gebeuren.

Wij pleiten ook zeer sterk voor herzienbaarheid. Er moet dus een parlementair moment georganiseerd worden met een op voorhand vastgelegde termijn om de evenredigheid opnieuw te bekijken. Wij pleiten eveneens voor een compensatiemechanisme voor mensen die toch gezondheidsschade zouden leiden door de vaccinatie.

Ik heb nog verschillende vragen van de voorzitster. U stelde een vraag die deels buiten onze competentie valt, in verband met de medische contra-indicaties. Wij kunnen daarover zeggen dat het van belang is dat het concept van medische contra-indicatie door de wetgever gedefinieerd wordt op basis van solide medisch-wetenschappelijk advies. Wij ondersteunen ook wat we lezen in het recente advies van de Raad van State, met name dat men niet te zuinig moet zijn met de definiëring van contra-indicaties. Het mag dus niet enkel gaan over de zeer uitzonderlijke contra-indicaties. Dat gezegd zijnde, als er een vaccin beschikbaar is waarvoor deze contra-indicaties niet van toepassing zijn, neem ik aan dat er ook geen probleem rijst op het vlak van de mensenrechten.

De vraag naar een generiek kader is ook een heel relevante vraag. In ons advies is relevant dat dit toch zeker niet het effect zou mogen hebben dat het parlementair debat verijdeld wordt, op het ogenblik dat een nieuwe pandemie zich zou voordoen, of een nieuwe situatie waarin men een vaccinatieplicht zou wensen in te voeren. Vanuit het oogpunt van de mensenrechten is het wat ons betreft van zeer groot belang dat in iedere concrete situatie de afweging op dat moment kan gemaakt worden op basis van de informatie en de wetenschappelijke gegevens die op dat moment van toepassing zijn. Wij denken dat dat de rol is van het Parlement. Er zit dus een risico in. Als men dat kan vermijden, dan hoeft er niet noodzakelijk een bezwaar te zijn tegen een generiek kader.

Ontslag is inderdaad een zeer zwaarwegende sanctie als gevolg van de weigering van een vaccinatie. Die sanctie weegt zeer zwaar in de evenredigheidsafweging. In ons eerste advies van december 2021 hadden wij geoordeeld dat dit als laatste redmiddel desnoods de evenredigheidstest kan doorstaan. Vandaag wil ik hierbij toch de kanttekening maken dat de vraag nu eerder is of de vaccinatieverplichting die gebaseerd is op het risico van transmissie, zoals wanneer het gaat over de gezondheidswerkers, überhaupt de evenredigheidstest kan doorstaan.

Op basis van wat ik hierover vandaag al heb gehoord, hebt u hier veel informatie over. Ik zeg niet dat het antwoord per se negatief is, maar het ligt toch heel anders dan twee maanden geleden, toen we dat advies geformuleerd hebben. Zoveel is duidelijk. U begrijpt dat wij bij het FIRM niet de experten zijn om die elementen precies te evalueren.

De **voorzitster**: Dank u voor uw heldere antwoorden. Dan geef ik nu het woord aan dokter Arrazola de Oñate.

Wouter Arrazola de Oñate: Ik begin met de vraag van mevrouw Merckx over de gezondheidszorgwerkers en de verplichting voor hun sector. Eigenlijk heeft professor Brems daarop goed geantwoord dat de situatie nu heel anders is dan twee maanden geleden, toen er aan de verplichting werd gewerkt.

Als transmissie niet zozeer meer wordt tegengehouden door vaccinatie, dan is dat toch een heel ander uitgangspunt. Wat de gezondheidswerkers betreft, zou ik persoonlijk langer en dieper doorgaan met te peilen naar hun bezorgdheden en twijfels en hoe we die kunnen wegnemen. Ik denk niet dat daar voldoende op gewerkt is. Daar is dus volgens mij ook nog wel wat te halen. Dat moet men eerst doen, vooraleer over te gaan tot een verplichting, die als gevolg kan hebben dat men zijn werk niet meer mag uitvoeren.

Zo kan er ook een onderscheid gemaakt worden tussen de types gezondheidswerkers. Is men heel nauw betrokken bij immuungedeprimeerde patiënten? Dan moet men veel strenger zijn. Gaat het bijvoorbeeld om een psychologische setting, waar mensen met een gezond immuunsysteem een psychologische hulpvraag hebben, dan ligt de balans wel een beetje anders.

Persoonlijk vind ik dat men op dat vlak misschien net iets te snel in de richting van een verplichting is gegaan en niet voldoende heeft ingezet op doorgedreven en diepgaand navragen, voorlichten en uitleggen, ook bij gezondheidswerkers.

Wat de enquête van de Hoge Gezondheidsraad

betreft, ben ik een beetje verrast. Ik heb die zelf ook ingevuld. Als die is afgenomen in de tijd van de deltavariant, dan is ze op dit moment niet meer zo toepasselijk uiteraard. Ik moet ervoor zorgen dat ik geen ruzie krijg, maar niet elke expert in elk klein gebied van de geneeskunde heeft evenveel kennis van *public health*, en van wat er aan wetenschappelijk materiaal beschikbaar is inzake vaccinatieplicht. Ik denk dat de uitkomst van de enquête al helemaal anders zou zijn, als we de driehonderd respondenten de video-opnames van vanmiddag zouden laten zien. Misschien moeten we dat eens doen. Laat mensen naar deze beelden kijken en doe dan de enquête nog eens opnieuw.

Mevrouw Creemers, over de rol van de *community health workers*, vroeg u wie de meest aangewezen persoon is om uitleg te geven. Niet iedereen heeft hetzelfde type uitleg nodig. Sommige mensen hebben genoeg aan een straathoekwerker die ze al kennen en bij wie ze even willen aftoetsen of een en ander nu wel of niet toegelaten is door de Koran. Daarop komt dan een antwoord, en is de zaak opgelost.

Andere mensen hebben nog meer twijfels en willen een een-op-eengesprek met een vertrouwenspersoon, die men al kent en die al in de buurt werkt. Dat gesprek duurt dan een beetje langer en gaat over twijfels.

Daarnaast zijn er mensen die nog ingewikkeldere vragen hebben. Dan kan een sociaal verpleegkundige gestuurd worden. Voor de moeilijkste vragen is uiteraard de huisarts steeds de meest aangewezen persoon. Uit onderzoek van voor COVID-19 blijkt ook dat de persoon die het meest vertrouwd wordt de huisarts is. Op die lijst staan ook de personen die het minst vertrouwd worden. Dat zijn twee beroepsgroepen. De eerste zijn de journalisten, de tweede durf ik hier niet te vernoemen.

Hoe ziet zo'n ideaal team er dan uit? Het bestaat uit verschillende mensen met verschillende graden van specialisering, gaande van de straathoekwerker tot de sociaal werker en de sociaal verpleegkundige. Zij kunnen heel snel linken en letterlijk meelopen naar een huisarts, waar iemand dan de volledige, degelijke uitleg kan krijgen.

Mijnheer Rigot, u had vragen over *best practices* en campagnes die wel goed werken. Er zijn best wel veel voorbeelden van buiten Europa. De beste campagnes worden vaak gevoerd in landen op het Afrikaanse continent. Men kijkt daar een beetje op neer, omdat wij denken dat we in Europa niets kunnen leren van Afrika, maar daar gebeurt verrassend veel en verrassend goed campagnewerk, met en door jongeren, met en door sociale media. Ik heb nu geen concreet voorbeeld in gedachten, maar kan dat wel opzoeken en aan u bezorgen.

Het voorstel van Marius Gilbert rond de *choix obligatoire*, waarbij men personen verplicht om een vaccinatiegesprek aan te gaan met een arts, die alweer de meest geschikte persoon daarvoor is, is een interessant idee. Maar ook dat zou ik eerst proberen te implementeren zonder verplichting, maar wel via *nudging* en door toeleiding door straathoekwerkers, sociaal werkers en sociaal verpleegkundigen. Zal dat werken? Er zijn 40.000 artsen in België. Dat is toch een heel leger. Er zijn 20.000 huisartsen. Daar valt dus wel wat voor te zeggen. Ik zou beginnen zonder verplichting. Levert dat niets op, dan kunnen we daar nog verder over nadenken.

Wat de opmerking over de callcenters en de *tracers* betreft, had ik het over *tracers* die in een wijk aan de slag zouden zijn en daar ingebed zijn. Zij zouden ook deels telefonisch contact opnemen en deels op huisbezoek gaan. Zo'n groot verschil is dat dus helemaal niet.

Op een gegeven moment zaten er 2.000 mensen in een callcenter. Die kan men evengoed verspreiden over elke gemeente van het land, of toch de voltijdse equivalenten. Die kunnen in het plaatselijke dialect communiceren, wat het verschil helemaal niet zo groot maakt.

Helemaal in het begin, toen het heel snel moest gaan, verliep een en ander paniekerig. Maar als dit na twee jaar nog steeds bestaat, dan moeten we daarvan af.

Mevrouw Sneppe, u had een vraag over vaccinatie bij kinderen. Die laat ik uiteraard over aan de specialist kindergeneeskunde die hier ook aanwezig is.

Was mij om advies gevraagd? Ja uiteraard. Nog voor het begon, maakte ik deel uit van de interfederale werkgroep *testing & tracing*, die de *contact tracing* moest opzetten en bedenken. Ik was gevraagd door de toenmalige voorzitter, professor Emmanuel André, om een visienota, een architectuurplan te maken over hoe België de *tracing* het best zou implementeren. Ik ben ook gevraagd door het Agentschap Zorg en Gezondheid om ongeveer hetzelfde te doen. Nu word ik regelmatig gevraagd door de GEES om op een bepaalde sessie over een bepaald onderwerp mijn input te geven. Ik ben dus wel degelijk gevraagd om aan allerlei adviesraden deel te nemen. Dat gebeurde trouwens ook op het Brusselse niveau, met Inge Neven.

Er was een vraag over Vlaams minister Beke en zijn beslissing over de tieners. Ik kan niet antwoorden in naam van minister Beke, dus stel ik voor dat u deze vraag aan hem stelt. Ik kan wel zeggen dat de waarschijnlijkheid heel erg gering is dat de vaccinatie van tieners veel gezondheidsproblemen zal opleveren.

De heer Bacquelaine had een fijne suggestie voor het onderwijs over *public health* en vaccinaties, voor kinderen. Maar van professor Smeesters hebben we gehoord dat ook artsen nog wel wat onderwijs kunnen gebruiken over vaccinatie, maar ook over *public health* en de specifieke aspecten daarvan.

Mevrouw Farih, u vroeg welk profiel vertrouwenspersonen het best hebben. Ik heb al een stuk van het antwoord gegeven. De beste is de huisarts, maar iedereen tegelijkertijd naar de huisarts sturen zal ook niet lukken. Daarom zijn er best een aantal tussenstadia, die ik al heb uitgelegd, zoals een sociaal werker die de buurt en de familie goed kent, waar al een vertrouwensband mee opgebouwd is.

U gebruikte het woord antivaxers, maar ik heb uitgelegd dat die grote groep niet-gevaccineerden niet enkel antivaxers zijn, maar dat het gaat om een heel glijdend spectrum aan vele verschillende vormen en maten van niet-gevaccineerd zijn.

Zouden we mildere maatregelen kunnen nemen? Ja, en dat zeg ik nu in deze situatie, met deze variant en dit vaccin met die bepaalde werking op de variant. Mildere maatregelen zouden kunnen zijn dat men gradaties van verschillende verplichtingen bij verschillende personen voor verschillende activiteiten kan bedenken. Mensen die al twee keer gevaccineerd zijn, hebben nu daarnaast vaak ook al een infectie opgelopen. Van infectie weten we nu al dat dat ook een soort van booster is. Men zou er dus over kunnen nadenken om daarover wat milder te zijn.

Voor mij is het belangrijk, voor scholen en voor al wie er vaak komt, dat men nu eens eindelijk inzet op een goede en verplichte ventilatie en luchtreiniging. In plaats van de vaccinatie te verplichten, kan men beter luchtreiniging in de klassen verplichten. De overheid moet die dan ook betalen. Die investering haalt men er ook weer uit, omdat de luchtreiniging ook een goede zaak is tegen de griep en luchtverontreiniging en voor de concentratie. Dat is een voorbeeld van een mildere maatregel.

Wat de vraag van de heer De Caluwé betreft, we weten niet wat er over zes maanden gebeurt. We moeten niet afwachten en dan een nieuw debat voeren. We moeten dit debat blijven voeren, maar misschien niet volgens deze formule. We moeten komen tot een oefening die bepaalt onder welke omstandigheden, met welke soort van variant en welk type vaccin, welke soort verplichting verantwoord is. Dat is de oefening die we nu allemaal samen moeten maken en klaar hebben voor als de situatie opnieuw erger wordt. Het debat moet hier vandaag dus niet eindigen, maar verder blijven lopen.

Mevrouw de voorzitster, ik heb het gehad over de *community health workers* en over de informatieplicht. Wat het idee van Marius Gilbert betreft, zou ik beginnen met sterk aan te dringen op een informatief gesprek over vaccinatie. Lukt het dan nog niet, dan kan men denken aan verplichten.

Mijnheer Creyelman, u stelde een vraag over de levensstijl. Met een betere algemene gezondheid van de populatie, was de impact van het virus waarschijnlijk kleiner geweest. Een aantal van onze gezondheidsindicatoren in België zijn nu eenmaal niet zo goed, obesitas onder andere, maar ook de respiratoire gezondheid van de Belg is middelmatig. Dat is volgens mij niet ambitieus genoeg. Net daarom hebben we ook dat preventieplatform opgestart, om te pleiten voor massalere investeringen in preventie en het gezond maken en houden van onze bevolking. Dat zorgt voor een veel sterkere basis bij de populatie tegen schokken door een nieuw virus.

Ik denk dat ik daarmee alle vragen beantwoord heb.

De **voorzitter**: Professor Smeesters heeft het woord.

Pierre Smeesters: Concernant la première question de Mme Merckx, au sujet de soignants dans les hôpitaux, je partagerai l'expérience qui est la mienne à l'HUDERF, qui est un hôpital de taille moyenne et dans lequel nous avons investi pas mal de temps aux questions des gens et cela sous forme de séminaires. Nous en avons fait régulièrement en fonction de l'évolution de la pandémie, mais aussi sous la forme de questionnaires anonymes ou de discussions spécifiques parce que certains groupes avaient des problèmes plus spécifiques ou des dynamiques différentes.

J'ai envie de vous dire que, pour moi, le défi est de comprendre le questionnement des personnes. Il est vrai qu'institutionnellement, certains n'osent pas toujours exprimer le fond de leur pensée, mais dès que la problématique est identifiée, la vaccination est un dossier médical assez facile à défendre, contrairement à d'autres interventions médicales dont les effets sont parfois plus

nuancés. Les données sur la vaccination sont très claires. Le défi est donc de comprendre le questionnement des gens. Cela demande du temps. On a fait beaucoup de choses à l'HUDERF. On aurait certainement pu faire plus, mais avec plus de ressources. On peut aller très loin par l'information, l'écoute et le dialogue.

En terme d'obligation, à titre personnel et philosophiquement, je suis contre l'obligation vaccinale. Cela ne correspond pas à mon modèle de santé. Il y a la philosophie et la réalité. Je peux comprendre que la question soit posée. Si l'on revient à un modèle d'enfant, en terme d'obligation vaccinale et en tant que pédiatre, je suis davantage préoccupé par la grippe (mais pour l'adulte je suis bien plus préoccupé par la covid que la grippe). Pour l'enfant, la grippe est plus préoccupante. Chaque année, nous faisons des campagnes pour la vaccination contre la grippe. Le taux pourrait encore être amélioré.

Monsieur Rigot, vous me demandiez mon tiercé gagnant entre le CST, le pass vaccinal et l'obligation vaccinale. En tant que pédiatre, il est facile de vous répondre: aucun des trois! Je pense être le porte-parole de ma profession autant que de ma personne. Si je me fais le porte-parole de ma profession en tant qu'adulte, c'est l'obligation vaccinale, vous l'aurez compris. À titre personnel, je suis moins convaincu. Je pense que c'est une arme à double tranchant et que le côté négatif ne doit pas être sous-estimé à long terme.

Si un nouveau variant est préoccupant et demande une campagne de vaccination rapide, je pense qu'il y a des circonstances dans lesquelles l'obligation vaccinale peut se justifier. À titre personnel, il ne m'apparaît pas que ces circonstances soient actuellement présentes. Cela dit, je peux le comprendre.

Je me permettrai une remarque quant à votre boutade sur la prévention: je suis heureux de vous entendre. Et donc les budgets de la prévention vont tripler dans les cinq années à venir, c'est formidable! Merci beaucoup!

Que faire? Notamment dans nos villes où résident les publics les plus précarisés, offrir une consultation chez son médecin généraliste voire une discussion avec son pharmacien. Dans nos études de *focus group*, nous avons été surpris de constater à quel point les pharmaciens sont des personnes de confiance sur ces discussions, même si cela semble contre-intuitif. Donc offrir, proposer une consultation pour être ausculté des pieds à la tête, il me semble qu'en termes de santé publique, ce serait heureux.

Madame Farih, par rapport à la différence que vous notez entre la Wallonie, Bruxelles et peut-être la Flandre en matière d'obligation vaccinale, je la nuancerais peut-être parce que les pédiatres de Flandre sont majoritairement favorables à l'obligation vaccinale. Comment explique-t-on ces différences? Je suis incapable de vous répondre à ce sujet. Ce résultat m'a surpris. Je l'ai reçu voici 48 heures et n'ai pas les informations pour le commenter. Ce serait intéressant d'essayer de le comprendre et je partage votre questionnement.

Les questions de Mme Sneppe, M. De Caluwé, Dr Fonck et Mme Creemers sont liées à la vaccination, à la pédiatrie et à la communication que l'on peut faire dans les écoles ou ailleurs.

Monsieur De Caluwé, personnellement, je suis heureux d'avoir un vaccin pédiatrique et je pense qu'il est utile, que sa balance risque/bénéfice est favorable pour la santé des enfants. Certes, je ne suis pas inquiet pour les enfants face à la covid. Je ne l'ai pas été jusqu'à ce jour et ne le suis toujours pas. Il n'empêche qu'il y a deux options: l'option vaccinale est plus sûre pour les enfants que l'option non-vaccinale. Deux études récentes montrent des données de prévention sur le MIS-C/PIMS-TS, la maladie de Kawasaki, qui est probablement la maladie la plus embêtante en pédiatrie, et montrent une réduction, nous confortant dans l'idée que le risque est diminué.

Concernant les effets indirects, les écoles que vous avez mentionnées, la discussion est plus compliquée parce que l'on est actuellement en présence d'omicron, avec une efficacité sur la transmission moindre, et parce que je pense qu'il est parfois malhonnête d'opposer "vaccination" à "ouverture des écoles". C'est plus large que cela. Il y a d'autres éléments et les effets de la vaccination indirecte sont certes encore présents, mais leur étendue difficile à mesurer. Je ne pense pas que nous ayons des données excellentes à ce niveau-là.

Je pense aussi que la troisième ligne d'argument est la protection altruiste. Certaines familles, certains enfants, seront rassurés d'avoir un vaccin parce qu'il y a un membre de la famille qui est fort malade et qu'ils sont inquiets de transmettre la maladie à ce dernier. Certes, ce n'est pas parfait, mais c'est la seule chose que l'on peut faire de structurel au niveau immunologique. Nous avons un devoir d'information: proposer ces trois lignes d'arguments et laisser le choix éclairé aux familles. Suis-je inquiet par rapport aux dangers? Non. Je pense que les données sur la table en matière de sécurité du vaccin sont tout à fait suffisantes. Je tenais un autre discours cet été quand je voyais les données chez les adolescents chez lesquels

j'avais peur de voir plus de myocardites. Le vaccin pédiatrique en sa formule pédiatrique a, à mon sens, résolu cette problématique et les chiffres de sécurité me rassurent complètement. Nous n'avons que le recul que nous avons mais nous savons aussi que la sécurité vaccinale est essentiellement dans les semaines qui suivent et je suis donc rassuré par rapport à ce danger.

Madame Sneppe, à la question de savoir si des enfants ont été vaccinés sans l'approbation de leurs parents, à ma connaissance ce n'est pas correct. Au-dessus de 16 ans, oui, les adolescents ont la liberté de choix. Je pense que c'est un bon âge s'il faut mettre un âge limite. Mais, à ma connaissance, au-dessous de 16 ans, l'approbation des parents est de mise.

Pour ce qui concerne l'information, je suis heureux d'avoir un vaccin. Mais je ne suis pas complètement choqué si une famille ne souhaite pas faire vacciner ses enfants. Il existe d'autres vaccins pédiatriques sur lesquels j'insisterai beaucoup plus que le vaccin contre la covid qui n'est probablement pas, dans l'ensemble des vaccinations pédiatriques, le plus important.

Sur le prochain variant, personne ne peut en dire quoi que ce soit. La seule chose dont on est sûr est que la situation aujourd'hui est différente parce que la naïveté (en terme immunologique) de la population est complètement différente. Cela a un impact probable sur l'évolution future du variant. Cela n'empêche absolument pas la survenance d'un nouveau variant plus dangereux. Personne ne peut prévoir cela. Je me garderais de tout pronostic. La grande différence est que toute la population humaine n'est plus aussi naïve et cela aura un impact sur le devenir de l'évolution de manière certaine.

Docteur Fonck, j'aime beaucoup l'idée d'avoir un meilleur outil pour pouvoir dire oui, non, peut-être. J'ai l'impression que c'est difficile à construire. Il faudrait que nous nous asseyions pour refaire notre travail, mais on n'y arrive pas pour l'instant. J'ai l'impression qu'avec la granulation des données que nous avons, on reste dans de grands principes et des données, mais qu'il subsiste une part d'ombre et que la liberté individuelle doit pouvoir s'exprimer.

Madame Creemers, pour ce qui concerne les enfants ambassadeurs et la difficulté de revenir à la maison, enfants qui se trouvent face à des parents qui pensent autre chose, notre expérience à Bruxelles datant de l'automne avec les adolescents âgés de 18 ans montre qu'ils ont déjà une certaine indépendance d'esprit. Le but n'est pas qu'ils sortent dans l'idée de vouloir se faire vacciner. Notre but à tous en faisant cela est d'être sûr que les gens prennent la bonne décision basée sur de vraies informations scientifiques et non pas sur l'une ou l'autre erreur, bêtise ou mauvaise information que l'on peut trouver sur le net. Il s'agit donc de s'assurer avoir répondu à leurs questions et leur avoir vraiment donné les outils pour qu'ils puissent prendre une décision qui mature et qui sera parfois effectivement en contradiction avec celle de leurs parents.

Cela peut être utile même chez les plus petits, ce que l'on n'a pas fait avec la covid-19. Je pense que cela stimule des discussions et que c'est un moyen parmi d'autres, pas magique mais intéressant. Je rejoindrai là la question de M. Bacquelaine avec l'idée d'avoir un programme Santé dans le programme d'éducation primaire et/ou secondaire, tel un cours de citoyenneté, une base de notre vivre ensemble dans notre société. J'irai plus loin: je pense que c'est un beau sujet pour développer l'esprit critique, analyser les sources, faire la différence entre une information concordante et une qui ne l'est pas. C'est même au-delà du bénéfice, au niveau démocratique, quelque chose qui pourrait avoir des conséquences favorables. Votre enthousiasme m'enthousiasme.

Madame la présidente, vous m'avez posé la question de l'information libre. Oui et c'est la raison du triple non par rapport au CST, en tant que pédiatre. Oui, nous estimons qu'il est particulièrement important pour cette maladie-ci d'avoir une démarche qui soit tout à fait libre, mais aussi avec une préoccupation de toucher les populations que l'on ne touche par nos actions habituelles.

Monsieur Creyelman, je suis tout à fait d'accord avec vous pour ce qui concerne les facteurs de risque tels que l'obésité. Mais je n'opposerais pas vaccination à facteur de risque. Les deux vont de pair et se nourrissent l'un l'autre; Les pédiatres sont extrêmement préoccupés par l'augmentation des individus obèses dans la population pédiatrique belge depuis le covid-19. Le fait que le sport a été réduit, que les enfants ont moins été à l'école, nous montre que dans tous les pays riches les enfants grossissent, malheureusement de trop. Il y a des données qui révèlent un effet indirect de cette pandémie de coronavirus sur l'enfance. Nous sommes préoccupés par ces aspects-là. Il faut avoir à la fois des programmes de prévention pour diminuer l'obésité et développer la vaccination.

Fabrice Péters: Je vous remercie pour vos questions.

Par rapport à la question sur la position et la vision à long terme du CSS. Cela fait deux ans que le CSS émet des avis sur la vaccination, la

ventilation, les UV, les masques et l'ensemble des différents moyens pour gérer la crise, il est clair que l'on espère tous que comme omicron, les variants futurs seront progressivement moins agressifs et que nous nous retrouverons face à une maladie plus endémique avec un caractère saisonnier plus marqué. Mais à l'heure actuelle, il faudra m'acheter une boule de cristal et la confier à des experts. Personne ne peut dire aujourd'hui, sauf Mme Irma, quel sera notre futur. Le CSS n'est pas très bien placé en terme d'expertise pour évaluer cela.

On a la chance de travailler tous les jours avec Sciensano depuis deux ans et Sciensano pourra bien sûr évaluer les différentes vagues qui pointeront dans les différents pays du monde et évaluer comment ce SARSCOV-2 évolue en termes de maladies respiratoires.

On m'a posé la question du parallélisme entre la grippe et la covid. Il est clair qu'il est toujours dangereux d'en faire. On sait bien qu'on l'a fait sur une population qui n'était pas vaccinée et qui n'avait jamais été en contact avec le SARSCOV-2. On voit que sans vaccin, nous avons tous été relativement surpris par rapport à cette analyse. Il est clair qu'avec omicron, une couverture vaccinale élevée et des gens qui ont été infectés naturellement, l'on peut espérer que les dégâts liés au covid-19, dans une population qui reste vaccinée et avec des variants qui sont peu graves, on arrivera à une maladie respiratoire saisonnière gérable en termes de capacité hospitalière et de dégâts. L'on voit l'énorme impact qu'a eue la campagne de vaccination de masse d'urgence sur les vagues qui sont arrivées.

On nous a beaucoup interrogé sur l'enquête et je l'ai dit lors de ma présentation: il est très clair que cette enquête est une image à un moment donné d'un groupe de 300 experts. Cette image, si on refaisait cette enquête aujourd'hui, changerait probablement et si on la refait dans six mois ou un an avec beaucoup plus de recul sur omicron et sur les données, l'image changerait aussi.

Ce n'est pas du tout cela que veut dire que "tous les experts sont à 70 % en faveur de". Non! C'est une indication de quel était l'avis et il est probable qu'il change. Le message du Conseil est qu'il faut profiter du moment calme et des bonnes nouvelles que nous avons, maintenant qu'omicron diminue pour préparer à la fois la société, le politique, l'éthique et le juridique afin d'avoir les bons outils et instruments pour, au cas où, les activer ou les réactiver. C'est ça le message que nous donnons aux politiques. Notre message n'est pas de dire qu'il faut en urgence imposer une obligation vaccinale chez tous les plus de 40 ans. Ce n'est absolument pas cela le message. Le message est de se préparer.

Certaines questions ont été posées sur: quel vaccin? Je ne peux vous répondre. Ce n'est pas comme avec le vaccin contre la poliomyélite pour lequel nous avons du recul.

Nous avons de nouveaux vaccins, très efficaces. Mais personne ne peut dire aujourd'hui quel est le schéma vaccinal optimal pour telle personne, le nombre de mois d'intervalle.

Si l'obligation vaccinale est imposée, le schéma vaccinal devant entrer en compte doit être déterminé. Je propose que cela soi via le *mind back* vaccination puisque c'est le groupe qui l'a fait depuis le début de la crise et que ce groupe a de l'expertise permettant d'évaluer ces différents vaccins, les nouveaux, et ceux qui arriveront, efficaces ou pas, en fonction des variants.

On nous a proposé (c'est très gentil) que le CSS joue ce rôle d'alerte c'est-à-dire que ce soit le CSS qui dise "attention, il arrive quelque chose de grave. C'est le moment d'activer le CST, l'obligation vaccinale". Ce n'est pas le rôle du CSS. Nous ne faisons pas ce travail-là, mais vous avez un magnifique institut qui le fait: Sciensano.

Probablement que ces indicateurs de suivis hospitaliers, de suivis des infections, etc, et ce rôle d'alerte sur ce qui se passe dans le monde et en Belgique, doivent être liés et centralisés au niveau de Sciensano. Nous continuerons à suivre les rapports et à discuter avec Sciensano très régulièrement.

Est-ce que le rapport du commissaire corona Pedro Facon tient compte de notre avis? Nous lui avons soumis notre avis en phase préparatoire avant qu'il ne soit validé. Nous lui avons soumis les différentes idées par rapport à son rapport et il a reçu ce rapport de façon complète et validée. Nous entretenons des contacts réguliers avec lui. C'est à lui de décider s'il en tient compte et de quelle manière. Il n'y a pas que ce rapport. Il y a aussi celui du Conseil, celui du Gems, d'autres groupes et celui des Hollandais sur l'efficacité du testing. En tant que commissaire corona avec son mandat propre et ses responsabilités, il pourra vous répondre.

On a beaucoup discuté de la vaccination des enfants et je suis tout à fait d'accord avec ce qui a été dit. Petite précision néanmoins: on a essayé de nous mettre en contradiction au Conseil en disant que nous ne voulions pas de booster pour les adolescents maintenant, mais que l'on était plutôt favorables à l'obligation vaccinale et que nous étions donc incohérents. Non! Justement, il n'y a

pas de contradiction. La vaccination est sérieuse. C'est le bon médicament au bon moment, aux bonnes personnes avec des objectifs clairs de santé pour la personne et/ou la population.

Dire qu'à l'heure actuelle nous faisons le parallèle… Ce n'est pas cela! Pour la question de la vaccination booster, à l'heure actuelle, la firme n'a pas introduit de dossier officiel en bonne et due forme auprès de l'EMA et n'est pas vraiment demandeuse de l'étude du booster. Quand l'EMA pose des questions à la firme pour pouvoir rendre sa décision, elle a des difficultés à en obtenir des informations. On ne va pas dire qu'il faut uniformiser les positions au niveau européen, et que c'est ce qui est important à faire en terme de cohérence. On ne va dire, nous, qu'on n'a pas l'avis de l'EMA sur la sécurité du vaccin. Je n'ai personnellement et aucun expert n'a de doute quant à la sécurité de ces vaccins, cela a été expliqué plus tard. Avant d'émettre un avis sur l'utilité, la nécessité, le timing et l'urgence de faire ce booster aux enfants alors qu'ils ont déjà reçu deux doses déjà…Ces enfants ont reçu deux doses et certainement une infection à omicron puisque l'on sait qu'omicron a tourné, et qu'en plus ces enfants on les boosterait pour une efficacité de trois mois pendant une période qui va connaître la disparition d'omicron, est-ce le bon moment? Est-ce la bonne opportunité? Je reviendrai vers vous avec l'avis du *mind back* quand ils l'auront émis. Je ne peux donc pas vous dire si l'on est en faveur du booster ou en sa défaveur.

Je répète ce que le Conseil a dit: "Tant qu'il n'y a pas d'avis formel de l'EMA sur la sécurité de ce vaccin, ce que nous avons toujours fait, même si nous n'avons pas de preuve, nous n'émettrons pas cet avis". Une réunion de tous les *mind back* européens s'est tenue ce vendredi après-midi. Nous y avons recherché toute une série de données d'autres organes d'avis dans ce sens.

J'ai répondu en partie à la problématique de l'infection naturelle et des personnes immunisées. Cela a été débattu tout au long de la crise. "Oui, mais moi j'ai déjà été immunisée; j'ai fait le covid; mes taux d'anticorps sont élevés: est-ce que je dois faire le vaccin?" C'est un sujet très complexe dont nous devons tenir compte dans notre analyse. Probablement qu'avec omicron chez les enfants, cet aspect-là est peut-être plus pertinent et prégnant. Je ne sais pas dans quelle mesure l'on pourrait mieux l'intégrer dans nos avis, mais il est clair que nous en tenons compte dans nos recommandations.

Sur la question de modéliser les choses, il est clair qu'il est temps de le faire. Certains pays l'ont fait et la Belgique l'a fait aussi. Les modèles belges du SIMID consortium se sont révélés assez fiables en termes de prévision. Il est très difficile de modéliser la première étape. C'est-à-dire: est-ce que le CST ou l'obligation vaccinale fera monter la couverture vaccinale? C'est très difficile à modéliser parce que l'on n'a jamais mis en place de CST dans le monde. On est dans une phase de pandémie avec une couverture vaccinale différente dans différents pays. Notre couverture vaccinale est relativement haute. Donc se dire que l'on sait dire que ça va avoir un effet et pouvoir le quantifier… on ne peut le dire. On pense que l'obligation vaccinale aura un effet positif sur la couverture vaccinale, mais avec tous les effets secondaires sur la confiance, la motivation si c'est mal expliqué…

Par contre, le modèle pouvant déterminer quel est le taux de couverture vaccinale en fonction de l'impact sur les hospitalisations, les décès, les infections, il existe pour la période Delta. Le modèle belge qui existe pour omicron (ce que l'on sait d'omicron et ce qu'omicron va créer comme possible vague) se trouve dans notre rapport de 70 pages.

Les modélisateurs nous ont dit ne pas avoir assez de données robustes sur omicron que pour pouvoir le modéliser correctement. Là nous attendons bien sûr ces modèles qui vont essayer de nous montrer, en fonction d'un taux de couverture vaccinale chez les adultes, chez les enfants, etc., quel impact cela pourrait avoir sur les différents indicateurs (infections, hospitalisations, etc.).

Il est clair qu'il y a une donnée qui manque aussi fortement pour nous dans ce débat: le nombre de reports de soins (le nombre de patients dont les soins ont été reportés par rapport au nombre de patients covid que les hôpitaux ont dû accueillir). Il y a tout un travail à faire à ce sujet-là pour le faire entrer dans le débat de l'obligation vaccinale ou du CST.

En ce qui concerne le CST et sa mise en place, c'est le GEMS qui a cette responsabilité à l'égard du gouvernement et je laisserai le GEMS débattre pour savoir comment configurer au mieux ce CST: vaccinal ou non, avec le test ou non. Comment le mettre en place pour qu'il puisse vous guider et que vous puissiez prendre une décision à ce niveau-là?

Concernant le délai entre le booster et la primo-vaccination, toute une série de pays européens décident de diminuer progressivement ce délai. En effet, le Conseil dans son avis sur la dose booster en général, recommande de baisser le délai non pas parce qu'il était sûr que c'était mieux en terme de protection ou de schéma vaccinal de base, mais pour avoir un maximum de troisième dose avant le début de la vague Delta ou pendant le début de la

vague Delta. C'est à ce moment-là que l'on a réduit cet intervalle.

Le schéma vaccinal optimal en fonction de la personne n'est pas encore tout à fait connu. Il sera étudié et on continuera à l'étudier dans le futur comme pour tous les autres vaccins, les schémas vaccinaux (y compris pédiatriques) sont régulièrement adaptés en fonction des nouvelles données.

Sur l'obésité, le style de vie plus sain, les comorbidités, il est clair que bien manger, faire du sport, boire de l'eau, ne pas fumer, aidera la population à lutter et avoir une meilleure immunité. Je suis un très mauvais exemple pour vous en parler et c'est la raison pour laquelle je me suis fait vacciner. Par ailleurs, l'âge est le driver principal de cette maladie. C'est clairement reconnu et démontré par tout le monde.

L'exemple des frères jumeaux célèbres est une démonstration par l'absurde c'est-à-dire qu'être des personnes âgées en parfaite santé, sans obésité, malheureusement n'a pas suffi. Bien boire, bien manger et faire du sport est important. L'âge l'est aussi. Si le politique prenait une décision de vacciner ou d'obliger à vacciner des personnes obèses, je soutiendrais que scientifiquement c'est fondé si l'objectif est de réduire les hospitalisations et le risque d'infections. Ce n'est pas parce que c'est scientifiquement fondé que c'est éthiquement, juridiquement fondé. C'est à vous de le déterminer.

Pourquoi pas tous les adultes? Pourquoi faire une distinction en fonction de l'âge? La distinction en fonction de l'âge se fait en fonction de l'objectif que l'on cherche à atteindre. Si l'objectif est la mortalité, l'âge est élevé. Si c'est l'hospitalisation, l'âge sera 40, 50 ans. Si l'objectif est la mortalité et l'hospitalisation, vacciner des personnes entre 18 et 40 ans, ce ne sont pas eux qui vont à l'hôpital! Ce ne sont pas eux le problème si l'objectif est de limiter le report des soins et les hospitalisations.

Tout ça est possible et le Conseil ne dit pas qu'il faut imposer la vaccination. Il propose des pistes de réflexion et un schéma pour expliquer aux citoyens comment la mettre en place, peut-être par tranches d'âge, avec un système de compensation et surtout avec la nécessité de ne pas la graver dans le marbre pour la vie, mais de la limiter à une période donnée avec la nécessité de revoir régulièrement son utilité ou pas dans le contexte d'omicron qui évolue. C'est le message principal que je veux faire passer.

Il y a une question que je n'ai pas entendue. CST/obligation vaccinale: quel est le tiercé gagnant? En effet, pour les enfants, c'est hors sujet. Comme dit dans ce rapport, ce rapport ne s'intéresse pas à l'heure actuelle au CST et à l'obligation vaccinale. Nous avons dit que le CST ne doit pas s'appliquer aux enfants ou aux adolescents à partir du moment ou l'ensemble des adultes a eu l'occasion de se faire vacciner. On ne peut plus limiter les droits et les libertés des enfants sur la base de leur statut vaccinal. Ce n'est pas cohérent non plus en fonction des autres maladies infantiles qui, pour leur part, sont particulièrement importantes.

Mon avis personnel sur le CST et sur l'obligation vaccinale n'est pas plus pertinent que l'avis de n'importe quel citoyen et je me garderai de donner mon avis personnel que cela soit sur le CST ou l'obligation vaccinale. Je vous remercie.

De **voorzitster**: Collega's, het is 19.00 uur. Ik weet niet of er nog bijkomende vragen zijn? (*neen*) Dan is dit een mooi uur om af te sluiten. Ik dank alle experts. Het was voor ons uiterst interessant u te horen. Ik dank professor Smeesters ook voor het compliment aan het adres van de apothekers. Ik neem het mee naar mijn collega's, dat is altijd leuk.

Collega's parlementsleden, wij zien elkaar volgende week voor wat zeker opnieuw een boeiende week wordt.

Ik zie dat dokter Arrazola nog iets wilt zeggen.

Wouter Arrazola de Oñate: Wij hebben vaak polio gehoord als goed voorbeeld en hoe zo'n verplichting dan werkt. Het mag gezegd dat de uitvinder van het poliovaccin nooit een patent heeft genomen op zijn uitvinding. Hij heeft dat cadeau gedaan aan de mensheid. Polio is op dit moment bijna uitgeroeid. Laat ook dat een les zijn en een *best practice* voor de COVID-19-vaccins.

De **voorzitster**: Dank u wel, een fijn weekend allemaal.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 19.03 uur.
La réunion publique de commission est levée à 19 h 03.

COMMISSION DE LA SANTE ET DE L'ÉGALITE DES CHANCES

du

MERCREDI 16 FEVRIER 2022

Après-midi

_____

COMMISSIE VOOR GEZONDHEID EN GELIJKE KANSEN

van

WOENSDAG 16 FEBRUARI 2022

Namiddag

_____

La réunion publique de commission est ouverte à 14 h 06 et présidée par M. Thierry Warmoes.
De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.06 uur en voorgezeten door de heer Thierry Warmoes.

Hoorzitting over de vaccinatieplicht met de heer Pedro Facon, coronacommissaris.
Audition sur la vaccination obligatoire de M. Pedro Facon, commissaire corona.

Le **président**: Bonjour à toutes et tous. Nous accueillons aujourd'hui M. Pedro Facon, commissaire corona. Je pense que tout le monde le connaît mais je vais tout de même lui demander de se présenter brièvement et de signaler d'éventuels conflits d'intérêt. Cela peut sembler peut-être un peu bizarre, mais la question est posée à tout le monde.

Ik stel die vraag ook aan mevrouw Gudrun Briat, die ook voor het coronacommissariaat werkt. Ik weet niet of zij het woord zal nemen, anders kan zij zichzelf ook voorstellen.

De heer Facon heeft het woord.

Pedro Facon: Mijnheer de voorzitter, ik dank u voor de uitnodiging. Zoals gezegd, laat ik mij vergezellen door Gudrun Briat, die als beleids-medewerker in het coronacommissariaat werkt en gedetacheerd is vanuit het KCE. Zij werkt ook in de taskforce Vaccinatie van het coronacommissariaat.

Ik wil graag een aantal elementen toelichten, vooraleer wij aan de vragenronde beginnen.

Ik begin met een beetje context over onze rol en opdracht. In het kader van een reeks discussies in de loop van november 2021 over de evolutie inzake het Covid Safe Ticket en het oplaaiende debat in het najaar van 2021 over de eventuele verplichte vaccinatie, die ingevoerd is in bepaalde landen, kregen wij van het Overlegcomité de vraag om tegen midden januari een dossier voor te bereiden dat die aspecten zou behandelen. Het ging dus meer bepaald over de verplichte vaccinatie van de algemene bevolking en de eventuele evolutie van het CST gestoeld op een 3G-filosofie, gevaccineerd, getest of genezen, naar een 2G- of 1G-beleid. Daarbij zou het dan respectievelijk gaan om gevaccineerde en genezen personen of alleen gevaccineerde personen.

We hebben twee dossiers in de loop van januari ingediend. U hebt die ook gekregen. Daarin vindt u een samenvatting van adviezen die wij hebben opgevraagd bij de Hoge Gezondheidsraad, het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek en de Commissie Rechten van de Patiënt. Ook zijn er een aantal inlichtingen opgenomen die we hebben ingewonnen bij de FOD Volksgezondheid inzake ontwikkelingen in het buitenland en inzake de verplichte vaccinatie voor polio, waarvoor de FOD Volksgezondheid de regulerende instantie is. We hebben die adviezen ontvangen in de loop van december en ook nog in januari. Begin februari kregen we de adviezen van de Hoge Gezondheidsraad. We hebben die adviezen verwerkt en aangevuld met onze eigen overwegingen en discussies vanuit de Task Force Vaccinatie. We hebben dan een dossier ingediend, zoals u hebt kunnen lezen.

Naast de opgevraagde adviezen hebben we ook advies gekregen van Unia en van de federale raad voor mensenrechten. In een aanvullend document, dat we na onze eerste nota hadden opgeleverd en dat u ook zou moeten hebben ontvangen, hebben we ook studies uit het buitenland, met name vanuit Nederland en Frankrijk, waarvoor er wel wat media-aandacht was in België, verwerkt.

Ik geef eerst een aantal algemene reflecties en daarna ook een aantal elementen uit het dossier, dat u hebt kunnen lezen.

Mijn algemene reflecties die ik u wil meegeven, zijn de volgende. Zowel in het maatschappelijk debat als in de hoorzittingen die u hebt gehouden, zien wij dat wij met meerdere soorten argumenten te maken hebben. Er zijn, enerzijds, epidemiologische argumenten, die eigenlijk over de mate gaan waarin instrumenten waarover wij spreken, kunnen helpen en bijdragen aan het beheersen van de epidemie.

Natuurlijk is er ook een reeks andere argumenten, die ook te maken hebben met de volksgezondheid, zoals de vraag wat het CST of de verplichte vaccinatie doet met de motivatie en de mentale gezondheid of ook wat het effect is op andere domeinen in de gezondheidszorg, bijvoorbeeld andere vaccinatieprogramma's. Dat is uiteraard een belangrijk element.

Er zijn ethische overwegingen en sociale overwegingen. Er zijn allerlei juridische argumenten, die in de hoorzittingen op een heel goede manier aan bod zijn gekomen. Er zijn ook operationele elementen, die natuurlijk belangrijk zijn, wanneer tot coronacertificaten of verplichte vaccinatie wordt beslist door de politiek bevoegde actoren. In dat geval is een aantal aspecten operationeel van belang.

De afweging tussen die elementen is voor mij fundamenteel politiek van aard. Ik wil daarin duidelijk zijn. Wanneer wij vanuit het coronacommissariaat, dat een beleidsvoorbereidende bevoegdheid heeft op het vlak van de beheersing van de epidemie en op het vlak van het maken van een effectieve beheersstrategie voor COVID-19, elementen naar voren brengen, hebben wij daarbij geen politieke doelstellingen. Dat hoort ook niet.

Wat wij moeten doen, is argumenten op tafel brengen, die natuurlijk in eerste instantie betrekking zullen hebben op de data die wij zien of op de bestaande wetenschappelijke inzichten over het virus, de epidemie, de vaccinatie-effectiviteit en de immunisatie.

Ik wil hier in het cenakel nogmaals onderstrepen dat heel wat wetenschappelijke elementen en data evolueren en dat er behoorlijk wat onzekerheid en discussie is over de manier waarop wij bepaalde zaken moeten inschatten en evalueren alsook welke conclusies daaruit moeten worden getrokken.

Het is absoluut niet zo dat de data voor zich kunnen spreken. De data moeten kunnen worden geïnterpreteerd over de tijd heen.

Als we vandaag terugblikken naar de manier waarop we naar vaccinatie keken een jaar geleden, naar de verwachtingen over de vaccineffectiviteit en die plaatsen tegenover de huidige situatie, dan zien wij dat wij heel veel hebben geleerd op een jaar. Wij kunnen vandaag veel beter spreken over wat die vaccineffectiviteit inhoudt tegenover wat we vorig jaar dachten op basis van onder meer de rapporten van de bedrijven die vaccins op de markt brachten en de evaluaties van het EMA.

Onze rol, dat wil ik onderstrepen, is om te proberen de kennis en de wetenschap, die evolutief is, naar de tafel en in het debat te brengen. Het is geen rol voor het coronacommissariaat om de opportuniteit van een verplichte vaccinatie of zelfs van een coronacertificaat te bepalen. Dat komt toe aan de cenakels die betrokken zijn bij de politieke besluitvorming. Wij moeten wel proberen om het debat te voeden.

Wat hier de voorbije weken met de hoorzittingen is gebeurd, heeft zeker bijgedragen tot de inzichten. Dat is aanvullend op het debat dat op wetenschappelijk, maatschappelijk en ook op internationaal vlak al liep. Dat is een belangrijke reflectie, die ik wil maken.

Een tweede belangrijke reflectie is dat we allemaal zeer sterk zijn beïnvloed in ons kijken naar de situatie en onze inschatting van de voorzorgsprincipes of proportionaliteitsprincipes door de situatie waarin we zitten. Er zijn al verschillen tussen virologen, epidemiologen en politieke wetenschappers en juristen over wat proportionaliteit of voorzorg wil zeggen, maar alle disciplines zijn gevat door het feit dat we heel sterk denken in termen van de situatie waarin we zitten.

Momenteel zitten we in een ontspannende situatie, een situatie die zich aan het ontspannen is, doordat de epidemiologische situatie verbetert. Ook het omikronrisico, dat aanvankelijk heel hoog werd ingeschat door het ECDC en andere experts, was positiever dan initieel gevreesd.

Dat heeft ook in sterke mate een invloed op de wijze waarop wij naar maatregelen kijken, en ook naar zaken als verplichte vaccinatie en het CST. Ik herinner mij dat er in september en oktober van vorig jaar zeer veel debat was over sneller boosteren, over het feit dat de verplichte vaccinatie van zorgverstrekkers sneller moest worden verwezenlijkt en dat er veel doortastender moest worden opgetreden. Vandaag merk ik, niet enkel in ons land maar ook in andere landen, dat men dat heroverweegt en dat sommige landen de verplichte vaccinatie voor zorgverstrekkers in een waakstand zetten of de inwerkingtreding ervan later willen

doen ingaan. Dat is toch een vaststelling die wij, meen ik, samen moeten maken.

Dat moet ons ook wakker houden voor de situatie waar wij vandaag in zitten. Wij moeten proberen te denken in termen van scenario's en niet louter verder redeneren vanuit de situatie waarin wij nu zitten. Met de huidige kennis van omikron en de mate waarin omikron ernstig is, door de immunisatie die wij al kennen maar ook door de kenmerken van de variant zelf, zijn wij natuurlijk geneigd het CST en de verplichte vaccinatie nog sterker te toetsen op het vlak van hun proportionaliteit, op het vlak van hun noodzakelijkheid, op het vlak van hun toegevoegde waarde. Dat is normaal. Dat is evident. Maar tegelijkertijd weten wij, en daarover wordt niet enkel in België debat gevoerd, dat wij in het huidige epidemiologische verloop kunnen verwachten dat wij in het najaar zullen worden geconfronteerd met heropflakkeringen waarvan wij niet weten hoe groot zij zullen zijn. De modellen geven aan dat wij zeker tot na de zomermaanden een relatief rustige epidemiologische situatie zouden moeten hebben, maar tegelijkertijd geven zij twijfel aan over hoe het virus zal evolueren, welke varianten zich nog kunnen aandienen en wat de virulentie van die varianten zal zijn en in welke mate die leidt tot *immune escape.* Wij weten dat eigenlijk niet zo goed.

Wij moeten opletten dat wij onszelf niets wijsmaken, en dat is het moeilijke in de context waarbij heel wat wetenschappelijke kennis evolutief is en nog niet definitief is. Wij mogen niet te veel verwachtingen hebben, bijvoorbeeld de verwachting, die ik vorig jaar en ook bij sommige experten heb gehoord, dat respiratoire virussen steeds besmettelijker worden maar steeds minder virulent, minder ernstig.

Ze worden steeds besmettelijker, maar minder ernstig. Wetenschappelijk is dat niet zeker. Het zou goed zijn als we dat allemaal beseffen. Het virus kan voortdurend blijven evolueren door replicatie. We weten eigenlijk niet zeker of het virus steeds minder virulent zal worden in combinatie met een steeds betere immunisatie, zowel door vaccinatie, boosters als ziekte, dus door antilichamen en immuniteit opgebouwd na ziekte. We weten niet goed hoe het zal evolueren. Hetzelfde geldt voor de immuniteit. Er zijn antilichamen, maar er is ook cellulaire immuniteit. We weten nog niet goed hoe dat zal evolueren. Dat is nu eenmaal de realiteit en een kenmerk van zo'n epidemie en de wetenschap. Het is evolutief. Ik zou nooit durven stellen dat de argumenten die het coronacommissariaat aandraagt definitieve inzichten zijn. Het is in die moeilijke, onzekere context dat er moeilijke afwegingen moeten worden gemaakt. Beleidsmakers en politieke besluitvormers dragen toch wel een grote verantwoordelijkheid.

Zelfs als er in een discussie zoals die over het coronacertificaat of over verplichte vaccinatie politiek zou worden beslist dat het in de huidige context bijvoorbeeld niet meer opportuun is, dan rijst nog altijd de vraag in welke mate we ons willen en kunnen voorbereiden op eventuele scenario's waarin we daar anders over zouden denken. Dat is de verwarring, de polarisatie die ook in het debat zit. Ik hoor heel veel metaforen over paraplubakken, zolders, kelders of frigo's met gereedschap of gereedschapskisten. Dit gaat er uiteindelijk om hoe ons paraatheidspakket eruitziet. Dat is een politieke keuze. Verplichte vaccinatie of een coronacertificaat moeten niet absoluut tot die gereedschapskist behoren, maar men moet zich er wel over uitspreken. Dat is een beleidsstandpunt dat moet worden ingenomen.

De discussie die we vandaag voeren, mogen we niet enkel voeren in de context van omikron. We moeten vooruitdenken en scenariogewijs nagaan hoe we naar verplichte vaccinatie kijken en hoe het coronacertificaat zal evolueren, zelfs als we dat vandaag niet willen activeren. Als we dat ooit willen activeren, wat is daar dan eigenlijk voor nodig? Wat betekent het in termen van operationalisering om zoiets op gang te brengen?

Wat betekent het ook, op operationeel vlak, om zoiets op gang te brengen? Het debat dat ik erg belangrijk vind moet ook daarover gaan. Het enigszins gepolariseerde debat over een coronacertificaat zou ik eigenlijk op een andere manier willen bekijken, namelijk met de vraag of het denkbaar is dat we in het kader van COVID-19 opnieuw in een scenario belanden waarin we een dergelijk instrument opnieuw zouden willen hanteren. Als dat denkbaar is, in welke mate wensen we dan op dat moment opnieuw een beroep te doen op een coronacertificaat? Indien we dat wensen, met welke modaliteiten? Moet dit in het kader van een epidemische noodsituatie worden beslist? Moet het gekoppeld worden aan de niveaus van de barometer? Moet dit soms een eigen validatieproces kennen, op politiek niveau en in de schoot van het Parlement? Dat zijn vragen die beantwoord moeten worden.

Het antwoord kan zijn dat het gebruik van zo'n instrument niet meer gewenst is. Als er echter overwogen wordt om het misschien ooit wel nog te gebruiken, dan moet men goed beseffen dat het CST zoals het vandaag bestaat, neergelegd is in samenwerkingsovereenkomsten en in decreten. De voorbije achttien maanden maar ook daarvoor,

toen ik nog belast was met de ziekenhuiscapaciteit bij de FOD Volksgezondheid, heb ik ervaren dat er heel wat tijd nodig is om over een aantal instrumenten een politieke standpuntbepaling te verkrijgen, maar ook om dat alles nadien ordentelijk te formaliseren op juridisch vlak. Daar ligt ook mijn bezorgdheid als commissaris. Een samenwerkingsakkoord neemt minstens vier weken in beslag, als iedereen heel hard zijn best doet op het niveau van de regeringen en het Parlement. Dat is ook wat er gebeurd is in het kader van het CST. Daar moet natuurlijk rekening mee worden gehouden, indien er wordt overwogen om dat instrument ooit nog te gebruiken, zelfs al willen we het nu misschien afschaffen, omdat er natuurlijk moet worden ingespeeld op het debat dat zich in België maar ook daarbuiten afspeelt. Zetten we dat instrument nog op waakvlam, met eventueel heel ernstige grendels errond, of schrappen we het helemaal, wat een legitieme keuze zou zijn? Indien daar dan echter op wordt teruggekomen, dan zal het behoorlijk wat tijd vragen om het opnieuw te formaliseren.

Als bestuurder – ik sta vanuit het coronacommissariaat immers aan die kant – heb ik gezien hoeveel energie en tijd dat vraagt van alle actoren. Dat is op zich niet erg, maar u moet weten dat dit zo is.

Wij moeten ook goed bekijken wat er gebeurt inzake de vaccinatiebereidheid. De Task Force Vaccinatie was er voorstander van om te evolueren naar een coronacertificaat type 1G of 2G, vanuit de bezorgdheid dat de huidige boostercampagne op een bepaald moment de wind in de zeilen zou verliezen. Dat loopt eigenlijk relatief goed. In de Europese Economische Ruimte staan wij nog altijd op de vijfde plaats wat de performantie betreft. Als wij in alle internationale ranglijsten op dat niveau zouden staan, dan zou iedereen zeer blij zijn, maar wij zien wel dat het wat moeilijker wordt om de hele groep van mensen die zeer overtuigd was over de basisvaccinatie opnieuw te overtuigen voor de booster. Dat heeft natuurlijke meerdere oorzaken. Een coronacertificaat of een verplichte vaccinatie is in zo'n context voor een stuk kurieren am Symptom. Dat is zeker zo, maar als bestuurder moet u dat ook weten en eventueel in rekening nemen.

Ik vind het erg belangrijk dat wij – de hoorzittingen en de kwalitatieve interventies dragen daartoe bij – transparant zijn en duidelijk communiceren, ook met de bevolking, over de situatie waarin wij vandaag zitten, de mogelijke scenario's, de kans van bepaalde scenario's, wat wij weten en niet weten – wij hebben misschien ook te weinig gecommuniceerd over wat wij niet weten – de mogelijke beleidsalternatieven, hun voor- en nadelen en de beperkingen. Ik vind de hoorzittingen interessant, maar u weet dat ik in mijn dossier had aangehaald dat het misschien nuttig is om te overwegen om meer directe contacten met burgers in rekening te nemen, zoals dat in sommige landen gebeurt rond het debat over de verplichte vaccinatie, het coronacertificaat en mogelijks ook andere aspecten van het pandemiebeheer en de paraatheid voor de toekomst. Er zijn instellingen in ons land die daarbij ondersteuning kunnen bieden.

Voor mij, het commissariaat en de administraties is het van belang dat de politieke oriëntaties helder zijn inzake opportuniteit, wat men inhoudelijk wil en welke de voorwaarden zijn. Zoals daarstraks gezegd, men kan bepaalde juridische instrumenten paraat en op waakvlam hebben, om ze dan te activeren volgens bepaalde modaliteiten. Het is belangrijk om dat goed te weten.

Het uitwerken van een juridisch kader, bijvoorbeeld met betrekking tot verplichte vaccinatie of een evolutie van het huidige coronacertificaat naar een ander type certificaat, 2G of 1G, beperkt tot bepaalde sectoren, met andere aandachtspunten, vraagt behoorlijk wat tijd. Vanuit mijn vorige functie weet ik ook welke de processen zijn die bij de verplichte vaccinatie tegen polio horen. Dat vereist telkens mensen en capaciteit die moeten worden voorbereid en ingezet. In die zin is paraatheid gestoeld op duidelijke beleidsoriëntaties.

Met betrekking tot technologie, u weet dat instrumenten als het coronacertificaat gestoeld zijn op technologie die gezamenlijk is afgesproken. Ook dat vraagt de nodige tijd wanneer het moet worden geactiveerd, zelfs al hebben wij nu, na de coronacrisis, natuurlijk heel wat architectuur en methodes ter zake klaarliggen.

In de algemene reflecties wil ik ook nog meegeven dat wij natuurlijk niet in een vacuüm zitten. De ontwikkelingen die wij momenteel zien in buurlanden en in de Europese ruimte met betrekking tot het coronacertificaat, maar ook met betrekking tot verplichte vaccinatie, beïnvloeden ons debat. Het komt mij zeker niet toe om het beleid van andere landen te becommentariëren, maar als ik zie hoe men bepaalde beleidsinstrumenten momenteel afschakelt, meen ik dat het noodzakelijk is om ook te weten hoe men bepaalde instrumenten opnieuw kan inschakelen op het moment waarop dit nodig is.

Mijn algemene reflecties waren ook in dialoog op een aantal argumenten in de verslagen van de hoorzittingen. Ik herhaal nog even wat de

voornaamste argumenten zijn die wij op tafel leggen. Die hebben te maken met onzekerheden op het vlak van het virus en van de evolutie van de epidemie, ook in de verwachting dat we in transitie naar een endemische situatie zitten, waarvan we echter het pad, de modaliteiten en de timing niet kennen. Dat zorgt dus voor behoorlijk wat onzekerheid, onder andere op het vlak van de vaccineffectiviteit. Dat merk ik op sociale media, maar ook elders.

Er zijn heel veel onderzoeken en data die met elkaar in verbinding worden gebracht, maar we spreken soms over verschillende zaken. We moeten daarover eerlijk en transparant zijn. In de eerste periode na het begin van de vaccinaties hebben we ons heel sterk gestoeld op elementen van vaccineffectiviteit die naar boven waren gekomen in klinische studies door bedrijven en die dan door het EMA en een aantal academische actoren werden getoetst.

Daarna hebben we door te vaccineren heel wat observationele elementen gekregen. Ik heb bijvoorbeeld dit weekend in een interview gezegd dat we hebben vastgesteld dat vaccins minder goed beschermen tegen infectie dan tegen ernstige ziekte, hospitalisatie en overlijden. Daarover zijn we het eens. Dat blijkt duidelijk uit zowel de labodata als uit de empirische data.

Maar zelfs al is dat zo, dan zien we in de incidentiecijfers van wie besmet is en wat hun vaccinatiestatus is, nog altijd dat niet-gevaccineerden vaker voorkomen dan gevaccineerden, en in het bijzonder de geboosterden. Als ik heb verwezen naar het feit dat 18-plussers tot 2,5 minder in die incidentiecijfers voorkomen, dan gaat het daarover.

We moeten opletten dat we vaccineffectiviteit en de vaccinatiestatus in incidentiecijfers niet met elkaar verwarren. Dat is niet altijd gemakkelijk in een publiek of mediatiek debat. Dat is niet helemaal hetzelfde. De data die we in de incidentiecijfers zien, gaan niet zozeer over vaccineffectiviteit omdat de groepen, de gevaccineerden en de niet-gevaccineerden, niet perfect vergelijkbaar zijn. Mensen die zich laten vaccineren, hebben andere kenmerken dan mensen die zich niet hebben laten vaccineren. Mensen die zich hebben laten vaccineren stellen soms ook ander gedrag, omdat ze zich beter beschermd voelen dan mensen die zich niet hebben laten vaccineren. Overigens, het omgekeerde kan ook tellen. Sommige mensen die niet gevaccineerd zijn, geloven ook niet in het risico dat ze lopen.

Ik denk dat we daar zorgvuldig in moeten zijn, wat niet altijd gemakkelijk is in een publiek en mediatiek debat. Ik herhaal, op basis van de data die we hebben, dat zowel bij de empirische data als bij de wetenschappelijke en labodata, we zien dat ook tegen besmetting vaccinatie helpt. Alleen helpen die vaccins minder goed tegen besmetting dan tegen ernstige ziekte en hospitalisatie, en weten we ook dat er waningeffecten optreden, waarvan we alleen het verloop niet perfect kunnen bepalen. Ik blijf wel bij mijn standpunt daarover.

De vraag die zich dan stelt, is natuurlijk: binnen zo'n context, achten wij het opportuun of vinden wij de relatieve bijdrage van een instrument als verplichte vaccinatie of een coronacertificaat, achten wij de relatieve toegevoegde waarde, de risicoreductie die daar kan uit voortkomen, die ook niet perfect te kwantificeren is zoals u weet, achten wij dat hoog genoeg, vinden wij die bijdrage sterk genoeg ten opzichte van de kosten daarvan? Dat heeft te maken met het moeten onderhouden van instrumenten, de pure kosten, het technologisch uitwerken van zaken, administraties en juridische kaders die moeten worden ontwikkeld. Dat zijn de directe kosten, maar eigenlijk ook de negatieve externaliteiten. Dan komt natuurlijk sterk in het maatschappelijk debat naar voren dat er ook wel negatieve externaliteiten zijn die, zoals gezegd, bijvoorbeeld te maken hebben met in welke mate verplichte vaccinatie er bijvoorbeeld toe kan leiden dat vrijwillige vaccinatieschema's minder goed worden nagevolgd, omdat het vertrouwen zakt.

In welke mate leidt een certificaat tot meer tweedeling in de samenleving? Dat is natuurlijk een belangrijk maatschappelijk vraagstuk. Klopt het dat het certificaat een tweedeling veroorzaakt? Zijn wij bereid om daarvan de eventuele gevolgen te dragen? Die elementen moeten natuurlijk in rekening worden genomen.

Omtrent het coronacertificaat heeft de Hoge Gezondheidsraad gesteld dat er wel degelijk een tijdelijk effect werd gezien onder de vorm van een verhoging van de vaccinatiegraad. Dat zien wij ook in de snelheid waarmee de eerste dosis werd toegediend. Op een bepaald moment zagen we een versterking, wat ongetwijfeld kan worden gelinkt aan toenmalige reglementaire interventies betreffende het certificaat. Dat is een tijdelijk effect geweest. Het is altijd genuanceerd, jammer genoeg, dus u zult mij vandaag niet betrappen op zeer sterke uitspraken daarover. Studies daarover, ook uit Frankrijk, geven aan, in een context met een al relatief hoge vaccinatiegraad, dat de toegevoegde waarde van een certificaat of verplichte vaccinatie kleiner is dan bij een lagere vaccinatiegraad. Er spelen talrijke interveniërende elementen, zoals het vertrouwen in de overheid, de

reeds bestaande vaccinatiebereidheid in andere campagnes, de manier van communiceren en de wijze waarop de toegang tot het vaccin wordt georganiseerd, bijvoorbeeld zeer gecentraliseerd of decentraal. Het is multivariabel, wat het complex maakt. Het debat leent zich dan ook niet tot zeer scherpe uitspraken. Daarmee bedoel ik niet dat er geen sterke politieke standpunten kunnen worden ingenomen, maar in de data en overwegingen interageren heel veel elementen met elkaar.

Zelfs al ben ik van mening – dit is geen geheim – dat het coronacertificaat een plaats kan hebben in een beleidsmix van verscheidene verdedigingslinies, zoals risicocommunicatie, maskerdracht, sociale afstand en luchtkwaliteit, toch is het best mogelijk dat het certificaat of een verplichte vaccinatie niet bestaat. In dat laatste geval zal er bijkomende aandacht moeten zijn voor nog andere goed functionerende verdedigingslinies.

U weet bijvoorbeeld dat wij in luchtkwaliteit nog een heel lange weg moeten afleggen. Wij hebben mooie stappen vooruitgezet, zowel in de deelstaten als op federaal niveau. Wanneer natuurlijk een instrument minder sterk wordt gemaakt, moeten de andere instrumenten worden bekeken.

Wij weten ook wel welke instrumenten in dit land beter of minder goed hebben gefunctioneerd. Kijk ook naar de manier waarop er toezicht was op of ondersteuning van de isolatie en de quarantaine. Sommige landen hebben dat op een heel andere manier gedaan. Noorse staatsburgers die op het grondgebied aankomen, gingen in verplichte hotel-quarantaine. Het ging om Noorse staatsburgers, die bijvoorbeeld in Oslo aankwamen.

Dat kunnen wij ons niet inbeelden. Ik beveel dat hier ook niet aan. Wij zien echter dat alle elementen met elkaar interageren. Wanneer minder wordt ingezet op het ene, moet goed worden opgelet dat de andere verdedigingslinies voldoende sterk zijn. Dat is de hoofdboodschap die ik wil meegeven.

Ik wil ook nog meegeven dat voor mij, net zoals voor de Hoge Gezondheidsraad, het coronacertificaat en de verplichte vaccinatie, ook op vraag van het Overlegcomité, in één dossier zijn gevat, hoewel ze strikt genomen ook los van elkaar bestaan. Het ene kan zonder het andere en omgekeerd. Zij kunnen ook worden gecombineerd.

Stel u immers voor dat er een verplichte vaccinatie is. De vraag zal dan natuurlijk zijn op welke manier ze wordt gehandhaafd. Sommige Europese landen doen dat, door fiscale of parafiscale inhoudingen te organiseren bij niet-gevaccineerden. Andere landen doen dat, door boetes op te leggen.

Ik heb daar een aantal bedenkingen bij, die ik eerder al heb geformuleerd, ook wanneer wij kijken naar de manier waarop een en ander wordt toegepast in het kader van de poliovaccinatie. Ik ken de papierwinkel die daarmee gepaard ging. Ik zag alle brieven vanuit de FOD Volksgezondheid naar ouders die zich nog niet hadden gemeld voor de verplichte poliovaccinatie. Ik heb gezien dat het vaak om dezelfde gezinnen ging, die steeds opnieuw moesten worden aangeschreven. De dossiers worden dan doorgezonden via de Gezondheidsinspectie, desgevallend ook naar het parket. Daar hoort echter een hele administratieve winkel bij.

Ik zou mij het volgende kunnen inbeelden, mocht worden beslist tot verplichte vaccinatie, waarvan ik meen, zoals het dossier ook aangeeft, dat vandaag de voorwaarden daarvoor niet zijn ingevuld. Ik kan mij inbeelden dat een soort vaccinatiepas zou worden gebruikt, om de toepassing te kunnen opvolgen en handhaven. Dat is niet onbekend voor ons. Wij gebruiken immers de gele kaart, om te reizen. Wat is daar anders aan dan aan een vaccinatiepas?

Tot slot, ik vind het evident dat het epidemiologische beleid zich aftekent binnen een ruimer volksgezondheidsbeleid en binnen een maatschappelijke context. Ik sluit af waar ik begonnen ben, namelijk met de vaststelling dat inschattingen over voorzorg, proportionaliteit en paraatheid evolueren. Veel van de discussies die wij in de bijzondere commissie COVID-19 hebben gehad, gingen over een gebrek aan paraatheid en voorbereiding. Wat ik absoluut als een succes zou beschouwen, is dat wij daar op een explicietere wijze over nadenken. Dat betekent: geen sluipende besluitvorming en niet denken dat wij zonder één instrument overgeleverd zijn aan catastrofes en ondergang, maar wel echt reflecteren over wat de mogelijke scenario's zijn waarin wij kunnen belanden, wat dan het dispositief is dat wij ter beschikking willen hebben om daar eventueel op te antwoorden en wat daarvoor de voorwaarden en modaliteiten zijn.

De **voorzitter**: Dank u, mijnheer Facon.

Dinsdag hebben wij besloten om het politiek debat hierover in de commissie aan te gaan. U hebt daarvoor al een aantal aanbevelingen gedaan. U onderstreept ook het belang van dat debat.

Volgende woensdag horen wij de sociale partners hierover. We hebben ook beslist om enkele experts

in privacy en gegevensbescherming te horen. Ik stel voor om dat dinsdagvoormiddag na het krokusverlof te doen. Het debat kunnen we dan woensdag na het krokusverlof voeren. In dat debat nemen we ook de discussie over het CST mee. Daarvoor hebben we ook al schriftelijke adviezen gevraagd.

Dan geef ik het woord aan de sprekers. Elke spreker krijgt vijf minuten. We beginnen met een spreker per groep. Ik geef het woord aan de N-VA.

Peter De Roover (N-VA): Mijnheer Facon, dank u voor uw uiteenzetting.

In uw nota van 14 januari over de verplichte vaccinatie pleit u voor een 1G-beleid. Intussen heeft Nederland een andere vorm van 1G-beleid naar voren geschoven dat vanuit gezondheidsoogpunt veel logischer is. Uw 1G-beleid komt erop neer dat men gevaccineerd moet zijn. Het Nederlandse 1G-beleid komt erop neer dat men veilig moet zijn. Dat lijkt mij logischer.

Bij alle hoorzittingen hebben wij niemand gehoord die uw 1G-beleid heeft verdedigd. Dat geldt zelfs ook een beetje voor het 3G-beleid. U zegt dat dit toch enige zin heeft gehad in het stimuleren van de vaccinatie. Het Belgisch Raadgevend Comité voor de Bio-ethiek heeft nadrukkelijk gezegd dat het tersluiks – ik zal een scherp woord gebruiken – pesten van mensen tot het nemen van een vaccinatie, die niet verplicht is, ethisch niet aanvaardbaar is. Wat is uw mening daarover?

U hebt de zittingen hier gevolgd, vermoed ik. Tussen de talloze interessante uiteenzettingen was er ook die van mevrouw Liliane Schoofs, die toch wat informatie heeft gegeven over de impact van het vaccineren, zoals wij dat doen, op het verspreiden op het virus. Hebt u haar uiteenzetting gehoord? Wat is uw reactie daarop?

In uw uiteenzetting hebt u erop gewezen dat het ogenblik waarop wij dit soort discussies houden waarschijnlijk mee bepalend is voor de uitkomst van de discussie. Mochten wij deze discussie enkele maanden geleden gehouden hebben, tegen de achtergrond van delta, hadden wij daar misschien anders over geoordeeld dan vandaag, tegen de achtergrond van omikron en de nieuwe cijfers. Is dat een argument om snel te schakelen, of is dat juist een argument om voorzichtig te zijn? Misschien kan men tegen de achtergrond van de cijfers die op dat ogenblik aan de orde zijn tot paniekreacties komen en beslissingen nemen die toch verregaand zijn?

U hebt gesproken over mogelijke opflakkeringen in de herfst, door eventuele varianten. Wij weten het niet. Dan kan men twee benaderingen hebben: ofwel minstens streng genoeg zijn en alle eventuele varianten in de overweging meenemen, ofwel niet uitgaan van het allerergste scenario, want de maatregelen die genomen worden, zoals verplichte vaccinatie maar ook andere, zijn natuurlijk ook niet zonder impact. Men kan volgens mij niet zeggen: laten wij zo streng mogelijk zijn, dan zijn wij zo veilig mogelijk. Dat zal voor een deel misschien wel het gevolg zijn, maar daar betaalt men natuurlijk wel een prijs voor, de prijs van minder bewegingsvrijheid, de prijs van minder recht op integriteit van het eigen lichaam. De plicht tot vaccineren, die nooit principieel afgewezen kan worden, meen ik, is een infiltratie in het lichaam. Die kan men natuurlijk niet bagatelliseren.

In diezelfde uiteenzetting zegt u dat er rekening moet worden gehouden met wat zou kunnen gebeuren en ons daarop voorbereiden. Misschien heb ik u verkeerd begrepen, dan moet u mij verbeteren. Is het niet gevaarlijk tegen een toestand die wij niet kennen een automatisme in te voeren en vandaag te zeggen 'als dit gebeurt, dan dat'? Al die alsjes moeten nu hypothetisch worden ingevuld. Voor men het weet, zit men dan op een niet in de handen te houden spoor dat leidt tot toestanden die misschien op dat ogenblik wel het resultaat zijn van die als-danredenering, maar die toch een beetje gek lijken in hun realisatie.

U hebt opgemerkt dat het enige tijd vraagt om dingen in te voeren die zijn afgeschaft. Er kan ook een weerstand ontstaan die vroeger niet bestond.

Graag verneem ik uw standpunt over het volgende. Is het CST dan het nieuwe normaal of is het dat niet? Moeten we 'normaal' zien zoals het vroeger was, namelijk zonder het CST en er moeten goede argumenten zijn voordat we dat invoeren.

U zegt dat risicoreductie gekwantificeerd kan worden. Is dat zo? Kunnen we dat zo kwantificeren? Wat is het risico dat ik loop als gevaccineerde met een booster, dus drie prikken, als ik in contact kom met niet-gevaccineerden? Dat is toch wel een belangrijke vraag die mij, maar ook alle andere gevaccineerden zeker zal interesseren.

Laurence Hennuy (Ecolo-Groen): Monsieur Facon, je vous remercie pour votre présentation.

Je voudrais vous poser quelques questions qui ont trait à votre premier rapport, à savoir le rapport du 11 janvier. Dans celui-ci, vous dites: "Alors qu'au début de la crise, des mesures et des restrictions très drastiques étaient considérées comme plus acceptables par la population, la demande de

proportionnalité et de politiques fondées sur des données de preuves s'est accrue."

Je suis assez étonnée par ces propos. En effet, on a entendu à plusieurs reprises que ces évidences en termes de pertinence et de proportionnalité étaient nécessaires pour justifier des mesures et qu'elles devaient être constamment évaluées par les autorités pour justifier leur pertinence. Il ne s'agit donc pas d'une évolution des exigences. Celles-ci doivent simplement exister. Le rôle des autorités est notamment d'apporter ces preuves.

Vous dites également que l'évolution vers une plus grande attention portée aux preuves et à la proportionnalité est renforcée par une impatience croissante au sein de la société. Ne pensez-vous pas que c'est plutôt parce que ces preuves n'étaient pas amenées par les autorités que l'on a assisté, comme en témoigne le baromètre, à une diminution de l'adhésion et de la confiance?

Par ailleurs, vous faites référence à l'OMS Europe qui demande de mettre l'accent sur le dialogue et la lutte contre la désinformation. Vous dites que la task force interfédérale vaccination et les autorités ont déjà déployé des instruments très larges en la matière, mais qu'elles se heurtent à des limites. Pouvez-vous expliciter ces limites?

J'entends votre préoccupation d'avoir un cadre juridique qui serait prêt si nécessaire et qui pourrait être activé si on se trouvait face à une nouvelle pandémie qui rependrait de plus belle. J'entends que mettre en place ce cadre prend du temps au niveau belge. Mais lors des auditions, on nous a également fait savoir que cela était difficilement concrétisable pour des raisons de prévisibilité. En fait, on ne peut pas créer ainsi un cadre vide. Avez-vous tenu compte de ces éléments?

Nous avons, en outre, entendu qu'en raison de toutes ces difficultés de mise en place, des alternatives étaient préconisées par la majorité des experts; elles sont liées à une approche motivationnelle, informative, individuelle, non coercitive, comme celle qui va dans le sens d'un renforcement de la première ligne, l'objectif étant d'aller à la rencontre des gens et des personnes vulnérables qui ne se sont pas fait vacciner et qui sont très éloignés des systèmes de santé.

On ne vous a pas vraiment entendu sur cette alternative qui semble être la voie la plus efficace pour relever les défis à venir en matière de pandémie. Je pense d'ailleurs me rappeler que c'était l'une des recommandations de la commission Covid.

Enfin, vous dites que si l'obligation vaccinale était appliquée, elle devrait être contrôlée par le biais d'un pass vaccinal. Estimez-vous toujours qu'il s'agit de la seule manière de contrôler, et donc de la seule sanction envisageable? On a entendu beaucoup de critiques à cet égard.

Laurence Zanchetta (PS): Monsieur le président, nous ne sommes pas maîtres de tout dans le calendrier mais c'est vrai que c'est un débat qui vient à un moment où plus personne n'envisage d'activer les outils tels que la vaccination obligatoire, le CST ou encore le pass vaccinal. Nous-mêmes, nous avons défendu ici l'idée d'une vaccination obligatoire mais à ce moment précis, dans le contexte que nous connaissons, il faut bien reconnaître que cela n'a plus beaucoup de sens.

Par contre, le débat a son utilité parce que c'est un virus qui nous a surpris en permanence. On l'a entendu dans les auditions, la prudence doit rester de mise. L'une des questions qu'on s'est posée et qu'on a posée aux intervenants tout au long de nos auditions et sur laquelle on voudrait avoir votre avis, monsieur Facon. Je vous remercie au passage pour votre intervention aujourd'hui. C'est la question de l'utilité ou de la faisabilité d'un cadre général qui pourrait être activé, un peu sur l'idée du baromètre et qui permette de mettre en œuvre à un moment précis la vaccination obligatoire ou le pass dans ses multiples formes afin de réagir rapidement, si la situation s'imposait. C'est aussi la question des risques et difficultés de mettre en place un tel cadre.

En Belgique, on le sait, près de 9 millions de personnes ont été vaccinées. Avez-vous une idée claire de l'impact qu'aurait pu avoir le passage au pass vaccinal ou à l'obligation vaccinale en termes de vaccination et de réduction de la pression hospitalière? Dans les conclusions du rapport, le commissariat prône plutôt la mise en place d'un certificat corona, en gros un pass vaccinal plutôt qu'une vaccination obligatoire avec la possibilité de le combiner à un test en cas de forte circulation du virus. Peut-on en conclure que c'est une piste qui a été définitivement écartée au vu du baromètre qui a été élaboré? Selon votre approche, ne peut-on se dire qu'en cas de forte circulation du virus, le test en lui-même devrait être obligatoire et suffisant dans certaines circonstances?

De notre côté, nous n'avons jamais été favorables au pass vaccinal comme un outil pour maximiser, pour inciter à la vaccination comme vous l'évoquez dans votre note, parce qu'on a vraiment le sentiment que c'est un outil, comme on l'a beaucoup entendu lors de nos auditions, qui va fracturer et diviser encore plus la société. Il est vrai

qu'en plaidant, si cela s'avérait nécessaire, pour l'obligation vaccinale, on a le sentiment qu'il s'agit plutôt d'un choix plus transparent. D'ailleurs plusieurs des avis que vous avez reçus vont dans ce sens, celui d'éviter de passer par un outil qui serait une obligation vaccinale déguisée.

Concernant le CST, il semble en tout cas aujourd'hui impératif d'évaluer son utilité en fonction de la situation où nous nous trouvons. Pourtant le baromètre a finalement consolidé l'existence du CST, en tout cas dans les codes rouge et orange. Par conséquent, est-ce qu'en fonction de l'évaluation qui sera faite, on pourrait envisager clairement sa suppression ou à tout le moins la limitation de son utilisation ? On devrait donc, de facto, revoir le baromètre.

On sait que les personnes qui refusent la vaccination, mais également les personnes vaccinées, ne forment pas un groupe homogène et que leurs visions par rapport aux mesures évoluent au fil du temps. Omicron a clairement eu un impact sur l'adhésion et la motivation. La question aujourd'hui est donc de savoir comment, dans la situation actuelle, on peut continuer à maximiser la vaccination et comment, éventuellement, on pourrait déjà se préparer à une nouvelle campagne à l'automne prochain.

Marius Gilbert plaidait ici pour ce qu'il a nommé "le choix vaccinal obligatoire", avec l'idée pour lui que les personnes qui ne seraient pas d'accord de se faire vacciner seraient obligées d'aller en discuter avec un médecin lors d'une consultation qui serait évidemment gratuite. J'aurais aimé savoir ce que vous en pensiez en termes d'efficacité et surtout de faisabilité et comment convaincre, comment aller chercher les gens, spécifiquement ceux qui ont refusé la vaccination jusqu'ici? Est-il d'ailleurs encore possible aujourd'hui de convaincre?

Ce qui a largement fait consensus lors des auditions, c'est la nécessité de développer une politique de santé publique forte sur le long terme (ça, nous l'avons entendu!) avec une première ligne plus forte, un investissement plus important dans la capacité des soins. Ces éléments (les capacités hospitalière et de première ligne, les reports de soins) ne doivent-ils pas aussi faire partie d'un baromètre sur le long terme?

Steven Creyelman (VB): Eén van de zaken die u bij uw aanstelling in oktober 2020 op uw goedgevulde bord kreeg, was de coronabarometer. U moest één en ander uitwerken en integreren in de sectoren. U heeft op deze vraag wellicht al geanticipeerd, maar ik wilde graag weten waarom we er zo lang op hebben moeten wachten. Ik kan me inbeelden dat het te maken heeft met de waslijst aan maatregelen die u heeft moeten oplijsten, met de adviezen die u heeft moeten vragen en de evaluaties die u ervan heeft moeten maken enzovoort. Maar ik hoor graag van u welke moeilijkheden u heeft ondervonden om te komen tot de barometer die we vandaag kennen. Misschien waren daar politieke problemen bij, zoals bijvoorbeeld een minister die de barometer niet al te gunstig gezind was? Ik hoor het graag.

Een tweede vraag over de barometer, is die uiteindelijk geworden wat u voor ogen had? Bent u bijvoorbeeld tevreden met de drie domeinen waartoe de barometer beperkt is of had u het liever anders gezien? Met andere woorden, is de barometer het resultaat van een politiek compromis of kan u er best mee leven?

Ten laatste, wat betreft de coronabarometer zei u recent in de media dat de coronabarometer op een gegeven moment wellicht ook helemaal afgeschaft zal kunnen worden. Wat is voor u dat gegeven moment en welke zijn de parameters om de barometer af te schaffen? De drempelwaarden zijn immers, voor zover ik weet, nog niet bepaald. Kunt u dat toelichten?

Inzake het testbeleid stelde u vorige week in de krant dat de huidige teststrategie te duur is, met om en rond de 3 miljoen euro per dag. We moeten er dus volgens u eigenlijk van af en op lange termijn denken. Ik zal u natuurlijk niet verwijten op lange termijn te willen denken, maar ik heb hier toch een paar vragen bij. Ten eerste, om welke redenen moeten we volgens u afstappen van het huidige testbeleid?

Om welke reden moeten wij volgens u afstappen van het huidige testbeleid? Zoals het nu in de krant stond, leek de reden alleen van financieel-economische aard te zijn. U zegt dat het veel kost en pleit zelf voor nieuwe prijsonderhandelingen met de labo's. Dat leek mij eerder een financieel-economische overweging te zijn dan een gezondheidsoverweging.

Nu wij het toch hebben over de lange termijn, u zegt in dat kader dat het tijd is om een volgende stap te zetten. U hebt een plan klaar waarmee de teststrategie kan opgeschaald en afgeschaald worden, gelinkt aan de kleurtjes van de barometer. Dat plan staat, als ik goed geïnformeerd ben, aan de agenda van de interministeriële conferentie. Kunt u een tipje van de sluier oplichten in verband met dat plan?

In dat kader wil ik u ook vragen hoe u de rol van het CST ziet. Uit de hoorzittingen hier is gebleken dat

een aanzienlijk deel van de sprekers de veiligheid aan de hand van dat CST in vraag stelt, omdat dit de bevolking een vals gevoel van veiligheid geeft, zeker nu wij nog niet beschikken over immuniserende of steriliserende vaccins. Dat is iets waarop mijn fractie reeds van in het begin commentaar heeft geleverd.

Die S in CST is niet echt op haar plaats. Dat begint blijkbaar ook onze teerbeminde minister van Volksgezondheid te dagen. Tijdens de vragensessie in deze commissie vorige week antwoordde hij immers op één van mijn vragen constant met de term Covid Ticket. Die Safe was opeens verdwenen, het was CT in plaats van CST geworden. Hoe staat u zelf tegenover dat CST? U hebt dat deels reeds toegelicht. U laat het een beetje in het midden, maar ik had graag uw hoogstpersoonlijke mening gekend over het nut van het CST.

U zei verder dat wij de massale PCR-testing moeten loslaten. Gezien dat CST pleit u dan niet voor een 1G-beleid maar voor – of u moet mij straks corrigeren – een impliciet verplichte vaccinatie, toch minstens voor de mensen die nog een sociaal leven willen hebben.

Ik probeer mij dat in te beelden in de praktijk. Ik geef een voorbeeld: iemand heeft zijn basisvaccinatie gekregen – twee prikjes met Pfizer – en slaat zijn derde prik over, maar hij bedenkt zich in september of oktober en aanvaardt toch de vierde prik die dan wordt aangeboden. Krijgt die persoon dan nog een groen vinkje? Dat vroeg ik mij luidop af. Hoe gaan wij dat praktisch doen? Wie krijgt er nog een groen vinkje en wie niet? Hoe ziet u dat?

Vorige zondag in *De Zevende Dag* deed u een nogal vreemde uitspraak in de discussie over de mondmaskers. U zei dat het dragen van een mondmasker de ervaring niet beïnvloedt wanneer men bijvoorbeeld naar de bioscoop gaat of een theatervoorstelling bijwoont, maar dat dit in discotheken of cafés wel het geval is. U haalde het begrip ervaring of beleving aan, maar dat is eerlijk gezegd toch maar een pover argument om te pleiten voor het blijven dragen van een mondmasker, zeker in het licht van de data en de wetenschap die u daarnet zelf aanhaalde. Op café en in een discotheek, waar men op elkaar gepakt staat, moet men geen mondmasker dragen, maar in een bioscoop of theater, waar men fysiek toch een aantal meter uit elkaar zit, moet men wel een mondmasker dragen. Hoe kadert u dat in – ik haal even de eerste minister aan bij uw aanstelling – uw taak om logica en richting te brengen in alles wat wij gekend hebben?

Ten slotte, daarnet legde u de nadruk op de communicatie. Ik heb er heel dikwijls en al in een heel vroeg stadium op gehamerd dat die communicatie totaal in gebreke is gebleven. Ik zal het stout stellen. Mag ik stellen dat de communicatie gefaald heeft doordat de overheid, zeker in het begin, nu is dat minder het geval, altijd een ietwat eenzijdig verhaal heeft opgehangen en dat er zeer weinig publiek debat is geweest, zowel op wetenschappelijk vlak als op politiek vlak, wat het antivaxverhaal mee heeft gevoed? Nu plukken wij daar de nogal zure vruchten van.

Mijnheer de voorzitter, ik heb uw geduld genoeg op de proef gesteld. Hiermee rond ik af.

De **voorzitter**: Dank u, mijnheer Creyelman.

Daniel Bacquelaine (MR): Monsieur Facon, je vous remercie pour votre présence aujourd'hui. J'aurai trois questions: l'une a trait au passé, une seconde est de nature plus opérationnelle et la dernière qui a plutôt trait à l'avenir.

Sur le passé, nous sommes depuis deux ans dans cette pandémie et je m'étonne que nous n'ayons pas à disposition une analyse comparée de l'effet des différentes mesures prises dans les différents pays européens, un genre de *benchmark* qui nous permettrait de juger des différentes mesures prises dans les pays européens sur des indicateurs essentiels et importants: la saturation des hôpitaux et le nombre de personnes en soins intensifs, le nombre de formes graves et la mortalité dans les différents pays. Je trouve que nous manquons d'une certaine objectivation et il me semble qu'après deux ans, on devrait être aujourd'hui en mesure de réaliser cette analyse comparée pour mettre en parallèle les mesures prises et leurs effets sur les indicateurs principaux.

Sur le plan opérationnel, si je vous comprends bien, une obligation vaccinale ne permettrait pas d'abandonner un certificat corona. À supposer que nous réalisions une obligation vaccinale, il faut pouvoir la contrôler. De ce fait, je suppose qu'il faut aussi un certificat corona. On ne parle pas des activités essentielles, puisque vous sortez les activités essentielles du champ. Par rapport aux autres accès, il faut pouvoir contrôler. Quelque part, l'obligation vaccinale ne dispense pas d'un certificat corona. J'aimerais avoir confirmation de cet aspect-là.

En ce qui concerne l'avenir, à supposer que l'on abandonne une série de mesures et qu'on veuille les reprendre après, il faut quatre semaines pour les reprendre. Je trouve que cela pose question. Je

suis bien d'accord que le temps long en matière législative est nécessaire pour qu'on puisse bien réfléchir aux mesures que l'on prend. Mais dans des situations d'urgence, les parlements ne sont pas voués à être lents. Je trouve qu'on ne peut pas accepter une sorte de fatalité qui voudrait que les parlements, lorsque des décisions doivent être prises dans l'urgence, demandent au moins quatre semaines pour préparer des mesures d'urgence. Cela me paraît très discutable.

Je me pose la question de savoir s'il est possible de préparer à l'avance des mesures alors qu'on ne dispose pas de tous les éléments qui existeront pour en mesurer la proportionnalité lorsqu'on voudra les activer. Ne faudra-t-il pas, de toute façon, un débat parlementaire à chaque moment où l'on reprendra des mesures qui restreignent la liberté, qui s'ingèrent dans la vie privée et qui touchent à nos droits fondamentaux? Elles nécessiteront de toute façon, au moment où on les prendra, une analyse de leur proportionnalité au moment même.

Nawal Farih (CD&V): Mijnheer Facon, ik dank u voor uw uiteenzetting en ben alvast tevreden met uw verwijzing naar de toekomst en uw waarschuwing dat we ons niet mogen beperken tot de cijfers waarover we vandaag beschikken, of de variant van het virus waarmee we vandaag worden geconfronteerd.

Ten eerste, tijdens de voorbije hoorzittingen hebben verschillende experts en sprekers ons bevestigd dat de verdere evolutie nog steeds onzeker is en u hebt het zelf ook gehad over een mogelijke agressievere variant van het virus in het najaar. In welke mate moeten wij een plan of kader uitwerken om in het najaar snel te kunnen schakelen en de druk in de zorg te kunnen vermijden?

Wat zouden dan de parameters voor dat plan moeten zijn? Zijn dat dezelfde die we vandaag hanteren? Kan dat voor u nog steeds blijven bestaan in de vorm van een barometer? Hoe zou u dat dan zien in combinatie met de implementatie van tracingsysteem, CST en vaccinatie-verplichting? Ziet u een nieuw model, dat moet worden gecreëerd, of denkt u dat de basis die we vandaag hebben, dan opnieuw kan worden gebruikt?

Ten tweede, in de aanvullende nota van 4 februari werd ook verwezen naar een Franse studie waarin men de effectiviteit van het coronacertificaat in Frankrijk heeft vergeleken met die in Duitsland en Italië. In principe zien we in de studie een groot effect in Frankrijk. Kunt u verklaren waarom het coronacertificaat het meeste effect heeft gehad in Frankrijk en de vaccinatiegraad in dat land het snelst is gestegen door de invoering van dat certificaat, in vergelijking met Duitsland en Italië?

U hebt het zelf gehad over het feit dat de debatten in onze buurlanden ook ons land mee sturen. Kijkt ons land naar specifieke referentielanden? Schenkt het coronacommissariaat extra aandacht aan bepaalde buurlanden? Indien ja, welke zijn dat dan?

We zien dat bepaalde landen die weliswaar hun coronacertificaat in de diepvries steken, andere maatregelen nemen die veel beperkter zijn op het vlak van het publieke leven. Ik vind het zelf moeilijk om vergelijkingen te maken met andere landen, omdat elk land een ander systeem gebruikt. Richt het coronacommissariaat van ons land zich naar bepaalde referentielanden, vóór het adviezen bezorgt aan onze beleidsmakers?

Robby De Caluwé (Open Vld): Mijnheer Facon, dank u voor uw toelichting.

Ook al betwistte bijna niemand tijdens de hoorzittingen het nut van de vaccins om ernstige ziekte en overlijdens te voorkomen, toch was er heel weinig draagvlak voor een vaccinatieverplichting. Zowel op psychologisch als op legistiek en medisch vlak zijn er heel wat twijfels. Het is ook duidelijk geworden dat er voor het CST nog minder draagvlak is. Misschien wordt die strijd wat symbolisch gevoerd, maar men merkt toch heel duidelijk dat daar heel wat polarisatie rond is. De invoering van het CST wordt ook gelijkgesteld met de invoering van een vaccinatieverplichting op bijna slinkse wijze door een overheid die niet durft zeggen waar het op staat en die niet durft te zeggen dat ze eigenlijk een vaccinatieverplichting wil.

In het licht van de polarisatie rond het CST, gelooft u dat er op het vlak van vaccinatiegraad nog winst kan worden geboekt en of die winst dan ook in verhouding staat tot de miserie die we ons op de hals zouden halen bij het aanhouden van het CST? Dat geldt ook wanneer wij het pas zouden invoeren bij een heropflakkering.

Wat ook bij de hoorzittingen is gebleken, is dat het draagvlak voor een vaccinatieverplichting of CST vandaag heel laag ligt, maar heel wat experts hebben ook niet uitgesloten dat er misschien weer een draagvlak zou kunnen ontstaan als er een meer ziekmakende variant zou komen. U hebt voor een stuk al aangegeven dat we misschien moeten nadenken over bijvoorbeeld criteria om het CST op een bepaald moment toch in te voeren. Wat

zouden de criteria kunnen zijn waaraan een variant moet voldoen op het vlak van besmettelijkheid en ziekmakendheid? Welke criteria zouden van toepassing kunnen zijn in verband met de beschikbare vaccins? Moeten we dan ook rekening houden met geneesmiddelen die op dat moment al dan niet beschikbaar zijn?

Meer concreet, hoe kunnen we ons voorbereiden via eventueel wetgevend werk om dat later alsnog in te voeren?

Enkele experts hebben er tijdens de hoorzittingen voor gepleit om een verplichting of een 1G-beleid te beperken tot bepaalde doelgroepen, bijvoorbeeld ouderen en mensen met onderliggende aandoeningen. Wat is uw mening daarover? Is de piste verdedigbaar om op basis van onderliggende aandoeningen of de leeftijd van mensen een gedifferentieerd beleid te voeren, of bent u het eens met de sprekers die dat een slechte piste vinden, omdat doelgroepen net geviseerd worden?

Wij merken dat mensen er op dit moment, met de huidige omikronvariant, van uitgaan dat er weliswaar heel veel besmettingen zijn, maar dat besmette mensen doorgaans minder ernstig ziek worden. Klopt het dat de omikronvariant minder ziekmakend is, of is een en ander vooral te danken aan een succesvolle vaccinatiecampagne, inclusief de boosterprik? Als de vijfde piek minder ziekmakend was omdat wij door vaccinatie al heel wat weerstand hebben opgebouwd, hoe kunnen wij mensen dan blijven overtuigen van het belang van vaccinatie, zowel voor de gevolgen, met name ernstige ziekte of overlijden, als voor de transmissie van het virus? De preventieparadox speelt namelijk ook heel erg. Mensen menen dat ze toch niet erg ziek worden van een besmetting, waardoor zij zich afvragen welk nut het boostervaccin dan nog heeft.

Tijdens de hoorzittingen hebben verschillende sprekers geopperd dat het initiatief ook kan uitgaan van bijvoorbeeld straathoekwerkers, sociaal verpleegkundigen en huisartsen om het gesprek aan te gaan met mensen die niet gevaccineerd zijn, opdat een belangrijke groep niet-gevaccineerden hopelijk alsnog over de streep gehaald kan worden. Er werd gesuggereerd om mensen naar de huisarts te lokken met bijvoorbeeld een gratis check-up, zodat mensen die ver van gezondheidszorg staan, terug naar de eerstelijnsgezondheidszorg worden geleid.

Hoe staat u tegenover die piste als eventueel laatste mogelijkheid, voordat we overgaan tot vaccinatieverplichting of een veel beperktere CST?

Karin Jiroflée (Vooruit): Mijnheer Facon, bedankt voor het uitstekende werk dat er de afgelopen tijd is geleverd.

U was zeer genuanceerd. U zei terecht dat we een combinatie van maatregelen nodig hebben, dat bijvoorbeeld luchtkwaliteit en ventilatie bijzonder belangrijk zijn. Als we daar onvoldoende op blijven scoren, dringen zich misschien andere maatregelen op. U hebt ook de verslagen van de eerdere hoorzittingen gelezen en u hebt kennisgenomen van de juridische analyses. Alle maatregelen moeten doelmatig en proportioneel zijn.

Zouden we eigenlijk niet net zo goed een debat kunnen voeren over de plicht van verschillende overheden tot het nemen van de minder invasieve maatregelen, zoals ventilatie? Moeten we ook niet eens het debat voeren over de noodzaak van de structurele sanitaire controle en over contactopsporing voor niet-gevaccineerde personen die recent in hoogrisicogebieden zijn geweest?

Het ging in *De Zevende Dag* ook over uw laatste opdracht als coronacommissaris: u moet een sterker preventief kader uitwerken inzake crisismanagement en het beheer van een sanitaire crisis. Dat geeft uitvoering aan de aanbevelingen van onze bijzondere commissie Covid-19. Hoe moet volgens u dat ruimer preventief kader eruitzien? Hoe past een eventueel vaccinatiebewijs of een veiligheidscertificaat daarin?

U merkte terecht ook op dat een vaccinatiebewijs steeds moet zijn ingepast in een bredere set maatregelen, wat logisch is. Indien ik het echter goed heb, is dat vandaag ook het geval en is dat ingepast in de coronabarometer.

Wat u betreft, is de coronabarometer een instrument dat misschien binnenkort de schuif ingaat, maar er wel opnieuw uit kan komen, wanneer er zich donkere wolken samenpakken. Heb ik dat goed begrepen?

Aanvullend hebt u verwezen naar een Franse studie, die ook in uw advies is opgenomen. De studie toonde aan dat door het gebruik van het veiligheidsbewijs 4.000 overlijdens zijn vermeden. Kunt u meer toelichting geven bij de studie? Hoe is het resultaat precies verkregen? Zijn er cijfers over het aantal overlijdens dat in België zou zijn vermeden door onze goede mix aan maatregelen?

Ik heb nog een vraag, die vooral is geïnspireerd

door andere vragen over de effectiviteit of niet van de vaccins en de interpretatie van gegevens. Meent u niet dat de factor tijd vaak te weinig in overweging wordt genomen? Kijken mensen niet te vlug naar een vaccinatiestatus en een theoretische kansberekening, terwijl zij daarbij volledig voorbijgaan aan het feit dat wie niet gevaccineerd is, langer besmettelijk is, langer virusdeeltjes uitstoot en minder vaak met het virus in contact zal moeten komen om ernstig ziek te worden? Over de factor tijd of de duur dat iemand besmettelijk is, heb ik in het debat heel weinig gehoord. Ik vroeg mij af of wij daar niet te licht overheen gaan.

Ten slotte, u zei daarstraks zich ervan bewust te zijn dat wij misschien te weinig hebben gecommuniceerd over de zaken die wij niet weten. Kunt u daar voorbeelden van geven? Hoe ernstig is dat volgens u? Het feit dat u dat hier aangeeft, lijkt mij erop te wijzen dat u dat ernstig neemt en het inschat als een ernstig element in de hele discussie.

Ik dank u alvast hartelijk voor uw antwoorden.

Catherine Fonck (cdH): Monsieur Facon, je vous remercie pour votre présentation ainsi que pour le travail réalisé par vous et votre équipe, même si je ne suis pas d'accord sur tout.

J'ai lu très attentivement vos rapports du 11 janvier et du 4 février. Le débat actuel porte essentiellement sur l'avenir. Personne ne sait de quoi l'épisode suivant sera fait et personne ne sait quels seront les vaccins dont nous disposerons. Je pense par exemple à des vaccins multivalents, qui changeraient le débat sur l'obligation vaccinale.

Votre approche de l'obligation vaccinale reprise dans les premier et deuxième rapports et dans votre présentation d'aujourd'hui est très binaire: pour ou contre, obligation vaccinale ou pass vaccinal. Ne pensez-vous pas qu'il faudrait plutôt une forme de gradation dans l'approche d'une obligation vaccinale afin d'atteindre le taux maximum de vaccination? En Belgique, nous avons choisi une forme d'obligation morale. Il y a aussi le devoir d'information, la vaccination de certains secteurs, de certaines activités, avec ou sans pass. Enfin, il y a l'obligation vaccinale avec des sanctions à la clé. Cette approche graduelle ne serait-elle pas meilleure qu'une approche binaire telle qu'elle est généralement présentée, qui ne tient pas compte des résultats déjà obtenus en matière de taux de vaccination?

Ensuite, vous reprenez dans votre deuxième rapport l'avis sur le CST qui vise certaines catégories d'âge ou de facteurs de risque, en fonction d'objectifs à atteindre en matière de résultats visés par la vaccination obligatoire. En pratique, cependant, nous n'avons reçu aucune modélisation chiffrée. Je l'ai demandée au Conseil supérieur de la Santé, qui m'a répondu que cela n'existait pas.

Ne pensez-vous pas qu'il est pourtant crucial et indispensable de disposer de ces modélisations chiffrées ? On sait le faire aujourd'hui. Ceci nous permettrait de déterminer le taux de vaccination à atteindre en fonction des objectifs à atteindre, en fonction de la sévérité et de la dangerosité du virus, en fonction de l'efficacité du vaccin, y compris sur le volet de la transmission et en tenant bien évidemment compte de l'importance d'avoir un droit d'accès au traitement pour des patients non covid. C'est tout l'enjeu de la pression sur les soins de santé. De telles approches de modélisation sont réalisées dans d'autres pays mais je pense que c'est important de pouvoir définir pour l'avenir, si on devait à un moment donné prendre une décision, la marge de bénéfice qu'on veut obtenir, pour quel objectif et en fonction de l'équation à multiples inconnues que l'on connaît malheureusement et qu'on risque de connaître encore dans le futur.

Pour ce qui est du CST, dans votre deuxième rapport, vous citez l'étude FOCUS, étude essentiellement économique. Je pense que cette étude n'a pas été révisée mais corrigez-moi si je me trompe. Par ailleurs, elle a quand même tendance à comparer des pommes et des poires. Je pense dès lors qu'il faut être extrêmement prudent sur ce qu'on peut en tirer. Par contre, en Belgique, il est aujourd'hui urgent d'avoir une évaluation rigoureuse, chiffrée, scientifique du CST, de ce qu'il a apporté ou pas comme plus-value par rapport aux objectifs déterminés. J'ai également vu, à la page 3 de votre rapport, que le CST ne se prononçait pas "sur l'efficacité de l'instrument". Je lis ce qui est écrit. Qui peut alors faire cette évaluation rigoureuse et scientifique du CST, tel qu'il a été appliqué en Belgique? Quels ont été les objectifs par rapport à ce qui était fixé? Que pourrait-il encore nous apporter ou pas pour l'avenir? Cette question doit être maintenant clairement objectivée.

Le baromètre est conçu de manière statique, alors qu'une épidémie, c'est dynamique. On a les mêmes catégories de chiffres d'hospitalisation alors qu'on sait que, quand on est dans l'exponentiel, il faut pouvoir réagir très vite, tandis que quand on est dans la phase de descente, la situation n'a évidemment rien à voir. Pourquoi cette dynamique n'est-elle pas intégrée dans un baromètre? Puisqu'en montée ou en descente

d'épidémie, un même nombre de lits occupés n'a évidemment rien à voir, et cela n'entraîne donc pas forcément l'application des mêmes mesures.

Enfin, à propos de l'évolution épidémiologique, on parle beaucoup de ventilation. Je pense que si elle avait été correctement déployée, on aurait gagné beaucoup. Nous n'en sommes qu'aux balbutiements pour l'avenir. J'ose espérer que les lignes vont enfin bouger, dans l'opérationnel, pas que dans la théorie.

Ce qui m'interpelle, c'est qu'on n'a pas d'analyse, ou alors on n'en entend pas parler - peut-être pourrez-vous m'en dire plus -, sur la manière d'anticiper les émergences ou les réémergences, sur tout le volet d'une surveillance épidémiologique extrêmement forte, y compris jusqu'au séquençage, mais en intégrant toute l'articulation entre la santé humaine et la santé animale.

On sait que pour ce virus et pour d'autres, dans tout le cadre des zoonoses, on peut évidemment avoir de potentiels réservoirs du côté des animaux, comme hôtes intermédiaires, avec toutes les conséquences parfois extrêmement importantes que cela peut entraîner une fois que cela se retransmet à l'homme. Et sur cela, on n'entend rien. Je voudrais savoir où on en est par rapport à cette surveillance et cette prise en compte en Belgique.

Je vous remercie.

Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur Facon, je vous remercie pour votre exposé d'autant plus qu'il se veut beaucoup plus nuancé que ce qui ressortait de votre première note surtout et de votre deuxième note. Dans votre première note, vous vantiez beaucoup les mérites de ce pass vaccinal. Dans votre deuxième note, vous vous vouliez plus circonspect en insistant sur le fait que ce pass vaccinal pouvait procurer un faux sentiment de sécurité ou encore que cela pourrait polariser davantage la société. Vos nuances sont tout à fait positives parce qu'elles démontrent qu'il y a une certaine ouverture d'esprit de votre part par rapport aux solutions que l'on se doit de trouver pour augmenter la couverture vaccinale. Ces nuances amènent, toutefois, des questions notamment pour clarifier vote position finale et surtout son fondement scientifique.

J'en viens donc à ma première question relative au fait que vous prôniez la mutation de notre CST actuel en pass vaccinal en vous reposant principalement sur deux éléments: premièrement, la valeur moindre qu'aurait aujourd'hui le testing au regard de la vague Omicron. Comment l'expliquez-vous puisqu'on le voit, malheureusement, la vaccination ne protège pas totalement d'une infection au virus? On peut également être asymptomatique alors que quand on est testé, on atteste purement et simplement que nous ne sommes pas infectés par la maladie.

Deuxièmement, vous vous reposez aussi sur le fait que le rétablissement aurait aussi une valeur moindre alors que de l'avis unanime des experts que nous avons entendus, l'immunité acquise à la suite d'une infection est très forte. L'immunité la plus importante dont on pourrait bénéficier est la combinaison d'une immunité acquise par la vaccination et de celle acquise à la suite d'une infection. Malgré cela, on va écarter des certificats de guérison alors que nous avons quand même connu une vague importante de contaminations et qu'il y a donc énormément de citoyens qui sont concernés par ce certificat de guérison et qui pourraient donc du jour au lendemain en être écartés alors que son utilité a été soulignée par les différents experts.

Deuxièmement, vous insistez sur l'utilité d'avoir un outil qui soit proportionné. Or, comme je l'ai dit, un pass vaccinal qui écarterait et les tests et les certificats de guérison risquerait de se voir annulé, en tout cas invalidé, par une juridiction.

Comme vous le savez, un arrêt a récemment été rendu par la cour d'appel de Liège qui avait jugé que le CST était proportionnel précisément parce qu'il gardait la possibilité, à côté de la vaccination, de rendre compte ou d'un certificat de guérison ou d'un test. Aujourd'hui, quelles sont les garanties que vous êtes à même de nous donner quant à la légalité d'un pass vaccinal, tout en sachant qu'une annulation ou que l'invalidation d'un système par une juridiction aurait des effets délétères sur l'adhésion de la population à cette mesure alors que cette adhésion est déjà si fragile aujourd'hui.

D'ailleurs, dans votre première note, vous soulignez que l'obligation générale de vaccination ne peut être introduite qu'en dernier recours pour augmenter le taux de vaccination lorsque toutes les autres mesures visant à encourager la vaccination, y compris le certificat Corona, auraient été épuisées. Donc, on a quelque part l'impression que vous présentez le pass vaccinal comme un instrument qui serait de facto beaucoup plus proportionnel et beaucoup moins attentatoire aux libertés que ne l'est aujourd'hui le CST. Or, comme l'ont démontré de nombreux experts durant nos auditions, tant le pass vaccinal que l'obligation vaccinale doivent répondre à ce que certains ont appelé – c'était notamment le cas de M. Verdussen – un crash test. Premièrement,

poursuivre un objectif précis. Quel serait l'objectif précis qui serait poursuivi par ce pass vaccinal? Vous avez souligné le fait que le pass vaccinal français aurait contribué à un taux de vaccination plus important sauf qu'en Belgique, nos autorités n'ont jamais osé présenter cet objectif qui était poursuivi en fait – maintenant on le sait – par le CST. On l'a plutôt présenté comme la garantie d'une sécurité sanitaire alors qu'il y avait cet objectif motivationnel.

Ceci démontre vraiment la nécessité, aujourd'hui, de prouver que ce CST est encore efficace d'un point de vue sanitaire. Je rejoins donc quelques questions qui ont été posées et qui me semblent plus que légitimes. Y a-t-il aujourd'hui une étude menée en Belgique sur l'efficacité sanitaire du CST? En effet, jusqu'à aujourd'hui, le ministre de la Santé ne s'est basé que sur une étude faite en France. Pourquoi le GEMS, par exemple, n'a-t-il jamais été investi de ce travail d'évaluation? Si ce travail est en cours, pour quand peut-on espérer les résultats de cette évaluation?

Autre condition à réaliser: il faut vérifier que l'atteinte aux droits fondamentaux est proportionnelle. À ce sujet également, quelle est votre réponse aux craintes quant au traitement de données privées qui est inhérent au pass vaccinal en tant que tel? Dans le cadre d'une obligation vaccinale, la question du traitement des données privées ne se pose finalement que dans le cadre des sanctions inhérentes à cette obligation, et pas dans celui de l'obligation en tant que telle.

Le **président**: Madame Rohonyi, vous devez conclure!

Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le président, j'en viens à mes dernières questions.

Après avoir insisté sur la proportionnalité, vous précisez que le certificat covid et la vaccination obligatoire peuvent être combinés. Autrement dit, vous présentez le pass vaccinal comme un moyen de contrôle et/ou de sanction. Pourquoi le voir comme tel alors que dans le cadre de la polio, les communes tiennent un registre et n'ont pas recours à un pass ?

Enfin, concernant le timing, vous nous dites que l'utilisation de ce pass devrait être limitée en fonction de la situation épidémiologique, ce qui concorde finalement avec ce que nous avons entendu lors des auditions, à savoir activer le pass vaccinal ou l'obligation vaccinale à un moment X. Mais vous nous dites que cela pourrait être fait sur la base de la situation d'urgence épidémique définie par la loi pandémie. Or, on le sait, la définition de situation d'urgence est très large. On l'a d'ailleurs prolongée pour trois mois alors qu'on venait d'assouplir les mesures et que l'on pourrait même les assouplir davantage.

Finalement, quels seraient les critères que l'on pourrait retenir pour activer ce pass vaccinal ou cette obligation vaccinale? Ces critères ne doivent-ils pas être définis par le Parlement et non pas par le seul gouvernement? Il me semble en tout cas. Est-ce vraiment votre opinion? La loi pandémie doit-elle être l'outil pour justifier des mesures alors que ces mesures, comme l'obligation vaccinale, seraient destinées à perdurer dans le temps, et alors que les mesures sanitaires, décrétées sur la base de la pandémie, sont censées avoir une durée de vie beaucoup plus courte? Je vous remercie.

De **voorzitter**: Collega's, alle fracties zijn aan het woord geweest, behalve de PVDA-PTB. Wegens afwezigheid van mijn collega Mevrouw Merckx, zal ik kort het woord nemen.

Thierry Warmoes (PVDA-PTB): Mijnheer Facon, ook namens mijn fractie dank ik u voor uw komst en uw uiteenzetting. We hebben met veel interesse uw oorspronkelijke nota gelezen, maar ook uw aanvullende nota. Die was bijzonder interessant omdat u ook verwijst naar de andere onderzoeken. Ook de input van de Hoge Gezondheidsraad was heel interessant.

Graag verneem ik meer over drie passages ervan, naast een aantal aanvullende vragen.

Ten eerste, in uw aanvullende nota lezen we dat de Hoge Gezondheidsraad aanbeveelt, ik citeer: "De absorptiecapaciteit van de eerste lijn en de ziekenhuizen te versterken". Is er volgens u voldoende geïnvesteerd in de eerste lijn en in de ziekenhuiscapaciteit?

Ten tweede, u verwijst naar de conclusie van de Hoge Gezondheidsraad die stelt dat "in de huidige gepolariseerde samenleving, een krachtig signaal van toenadering en verbinding noodzakelijk is. Daarom is het nuttig om te investeren in een-op-eengesprekken tussen ongevaccineerden en een vertrouwenwekkende zorgverlener." Tijdens uw uiteenzetting heeft u daarnet ook verwezen naar het belang van nauwer contact met de burger. Oordeelt u dat dit nu onvoldoende gebeurt?

Mijn derde punt betreft de vergelijkende studie van Frankrijk, Italië en Duitsland, waarin u opmerkt dat het coronacertificaat in Frankrijk het meest impact heeft gehad op de vaccinatiegraad en in Duitsland het minst.

Een van de mogelijke verklaringen die u aangeeft, is een minder gecentraliseerde uitvoering in Duitsland ten opzichte van Frankrijk. Ook in België is er een versnippering van bevoegdheden die ervoor zorgt dat genomen besluiten soms moeilijk uit te voeren zijn. Ik denk bijvoorbeeld aan het recente debacle van de aangemoedigde zelftests die uiteindelijk niet gratis worden aangeboden. U maakt dat natuurlijk allemaal van op de eerste rij mee. U hebt daarover waarschijnlijk ook wel een mening. Naar aanleiding van die passage had ik graag uw bedenkingen vernomen bij de bevoegdheidsverdeling met betrekking tot gezondheid. Heeft het in het beheer van de gezondheidscrisis geholpen dat wij 9 ministers van Gezondheid hebben? Wat denkt u van het idee om terug naar één federale minister van Gezondheid te gaan?

Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer Facon, dank u om naar onze commissie te komen. Maar ik moet wel zeggen dat ik een beetje ontgoocheld ben over uw niet-stellingname. U bent dé expert, dé adviseur van de regering. Uw uiteenzetting was zeer genuanceerd. Terwijl u in uw eerste nota een heel duidelijk betoog had, is dat in uw tweede nota genuanceerder geworden om uiteindelijk, hier vandaag, meer een open vraag voor ons te hebben. Ik zou hieruit kunnen besluiten dat het Parlement nu echt beslissingsrecht heeft, wat fijn zou zijn, maar ik denk eerder dat er nog geen consensus is binnen de regering over waar men nu naartoe moet. Nochtans hebben wij heel interessante hoorzittingen gehouden die toch wel heel duidelijk aangeven dat vandaag een 1G-beleid of een vaccinatieplicht niet meer te verantwoorden is.

Mag ik uit uw uiteenzetting besluiten dat u zelf geluisterd hebt naar de hoorzittingen en dat u tot een aantal andere inzichten bent gekomen?

Hebt u met uw Coronacommissariaat voldoende diverse stemmen kunnen raadplegen gedurende de verschillende golven om een heel brede visie naar voren te brengen? Of vond u het uw taak ons zuiver wetenschappelijk in te lichten? U bent gestart met te zeggen dat adviezen zowel epidemiologisch als maatschappelijk moeten zijn, maar hoe schat u uw werk als coronacommissaris tot nu toe in?

Ik verneem ook graag van u wat de eigenlijke onderzoeksvraag was die u van de regering gekregen hebt. U gaf daarnet aan dat u moest onderzoeken of wij van 3G naar 2G en naar 1G moesten gaan. Hebt u dan ook van de regering de factuele vraag gekregen te onderzoeken of 0G, geen vaccinatieplicht, aan de orde was? Of niet?

Vindt u dat het werk dat u gedaan hebt ook toepasbaar is op de omikrongolf? Eigenlijk zijn de meeste adviezen waar u, zeker in uw eerste nota, naar verwees, delta-adviezen, of adviezen van toen omikron nog niet zo bekend was. Is uw eerste nota nog up-to-date?

U geeft aan dat een generiek kader voor u een mogelijkheid kan zijn. Een aantal sprekers heeft zich daar echt wel expliciet tegen verzet omdat het, volgens hen, bijzonder moeilijk is om de criteria vast te leggen. Men riskeert opnieuw met koninklijke besluiten te moeten werken en het Parlement wordt opnieuw buitenspel gezet, zoals in de loop van deze crisis toch wel heel vaak gebeurd is. In hoeverre kan u dan dergelijk generiek kader verdedigen? Wat zijn uw democratische argumenten om daarachter te staan? De beleidsmatige argumenten voor de uitvoerende macht begrijp ik, maar democratisch vind ik het moeilijk om daar vorm aan te geven.

Ik kom aan het CST. Het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek heeft heel duidelijk gesteld dat het een tijdelijk instrument moet zijn. U oppert hier de mogelijkheid om het in de lade te leggen. Daarnet heeft een collega voorgesteld om het herstelcertificaat uit het CST te halen. In het kader van het testbeleid, had ik het er erg moeilijk mee dat de snelle antigeentesten bij de apotheker niet in het CST werden opgenomen. Nochtans weten we effectief dat natuurlijke immuniteit en vaccinatie samen extra immuniteit kunnen geven. Hoe komt het dat u dit kan ondersteunen, dat het CST in die zin dan niet meer gebruikt zou worden wanneer we naar 1G zouden overgaan?

Heeft u in uw adviezen ook rekening gehouden met het bepalen van serologie? U heeft het over het testbeleid, het feit dat dit heel duur is. Ik herinner mij dat in het begin van de crisis werd gezegd dat het te duur was om de serologie te bepalen van iedereen, om dan te kiezen of we zouden gaan vaccineren of niet.

Op dit moment is de bepaling van de serologie nog altijd economisch gezien meer verantwoord dan een PCR-test. Overweegt u in die zin een switch?

U sprak ook over het verminderd draagvlak voor de extra vaccinatie, voor de boosterprik. Wij hebben vandaag vernomen dat mensen gevaccineerd met Johnson & Johnson een derde prik zullen moeten krijgen, of daartoe althans uitgenodigd zullen worden. In Brussel haalt de boostervaccinatiegraad nog geen 35 %. In hoeverre ziet u dat als problematisch? Welke

impact verwacht u van het feit dat die boostercampagne niet slaagt?

In de huidige discussie wordt niet meer over de vaccinatiecouverture gesproken. Daarvan is men min of meer afgestapt. In het licht van de boostercampagne is dat wel belangrijk, want vanaf welk punt moeten we in het najaar opnieuw beginnen? Wat is het nulpunt om in het najaar te beslissen wanneer er al dan niet gevaccineerd moet worden? Ik heb het dan vooral over mensen die hun boosterprik hebben uitgesteld. Hoe kan er voortgebouwd worden?

Professor Schoofs heeft gesproken over perorale en nasale vaccins. Hebt u de keuzemogelijkheid van vaccinaties in uw advies mee opgenomen?

Mijn laatste vraag gaat erover of het CST en de vaccinatie best centraal dan wel decentraal worden aangestuurd, waarover de commissievoorzitter daarnet ook al sprak. Kunt u meedelen wat de startvaccinatiegraad was in Duitsland toen de vaccinatiepas verplicht werd, en wat was de startvaccinatiegraad in Frankrijk?

De **voorzitter**: Ik dacht even dat u mij met uw laatste vraag ging bijtreden, maar dat blijkt niet het geval te zijn.

Het woord is nu aan de Ecolo-Groenfractie.

Barbara Creemers (Ecolo-Groen): Mijnheer Facon, ik dank u voor al het werk dat al is verricht en omdat u vandaag uitgebreid de tijd neemt voor ons.

Ik heb twee concrete vragen. Ten eerste, in uw eerste rapport en vandaag opnieuw verwees u naar het rechtstreekse contact met de burgers in deze kwestie. In uw eerste nota hebt u gesuggereerd om de Koning Boudewijnstichting in te schakelen om rechtstreeks de dialoog aan te gaan met de burgers over verplichte vaccinatie. Wie zou daartoe de opdracht moeten geven? Wie neemt daarvoor de verantwoordelijkheid?

Wij hebben vaak gehoord dat wij met dit debat aan de late kant zijn. Is het opportuun om dat nu nog op te starten? Ik denk van wel omdat u er vandaag naar verwees. Ik had daarover graag uw mening gekend.

Ten tweede, u hebt het gehad over de waakvlam, over iets dat klaar zou kunnen staan zodat het geen vier weken zou duren om een mogelijke verplichting te activeren. Hoe kan men dat doen, met alle onzekerheden die er nu zijn? Wie kan zoiets fictiefs maken? Wie kan een wetsvoorstel of wetsontwerp maken, dat met alle juridische procedures wordt gecheckt en dat dan mogelijks door het Parlement kan worden geactiveerd? Is zoiets überhaupt mogelijk? Wie moet dat dan uitwerken en het al door de Raad van State laten controleren?

Hoe gaat men dan om met alle onzekerheden? Hoe beslist men over welk vaccin en hoeveel vaccins het dan gaat? Hoe bouwt men een dergelijk circuit in? Welke sancties zal men inbouwen? We hebben daarover al heel veel vragen gesteld en ik heb daarop nog geen duidelijk antwoord gekregen. Wat is een goede sanctie om in te bouwen? Wat is uw idee daarover?

Tot slot, Heidi Larson bracht hier een heel interessant betoog. Zij verweet ons dat wij midden in de grootste pandemie die wij ooit zullen meemaken niet beschikten over een coherente communicatiestrategie om het publiek mee te krijgen. Zij heeft ons duidelijk gemaakt dat het vertrouwen in vaccins helemaal gelijkloopt met het vertrouwen in de overheid. Als wij merken dat er te weinig vertrouwen in de vaccins is, dan moeten wij eigenlijk ook concluderen dat er te weinig vertrouwen in de overheid is. Wij zitten daar met een groot vertrouwensdilemma: mensen geven eigenlijk niet om wat wij weten, tenzij zij weten dat wij om hen geven.

Hebben wij daarin voldoende geïnvesteerd of kunnen wij nu stappen zetten om in de rustigere periode die er zit aan te komen heel gericht te communiceren, want tot nu toe was het eigenlijk eenheidsworst? Wat zijn uw inzichten en uw prognoses om daarin nog veel te kunnen investeren?

Dominiek Sneppe (VB): Zonder in herhaling te vallen, hoe zal de vaccinatieplicht eruitzien? U heeft het zelf vermeld in verband met polio. Dat is een grote papiermolen, met een miniem resultaat; de boetes worden immers niet echt geïnd. Hoe ziet u dat in verband met het covidvaccin?

U zei daarnet dat de vaccins werken tegen besmetting. Onder andere professor Schoofs zei hier dat dit onmogelijk is met dergelijke vaccins. Ze werken wel tegen ziek worden, opname in het ziekenhuis, ernstige ziekte enzovoort, maar niet tegen besmetting. Ik hoor u dit nochtans zeggen, en ook minister Vandenbroucke herhaalt het vaak. Wie ben ik om de wetenschapster professor Schoofs tegen te spreken die zegt dat het onmogelijk is met dergelijke vaccins, dit stavend op een uitvoerige wetenschappelijke uitleg? Beschikt u dan over andere wetenschappelijke studies? Ik krijg hier graag wat meer uitleg over.

Ik stoor mij ook vaak aan het verschil in ziekenhuisopname en opname op intensieve zorg tussen gevaccineerden en niet-gevaccineerden. Gevaccineerden zouden zoveel aantal minder kans op opname hebben ten opzichte van niet-gevaccineerden, enzovoort. Waar zijn die cijfers te vinden? Op de website van Sciensano staan ze niet. Als u erover beschikt, waarom kunnen wij dat niet om een beter inzicht te krijgen over wat er wordt beweerd?

Wat betreft de boosterprik, zoals mijn collega het ook aanhaalde, wanneer heeft men recht op het groene vinkje? Als men vandaag de booster weigert, maar men het in het najaar toch doet, beschikt men dan nog over het groene vinkje?

Zullen we blijven bij het boosteren van de volledige bevolking? Nu wordt praktisch de hele bevolking gevaccineerd, vanaf vijf jaar. Moeten we misschien eerder handelen als bij de griep en de kwetsbaren en ouderen boosteren en de rest leren leven met het virus? Hoe ziet u dat precies?

De vragen over de barometer zijn gesteld.

Aan de heer Vandenbroucke vroeg ik de volgende vraag ook al. Corona is ook een virale infectie. Ziet u in de toekomst een mogelijkheid dat we de coronabarometer en eraan gelinkt het CST ook zouden gebruiken voor bijvoorbeeld de griep? Ook de griep geeft namelijk, vooral in erge seizoenen, een heel zware druk op de zorg. Waar zit het verschil tussen bij corona wel en bij griep bijvoorbeeld niet? Het Vlaams Belang is geen voorstander van de barometer en het CST.

Een van de aanbevelingen van de covidcommissie was de evaluatie. Is daar al tijd voor geweest? Is bijvoorbeeld de eerste of tweede golf al geëvalueerd? Wat is daaruit geleerd? Indien niet, wanneer zal de evaluatie uiteindelijk plaatsvinden?

Le **président**: Souhaitez-vous la parole, madame Taquin?

Caroline Taquin (MR): Monsieur le président, mon collègue Bacquelaine a soulevé les questions pour lesquelles nous souhaitions des éclaircissements.

Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mijnheer Facon, mijn collega Barbara Creemers sprak er ook over, communicatie is heel belangrijk. Ik had in deze crisis de hele tijd de indruk dat zodra bepaalde cijfers niet in de verwachte richting evolueerden, men nogal flou was, dat men niet direct de juiste duiding gaf. Wat is uw idee daarover? Vindt u niet dat wij daarop meer hadden moeten inzetten, ook om dat vertrouwen bij de bevolking te behouden? Hadden er niet meer inspanningen moeten gebeuren om wetenschappelijke analyses begrijpelijk voor te stellen en om daarbij de nodige verklaringen te geven? Dat ontbrak echt in deze crisis, met natuurlijk gevolgen voor het vertrouwen in de wetenschap, in de overheid en in de vaccinatie.

Vindt u dat er voldoende werk is gemaakt van doelgroepencommunicatie? Ik heb het dan niet alleen over de grootstedelijke context, waar het soms moeilijker is om bepaalde bevolkingsgroepen te bereiken, maar ook over vrouwen in vruchtbare leeftijd, die tegenstrijdige boodschappen moesten verwerken. Eerst was er nog geen zekerheid over de veiligheid van de vaccins bij zwangerschap. Later heeft men dat dan bijgesteld. Nog steeds staan jonge vrouwen vaak weigerachtig tegenover vaccinatie. Heeft men daarop voldoende ingezet? Is er voldoende correcte informatie gegeven aan die doelgroep?

Met betrekking tot de vaccinatiestrategie, onze vaccinatiecentra hebben schitterend werk verricht, maar die groepsvaccinatie was misschien niet voor iedereen de juiste manier. Hadden wij niet meer moeten inzetten op een soort van tweesporenbeleid, waarbij ook de eerstelijnszorgverstrekkers, zoals de huisarts, als vertrouwenspersoon mee betrokken hadden moeten worden? Hadden wij moeten inzetten op meer face-to-face-informatie, meer informatie op maat?

Met betrekking tot de maximale vaccinatiegraad die we kunnen bereiken, we weten allemaal dat die nooit 100 % zal zijn. Waar zouden wij dan naartoe willen? Onze vaccinatiegraad is al heel hoog, zeker in Vlaanderen. Wordt er wel voldoende rekening gehouden met de mogelijk negatieve effecten van een vaccinatieverplichting? Zal dat niet eerder mensen afstoten dan overtuigen?

U had het over de *preparedness*. Dat is heel belangrijk. Ik ben blij dat u in een bepaalde communicatie ook de afvalwaterscreening aanhaalde als belangrijke tool om in de toekomst te blijven opvolgen of we te maken hebben met bijvoorbeeld nieuwe varianten of opflakkeringen. In hoeverre is daarop voldoende ingezet? Ik heb de indruk dat dit nog altijd eerder grofmazig gebeurt en dat we te weinig echte clusters kunnen detecteren.

Een laatste aspect betreft de mogelijke belangenconflicten van mensen die betrokken waren bij de beheersing van de epidemie en bij de

vaccinatiestrategie. Is daarop voldoende toegekeken? Ik heb immers de indruk dat daarmee pas achteraf rekening werd gehouden. Wat is uw mening daarover, vooral met het oog op toekomstige epidemieën? Moeten we daaraan niet meer belang hechten?

Wat betreft de onpartijdigheid van belangrijke instellingen, zoals Sciensano, de Hoge Gezondheidsraad en het FAGG, hoe kunnen wij dat controleren? Wordt dat gecontroleerd? Kunt u ook daarover wat meer zeggen?

Ik heb ook problemen met het feit dat Sciensano moeite heeft om cijfers vrij te geven op vraag van burgers, inclusief op vraag van parlementsleden. Er wordt telkens gewezen op de onderbestaffing van de diensten, maar is dat niet iets dat gewoon moet worden aangepakt in tijden van crisis? Moet er niet worden gewerkt aan een opschaalbaar systeem of een eventuele samenwerking met andere instellingen die ook aan dataverwerking kunnen doen? Ook daarover hoor ik graag uw mening.

Le **président**: Si plus personne ne souhaite intervenir, je donne la parole à M. Facon.

Pedro Facon: Mijnheer de voorzitter, geachte leden, ik dank u voor de vragen en voor de grondige lectuur van onze documenten. Wij worden daar altijd blij van.

Mevrouw Depoorter, ik neem het als een compliment dat u mij zeer genuanceerd vond. Het spijt mij dat u daardoor verrast bent. Het is nochtans mijn gewoonte om te proberen genuanceerd te zijn.

U vroeg ook of het Parlement de vrijheid heeft om oriëntaties inzake de verplichte vaccinatie of het coronacertificaat te geven. Als ambtenaar van de Belgische Staat kan ik niet op die vraag antwoorden.

Ik zal de vragen nu per fractie beantwoorden. Ik begin bij de N-VA.

Het is juist dat ons dossier geëvolueerd is. Wij hebben ons dossier in eerste instantie gemaakt op basis van adviezen die werden gevraagd toen wij nog volop in delta en nadien in omikron zaten. In functie daarvan kijken wij natuurlijk anders naar bepaalde zaken. In die zin vind ik het advies van de Hoge Gezondheidsraad ook erg interessant omdat het heel klaar en duidelijk maakt dat wij ons de vraag moeten stellen wat wij eigenlijk aan het doen zijn. Zijn wij een beleid inzake de verplichte vaccinatie of het coronacertificaat aan het voeren dat vooral de epidemie wil beheersen in termen van viruscirculatie, kijken wij eerder naar de belasting van de ziekenhuizen of wensen wij eerder de overlijdens bij bepaalde groepen terug te dringen? Dat is altijd van belang.

Bij de aanvang van omikron hebben wij sterk gepleit voor 1G. Dat was ook het moment waarop wij volop de boostercampagne aan het lanceren waren. Wij waren toen echt bezorgd over de uitrol daarvan en de mogelijke impact ervan.

Ik ben het niet eens met wat het Federaal Instituut voor de bescherming en de bevordering van de Rechten van de Mens zei, namelijk dat wij het coronacertificaat niet meer als een sanitair instrument zouden beschouwen.

Dat klopt natuurlijk niet, in de mate dat wij zeggen dat 1G als vaccinatiepas zou moeten bijdragen tot een vermindering van de belasting op de ziekenhuizen. Het is dus duidelijk een sanitaire doelstelling. Ik meen dat het erg belangrijk is dat wij dat in ons hoofd houden.

Wij moeten daar ook transparant over zijn. Ik ben het er wel mee eens dat wij het certificaat niet slinks mogen gebruiken om een doelstelling te bereiken die wij eigenlijk niet klaar en duidelijk stellen.

Wat mij betreft, is het zeer duidelijk. Als een coronacertificaat van het type 1G zou worden ingevoerd, is dat niet om de viruscirculatie te beperken maar om de impact op het gezondheidszorgsysteem te verminderen door zoveel mogelijk mensen gevaccineerd te hebben. Ik wil er klaar en duidelijk over zijn dat dit een verschil zou zijn met het huidige certificaat.

De doelstellingen van het huidige CST zijn ook anders beschreven in het samenwerkingsakkoord en verwijzen bijvoorbeeld naar de viruscirculatie en dergelijke meer. Maar de filosofie achter een passage naar 1G, waartoe sommige landen in het Zuiden overigens al overgegaan zijn, is precies de vaccinatiegraad verhogen.

Ik zal een beetje elaboreren om een aantal andere vragen onmiddellijk mee te nemen.

De vraag is gesteld: zijn wij op dit moment in staat prospectief regelingen te ontwikkelen die ons klaarmaken en die ons tijd doen winnen op het moment dat wij in een bepaald scenario terechtkomen door de evolutie van de epidemie?

Ik meen dat dit moeilijk is inzake de verplichte vaccinatie, in alle eerlijkheid. Het is denkbaar dat men een ontwerp van wet maakt, of een voorstel

van wet, dat klaarligt en modaliteiten omvat. Ik meen dat het klopt wat de heer Bacquelaine heeft gezegd, dat daar altijd een sterk politiek debat over nodig is.

Ik meen wel dat men kan definiëren wat de verschillende mogelijke doelstellingen zijn van de inzet van een coronacertificaat, en wat de verschillende gedaanten kunnen zijn: 3G, 2G, 1G. Men kan bepalen volgens welke modaliteiten het geactiveerd kan worden. Men kan ook bepalen op welke sectoren het van toepassing is. Dat kan gegradeerd zijn, daar kan een gradatie in zitten. Dat heb ik gehoord als opmerking van mevrouw Fonck. Dat zou zeker kunnen.

Al deze elementen kunnen, mijns inziens, wel degelijk in een wet of in een samenwerkingsakkoord worden opgenomen, die dan de basis vormt en kan worden geactiveerd, bijvoorbeeld in een epidemische noodsituatie of volgens andere, te bepalen, modaliteiten.

Je n'ai pas écrit la loi pandémie, madame Rohonyi. C'est une loi votée par le Parlement. Si les critères ne sont pas bons… Moi, j'ai fait l'évaluation de ces critères. Ce sont des critères cumulatifs qui ne sont pas binaires, sauf pour le critère D où on demande si l'OMS ou l'Union européenne a déclaré l'épidémie comme *state of urgency*. Pour les autres indicateurs, il n'y a pas de seuil ou d'élément binaire qui peut dire si c'est oui ou si c'est non. Ce n'est pas si évident.

Si vous pensez qu'il faudrait le spécifier dans cette loi, pour être plus sûr quand on couple des outils comme le CST à ce genre de loi, il revient bien entendu au Parlement de l'évaluer.

En vue de préparer des politiques publiques, j'essaie de créer des systèmes. Il est donc évident, dans ma position, que j'essaie de voir comment coupler certaines discussions à un outil déjà adopté par le Parlement, comme la loi pandémie ou le baromètre. Il y a évidemment des limites à tout cela mais j'essaie de créer un système cohérent.

Er waren ook vragen over uitlatingen of inzichten van wetenschappers. Professor Schoofs is enkele keren genoemd. Het is niet aan mij om commentaar te geven op wat zij heeft gezegd. Ik neem daar uiteraard met aandacht kennis van. Dat moet in de besprekingen over de verdere vaccinatiecampagne worden meegenomen.

Ik zal haar toelichting bekijken, maar het zou mij verbazen als ze zou hebben gezegd dat de vaccins die wij kennen helemaal geen betekenis hebben in het kader van het beheersen van de besmettingen. Ik zal dat uiteraard bestuderen en daarover zo nodig contact opnemen met haar.

Ik vind de vraag over snel of trager schakelen heel interessant. Wij hebben dat in het kader van de barometer en bij een aantal discussies vaak gezien. Er is een paradox tussen het paraat zijn en het voorzorgsprincipe, dat in de volksgezondheid een vaak gebruikt principe is maar dat ook weer niet binair is. Dat voorzorgsprincipe kan zeer breed of zeer smal worden geïnterpreteerd.

Mijn ervaring van de voorbije 17 of 18 maanden leert mij vooral dat het goed zou zijn als we het scenariodenken toepassen, zodat we min of meer op verschillende scenario's voorbereid zijn. Dat wil niet zeggen dat alles klaar moet zijn of dat we over niets nog debatten kunnen voeren. Er zijn ook geen automatismen, bijvoorbeeld wat betreft de barometer en de criteria en de drempels die daarin zitten. Het mooiste bewijs dat dit allemaal niet zo mechanistisch is, is het feit dat we met de nieuwe hospitalisaties nog altijd in rood zitten, terwijl we beslist hebben dat we naar oranje zouden gaan. We bekijken dat allemaal niet zo mechanistisch en automatisch.

Ik stel zeker niet voor om een samenwerkingsakkoord aan te nemen dat in detail beschrijft wat we wanneer en onder welke voorwaarden zullen doen in een toekomst die men niet kan voorspellen. Ik denk dat dit zou leiden tot een weinig zinvol resultaat.

De eerste vraag is of wij een coronacertificaat als instrument in het kader van de COVID-19-epidemie nog nuttig vinden. Als het antwoord daarop ja is, dan kan men een samenwerkingsakkoord sluiten waarin de verschillende mogelijke toepassingen zijn opgenomen: 3G, 2G en 1G. We zien ook landen schakelen.

Sommige zijn naar 2G gegaan en keren nu terug naar 3G. Sommige landen, zoals Duitsland, passen in bepaalde sectoren 2G toe en in andere 3G of 1G, er zit heel veel variatie in. Frankrijk is recent van 3G naar 1G overgeschakeld en kondigt ook aan dat men misschien eind maart zal afschakelen. Alle landen voeren dus min of meer dezelfde discussies.

In de mate waarin men het opportuun acht om het coronacertificaat een plaats te geven in het instrumentarium, is het mogelijk om een samenwerkingsakkoord voor te bereiden waarin ook zal moeten worden gespecificeerd hoe dat wordt geactiveerd. Dat een belangrijk politiek debat. Wordt dat gekoppeld aan de noodwet of aan

een debat in het Parlement? Die vragen moeten hier worden beantwoord. Ze raken aan democratische elementen die mijn opdracht overstijgen. Ik zal ze dan ook niet becommentariëren. Mijn opdracht is me toegekend door de federale regering, in afstemming met de deelstaten in het Overlegcomité, maar ik heb geen democratische legitimiteit en ik besef dat. De bespreking van deze zaken moet gebeuren onder de parlementsleden en met de regeringen. Dat lijkt mij belangrijk.

Op de vraag of het coronacertificaat nu deel uitmaakt van het nieuwe normaal, herhaal ik dat er daar al een beweging in is gemaakt. In de barometerdiscussie hebben we duidelijk aangegeven dat het CST voor het corona-commissariaat geen plaats meer heeft in beheers-niveau geel. Dat geeft al een indicatie van hoe we dat instrument bekijken.

Ik geef ook antwoord op de vraag van mevrouw Sneppe. Nee, ik vind niet dat het coronacertificaat bijvoorbeeld ook in het kader van een griepseizoen zou moeten worden toegepast. Stel dat het zou gaan over een vaccinatiepas, dan moet men er immers rekening mee houden dat het griepvaccin veel minder doeltreffend is tegen ernstige ziekte dan het covidvaccin. Dat speelt daar natuurlijk in mee. Een coronacertificaat moet een toegevoegde waarde hebben.

In het kader van een griepepidemie zie ik geen plaats voor een coronacertificaat. Ik zie wel een plaats voor andere beschermende maatregelen die we nu in het kader van corona hebben leren kennen, namelijk mondmaskerdracht en beheersing van de luchtkwaliteit. We weten dat deze maatregelen ons enorm zouden kunnen helpen in het kader van griepepidemieën. Het is een evolutie. Er is de discussie tussen verplicht tegenover aanbevolen inzake heel wat maatregelen. Zelfs als we nu in het kader van de passage van oranje naar geel, wat eventueel in de loop van maart zou kunnen gebeuren, geen verplichtingen meer stellen maar sterke aanbevelingen formuleren inzake mondmasker-dracht, dan zullen heel wat mensen zich op het openbaar vervoer eigenhandig beschermen via mondmaskerdracht. Ik zou het hun nota bene aanraden in het griepseizoen, rekening houdend met de bewezen effectiviteit van mondmasker-dracht. In het openbaar vervoer is ventilatie ook een belangrijk aandachtspunt.

In het kader van reizen door de Europese Unie zal het coronacertificaat nog een hele tijd worden aangehouden. Daar hoop ik dat er zo veel mogelijk gelijke regels worden toegepast en dat we niet in een situatie komen waarin er in interministeriële conferenties discussies plaatsvinden over het versnellen van boostercampagnes omdat er verplichtingen worden opgelegd door bepaalde lidstaten. Dat is het verkeerde debat, met het verkeerde antwoord.

Ik kom nu bij de overige vragen van de N-VA-fractie. De vraag of er voldoende stemmen werden gehoord, is zeer belangrijk. Het corona-commissariaat heeft de GEMS opgericht, zoals ook voorzien in het regeerakkoord. De samenstelling van de GEMS is besproken in het Overlegcomité en goedgekeurd door de federale regering, dus daar heeft overleg over plaatsgevonden.

Ik lees de GEMS-adviezen nog altijd met veel aandacht, ik vind ze zeer nuttig en bruikbaar. Op meerdere momenten heb ik echter al gezegd dat de GEMS-adviezen nooit mijn enige bron van advies of input zijn geweest. Ik vind het persoonlijk erg belangrijk om ook andere adviesorganen te volgen en daarnaast eveneens stemmen die niet in adviesorganen vertegenwoordigd zijn. Ik doe dat ook. In alle eerlijkheid, ik kijk daar op een open manier naar. Ik heb absoluut geen probleem met seizoensmanifesten of alternatieve stemmen die zich presenteren. Het kan enkel bijdragen tot een beter debat.

Ik volg overigens ook heel sterk de gebeurtenissen op Europees en internationaal niveau. Ik onderhoud behoorlijk wat contacten met buitenlandse collega's, onder andere in Nederland en Frankrijk, en ik volg ook bijzonder goed op wat er in Duitsland en het Verenigd Koninkrijk gebeurt. Die informele netwerken bestaan dus wel.

Van belang is ook te bekijken hoe de publieke opinie beïnvloed wordt. Daaronder versta ik ook de media, die mediëren tussen wat de bevolking beluistert en wat er gebeurt in de buitenwereld. Het is ook geen geheim dat er in de Nederlandstalige media meer aandacht is voor de ontwikkelingen in Nederland of nog noordelijker, terwijl de evoluties in Frankrijk een zeer sterke impact hebben in de Franstalige media. Dat is een realiteit en wij volgen dat dan ook nauw op. Het is ook een van de redenen waarom wij in ons tweede rapport zowel het Nederlandse rapport van de Erasmus-universiteit als het Franse rapport van het Frans economisch planbureau hebben verwerkt.

Bij dat Franse rapport vallen zeker wat methodologische bemerkingen te maken, mevrouw Fonck, waarop ik echter niet zal ingaan, want het is hun studie.

Omdat het in het publiek debat zat en omdat er ook

over werd gesproken in het Overlegcomité, in regeringen en in parlementen, heb ik het nodig en nuttig geacht om in het bijzonder ook dat rapport mee te nemen en bijvoorbeeld niet enkel het Nederlandse rapport. Ik houd er nogal aan om toch te proberen die elementen zoveel mogelijk te kaderen.

De onderzoeksvraag van het Overlegcomité staat in de nota. Ze is ook formeel genotificeerd. Die onderzoeksvraag is dus interfederaal goedgekeurd, door alle regeringen. Ik heb ook de detailvragen opgenomen die ik vervolgens heb gesteld aan een aantal adviesorganen.

Mevrouw Depoorter, ik kom bij een paar vragen van u. Over de opname van de antigeentest en het herstelcertificaat zijn er meerdere discussies geweest, op meerdere momenten. Het commissariaat heeft daar ook een aantal standpunten over ingenomen in debatten. Idealiter zouden we, zoals sommige landen ook hebben gedaan, die antigeentesten wel hebben kunnen opnemen. Dat heeft wel een aantal operationele consequenties, voor hoe er wordt geregistreerd en dergelijke meer. Tot op heden zijn die niet opgenomen.

Ook het debat rond serologie is niet nieuw. We hebben daar in de covidcommissie al over kunnen spreken. Serologie is in het kader van cohortestudies zeker interessant en wordt ook al voor een stuk toegepast. Er is nu ook sprake van een pandemische cohorte die eventueel zou kunnen worden opgevolgd over golven heen. Ik heb gevraagd aan de onderzoekers, onder andere van de Universiteit Hasselt, om dat verder met Sciensano te bekijken. Iedereen serologisch testen brengt grote kosten met zich mee, een punt waarop ik straks nog even terugkom. Het heeft ook beperkingen, zoals u weet. Serologie meet opnieuw iets, antilichamen en dergelijke meer. Dan is er het debat over de cellulaire immuniteit enzovoort. Het is complex en wetenschappelijk niet zo evident. Het verhaal is niet afgerond en daar zal zeker nog discussie over moeten volgen.

U stelde ook een vraag over de verschillen in vaccinatiegraad en vaccinatiecampagne tussen de regio's en de verschillende gebieden in dit land.

Il est évident que, lorsqu'il y a des différences en termes de degré de vaccination, entre Régions ou entre communes par exemple, cela nous préoccupe. On sait que cela augmente le risque de *pockets of susceptibility,* même si c'est toujours une interaction compliquée entre l'immunité naturelle, qui pourrait éventuellement être plus élevée à Bruxelles suite à des niveaux d'infection assez élevés durant l'été 2021. Cela a peut-être joué un rôle dans le retard des infections à Bruxelles. C'est possible, on ne sait pas très bien.

Les différences entre les niveaux de vaccination, les degrés de vaccination entre les entités ou des circonscriptions géographiques de toute nature, nous préoccupent évidemment. Il y a non seulement des différences géographiques mais également sociologiques et sociales. Ce n'est pas rassurant.

En termes de couverture vaccinale, il est exact que la Conférence interministérielle Santé publique, sur la base d'un avis du Conseil Supérieur de la Santé, en septembre ou en octobre 2020, avait parlé de 70 % de la population totale qui devrait être vaccinée. Cela a été cassé par la réalité.

Aujourd'hui, scientifiquement, je pense qu'il est très difficile de fixer un pourcentage précis. C'est peut-être facile, mais c'est la réalité: on se contente actuellement de dire qu'on veut un degré de vaccination le plus élevé possible. C'est notre point de départ actuel, qui peut aussi évoluer.

Des questions ont été posées sur la façon dont la campagne de vaccination va se poursuivre pour les prochains boosters. Honnêtement, on ne le sait pas. Le ministre de la Santé publique l'a aussi dit dimanche dernier. Aujourd'hui, on ne peut pas dire qu'on continuera à vacciner tout le monde tout le temps avec des boosters, et à quel moment.

Il me semble que nous devons envisager nos options et regarder l'évolution de l'immunité et les variants auxquels nous serons confrontés. Selon moi, et c'est le pilier de la campagne vaccinale depuis le début, il y a des priorités: les personnes plus âgées, les personnes souffrant de comorbidités, les professionnels de la santé pour d'autres raisons. Cela doit être envisagé. Je n'ai pas encore eu de réponse suffisante de la part des scientifiques sur ce que l'on doit faire en termes de groupes cibles pour la poursuite de la campagne de vaccination ni en termes de timing pour ce booster.

J'ai posé des questions très concrètes à notre task force vaccination ainsi qu'au Conseil Supérieur de la Santé sur le timing idéal du booster. Est-ce maintenant le bon moment de le faire ou doit-on plutôt miser sur un booster avant l'automne? Ces questions sont importantes, selon moi. On devra être capable – la task force vaccination le sait – d'introduire un dossier à la Conférence interministérielle Santé publique pour essayer de clarifier les choses à ce sujet et qui pourrait être une base de communication à l'égard de la

population.

Daar is geen wetenschappelijk afdoend antwoord op. Ik ben daar dus ook voorzichtig in. Ik behoor wel tot de school die ter zake heel omzichtig omgaat met de adviezen van de Hoge Gezondheidsraad. Sommigen hebben mij gevraagd naar de werking en de samenstelling van onze adviesorganen en naar de manier waarop zij adviezen afleveren. Die vraag moet ook worden gesteld.

Mijn ervaring is dat de Hoge Gezondheidsraad heeft geprobeerd om genuanceerde adviezen af te leveren. Op bepaalde momenten heeft de Raad beslist geen adviezen te geven, maar heeft hij wel een brief gericht aan de Interministeriële Conferentie waarin hij aangeeft bepaalde zaken nog niet te kunnen evalueren.

Als beleidsmaker is dat soms frustrerend omdat we soms sneller antwoorden zouden willen op een aantal vragen, maar we moeten de wetenschap zijn werk laten doen. We mogen ook niet enkel op één bron vertrouwen, maar moeten proberen luisteren naar verschillende stemmen. Ik blijf wat op mijn honger wat betreft het scenariodenken en wat dit betekent voor onze verdedigingslinies en onze vaccinatiecampagne.

J'aimerais bien avoir plus de *guidance* au niveau européen, par exemple de la part de l'ECDC qui a maintenant instauré un groupe multidisciplinaire pour élaborer ces scénarios et réfléchir sur les outils qu'on doit encore activer. En effet, comme certains l'ont dit, l'évaluation des mesures qu'on a prises doit être faite avec rigueur et ne peut rester dans l'ombre.

Je suis heureux de savoir qu'il y a une étude menée par des centres académiques de plusieurs pays européens, dans laquelle des universités belges jouent un rôle important. Ce programme est financé par l'Union européenne, qui va évaluer d'une manière comparative et pays par pays l'impact de certaines mesures. Je trouve cela très important.

Il y a eu des rapports dans *Nature*, il y a eu les rapports de l'Institut Pasteur et d'autres études qui donnent des indications sur l'efficacité des mesures. La combinaison est toujours difficile vu que tous les pays ont combiné plusieurs mesures avec une épidémie, une vaccination et des points de départ différents. On doit quand même essayer via *pattern analysis* de voir un peu plus clair, au moins voir les corrélations et, si possible, la causalité.

On doit apprendre de tout ce qu'on a fait ces derniers mois et ces dernières deux années.

Ik denk dat het erg belangrijk is om dat te doen.

Er werd gewezen op het feit dat de communicatie soms flou of onzeker werd. Men kan het op verschillende manieren bekijken.

On ne peut pas dire qu'il n'y a pas eu des investissements énormes en termes de communication vis-à-vis du public. Il y a quand même eu une évolution là-dessus. Entre la première vague et les vagues suivantes, il y a quand même eu une évolution s'agissant de qui prend la parole et selon quelle méthode.

On a quand même aussi des porte-parole interfédéraux avec Steven Van Gucht et Yves Van Laethem. Ils se sont efforcés chaque semaine de donner beaucoup d'explications et ont fait une communication de risque vis-à-vis de la population.

En général, je pense qu'ils sont toujours respectés, même s'il y a aussi des critiques.

Ook al weet ik dat er kritiek is over de manieren waarop zij in het debat zijn gekomen. Er zijn veel pogingen geweest om goed te communiceren, maar wanneer er onzekerheid is, is enige voorzichtigheid in de stelligheid waarmee men over de situatie die men doormaakt communiceert, zeker niet slecht. Meest recent bijvoorbeeld, in de evolutie rond de omikronvariant, werden we ook beïnvloed door wat er in het buitenland gebeurde – Britse modellen, Nederlandse standpunten, adviezen en beslissingen enzovoort. Op zulke momenten moet er door de beleidsmakers met veel behoedzaamheid worden gecommuniceerd, wat volgens mij in de mate van het mogelijke is gebeurd. Maar dat is zeker verbeterbaar.

Een van de punten waar ook is naar verwezen, is het bereiken van bepaalde doelgroepen. Zeker in de vaccinatiecampagne hebben we heel veel initiatieven genomen, die ook in het Parlement aan bod zijn gekomen. Ik denk niet dat het altijd is gelukt, maar men moet onder ogen zien dat die pogingen zijn gebeurd en dat dit verder zal moeten worden versterkt. Ook wat zwangere vrouwen betreft, of ouders. De communicatie vanuit de overheid, maar ook vanuit vertrouwenspersonen zoals pediaters, gynaecologen enzovoort is cruciaal. Maar ik ben daar ook bescheiden in. De overheid moet correct en feitelijk informeren, maar ook aandachtig zijn voor de grens tussen informeren en overtuigen. Het is een dunne lijn en ze is op een aantal momenten zeker aangeraakt –

ongetwijfeld met goede intenties, maar het is niet evident.

Velen stellen zich ook de vraag of we de eerste lijn, de huisartsen en thuisverpleegkundigen moeten inzetten. Het antwoord is ja, maar. In zijn interventie verwees professor Torfs naar Jürgen Habermas en de *herrschaftsfreie Kommunikation*. En dat is juist, we moeten zeer goed weten wat we doen.

Si l'on pense que l'on doit demander aux médecins généralistes d'être le pare-choc des antivax et si l'on pense que l'État doit imposer à chaque citoyen de se présenter devant un médecin généraliste pour se faire convaincre, pour se faire informer… Je pense que c'est aussi mettre les médecins généralistes et les professionnels de la santé dans une situation compliquée. Je ne suis pas convaincu que ce soit une bonne chose. Il y a une relation de confiance entre un dispensateur de soins et un patient que je ne voudrais pas troubler par des objectifs venant de l'État ou de l'autorité.

Je suis très sensible à cela. On sait qu'en Belgique, la confiance dans l'État - et cela n'a rien à voir avec le covid et peut-être qu'il y a une évolution suite à la crise covid -, la relation entre les autorités et les citoyens est fragile. Dans le même temps, on sait qu'il y a une confiance. Quand on observe le baromètre européen de la confiance, on voit que la confiance dans les dispensateurs de soins et le système des soins de santé est très élevée, en particulier pour la première ligne. Je pense qu'il faut être prudent et faire attention de ne pas la perturber. Il ne faut pas être simpliste à ce sujet, même si je trouve les idées intéressantes. Mais il faut bien envisager ce que l'on fait à ce sujet. Je suis plutôt critique à cet égard, non pas d'un point de vue conceptuel ou théorique, mais plutôt d'un point de vue pratique et réel.

Ik wil toch meegeven dat ik daar wat kritisch over ben. Meerdere huisartsenverenigingen hebben dat ook onmiddellijk gezegd. Ze kraken onder de werklast en we moeten dus heel goed weten waarvoor we hen inzetten. We moeten hen inzetten om zorg te verstrekken, om te vaccineren. En hier is trouwens nog een debat over: hebben we de vaccinatie niet te gecentraliseerd georganiseerd? Hadden we dat meer in de eerste lijn zelf moeten plaatsen? Logistieke experts hadden bij aanvang van de vaccinatiecampagne gepleit voor gecentraliseerde vaccinatiecentra en zelfs voor minder centra dan er uiteindelijk werden gecreëerd. We zitten in een evolutie. Het is mijn overtuiging dat de inzet van bedrijfs- en schoolartsen en eerstelijnsactoren in de vaccinatie zal stijgen. We moeten daar open voor zijn, maar moeten ook oog hebben voor de logistieke redenen die tot nog toe onze acties hebben geleid.

Ook nog wat betreft communicatie, ik ga ermee akkoord dat we rond de doelgroepencommunicatie en de manier van hen aan te pakken nog kunnen leren en verbeteren, zo ook wat betreft het omgaan met sociale media. We staan op dat vlak in alle eerlijkheid nog aan het begin van op te bouwen expertise in tijden van crisis.

On est confronté au fait que les médias sociaux sont en soi très démocratiques: tout le monde peut y donner son avis et ses réflexions. Dans le même temps, comment organiser cela? Je l'ignore. J'ai reçu des questions de parlementaires qui s'interrogeaient également ou même des invités à nos auditions dans cette commission. Honnêtement, je trouve que c'est au Parlement de décider qui il invite. Il faut tout simplement faire une thèse/antithèse pour parler d'un autre allemand, pas de Habermas mais de Hegel. La lumière jaillit du choc des idées!

We weten nog niet goed hoe om te gaan met fake news, of met een georganiseerd debat in de maatschappij. We hebben daarin nog veel te leren en moeten daar best wat bescheiden over zijn.

Inzake belangenconflicten of onpartijdigheid, ook van onze formele instellingen, is het redelijk transparant wie advies geeft over het beleid. De samenstelling van de GEMS is politiek goedgekeurd en ook gepubliceerd. De task force vaccinatie en de samenstelling ervan, ook de experts naar wie wordt geluisterd, zijn door de Interministeriële Conferentie goedgekeurd. De werking van Sciensano en organen als de RAG is gereguleerd, evenals die van de Hoge Gezondheidsraad. In zo'n systeem is het aan de ministers om toe te zien op de goede werking, aan de leidend ambtenaren om ervoor te zorgen dat die organen op een integere wijze functioneren, en aan het Parlement om toezicht te houden op de keten in zijn geheel. Het komt echt niet aan mij toe om hier de belangen van die experts te bespreken. Er is transparantie over door wie wij ons laten adviseren. En het is vooral zeer belangrijk dat we die argumenten, en ook de personen die de argumenten aandragen, op een zeer open wijze presenteren.

En ce qui concerne l'acceptation ou le soutien de la population, je ne regarde pas cela comme une variable indépendante. Je m'explique. Je trouve que le soutien des citoyens pour les mesures prises dépend aussi de la manière dont les responsables de la gestion de crise, mais aussi des acteurs politiques dans l'exécutif et dans le

législatif, communiquent sur celles-ci. Même si je constate avec vous que, quand on regarde par exemple le baromètre de motivation, il y a aussi des limites méthodologiques à cela, vous le savez bien, c'est quand même un outil intéressant.

On pense en effet que le soutien pour certains outils a diminué, et ce, pour plusieurs raisons. Partiellement à cause de la situation épidémiologique, partiellement à cause de la durée de l'épidémie, partiellement à cause des discussions politiques et des discussions dans les médias. C'est la réalité. En même temps, je pense que, venant de la classe politique, nous sommes aussi capables de créer un soutien pour certains outils quand nous sommes transparents et que nous expliquons pourquoi nous avançons et dans quelle situation. Pour moi, le Parlement et le gouvernement ne sont pas seulement l'écho mais aussi les acteurs effectifs dans la création et les explications adressées à la population. Je pense que j'ai avancé pas mal de choses sur les éléments motivationnels.

Lors de la campagne de vaccination, je pense que nous devons poursuivre nos efforts et même les renforcer. Avec la campagne *booster*, on atteint déjà un peu moins de gens que lors de la campagne de base. Cela démontre bien qu'on ne peut pas diminuer ou relâcher nos efforts de communication et d'explication à propos de nos incertitudes. Par exemple, ce que j'ai dit concerne les *boosters*, si on les propose encore pour tout le monde ou si on se focalise plus. Nous devons continuer à expliquer et ne pas diminuer nos efforts, même si c'est difficile. Nous ne devons pas penser que nous sommes fatigués et nous replier sur des mesures ou des outils plus contraignants comme une obligation vaccinale et le CST, parce que nous ne faisons plus d'efforts.

Et bien, au contraire, on doit absolument continuer, même davantage. La communication est devenue plus compliquée. Si c'était juste deux doses et, puis, fini, c'est plus facile que de devoir expliquer aux gens qu'on a vu que… et que, peut-être, ceci va arriver. Il faut absolument garder cette communication à niveau ainsi que les activités vis-à-vis des groupes qu'on n'a pas encore atteints et ne pas les considérer comme perdus ou seulement atteignables via des obligations pures et dures. Je suis absolument clair à ce sujet.

Plusieurs personnes m'ont demandé si le certificat restait encore nécessaire en cas d'obligation vaccinale. Dans le dossier, j'ai voulu dire que ce n'est pas parce qu'on a entendu à un certain moment dans les débats - on l'entend moins maintenant - : "Le CST, c'est hypocrite. Arrêtons! Décidons alors d'une obligation vaccinale. Alors, nous pourrons nous débarrasser d'un outil comme le pass vaccinal." Je pense que ce n'est pas si simple en soi. La vaccination obligatoire peut se faire sans pass vaccinal. Cela peut se faire. Mais la question est alors: "Qu'est-ce qu'on est en train de faire et comment va-t-on maintenir ou vérifier l'application de cette obligation?" Honnêtement, dans le contexte belge et sachant que ce que je sais - je ne suis quand même pas dans un bocal ou au sommet de l'Olympe, sans être conscient du débat sociétal ou politique -, j'ai du mal à imaginer que l'on fasse comme en Grèce ou en Autriche et que l'on sanctionne financièrement les citoyens au moyen d'amendes ou de cotisations sur la fiscalité, etc. Je n'ai pas encore entendu une volonté sociétale ou politique pour le faire.

Si l'on ne prend pas de sanctions financières, la question est de savoir comment appliquer l'obligation vaccinale. Est-ce purement symbolique, afin de donner un signal pour que chacun se fasse vacciner? Tout cela pour cela? C'est un vaste débat. Une loi est une loi et n'est pas seulement d'ordre symbolique.

Si aucune amende n'est délivrée d'une manière ou d'une autre, la question porte en ce cas sur la manière de vérifier l'application de l'obligation. On pourrait décider d'un pass vaccinal dans certaines circonstances. Il est exact que cette mesure réduirait les libertés de ceux qui n'ont pas été vaccinés, *a fortiori* quand on n'a plus l'occasion de se faire tester. Toutefois, si l'on veut une obligation vaccinale, dépourvue d'amende, il faut alors se demander comment rendre cette loi opérationnelle. Je m'interroge.

Pour conclure, oui, on peut opter pour une obligation vaccinale sans pass vaccinal, mais faut-il en ce cas dépasser le stade du symbole?

Symbolische wetten kunnen ook een waarde hebben, maar ik laat aan jullie appreciatie hoe dit precies zou moeten gebeuren.

Er was ook de vraag wie de opdracht zou moeten geven voor het contact met de burger bij debatten over de vaccinatieplicht of een coronacertificaat. Ik heb een aantal pistes geopend, en ik denk in elk geval dat men aan de kant van de uitvoerende macht nu deels ook wacht op de conclusies en oriëntaties van deze commissie en het Parlement rond verplichte vaccinatie en het coronacertificaat. Het is niet onmogelijk dat aan de uitvoerende macht gevraagd wordt om zo'n proces op te zetten.

In het kader van de staatshervorming is men ook een maatschappelijke dialoog aan het

voorbereiden. Het is niet onmogelijk om dat ook te doen in het kader van de Covid-19. Ik zou het dan opentrekken; we moeten het dan niet enkel hebben over verplichte vaccinatie of een coronacertificaat op dit moment. Na twee jaar pandemie moeten we, naar mijn gevoel, naar een soort verwerking en herverbinding gaan in de maatschappij, dat zeggen ook meerdere experts. Op psychologisch vlak heeft de maatschappij met de pandemie een soort rouwproces ingezet. Zoals u weet, doorloopt een rouwproces meerdere fases, van ontkenning over woede naar onderhandeling tot depressie om uiteindelijk de situatie te aanvaarden. Ik laat het aan u om te evalueren in welke fase we momenteel zitten.

Ik zie veel woede, maar ook veel pogingen vanuit het politieke systeem om na te denken over en te zoeken naar manieren om opnieuw te verbinden. Dit overstijgt een beetje mijn mandaat en ik heb hier ook al een aantal contacten over gelegd, maar we moeten volgens mij een aantal maatschappelijke en academische actoren, non-profit organisaties en middenveldorganisaties uitdagen om na te denken over een maatschappelijk leerproces. Wat hebben we uit de crisis geleerd? Wat heeft die met onze maatschappij gedaan? En hoe kijken we naar toekomstige epidemische paraatheid? We zouden hier wel degelijk een maatschappelijke dialoog over kunnen hebben. Dat zou nuttig zijn. Ik wijs ook op het initiatief DG Samenleving en COVID-19 in Nederland. Ik heb nauwe contacten aangehouden met die DG, die al een aantal maanden geleden zo'n proces hebben doorlopen. Het is op zijn Nederlands uitgevoerd: het is een fantastisch proces met een zeer mooi rapport. Zij zijn daar zeer goed in en daar kunnen we van leren. Maar natuurlijk moet daar ook nog iets mee gebeuren en daar worden zij nu ook wel voor een stuk mee geconfronteerd.

Na twee jaar pandemie en dertigduizend overledenen moeten we nadenken hoe we het contact met de burger een goede invulling geven en daar voor een stuk ook een verwerkingsproces en leerproces aan koppelen. Zoals u er ook naar verwijst, misschien is het belangrijker na te denken over hoe we het vertrouwen kunnen herstellen of versterken, dan over sancties.

Het is juist dat wij recent in *The Lancet* zagen dat een aantal kernparameters rond hospitalisaties en overlijdens soms meer correleren met vertrouwen naar de overheid toe, maar ook tussen burgers in de samenleving, dan met de criteria van de pandemische paraatheid zoals die door de WHO gedefinieerd werden. Dat zegt dus eigenlijk ook dat wij niet alleen aan instrumenten, processen, structuren en allerlei middelen moeten denken, maar dat wij ook moeten investeren in het aanhouden van dialoog en het verbeteren van dialoog met burgers, met het middenveld, met niet-gouvernementele organisaties, nieuwe sociale bewegingen, media en alle stakeholders die daarmee te maken hebben. Dat is nog onvoldoende opgenomen en vereist versterking.

Dan kom ik aan de vragen van de PS-fractie.

J'en viens aux questions du groupe PS. Il me semble avoir déjà répondu à certaines d'entre elles. Comme je l'ai dit, je ne pense pas qu'il soit possible d'élaborer un outil mécanique et parfaitement prévisible, de sorte que, sous certaines conditions, on activerait la vaccination obligatoire ou même le certificat. Cependant, on pourrait penser à un certificat évolutif 3G, 2G, 1G, qui s'appliquerait à différents secteurs. Un tel dispositif pourrait être renforcé en fonction du niveau de l'épidémie et de sa gestion. Ce genre de cadre général peut être bien préparé, selon moi.

Une question que vous et M. De Roover avez posée est de voir ce qui se passe à l'étranger, par exemple avec un "test G+", un "pass vaccinal + test", etc. Aux Pays-Bas, pour les grands événements, on va insister sur le *testing*. Je reviens ici sur la grande question des objectifs que nous voulons atteindre. Si l'on veut identifier ceux qui ont été infectés, le *testing* est très bien. En revanche, si le but est plutôt d'augmenter le nombre de personnes vaccinées, de manière à réduire l'impact sur les hôpitaux, alors tester tout le monde pour de grands événements, cela ne change quasiment rien. Pour le moment, la vitesse de circulation du virus est très, très élevée. Même avec la courbe descendante présente, nous sommes toujours à presque 2 500 incidences en quatorze jours. En fait, c'est incroyable!

Een jaar geleden hadden we dat catastrofaal gevonden, maar in de huidige context is het detecteren van besmette mensen iets minder interessant. Dat is overigens ook de reden waarom ik vind dat iedereen blijven testen die symptomen heeft in de huidige fase, met de omikronvariant, minder kostenefficiënt is. Daarmee antwoord ik op uw vraag, mijnheer Creyelman.

De krantenkoppen waren soms erg economisch van aard en lieten verstaan dat het te duur werd en dat we moeten stoppen met geld te verspillen. Dat waren geen citaten van mij. De artikels zelf bevatten wel degelijk inhoudelijke discussies. Het is nu op epidemiologisch vlak minder zinvol geworden om iedereen te blijven testen. Wanneer we met een zeer besmettelijke en virulente variant

zouden worden geconfronteerd, dan moeten we echter wel weten wie besmet is, om die personen in isolatie of quarantaine te kunnen plaatsen en de contactopvolging te kunnen opstarten, maar op dit moment is dat dus niet meer zo zinvol.

De discussie is niet louter financieel-economisch. We hebben een jaar gediscussieerd over een tekort aan testcapaciteit. Tegen de tweede golf zijn we erin geslaagd om die goed op te schalen, wat goed is, maar we moeten ook opnieuw kunnen afbouwen. We moeten daar gezondheids-economisch naar durven kijken en onderhandelen met de betrokken actoren over de prijzen voor bepaalde testen of over de financiering van het nationale platform. Daar is wat bijsturing gepland. De minister heeft dat ook al toegelicht in het Parlement. Ik denk dat we dat verder moeten evalueren en bijsturen. Ik wil wel aangeven dat er soms een jojo-effect optreedt.

Wanneer we met tekorten zitten, vraagt iedereen plots meer capaciteit en wanneer ze er wel is, maar niet volledig wordt benut, dan kijkt men naar de kosten daarvan. We moeten daar een evenwicht in vinden. Er is op dat vlak nog werk aan de winkel, maar ik denk wel – zoals het ECDC overigens heeft gezegd in de evaluatie van ons testbeleid – dat we het voorbije anderhalf jaar de juiste weg hebben gevolgd. Dat vind ik wel geruststellend.

Concernant l'évaluation du CST dans le cadre belge, je pense que les évaluations dont nous disposons dans ce dossier nous donnent déjà beaucoup d'informations sur le CST. Cela ne me semble pas très réaliste de penser que nous allons pouvoir isoler l'efficacité du CST ou le rôle qu'il a joué de manière très précise. Nous sommes dans un système multivarié, c'est l'interaction entre plusieurs mesures qui produit l'efficacité des politiques publiques. Il n'est pas si évident de mesurer la valeur ajoutée de l'outil ni son impact négatif, en termes de confiance ou sur d'autres campagnes de vaccination. Comme nous ne pouvons pas démontrer exactement quelle a été sa valeur ajoutée, de même nous pouvons donner raison à ceux qui disent que c'est dangereux et peu sécurisé.

Het is dus mogelijk om daar evaluaties over te maken. Ik hoorde iemand suggereren dat we dat aan de GEMS kunnen vragen, maar de GEMS is ook altijd behoorlijk kritisch geweest over het CST en de coronapas. Dat valt ook af te lezen uit hun adviezen daarover. Ik denk, als ik daarover aan de GEMS een advies zou vragen, dat het door velen niet als voldoende onafhankelijk zou worden beschouwd. De GEMS is vrij om eender wat te evalueren en te adviseren, zoals dat ook voor universiteiten geldt. Ik stel vast dat in Nederland de Erasmusuniversiteit, het universitair centrum Erasmus, en nog andere actoren dat hebben gedaan. In Frankrijk heeft het economische planbureau een evaluatie gedaan. Er zijn dus heel wat instellingen die dergelijke evaluaties zouden kunnen maken, maar het is aan de regering en het Parlement om daar eventuele verdere stappen in te nemen. In elk geval moet het dan om een voldoende onafhankelijk onderzoek gaan, met een zeer transparante methodologie en waarin ook aangegeven wordt wat de beperkingen van zo'n studie zijn.

Concernant les capacités de la première ligne et des hôpitaux, nous avons appris de cette crise que ce qui fonctionnait avant la crise a bien fonctionné pendant la crise, et les points faibles à améliorer avant cette crise se sont confirmés. Concernant la première ligne, son organisation et sa force dans le système de soins de santé, il est clair que nous avons été confrontés à des limites.

Je me souviens de discussions en mars 2020 avec les docteurs Orban et Roel Van Giel du Domus Medica. Ils sont venus avec leur idée de centre de tri. Ces centres sont devenus par après des centres de tri, de prélèvement ou de *testing*. Il n'a pas été évident de créer ces capacités. Même chose pour les centres de vaccination, pour lesquels nous avons été confrontés à des difficultés. La collaboration au sein de la première ligne, entre médecins généralistes et pharmaciens, n'a pas été simple. Les débats auxquels nous assistons maintenant ne sont que le reflet des débats qui existaient avant.

Ik betreur dat, want er is geen overschot aan capaciteit in het gezondheidszorgsysteem, en al zeker niet in de eerstelijnszorg. Alle actoren zouden dus complementair moeten werken, maar natuurlijk wel met veel respect voor de expertise en de rol van de ene en de andere.

Wat de ziekenhuizen betreft, is er al lang een debat gaande over de vraag of we de capaciteit op de afdelingen voor intensieve zorgen moeten versterken of eventueel de *medium care* meer moeten ontwikkelen. Hoewel ik blijf evolueren en openstaan voor nieuwe inzichten, ben ik op dat vlak niet van mening veranderd. Vooral de *medium care* moet in dit land structureler worden ontwikkeld. We merken nu ook met de omikronvariant dat de opnames in ziekenhuizen, en ook in de intensieve zorgen, in ons land relatief hoog liggen in vergelijking met andere landen. Dat heeft voor een stuk ook te maken met het feit dat wij veel mensen opnemen in het ziekenhuis, en snel mensen opnemen in de intensieve zorgen. De

reden waarom in Nederland minder mensen op de intensievezorgafdelingen terechtkomen, is net dat wij veel meer mensen in de intensieve zorg toelaten dan Nederland, ook mensen met lagere overlevingskansen, met een lange ligduur tot gevolg. Dat is voor een stuk de weerspiegeling van ons gezondheidsbeleid en van de waarden die daar deel van uitmaken.

De capaciteit in de ziekenhuizen kan als het ware met een pennentrek worden gewijzigd. We zouden meteen de capaciteit op de intensievezorg-afdelingen kunnen verdubbelen en daar de nodige financiering aan koppelen.

We zouden daarvoor in de nodige budgetten kunnen voorzien in het gezondheidszorgbudget, zowel voor de ziekenhuizen als voor de nomenclatuur die wordt aangerekend.

Mais je vous rappelle quand même aussi que sur les 2 000 lits qu'on a aujourd'hui en soins intensifs, il y en a 200, depuis des semaines, qui sont fermés. Parce qu'on n'a pas le personnel. Il y a des *vacatures* pour le personnel soignant sur les soins intensifs, pour plusieurs raisons. Il y a beaucoup de *vacatures*. Il y a aussi des maladies, des gens qui sont en isolement ou en quarantaine. Il y a des maladies de longue durée, pour toute une série de raisons.

Je pense que le Parlement l'a déjà vu aussi avec le Fonds Blouses Blanches et l'accord social qui a été conclu. Même si c'est important comme conditions, ce n'est pas parce qu'on prévoit les budgets que le personnel est là. Raison de plus pour quand même avoir un débat sérieux sur la subsidiarité et de voir aussi comment on peut encore mieux déléguer certains actes qui sont aujourd'hui réservés à certaines professions et de voir comment on peut quand même continuer le débat sur la subsidiarité.

Dat ligt gevoelig en is een zeer fundamenteel debat. Dat debat moet echter worden gevoerd, zo niet zullen we er niet komen. Natuurlijk moeten de eerstelijnszorg en de ziekenhuissector worden versterkt, maar dat zal niet louter een kwestie zijn van budgetten of personeel – als we dat personeel al vinden in ons eigen land of eventueel via andere kanalen, wat ook een hele reeks aandachtspunten met zich meebrengt – maar ook structurele hervormingen vereisen. Het zal ook afhangen van onze kijk op de gezondheidszorgberoepen, en wie wat mag verstrekken. Capaciteit is zeker belangrijk, maar alles zal moeten beginnen met de organisatie van de zorgsector. We zitten ook volop met gemengde bevoegdheden. De organisatie van de eerstelijnszorg is namelijk een gemeenschapsbevoegdheid. Ook op het vlak van de programmatie, met name de erkenning en normen, hebben de deelstaten een grote bevoegdheid. Het zal dus enkel lukken als alle entiteiten goed samenwerken.

Leden van de Vlaams Belangfractie stelden verschillende vragen over de barometer. U weet dat ik graag over de barometer spreek, maar de barometer is niet het thema van de hoorzitting van vandaag. Ik wil echter gerust enkele vragen beantwoorden. U stelt suggestieve vragen, maar dat mag ook. Het debat over de barometer is geen eenvoudig epidemiologisch debat geweest. Daar getuigen ook de vele nota's van. Ook politiek lag het niet altijd zo eenvoudig. Onze inzichten daarover zijn, over de golven heen, ook geëvolueerd. De barometer is er nu wel. Op de vraag of ik er tevreden over ben, heb ik voorheen al aangegeven dat de barometer wat mij betreft geen *deus ex machina* is, maar één instrument dat het Overlegcomité ter beschikking heeft.

Het is beperkt tot een aantal sectoren. Dat was de politieke vraag. Mijn eigen mening erover heb ik toen aan de tafel gegeven. Ik merk dat de barometer wel structurerend is geweest. Hij functioneert toch in het kader van de exit uit de delta- en omikronepidemie. Hij helpt namelijk bij het ordentelijk en gefaseerd afbouwen van de maatregelen. Voorts helpt de barometer ons ook om onze verdedigingslinies in vraag te stellen rond testing, contactopvolging, isolatie, quarantaine en het PLF. Er is altijd meer vreugde over de ene verloren zoon die terugkeert dan over alle zonen die gewoon braaf thuisgebleven zijn. Dus in die zin ben ik wel blij met de barometer zoals die nu voorhanden is, zelfs al zou dat instrument nog kunnen worden versterkt of uitgebreid of meer in een systeem worden geïntegreerd. We hebben er hoe dan ook stappen vooruit mee gezet.

Het Overlegcomité heeft beslist dat de barometer kan worden afgeschakeld. Bij elke samenkomst van het Overlegcomité zal dat worden overwogen, maar dat hangt toch nauw samen met de discussies die we de komende maand zullen voeren over de overgang van code oranje naar code geel en de evaluatie van de criteria inzake de epidemische noodsituatie. Het is zeker denkbaar dat we op een bepaald moment de barometer uitschakelen. Het voordeel van die barometer is dat hij bestaat. Hij ligt niet in regelgeving vast, maar er bestaat een nota over die goed omschrijft hoe hij tot stand is gekomen en wat de beperkingen ervan zijn.

Il sera évolutif. Donc ce n'est pas binaire, dans le sens où les indicateurs, les critères et les seuils

peuvent évoluer. Si nécessaire, on peut même faire évoluer aussi les sets de mesures qui sont prévus. Ce n'est pas si évident de tout prévoir, mais l'outil existe. Et j'ai quand même senti, lors des derniers deux comités de concertation, qu'il nous guide, qu'il structure un peu les débats et qu'il structure aussi un peu la communication.

Ceci dit, je l'ai déjà dit auparavant, on ne va pas gagner le prix Nobel pour cela. Ce n'est pas grave. Mais il est structurant pour les débats politiques.

Dat is wat telt.

Over de communicatie heb ik al het een en ander gezegd. Er wordt gesproken over een gefaalde communicatie. Ik wil toch iedereen eens uitnodigen om na te gaan hoe het in andere landen is gebeurd.

Ce que j'entends souvent lors de débats avec des homologues, c'est que nous sommes confrontés aux mêmes débats, aux mêmes défis, aux mêmes faiblesses et la communication a constitué partout un élément difficile. En ce qui concerne les relations entre les scientifiques, les politiques, les citoyens et le rôle des médias, on a vu les mêmes choses partout.

Pour le moment aux Pays-Bas, il y a un grand débat en cours sur le rôle des médias et ce qu'on peut en tirer comme leçons.

Ik denk dat we dat in België ook zien. Het is niet alleen een verantwoordelijkheid van de overheid. De overheid moet opletten hoe ze zich opstelt. In de eerste plaats moet de overheid informeren en de mensen uitleggen hoe de situatie is, wat de risico's zijn en wat de mogelijkheden zijn om zich te beschermen. Men moet opletten met het element overtuiging, omdat de grenzen van het vertrouwen al snel worden afgetast. De vraag luidt of de overheid goed heeft gecommuniceerd. Het is niet enkel de overheid die de communicatie of het maatschappelijke debat moet organiseren. Dat gebeurt voor een stuk buiten de greep van de overheid en ik geloof ook dat dat noodzakelijk is. In landen als China is er een heel efficiënte overheidscommunicatie, maar die is daarom niet evenwichtiger, wel integendeel, zou ik durven stellen.

Er werden mij boeiende vragen gesteld over mijn kijk op de staatsstructuur, waar ik niet op zal ingaan. Ik heb daar in de covidcommissie al enkele zaken over gezegd. Ik denk wel dat het Parlement nog hoorzittingen zal organiseren of andere initiatieven zal nemen om de bevoegdheids-verdeling te bespreken. Ik heb eerder ook al aangegeven dat de huidige bevoegdheids-verdeling en de onduidelijkheden daarrond hinderlijk zijn geweest om een slagkrachtig beleid te voeren. Dit gezegd zijnde, heeft een zeer centralistisch land als Frankrijk een aantal gelijkaardige problemen gehad. Het nadeel aan homogeniteit en aan het verenigen van meer commando of meer bevoegdheden in één hand, is dat de *checks and balances* lager zijn in een presidentieel regime als Frankrijk. De stellingen en het beleid rond niet-gevaccineerden van de Franse president en de rol van het CST en de verplichte vaccinatie tonen ook aan dat dit beperkend kan zijn voor een maatschappelijk en politiek debat.

Elk nadeel heeft zijn voordeel, maar ook omgekeerd. Dat geldt ook voor de organisatie van de bevoegdheden. Het is zeker zo dat de complexiteit die wij kennen, moeilijk ligt omdat er zeer veel entiteiten moeten samenwerken. Ik heb aangevoeld dat veel entiteiten, ook op persoonlijk vlak, en zowel van politieke als administratieve aard, willen samenwerken, en daar ook hun best voor doen, maar dat dat veel tijd en energie kost. In crisistijden is net die tijd erg kostbaar.

Op mijn opmerking over de samenwerkings-akkoorden, waarvan de totstandkoming minstens vier weken vraagt, wordt gereageerd dat het Parlement altijd snel kan beslissen als dat nodig is. Dat is ook zo, en dat hebben we vastgesteld. Zo'n samenwerkingsakkoord moet echter ook worden geschreven, langs de regeringen passeren en aan de Raad van State worden voorgelegd. Het proces duurt dus langer dan louter het Parlement inschakelen. Veel sneller dan op vier weken zal men nooit zo'n proces kunnen doorlopen. Dat is ook de reden waarom bepaalde elementen maximaal moeten worden voorbereid.

In een discussie zoals 1 G rezen vragen over de proportionaliteit. Zelf ben ik geen jurist, maar ik luister met aandacht naar wat juristen daarover zeggen. Er bestaan verschillende juridische standpunten over, maar de enige manier om het zeker te weten is door een wet voor te leggen aan de Raad van State en het advies ervan te bekijken. Als de wet dan wordt goedgekeurd en er volgt een beroep bij het Grondwettelijk Hof, dan zal er nog meer over worden gezegd. Dus: *the proof of the pudding is in the eating*.

Het voordeel is dat, als men zulke kaders voorbereidt, men in elk geval niet aan de Raad van State moet vragen om er met hoogdringendheid over na te denken, maar hem kan vragen om daar de nodige tijd voor te nemen.

Onze huidige bevoegdheidsverdeling zorgt ervoor

dat bepaalde zaken meer tijd kosten, maar we moeten ook niet denken dat meer homogenisering, of dat nu via regionalisering, communautarisering of herfederalisering gebeurt, alles zal oplossen. Dat ziet men in gecentraliseerde staten, maar ook in staten waar de lokale besturen een grotere rol spelen, of in Duitsland, dat vaak als een matuur federaal systeem wordt beschouwd. Er zijn in Duitsland tussen de Bond en de Länder veel spanningen geweest over het te voeren beleid. Dat zagen we recent nog met de minister-president van Beieren, die een aantal vraagtekens plaatste bij federale wetten en in het midden liet of hij ze wel zou uitvoeren. We merkten het ook aan uitspraken van bepaalde hoven in de Duitse Länder. Die spanning bestaat dus op meerdere plaatsen. Ik moet dus iedereen ontgoochelen die denkt dat het louter een bevoegdheidskwestie is. De bevoegdheden in ons land moeten weliswaar worden vereenvoudigd en uitgeklaard, maar dan nog zullen we met problemen en beperkingen worden geconfronteerd.

Mevrouw Sneppe stelde een vraag over de incidentiecijfers die in mijn nota staan, met de uitsplitsing tussen gevaccineerden en niet-gevaccineerden. De tabel die jullie bij de nota vinden, is een eigen verwerking door het Commissariaat.

De achterliggende data staan in het wekelijkse rapport van de Risk Assessment Group, die volgens mij publiek zijn, maar ook in de wekelijkse bulletins van Sciensano, dat volgens mij ook wordt gepubliceerd.

Wij verwerken die data, passen daarop regeltjes van drie en breuken toe, dus het is geen *rocket science*. De achterliggende data zijn dus wel degelijk publiek en moeten publiek blijven.

CD&V stelde enkele vragen over de paraatheid. Ik heb mijn kijk hierop al voor een stuk aangegeven. De paraatheidsbox, of gereedschapskist of paraplubak zo u wil – ik heb al van alles gehoord – bevat toch verschillende elementen. Zo hebben we verdedigingslinies gedefinieerd. Het werk in dat verband mag niet als *on/off* of louter binair worden bekeken, maar veeleer als gefaseerd worden geconcipieerd. De werkzaamheden hierrond lopen nog. We hebben er deze ochtend in de Interministeriële Conferentie een grondig debat over gevoerd. Dat debat wordt volgende week voortgezet. Verschillende ministers van Volksgezondheid hebben immers gevraagd om het debat zeer grondig te voeren.

Wat mij betreft is het van belang dat, vooraleer we op code geel overschakelen, duidelijk is hoe we onze verdedigingslinies rond testing, contactopvolging, PLF, isolatie en quarantaine en luchtkwaliteit kunnen koppelen aan indicatoren en ze dus ook voor een stuk kunnen faseren.

U had een vraag over wat er nog in de paraatheids-box zit. Daarin zit natuurlijk ook de barometer. Na het verdwijnen van het coronacommissariaat, zullen we wat de organisatie van het crisisbeheer betreft, natuurlijk beschrijven hoe de reguliere actoren de rollen kunnen opnemen die het commissariaat de voorbije achttien maanden heeft opgenomen, rekening houdend met hun bevoegdheden. Op federaal niveau is dat in eerste instantie de FOD Volksgezondheid en het Crisiscentrum. We zullen natuurlijk zorgen voor een goede overdracht van methodieken en processen die we hebben ontwikkeld. Deze partners zijn voortdurend betrokken gebleven, dus dat zou op een correcte manier moeten kunnen verlopen.

CD&V vroeg ook hoe het komt dat het covid-certificaat in Frankrijk succesvoller is geweest. U heeft verwezen naar het feit dat het sterk gecommuniceerd en geplaatst is, met een duidelijke stok achter de deur rond verplichte vaccinatie. Het werd ook breed toegepast op heel veel sectoren, ruimer dan in België. Het vertrekpunt voor de vaccinatie was ook lager. Daardoor kon er relatief meer winst worden geboekt.

Ik heb al geantwoord op een aantal vragen van CD&V, Open VLD en MR, denk ik. U stelde een vraag over omikron en het feit dat deze minder ziekmakend zou zijn. Dat weten we ook niet zeer goed. Er speelt hier een effect van een andere variant met een andere virulentie, maar de interactie met immunisatie van de bevolking, zowel door vaccinatie als door eerdere infectie, is ook niet helemaal duidelijk te ontrafelen. Daarvoor moet men eigenlijk kijken naar landen met een lagere vaccinatiegraad om te zien wat daar gebeurt op vlak van nieuwe hospitalisaties. Daarom is het volgens mij plausibel om te stellen dat omikron intrinsiek minder ziekmakend is. Hoeveel minder, is niet zo duidelijk.

Ook gaat het over de interactie met de werking van het vaccin en de immunisatie door een eerdere infectie. Dat moet ons des te alerter maken. Als de immuniteit vervalt of degradeert, moeten we daar ook klaar voor zijn.

Vooruit verwees naar een volledige toolbox van diverse verdedigingslinies. De verantwoordelijk-heid van de verschillende entiteiten, maar ook van de departementen binnen de entiteiten, wordt steeds belangrijker. Als we uit de federale fase

zullen treden en het coronacommissariaat verdwijnt, dan zal de coördinatie vanuit het overlegcomité en vanuit het federale niveau minder sterk zijn. Als er op dat moment nog mondmaskers gewenst zijn in het openbaar vervoer, dan zal dit moeten gebeuren via reglementering van de deelstaten of van de betrokken organisaties. Voor de NMBS gebeurt dit uiteraard op federaal niveau.

Op het vlak van welzijn op het werk, wordt de werkplek federaal georganiseerd. Daar zitten dus wel bevoegdheden. Men ziet dat we, naarmate we uit de federale fase stappen, meer verantwoordelijkheid leggen bij de entiteiten, maar ook bij de bevoegde departementen binnen de entiteiten, om de nodige maatregelen te nemen.

Als het dan gaat over de luchtkwaliteit bijvoorbeeld, is er nog een discussie aan de gang, zowel federaal als met de deelstaten, over een eventuele wet inzake luchtkwaliteit, ook na de covidcrisis. Ik kan daar niet op vooruitlopen. Er zijn nog grondige discussies over. Voor mij staat het buiten kijf dat luchtkwaliteit ook voor volgende epidemieën en sanitaire risico's een hefboom is die versterkt moet worden.

Welke kleur de kat heeft, is iets minder belangrijk, als ze maar muizen vangt. In de mate dat er geen akkoord gevonden wordt over een federale wet rond luchtkwaliteit of bepaalde elementen in dat verband, zoals normering, labeling of controle, dan zal dit ook betekenen dat de verantwoordelijkheid bij de entiteiten komt te liggen. Iedereen kan de draagwijdte goed inschatten van wat ik hierover denk en zeg.

Het is inderdaad complex. Vooruit heeft er ook op gewezen dat niet-gevaccineerden mogelijk ook langer besmet blijven, waardoor ze meer transmissief zijn en mogelijk ook infectieuzer. Ik heb dit niet vermeld omdat ik ook nog tast naar duidelijk bewijsmateriaal daarvoor. Ook al is het een punt dat ikzelf opvolg, kan ik er geen definitief uitsluitsel over geven.

Madame Fonck, pour ce qui concerne la gradation, j'estime, pour ma part, que vous avez raison de dire qu'il ne s'agit pas seulement d'une question de on-off d'un outil comme un certificat corona, par exemple. D'autres outils comme le *testing*, le suivi de contact, etc. peuvent être plus graduels et évoluer selon la situation.

Concernant la modélisation, celle-ci reste un point important. On a investi, on a développé, on a avancé sur des modélisations à court et à moyen terme plus crédibles, plus facilement utilisables, mais aussi plus utiles, avec la collaboration de nos experts et du consortium de Uhasselt avec d'autres universités et avec Sciensano. Vous savez probablement qu'ils sont aussi dans d'autres réseaux académiques avec d'autres pays. J'ai, par exemple, été récemment en contact avec le professeur Jaap van Dissel qui m'a parlé des échanges entre les modeleurs de divers pays comme le Royaume-Uni, mais aussi la Belgique. Cela se passe au niveau des institutions de connaissance publiques, mais aussi des réseaux académiques des universités.

Selon moi, nous sommes encore trop faibles au niveau des modélisations à plus long terme. Il n'est donc pas question des deux ou trois mois à venir. C'est déjà prévu dans le modèle stochastique de l'UHasselt.

Au niveau européen, des modélisations à plus long terme sont en développement avec des scénarios plus clairs. J'attends que l'ECDC apporte plus activement son aide aux pays membres.

Ik denk dat dat erg belangrijk is.

Concernant le baromètre, vous parlez de statique versus dynamique, et je suis entièrement d'accord. Pour moi, l'outil ne peut pas être statique. S'il est appliqué ainsi, il n'a pas beaucoup de sens tant du côté de l'évaluation, de la classification de la situation avec les indicateurs et les seuils que du côté des paquets de mesures. Dans son application, il y a des différences entre la phase ascendante et la phase descendante. Dans la note "baromètre" que vous avez probablement vue et que l'on a soumise au Comité de concertation, on explique très bien que dans la phase ascendante, on doit agir rapidement et que dans la phase descendante, on doit agir de manière plus phasée.

Le problème ne se situe pas au niveau de l'outil mais plutôt de son utilisation. Je pourrais dire "*a fool with a tool is still a fool*". Le baromètre doit être utilisé de manière intelligente. S'il est mal utilisé, cela ne fonctionnera pas. Je pense que son utilisation actuelle nous guide. La vraie *proof of the pudding* se verra quand on sera dans une phase ascendante où, l'on a vu à plusieurs reprises, qu'agir rapidement était compliqué. Cela commence avec des lignes de défense qui sont activées de manière très anticipée.

Ce qui me préoccupe aussi quand on procède à une désescalade – ce que l'on doit faire maintenant – des stratégies de *testing* ou des systèmes de suivi des contacts, c'est qu'on doit être capable de les réactiver rapidement. Si on attend trop longtemps, cela n'a pas beaucoup de sens. On doit en être conscient.

Le baromètre s'active au moment où l'on constate que les lignes de défense ne suffisent pas pour gérer la situation. On passe alors à des mesures plus restrictives pour toute une série de secteurs.

Concernant la qualité de l'air, on partage les ambitions. Là où je ne suis pas d'accord, c'est de dire que cela reste purement théorique. Je ne peux pas être d'accord sinon je dirais que je n'ai eu aucun impact sur les prises de décisions. Je pense qu'on a quand même avancé. Si quelqu'un m'avait dit, il y a un an, qu'on aurait rendu obligatoire, dans toute une série de contextes, un appareil de mesure de CO_2 et un plan d'action, si on m'avait dit que dans le cadre d'un baromètre, il y aurait un bonus malus avec des normes ou des valeurs cibles de qualité d'air ambitieuses (900 ppm CO_2 ou 40 m³ par personne par heure en ventilation, en désinfection ou en filtration), si on m'avait dit cela, je n'aurais pas misé là-dessus. Introduire ces méthodes et ces dynamiques est très important. Ce qui est maintenant également important, c'est qu'on peut ancrer cela dans des réglementations mais aussi dans des politiques de soutien fiscal, etc. avec une sensibilisation vis-à-vis de la population pour avancer sur cet aspect.

Je suis un *systeemdenker*, ce qui fait qu'il faut mettre des petits trucs, les mettre en musique et créer un système qui crée par après des effets plus importants. Je pense qu'on a quand même pu lancer quelques logiques et quelques dynamiques importantes. Il y aura un grand débat sur la qualité de l'air soit au fédéral soit au sein des entités fédérées soit dans un mode de collaboration pour poursuivre ces efforts.

Ik ben natuurlijk blij dat we midden november 2021 bijvoorbeeld hebben gezien dat de ministers van Onderwijs hebben erkend dat het plaatsen van een CO_2-meter in de klassen belangrijk was. Overigens, het Overlegcomité had de opdracht gegeven om de CO_2-meter te plaatsen in alle klassen en gemeenschappelijke ruimten.

J'ai rappelé dans la discussion sur les masques pour les jeunes qu'on parlait d'un set de mesures possible. Si on affaiblit un élément de la chaîne, on doit être sûr que les autres éléments de la chaîne sont assez forts. Je serais intéressé de savoir comment le dossier de la ventilation va continuer à évoluer dans les écoles, en sachant que tout ne peut pas être fait en une fois. Cela va prendre du temps. C'est clair. Mais les investissements doivent être programmés et on doit être capable de mesurer les avancées en ce domaine.

Dat vind ik belangrijk. Dat is een stuk *legacy* waar ik ook fier op ben. Ik weet dat sommigen het vraagstuk rond de luchtkwaliteit lang in vraag hebben gesteld, maar we zijn daar voor een stuk in geëvolueerd. Vandaag wordt eerder de vraag gesteld wat een realistisch pad is om dit in te voeren in de verschillende sectoren, met welke middelen dit zal worden ondersteund en hoe we dit reglementair en in functie van de bevoegdheden zullen verankeren. Dat is toch een ander debat dan het opportuniteitsdebat dat we gedurende een zeer lange tijd gevoerd hebben, met name over de vraag of luchtkwaliteit wel zo belangrijk is. Dat is ondertussen verworven.

Je pense avoir répondu aux questions du groupe DéFI. En ce qui concerne l'immunité après infection, je reviens sur ce sujet, il est vrai que nos connaissances évoluent sans cesse. Au moment d'écrire ma note, des données nous disaient qu'avec Omicron, l'immunité à la suite d'une infection préalable était moins forte. Récemment, encore hier, j'ai vu des éléments plus rassurants à ce sujet. Puis, je vois les réactions d'autres scientifiques. Disons que ce débat est encore en cours. La conclusion que l'on peut en tirer est que si vous faites un accord de coopération sur un certificat pour le futur, qu'on ne doit peut-être pas exclure complètement la possibilité de garder l'option du certificat de rétablissement. J'ai écrit ma note dans un contexte où on était focalisé sur la campagne *booster*. J'étais fortement inspiré par ce sujet.

Si à l'avenir, on voit que l'immunité après infection à l'Omicron (vous l'avez dit, on a eu des masses de gens jusqu'à 10 % de la population qui a été infectée)… C'est important dans la mesure où l'immunité à la suite d'une infection par Omicron va aussi nous aider par la suite. Si c'est le cas, je pense qu'il faut garder cela dans le score..

Je suis nuancé à ce sujet. C'est exactement ce que je veux dire: prévoyons un cadre avec certificat corona pouvant être activé avec des balises très, très strictes et selon des modalités qu'il vous convient d'établir (je vous ai communiqué quelques possibilités), avec des options (3G, 2G, 1G).

Selon l'objectif que nous voulons atteindre à ce moment-là. Cela nous donne quand même des options. Les scientifiques devront systématiquement nous renseigner sur ce que l'on sait, sur ce que l'on peut dire sur l'immunité et l'efficacité du vaccin.

Je reste sur mon avis quand je dis "proportionnel". "Proportionnel" signifie une chose pour chacun. Mais je ne suis pas partisan d'une obligation vaccinale à l'heure actuelle et je l'ai dit dans le

dossier. Le certificat corona, je le trouve davantage proportionnel parce qu'il ne limite pas de la même manière ou ne sanctionne pas de la même manière les citoyens. Les libertés sont limitées mais pas de la même manière. Ce débat reste à mener. Je reste sur mon point de vue: c'est un outil plus flexible que l'obligation vaccinale. Cela joue dans notre manière de voir.

Voor PVDA-PTB heb ik ook geantwoord over de absorptiecapaciteit, het gesprek met een vertrouwenspersoon en de Franse studie. Ik kijk nog even of ik bepaalde vragen niet heb beantwoord. In alle eerlijkheid denk ik dat ik alle vragen zoveel mogelijk heb beantwoord.

Le **président**: Monsieur Facon, je vous remercie pour vos réponses.

Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de voorzitter, ik zal het kort houden.

Mijnheer Facon, ik denk niet dat u geantwoord hebt op de vraag over de percentages van gevaccineerden op het moment dat Frankrijk en Duitsland het hebben ingevoerd. Ik ken ze en zal ze aan de collega's duiden. Ik vind het immers wel belangrijk bij de interpretatie van de werkzaamheid van die maatregel. In Frankrijk was het 64 %. Pin u nu niet vast op de cijfers na de komma. In Duitsland zat men aan 72 %. Als we het hebben over een vaccinatieplicht of een 1G-pas, dan is het wel essentieel dat we de vaccinatiegraad van waaruit we vertrekken daarin meenemen. Ik wil er toch even op wijzen dat die in Vlaanderen hoger is dan in beide landen waarvan sprake.

Ik heb ook van u gehoord dat u stelt dat we bij het CST en het herstelcertificaat wel hadden kunnen overgaan tot de opname van de snelle antigeentest. Ik heb het nooit logisch gevonden. Hopelijk komen er geen volgende golven en hebben we het allemaal niet meer nodig, maar toch moeten we deze gedachte in het achterhoofd houden.

Ik treed u ook bij als u het heeft over de serologie en de cohortestudies. Die moeten we absoluut gaan instellen, zeker omdat u tot op vandaag geen duidelijk zicht heeft of kunt geven op de vaccinatiedekking die we willen en moeten nastreven. Als we dan de serologie naast de vaccinatiegraad zouden zetten, denk ik dat dit een nuttig instrument zou zijn om mee te nemen.

Dat we moeten nadenken over de toekomst, daarmee ben ik het absoluut eens.

Over uw studie op middellange termijn heb ik politiek nog maar heel weinig gehoord. Dat vind ik wel bijzonder, maar daarover zal ik minister Vandenbroucke interpelleren.

U blijft preferentieel kijken naar de vaccinatiepas. Na deze hoorzittingen vind ik dat wel bijzonder. Immers, eigenlijk kunnen we dit wettelijk zeer moeilijk verankeren. U heeft het gehad over rechtstreeks communiceren met de burger. Uit de hoorzittingen blijkt dat de vaccinatiepas toch wat slinks is en niet transparant naar de burger toe. Daar moeten we volgens mij absoluut rekening houden.

Dank u wel voor uw aanwezigheid.

Barbara Creemers (Ecolo-Groen): Mijnheer Facon, bedankt voor uw uitgebreide antwoorden.

Ik heb drie kleine puntjes van repliek.

Mevrouw Depoorter verwees er daarnet al naar. Als we een plan zouden klaarleggen voor het najaar, waarin het CST toch nog een optie is, evenals 3G, de immuniteit na infectie, en we ook op één of andere manier een herstelcertificaat inbouwen, dan is het heel belangrijk dat dit mee in de teststrategie wordt bepaald. Mevrouw Depoorter vermeldde ook al dat dit dan met een snelle antigeentest zou moeten kunnen. Als ik de plannen hoor voor de komende maanden, dan is de strategie enkel dat wie ziek is, thuisblijft, maar zich niet per definitie moet laten testen. Dan is er ook veel minder bewijs voor het herstelcertificaat. Daar ben ik nog niet helemaal uit.

Als tweede punt ben ik het eens met het Comité voor Bio-ethiek. In uw oorspronkelijk nota, toen u van 3G naar 1G ging om de vaccinatiepas te verantwoorden, vond ik dat u heel kort door de bocht ging om 2 G's eraf te halen. U zei dat een test ook maar een momentopname is. Een dag later kan men wel besmettelijk zijn. Er was op dat moment weinig wetenschappelijk bewijs voor de duur van de immuniteit na een infectie. Maar het Comité voor Bio-ethiek vond toch ook dat u redelijk snel, met weinig echte bewijzen een aantal G's eraf haalde. Ik hoop dat dit ergens stevig gefundeerd in een mogelijk plan zal worden opgenomen.

U heeft een aantal volgens mij terechte opmerkingen gegeven in uw antwoord op het idee dat hier geopperd werd over de zogezegde opkomstplicht. Ik deel uw kritiek dat men dan eigenlijk een vertrouwensband met een zorgverlener gaat misbruiken omwille van een verplichting. Maar in deze hoorzittingen is het nog meer gegaan over het versterken van de eerste lijn, om te gaan informeren, niet met de bedoeling om

te overtuigen, maar om in gesprek te gaan. Daarover heb ik u veel minder horen tussenkomen. Net dat vonden wij een heel waardevolle piste.

Ik begrijp dat het moeilijk is om u daarover uit te spreken. Als u immers zegt dat het een zeer goed idee is, dan moeten er natuurlijk ook middelen tegenover staan. Vanwaar zouden die middelen dan moeten komen? Bovendien werkt men dan op het niveau van de preventie, wat een bevoegdheid is van de deelstaten. Hoe dan ook, over de idee om de eerste lijn te gaan versterken met het oog op informeren, had ik u toch nog graag iets meer horen uitweiden.

Dank u wel om te spreken over de burgerparticipatie en die te linken aan een leerproces om uiteindelijk het vertrouwen te herstellen. Vorige week heb ik in de plenaire vergadering opgeworpen dat we ook collectieve rouwmomenten moeten organiseren. Misschien kunnen we dat ook samen met de burgers aanpakken en daarmee al voor een stuk dat leerproces aanvatten. Daar kunnen volgens mij twee pistes heel waardevol samenkomen. We komen daar zeker nog op terug.

Steven Creyelman (VB): Mijnheer Facon, dank u wel voor uw antwoorden. We zijn dat niet altijd gewend in de politiek, maar u hebt op nagenoeg al mijn vragen geantwoord. Om het suggestieve gedeelte bent u handig heen gefietst; dat kan ik u ook niet kwalijk nemen.

In verband met de communicatie zegt u dat het gras niet groener was op een ander – om het met een variant op het spreekwoord te zeggen. Op zich is dat natuurlijk geen reden om het zelf niet goed te doen. In die optiek vond ik het een handig antwoord. Ik treed u wel bij als u zegt dat het een taak van de overheid is om te informeren en niet om te overtuigen. Alleen hangt dit niet af van de overheid alleen. Persoonlijk denk ik dat de media daar een kans gemist hebben om hun rol als vierde macht te vervullen. Op dat punt zullen we elkaar wel vinden.

Op een bepaald moment sprak u van 70 % om groepsimmuniteit te bekomen. U zegt dan dat deze eigenlijk ingehaald is door de realiteit. Eerlijk gezegd weet ik niet of dit juist is. Ik denk dat we ons eerder vragen moeten stellen bij de benaming van de huidige vaccins als zijnde een ‘vaccin’. We weten dat ze niet steriliserend noch immuniserend werken. Ze helpen ons, daar is geen discussie over. Ik heb er ook al drie in de arm gekregen en hoop dat het daarbij blijft. Maar dit zijn geen vaccins zoals we ze kennen voor bijvoorbeeld polio. Daarom denk ik niet dat de 70 % is ingehaald door de realiteit, maar dat de benaming van ons hulpmiddel ‘vaccin’ is ingehaald door de realiteit. Dat heeft er voor een stuk ook voor gezorgd dat mensen sceptisch zijn geworden ten aanzien van de vaccins. Dat was dan ook weer koren op de molen van de antivaxbeweging.

Daar wilde ik eigenlijk naartoe wat betreft de communicatie. In eerste instantie wilde niemand communiceren. In tweede instantie wilde iedereen communiceren. Dat is nooit goed. Ik ben hier niet de grote bepleiter van het federale België, maar we moeten wel naar een eenheid in de boodschap op zijn minst. Daar hebben we een kans gemist, zowel op het federale vlak als op het regionale vlak.

Ten tweede, herhaal ik dat er zeer weinig tot geen debat mogelijk is. Ik ben geen antivaxer, getuige daarvan het aantal prikken in mijn arm. Maar van zodra een wetenschapper ook maar een beetje afwijkt van of zich vragen stelt bij de algemene consensus, wordt deze onmiddellijk in het hoekje geplaatst van de *gekkies*. Als er dan een boodschap komt dat de ‘vaccins’ niet echt doen wat we verwacht hadden, of minder presteren op het vlak van steriliseren en immuniseren, dan werkt dit als een soort katalysator voor de mensen die geen hoge pet op hebben van de vaccins, om het zacht uit te drukken.

Dat was de boodschap die ik wilde brengen. Ik vermoed dat we elkaar wel begrijpen. Eigenlijk was dit een heel lang verhaal om uw woorden nog een keer te herhalen, veronderstel ik. Dank u wel.

Catherine Fonck (cdH): Monsieur Facon, je vous remercie pour vos différentes réponses.

Si vous me le permettez, je voudrais apporter quelques éléments de précision.

D'abord sur le fait de devoir se présenter chez le médecin généraliste. Vous êtes fort critique sur ce point. Je pense que, dans la manière d'aborder les choses, vous êtes à nouveau très binaire. Premièrement, la réalité est qu'il y a un grand nombre de personnes - je pense plus particulièrement à Bruxelles - qui n'ont pas de dossier médical global (DMG) et donc pas de médecin généraliste. La deuxième réalité et on le voit sur le terrain, moi-même j'y ai pris beaucoup de temps, c'est que quand il y a une hésitation vaccinale ou des peurs relatives à la vaccination, un entretien de type motivationnel peut faire clairement basculer les choses. Troisièmement, bien sûr que les médecins généralistes sont débordés, bien sûr que c'est difficile par rapport au volet obligatoire - ce ne sont pas les représentants de l'État - mais il y a aussi d'autres manières, me

semble-t-il, de pouvoir organiser un entretien obligatoire. On pourrait très bien imaginer, par exemple, de le faire à partir des centres de vaccination. Ce qui est fondamental, c'est de rapprocher de manière individuelle les personnes avec un médecin, avec éventuellement un infirmier, pour mener ce dialogue individuel qui restaure la confiance autour du vaccin.

Ensuite, j'avoue avoir été interpellée par vos propos sur le fait qu'on admettrait trop de patients aux soins intensifs. Par rapport à tout le travail réalisé, ces propos sont durs. Au-delà du fait d'être durs, ils sont incorrects. Selon moi, quand on a un patient en insuffisance respiratoire aiguë qui désature alors qu'il a dix litres d'oxygène, qu'il est déjà sous CPAP et qu'on ne sait plus que l'intuber, on n'a pas d'autre choix que de le placer aux soins intensifs. Je reste persuadée qu'on manque de *Medium care* en Belgique et que cela pourrait être intensifié.

Mais faire ici le procès des admissions aux soins intensifs alors que, justement, pendant cette crise, les intensivistes ont constamment dû peser le pour et le contre pour admettre les patients aux soins intensifs, je pense que c'est assez réducteur. Vous me permettez quand même, du côté du terrain, d'avoir cette réaction par rapport à vos propos.

Enfin, à propos de la qualité de l'air, je n'ai pas dit que rien n'avait été fait. J'ai dit qu'on n'en était encore qu'aux balbutiements. C'est bien de mettre des capteurs CO_2 mais, dans les écoles, je n'ai toujours pas vu de ventilation, de plan de ventilation. Je n'ai toujours pas vu de filtration d'air qui aurait pu être mise en place et on aurait eu une autre gestion de la crise au niveau des écoles. Je pense que c'est un des trois piliers pour les mois à venir si on veut contrôler au mieux la situation avec un monitorage épidémique, une surveillance extrêmement performante, une qualité de l'air intérieur qui doit être similaire à la qualité de l'air extérieur et, enfin, de la recherche et développement sur les vaccins et les traitements. Oui! La qualité de l'air intérieur est à court, moyen et long termes un enjeu que je pense majeur.

Je vous remercie pour vos réponses et votre participation d'aujourd'hui.

Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer Facon, dank u voor uw uitgebreide antwoorden.

Ik wil nog graag op een aantal dingen terugkomen, onder andere over de belangenconflicten.

U heeft daar niet zo lang bij stilgestaan. Als we het hebben over het RAG, over het wetenschappelijk comité enzovoort, dan zegt u dat de samenstelling ervan toch transparant is. Men kan zien wie daar precies vertegenwoordigd is. In het begin was dit zeker niet transparant. Wij hebben echt wel moeite moeten doen om te weten te komen wie precies zetelde in de verschillende adviesorganen, laat staan dat we verslagen kregen. Mettertijd is dat, gelukkig maar, verbeterd. Maar er is toch nog wel werk aan de winkel, denk ik. Wat belangenconflicten betreft, ben ik er niet van overtuigd dat dat zo helder is. Volgens mij moet hierover een veel actievere communicatie gebeuren, al is het maar om mogelijke verdachtmakingen in de kiem te kunnen smoren.

Wat de onpartijdigheid betreft van instellingen als Sciensano, de Hoge Gezondheidsraad, het FAGG, geeft u aan dat het aan de minister en de regering is om dit te controleren. Maar u hebt wellicht ook gehoord dat er nog maar onlangs in Nederland vermoedens waren dat er sprake zou zijn van overheidsinmenging in de adviezen van het OMT. Als het bij ons ook zo is dat de regering, en uiteraard ook het Parlement, moeten controleren, dan lijkt mij dat we daar in een andere oplossing zullen moeten voorzien, zodat we er zeker van kunnen zijn dat we met onafhankelijke adviezen te maken hebben

Ik vertelde u ook al dat ik er wat moeite mee heb dat Sciensano niet altijd de gevraagde gegevens oplevert. Dan is het voor het Parlement ook moeilijk om te controleren in welke mate er sprake kan zijn van inmenging door de regering.

Dat is misschien iets waarover we met de collega's in het Parlement moeten nadenken, om te bekijken hoe we bepaalde zaken kunnen verbeteren. Ik wil er niet in overdrijven, maar ik denk toch dat dit een mogelijk probleem is. We moeten dit volgens mij met de nodige ernst benaderen.

Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur Facon, je vous remercie pour vos réponses extrêmement détaillées.

S'agissant tout d'abord de l'objectif qui serait poursuivi par ce certificat, vous nous indiquez qu'il consisterait à limiter l'impact sur notre système de soins de santé. Or, en définitive, a-t-il été prouvé que ce CST accomplissait cet objectif, puisque le pass vaccinal ne serait autre qu'un CST renforcé? Je continue de me demander si cet important travail d'évaluation du CST a été effectué. Selon vous, le GEMS pourrait s'en charger, mais se poserait alors un problème de partialité en son chef. Pour quelle raison? En ce cas, pourquoi ne pas commander des évaluations à d'autres organismes? Une multitude d'experts pourraient en

effet nous aider en ce sens. De plus, la France a été capable d'examiner ce travail d'évaluation. Pourquoi la Belgique ne pourrait-elle pas faire de même?

Vous nous dites aussi qu'il serait possible d'imposer une obligation vaccinale sans prévoir le corollaire qu'en serait le pass vaccinal. Vous ajoutez qu'à partir de ce moment, il n'existerait aucun moyen de contrôle et que l'on resterait dans l'ordre du symbolique. À mes yeux, tout est question de définition des sanctions contre le non-respect de l'obligation vaccinale. Or nous n'avons pas encore tenu de débat à ce sujet. Certains experts avaient établi le parallèle suivant: il est obligatoire d'aller voter, mais nous savons tous qu'il n'y a quasiment aucune chance d'être sanctionné si l'on ne se rend pas au bureau de vote. Pourtant, le système fonctionne, en raison d'une responsabilité civique qui consiste à se dire qu'il faut y aller.

Ne serait-il pas possible de mettre en place une responsabilité civique de se faire vacciner et, ce faisant, de se protéger les uns les autres?

Vous avez très justement insisté sur la qualité de l'air et l'importance de la ventilation. Or nous attendons toujours le plan ventilation annoncé par M. Vandenbroucke. Je crains que nous ne l'obtenions qu'au printemps ou en été. Ce serait un vrai non-sens. Comment expliquez-vous que son élaboration prenne autant de temps, alors que nous savons depuis très longtemps que la ventilation est fondamentale?

Par ailleurs, vous vous montrez ouvert à la fin de l'exclusion des certificats de guérison dans le cadre du CST ou du pass vaccinal, puisque votre point de vue a évolué au regard de la vague Omicron et de l'amélioration des connaissances. Je salue sincèrement votre humilité. Toutefois, vous continuez d'exclure les tests de ce CST ou de ce pass sanitaire. Votre position est-elle motivée par des arguments budgétaires, car nous savons à quel point les tests PCR coûtent énormément à l'État?

Et puis, vous nous dites que, si l'objectif est d'augmenter le nombre de personnes vaccinées, miser sur le *testing* ne changera rien. Je peux le comprendre. Cependant, tous les experts ont insisté sur la nécessité de mesures combinées. Donc, prétendre que, ce faisant, le test n'a plus vraiment d'utilité dans le cadre d'une campagne de vaccination, surtout lorsqu'il s'agit de casser les chaînes de transmission, me semble un discours assez dangereux. En effet, le test conserve encore son utilité comme arme complémentaire à la vaccination.

Enfin, vous continuez à nous dire que, selon vous, le certificat corona est plus proportionnel que l'obligation vaccinale. C'est vraiment quelque chose qui me pose question parce que, comme je l'ai dit, les sanctions de l'obligation vaccinale ne seront pas encore clairement définies et que, on l'a vu dans le cadre de la polio, les sanctions peuvent être mises en œuvre par les communes et aussi qu'il n'y a pas de problème de traitement des données puisque ce sont les communes qui sont chargées d'établir un registre. Merci.

Pedro Facon: Monsieur le président, je souhaite apporter une clarification. Je n'ai pas dit qu'on admettait trop de personnes en soins intensifs. Si je l'ai dit, j'aimerais faire corriger le procès-verbal. Mais je ne pense pas l'avoir dit. Je ne l'ai pas dit, je l'acte formellement avant qu'on en fasse tout un bazar.

Dès le début, j'étais du côté des hôpitaux et des services de soins intensifs. Je sais comment ça marche là-bas. Je n'ai jamais dit qu'il y avait trop d'admissions en soins intensifs.

Ce que j'ai dit, c'est qu'aux Pays-Bas, on était plus restrictif. C'est bien autre chose. Il ne faut pas changer les mots. Je n'ai sans doute pas été assez clair et je clarifie donc maintenant.

Ceci dit, il faut aussi comparer de temps en temps, par exemple quand on regarde nos soins intensifs. Avec tout le respect que j'ai pour les médecins, infirmiers et autres personnels qui y travaillent, évaluons aussi comment on utilise cela en Belgique. On sait que, de manière comparative, on a plutôt beaucoup de lits en soins intensifs, sauf si on compare avec l'Allemagne. Pour le reste, comparé proportionnellement avec les Pays-Bas, on a le double.

Pour ce qui concerne l'indicateur de sévérité, quand on regarde le pourcentage de gens dans les services de soins intensifs qui sont sous respirateur, on s'aperçoit qu'il existe des différences importantes entre les pays, mais aussi entre les hôpitaux.

Pour ce qui me concerne, je suis du côté d'une politique publique et j'essaie de comprendre. Comme je l'ai dit dans mon introduction, les données parlent rarement d'elles-mêmes. Il est important de les interpréter et de bien les comprendre.

Pour terminer sur une note positive, je suis d'accord avec vous pour ce qui concerne le *middle*

care avec des capacités en lits qui ne sont ni des lits "normaux" ni des lits en soins intensifs. Selon moi, c'est une des solutions. Le *middle care* n'existe pas aujourd'hui dans la réglementation et il n'y pas de financement prévu. On devrait donc se pencher sur la question.

Mais je ne veux pas qu'il y ait de malentendu et que, demain, je sois amené à lire qu'il y a trop d'admissions.

Un jour, j'ai posé une question rhétorique dans un journal sur les sanctions suite à l'obligation vaccinale. J'étais plutôt critique sur l'obligation vaccinale. Par la suite, on m'a prêté certains propos: "Vous êtes pour ceci, pour cela." Ce n'est pas le cas. Je veux qu'il soit acté dans le procès-verbal que je m'oppose à cette interprétation.

Le **président**: Merci pour cette clarification.

Ainsi se clôture la séance de ce jour. Nous nous retrouverons le mardi 22 février à 10 h pour la prochaine séance de notre commission.

La réunion publique de commission est levée à 18 h 20.
De openbare commissievergadering wordt gesloten om 18.20 uur.

COMMISSION DE LA SANTE ET DE L'ÉGALITE DES CHANCES

du

MERCREDI 23 FEVRIER 2022

Matin

_____

La réunion publique de commission est ouverte à 10 h 08 et présidée par M. Thierry Warmoes.

De **voorzitter**: We verwelkomen vanochtend drie vertegenwoordigers van representatieve vakbonden: de heer Raf De Weerdt van het ABVV-FGTB, de heer Stijn Gryp van de ACV-CSC en de heer Olivier Valentin van de ACLVB-CGSLB.

Cet après-midi, nous recevrons trois représentants d'organisations patronales.

Nadat de sprekers hun toelichting hebben gegeven, zal ik de spreektijd voor onze leden bepalen om er zeker van te zijn dat er nog voldoende tijd is voor het antwoord op onze vragen.

Ik geef eerst het woord aan de heer De Weerdt, dan aan de heer Gryp en daarna de heer Valentin. Ik vraag aan de sprekers om zich voor te stellen. Eventueel kunt u ook vermelden of er sprake is van belangenvermenging maar in dit geval is dat zeer formeel.

Ik dank ook alle sprekers voor het aanvaarden van onze uitnodiging. Welkom.

Raf De Weerdt: Mijnheer de voorzitter, dank u voor de uitnodiging om het standpunt van het ABVV hier te kunnen toelichten.

Ik ben Raf De Weerdt, federaal secretaris van het ABVV. Ik ben actief op het interprofessionele niveau. Ik ben vooral bezig met de sociale zekerheid, de beheerscomités, het RIZIV, het Fedris, de RVA en het globaal beheer. Dat is mijn hoofdbezigheid. Ik ben ook bezig met de organisatie van onze werkloosheidsdienst en de werkloosheidsregelgeving in het algemeen. Dat is in grote lijnen waar ik mee bezig ben en waar ik voor sta.

COMMISSIE VOOR GEZONDHEID EN GELIJKE KANSEN

van

WOENSDAG 23 FEBRUARI 2022

Voormiddag

_____

Ik wil in een relatief korte toelichting vier elementen aanbrengen. In een eerste punt wil ik aangeven dat het ABVV gedurende deze hele pandemie een constructieve houding heeft aangenomen. Een tweede punt gaat over onze algemene houding ten aanzien van verplichte vaccinatie. Het derde punt gaat over onze houding van vaccinatie in het algemeen. In een vierde punt wil ik ook iets zeggen over de verplichte vaccinatie in de zorgsector.

Ik begin met onze positie. Het ABVV heeft de vaccinatiestrategie steeds ondersteund en heeft gedurende de pandemie, samen met andere sociale partners, steeds de verantwoordelijkheid hieromtrent opgenomen, hetzij in de Hoge Raad van Preventie en Bescherming op het Werk door middel van de generieke gids en een gezamenlijke sensibiliseringscampagne. Het werk aan de generieke gids was zeer uitgebreid en intensief. We moesten op geregelde tijdstippen inspelen op de veranderende situatie, die we allemaal moesten ondergaan, maar op elk moment is er ook steeds snel en flexibel gereageerd binnen het kader van de generieke gids.

Het is ook gebeurd in de sectoren zelf. Via sectorprotocollen is er gedurende heel de pandemie ook veel en intensief syndicaal werk verricht. Wij hebben ook onze schouders gezet onder de problematiek in de beheerscomités, onder meer van Fedris, waar de discussies over het al dan niet erkennen en voor welke periodes en voor welke mensen rond covid als beroepsziekte zijn behandeld geweest. Binnen de RVA hebben we gewerkt rond de tijdelijke werkloosheid en daar hebben we ook als uitbetalingsinstelling toch wel, zeker bij de start van de pandemie, alle zeilen moeten bijzetten om de vergoeding, de uitkering van de mensen betaald te krijgen. Ook hebben we gewerkt in het Beheerscomité van het RIZIV.

Ik kom aan mijn tweede punt, ons standpunt over de vaccinatie in het algemeen. Wij zijn er duidelijk

voorstander van dat zoveel mogelijk mensen gevaccineerd worden omdat wij ervan overtuigd zijn dat de vaccinatie de best beschikbare preventiemaatregel is om deze gezondheidscrisis in te dijken. In eigen land moeten extra inspanningen geleverd worden om degenen die zich nog niet lieten vaccineren, gerichter te benaderen en te overtuigen. Vooral mondiaal moet de vaccinatie versneld worden, onder meer door de opheffing van de patenten voor de coronavaccins en door de farmaceutische sector te verplichten om vaccins gratis aan te bieden. Om deze en toekomstige gezondheidscrisissen te lijf te gaan, moet blijvend geïnvesteerd worden in onze gezondheidszorg, in België natuurlijk, maar ook mondiaal.

Ten derde, onze specifieke houding rond de verplichting. Het ABVV spreekt zich niet uit omtrent het verplicht karakter van de vaccinatie, want voor ons is dat een politieke beslissing, geen evidente politieke beslissing, maar wel een politieke beslissing. Wij menen wel dat er rekening moet worden gehouden met een aantal verschillende elementen die in afweging moeten en kunnen worden meegenomen. Ik breng die elementen deels in vraagvorm omdat we geen standpunt innemen. Eerste vraag: is de maatregel proportioneel? Feit is dat zelfs gevaccineerden het virus blijven doorgeven en dat het vaccin, hoewel het zijn nut bewezen heeft, niet volledig zaligmakend is. Wat is echt de gezondheidswinst bij een eventuele verplichting, nu zoveel mensen reeds gevaccineerd zijn? Dat is een eerste bedenking. Een tweede is dat een verplichte vaccinatie volgens ons ook wel een risico inhoudt op het ondermijnen van het draagvlak dat nu bij de bevolking nog ruim aanwezig is. Wij vrezen ook dat de bestaande polarisatie – wij kunnen er niet naast kijken dat die er is – nog zal worden aangewakkerd, wat niet gunstig is voor de samenhang van de maatschappij, waar wij ook oog voor moeten hebben.

Een derde bedenking is dat wij ons afvragen wat nog de noodwendigheid van een verplichte vaccinatie is in de huidige fase van de pandemie. Niemand heeft een glazen bol en wij willen zeker niet vooruitlopen op wat er nog kan of zal gebeuren, maar wij stellen ons die vraag in de huidige situatie van afnemende besmettingen.

Wij willen ook vragen dat u rekening houdt met het respect voor de fundamentele rechten, de lichamelijke integriteit enzovoort en brengen ook de vraag naar voren of er eventueel alternatieven zijn die effectiever kunnen zijn, zoals een coronapas die wordt gehanteerd, maar daarbij willen wij direct ook aangeven dat de coronapas voor ons nooit een middel kan zijn om de arbeidsprestaties die iemand levert, in te perken. Dat kan voor ons onder geen voorwaarden gebeuren.

Wat de vaccinatieverplichting zelf betreft, willen wij onder de aandacht brengen dat voor ons vooral de sociaal- en arbeidsrechtelijke gevolgen het belangrijkst zijn. Dat is de manier waarop wij hiernaar zullen kijken. Als er zou worden beslist tot een verplichte vaccinatie, dan is het voor ons heel duidelijk dat eventuele sancties – als er sancties zouden worden voorzien, wat niet onwaarschijnlijk is – geen invloed mogen hebben op het uitoefenen van de beroepsactiviteit. Dat is voor ons absoluut uitgesloten. Het recht op werk is fundamenteel. Men moet het recht op werk veilig kunnen uitoefenen, in veilige omstandigheden, maar dat maakt dat veiligheidsmaatregelen sowieso noodzakelijk zullen blijven, ook indien iedereen gevaccineerd zou zijn, want ook als men gevaccineerd is, kan men het virus nog doorgeven.

Ik wil van de gelegenheid gebruik maken om de positie die onze collega's van de vakcentrales hebben ingenomen over de vaccinatie in de zorgsector ook aan u mee te geven. Dat is immers het heroverwegen waard in dit kader. Wij blijven ervan overtuigd dat dit geen goede maatregel is. We hebben daar meerdere redenen voor. Er wordt een sector geviseerd, namelijk de zorgsector. Het advies van de Raad van State wijst in de eerste plaats op de verzorgenden, maar dat zou ook uitgebreid kunnen worden naar andere categorieën. We zijn ervan overtuigd dat dit zal zorgen voor nog meer commotie op het terrein en dat dat het draagvlak voor de vaccinatiestrategie dreigt aan te tasten. Bovenal zijn de sociale gevolgen voor de betrokken personeelsleden buiten proportie. De voorgestelde alternatieven ter zake kunnen ons geenszins overtuigen. Bovendien zal de negatieve impact die eventuele ontslagen zouden hebben op de beschikbaarheid van personeel in de zorgsector het enkel nog moeilijker maken voor die sector die al met tekorten kampt. De invoeringsdatum werd uitgesteld naar 1 juli. Hopelijk komt van dit uitstel ook afstel, in deze fase van de pandemie waar de noodzaak kleiner lijkt te worden. We willen dan ook dat er weer een dialoog op gang komt met de vertegenwoordigers van de sector om de situatie te bekijken en dat de wetgever zijn positie rond deze maatregel heroverweegt. Het zou immers zeer bitter zijn voor de collega's in de zorgsector die twee jaar in de frontlinie hebben gestaan om op deze manier voor bewezen diensten bedankt te worden.

Wij onderkennen het belang van de vaccinatie. Daar kan voor ons geen twijfel over bestaan. Wij wensen dat er vooral wordt ingezet op verdere sensibilisering, waar nodig. We menen dat het de politiek toekomt om een beslissing te nemen over een eventuele verplichting. Wij kanten ons tegen iedere impact die sociale of arbeidsrechtelijke

gevolgen zal hebben voor werknemers.

Stijn Gryp: Mijnheer de voorzitter, commissieleden, ik dank jullie voor de uitnodiging.

Ik ben Stijn Gryp, hoofd van de dienst Onderneming van het ACV. In die hoedanigheid ben ik de voorbije maanden en jaren betrokken geweest bij het overleg rond veiligheid en gezondheid op het werk binnen de Hoge Raad voor Preventie en Bescherming op het Werk. Mijn collega van het ABVV heeft daarnet al verwezen naar de generieke gids. Ik ben van bij het begin betrokken geweest bij de opbouw van de generieke gids. Ik ben ook actief in het overleg van de Nationale Arbeidsraad rond die thema's. Ook binnen het beheerscomité van Fedris ben ik actief voor het ACV.

Intern hebben wij ook heel nauwe contacten met al onze experts op het vlak van welzijn, veiligheid en gezondheid op het werk, zowel sectoraal als regionaal, waardoor wij de evoluties in de sectoren, maar ook op de werkvloer van dichtbij kunnen opvolgen en op die manier ook kunnen inbrengen in het sociaal overleg op nationaal niveau.

Om mijn presentatie over de verplichte vaccinatie tegen het coronavirus SARS-CoV-2 te starten, wil ik net zoals mijn collega beginnen met de boodschap dat voor het ACV vaccinatie een essentieel middel is, om zichzelf en uiteraard ook anderen te beschermen. Om die reden heeft het ACV van bij het begin zijn volledige steun uitgesproken voor de vaccinatiecampagne tegen het coronavirus. Wij hebben die boodschap ook gegeven aan al onze vertegenwoordigers in bedrijven, organisaties en administraties en hen gevraagd dezelfde boodschap te geven aan de collega's op de werkvloer.

Tezelfdertijd blijft het voor ons belangrijk dat er voldoende en correct wordt geïnformeerd en gesensibiliseerd over de vaccins en het vaccineren, ook met het zicht op eventuele vervolgvaccins of boostervaccinaties.

Evenzeer belangrijk is dat wij het vaccineren faciliteren via de mogelijkheid van klein verlet, wat door het Parlement in het verleden ook mogelijk werd gemaakt. Dat was een belangrijk element om de vaccinatie te stimuleren.

Het debat over een algemene SARS-CoV-2-vaccinatieplicht is een complex debat. Het gaat enerzijds over de medische noodzaak of wenselijkheid ervan, in het licht van de laatste wetenschappelijke inzichten, de evolutie van de pandemie, de werking van de vaccins en het aandeel personen dat ook zonder verplichting al gevaccineerd is, een aandeel dat in ons land hoog ligt. Over dit onderdeel van het debat wil het ACV, net als het ABVV, geen standpunt innemen. Het betreft hier finaal een politieke beslissing die op basis van de wetenschappelijke expertise uit binnen- en buitenland genomen moet worden.

Anderzijds is het debat veel breder en gaat het ook over de maatschappelijke wenselijkheid en, daarmee verbonden, de maatschappelijke haalbaarheid, de wijze van handhaving en de maatschappelijke gevolgen. Dit debat moet op een democratische manier gevoerd worden, zoals in deze hoorzittingen gebeurt, maar ook in de bredere maatschappij, met de inbreng van experten, waaronder naast artsen ook ethici, filosofen en juristen, en uiteraard met de inbreng van sociale partners, zoals bij dezen ook effectief gebeurt.

In dit ruimere debat wil het ACV wel een standpunt innemen, meer bepaald over de gevolgen van een eventuele coronavaccinatieplicht, vooral als die de kern raken van onze opdracht als vakbond, namelijk het verdedigen van de belangen van werknemers inzake werk en inkomen. Op dit vlak willen wij een duidelijke lijn trekken: een eventuele coronavaccinatieplicht mag geen afbreuk doen aan de rechten van mensen op het vlak van inkomen en werk. Hier zitten wij op dezelfde lijn als de collega's van het ABVV.

Concreet betekent dit dat een verplichte vaccinatie niet mag betekenen dat we de uitkering van mensen geheel of gedeeltelijk inhouden, of dat mensen hun job verliezen of geschorst zien, indien ze niet gevaccineerd zijn. Wij vinden dergelijke sancties verbonden aan een verplichte vaccinatie disproportioneel. De sancties grijpen veel te sterk in in het leven van mensen. Ze beknotten te sterk hun kansen op een waardig leven en werk. Bovendien bieden de vaccinaties op dit moment tegen geen enkele tot nog toe gekende variant van het coronavirus volledige bescherming, ook niet tegen de omikronvariant. Het ontzeggen van de toegang tot werk is geen wondermiddel, omdat ook na vaccinatie nog preventieve maatregelen in ondernemingen nodig zijn, die natuurlijk altijd afgestemd zijn op de epidemiologische situatie.

Op het vlak van preventie hebben we onder de sociale partners en in samenspraak met de politieke overheden zeer goed samengewerkt via de generieke gids, die een zeer doeltreffend en flexibel instrument is. Het ACV wenst ook in de toekomst op deze manier te blijven werken. De overstap naar code oranje en dan hopelijk code geel mag onder geen beding een voorwendsel zijn om niet te blijven investeren in noodzakelijke maatregelen op het vlak van preventie en bescherming op het werk, uiteraard altijd in verhouding tot de aanwezige risico's. Onze houding tegenover

een eventuele verplichte vaccinatie betekent ook dat we tegen het gebruik van het Covid Safe Ticket zijn in ondernemingen. Het Covid Safe Ticket mag onder geen beding een alternatief worden voor een algemene verplichte vaccinatie. Wij zijn er absoluut tegen dat via dat Covid Safe Ticket de toegang tot werk wordt ontzegd.

Zoals gezegd, mogen de gevolgen van een eventuele verplichte vaccinatie volgens het ACV niet raken aan de rechten van mensen op het vlak van inkomen en werk. Ze kan eventueel wel een effect hebben op zaken die te situeren zijn in de privésfeer.

Tot slot wil ik ingaan op de verplichte vaccinatie in de zorgsector, zoals die door de federale regering is beslist voor de gezondheidszorgbeoefenaars in zowel de privésector als de publieke sector.

Eerst en vooral wil ik onze verontwaardiging uitdrukken. Het is immers onbegrijpelijk dat de federale regering deze beslissing heeft genomen zonder eerst een debat te voeren met de sociale partners in de zorgsector. Het zorgpersoneel staat al vanaf het begin van de pandemie in de frontlinie, vaak zonder deftig beschermingsmateriaal. Hen op deze manier confronteren met een verplichte vaccinatie in de zorg is bijzonder slecht gevallen.

Over de verplichte vaccinatie in de zorgsector hebben wij dezelfde houding als over de verplichte vaccinatie tegen het virus in het algemeen. Wij verzetten ons ook als ACV tegen de sancties die zijn opgenomen in het ontwerp van wet en KB voor de publieke sector. Voor ons zijn het sancties waarvoor onvoldoende alternatieven geboden worden. Zo is het bijvoorbeeld zeer moeilijk om te komen tot aangepaste of andere werkposten in blijvend overleg met niet-gevaccineerden. Er zijn verder ook geen mogelijkheden om verder aan de slag te blijven aan de hand van de preventiemaatregelen die nu wel op punt staan. Er wordt eigenlijk ook geen rekening gehouden met de tijdelijkheid van de zware impact van de pandemie en het effect ervan op het onmogelijk verder kunnen uitvoeren van de arbeidsovereenkomst. Met de eerder positieve effecten van de snelle opmars van de omikronvariant zien we nu toch duidelijk dat de tijdelijkheid van de zware impact zeer relevant is.

De wetenschappelijke inzichten zijn zeer snel geëvolueerd gedurende de coronacrisis. We moeten dus bijzonder goed opletten om wettelijke beslissingen te nemen waarmee werknemers in de zorgsector, maar ook hun collega's, patiënten en cliënten geconfronteerd zouden worden. De schorsing of de beëindiging van de arbeidsovereenkomsten in de zorgsector zal immers een zeer sterke impact hebben op de beschikbare werkkracht in de sector, de werkdruk enkel nog vergroten en in die zin zowel de kwantiteit als de kwaliteit van het personeel beïnvloeden. Naast werknemers zullen ook patiënten en cliënten daar ongetwijfeld onder lijden.

Wij hebben vernomen dat er uitstel is van de invoering van de verplichte vaccinatie in de zorg, tot 1 juli. Wij van het ACV verwachten dat die tijd niet enkel benut zal worden om de teksten juridisch op punt te stellen, maar dat er ook een grondige reflectie zal plaatsvinden over de wenselijkheid en de opportuniteit van deze verplichte vaccinatie in de zorgsector, uiteraard rekening houdend met de gunstige evolutie van de pandemie, de risico's van verdere polarisering en zeker ook het effect van een verplichte vaccinatie, niet enkel op de werknemers maar ook op hun collega's, de cliënten en de patiënten.

Tot daar, mijnheer de voorzitter, mijn korte uiteenzetting namens het ACV.

Le **président**: Dank u, mijnheer Gryp. Je donne maintenant la parole au dernier orateur de ce matin qui est M. Olivier Valentin de la CGSLB. Bienvenue, monsieur Valentin. Je vous remercie d'avoir accepté notre invitation également. Je vais vous demander de votre présenter. Ensuite, vous pourrez faire votre intervention.

Olivier Valentin: Monsieur le président, je vous remercie. Bonjour à toutes et tous. Merci de nous donner la possibilité de venir vous expliquer notre positionnement et d'en discuter avec vous.

Je suis secrétaire national auprès du syndicat libéral, la CGSLB. J'ai déjà eu l'occasion de venir à l'une ou l'autre audition sur d'autres thèmes au sein d'autres commissions. Je suis essentiellement les questions interprofessionnelles et sectorielles au Conseil national du Travail (CNT), au sein des commissions paritaires, et aussi des éléments internationaux.

Le débat sur la vaccination obligatoire est un débat important. Je pense que tout le monde en est conscient. C'est essentiel. On a attendu qu'il soit mené au Parlement et vous prenez le temps nécessaire pour le faire. C'est particulièrement important pour le débat démocratique, sans occulter la difficulté et la sensibilité de la question car, bien évidemment, tous les moyens visant à assurer la santé de chacun et à lutter contre la propagation du virus nous concernent tous. On sait que le virus a eu un impact sur tout le monde mais différent pour chacun d'entre nous, que ce soit personnellement ou professionnellement.

Évidemment, comme organisation syndicale, nous nous attachons plutôt aux questions en rapport avec les éléments professionnels. On sait que certains n'ont pas pu exercer leur métier pendant des périodes très longues. Certains viennent tout juste de reprendre les activités et, encore, de manière partielle.

On sait aussi, on l'a vu, que beaucoup ont été submergés par le travail. On a parlé des travailleurs du secteur des soins de santé - j'y reviendrai un peu plus tard dans mon intervention - mais il ne faut pas oublier tous ceux, à savoir quasiment la moitié de la population, qui ont été toujours au travail en première ligne dans les magasins, dans les services aux personnes, dans les transports avec bien souvent, encore aujourd'hui parfois, la crainte de se faire contaminer. On sait aussi que d'autres ont été contraints de combiner travail à domicile et soins des enfants.

Les conséquences de la pandémie seront longues. J'en profite pour attirer votre attention sur la nécessité d'avoir aussi au sein du Parlement un débat - cela ne vous concerne pas directement ici mais cela a aussi un impact sur votre commission - sur les conséquences longues des effets de la pandémie. On pense entre autres à toutes les personnes, nombreuses, qui souffrent des effets d'un covid long, ce qui a aussi un impact sur l'activité professionnelle. C'est un aspect important. Nous en sommes conscients. Nous le traiterons aussi au sein des différents comités de gestion de la sécurité sociale.

Un autre élément a son importance: la manière dont la santé mentale a été atteinte, ce qui aujourd'hui représente une bombe à retardement et c'est un aspect qui a été entièrement sous-estimé. Cet aspect aura un impact dans les entreprises.

Pour revenir au sujet d'aujourd'hui, j'aborderai plus particulièrement deux points. Le premier concerne la vaccination en soi. Comme souligné par mes collègues de la FGTB et de la CSC, la vaccination représente un moyen essentiel pour protéger les personnes. Nous y avons toujours été favorables depuis le début. Nous l'avons soutenue largement. Elle est nécessaire pour la protection des personnes les plus fragiles, pour protéger les personnes d'une aggravation de leur état de santé (ce qui est démontré) et elle empêche par ailleurs la propagation du virus.

Avec les autres partenaires sociaux, comme cela a été souligné par MM. Gryp et De Weerdt, la CGSLB a pleinement soutenu la campagne de vaccination menée par le gouvernement depuis le début. Nous l'avons soutenue par notre participation aux campagnes menées par le SPF Emploi entre autres. Nous avons aussi fait référence au fait que nous avons adopté au CNT un certain nombre de mesures ainsi qu'au Conseil supérieur pour la prévention et la protection au travail; il y a eu de même un accord de l'ensemble des partenaires sociaux (ce qui sera sûrement répété par les employeurs cet après-midi) sur l'introduction d'un congé vaccination pour permettre aux travailleurs de se faire vacciner pendant leur temps de travail, le but étant d'offrir tous les créneaux possibles pour stimuler la vaccination. Il n'y a aucun doute quant à cette question: nous sommes en faveur de la vaccination et la considérons comme étant la première mesure essentielle pour lutter contre la pandémie.

Deuxième point. En ce qui concerne la question plus particulière de l'obligation vaccinale générale au cœur de la discussion aujourd'hui, tout d'abord et c'est important, nous n'entendons pas nous prononcer sur le volet scientifique, c'est-à-dire sur la question de la nécessité médicale ou non d'introduire cette obligation. La CGSLB attache une grande importance ainsi qu'une grande valeur à l'avis des experts médicaux et scientifiques et, dès lors, ne peut ni ne veut se prononcer sur cet aspect. Il ne nous revient pas non plus de nous prononcer sur la prise de décision politique. Cela relève bien évidemment de votre responsabilité.

Nous sommes conscients qu'une décision sur la vaccination obligatoire est un exercice d'équilibre; c'est un choix politique. Et il appartient au législateur – cette démarche est particulièrement importante parmi l'ensemble des éléments qui ont été traités depuis, maintenant, quelques semaines – de trouver cet équilibre entre les principes bioéthiques, individuels et la protection de la santé publique.

En revanche, c'est bien évidemment notre rôle et notre mission, comme organisation syndicale, de protéger les droits et les intérêts des travailleurs, des demandeurs d'emploi, des assurés sociaux. Lorsque le législateur envisage d'introduire de nouvelles mesures, il est nécessaire de veiller à ce qu'il soit tenu compte des principes d'égalité et de non-discrimination. Ne crée-t-on pas une discrimination en les introduisant?

En ce qui concerne les conséquences de l'introduction de la vaccination, il convient de porter une appréciation sur un élément qui a déjà été souligné: le principe de proportionnalité est-il suffisamment pris en compte?

Nous nous attachons donc principalement au volet social. L'obligation est-elle le moyen adéquat, un

moyen proportionné pour atteindre le but recherché? Compte tenu également des conséquences qu'elle aurait pour les non-vaccinés, une telle obligation permet-elle d'atteindre le but recherché?

Au-delà de ces analyses, nous veillons aux libertés individuelles de chaque personne et à ses droits, comme le droit au travail. Je ne dois pas vous rappeler que cela fait partie d'un des droits fondamentaux prévus par la Constitution et qu'une restriction des libertés n'est possible évidemment que si le but recherché est nécessaire et les moyens proportionnés.

Nous sommes également attentifs aux conséquences sociales que pourrait entraîner une telle vaccination obligatoire. À l'heure actuelle, nous ne savons pas,- parce que nous discutons de manière générale et pas sur des projets de texte, sauf évidemment pour ce qui concerne la vaccination du personnel soignant - nous ignorons quelles restrictions, voire sanctions seraient liées au non-respect d'une obligation vaccinale, ni si ces obligations et sanctions auraient un caractère temporaire. De plus, quelles en seraient les conséquences juridiques dans le cadre de la relation de travail, par exemple?

Dès lors, pour la CGSLB, l'introduction d'une obligation généralisée de vaccination ne peut entraîner de conséquences sur les droits fondamentaux et les droits sociaux des travailleurs et des assurés sociaux, tels que le droit au travail, l'exercice du travail, l'accès au travail – c'est important pour les demandeurs d'emploi –, le droit d'obtenir des revenus par son travail ou encore le droit à l'octroi de prestations sociales. Nos trois organisations syndicales se situent sur la même ligne. Nous veillons à ces intérêts-là, et il importe de le souligner.

En ce qui concerne la vaccination obligatoire pour le personnel soignant, beaucoup de choses ont déjà été soulignées. Nous partageons les vues des collègues de la CSC et de la FGTB. Je vous renvoie aussi aux deux avis qui ont été rendus à ce propos par le Conseil national du travail, dans lesquels sont explicités les détails de ces éléments. Ainsi, l'introduction d'une obligation vaccinale ne peut entraîner de conséquences sur l'emploi ni sur le statut des travailleurs d'un secteur particulièrement touché par la pandémie. Les sanctions envisagées étaient fort lourdes et inacceptables. À notre sens, elles ne permettent pas d'atteindre l'objectif fixé, avec pour effet collatéral non négligeable - qu'ont exprimé les travailleurs de ce secteur - une augmentation de la charge de travail pour les personnes vaccinées.

En effet, l'évolution de la pandémie doit, nous l'espérons, conduire le Parlement à revoir ses intentions, notamment au travers d'un débat approfondi avec le secteur. Il y a eu une ébauche de débat, mais qui est restée insuffisante, notamment dans la recherche de solutions alternatives avec les représentants du secteur des soins de santé.

Pour conclure, la CGSLB continue d'insister sur la nécessité de rendre la sensibilisation prioritaire – en termes d'investissement, de temps et de ressources -, afin que chacun se fasse vacciner de son propre gré. Les chances d'obtenir le niveau de vaccination dans un environnement spécifique sont, sans doute, meilleures à notre avis que par la voie de l'obligation, laquelle peut susciter des réticences et de la polarisation, ainsi qu'aggraver un problème déjà aigu sans véritablement apporter de solution.

On a parlé du guide générique. Pourquoi est-il important? Parce qu'il est réalisé par les partenaires sociaux en tenant compte de la réalité des entreprises. Il y a un guide générique qui contient les lignes directrices pour l'ensemble des travailleurs et des employeurs mais il y a aussi et surtout soixante déclinaisons sectorielles. Il y a soixante guides génériques propres à chacun des secteurs qui prennent en considération les éléments spécifiques. Cela pour montrer que les organisations syndicales, ensemble avec les employeurs, ont pendant toute cette pandémie œuvré pour trouver des solutions afin de faire en sorte que le lieu de travail reste un endroit sûr, en s'axant sur la prévention sur le lieu de travail, parallèlement à la promotion de la vaccination bien évidemment.

Telles étaient nos réflexions par rapport à ce qui existe aujourd'hui.

Je ne pense pas qu'on fera l'économie de la question du moment auquel cette vaccination obligatoire est envisagée alors que notre pays semble aller vers une phase plus endémique de l'épidémie. On sait très bien que l'adhésion aux mesures qui sont prises est importante à la réalisation de celles-ci. La question du moment est très importante. On sait que le débat évolue. Nous sommes donc toujours disponibles pour revenir en discuter avec vous si vous avez un autre débat sur ce sujet.

Le **président**: Je vous remercie, monsieur Valentin.

Nous avons écouté les trois exposés, tous relativement brefs. Je vous propose d'octroyer cinq minutes par intervenant. Je vais limiter le temps

pour ne pas exagérer mais je pense que nous avons davantage de marge que les autres jours. Nous verrons pour la suite. Nous aurons éventuellement un deuxième tour.

Kathleen Depoorter (N-VA): Geachte heren, bedankt voor uw uiteenzettingen. Wat u vandaag bent komen toelichten is heel interessant en ligt toch wel in lijn met wat wij gehoord hebben van experts in eerdere hoorzittingen over de vaccinatiepas, het 1G-beleid en de verplichte vaccinatie.

Over het 1G-beleid heb ik weinig gehoord van jullie, waardoor ik veronderstel dat u de vaccinatiepas en het 1G-beleid over dezelfde kam scheert als de vaccinatieverplichting. Daarom vraag ik daarover wat meer toelichting.

Ik heb ook begrepen dat een ontslag als niet-proportioneel wordt beschouwd, wat de N-VA-fractie al heel vaak heeft gesteld. Ik wil u wel vragen welke stappen u als vertegenwoordigers van de werknemers ziet om nog meer werknemers te overtuigen om zich te laten vaccineren. In de verschillende debatten hebben we immers gehoord dat de informatie niet altijd optimaal was en dat het dwingende karakter bij sommige bevolkingsgroepen niet optimaal overkwam. Hoe kunnen we nog meer mensen ertoe aanzetten zich te laten vaccineren?

Enkele experts hebben geopperd dat we een generiek kader moeten ontwikkelen. Wanneer er een nieuwe golf op ons afkomt, kan aan de hand van dat kader de vaccinatieplicht in werking treden. Wat vindt u van dat idee? Welke criteria moeten er zeker worden opgenomen, mocht de regering daartoe beslissen?

Over de sancties zegt u dat ze proportioneel en tijdelijk moeten zijn. Dat hebben we ook gehoord van bijvoorbeeld het Federaal Instituut voor de Rechten van de Mens. Zijn er in dat verband precedenten? Hebt u uit het arbeidsrecht of uit uw werking voorbeelden van dergelijke toch wel ingrijpende verplichtingen die opgelegd worden met daaraan gekoppelde sancties?

Mijnheer Valentin, u hebt gesproken over de verplichte vaccinatie van het zorgpersoneel. Het viel mij op dat u zei dat dit hier in het Parlement is gepasseerd. Het gaat namelijk om een beslissing genomen door de regering, waarover de parlementsleden nog niet gestemd hebben. De parlementsleden hebben daaraan dus nog geen wending kunnen geven. In hoeverre vindt u, en ik richt mij dan tot de drie vakbonden, dat ook hier een generiek kader kan worden gecreëerd? Dat is immers de oproep van bepaalde zorgkoepels, die werknemers in de zorg vertegenwoordigen.

Is dat haalbaar? Mocht het haalbaar zijn, is het dan mogelijk om binnen die groep van zorgactoren ook een onderscheid te gaan maken tussen mensen die echt aan het bed van de patiënt staan en mensen die eerder in de logistiek of op de achtergrond in een ziekenhuis werken?

Barbara Creemers (Ecolo-Groen): Beste sprekers, ik heb voor u allen drie dezelfde vragen.

U zegt allen volmondig dat een mogelijke verplichte vaccinatie nooit mag raken aan het recht op arbeid. Hoe kijkt u naar wat in Italië het voorbije half jaar is gebeurd? Daar moesten eerst de werknemers van de overheidsbedrijven, dan de werknemers van de grote bedrijven en intussen alle werknemers verplicht gevaccineerd zijn, anders mogen ze niet meer gaan werken. Dat staat haaks op hetgeen u hier voor ogen hebt. Toch klopt de Italiaanse overheid zich op de borst en zegt dat het gewerkt heeft, dat er een heel hoge vaccinatiegraad is.

Hoe kijkt u daarnaar? Hebt u echo's ontvangen van uw collega's in Italië, hoe zij zich daar al dan niet tegen verzet hebben en hoe dat gegaan is? Ik kijk daar met grote verbazing naar en ik wil u vragen om even uw visie daarover te geven.

Welke acties hebt u zelf reeds ondernomen om werknemers te sensibiliseren? Welke waren succesvol en welke niet? Wat kunnen wij daaruit leren?

Wat kunt u nog meer doen in de toekomst? In de voorbije hoorzittingen is er veel gesproken over een individuele motiverende informatieve aanpak, niet-dwingend, waarin er vooral een rol weggelegd zou zijn voor de eerste lijn van de gezondheidssector. Ziet u ook een rol voor u weggelegd in die aanpak?

Vandaag is het de zesde dag waarop we hoorzittingen houden over dit heel belangrijke thema. Wat ik mis, is een nog groter democratisch debat, ook in de samenleving, over het CST, 1G en de verplichte vaccinatie. Vorige week hoorden we de coronacommissaris daarover zeggen dat er in dat democratisch debat ook mogelijkheden zitten om met maatschappelijke actoren, academici en het middenveld nog dieper in te gaan op wat we hebben geleerd uit die crisis, op wat die hele pandemie met de maatschappij heeft gedaan en vooral op hoe we naar de toekomst kunnen kijken om het vertrouwen te herstellen.

Ziet u voor de vakbonden een rol weggelegd in dat democratische debat om naar herstel van de samenleving te gaan?

Laurence Zanchetta (PS): Monsieur le président, messieurs, je vous remercie pour la concision de vos propos. Nous rappelons que la vaccination est essentielle et il est heureux de voir que c'est le message que vous faites passer également.

Concernant l'obligation vaccinale, nous avons bien compris que ce qui importe pour vous, ce n'est pas tellement l'obligation. Ce sont surtout les conséquences pour les travailleurs puisque vous soulignez, à juste titre, qu'on ne peut pas porter atteinte aux droits et libertés, en tout cas à la vie des travailleurs. Vous l'avez tous les trois évoqué, même si j'ai raté le début de l'intervention de M. De Weerdt de la FGTB, les sanctions financières qui pourraient intervenir en cas d'obligation vaccinale pour les personnes qui ne veulent pas se faire vacciner sont tout à fait disproportionnées.

J'ai quelques questions par rapport au secteur des soins de santé. Elles s'adressent aux trois intervenants. Selon vous, comment peut-on expliquer aujourd'hui encore le refus d'une petite partie du personnel soignant de se faire vacciner, alors que certains vaccins sont obligatoires comme celui de l'hépatite B pour travailler en milieu hospitalier ou dans le secteur des soins de santé? Comment peut-on expliquer cette réticence du personnel soignant? J'insiste sur le fait qu'il s'agit d'une très petite partie parce qu'un effort a été fait et qu'il n'est pas question ici de stigmatiser.

Quelles mesures pourrait-on encore prendre pour convaincre ces personnes qui ne veulent pas se faire vacciner? Y a-t-il encore moyen de les convaincre? Avez-vous des exemples de bonnes pratiques dans d'autres domaines qui pourraient fonctionner? Concernant les personnes qui ne souhaiteraient pas se faire vacciner et tout ce qui est vaccination obligatoire dans le secteur, quelles sont les conséquences de ce refus en matière de droit social?

Dominiek Sneppe (VB): De sprekers van vandaag zitten op dezelfde golflengte, wat natuurlijk goed is voor de werknemers. Toch heb ik een bedenking. In de pers vallen grote woorden, met uitdrukkingen als oorlogsverklaring, een kaas met veel gaten en werknemers zijn geen pionnen op een coronaschaakbord, maar hier nemen de sprekers een braaf en ontwijkend standpunt in. Ze zeggen dat de verplichte vaccinatie een politieke keuze is waarover de vakbonden zich niet zullen uitspreken, behalve als het gaat over het aantasten van de fundamentele rechten. Gelukkig maar. Als de vakbonden het recht op werk en recht op een inkomen niet zouden verdedigen, zou dat jammer zijn en hun bestaansreden misschien ondermijnen.

Wat zullen de vakbonden doen als de verplichte vaccinatie er toch komt? Zullen zij laten betijen? Zullen zij actie ondernemen? Dat had ik graag geweten. Als dat gebeurt, moeten de vakbonden toch een plan B hebben. Als minister Vandenbroucke vindt dat ze er moet komen, komt ze er misschien wel. Wat zal er dus gebeuren, als het toch zover komt?

Voorts wilde ik nog even ingaan op de sancties, want als je iets verplicht, moet je het ook handhaven. Ontslag is geen goed idee, dat hebt u ook al aangekaart. Wat u betreft, moeten de sancties in de privésfeer liggen. Zijn dat dan boetes of gevangenisstraffen? Daar bleven jullie erg vaag over. Wat bedoelt u precies met de privésfeer? Als men mensen beboet, kan dat ook gevolgen hebben voor hun werk, op het vlak van sociale contacten en dergelijke meer.

Vindt u soms dat er geen sancties moeten komen en dat dit vaccin, net als het vaccin tegen polio, best gewoon wordt verplicht, met minimale sancties bij weigering, al is het maar omdat er onvoldoende zal kunnen worden gecontroleerd? Graag had ik hier een duidelijker standpunt over gehoord.

Daniel Bacquelaine (MR): Monsieur le président, je remercie les trois intervenants de nous donner leur éclairage, qui est en dehors de l'aspect strictement santé publique, comme cela a été souligné. C'est un éclairage important, parce que cela touche au droit au travail, aux droits sociaux ainsi qu'au relations entre les travailleurs au sein des entreprises ou des services publics.

Comme cela a été rappelé à plusieurs reprises, il y a des principes qui sont essentiels, comme l'égalité, la non-discrimination, le respect des droits sociaux, le respect du droit au travail.

Je pense qu'il y a deux aspects qui doivent intervenir lorsqu'on parle de vaccination obligatoire: c'est le droit au travail et le droit à l'enseignement, notamment pour les plus jeunes. Ces deux droits doivent être toujours respectés.

Certains ont évoqué le principe de proportionnalité, qui, pour moi, est le plus important par rapport au débat sur l'obligation vaccinale. Sommes-nous dans une juste temporalité par rapport à cette obligation vaccinale? Je ne le crois pas. Je crois qu'aujourd'hui, nous ne sommes plus tout à fait dans les conditions qui permettraient de concilier obligation vaccinale et principe de proportionnalité.

J'ai une question plus spécifique. En tant qu'organisations syndicales, êtes-vous parfois confrontés à des conflits ou des tensions internes dans les entreprises ou dans les services publics entre des

personnes vaccinées et des personnes non vaccinées? Autrement dit, y a-t-il là une source de conflits, dans lesquels vous êtes amenés à intervenir, et comment? Notamment entre les personnes qui travaillent en équipe, dans les relations entre les travailleurs, entre ceux qui sont vaccinés et ceux qui ne le sont pas, cela crée-t-il des difficultés? Si oui, quelle est l'ampleur de ces difficultés que vous avez pu rencontrer dans le cadre de vos organisations? C'est une question qui m'intéresse simplement par curiosité, et par rapport à un aspect un peu plus spécifique qui concerne les travailleurs en matière d'obligation vaccinale.

Je terminerai sur l'obligation vaccinale dans les milieux hospitaliers et de santé. Là, pour moi, la question se pose plus sous l'aspect de l'éthique. Je suis moi-même médecin. J'imagine mal que j'irais au contact de patients sans être moi-même vacciné. J'ai prêté serment et je dois faire en sorte de mettre tous les atouts du côté des patients en matière de santé. Les praticiens doivent, à mon sens, comme tous ceux qui travaillent dans les soins de santé, faire en sorte que la propagation du virus soit la moins importante possible. On sait bien que cela ne l'arrête pas, mais la propagation doit être la moins importante possible.

Voilà les quelques réflexions que je voulais émettre. Je vais malheureusement devoir quitter la réunion maintenant parce que j'ai d'autres obligations, mais je lirai avec attention vos réponses dans le compte rendu. Je vous remercie.

Nathalie Muylle (CD&V): Ik denk dat de situatie goed geschetst is. Ik ben blij dat er tot vandaag heel positief over de generieke gids gesproken wordt. Ik weet immers hoeveel energie en werk dit gevraagd heeft. Dit instrument heeft zich altijd aan de situatie kunnen aanpassen en geldt tot vandaag, twee jaar later, als dé gids die flexibel ingezet kan worden, dankzij de inspanning van velen.

Ik heb twee algemene vragen.

Ik betreur dat de werkgeversorganisaties, zowel Zorgnet als Santhea, ons alleen hun schriftelijk advies over de vaccinatie van zorgpersoneel hebben bezorgd maar vandaag niet ter plekke komen om het debat te voeren. In hun argumentatie ten voordele van verplichte vaccinatie halen zij de plicht van werkgevers om te zorgen voor een veilige werkomgeving en de plicht om hun werknemers te beschermen aan. Ik had dit graag bij jullie afgetoetst en jullie reactie hierop gehoord.

Nog even over de vaccinatieplicht voor zorgpersoneel, in bepaalde landen bestaat die, bijvoorbeeld in Frankrijk. Hebben jullie contacten met werknemersorganisaties in die landen om te leren hoe dit verloopt en wat de gevolgen ervan zijn? Het kan interessant zijn om te leren uit internationale contacten hierover.

Mijn tweede vraag gaat over iets heel anders. Voor een vaccinatieplicht is het vandaag niet het juiste moment, onder meer gezien de evolutie van het virus. Uit de vele hoorzittingen hebben wij wel onthouden hoe belangrijk een informatief consult zou kunnen zijn, zeker als dit met een vertrouwenspersoon kan gebeuren, zoals een huisarts, een wijkwerker of het gezondheidscentrum. Mijn vraag is hoe jullie daar als werknemersorganisaties een rol in kunnen spelen. Ik denk dan aan het comité voor preventie, dat dichtbij de werknemers staat. Zien jullie ook een rol wat het informatief consult betreft? Ik heb niemand van u zich horen uitspreken tegen vaccinatie. Ik denk dat u het belang van vaccinatie onderstreept. Hoe kunt u beter informeren in het kader van het vrijwillig consult en het aanzetten tot vaccineren? Hoe kunt u uw rol preventief opnemen als werknemersorganisatie binnen bedrijven? Dat had ik graag eens afgetoetst.

Sofie Merckx (PVDA-PTB): Bedankt aan de sprekers voor de toelichting. Die was zeer duidelijk en beknopt. Wat de zorg betreft, wil ik u meedelen dat minister Vandenbroucke effectief gezegd heeft dat hij nog steeds van plan is om de verplichte vaccinatie voor het zorgpersoneel op tafel te leggen, maar dat dit vandaag nog niet aan het Parlement is voorgelegd. U hebt ook veel argumenten aangebracht, onder andere over de sancties. Deze zaak is volgens mij dus nog steeds niet uitgeklaard, terwijl de minister zelf wel laat verstaan dat hij ermee wil doorgaan. Volgens mij wordt het draagvlak daarvoor, ook in het Parlement, steeds kleiner.

U hebt veel argumenten aangehaald tegen de vaccinatieplicht, omdat die op de werkvloer gevolgen zou kunnen hebben voor de mensen. U had het over de vaccinatieplicht en het CST. Het valt me op dat dit indruist tegen de standpunten van de patronale organisaties, die we vanmiddag zullen horen. In november 2021 heeft Pieter Timmermans van het VBO duidelijk gezegd dat zij voor de invoering van een 2G-model zijn. Daarbij krijgt men enkel nog een QR-code als men volledig gevaccineerd of hersteld is. Dit gebeurt dan in combinatie met een CST, ook op de werkvloer.

U hebt erop gewezen dat er, ondanks het feit dat we gevaccineerd zouden zijn, op de werkvloer nog steeds een risico van besmetting bestaat en dat alle veiligheidsmaatregelen moeten blijven bestaan. Als ik het standpunt van het VBO hoor, zijn sommige werkgevers misschien van mening

dat ze alle preventieve maatregelen niet meer moeten toepassen als iedereen op de werkvloer toch gevaccineerd is. Dan is het natuurlijk veel eenvoudiger. Maar dat is eigenlijk iets waartegen jullie ingaan.

Jullie gaan daar tegenin door te zeggen dat zelfs als de werknemers gevaccineerd zijn, ze nog altijd anderen kunnen besmetten. Men moet dus nog alle preventiemaatregelen blijven toepassen. Wat is jullie ervaring op de werkvloer? Zijn hierover spanningen? Hoe verloopt dat? Hoe staan werkgevers en werknemers tegenover elkaar? Er is immers enige vertraging in de productie door de toepassing van verschillende preventiemaatregelen. Hoe wordt de generieke gids op de werkvloer toegepast? Is dat een probleem? Hoe staan jullie tegenover het in november ingenomen standpunt van het VBO?

Arbeidsgeneeskundige diensten kunnen vaccineren tegen COVID-19. Hoe verloopt dat op het terrein? Hoe verloopt de werking van die arbeidsgeneeskundige diensten op het gebied van vaccinatie en preventie?

Mevrouw Heidi Larson heeft aangegeven dat vertrouwen een belangrijke factor speelt om zich al dan niet te laten vaccineren. Mensen hebben het gevoel dat ze in de kou staan en dat de beleidsmakers weinig om hen zijn bekommerd. In hoeverre voelen jullie dat op het terrein aan? Jullie hebben vaccinatie altijd aangemoedigd, maar welke reacties krijgen jullie op het terrein van de mensen die twijfelen om zich al dan niet te laten vaccineren? Hoe pakken jullie dat concreet aan?

Robby De Caluwé (Open Vld): Ik dank alle sprekers.

Jullie standpunten komen inderdaad vrij goed overeen met wat wij eerder gehoord hebben in deze hoorzittingen. Ik zal dus vooral focussen op een aantal algemene bijkomende vragen over de vaccinatie van het zorgpersoneel. Mijn vragen zijn meestal aan de drie vakbonden gericht. Wij zien wel wie op de vragen antwoordt.

Volgens het wetsontwerp van de minister zal wellicht voorzien worden in extra sensibilisering tijdens de overgangfase. Ik maak de bedenking dat er al heel veel is gesensibiliseerd. Wij mogen toch veronderstellen dat het gezondheidspersoneel een medische kennis heeft die hoger is dan die van de gemiddelde man of vrouw in de straat, en dat het meer doordrongen is, of zou moeten zijn, van de meerwaarde en het belang van vaccinatie.

Ik vraag mij dan af wat de mensen die in de zorg werken en die toch nog niet gevaccineerd zijn, weerhoudt zich te laten vaccineren. Hebben jullie suggesties voor bijkomende sensibilisering? Wat kunnen wij daarvoor nog doen? Kennen jullie best practices die tot goede resultaten hebben geleid?

Het ABVV was, meen ik, het meest uitgesproken tegen de vaccinatieplicht voor het zorgpersoneel. Ik vraag mij af waar die radicale houding vandaan komt. Vaccinatie beschermt toch ook de gezondheidsbeoefenaars zelf?

Jullie geven aan dat er alternatieve beschermingsmogelijkheden zijn. Dat gaat dan wellicht over beschermingskledij en het testen van het personeel. Ik vraag mij dan af wie dan de bijkomende kosten moet betalen. Zien jullie dat als de verantwoordelijkheid van de zorgverlener, of van de werkgever?

Inzake het eventuele ontslag van mensen die zich bij een verplichting toch niet zouden laten vaccineren, na de overgangsperiode, zijn jullie het er allemaal over eens dat ontslag niet kan. Wat zijn dan concreet de alternatieve sanctiemaatregelen die jullie zien voor de mensen die toch blijven weigeren?

Ik hoor een aantal mensen zeggen: die moeten dan ingezet worden voor andere taken. Ik vraag mij af hoe men dat zal doen in regio's of in specifieke instellingen waar de vaccinatiegraad heel laag is? Men kan misschien een deel van het zorgpersoneel elders inzetten, maar als het over grote aantallen gaat, lijkt het mij toch moeilijk de continuïteit in de instellingen te garanderen?

Als die vaccinatieverplichting er komt – ik spreek ook in de voorwaardelijke wijs gezien de huidige situatie van de pandemie – zullen volgens u dan nog heel veel zorgbeoefenaars zich laten vaccineren? Met andere woorden, is er volgens u nog winst te boeken op dat vlak? Of verwacht u dat eerder heel wat mensen die nu niet gevaccineerd zijn, uiteindelijk de zorgsector zullen verlaten? Als dat zo is, hebt u een zicht op waar mogelijks de grootste uitval zich zou kunnen situeren?

Karin Jiroflée (Vooruit): Mijnheer de voorzitter, beste sprekers, ik denk dat ik wel mag stellen dat uw uiteenzettingen vrij gelijklopend zijn. Samenvattend durf ik te stellen dat niemand van u zich echt wil uitspreken voor of tegen vaccinatie. U zegt dat dit de verantwoordelijkheid is van de politiek. Anderzijds mag dat uiteraard geen impact hebben op het recht op arbeid of inkomen. Met dat laatste is Vooruit het volmondig eens. Gezien die gelijklopendheid zal ik mij permitteren om al mijn vragen aan u allen te stellen.

U stelt het allemaal op dezelfde manier. Of zie ik dat verkeerd en zijn er toch wel subtiele verschillen? Ik heb een van u, ik denk de heer Gryp, horen zeggen dat het wel een impact mag hebben op andere domeinen van de samenleving of van het leven van iemand, maar niet op arbeid en inkomen. Wil een van u daaraan nog iets toevoegen, om eventueel het verschil te maken?

Ook viel mij op dat twee van u verwezen naar het einde van de pandemie. Ik vind dat persoonlijk bijzonder gevaarlijk, als zelfs wetenschappers niet weten wat er op ons afkomt. Moeten wij dan geen scenario klaar hebben voor als het terug fout loopt? Ik kan mij voorstellen dat de werknemersorganisaties zich daarover ook een beetje zorgen maken. Ziet u het als een taak om daarover suggesties te formuleren, of bent u werkelijk de superoptimisten die ik daarnet meende te herkennen? Ik denk dat u heel goed geplaatst bent om te kunnen inschatten op welke manier we daarvoor eventueel een scenario kunnen klaarleggen, zodat de meeste werkende mensen het er ook wel eens mee zullen zijn en erin willen meegaan.

Ten derde, ik heb u ook horen pleiten voor nog meer sensibilisering, nog meer informatie. Hoe ziet u dat concreet? Volgens mij is er in die zin al heel wat arbeid verricht en inspanning geleverd. Ondanks die inspanningen zien wij in bijvoorbeeld de zorgsector bij de eerste en – als ik dat zo mag noemen – bevoorrechte getuigen van de drama's toch een aarzeling om zich te laten vaccineren. Gelukkig lieten de meesten zich wel vaccineren, maar wij zien nog steeds mensen werkzaam in de zorg die zich niet hebben laten vaccineren. Als werknemersorganisatie bent u volgens mij het best geplaatst om aan te geven wat we nog meer kunnen doen omtrent informatie en sensibilisering. Uw concrete suggesties daarover zullen door ons in dank aanvaard worden.

Nogmaals hartelijk dank voor uw tijd.

Catherine Fonck (cdH): Messieurs, un grand merci pour votre présence et pour vos différentes présentations. Il y a clairement un socle commun très large dans vos exposés.

La vaccination obligatoire de l'ensemble de la population n'a pas de sens aujourd'hui vu les taux de vaccination actuels, vu l'évolution épidémiologique et vu la présence d'omicron. Le vaccin est un atout majeur en termes de protection individuelle, mais il a aussi des limites puisqu'il n'empêche pas les transmissions. Sur ce volet, vous avez bien exposé les choses mais j'ai tout de même une question.

Dans un premier temps, il n'y avait pas du tout de vaccination organisée en milieu de travail. Dans un second temps, cependant, il y a eu la mise en place, avec la médecine du travail, de la vaccination au sein de certaines entreprises, surtout de très grosses. C'est extrêmement difficile à envisager au sein de petites et même de moyennes entreprises, avec ce type de vaccin multidoses. Selon vos retours du terrain, comment se sont passées ces vaccinations au sein des grandes entreprises? Ne pensez-vous pas qu'il serait important pour l'avenir – puisque nous parlons de l'avenir aujourd'hui – d'étendre cette manière de faire et de la proposer plus rapidement que cela n'a été fait?

Vous avez aussi abordé la vaccination obligatoire des soignants. Je vous ai entendus tous les trois dire qu'elle allait entrer en vigueur au 1er juillet et qu'il fallait absolument revoir la position. Ce texte n'est encore qu'un projet de loi du gouvernement Vivaldi. Il n'a pas été déposé au Parlement. Il n'est donc pas voté et, en l'état actuel des choses, il ne va donc absolument pas entrer en vigueur à quelque date que ce soit.

Vu l'évolution épidémiologique, avec un vaccin qui est très efficace pour une protection individuelle mais qui a ses limites en matière de transmission, y a-t-il des contacts, de nouvelles discussions, une concertation correcte organisés avec le ministre Vandenbroucke, mais aussi avec tout le gouvernement puisque c'est un texte de l'ensemble du gouvernement. N'y a-t-il pas une initiative à prendre de votre part pour ouvrir ou rouvrir des discussions constructives et positives?

Je vois effectivement la réalité de terrain aujourd'hui. On parle souvent des soins intensifs mais il y a aussi les hospitalisations classiques. De nombreux lits sont toujours fermés et donc à l'origine d'un report de soins éventuel. Je vois aussi la charge importante au niveau des maisons de repos. Toute approche via un licenciement va, de facto, comme vous l'avez dit, reporter la charge sur le personnel vacciné.

À ce sujet, je constate des taux de vaccination différents au sein de chaque secteur des soins de santé. Ce n'est pas étonnant. En revanche, au sein d'un même secteur, je constate aussi des différences, parfois très grandes, dans les taux de vaccination d'une structure à l'autre. Au niveau des hôpitaux, c'est relativement similaire. Il y a également de grandes différences entre les maisons de repos. Disposez-vous d'éléments qui pourraient nous éclairer? Est-ce révélateur d'autres difficultés? Avez-vous éventuellement des suggestions à formuler à cet égard?

Par ailleurs, personne ne sait de quoi l'épisode suivant sera fait. Personne ne sait non plus s'il n'y aura pas une évolution importante au niveau des vaccins. On pourrait avoir un vaccin multivalent ou même un vaccin nasal qui serait beaucoup plus performant pour bloquer les transmissions et donc les contaminations

S'agissant des soignants, il y a une obligation vaccinale pour l'hépatite B pour la grande majorité des soignants; c'est évidemment essentiellement dans le sens d'une protection individuelle.

Comment voyez-vous les choses pour l'avenir? En fonction de l'évolution épidémiologique, en fonction aussi de l'évolution du type et de l'apport d'un vaccin futur, cette question de l'obligation vaccinale doit-elle pouvoir se reposer par rapport à votre position d'aujourd'hui? Est-ce un élément que vous pouvez envisager? Dans ce cas, sur la base de quels critères et selon quelles modalités?

Il importe, dans le débat que nous menons, de ne pas seulement se focaliser sur la situation actuelle mais aussi de tenter d'anticiper sur l'avenir. Nous espérons tous que l'évolution sera favorable mais nous devons être vigilants en cas de nouveau variant ou de nouvelle poussée des variants connus et, surtout, d'une évolution en matière de recherche et développement de vaccins qui seront sans doute beaucoup plus efficaces en matière de limitation de transmissions et de contamination.

Je vous remercie encore pour vos interventions. En fonction du moment où vous répondrez, je serai peut-être absente car je dois assister à la Conférence des présidents. Je lirai alors vos réponses dans le rapport. Je vous présente mes excuses.

Frieda Gijbels (N-VA): Ik dank de sprekers.

Een eerste vraag die ik voor u alle drie heb, werd eerder al door andere collega's gesteld, maar ik wil ze toch graag herhalen. Welke rol hebt u kunnen spelen met betrekking tot de sensibilisering van werknemers?

Wordt de respons op de acties die u hebt ondernomen op één of andere manier gemonitord? Kunnen wij een overzicht krijgen van de succesvolle en de minder succesvolle acties? Wordt er geregistreerd om welke redenen mensen twijfelen of een vaccin weigeren?

Wat betreft de rol die de overheid heeft gespeeld met betrekking tot sensibilisering en informatieverstrekking, heeft de overheid daarvoor volgens u voldoende inspanningen geleverd? Staat dat in verhouding tot de inspanningen die van de burgers worden gevraagd?

Iets waarbij ik mij persoonlijk altijd wat vragen heb gesteld en waarover ik de minister ook vaak heb ondervraagd, is de registratie van het aantal besmettingen, het aantal mensen dat ziek werd en het aantal overlijdens binnen de zorgsector. Ik heb het idee dat dit in ons land weinig accuraat wordt opgevolgd en dat er daarover zeker geen actieve communicatie is, terwijl dat volgens mij wel belangrijk is. Het is belangrijk uit respect voor de inspanningen die deze mensen al heel lang leveren, maar ook om een constant overzicht te kunnen houden van de beschikbaarheid en inzetbaarheid van het zorgkorps. Inzake crisismanagement lijkt het mij dus belangrijk om daar een constant beeld van te hebben.

Hoe kijkt u daarnaar? Ik heb de indruk dat dit in andere landen veel nauwkeuriger wordt opgevolgd. Hoe staat dat volgens u in verhouding tot de vaccinatieplicht voor zorgpersoneel? Aan de ene kant geeft de overheid immers aan het belangrijk te vinden dat zorgverstrekkers geen coronabesmetting oplopen, maar aan de andere kant wordt er volgens mij toch weinig aandacht geschonken aan besmettingen bij het zorgpersoneel. Ook daarover hoor ik graag uw mening.

Laurence Hennuy (Ecolo-Groen): Messieurs, je vous remercie pour vos interventions.

Beaucoup de questions ont déjà été posées par mes collègues. Cependant, je voudrais revenir sur le rôle de la médecine du travail, en particulier pour les structures qui ont un service externe de prévention. Avez-vous des retours quant aux efforts qui pourraient encore être faits pour augmenter le taux de vaccination? Avez-vous des retours concernant les besoins de ces structures pour que celles-ci puissent être parties prenantes, à l'avenir, dans le cadre d'une politique de prévention?

Steven Creyelman (VB): Geachte heren, ik dank u voor uw toelichting. Ik heb niet zo heel veel vragen meer, omdat de collega's al vakkundig het gras voor mijn voeten hebben weggemaaid.

Ik heb wel nog twee vraagjes. Deze namiddag ontvangen wij de werkgevers. Een aantal van u sprak over de samenwerking met de werkgevers. Als ik het goed heb begrepen, zijn die samenwerking en communicatie vrij goed of zelfs goed verlopen. Ik heb geen reden om daaraan te twijfelen als u dat zelf zegt, maar waar ziet u daar nog ruimte voor verbetering? Met andere woorden, zijn er toch hier en daar nog bepaalde moeilijkheden geweest en hoe zouden zij in de toekomst vermeden kunnen worden?

Wat de communicatie betreft heb ik nog een tweede vraag. Hoe hebt u de communicatie van de overheid in uw richting ervaren? In welke mate hebben eventuele moeilijkheden in de communicatie met de overheid uw eigen communicatie bemoeilijkt, bijvoorbeeld inzake preventie?

De **voorzitter**: Daarmee ronden wij de vragenronde af en geef ik het woord aan de sprekers in dezelfde volgorde. Mijnheer De Weerdt, u hebt het woord.

Raf De Weerdt: Dank u wel voor de reacties en de toch wel talrijke vragen.

Ik heb getracht notities te nemen, maar ik meen dat ik er niet in zal slagen iedere punctuele vraag te beantwoorden. Dan is het een voordeel dat wij met drie zijn en op dezelfde golflengte zitten, dus misschien kunnen mijn collega's vragen oppikken die ik laat liggen. Als zij dat wensen, natuurlijk.

Een aantal vragen komt steeds terug. Ik heb de vraag gehoord of er een meer generiek kader kan worden uitgedacht. Ik meen dat wij met onze generieke gids een poging gedaan hebben en dat wij duidelijk hebben kunnen werken aan de praktische modaliteiten die op de werkvloer toegepast moeten worden. Wij hebben dat generiek kunnen doen.

Ik meen dat dit voor de vaccinatie en de vaccinatieverplichting veel moeilijker is. Er zijn zoveel factoren die bepalen op welke manier men ten opzichte van het virus moet staan dat het moeilijk is ze allemaal te vatten in een globaal kader dat ons zou toelaten sterk afgelijnde beslissingen te nemen op een bepaald ogenblik in de situatie waarin wij eventueel terechtkomen. Ik meen dat er toch enige terughoudendheid nodig is. Ik schat de kansen dat wij echt zo'n kader kunnen creëren niet heel groot in.

Een vraag die ook enkele keren teruggekomen is, is wat wij zelf hebben gedaan met het oog op sensibilisering en informatie. Wat is daarbij goed gelopen, wat is daarbij minder goed gelopen?

Ik meen dat wij, zeker op het federale niveau, in de organen waar wij het konden, onze rol duidelijk gespeeld hebben. Wij hebben altijd meegewerkt aan die instrumenten die nodig waren. Wij hebben ook campagnes opgezet, die via de centrales tot in de sectoren liepen, om iedereen duidelijk aan te geven wat er nodig was, wat er kon gebeuren, en welke voorzichtigheid aan de dag gelegd moest worden.

Specifiek wat de vaccinatie zelf betreft, moet ik wel aangeven dat de voorzichtigheid die wij vandaag aannemen door geen uitgesproken standpunt in te nemen, wij ook doorheen alle campagnes hebben aangenomen. We hebben dat voorzichtig benaderd om de samenhang binnen bedrijven en, ruimer gesproken, in de maatschappij overeind te houden. Het zou niet zinvol zijn om bestaande tegenstellingen over vaccinatie mordicus te importeren in bedrijven met zware conflicten als gevolg. We hebben dat dus met een zekere terughoudendheid benaderd. Toch hebben we altijd gesteld dat vaccinatie een goede preventieve maatregel is die wordt aangeraden. Daarover mag absoluut geen twijfel bestaan. De campagnes zijn meestal in algemene termen gevoerd, breed over onze geledingen heen. De effecten daarvan zijn niet gemeten.

Het idee van een vrijwillig informatief consult zou nog kunnen worden uitgewerkt. We zullen de laatste ongevaccineerde werknemers niet overtuigen met de zoveelste informatiecampagne en het zoveelste sensibiliseringsmoment. Dat is een realiteit. Na twee jaar hebben de werknemers op de werkvloer en daarbuiten de nodige informatie wel gekregen. Er zou een individuele benadering moeten komen. Dat kan met zo'n consult, waarbij werknemers door iemand vanuit de medische wereld worden benaderd. Als vakbond zijn we immers niet medisch geschoold en wensen we die rol absoluut niet op te nemen. We willen onze militanten in de bedrijven niet de opdracht geven de werknemers te overtuigen. Dat is hun rol niet. Ze spelen natuurlijk een rol in het CPBW. De algemene lijn kunnen ze daar uitdragen, maar het individueel overtuigen van werknemers moet gebeuren door mensen die medisch geschoold zijn. Dat consult is een middel om die stap te kunnen zetten.

Een aantal vraagstellers kaatste ons de bal terug met de vraag: welke sancties kunnen dan wel? Ik ga daar niet op antwoorden, het is niet aan ons om sancties voor te stellen, dat komt toe aan de wijsheid van de wetgevende macht. Sancties moeten proportioneel zijn. We hebben aangegeven waar ze geen betrekking op mogen hebben en we hopen u daarvan te hebben overtuigd.

Er werd ook gevraagd of we echo's opgevangen hebben van de praktijk in Italië. Ik alvast niet. De situatie daar is gelukkig tamelijk uniek, en wij schatten in dat hun scherpere reactie deels voortkomt uit het feit dat zij bij het begin van de crisis enorm hard getroffen zijn.

Ik kom aan de vele vragen over de zorgsector. Onze centrales behartigen de belangen van het personeel in de zorgsector, meer bepaald de BBTK en de ACOD. Als u precieze toelichting wil over de

motieven, kan ik enkel naar hen verwijzen. Ik weet alleen dat de vergelijking met andere vaccins niet graag gehoord wordt in de zorgsector. Er is een groot verschil tussen de huidige situatie en die andere vaccins. Aan die laatste worden ook geen verregaande gevolgen gekoppeld, zoals nu wel het geval zou zijn.

Er was een zeer gerichte vraag van de heer De Caluwé aan het ABVV. Ons standpunt over de zorgsector is uitgesproken, ook door de geledingen die daarover gaan. Als ik het goed begrepen heb, is de vraag wie de kosten moet dragen voor extra bescherming indien mensen niet gevaccineerd zijn. Als er kosten moeten gemaakt worden voor mensen op de werkplek, dan lijkt het ons logisch dat deze kosten gedragen worden door de werkgever. Daar is hopelijk weinig discussie over.

Maar, ook al zijn heel veel mensen, zelfs nagenoeg iedereen, gevaccineerd, moeten de preventiemaatregelen voor ons overeind blijven. Het is niet omdat er een hogere of grote vaccinatiegraad is, dat deze maatregelen plots allemaal wegvallen. Er is nog steeds een kans op besmetting en overdracht. Daarom denk ik dat de vraag zich niet echt stelt. Preventie is een element dat altijd aanwezig moet zijn.

Er werd gesteld dat we als sociale partners – werkgevers en werknemers – op bepaalde domeinen goed hebben kunnen samenwerken. Iedereen begreep de urgentie van de problematiek. Dus was het ook logisch dat dat gebeurde. We moeten natuurlijk niet verhelen dat er op verschillende momenten behoorlijke discussies zijn geweest rond de generieke gids over hoever we zouden gaan op het moment dat er versoepelingen komen. Daarover hadden de werkgevers en werknemers verschillende standpunten. We zijn er wel steeds uitgeraakt. We hebben steeds een finaal document kunnen opleveren dat verder gebruikt kon worden. Het is niet omdat we een goede gemeenschappelijke aanpak hebben gehad, dat er nooit discussies zijn geweest. Laat dat duidelijk zijn.

Straks komen de mensen aan de werkgeverszijde hun toelichting geven, dus ga ik niet in hun plaats spreken. Als zij aangeven dat een algemene vaccinatie voor hen nodig, nuttig en wenselijk is, dan kunnen we er ook niet naast dat het economische aspect in hun visie de overhand neemt op gezondheid en andere aspecten in de samenleving. Als het leitmotiv is dat alles altijd volop moet kunnen blijven draaien en productief zijn, dan komt men tot zulke conclusies. Onze visie op de maatschappij is breder dan dat. Wij vinden dat ook andere aspecten in overweging moeten worden genomen.

Ik heb ongetwijfeld niet geantwoord op alle vragen, maar ik reken op mijn collega's om eventueel aan te vullen waar nodig en mogelijk. Dit was alleszins een eerste poging tot antwoord.

De **voorzitter**: Anders zullen de leden u er wellicht nog aan herinneren in een tweede ronde.

Mijnheer Gryp, u hebt het woord.

Stijn Gryp: Mijnheer de voorzitter, ik dank de commissie voor de zeer vele en pertinente vragen. Net als collega De Weerdt zal ik er enkele zaken uithalen die bij meerdere leden naar voren kwamen.

Er is heel vaak de vraag gesteld naar informatie en sensibilisering en wat wij vandaag nog meer kunnen doen dan wij al hebben gedaan. De vraag is algemeen gesteld, maar ook in verband met de overgangsperiode voor de verplichte vaccinatie in de zorg. Net als collega De Weerdt denk ik dat er al bijzonder veel geïnformeerd en gesensibiliseerd is, maar dat neemt natuurlijk niet weg dat wij dat moeten aanhouden voor eventuele volgende boostervaccinaties. Wij beseffen immers allemaal dat het waarschijnlijk nog niet gedaan is met vaccineren. Bij de boostervaccinatiecampagne die wij nu hebben gehad, voorspelde de voorzitter van de Taskforce Vaccinatie in de Hoge Raad voor Preventie en Bescherming op het Werk dat wij zeker nog tot 2025 jaarlijks nood zullen hebben aan een boostervaccinatie, minstens voor een bepaalde groep. Wij moeten dat dus blijven volhouden en daarop blijven inzetten.

Dat zal waarschijnlijk slechts een beperkt aantal mensen overtuigen die vandaag nog niet gevaccineerd zijn. Daarvoor moeten wij andere kanalen inzetten. Op de werkvloer kunnen wij kijken naar de rol die de arbeidsgeneeskunde kan spelen. Ik heb het dan over de arbeidsartsen, maar evenzeer over de preventieadviseurs inzake psychosociale risico's. Mensen die nog altijd niet gevaccineerd zijn, hebben vaak ook bepaalde emotionele of psychosociale redenen waarom zij zich niet laten vaccineren. Zij kunnen daar dus zeker een rol spelen.

Heel concreet voor wat betreft de zorg hebben wij altijd voorgesteld dat die overgangsperiode, als die er zou moeten komen, voldoende lang is en dat daar ook extra ingezet kan worden op de consultaties bij de arbeidsarts en bij de preventieadviseur psychosociale risico's. Dat is een piste die we zeker nog moeten bewandelen.

Wat wij zelf gedaan hebben rond informeren en sensibiliseren, is een beetje gelijkaardig aan hetgeen mijn collega van het ABVV heeft gezegd. Wij

hebben vooral ingezet op de sensibilisering van onze vertegenwoordigers in de bedrijven, om op die manier een olievlek te creëren naar werknemers toe. Wij hebben ook via digitale weg geantwoord op vragen en informatie ter beschikking gesteld aan de hand van FAQ's.. Ook via de comités hebben wij geprobeerd om het belang van vaccinatie aan werknemers te duiden en duidelijk te maken dat het ACV effectief die vaccinatiecampagne steunde omdat vaccinatie een zeer goed middel was om jezelf, maar zeker ook anderen, te beschermen.

De vraag over het generieke kader is een tweetal keer teruggekomen. De sociale partners, samen met de minister van Werk, hebben ervoor gezorgd – de werkzaamheden zijn zo goed als afgerond – om de methodiek van de generieke gids te verankeren in de welzijnswetgeving. Op die manier zal die generieke gids automatisch opnieuw worden ingevoerd op het moment dat de pandemiewet in de toekomst opnieuw wordt geactiveerd. De generieke gids bevat daarenboven ook meerdere niveaus, meerdere fases, waarbij de fases overeenkomen met een set aan preventieve maatregelen die moeten worden genomen op de werkvloer om ervoor te zorgen dat de verspreiding van een virus, of het coronavirus, beperkt wordt. In die zin zijn wij als sociale partners vooruitziend geweest om in een deel van dat generieke kader, weliswaar niet rond vaccinatie maar rond bescherming op de werkvloer, te voorzien. Het is daarnet ook al gezegd: vandaag is geen enkel vaccin zo effectief dat er geen enkele preventieve maatregel moet worden genomen, zelfs wanneer iedereen of een groot deel van de mensen gevaccineerd is.

Dat brengt mij bij onze houding ten aanzien van het Covid Safe Ticket, de coronapas. Ik heb heel duidelijk gezegd dat dit voor ons geen alternatief kan zijn voor een algemene verplichte vaccinatie, omdat het weigeren van werknemers op de werkvloer op basis van het Covid Safe Ticket overeenkomt met een verplichte vaccinatie, zeker als het een 1G-beleid zou worden.

Wij nemen die stelling in, want werknemers hebben geen vrijheid van keuze om zich al dan niet naar het werk te begeven. Ze zijn daar contractueel toe gebonden. Als ze zich dan via een CST moeten gaan verantwoorden, heeft dat voor ons zeer disproportionele gevolgen. Het gebruik van een CST zou ook een breuk betekenen met het zeer belangrijke principe dat werknemers het recht op werk niet kan worden ontzegd op basis van een medische toestand, tenzij dit noodzakelijk is omwille van de bescherming van de gezondheid van de werknemer zelf.

Daar is een paar keer naar verwezen door een aantal sprekers. In de zorgsector is een aantal vaccinaties verplicht, zoals hepatitis en tetanus. In andere sectoren gaat het om nog andere vaccinaties. Ik wil daarbij heel duidelijk stellen dat, wanneer dat verplicht is, de werkgever niet weet of de werknemer dat vaccin daadwerkelijk heeft gekregen. De werkgever zal weten dat de werknemer voldoet aan de wettelijke plicht, maar het is alleen de arbeidsarts die weet of een werknemer daadwerkelijk gevaccineerd is of omwille van andere redenen niet kan worden gevaccineerd maar toch in de sector aan de slag kan blijven.

Mensen de toegang tot de werkvloer weigeren op basis van vaccinatiestatus brengt de privacy van de zeer gevoelige gezondheidsgegevens zeer sterk in het gedrang. Dat is onaanvaardbaar, want we weten allemaal dat dit ook zou kunnen leiden tot ontslagen, net omwille van de medische gezondheidstoestand.

Ik denk dat dit een goede overgang is naar de vaccinatie in de bedrijven. Daar werden ook vragen over gesteld. Op dit moment wordt er enkel gevaccineerd tegen het coronavirus in een aantal grote bedrijven, bedrijven waar meer dan 1.000 werknemers aanwezig zijn op de werkvloer. Die proefprojecten lopen. We wachten daar op een evaluatie. De eerste feedback die we krijgen van onze eigen mensen op het terrein is dat dat maar een beperkt succes heeft gekend. Op zich is dat ook niet onlogisch. De proefprojecten zijn immers pas gestart op een moment dat de boostercampagne al volop bezig was. Dan zijn er in een bedrijf met 1.000 werknemers slechts 30 mensen gevaccineerd bijvoorbeeld.

We hebben twee grote bezorgdheden rond de toekomst van het vaccineren in bedrijven. Ten eerste maken we ons zorgen om de capaciteit van de arbeidsgeneeskunde, dus de menskracht en de tijd die de externe en interne diensten hebben om bijvoorbeeld een vaccinatiecampagne tegen corona op te zetten op de werkvloer. Vandaag geven de externe en interne diensten al aan dat ze heel weinig ruimte hebben om er nog extra taken bij te nemen. Vaccinatie tegen corona op de werkvloer zal dus sowieso leiden tot het afstoten of minder uitvoeren van een aantal andere taken. Het zal dus sowieso in concurrentie treden met een aantal belangrijke andere taken, zoals het gezondheidstoezicht van werknemers. Het welzijn van de werknemers op de werkvloer zal dus sowieso lijden onder de vaccinatie.

Zeker in de context van vrijwillige vaccinatie, waar we nog altijd in zitten, moeten we bovendien heel sterk waken over de privacy en de bescherming

van de vaccinatiestatus, als medisch persoonsgegeven, wanneer we zouden vaccineren in bedrijven. Vaccineren tegen corona op de bedrijfsvloer brengt de privacy rond het vaccineren in het gedrag, zeker als dat vaccineren massaal gebeurt. We zien dat vandaag niet voor de vaccinatie tegen de griep. Vaccinatie tegen corona zal echter een volledig andere situatie zijn, zeker gezien de immense impact van het coronavirus op onze maatschappij en onze economie. Mensen en werknemers zullen dan niet meer die vrijheid voelen wanneer dat vaccin ook wordt aangeboden op de werkvloer. Wij staan dus veeleer sceptisch tot vrij sceptisch tegenover het gebruik van de werkvloer als massaal vaccinatiekanaal tegen het coronavirus.

Er zijn ook een aantal vragen geweest over de situatie op de werkvloer inzake vaccinatie. Tot op vandaag heeft dat op basis van de retours die ik krijg, niet geleid tot heel veel conflictueuze situaties. Dat heeft ook te maken met het feit dat de vaccins vooral ook zijn gezet via de vaccinatiecentra. Op dit moment is er ook weinig debat over geweest op de werkvloer. Dat zou wel kunnen veranderen, mocht volop worden gekozen voor de werkvloer als vaccinatiekanaal. Ik herhaal echter dat wij daarvan geen voorstander zijn.

Tot slot, over de vaccinatie in de zorg zijn heel wat vragen gekomen. Het grote probleem van de manier waarop de desbetreffende wetten en het koninklijk besluit voor de publieke sector zijn opgesteld, is dat er helemaal geen voorafgaandelijk overleg is geweest over het opstellen van die teksten. In die zin heeft er ook geen ernstige zoektocht of gesprek kunnen plaatsvinden over eventuele alternatieven voor niet-gevaccineerden op ondernemingsniveau, waarbij wij kijken naar aangepaste functies en andere werkposten, eventueel op sectoraal niveau. Zowel op ondernemingsniveau als op sectoraal niveau bijvoorbeeld aan de hand van risicoanalyses zal in dat verband wel kunnen worden gekeken naar plaatsen waar personen die niet gevaccineerd zijn, eventueel tijdelijk zullen kunnen worden tewerkgesteld. Dat zijn twee zaken die belangrijk zijn, namelijk het gebrek aan overleg en door dat gebrek aan overleg geen mogelijkheid om echt te zoeken naar alternatieven.

Problematisch voor de vaccinatie in de zorg is ook de afbakening van de doelgroepen, die enkel gebaseerd zijn op de bevoegdheden van de federale overheid. De Raad van State heeft heel expliciet daarnaar verwezen in zijn advies over de teksten die voorliggen. Inzake de sensibilisering heel specifiek in de zorgsector ben ik daarnet al even dieper ingegaan op de mogelijkheid, om toch nog intensiever en één op één te sensibiliseren.

Zijn er ter zake *good practices*? Ja, er zijn good practices, die ook de media hebben gehaald, waaronder één waarbij een oud-collega van jullie in dit Parlement bij betrokken is, de heer Anciaux. Wij hebben ook andere voorbeelden van directeurs van woon-zorgcentra die mensen die niet gevaccineerd zijn één op één aanspreken en luisteren naar wat er aan de hand is. Het hoeft niet noodzakelijk om de directeur te gaan. Er kan ook worden samengewerkt met bijvoorbeeld arbeidsartsen, preventieadviseurs, inzake de psychosociale risico's.

Tot daar, mijnheer de voorzitter, een aantal reacties op de vragen die gekomen zijn.

Olivier Valentin: Monsieur le président, beaucoup de questions ont été posées. Mes collègues ont répondu à une partie d'entre elles.

Quelles sont les actions de mobilisation que nous avons menées? Ces actions sont du même ordre que celles qui ont déjà été évoquées, à savoir des actions de sensibilisation générale destinées principalement à nos délégués via nos canaux de médias sociaux. Nous avons agi en fonction de nos convictions sur les bienfaits de la vaccination et l'apport de celle-ci.

La question de savoir sur quoi travailler en matière de sensibilisation a été posée à plusieurs reprises. Un certain nombre de réponses ont déjà été fournies à ce sujet par mes collègues. Comme vous en êtes également sûrement conscients, il faut tenir compte d'un élément qui a son importance, à savoir la déconstruction des fausses informations qui continuent à circuler via des canaux que nous ne maîtrisons pas. Toutefois, elles peuvent être combattues, grâce à une approche de personnes qui ont une connaissance médicale, l'objectif étant de convaincre de l'intérêt de la vaccination. En effet, il y a encore énormément de *fake news* au sujet de la vaccination qui continuent à circuler et qui nécessitent que des personnes disposant de connaissances médicales puissent les démonter. C'est un élément qui mériterait une plus grande sensibilisation et à l'égard duquel nous devrions être mieux structurés.

Pour ce qui concerne la question relative aux contacts à l'étranger, en particulier en France et en Italie, je n'ai pas eu de retour spécifique en la matière. S'agissant de l'Italie, je partage l'analyse qui a été faite par Raf De Weerdt concernant le fait que la manière dont le pays a été touché, surtout au tout début de la pandémie, a impressionné l'ensemble de la population et que ce faisant, il y a un petit retour plus fort dans le chef de celle-ci, avec une acceptation différente de la vaccination.

On a aussi beaucoup parlé du guide générique et de son évolution, comme Stijn Gryp l'a souligné, vers une sorte de guide pandémie qui est en train d'arriver, pour avoir un caractère plus structurel. Il faut aussi voir que le guide générique qui est arrivé à la fin du printemps 2020 a, dans l'intervalle, été modifié huit fois. Il y a quand même chaque fois une adaptation en fonction des évolutions que l'on a pu constater. C'est justement ce qui est important: si on veut pouvoir déterminer les éléments qui servent à la sensibilisation et ceux qui servent à l'adaptation des mesures de prévention, il faut évoluer en fonction du caractère de la pandémie.

La question des sanctions a également été posée. Ce n'est effectivement pas à nous à déterminer quelles sanctions pourraient arriver avec une éventuelle vaccination obligatoire. Nous attirons l'attention sur les éléments qui sont dans notre cœur d'activité, à savoir les éléments en rapport avec la relation de travail, le droit au travail, le droit au revenu et l'accès au travail qui est un élément important.

Parmi les autres éléments qu'on a pu entendre et qui ont été soulignés dans les questions, j'aborderai les retours de la vaccination en entreprise. Cela comprend aussi le fait que la vaccination a été très largement et très bien organisée par les pouvoirs publics de manière générale. Donc, la vaccination en entreprise était un élément qui, dans cette hypothèse, n'était pas vraiment nécessaire en complément à la vaccination telle qu'elle a été organisée par ailleurs.

Je mentionnerai aussi cet élément en rapport avec la protection de la vie privée. La stimulation à la vaccination est importante sur le lieu de travail, mais c'est parfois un peu plus difficile.

Plusieurs personnes ont posé la question de savoir si nous avons été confrontés à des conflits ou à des tensions internes par rapport à cela. Il y a sans doute eu quelques conflits de manière localisée, mais ce n'est pas quelque chose qui est revenu de manière structurelle ou systématique. Il ne faut pas oublier non plus le fait qu'il existe, pour les entreprises d'une certaine taille, une information qui est donnée dans l'entreprise sur le taux de vaccination global, collectif, de l'ensemble des travailleurs. En général, dans les entreprises, les taux étaient très élevés.

Pour l'anecdote, à un certain moment, je ne me rappelle plus exactement lequel, une fédération patronale voulait avoir l'information sur qui était vacciné, pour pouvoir en tirer des conclusions ou des conséquences. Les entreprises de ce secteur ont alors dit: "Non, nous nous rendons compte que le taux de vaccination dans la plupart de nos entreprises est supérieur à 90 %. Il n'est pas nécessaire d'entrer dans ces difficultés et d'importer dans les entreprises des conflits qu'elles ne ressentent pas."

Concernant la vaccination du personnel soignant, je souscris aux éléments qui ont été soulignés par mes collègues, Raf De Weerdt et Stijn Gryp, également par rapport à la créativité dont le secteur a pu faire preuve quant aux mesures pour amener à la vaccination. On sait que dans le secteur des soins de santé, il y a beaucoup plus de ressources disponibles dans l'entreprise qui peuvent aider à convaincre sur la vaccination dans le *one to one*, dans la relation où l'on peut mieux expliquer les choses. On se rend compte aussi que le temps est un facteur positif qui joue par rapport à un certain nombre de craintes. Avec le recul, cela n'apparaît pas comme exact vu la manière dont on a travaillé pour le développement des vaccins. On se rend compte que le fait d'avoir un peu plus de temps ou de recul va peut-être aider à convaincre les personnes.

Si vous n'avez pas eu la discussion au Parlement en ce qui concerne la vaccination obligatoire du personnel soignant, je ne sais pas si elle arrivera mais j'insistais sur les avis rendus par le Conseil national du Travail spécifiquement. À la fois au moment de l'intention et au moment du projet loi, il sera important que vous, en tant que parlementaires, alliez regarder les éléments critiques qui ont été formulés à ce sujet avec des positions différant entre organisations syndicales et patronales mais aussi un certain nombre de points qui sont communs à l'ensemble des partenaires sociaux.

J'espère ainsi avoir répondu à l'ensemble des questions. Si j'ai oublié des éléments, je reste disponible. Je vous remercie.

Le **président**: Messieurs, je vous remercie une nouvelle fois pour votre présence, vos interventions et vos explications.

La réunion publique de commission est levée à 12 h 09.
De openbare commissievergadering wordt gesloten om 12.09 uur.

COMMISSION DE LA SANTE ET DE L'ÉGALITE DES CHANCES

du

MERCREDI 23 FEVRIER 2022

Après-midi

_____

COMMISSIE VOOR GEZONDHEID EN GELIJKE KANSEN

van

WOENSDAG 23 FEBRUARI 2022

Namiddag

_____

La réunion publique de commission est ouverte à 14 h 08 et présidée par M. Thierry Warmoes.
De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.08 uur en voorgezeten door de heer Thierry Warmoes.

Hoorzitting met de sociale partners over de vaccinatieplicht:
- de heer Daan Aeyels (Voka Health Community);
- de heer Edward Van Rossen (Unizo);
- de heer Kris De Meester (VBO).
Audition sur la vaccination obligatoire avec les partenaires sociaux:
- M. Daan Aeyels (Voka Health Community);
- M. Edward Van Rossen (Unizo);
- M. Kris De Meester (FEB).

Le **président**: Chers collègues, nous reprenons nos auditions sur l'obligation vaccinale. Nous entendons aujourd'hui les partenaires sociaux. Nous avons reçu les représentants des organisations syndicales ce matin et cet après-midi, nous recevons trois représentants des organisations patronales: M. Daan Aeyels (Voka Health Community), M. Edward Van Rossen (Unizo) et M. Kris De Meester (FEB).

Van de werkgeversorganisaties horen wij vanmiddag Kris De Meester van het VBO, Daan Aeyels van de VOKA Health Community en Edward Van Rossen van Unizo.

Ik geef even mee dat wij ook Zorgnet-Icuro en Santhea gevraagd hadden. Die hebben een schriftelijk advies ingeleverd; zij waren vandaag verhinderd, evenals trouwens de UCM.

Wij kunnen onmiddellijk van start gaan. Ik dank alvast de drie sprekers omdat zij onze uitnodiging aanvaard hebben, zich vrijgemaakt hebben, en een presentatie verzorgd hebben.

Kris De Meester: Ik ben Kris De Meester van het Verbond van Belgische Ondernemingen, verantwoordelijk voor alle dossiers die te maken hebben met welzijn op het werk.

Het is misschien niet onbelangrijk te weten dat ik als sinds januari 2020, dus nog voor de hel hier losbarstte, de verbindingspersoon ben van het internationale bedrijfsleven met de Wereldgezondheidsorganisatie en dat ik ook deel uitmaak van de Pandemicwerkgroep van het Europees Raadgevend Comité voor Veiligheid en Gezondheid op het Werk.

Het thema van de verplichte vaccinatie heeft meerdere keren op de agenda gestaan in onze raad van bestuur, in onze commissie Sociale Zaken, en in onze commissie Veiligheid en Gezondheid, telkens met mensen van de federaties en vanuit de bedrijven.

Kort samengevat is het standpunt van het Verbond van Belgische Ondernemingen in deze is dat we eigenlijk geen standpunt innemen. Wij vinden het geen kwestie waar we als bedrijven een uitspraak over moeten doen. Wij vinden dat het uitgangspunt hier volksgezondheid is. Daarmee zou de presentatie snel ten einde kunnen zijn. Maar natuurlijk hebben we het dossier ten gronde besproken en bestudeerd.

Het zal u niet ontgaan zijn dat een aantal van onze leden wel uitdrukkelijk vragende partij waren voor verplichte vaccinatie voor een specifiek doelpubliek of voor de algemene bevolking. Daarom hebben we alle feiten verzameld en op een rijtje gezet. We hebben debatten gevoerd in de organisatie. Daaruit is de conclusie gekomen dat we geen standpunt innemen in deze zaak. Ik geef u wel mee welke de overwegingen zijn die geleid hebben tot dat standpunt.

In de eerste plaats wil ik nogmaals onderstrepen

dat wij steeds en van in het begin de vaccinatie-campagne heel sterk hebben ondersteund, met visuals en informatiesessies in de bedrijven, al dan niet met de hulp van preventiediensten. Ook het systeem van vaccinatieverlof hebben we als sociale partners in het leven geroepen en goedgekeurd om werknemers aan te moedigen om zich te laten vaccineren.

Als het gaat over de verplichte vaccinatie, weten we uit documenten van de Hoge Gezondheidsraad dat men vier doelstellingen kan nastreven. De eerste is de bescherming van ieder individu tegen ziekte, hospitalisatie of overlijden. De tweede is de bescherming van personen die aan bijzondere risico's zijn blootgesteld. De derde doelstelling kan zijn de bescherming van kwetsbare personen. De vierde doelstelling kan zijn het bereiken van groepsimmuniteit.

In onze discussies hebben we in de eerste plaats de focus gelegd op het beschermen van ieder individu. Daarvoor hebben we genoteerd dat er volgens de wetenschap een aantal randvoor-waarden vervuld moeten zijn. We hebben de mosterd gehaald bij de richtlijnen van de Wereldgezondheidsorganisatie over *mandatory vaccination, ethical considerations and caveats*, en bij de American Council of Science and Health.

Zij hebben het over vijf randvoorwaarden: de effectiviteit van de vaccins, de absolute veiligheid van de vaccins, de virulentie, met andere woorden de ernst van het virus, de kans op besmetting en ten slotte de besmettelijkheid.

Als wij naar die factoren kijken, is het duidelijk met betrekking tot de eerste randvoorwaarde, weten-schappelijk gezien, namelijk de effectiviteit op langere termijn, dat de vaccins aan kracht verliezen na enkele maanden en dat er geen absolute garantie is voor bescherming bij nieuwe varianten.

Het tweede punt betreft de vraag of ze veilig zijn. Ze hebben allemaal de procedures doorlopen, maar kijk naar de discussie omtrent het vaccin van AstraZeneca. Wellicht zullen wij pas over enkele jaren daarover een uitspraak *in retrospect* kunnen doen.

Dan kom ik aan de virulentie, de ernst van het virus. COVID-19 leidt niet tot een zekere dood. Behandeling is nu vrij goed mogelijk. Uiteraard valt de ernst niet te onderschatten gezien het aantal slachtoffers. De kans op besmetting is redelijk groot en ook de besmettelijkheid is groot.

Als wij die vijf factoren dan overlopen, moeten wij besluiten dat alleen aan vier en vijf voldaan is, dus kans op besmetting en besmettelijkheid. Twee en drie, of ze absoluut veilig zijn en de virulentie, de ernst van het virus, kunnen wij nog niet met zekerheid bepalen. Het eerste criterium, de effectiviteit op langere termijn, is eigenlijk het criterium dat van doorslaggevend belang is. Op basis daarvan moet men besluiten dat niet aan alle randvoorwaarden is voldaan en dat verplichte vaccinatie op het ogenblik, wetenschappelijk gezien, geen goed idee is.

Als men kijkt naar de doelstelling beschermen van personen die aan bijzondere risico's zijn blootgesteld, zou men kunnen denken aan vaccinatie van bepaalde werknemers die als gevolg van hun werk een verhoogd risico lopen op besmetting. Dan kan men werken op basis van de welzijnswet. Het is echter bijzonder moeilijk te bepalen welke de werknemers zijn die door hun werk een verhoogd risico lopen. Als men de welzijnswet volgt, leidt de niet-vaccinatie van werknemers die geen vaccinatie willen of die ze weigeren, alleen tot tijdelijke ongeschiktheid en dan moet men hun andere taken geven en als dat niet kan, staan ze op non-actief met doorbetaling van loon.

Ook hier, als wij bepaalde groepen kunnen identificeren - er wordt dan vaak gesproken over de zorgsector en bepaalde contactberoepen – en vaccinatie voor hen verplichten, dan blijven die vijf criteria van daarnet, wetenschappelijk gezien, uiteraard van toepassing.

In die discussie is het ook duidelijk dat preventiemaatregelen, organisatorische en technische maatregelen en beschermings-middelen effectiever zijn, als het gaat om de bescherming van personen, dan vaccinatie.

Een derde mogelijke doelstelling is de bescherming van kwetsbare personen. Dat is de meer altruïstische benadering van vaccinatie. Het is duidelijk dat gevaccineerde personen het virus nog steeds overdragen. Als het gaat om de bescherming van kwetsbare personen is het eerder aangewezen om sterk in te zetten op die preventiemaatregelen, beschermende uitrusting en veilige procedures om kwetsbare personen te vrijwaren van blootstelling en uiteraard ook op het aanmoedigen van de vaccinatie van de kwetsbare personen zelf.

De vierde doelstelling gaat om de groeps-immuniteit. Hier gaat het natuurlijk om de vaccinatie van bijna iedereen die bijdraagt tot de bescherming van iedereen, wat we nastreven door informatie, communicatie, sensibilisering, nudging, het CST en misschien een verplichting, maar ook

hier blijkt intussen dat zelfs een zeer hoge vaccinatiegraad niet volstaat voor het behalen van de groepsimmuniteit. We moeten dus verder blijven inzetten op gerichte informatie, communicatie en sensibilisering om het publiek dat zich laat vaccineren, zo ruim mogelijk te maken.

Een aantal grote bedrijven hebben via hun sociale diensten op regelmatige tijdstippen bevragingen bij werknemers gedaan, waaruit blijkt dat een groot deel van niet-gevaccineerde werknemers nog altijd niet over de juiste informatie beschikt. Zij weten zelfs nog altijd niet dat het vaccin gratis is. Zij zitten dus nog steeds met een pak vragen.

De conclusie is dat tv- en radiospots het niet doen. Men zal veel gerichter, op individuele basis, met die mensen moeten communiceren om ze te overtuigen of ze in elk geval de juiste informatie over vaccins te geven.

Dat zijn, in het kort, de vier doelen die men zou kunnen nastreven via een verplichte vaccinatie. Men kan daaruit afleiden dat wij eigenlijk weinig elementen vinden om die weg te volgen. Maar, zoals ik al zei, wij nemen eigenlijk geen positie in. Wij hebben wel het debat gevoerd met iedereen.

Waar wij wel volop achter staan en vragende partij voor zijn, is dat het op veel grotere schaal mogelijk gemaakt zou worden dat vaccinatie in of via bedrijven aangeboden zou worden. Ik denk dan vooral aan een aanbod in de grotere bedrijven, maar ook aan een aanbod via de preventiediensten, zoals voor de griep. Een nog interessantere piste voor de kleine en middelgrote bedrijven is het mogelijk maken van een soort bedrijfsreservatie, een afspraak in het vaccinatiecentrum waarbij de werknemers een hele vaccinatielijn ter beschikking krijgen.

Dan rijst onmiddellijk de vraag over de vertrouwelijkheid. Maar wij menen dat die gegarandeerd kan worden door gewoon iedere werknemer uit te nodigen. Dan is er ook de mogelijkheid met individuen die onvoldoende informatie hebben of die geen vaccin wensen, in gesprek te gaan. De werkgever weet dan uiteindelijk niet wie een vaccin wel of niet genomen heeft, want iedereen is uitgenodigd. Iedereen is minstens op gesprek gegaan. Welke keuze die dan uiteindelijk binnen neemt, is zijn zaak.

Waar wij nog meer vragende partij voor zijn, is het creëren van meer opties voor bedrijven om in kritische fases van de pandemie aan testing te doen. Wij menen dat het mogelijk is daarvoor procedures op te stellen. Ik denk bijvoorbeeld aan wat nu al mogelijk is voor alcohol en drugs, waarbij de vertrouwelijkheid, de anonimiteit toch wordt gegarandeerd, maar waar wij vanuit preventief oogpunt veel sterker kunnen ingrijpen.

Tot slot wil ik onderstrepen dat wij nog altijd sterk aandringen op het toepassen van de preventiemaatregelen zoals die ondertussen uitgewerkt zijn in een hele reeks van de generieke gids voor preventie op de werkvloer. Dat is iets waar wij best trots op mogen zijn, omdat onze werkwijze internationaal als best practice naar voren wordt geschoven, zowel door de Internationale Arbeidsorganisatie als door de Wereldgezondheidsorganisatie. Zij hebben wereldwijd onze Belgische generieke gids aanbevolen. Daarvan bestaan ondertussen vertalingen of aanpassingen in tal van talen, waaronder Russisch, Spaans, Bulgaars, Kroatisch, Georgisch, en ga zo maar door.

Dat is het verhaal van ons Belgisch Verbond voor Ondernemingen. Zoals ik al zei, hebben wij alle aspecten bekeken. Ook het CST trouwens, maar dat is voor een andere discussie. De conclusie is voor ons dat wij moeten blijven inzetten op preventie en op een veel beter gerichte sensibilisering en informatie over vaccinatie.

Bij geen enkele van de vier mogelijke doelstellingen zien we een grote meerwaarde van een vaccinatieverplichting.

Daan Aeyels: Mijnheer de voorzitter, *Voka Health Community* is een verzameling van 600 zorgondernemingen. Ze omvat zorgtoeleveranciers, zorginstellingen, kennisinstellingen, zoals universiteiten (VUB), hogescholen, IMEC, alsook patiëntenverenigingen. We proberen die vier sectoren samen te brengen rond de organisatie van excellente zorg.

De vaccinatie is voor ons een belangrijk onderwerp. De hoge vaccinatiegraad in ons land heeft ons zeker geholpen om snel de gevolgen van de pandemie zowel op persoonlijk en gezondheidsvlak als voor onze economie te overwinnen. Volgens het Europese Geneesmiddelenagentschap en de Hoge Gezondheidsraad is COVID-19-vaccinatie veilig en is een booster aanbevolen voor volwassenen. Het gaat om zeer duidelijke, op wetenschap gebaseerde adviezen, waaruit blijkt dat vaccinatie nog steeds de beste keuze is om zich te beschermen tegen het coronavirus. "De huidige vaccins zijn zeer doeltreffend om een ernstig ziekteverloop met opname in het ziekenhuis op intensieve zorgen en sterfte te vermijden, ook in de context van een omikronvariant. De grootste prioriteit blijft dan ook om zoveel mogelijk mensen te stimuleren om zich

te laten vaccineren en daarbij ook gebruik te maken van de boostervaccinatie, omdat die de werkzaamheid van de vaccins tegen omikron helpt opkrikken."

Wij sluiten ons aan bij de heer De Meester van het VBO dat dat een wetenschappelijk citaat is en dat wij ons wat betreft de verplichting daarvan, niet zozeer geroepen voelen om ons daarover uit te spreken.

Daar is evenwel een uitzondering op. Opnieuw volgen wij ter zake het advies van de Hoge Gezondheidsraad, en in dit geval ook van het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek, namelijk dat vaccinatieplicht voor zorgpersoneel aan te bevelen is. Heel specifiek, wij zijn voorstander van vaccinatieplicht voor het zorgpersoneel. Dat zien we trouwens in zeer brede vorm, dus niet enkel voor mensen die rechtstreeks contact hebben met patiënten gediagnosticeerd met covid, maar ook voor omliggenden. Dat heeft een zeer praktische reden. Zorgverleners, administratieve medewerkers en ondersteunend personeel in de zorginstellingen komen met elkaar in contact. Ondanks een zeer goed werkende generieke gids, kan contact niet worden vermeden. Zij komen met elkaar in contact in bijvoorbeeld kleedkamers of kantines. Het valt niet te verhinderen dat een besmettingsrisico wordt geïnitieerd. Wij denken daarom dat het belangrijk is om al de collega's te beschermen. Overigens dient te worden opgemerkt, in adviezen voor specifieke sectoren, dat de zorgsector daarin niet alleen staat. Ook in andere sectoren werden zeer hoge besmettingsgraden vastgesteld, al werd daar altijd uitdrukkelijk de bedenking bij gemaakt dat die besmettingsgraad niet hard gelieerd kon worden aan besmettingen op de werkvloer, maar uit de aard van het beroep kan in elk geval toch een verhoogd risico blijken.

Ik wil er ook op wijzen dat personeelsuitval veelal door ziekte gebeurt, niet zozeer door vaccinatie. Zorgpersoneel was dus veeleer afwezig om besmetting van anderen te voorkomen of omdat het personeelslid zelf ziek was, niet zozeer vanwege vaccinatie. Bovendien, de kosten van het vaccin zijn minimaal in vergelijking met de kosten van een uitval. Men mag niet vergeten dat de zorgsector al zeer zwaar onder druk stond. Bij extra uitval van personeel komt de druk op de collega's terecht.

Wel opvallend is dat er in de discussie over vaccinatieplicht voor zorgpersoneel heel veel onduidelijkheid bestond over het wettelijk kader. Welke wetgeving is al dan niet van toepassing? Welk overheidsniveau is ter zake bevoegd? Wij pleiten ervoor om daaruit lessen te trekken. Ondanks het gegeven dat het draagvlak voor een stuk verdwijnt, stellen wij voor dat het corpus van de daarvoor voorziene wetgeving in elk geval klaar gehouden wordt. Mogelijk moeten wij daarvan namelijk in de komende jaren, of wie weet zelfs komende herfst of winter al, gebruikmaken.

Voorlopig lijkt het draagvlak voor vaccinatieplicht en het CST afhankelijk van het verloop van de pandemie. We zijn allemaal blij dat de pandemie voor een deel is gaan liggen. Daardoor komt het draagvlak voor de verplichte vaccinatie in het gedrang of wordt het zonder voorwerp.

Net als de andere sprekers meen ik dat pleiten voor vaccinatie op de bedrijfsvloer erg belangrijk is. Uit de cijfers die ik heb verzameld samen met Co-Prev, de vereniging van arbeidsgeneeskundige diensten, dus de externe diensten, kan worden afgeleid dat vaccineren op de werkvloer een zeer effectief en zeer snel te ontplooien kanaal is. Vaccinatie op de werkvloer draagt ook elk jaar bij aan een betere dekkingsgraad voor de griepvaccinatie en in andere specifieke sectoren voor bijkomende vaccinschema's. Het past eigenlijk perfect in de opdracht van bedrijven om de veiligheid en het welzijn van medewerkers te optimaliseren. De bedrijfsgeneeskundige diensten of de arbeidsgeneeskundige diensten, zowel de interne als de externe, kunnen hier zeker aan bijdragen en zijn daar ook toe bereid. Zij kunnen zelfs snel schakelen. Er werden zeer snel 420.000 vaccins geplaatst door externe diensten in de zorg. Dat zijn hoofdzakelijk, voor bijna 85%, primovaccinaties. Dat betekent dat die vaccins zijn gezet nog voor de vaccinatiecentra up and running waren. Er is dus een enorme capaciteit aan vaccins ontwikkeld door de externe diensten. Er is nadien een veel kleinere inzet geweest van de externe diensten in de boostervaccinatie. Dat kwam omdat op dat moment de vaccinatiecentra opnieuw up and running waren. Het is belangrijk om dat potentieel te zien. Het kan dus snel en het kan medisch veilig. Er zijn mensen die daarin voldoende geschoold zijn en het benodigde diploma hebben. Belangrijk is de correcte informatie en het respect voor de vertrouwelijkheid. De arbeidsgeneeskundige diensten kunnen dit GDPR-proof en coronaproof doen, ter plaatse in de bedrijven. Er zijn ook oplossingen mogelijk om dat in mobiele teams te doen of gecentraliseerd op specifieke plaatsen.

Ik wil even focussen op die specifieke doelgroepen. In een sociale context bekeken, leven zij vaak iets geïsoleerd, maar de werkvloer is dan een kanaal om ze te bereiken. Het zijn groepen die bv. te vinden zijn in grensstreken met veel buitenlandse

werknemers of in stedelijke omgevingen, waar veel mensen wonen met een andere culturele achtergrond of een andere economische situatie. In settings zoals voeding, distributie en bouw, haalt de werkvloer die groepen uit hun isolement en blijkt het een uitstekend kanaal te zijn om hen correct en objectief de nodige informatie over vaccinatie te geven, te reageren op vragen of bezorgdheden, en daarop in te gaan op maat van die werknemers. Dat leidt, ook zonder verplichting, vaak tot een hogere vaccinatiegraad. In bedrijven die het hebben gedaan, weten we dat de vaccinatiegraad tot 10 à 15 % hoger ligt, zelfs toen de vaccinatiecentra volop draaiden. In sommige specifieke settings lag de vaccinatiegraad zelfs 40 à 45 % hoger.

Daarbij is belangrijk dat het ook de problemen oplost waar die bedrijven mee te kampen hebben. Op dit moment willen zij soms buitenlandse krachten inzetten. Hierin moeten ze voldoen aan de Belgische wetgeving, wat niet altijd zo evident is. Maar ook omgekeerd: een aantal Belgische bedrijven verlenen in het buitenland diensten. Vandaag zijn zij genoodzaakt werknemers tijdelijk werkloos te zetten, zelfs als de werknemer zich vrijwillig en met toestemming laat vaccineren.

Het is daarom essentieel om de vaccinatie op de bedrijfsvloer mogelijk te maken. Dat kan veilig, met respect voor privacy en met de medische deskundigheid. En, niet onbelangrijk, het kan in samenwerking met de huisarts, de apothekers, de vaccinatiecentra. Die kanalen spreken elkaar niet tegen, ze zijn volgens ons complementair. In acute situaties kunnen de arbeidsgeneeskundige diensten zeer snel worden ingeschakeld, aan een duidelijke prijs. De reguliere taken op lange termijn komen er niet door in gedrang, men is daar zeer flexibel in.

We pleiten er dus voor om de vaccinatie op de bedrijfsvloer en bedrijfsterreinen structureel in te passen, zodat we snel de nodige capaciteit kunnen ontplooien, mocht dat nodig zijn.

Tenslotte nog een paar lessen voor de toekomst. Niemand beschikt over een glazen bol, ook wij niet. Het mag echter geen excuus zijn om niks te doen. We kunnen verschillende elementen leren uit deze crisis. Het betreft vaak opgestarte projecten of wetgevende initiatieven die niet helemaal matuur zijn. Het zou echter zonde zijn om dat werk, die kennis en ervaring, verloren te laten gaan en kostbare tijd te verliezen binnen wie weet welke korte of lange termijn.

We dringen er dus op aan dat een heel duidelijk wettelijk kader wordt vastgelegd waarin wordt aangegeven wanneer vaccinatie verplicht kan worden. In dat kader moet ook worden aangegeven aan welke criteria moet worden voldaan en wie dat op korte termijn kan beslissen, na welke adviezen en met welke goedkeuring.

Het idee van een opkomstplicht is inderdaad een heel constructief idee. We zouden dat dan kunnen gebruiken, niet om vaccinatie per se af te dwingen, maar wel om de mensen zonder onderscheid te bereiken, zodat zij goede en gerichte informatie kunnen krijgen met betrekking tot de werking, de veiligheid en de risico's van vaccinatie.

Het is ook belangrijk om daarbij de nodige afstemming tussen de overheden te doen. Ondanks een goedwerkend Overlegcomité was de afstemming daar niet steeds optimaal, zeker niet wat betreft vaccinatie in de zorg. Daar zijn we wat tijd verloren en dat zorgde voor vertraging en drempels in de vaccinatiecampagne en in het inschakelen van bedrijven in die campagne.

Het is volgens ons heel interessant om prioritaire groepen te identificeren, om na te denken over welke systemen daarbij kunnen helpen, hoe die gegevens kunnen worden uitgewisseld, met respect voor de privacy. Dat is geen eenvoudige taak. Iedereen weet nochtans dat die prioritaire groepen belangrijk zijn en met recht naar voren kunnen worden geschoven, maar het is niet altijd eenvoudig om dat goed te doen en om gegevens privacyproof uit te wisselen.

Het is ook interessant om de incidentie, de besmettingsgraad en de vaccinatiegraad te gebruiken om gericht te werken. Men kan nog bijkomende gegevens inzetten om verder specifiek en gericht te kunnen werken. We denken daarbij aan het koppelen van gegevens inzake werkloosheid, quarantaine en vaccinatiegraad, uiteraard op een onpersoonlijke en geanonimiseerde manier, ter ondersteuning van het beleid dat in bedrijven moet worden gevoerd.

Het is nog steeds niet duidelijk wat de kosten zijn van niet-gevaccineerden. Niet-gevaccineerden kosten proportioneel veel inspanningen in de zorg en in de brede economie, maar dat zijn inschattingen. Heel specifieke cijfers daarover ontbreken.

Tot slot, het is belangrijk om de reguliere kanalen zeker mee te nemen op de lange termijn. Zij kunnen zorgen voor zowel informatie als vaccinatie binnen een heel duidelijke medische relatie, in vertrouwen, met respect voor de GDPR en met de nodige expertise. Wat ons betreft, kan de analogie en de koppeling met andere vaccinaties en

screenings die al bestaan zeker worden gemaakt.

De **voorzitter**: Dan gaan wij naar de laatste spreker van deze namiddag, de heer Van Rossen van UNIZO. Welkom, mijnheer Van Rossen. Ik geef u het woord en u kunt beginnen met uzelf voor te stellen.

Edward Van Rossen: Mijn naam is Edward Van Rossen en ik ben expert inzake gezondheidszorg bij UNIZO. Zoals u waarschijnlijk weet, is UNIZO de Unie van Zelfstandige Ondernemers, ook uit de zorgsector, maar zeker niet alleen uit die sector.

Net zoals de collega's van VOKA en het VBO hebben wij een intern debat gevoerd. Bij ons is dat vorig jaar al gebeurd in onze raad van bestuur. Dat heeft geleid tot een zeer concreet standpunt over de algemene vaccinatieplicht. Dat is net iets anders dan de standpunten die zonet werden toegelicht. Onze raad van bestuur heeft zich uitgesproken als voorstander van een algemene vaccinatieplicht. Ik zal dat meteen nader toelichten. In principe zijn wij dus voor een algemene vaccinatieplicht. Dat is nog altijd het geval. Dat is niet veranderd ten opzichte van vorig jaar, maar de situatie is natuurlijk wel veranderd en momenteel lijkt een verplichte vaccinatie ons achterhaald ten opzichte van de cijfers van de pandemie. Wij zien het dus eerder als iets dat opnieuw relevant kan worden bij een nieuwe sterke golf en stijgende cijfers.

Daaraan gekoppeld willen wij wel meegeven dat we een duidelijke nood ervaren aan zeer duidelijke cijfers over de impact van vaccinatie en van niet-gevaccineerden op zowel de zorg als de economie. Ik zal daar nog kort op ingaan aan de hand van drie slides.

Ten eerste, waarom zijn we voorstander van het principe van een verplichte algemene vaccinatie? Volgens ons is het een effectieve en solidaire vorm van risicobeperking die minder schadelijk is dan de alternatieve methodes van risicobeperking. Volgens ons kan de methodiek van de verplichte vaccinatie proportioneel zijn indien de pandemie herneemt en de cijfers opnieuw dramatisch de slechte kant uitgaan. In de presentaties van de collega's hoor ik dat dit voor hen misschien ook kan gelden indien de evidentie evolueert.

Dat brengt mij bij het tweede deel van onze motivering. Wij zien momenteel geen noodzaak voor een verplichte vaccinatie die operationeel gemaakt wordt, omwille van de sterk gedaalde en nog steeds dalende cijfers op allerlei vlakken, en anderzijds ook door de hoge vaccinatiegraad die nu al bereikt is, zeker in Vlaanderen, maar eigenlijk ook op nationaal niveau, als we kijken naar …

Parallel zien we dat men in de zorgsector, waar een verplichte vaccinatie al breder aanvaard is en ook echt op tafel ligt, enkel nog spreekt over het voorzien van de mogelijkheid, die dan geactiveerd kan worden in geval van nood. Eigenlijk zien we op dezelfde manier een algemene vaccinatieplicht als iets wat wenselijk is en wat men kan realiseren in geval van nood.

Intussen lijkt het ons raadzaam om te werken aan een aantal zaken.

Een eerste niet onbelangrijke zaak is het begrijpen van de twijfels bij de bevolking, de weerstand bij bepaalde groepen. Wij menen immers dat wij dat nog niet helemaal doen en dat wij met een verplichting niet noodzakelijkerwijs komen tot een hogere vaccinatiegraad dan met een sterke motivatiecampagne. De twee zijn niet exclusief, men kan ze combineren. Het lijkt ons echter noodzakelijk, ook als er een verplichting komt, om goed te begrijpen wat de basis is van de twijfels en de weerstand in verschillende groepen, zodat daarop ingespeeld kan worden.

Een belangrijk onderdeel daarvan lijkt ons het versterken, in de zin van becijferde bewijzen, van de meerwaarde van de vaccinatie. Dat moet gebeuren op individueel niveau, niet alleen op korte termijn maar ook op lange termijn. Ik denk bijvoorbeeld aan long covid, dat zou toch wat meer aandacht mogen krijgen. Het moet ook gebeuren op systeemniveau, niet alleen het systeem van onze gezondheidszorg, dat uiteraard moet kunnen blijven functioneren zonder te veel uitgestelde zorg, met de schade die daardoor veroorzaakt wordt. Ook moet er aandacht zijn voor de impact van vaccinaties en niet-gevaccineerden op de economie in het algemeen, in de zin van het draaiend houden van de economie. Wij moeten vermijden dat heel wat sectoren opnieuw lamgelegd worden, omdat die daar dan heel erg onder lijden. Uiteindelijk lijdt ook ons zorgsysteem eronder, omdat mensen uitvallen en dergelijke meer.

Een belangrijk derde aspect om die twee vorige te realiseren lijkt ons het faciliteren van gegevens-verzameling en -uitwisseling. Wij zien dat er momenteel nog heel wat hinderpalen zijn om dat te doen. Ook zonder de privacy van de betrokken personen te schenden zijn er nog heel wat zaken die beter moeten kunnen voor de weten-schappelijke analyse, de impactanalyse.

Het is jammer, en misschien voor velen ook onbegrijpelijk, dat een aantal analyses momenteel

niet kan gebeuren vanwege de schotten tussen databanken. De oplossing zal niet eenvoudig zijn, maar als daar voldoende aandacht naar gaat, geloven wij dat er meer gerealiseerd kan worden.

Een laatste belangrijke werf op korte termijn is het versterken van de noodscenario's. We denken hierbij aan noodscenario's voor vaccinatie-campagnes maar ook voor andere interventies. In lijn met wat andere collega's hebben voorgesteld, zou dat moeten gebeuren in overleg met de reguliere kanalen, met voldoende aandacht voor de rol die gespeeld kan worden door de eerste lijn, bijvoorbeeld de huisartsen en de externe of niet-externe diensten voor preventie en bescherming op het werk. Dat lijken ons belangrijke zaken om op korte termijn aan te werken, samen met het mogelijk maken van een verplichte vaccinatie indien de noodsituatie daarmee overeenstemt.

De **voorzitter:** Dank u, mijnheer Van Rossen. Ik geef nu het woord aan onze leden voor hun vragen. Net als deze ochtend stel ik maximum vijf minuten spreektijd per lid voor. Hopelijk is dat niet nodig, maar op die manier kunnen we alles in goede banen leiden.

Kathleen Depoorter (N-VA): Ik dank alle sprekers voor hun heldere uiteenzettingen. De visies zijn duidelijk. Het verwondert mij niet echt dat een aantal van u net het tegenovergestelde verhaal vertelt van wat wij vanmorgen hebben gehoord van de vakbonden. Dat maakt het voor ons wel een beetje moeilijk om de waarheid, die wellicht ergens in het midden ligt, te achterhalen.

Ik verklaar mij nader. Het betreft het verstrekken van het vaccin op de werkvloer. Vanmorgen hebben de vakbonden duidelijk gesteld dat de arbeidsgeneeskundige diensten daar niet klaar voor zijn. Het zou hun reguliere taken in het gedrang kunnen brengen. Kunt u verduidelijken hoe u dat ziet?

Hetzelfde geldt voor de privacy. Ik begrijp de motivering rond een aantal doelgroepen, die misschien een culturele druk kunnen ondervinden wanneer ze buiten de werkgerelateerde omgeving moeten kiezen of ze zich al dan niet willen laten vaccineren.

De arbeidsgeneesheer zal allicht op een andere manier met de mensen kunnen praten en hen informeren over de vaccins. Anderzijds werd deze ochtend gestipuleerd dat dat ook een omgekeerd effect kan hebben. Het feit dat mensen zich op de werkvloer verplicht voelen om zich te laten vaccineren, zou een antivaxgevoel stimuleren.

Ik hoorde dat de vertegenwoordigers van VOKA en Unizo voorstander zijn van een generiek kader waarin voorwaarden en criteria moeten worden afgesproken alvorens over te gaan tot verplichte vaccinatie. Ook dit hebben wij in voorbije hoorzittingen met het Instituut voor de Rechten van de Mens en het Comité voor Bio-ethiek besproken. Zij vonden het juridisch moeilijk verklaarbaar om vandaag een dergelijk generiek kader vast te leggen. Het virus verandert namelijk continu en we hebben geen goed zicht op het ziekmakende proces. Hoe kunt u deze tegenargumenten voor een generiek kader counteren? In hoeverre kunnen wij als wetgever een duidelijk generiek kader scheppen dat aan die juridische argumenten en aan uw vraag tegemoetkomt? U zegt immers dat er te veel personeel is uitgevallen, zowel door vaccinatie als door ziekte. Daar bestaat weliswaar cijfermateriaal over maar hoe ziet u dat precies? Hoe wilt u dit concreet maken? Welke sancties koppelt u hieraan? Hoe ver kunnen we daarin gaan, want er zijn natuurlijk geen precedenten.
Kunnen we, als we overgaan tot een generiek kader, meteen ook arbeidsrechtelijke afspraken maken, waardoor mensen die zich toch niet laten vaccineren toegang krijgen tot een andere job? Of volgt er in dat geval ontslag?

Barbara Creemers (Ecolo-Groen): Dank aan de drie sprekers. Vanmorgen hoorden we een unisono geluid. Voor de werknemers is ontslag als sanctie bij verplichte vaccinatie een rode lijn. In Italië zien we dat op dit moment gebeuren. Werknemers mogen er niet werken als ze niet gevaccineerd zijn. Hoe kijken jullie daarnaar? Vanmorgen klonk het unisono en nu heb ik dat niet zo duidelijk gehoord. Hoe denken jullie over het principe? Hebben jullie echo's gehoord hoe dat in Italië werd aangepakt en hoe dat zo vlotjes gepasseerd lijkt te zijn?

Een tweede vraag. Jullie zijn er voor een stuk wel op ingegaan, maar ik wil er nog wat specifiekere vragen over stellen. Mijnheer Aeyels, u ging specifiek in op de opkomstplicht. We hebben dat in een aantal andere hoorzittingen iets genuanceerder gehoord, niet als een plicht, maar wel dat we de eerste lijn zouden versterken in gesprekken met mensen die nog twijfelen, niet om hen te overtuigen, maar wel om de juiste informatie te geven. We hebben dat hier al een individueel motiverende, informatieve aanpak genoemd. Uiteraard is daar een grote rol weggelegd voor de eerste lijn. Ik vroeg mij af, dat is eigenlijk een vraag aan jullie alle drie, of daarin een rol is weggelegd voor de arbeidsgeneeskundigen diensten. Hoe zien jullie dan die samenwerking met de eerste lijn? Jullie zijn er wel kort op ingegaan dat die samenwerking mogelijk is, maar hoe zien jullie dat dan concreet, met respect voor de privacy? Hoe

kun je zo gevoelige gegevens dan gaan uitwisselen tussen de eerste lijn en de arbeidsgeneeskundige diensten? Is dat überhaupt mogelijk? Hoe moeten we dat dan precies zien? De heer Aeyels ging erop in. Volgens hem moeten we de prioritaire groepen identificeren. Daarvan kan ik mij best voorstellen dat dit in een groot bedrijf kan met respect voor de privacy, maar als je in een bedrijf van 25 mensen werkt en 2 mensen moeten daar gevaccineerd worden, hoe pak je dat dan concreet aan? Hoe ga je dat überhaupt kunnen regelen met respect voor de privacy? Ik zou het heel graag zien gebeuren, maar ik zie niet goed hoe.

Mijnheer Van Rossen, u zei iets heel interessants: vaccinatieplicht is minder schadelijk dan de alternatieven. Ik veronderstel dat u dan bedoelt: minder schadelijk dan een 1G-beleid.

Veel sprekers hebben echter al gezegd dat de invoering van een vaccinatieverplichting op dit moment juist heel schadelijk zal zijn voor de samenleving en dat ze de polarisatie alleen maar zal vergroten. Volgens u is het nu inderdaad niet aan de orde. Zal de polarisatie niet alleen maar toenemen als we in een wettelijk kader zouden voorzien voor het najaar? Wat is uw visie daarop? Zullen we in tussentijd voldoende tijd hebben om die polarisatie aan te pakken?

Ik lees in de presentatie van de heer Van Rossen dat een vaccinatieverplichting in geval van nood wel aan de orde moet zijn. Hoe definieert u die 'nood'? De barometer bevat een aantal ijkpunten: aantal patiënten op intensieve zorgen, aantal ziekenhuisopnames en aantal besmettingen per dag. Denkt u dan ook aan zo'n kader? Of denkt u ook aan een economisch luik daarin? Is het dan niet te laat om het op dat moment te activeren?

Er zijn uitgebreide hoorzittingen geweest over alle mogelijke aspecten van een vaccinatieverplichting. Ik mis nog een groter debat in de samenleving. De heer Facon zei daarover vorige week dat in dat democratische debat ook veel mogelijkheden schuilen om met z'n allen - maatschappelijke actoren, academici, het middenveld - na te gaan wat we uit de pandemie hebben geleerd, wat de gevolgen ervan zijn voor de maatschappij en vooral hoe we het vertrouwen in elkaar kunnen herstellen. Is daarin voor uw organisaties een rol weggelegd en hoe denkt u dat aan te pakken?

Volgens de heer De Meester is het CST an sich niet aan de orde. Eigenlijk is het wel een beetje aan de orde, want na de krokusvakantie zullen we ook over het CST debatteren. Wanneer moet het CST wel of niet worden gebruikt? In welke situatie vindt u een CST, zoals het nu wordt gebruikt, verantwoord en wanneer niet?

Laurence Zanchetta (PS): Monsieur le président, je serai assez brève. Je remercie les différents intervenants pour leur présentation.

Messieurs, comment serait-il possible de sensibiliser, en fonction de leur secteur d'activité, les travailleurs à la vaccination? Pourrions-nous envisager des séances de vaccination sur le lieu de travail? En ce cas, ce rôle ne devrait-il pas être dévolu à la médecine du travail?

Ensuite, monsieur Van Rossen (UNIZO), pour vous, l'obligation vaccinale ne se justifie plus actuellement, puisque nous ne sommes plus dans la phase ascendante du variant Omicron comme c'était le cas voici encore quelques semaines. Supposons toutefois qu'un nouveau variant débarque, avec les conséquences que nous connaissons. Aurait-il une incidence sur les soins intensifs? Pourrions-nous, dans ces circonstances, reparler d'obligation vaccinale? Comment pouvez-vous envisager les choses dans les différents secteurs concernés?

Enfin, j'aurais souhaité vous entendre tous les trois au sujet de la nécessité actuelle du CST, pour peu que la troisième dose soit requise afin d'obtenir un certificat en ordre. Est-il encore justifié en ce moment?

Dominiek Sneppe (VB): Mijnheer de voorzitter, in naam van mijn partij wil ik uiteraard de sprekers van vannamiddag bedanken. Het is uiteraard een ander geluid dat wij horen dan vanochtend. Heren, er is dus nog werk aan de winkel, als u met de vakbonden wil overeenkomen.

Een van u merkte op dat de uitval door ziekte ook op economisch vlak een zware dobber is. Is de uitval door ziekte in bijvoorbeeld de zorgsector, vooral uitval door een covidbesmetting? Hebt u cijfers van het aantal personeelsleden dat uitvalt door een covidbesmetting, burn-out, stress, het overwerkt zijn of quarantainemaatregelen? Vaak zijn mensen immers niet ziek, maar moeten zij toch thuisblijven, omdat zij in aanraking kwamen met een hoogrisicocontact of omdat een van de kinderen ziek is. Het moet immers duidelijk zijn wat de oorzaak van de uitval in de zorgsector juist is.

Daarmee samenhangend vernam ik graag uw standpunt over de quarantainemaatregelen, zoals ze tot voor kort nog golden, en over het testbeleid.

Ik begrijp dat u unisono voor verplichte vaccinatie bent, maar dat het moment daarvoor eigenlijk voorbij is. Aangezien de pandemie gelukkig en

hopelijk voor eeuwig aan het uitdoven is, is het misschien inderdaad niet meer nodig om vaccinatie te verplichten. Stel dat er toch een verplichte vaccinatie komt in het licht van een mogelijke nieuwe golf besmettingen in het najaar, verplichte vaccinatie waar u voorstander van bent, wat is dan volgens u de meerwaarde ervan? Immers, volgens mijn opzoekingen is in België 89 % van de plus-18-jarigen gevaccineerd. Dus zou het nog gaan om een 10% niet-gevaccineerden, inclusief wie niet mag worden gevaccineerd.

In de zorg blijkt bovendien uit de seroprevalentiecijfers dat 97 % al antilichamen heeft.

Is de balans nog in evenwicht als we kiezen voor een verplichting voor de pakweg resterende 8 %? Een verplichting impliceert dat er sancties aan verbonden worden, bijvoorbeeld ontslag, zoals de minister in gedachten heeft. Wie niet gevaccineerd is in de zorg, zou ontslagen worden, wat uiteindelijk tot een personeelstekort kan leiden.

Dus wat is voor u de meerwaarde van verplichte vaccinatie? Hoe ver zou de verplichte vaccinatie dan moeten reiken: de hoeveelste booster moet iedereen krijgen?

Terzijde, hebt u zicht op de mogelijke impact van long covid op de economie? Zijn sommige sectoren zwaarder getroffen dan andere?

Daniel Bacquelaine (MR): Chers messieurs, par rapport à l'absentéisme dans les entreprises, disposez-vous d'éléments pouvant nous permettre de comparer l'absentéisme parmi les personnes vaccinées et les personnes non vaccinées? Ces absences dénotent-elles quelque chose de flagrant? Remarquez-vous qu'il y a davantage de malades (de longue durée) auprès des personnes non vaccinées par rapport aux personnes vaccinées? Ces éléments peuvent être intéressants. Je ne sais si vous disposez de ce genre d'analyses.

Vous évacuez rapidement le CST, mais notre débat sur l'obligation vaccinale concerne aussi le CST, me semble-t-il, parce que le CST peut être une alternative. Il est difficile de séparer l'ensemble de ces débats.

Remarquez-vous des tensions ou des situations conflictuelles entre des personnes vaccinées et non vaccinées? Cette différence se traduit-elle au travail? Des éléments témoignant de situations difficiles en entreprises remontent-ils du terrain vers les fédérations patronales, par exemple des équipes au sein desquelles les travailleurs vaccinés travailleraient avec des personnes qui ne le sont pas?

Avez-vous des relations avec des fédérations patronales ailleurs en Europe et, en particulier, de nos pays voisins, permettant de nous renseigner sur leurs attitudes adoptées à l'égard des politiques menées? Y a-t-il des tentatives de coordination, des points de vue avec les pays voisins?

Nawal Farih (CD&V): Mijnheer de voorzitter, ik heb een drietal vragen.

Mijnheer De Meester, u sprak over de verschillende informatiekanalen die de overheden gebruiken om mensen zo goed mogelijk te informeren over de vaccinatiecampagne. Ik vond het opmerkelijk dat u aangaf dat sommige mensen nog steeds niet weten of beseffen dat het vaccin gratis is. Dat is echt schrijnend, gelet op de lange duur van deze pandemie en aangezien wij zo goed mogelijk proberen te communiceren. Welke informatiekanalen ontbreken er volgens u op dit moment, of ontbreekt het misschien eerder aan een informatiestijl?

U gaf ook aan dat ondernemingen een grote rol kunnen spelen ter promotie van de vaccinatiecampagne. Bedoelt u daarmee dat er in die bedrijven een-op-eengesprekken gevoerd kunnen worden door de arbeidsgeneesheer? Hoe ziet u dat concreet?

Mijnheer Van Rossen, ik vraag mij af of u, in het algemeen, contact hebt gehad met organisaties uit buurlanden waar wel een vaccinatieverplichting bestaat. Hebt u daaromtrent al een evaluatie opgevangen of signalen verkregen?

U hebt zich duidelijk uitgesproken pro vaccinatie. Hebt u ook gesprekken gevoerd over mogelijke sancties? Kunt u dat nader toelichten? Tot op welke hoogte zijn sancties aanvaardbaar of correct voor uw organisatie?

Het verschil tussen Frankrijk en Italië is heel opmerkelijk. In Frankrijk zien wij een veel grotere uitval vanwege de vaccinatieverplichting bij het zorgpersoneel, in Italië is dat redelijker. Hebt u eventueel signalen van zusterorganisaties of partners uit die landen, waardoor u mogelijk verklaringen hebt voor dat grote verschil tussen Italië en Frankrijk? Waarin verschilt de aanpak van die overheden? Dat is een vraag voor beide heren, of u dat nader kunt toelichten.

Robby De Caluwé (Open Vld): Ik dank alle sprekers. Ik had een aantal vragen die al door mijn collega's zijn gesteld.

Ik heb nog een aanvullende vraag. Kunnen de verschillende sprekers hun visie geven op een eventuele verplichte vaccinatie, specifiek in de zorgsector zelf? Kunt u uw standpunt daarover nog wat meer verduidelijken?

Karin Jiroflée (Vooruit): Ik wil alle sprekers danken om hiervoor tijd te maken. Het is fijn om uw inzichten daarover te horen.

Ik heb vier specifieke vragen. Ik val misschien in herhaling, maar ik ga mijn vragen toch stellen.

Mijnheer De Meester, u hebt gezegd dat het bij de groep van niet-gevaccineerden zo is dat zij, u gebruikte het woord overwegend, nog steeds niet de juiste informatie hebben. Net zoals mevrouw Farih verbaas ik mij daarover. Is dat een aanvoelen? Hebt u daar cijfers over voor bepaalde bedrijven? Bestaan daar studies over? Ik zie ook andere redenen, bijvoorbeeld culturele. Ik vraag mij af of dit niet extra speelt in een bedrijf.

Mijnheer Aeyels, u had het net over die andere redenen. U hebt het in de eerste plaats niet over mensen die het niet weten, maar meer over de culturele achtergrond, een achtergestelde thuis-situatie enzovoort. Hebt u daarover betrouwbare cijfers? Werd onderzocht of dit de redenen zijn? Dat lijkt mij bijzonder interessant om weten.

Zowel de heer Aeyels als de heer De Meester staat achter het systeem van vaccinatie op het werk. Een opkomstplicht zou geen slecht idee zijn. De vakbonden zeiden vanmorgen dan weer dat dit eigenlijk geen goede manier van werken is, juist omwille van de privacy en de arbeidsgenees-kundige dienst die daar niet echt klaar of geëquipeerd voor is. We hebben in het verleden in andere hoorzittingen en in de discussies hier ook al gehoord dat de tijd die artsen daaraan besteden in rekening moet worden gebracht. Iedereen die nog niet gevaccineerd is en oorspronkelijk aangaf dat hij of zij niet gevaccineerd wil worden praat dan twintig minuten met een arts. Dan moeten we een geweldige tijdsinspanning doen en bijgevolg ook een financiële inspanning. Hebt u al concreet nagegaan op welke manier dat zou moeten verlopen?

Mijnheer Van Rossen, u zei heel duidelijk dat u voorstander bent van een algemene vaccinatie-plicht. U vindt het een effectieve en solidaire vorm van risicobeperking, maar u wilde het nu niet omwille van de dalende cijfers en de hoge vaccinatiegraad. We moeten dan een soort van systeem klaarzetten voor het moment dat de cijfers weer omhooggaan, als er weer risico's zijn en we moeten proberen mensen gevaccineerd te krijgen. Hoe ziet u dat concreet? Hebt u daar binnen de bedrijven een idee van hoe dat georganiseerd zou kunnen worden? Het juiste moment moet worden bepaald om mensen weer gemotiveerd te krijgen om daar naartoe te gaan. Ik vond de ideeën die ik hier heb gehoord goed, maar ik vond ze weinig concreet.

Catherine Fonck (cdH): Messieurs, un tout grand merci pour vos différentes présentations.

Je ne vais pas faire de commentaire mais cela rejoint le volet selon lequel il n'y a plus beaucoup de sens d'avoir une vaccination obligatoire aujourd'hui compte tenu de l'évolution de l'épidémie et des forces du vaccin en matière de protection individuelle, mais aussi des limites du vaccin puisque cela n'empêche pas les transmissions.

J'ai une question sélective et une question générale.

La question sélective s'adresse à M. Aeyels. Vous avez évoqué 420 000 vaccins administrés par les services externes. Est-ce que ce sont des chiffres pour l'ensemble de la Belgique ou uniquement pour la Flandre ou uniquement pour les entreprises qui sont affiliées au Voka? Est-ce que c'est pour tout type d'entreprise ou uniquement dans le secteur des soins ou encore dans les entreprises qui sont en lien avec le secteur des soins?

La question générale s'adresse aux trois interlocuteurs et concerne l'enjeu par rapport au CST. Aujourd'hui, on n'a toujours pas d'évaluation scientifique rigoureuse au niveau du CST et sur le fait de savoir si les objectifs qui lui étaient assignés ont été atteints. Ne pensez-vous pas qu'il s'agisse d'un enjeu important et qu'il est nécessaire de faire cette évaluation? Personne ne sait de quoi sera fait demain, même si on espère que la situation va continuer à s'améliorer. La question de l'utilisation potentielle dans l'avenir est une question importante. On devrait maintenant supprimer l'utilisation du CST qui n'est plus indiqué aujourd'hui.

Je voulais avoir votre avis global sur cette question importante qu'est le CST, pas seulement dans le feedback mais aussi par rapport à l'avenir.

Frieda Gijbels (N-VA): Voor een werkgever is het ontzettend belangrijk dat het personeel zo weinig mogelijk afwezig is. Mocht er sprake zijn van een vaccinatieplicht, hoe ziet u dan de maatregelen met betrekking tot quarantaine en isolatie? Zouden die dan versoepeld moeten worden? Die vormen een

belangrijke oorzaak van afwezigheid. Zou testen op de werkvloer of vooraleer naar het werk te komen, een alternatief kunnen vormen?

In de discussie over vaccinatieplicht gaat het vooral over het meekrijgen van mensen die er niet van overtuigd zijn dat ze zich best laten vaccineren. Er is ook vaak sprake van desinformatie, die zich in deze tijden snel verspreidt. Behoort het volgens u tot de taken van de werkgever om daar iets aan te doen? Waren zij daar vragende partij voor of waren zij daartoe bereid? Werd er voldoende informatie aangereikt en werden de werkgevers daar voldoende in ondersteund? Waren er verschillen in vaccinatiebereidheid tussen kleine en grotere bedrijven? Ik kan me voorstellen dat de werksfeer verschilt.

Mijnheer Aeyels, u gaf namens Voka aan dat er meer specifieke doelgroepen bereikt zouden kunnen worden als er op de werkvloer wordt gevaccineerd. Hebt u daar cijfers over en zouden wij daar inzage in kunnen krijgen? U had het ook over een opkomstplicht waarbij mensen geïnformeerd zouden worden over de voordelen van de vaccinatie en correcte informatie zouden krijgen. Zou dat de relatie met de werkgever niet kunnen vertroebelen? Hebben we daar zicht op?

Wat de preventieve maatregelen op de werkvloer betreft, die zijn sowieso belangrijk, en ook hier is het gemakkelijker voor een groot bedrijf om daar meer op in te zetten dan voor een kleiner. In hoeverre ziet u daar verbeterpunten? Denkt u dat het zinvol is de preventieve maatregelen te behouden, bijvoorbeeld in tijden van seizoensgriep? Zal daar al dan niet verder op worden ingezet?

Ik hoorde verschillende sprekers graag vertellen dat het beleid meer gebaseerd zou moeten zijn op data dan tijdens de crisis het geval was.

Hebt u zelf via bijvoorbeeld enquêtes data ingezameld? Werden die door de overheid opgevraagd? Kon zij daar verder mee aan de slag of niet? Denkt u dat als er meer data beschikbaar waren, dat ook had kunnen bijdragen aan de sensibilisering van mensen om zich te laten vaccineren?

Een specifieke vraag voor UNIZO, heel wat zorgverstrekkers en zelfstandige zorgverstrekkers hebben zich niet laten vaccineren. Hebt u dat opgepikt? Hebt u dat proberen te verhelpen? Hebt u feedback van het terrein gekregen over de redenen daarvoor? Kunt u daarover wat meer zeggen?

Thierry Warmoes (PVDA-PTB): Ik heb een vijftal opmerkingen, die soms wat overlappen met die van de collega's.

Vanochtend hebben we de vakbonden gehoord die alle drie hebben onderstreept dat ze zich niet willen uitspreken over de vaccinatieverplichting, omdat dat aan de wetenschappers en uiteindelijk aan de politiek toekomt. In de feiten hebben zij echter toch vrij veel argumenten tegen een vaccinatieverplichting gegeven. Het recht op werk mag niet worden beperkt door een 1G-beleid en het 1G-beleid mag ook geen alternatief voor een verplichte vaccinatie mag zijn. Maar de vertegenwoordigers van de vakbonden zeiden ook dat een verplichting zou leiden tot polarisering in de maatschappij en bijgevolg ook in de bedrijven. Voor hen is een vaccinatieverplichting dus niet de beste manier om de vaccinatiegraad te verhogen.

Als ik het goed heb begrepen, willen het VBO en VOKA zich ook niet voor of tegen een vaccinatieverplichting uitspreken. UNIZO heeft wel duidelijk gezegd voor te zijn. Mijnheer De Meester, het VBO stond in november 2021 wel open voor een vaccinatieverplichting en zelfs voor een CST op de werkvloer.

Wat het CST op de werkvloer betreft, hebben de vakbonden vanochtend duidelijk te verstaan gegeven dat dat voor hen echt een inbreuk zou betekenen op het recht op werk, op de toegang tot werk op basis van een medische toestand. Ik hoor graag uw commentaar daarop.

Mijn tweede punt is ook voor de heer De Meester. U zei dat de vertrouwelijkheid van de vaccinatie op de werkvloer kan worden gegarandeerd. Daarover had ik graag concreet vernomen hoe dat dan in zijn werk zal gaan. Welke garanties zijn er? Hoe kan de privacy van de werknemers worden beschermd?

Ten derde is het wetenschappelijk aangetoond dat er zelfs met een volledige vaccinatie nog steeds een mogelijkheid tot besmetting zal blijven bestaan. Dat is duidelijk gebleken in onze hoorzittingen. Dus blijven preventieve maatregelen ook bij een vaccinatieverplichting nog belangrijk. Hoe kan dan de toepassing worden gegarandeerd van de generieke gids, waarnaar vanochtend vrij veel verwezen werd?

Mijn vierde punt is dezelfde vraag als die van mevrouw Jiroflée, met name over de proefprojecten rond verplichte vaccinatie op de werkvloer die nu aan de gang zijn. De vakbonden hadden daar gemengde gevoelens over, als ik het zo mag samenvatten, en wezen erop dat dit ten koste zou gaan van andere taken van de

arbeidsgeneeskundige dienst, als één en ander een grotere omvang zou aannemen. Ik bedoel dan bijvoorbeeld het toezicht op gezondheid en welzijn op andere vlakken. Ik hoor hier een eerder sterk pleidooi voor vaccinatie op de werkvloer. Hoe zien jullie die tegenstelling ten opzichte van de bestaande taken van arbeidsgeneeskundige diensten?

Tot slot, wat de piste betreft waarbij de niet-gevaccineerde werknemers op gesprek moeten komen, werd hier gezegd dat de werkgever niet weet wat het uiteindelijke resultaat is, omdat iedereen toch op gesprek gegaan is. Dan vraag ik me af hoe het dan gaat in kleine ondernemingen met een beperkt aantal werknemers. Dat is iets specifieker dan bijvoorbeeld voor Unizo.

Dat waren mijn commentaren, vaststellingen en vragen.

Nawal Farih (CD&V): Mijnheer de voorzitter, ik wil nog één vraag stellen, die mij ontglipt is.

Ik wil alle sprekers vragen of zij een vaccinatie-verplichting, enkel voor het zorgpersoneel, als discriminatie zien. Dat is een heel concrete vraag. Graag krijg ik daar de inzichten over.

Kris De Meester: Er was een hele lijst vragen. Ik heb geprobeerd ze zo goed mogelijk te noteren.

Ten eerste, en voor mij het belangrijkste, ik heb de indruk dat een aantal mensen het idee gekregen heeft dat wij voor verplichte vaccinatie zijn. Dat is niet zo. Eigenlijk leunt onze houding dichter aan bij wat daarnet gezegd is door de vakbonden. Wij spreken ons niet uit, maar wij hebben wel het debat gevoerd en alle argumenten op de tafel gebracht.

Eigenlijk komen wij tot de conclusie dat, welke van de vier doelstellingen men ook nastreeft, wij op dit moment niet in een positie zitten waarbij de randvoorwaarden om te besluiten tot verplichte vaccinatie vervuld zijn. Wellicht zijn sommige argumenten die bij ons in de discussie naar boven gekomen zijn lichtjes anders dan die bij de vakbonden, maar de conclusie is wel dezelfde. Wij nemen geen finaal standpunt in. Wij hebben het debat gevoerd, maar wij zien geen elementen waaruit wij kunnen besluiten dat de randvoor-waarden om tot verplichting over te gaan, vervuld zijn.

Dat is het eerste wat ik wil benadrukken. Wij zijn uiteraard wel voorstander van maximaal stimuleren tot vaccinatie.

Dan kom ik bij het verhaal van onder andere de arbeidsgeneeskundige diensten en de preventiediensten. Wat ik in mijn betoog zei, is dat wij alle mogelijke kanalen moeten benutten in of via de bedrijven. In de bedrijven gaat het onder andere om wat wij uitgetest hebben, die pilootprojecten in grote bedrijven. Over een goede samenwerking met de vaccinatiecentra zijn besluiten genomen. De taskforce Vaccinatie heeft daar een uitgebreid rapport over. Die samenwerking is heel vlot verlopen, zowel administratief als op het vlak van procedures en de vertrouwelijkheid, tot tevredenheid van de betrokken werkgevers en werknemers, en van de betrokken instellingen.

Dat is één kanaal. Dat gaat nooit ten koste van de prestaties van externe preventiediensten, want het gaat hier over bedrijven met een eigen arbeidsgeneeskundige dienst, met eigen personeel en eigen arbeidsgeneesheren enzovoort.

Daarnaast wees ik erop dat er andere kanalen zijn waarvan één de externe preventiedienst is. Ik zeg niet dat het via die dienst moet, maar zij zijn al jarenlang een van de belangrijkste kanalen om in de griepvaccinatie te voorzien, met name voor risicogroepen zoals oudere werknemers en werknemers met onderliggende aandoeningen. Waarom zouden ze dan plots incompetent zijn als het gaat om covidvaccinatie?

Ik begrijp dat een aantal van u niet vertrouwd is met de werking van die diensten, uitgaande van de vraag over hoe dat zit in kmo's met de één-op-één gesprekken. De preventiedienst komt niet naar een klein bedrijf om er één-op-één gesprekken te voeren, waarbij de andere werknemers kunnen zien wie bij de arbeidsgeneesheer gaat. Zo werkt dat niet. De externe preventiediensten beschikken over kabinetten over heel het land, en over bussen die zich op een bedrijventerrein kunnen begeven. De werkgevers kunnen dus niet van het bezoek bij de bedrijfsarts afleiden dat een werknemer gevaccineerd is.

Voor zover er nog vaccinatiecentra open zijn, moet het mogelijk zijn dat bedrijven een gezamenlijk slot kunnen reserveren, per bedrijf of zelfs per bedrijventerrein, waarbij alle werknemers zich kunnen aanbieden. Dit is om die vertrouwelijkheid te garanderen. Iedereen kan dan nog steeds zelf beslissen of hij of zij al dan niet een vaccin wil, maar dat biedt de kans om de één-op-één gesprekken te voeren. Dat is voor ons het belangrijkste kanaal inzake vaccinatie. Dat gaat niet ten koste van de arbeidsgeneesheer. Het is niet de arbeidsgeneesheer zelf die al deze gesprekken voert, er zijn veel beter gekwalificeerde preventiemedewerkers die veel beter kunnen

praten met mensen van allerlei niveaus om met overtuiging de juiste informatie te verschaffen. Alles gebeurt uiteraard onder toezicht en beheer van een arts, maar het is niet de arts zelf die al die mensen één-op-één ziet. In een aantal gevallen is dat mogelijk maar die gesprekken zullen voornamelijk gebeuren met preventiemedewerkers of verpleegkundigen die een preventieopleiding hebben genoten.

Onze boodschap is al die kanalen te gebruiken. Op de vraag of dit ten koste gaat van de taken van de preventiedienst in relatie tot andere taken, herinner ik u eraan dat het de externe preventiediensten zijn die de snelle vaccinatiecampagne, van zodra de vaccins beschikbaar waren, uitgevoerd hebben in de zorgsector en in de woon-zorgcentra.

Heeft iemand van de vakbonden toen gekraaid dat zulks ten koste ging van andere taken? Op dat moment gaat het over de vraag wat de noden zijn van onze onderneming en van onze medewerkers, in dit geval woon-zorgcentra en zorginstellingen. Zij hadden nood aan vaccins en wel zo snel mogelijk.

Dat is ook het verhaal van de kmo's. Zij betalen immers jaarlijks de factuur van de preventiedienst, zonder dat daar enige tegenprestatie tegenover staat. Zij hebben dus een nood, een wens en een taak die zij graag door de preventiedienst zouden willen kunnen laten uitvoeren. Waarom zou dat dus niet kunnen? Wij moeten er desgevallend wel voor zorgen dat de vertrouwelijkheid gegarandeerd blijft.

Voor dat laatste punt kom ik bij het verhaal dat u ook aanhaalde, namelijk het vertrouwen en de sfeer binnen de onderneming.

Uiteraard wordt de werkgever niet verondersteld op de hoogte te zijn van de vaccinatiestatus. In de meeste bedrijven is er echter een goede vertrouwensband tussen de werknemers en tussen werkgever en werknemer. Er is dus ook openheid over de vaccinatiestatus.

Er zijn bedrijven geweest waar de werknemers naar de werkgever stapten en aangaven dat zij allemaal gevaccineerd waren en het bewijs wilden tonen, waarna ze vroegen de maskers en de afstandsregels achterwege te laten. Dat kon uiteraard niet, maar dat geeft wel aan dat de vertrouwensband in een onderneming is wat ze is. In sommige bedrijven is die band afstandelijk en in andere is hij heel nauw en zijn de werkgever en de collega's wel degelijk op de hoogte.

Het is trouwens pas de voorbije maanden dat de spanningen iets hoger zijn opgelopen onder de werknemers omdat zij nu plots wel een middel hadden om indirect te weten welke collega's wel of niet gevaccineerd waren. Plots ging iemand niet mee op café of nam hij of zij nergens deel aan een activiteit buiten de onderneming. Hoe kwam het dat hij of zij niet mee binnenging? Dat heeft te maken met het lossen van een aantal maatregelen voor de horeca en de restaurants. Indirect weten werknemers het dus wel. Dat heeft tot discussies geleid en leidt nog steeds tot discussies. Dat maakt dat de hele discussie over bijvoorbeeld het CST gevoelig ligt.

Ik kom dus nu bij het CST.

Net zoals over de verplichte vaccinatie hebben wij ook daarover het debat gevoerd. Wij hebben alle argumenten pro en contra op een rijtje gezet. De rij met proargumenten is korter dan de contra-argumenten. Vaak wordt ook hetzelfde argument aangehaald door voor- en tegenstanders.

Vaak wordt door de voor- en tegenstanders hetzelfde argument aangehaald. Een voorbeeldje is dat het veiliger is omdat men enkel gevaccineerden toelaat. De kans dat zij ziek worden is dus kleiner. De anderen zeggen dat het niet veiliger is, omdat men enkel gevaccineerden toelaat en zij zich veel minder zullen schikken naar de regels van de generieke gids. Zij zullen veel onvoorzichtiger zijn en kunnen trouwens ook nog altijd besmettelijk zijn. Hetzelfde argument wordt dus door de twee kampen gebruikt.

Wat de CST-discussie betreft, maak ik nu een zijsprong naar Italië, Oostenrijk en Frankrijk. Italië is een specifiek verhaal. Ik heb ongeveer om de twee weken contact met mijn collega's van Confindustria – de Italiaanse tegenhanger van het VBO – en Confartigianato – de Italiaanse tegenhanger van UNIZO. Zij hebben heel emotioneel gereageerd op de maatregelen, gelet op de herinneringen aan Bergamo en een aantal andere Italiaanse dorpjes. Men heeft zeer emotioneel en waarschijnlijk niet rationeel genoeg alle elementen op een rijtje gezet en besloten om het CST te verplichten, wat zelfs tot het ontslag van werknemers kan leiden indien zij uiteindelijk niet gevaccineerd worden.

Dat heeft ertoe geleid dat er op dit ogenblik grote paniek is in een aantal sectoren, vooral de sectoren met werknemers die zich door culturele factoren, opleidingsfactoren en zelfs geografische factoren niet willen laten vaccineren. Daardoor zitten de ondernemingen met de handen in het haar, want absenteïsme door ziekte of quarantaine is één ding, maar als plotseling 10 à 15 % van de werknemers niet meer beschikbaar is voor de

arbeidsmarkt, is dat dramatisch.

Men mag ook niet uit het oog verliezen dat het hier alleen nog maar gaat over werknemers in Italiaanse loondienst. De onrechtstreekse gevolgen van het CST in Italië zijn nog veel groter. Het belangrijkste voorbeeld daarvan is de procesindustrie, die voor heel wat van haar onderhoud, herstellingen en cyclische processen afhangt van contractorbedrijven die met hun teams heel Europa rondtrekken. Die bedrijven, die ook in de Antwerpse haven, in Rotterdam, in Hamburg enzovoort actief zijn, hebben gewoon hun contracten met de Italiaanse procesindustrie on hold gezet. Zij zullen eerst alle andere werven doen en daarna pas, binnen twee jaar misschien, de volledige herziening van de installaties in Italië. Dat gaat niet over Italiaanse werknemers maar over werknemers uit heel Europa, uit Portugal en uit Oost-Europa, waar er vaak een lagere vaccinatiegraad is.

Daar zijn gespecialiseerde technici noodzakelijk en veel mensen kunnen er niet werken, omdat 10, 20 of 30 % van het personeel niet naar de werf kan worden gestuurd. De impact op de Italiaanse economie is desastreus, omdat er niet genoeg nagedacht is over de gevolgen op de werkvloer. Bij ons zijn er CEO's die ervan overtuigd zijn dat het CST wel een goede zaak is, maar als ik alle argumenten overloop, zijn wij tegen het CST op de werkvloer. Voorstanders van het CST op de werkvloer gaan ervan uit dat ze de preventieve maatregelen achterwege kunnen laten. We hebben duidelijk gemaakt dat dit niet de bedoeling is, dat die maatregelen hoe dan ook blijven gelden en het CST niet meer is dan een extra garantie. Vanaf dan was het enthousiasme wel veel minder. Wij vinden dat aan een CST op de werkvloer meer nadelen dan voordelen verbonden zijn.

Sommigen onder u stelden vragen in verband met de informatie over vaccinatie. U wilde weten waarom bepaalde doelgroepen er nog steeds niet in slagen aan de juiste informatie te komen. Er werd ook verwezen naar culturele factoren en dergelijke. Ik haalde al kort aan waar onze gegevens vandaan komen. Een aantal grote bedrijven heeft via hun sociale dienst op regelmatige basis anonieme bevragingen gedaan bij de medewerkers. Dat ging over allerhande onderwerpen, zoals de bereidheid om terug te keren naar kantoor, telewerk, welzijn, vaccinatiestatus enzovoort. Daar halen wij informatie uit.

Uit die informatie bleek dat niet-gevaccineerden, naast antivaxers, over de minste informatie beschikten en daardoor niet in staat waren om bepaalde keuzes te maken. Sommigen wisten zelfs niet dat het vaccineren gratis was, omdat een medische handeling voor hen steeds gepaard gaat met een zekere kost. Hoe komt dat? Ik denk dat we misschien iets te veel middelen hebben besteed aan affiches of spotjes op radio en televisie, waarmee je die doelgroepen niet bereikt. Een aantal van onze bedrijven voert communicatie met daarin instructies, welzijnsrichtlijnen en preventiemaatregelen in meer dan 40 talen. Ik weet niet in hoeveel talen de informatie over het vaccineren hier beschikbaar is. Misschien in veel, maar zeker niet in 40.

Er is een reden waarom bedrijven vaak zoveel voertalen hebben als het over instructie en informatie gaat. De basiscommunicatie moet uiteraard altijd in een taal kunnen die voor iedereen begrijpelijk is, maar als het erom gaat mensen echt te informeren, dan is er een reden waarom er soms meer dan veertig talen worden ingezet. Op dat vlak hebben we nog werk voor de boeg.

In tegenstelling tot wat enkele keren is gezegd, was de grootste uitval niet te wijten aan ziekte maar aan quarantainemaatregelen. Dat is ondertussen een beetje gekenterd, omdat er sinds een aantal weken voor volledig gevaccineerden geen quarantaine-plicht meer geldt bij hoogrisicocontacten.

L'absentéisme. Avons-nous des chiffres sur la différence entre l'absentéisme des personnes vaccinées et des personnes non vaccinées? Par définition, non, puisque l'employeur n'est pas supposé savoir qui est vacciné ou non vacciné. De manière indirecte, dans quelques entreprises, peut-être; mais de manière directe, par définition, non.

Avons-nous des chiffres sur l'absentéisme vraiment causé par la maladie ou pour d'autres raisons? Là non plus. Parce que dans les faits, on ne sait même pas si un travailleur est malade. Il s'agit d'une inaptitude pour des raisons médicales. Cela peut être un accident, une maladie, un peu de tout. Nous n'avons pas de détails à ce sujet, sauf, comme je l'ai dit, certaines entreprises qui ont vraiment des données très détaillées, partagées par le travailleur dans une relation de confiance.

Er waren vragen over ontslag of zware consequenties in een systeem van verplichte vaccinatie. Gezien de randvoorwaarden zijn wij mijns inziens niet in de positie om te kunnen besluiten over te gaan tot verplichte vaccinatie. Zelfs al mocht er voldaan zijn aan de voorwaarden voor specifieke groepen in de werkomgeving, in het huidige systeem, op basis van de gezondheidswetgeving, leidt dat tot een tijdelijke

ongeschiktheid voor het overeengekomen werk. Dat is geen sanctie en dat is zeker geen ontslag.

De meerderheid van onze bedrijven heeft die mensen aangeworven vanwege bepaalde capaciteiten en wil die mensen niet kwijt. Een vaccin maakt iemand niet meer of minder geschikt voor de job waarvoor hij geselecteerd werd.

Mijnheer De Caluwé, u vroeg heel specifiek naar verplichte vaccinatie in de zorgsector. Daarop moet ik een beetje hetzelfde antwoord geven. In ons tussentijds advies aan de Nationale Arbeidsraad hadden wij een reeks vragen. Voor mij is nog steeds niet geheel duidelijk welke van die vier doelstellingen precies wordt nagestreefd, wanneer men spreekt over verplichte vaccinatie in de zorg.

Hoe dan ook, ook daar geldt dat op het moment niet is voldaan aan de randvoorwaarden. De verplichte vaccinatie levert geen betere bescherming op van de mensen die werken in de zorg. Het levert geen betere bescherming op van de patiënten die behandeld moeten worden. Het kan misschien een impact hebben op de continuïteit, maar dat hangt ook af van andere elementen, zoals hoe goed men de preventiemaatregelen naleeft en de quarantaine- en isolatieverplichtingen gekoppeld aan de zorg.

De PVDA vroeg naar het CST op de werkvloer. Ik heb het daarnet gezegd, wij zijn daarvan geen vragende partij. Ik denk echter wel dat de vakbonden niet het juiste argument hebben dat het recht wordt ontzegd op basis van een medische toestand. Wij weten immers van de Orde van de Geneesheren dat de vaccinatiestatus geen informatie geeft over de gezondheidstoestand. Of iemand gevaccineerd is of niet, zegt niets over diens gezondheidstoestand.

Het argument is dus niet helemaal juist, maar wij zien inderdaad geen heil in het CST op de werkvloer. Sommige werkgevers waren wel pro, maar dat was omdat zij dachten dat dat gekoppeld zou kunnen worden aan het loslaten van de maatregelen die op dit moment nog steeds het werk moeilijk maken, zoals de afstandsregels.

Wat de preventiemaatregelen betreft, eind deze week komt de nieuwe versie van de generieke gids uit; ik ben er de eindredacteur van. De gids, waarin er drie fasen worden beschreven, moet ons voorbereiden op toekomstige pandemieën, of het nu gaat om een nieuwe COVID-opstoot of om iets anders en bedrijven en werknemers een blijvend houvast met mogelijke maatregelen geven.

Enkele maatregelen uit de laagste fase zullen altijd van toepassing blijven, omdat ze verankerd zijn in de codex. De bepalingen omtrent ventilatie waren misschien helemaal nieuw voor de maatschappij in bijvoorbeeld de sportsector of in scholen, maar bestaan al lang in bedrijven. Ook andere bepalingen in verband met hygiëne of in verband met de omgang met mensen die symptomen hebben op de werkvloer en ziek worden, zullen blijven bestaan, ook post covid nadat de generieke gids buiten toepassing is verklaard. Een aantal basispreventiemaatregelen blijven verankerd in onze welzijnswetgeving en in de codex.

Mijnheer de voorzitter, in de chat heb ik de link gezet naar mijn presentatie, die ik niet getoond heb. Als jullie dat wensen, kan ik ook het document met de pro's en contra's van onze CST-discussie delen voor jullie verdere discussie.

De **voorzitter**: Het beste is om dat per mail naar het secretariaat te sturen.

Daan Aeyels: Mijnheer de voorzitter, beste commissieleden, ik dank u voor de interessante vragen. Ik voel dat het onderwerp leeft en dat u daar ondertussen ook heel beslagen in bent.

Ik wil als introductie bij mijn antwoorden toch nog even meegeven dat wij doorheen deze pandemie ongeziene kennisopbouw en kenniswijziging aan een heel hoge snelheid hebben gezien. Die kennis over het virus en over hoe we daarmee moesten omgaan, hoe we moesten testen en ons beschermen is zeer wisselend geweest, net als de urgentie waarmee we die kennis moesten implementeren.

Dat is op het terrein niet altijd evident geweest. We willen daarover graag zekerheid, in absolute termen, zeker als het gaat over de bescherming, maar ik vrees dat dit geen eenvoudig verhaal is en dat dit leidt tot valse verwachtingen. In die zin volg ik dat een blind geloof in slechts een van de maatregelen, om in ruil andere te laten vallen en daardoor volledige vrijheid te verkrijgen, niet de meest aangewezen weg is. We weten dat we ons tegen besmetting kunnen beschermen. Onder andere de generieke gids en de maatregelen die daarrond zijn genomen in het publieke leven zijn daar belangrijk geweest. Dat heeft zeker geholpen om het CST te gaan gebruiken, maar ik druk mij voorzichtig uit en zal daarop straks nog terugkomen.

We weten dat we ons kunnen beschermen tegen de gevolgen van een ziekte via een vaccin, maar ook daar is de bescherming niet 100 %. We weten ook dat we ons kunnen laten testen op een eventuele besmetting, maar ook daar is de

zekerheid over het resultaat niet altijd 100 %. We moeten leren leven met die onzekerheid. Ik ben wetenschappelijk opgeleid, dus voor mij is dat een gewoonte, maar ik merk dat het niet zo evident is om zich die gewoonte eigen te maken, ook niet in de zorgsector.

We weten dat er onzekerheid is over de effectiviteit van de vaccins, maar de vergelijking hoort daar niet te zijn of men 100 % beschermd is, maar wel hoe men zich optimaal kan beschermen en ervoor kan zorgen dat men zoveel mogelijk en zo goed mogelijk beschermd is. Men kan nog steeds besmet geraken, zelfs als men gevaccineerd is. Men moet dus nog altijd opletten wat men doet. Dat betekent dus concreet dat de bescherming een en-enverhaal is. Dat is voor mij ook het verhaal dat we aan het publiek en aan werknemers moeten meegeven.

Dat betekent dat het geen eenvoudig verhaal is, maar wel een verhaal waarbij correcte informatie en duiding moet worden gegeven, met begrip voor de bezorgdheden. Die bezorgdheden belemmeren soms het functioneren van mensen. We moeten daarnaar luisteren en begrip voor hebben. Daarvoor bestaan er kanalen, ook binnen bedrijven. Voor alle duidelijkheid, mijn voorkeur gaat er niet naar uit dat een bedrijf, onderneming, bedrijfsleider of direct leidinggevende toegang krijgt tot medische informatie van werknemers. Dat is niet mijn idee, dat is niet mijn pleidooi. Integendeel, ik denk dat het absoluut goed is dat de arbeidsgeneeskundige diensten, zelfs wanneer zij intern functioneren, absoluut respect hebben voor het privéleven van een werknemer. Dat is een zeer belangrijk gegeven.

Er werd mij specifiek gevraagd of bedrijfsgeneeskundige diensten dat kunnen en dat willen. Daarop kan ik volmondig ja antwoorden. Ik weet pertinent zeker dat Co-Prev als vereniging van externe diensten daarover uitdrukkelijk een standpunt heeft ingenomen en de interne diensten hebben dat eveneens gedaan. Deze ochtend heeft Lode Godderis nog uitdrukkelijk en zeer expliciet gezegd: wij kunnen dit. Dat hebben zij aangetoond. Er werd gevraagd op welke populatie dat aantal van 420.000 vaccins slaat. Het gaat inderdaad om heel België, in de gezondheidssector, de ziekenhuiszorg, ouderenzorg en zo meer. In sectoren waarin op dat moment gevaccineerd kon worden, is men zeer snel aan de slag gegaan. Vandaag werd mij opnieuw bevestigd dat bijvoorbeeld het ziekenhuis UZ Leuven 1.000 vaccins per dag toediende. Die capaciteit betekent dat men daartoe georganiseerd is, onder andere met de nodige informaticasystemen en met een werkwijze, een methodiek waardoor dat op een vlotte manier kan gebeuren. Dus, kunnen zij dat? Ja. Willen zij dat? Ja, ook.

In dat verband is de opmerking over het onderscheid tussen grote en kleine bedrijven wel terecht. Voor de organisatie vraagt dat inderdaad een verschillende approach. Het is niet altijd zo gemakkelijk. Voor externe diensten wordt een en ander nog gecompliceerd door de logistieke uitdagingen die wij vandaag kennen voor vaccins. Voor informatieverstrekking is de uitdaging echter veel minder groot. Daarin wil ik collega De Meester bijspringen.

Moet die informatie door artsen worden verstrekt? Neen, dat hoeft niet. Ook ander medisch geschoold personeel is perfect in staat om voor preventie in te staan en de nodige toelichting te geven, waardoor een deel van de werklast van de artsen kan worden weggenomen. Voor alle duidelijkheid, de privacyregels blijven daarbij wel degelijk van kracht. De bezorgdheden inzake privacy zijn volgens mij terecht, maar ze worden opgevangen door een gezondheidszorgsysteem en een bestaande therapeutische relatie tussen zorgverleners. Daar moet de privacy gewaarborgd worden, het is absoluut belangrijk dat dit ook goed gebeurt.

Kunnen wij informeren? Ja, dat kan een rol van de ondernemingen zelf zijn, zeker wanneer dat in een een-op-eenrelatie wordt gedaan en wanneer specifieke bezorgdheden rond comorbiditeiten, samenhang met medicatie, allergieën enzovoort worden bekeken. Dat zijn medische aspecten en dat is opnieuw het terrein van de arbeidsgeneeskundige diensten. Zij zijn het beste geplaatst om dit soort medische informatie te geven.

Dit kan met respect voor de privacy. Dit houdt geen vertroebeling van de relatie tussen werkgever en werknemer in. Daar kan een heel duidelijk onderscheid worden gemaakt. Informatie is belangrijk en moet absoluut prioriteit krijgen. Werkgevers hebben daar een rol in. Taal is daarbij zeker een uitdaging in de prioritaire groepen. In een aantal settings waarin we dat hebben geprobeerd, is toch gebleken dat dit zeer goed heeft geholpen, zeker bij buitenlandse werknemers, maar ook bij anderen. Ook culturele uitdagingen kunnen wat dat betreft ondervangen worden. In de socioculturele bemiddeling in de gezondheidszorg kan dit worden gehanteerd en meegenomen in de communicatie.

Dit kan niet alleen door arbeidsgeneeskundige diensten. Dit zal absoluut in samenwerking moeten gebeuren met anderen binnen het bedrijf. Daar is

het comité voor preventie en bescherming op het werk absoluut een goede plaats om dat soort praktische afspraken en bezorgdheden, ook op organisatorisch niveau, te bespreken. Dat is een goed kanaal om eventuele bezorgdheden, aandachtspunten en accenten die we willen leggen, op tafel te leggen en te bespreken in dialoog.

We kunnen meer cijfermateriaal hebben over de identificatie van de prioritaire groepen, zelfs met respect voor de privacy. De vaccinatiegraad van ondernemingen kunnen we ondertussen kennen. Daar is een mechanisme in voorzien met een beslissing die is afgestemd. Vanaf een bepaald aantal kan dan de vaccinatiegraad bekend zijn, binnen een bepaalde marge. Die marges en aantallen zijn er uitdrukkelijk gekomen om de privacy van werknemers niet in het gedrang te brengen.

Het klopt echter zeker dat het kan helpen om daar snel precieze informatie over te hebben. Ik nuanceer opnieuw, door te stellen dat, wanneer wij in een manifeste pandemische fase zitten zoals in de eerste golf, dat niet meteen onze eerste prioriteit is. Ik ben echter wel de mening toegedaan dat het nuttig is een systeem op te zetten, waarbij wij dergelijke informatie snel beschikbaar kunnen hebben, zodat wij ook gericht kunnen werken. Wij zullen immers niet altijd in situaties terechtkomen waarbij wij zo massaal worden overrompeld door een virus. Meer gerichte informatie kan dan absoluut helpen, om opnieuw in overleg met de arbeidsgeneeskundige diensten en met de preventiediensten, en voor mij ook met de partners, te bekijken op welke manier wij gericht en snel kunnen ageren. Ter zake is er wel nog werk te doen op het vlak van data.

VOKA heeft zelf ook regelmatig en vaak gekoppeld aan bevragingen met de Nationale Bank van België gegevens verzameld. Wij hebben dat echter niet gedaan voor gezondheidsgegevens of vaccinatiegraad. Op dat punt zijn wij terughoudend geweest, hoewel wij ervoor pleiten om dat te doen. U kan daarbij denken aan een soort dashbord dat zou kunnen worden gegeven. Wij weten ondertussen ook dat schade voor de organisatie van zorg, populatiemanagement en het onderscheiden van prioritaire en behoeftige groepen een instrument kan zijn, om net die mensen te vervangen die vandaag zorg zouden moeten hebben, maar ze niet krijgen.

Ongeconsumeerde of niet-verbruikte zorg, die toch noodzakelijk is, kunnen wij inschatten. Daar bestaan instrumenten voor. Op dat punt zou de eerstelijnszone een plek kunnen zijn om dat te doen. Dat gebeurt dan immers opnieuw door professionals, die in die zone zijn verzameld. Het kan echter absoluut helpen om dergelijke systemen in te voeren.

Over het CST kan ik het volgende meegeven, omdat het ter sprake is gekomen. Wij zijn geen voorstander van het CST, ook niet op het werk. U moet dat kaderen in de onzekerheden die ik bij het begin van mijn betoog heb geschetst. Dat betekent dat wij het CST wel degelijk hebben verwelkomd op het moment waarop het kon helpen, om bij te dragen aan een inschatting die werd gemaakt over het risico dat zou worden genomen op populatieniveau, wanneer wij aan versoepelingen of verstrengingen denken. In globo biedt het volgens ons te weinig zekerheid en is het onvoldoende, om bijkomende rechten af te dwingen. Daarover moeten wij goed nadenken.

Wat het quarantaine- en testbeleid betreft, denk ik dat dat vandaag het middel bij uitstek is om te weten wie gevaccineerd is en wie niet. Ik volg collega De Meester. Daarnet had ik het over de kosten van ziek zijn en de kosten van een vaccin, evenals de aantallen en de continuïteit. Maar hij wijst er terecht op dat quarantaine een veel grotere uitval heeft vertegenwoordigd.

Is dat een probleem? Ja en nee. Het was een probleem toen we nog niet beschikten over de middelen om over de quarantaine genuanceerde uitspraken te doen. Ik denk dat het een belangrijke maatregel is geweest die bij het indijken van de verspreiding van de pandemie heeft geholpen. Maar ondertussen weten we ook dat dit vandaag leidt tot een soort van dichotomie. In sommige gevallen zou men immers perfect kunnen functioneren.

Het is een genuanceerd verhaal. Ik wil daarbij opnieuw voorzichtig zijn. Vandaag zijn mensen arbeidsongeschikt of ze zijn het niet. Dat is een verhaal van 100 %. Dat vind ik een vreemd gegeven. Ondertussen weten we immers dat men perfect besmet kan zijn met het coronavirus, symptoomvrij kan zijn en toch kan werken. Er was immers de verplichting tot telewerken. Dat had dus perfect gekund. Dit wijst er in ieder geval op dat er nood is aan nuancering, met respect voor privacy volgens ons, anders dan de manier waarop dit vandaag gebeurt.

We weten wel dat het quarantaine- en testbeleid zeker op piekmomenten gewogen heeft op de continuïteit en productiviteit van ondernemingen. We hadden moeite om tijdig en snel testen af te nemen. De quarantaines die daarop volgden, duurden soms zeer lang, zeker voor wie zieke

kinderen thuis had. Het absenteïsme was toen tot vier keer zo hoog als het normale cijfer. Dan spreken we over 8 % in plaats van gemiddeld 2 %. Dat zorgde dus voor een vermindering van productiviteit tot 6 %, voor wat de bedrijven betreft die wij binnen VOKA hebben bevraagd.

Heeft dat geleid tot spanningen tussen gevaccineerden en niet-gevaccineerden, onder andere in teamwork? Ik meen dat men die niet mag onderschatten, zeker in een krappe arbeidsmarkt. Dit is geen communautair verhaal. Wij weten dat er zeer veel vacatures zijn in het hele land. Er is een enorme vraag naar arbeidskrachten. Dat betekent dus ook dat wanneer er een uitbraak is, zeker een chronische of een langdurige, dit een weerslag heeft op de werklast van de mensen die nog gezond zijn. Ik moet daar geen tekening bij maken, de mensen die gevaccineerd zijn, zijn minder snel ziek en herstellen sneller, en zullen dus, zeker voor het gevoel dat dan leeft, iets meer het werk dat er nog ligt, moeten dragen.

Dit staat los van het feit dat wie ziek is, uiteraard thuisblijft om te kunnen herstellen, en daar ook alle tijd voor moet krijgen. Ook als men positief is en in die zin een risico vormt, moet men zeer behoudsgezind en voorzichtig de maatregelen respecteren. Wat dat betreft, heb ik alle vertrouwen in de maatregelen die daarover afgestemd zijn.

Ik hoop dat ik alle vragen van de commissieleden beantwoord heb.

De **voorzitter**: Dank u wel, mijnheer Aeyels. Dan is het nu de beurt aan de heer Van Rossen, maar ik moet mij verontschuldigen want ik moet naar een andere vergadering vertrekken. Ik heb collega Jiroflée gevraagd de zaken hier verder in goede banen te leiden. Zij zal dat voortreffelijk doen, neem ik aan.

Voorzitster: Karin Jiroflée.
Présidente: Karin Jiroflée

Edward Van Rossen: Een van de eerste vragen ging erover dat er meer weerstand zou ontstaan door op dit moment vaccinatie te verplichten of het kader te scheppen voor een verplichting. Adviezen van een aantal adviesorganen gaan in die richting. Het is vooral belangrijk om het begrip voor de weerstand en vaccinatieweigeringen te verhogen en om betere cijfergegevens te verzamelen. Op dat vlak is er nog veel mogelijk. Daar kan op korte termijn aan worden gewerkt, zonder dat de weerstand daardoor zal toenemen. Wij vertrouwen erop dat de weerstand veeleer zal afnemen door daarop te werken.

Als het Parlement morgen een kader goedkeurt om de vaccinatie vanaf een bepaald moment te kunnen opleggen, kunnen we inderdaad meer weerstand verwachten. Sowieso zal het niet voor morgen zijn. We kunnen ondertussen alleen maar werken aan een beter begrip van de factoren. Waarschijnlijk kunnen we ook zoeken naar een manier om het draagvlak voor de te nemen beslissing te vergroten, maar dat is niet onze belangrijkste expertise. Daarbij kan men denken aan een maatschappelijk debat, vertegenwoordiging en objectivering van een aantal zaken.

Het is niet onze specialiteit om te oordelen wanneer er opnieuw sprake zal zijn van een noodsituatie en hoelang het CST nog nodig is. We hopen dat het CST zo snel mogelijk tot het verleden zal behoren en dat we er binnen een paar weken voorgoed afscheid van kunnen nemen. We zijn natuurlijk niet zeker. Hetzelfde geldt voor de verplichte vaccinatie. We hopen dat we daarvan nooit de noodzaak zullen moeten zien, maar misschien zal het wel nodig zijn. Dan hopen we dat ze er relatief snel en vlot kan komen.

In elk geval zal een beleid dat wordt uitgewerkt rond verplichte vaccinatie, ook rekening moeten kunnen houden met nieuwe elementen. We hebben de afgelopen twee jaar gezien dat een en ander snel kan evolueren en dat geldt niet alleen voor onze manier en onze kennis over de omgang met het virus, maar ook voor het virus zelf. We zijn ervan overtuigd dat om vandaag te bepalen onder welke omstandigheden er moet worden overgegaan tot een algemene vaccinatieplicht, men waarschijnlijk zal moeten landen op een systeem zoals de barometer, mogelijks met meer indicatoren gebaseerd op de eerste lijn, zoals de huisartsconsultaties.

Ik verwijs opnieuw naar ons jongste advies, zijnde te werken aan de versterking van de noodscenario's, in overleg met de reguliere kanalen, inclusief de eerste lijn. Zij moeten mee aan boord worden getrokken om te bekijken onder welke omstandigheden een verplichte vaccinatie proportioneel kan worden. Zoals gezegd, achten wij dat momenteel niet het geval, hoewel wij in principe zeker voorstander zijn van de mogelijkheid.

Een tweede aspect waar nog niet veel op is ingegaan in de reeds gegeven antwoorden, betreft de sancties als er een verplichte vaccinatie ingevoerd wordt. Op dat vlak – we spreken uiteraard voor de ondernemers – zijn we er geen voorstander van dat de zwartepiet wordt doorgespeeld aan de ondernemers, laat staan dat zij opdraaien voor de kosten die verbonden zouden

zijn aan een ontslag. Voor de zorgsector zou het gaan om een ontslag van rechtswege. In het algemeen zou dat natuurlijk altijd mogelijk zijn, maar we hebben geen standpunt ingenomen over welke sanctie volgens ons de beste zou zijn. Het spreekt voor zich dat we na twee zeer moeilijke jaren in een moeilijke situatie voor onze ondernemingen er niet echt voorstander van zijn daar nog een bezwarende factor bovenop te gooien, ingeval er aan ontslag wordt gedacht voor de sanctie.

Ik verduidelijk graag wat door ons nog schadelijker wordt geacht dan de invoering van de vaccinatie-plicht, die wij als minder schadelijk hebben omschreven. Het betreft de schade die berokkend is door het virus en door maatregelen.

Uitstel van zorg in de zorgsector, economische schade voor onze bedrijven en onze ondernemers maar ook levenskwaliteit en welzijn die enorm hebben geleden op maatschappelijk vlak voor de ganse bevolking, dat zijn neveneffecten van de manier van aanpakken, van het niet verplichten van vaccinatie, van het niet hebben van een erg hoge vaccinatiegraad. We hebben die gezien bij het begin van deze crisis, toen we nog niet de mogelijkheid hadden om die stappen te nemen, en we zien die vandaag ook nog altijd voor een stuk. Voor alle duidelijkheid, wij zien verplichte vaccinatie ook als (…) van het werken met een CST, en dus eigenlijk het sluiten van de economie en de maatschappij voor een deel van de bevolking.

Een ander aspect dat daarmee te maken heeft en dat bij mij opkwam op het moment waarop ik een aantal vragen en reacties hoorde, betreft het niet perfect beschermen van de vaccins. Het klopt dat er inderdaad een mate van onzekerheid blijft bestaan. Dat zal ook altijd zo blijven. Ook bij nieuwe varianten, ook bij nieuwe vaccins, ook bij het beschikbaar komen van nieuwe medicatie zullen er altijd nog risico's blijven en zal niet alles perfect opgevangen kunnen worden. Dat neemt niet weg dat wij geloven in de betere bescherming die wij genieten als individuen en als maatschappij wanneer wij gebruik maken van het potentieel van vaccinatie. Dat is volgens ons voldoende om die keuze te maken. We moeten geen perfect antwoord hebben op het probleem, hoewel dat natuurlijk verkiesbaar is. We denken dat met het beschermingsvermogen dat we zien, er voor ons voldoende is aangetoond om die standpunten in te kunnen nemen. We hopen dat we dat naar de algemene bevolking toe met meer overtuigings-kracht kunnen doen, als we beter inzetten op het verzamelen van cijfergegevens en op het begrijpen van hun redenen om daar toch nog (…). Dat zijn eigenlijk twee benaderingen van hetzelfde probleem.

Een volgende vraag ging over de verwachte impact van long covid op de economie en over de sectoren waar het dan over gaat. Die vraag is belangrijk, maar ze is volgens mij nog niet echt door experts beantwoord. We moeten dus voorzichtig zijn, maar het lijkt voor de hand te liggen dat die impact vooral te merken zal zijn in sectoren waar fysieke inspanning een belangrijke rol speelt, zoals de bouwsector en de land- en tuinbouwsector, om er enkele te noemen.

Twee punten wil ik nog meegeven. Verschillende leden vroegen naar ons standpunt over verplichte vaccinatie in de zorgsector. UNIZO als zodanig heeft zich daar niet expliciet over uitgesproken, ik spreek nu eerder namens de aangesloten koepel-organisaties uit de zorgsector. Zij zijn niet tegen verplichte vaccinatie van werknemers in de zorg. Hierin treden wij de andere werkgevers-organisaties bij. We zijn weliswaar geen vragende partij om dat morgen in te voeren, gezien de dalende evolutie van de cijfers, maar we zijn niet tegen een noodmaatregel zoals momenteel voorzien, namelijk een mogelijke verplichting die in geval van nood operationeel gemaakt kan worden.

Ik kreeg ook de vraag waarom het aantal niet-gevaccineerde zorgverleners zo hoog ligt. Dat zou ik om te beginnen willen nuanceren. Volgens de cijfers van Sciensano die ik zonet heb bekeken, is voor heel België en voor alle beroepen samen meer dan 90 % volledig gevaccineerd, en voor Vlaanderen alleen zelfs meer dan 95 %.

In heel België, voor alle beroepen samen, is meer dan 90% volledig gevaccineerd. In Vlaanderen alleen gaat het zelfs om meer dan 95%. De cijfergegevens in dit verband zijn voor iedereen toegankelijk. Ze houden geen rekening met personen die hun activiteiten stop hebben gezet, die overleden zijn of naar het buitenland verhuisd zijn sinds de start van de vaccinatiecampagne, intussen meer dan een jaar geleden. Dat zal waarschijnlijk ook een aantal procenten niet-gevaccineerden in de statistieken kunnen verklaren. Dat is een belangrijke nuance, vind ik. Ik hoop dat ik daarmee alle vragen heb beantwoord die tot mij waren gericht.

De **voorzitster**: Dank u, mijnheer Van Rossen.

Ik wil de heren werkgevers bedanken voor hun aanwezigheid vanmiddag en voor hun interessante bijdragen.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 16.17 uur.
La réunion publique de commission est levée à 16 h 17.

COMMISSION DE LA SANTE ET DE L'ÉGALITE DES CHANCES

du

MARDI 8 MARS 2022

Matin

_____

La réunion publique de commission est ouverte à 10 h 07 et présidée par M. Thierry Warmoes.
De openbare commissievergadering wordt geopend om 10.07 uur en voorgezeten door de heer Thierry Warmoes.

De **voorzitter**: Ik ben blij jullie allen in levenden lijve hier terug te zien en het stemt me gelukkig dat we eindelijk in code geel zitten, zodat we in aanwezigheid van alle leden in de commissiezaal kunnen werken. We maken evenwel nog een uitzondering voor de gasten. Zij kunnen nog via videoconferentie deelnemen. Deze commissie is ook bevoegd voor gelijke kansen en daarom wil ik de talrijke vrouwen in deze commissie feliciteren. Ik weet dat sommige misschien voortijdig zullen moeten vertrekken, aangezien het vandaag Internationale Vrouwendag is.

En effet, c'est la journée de lutte pour l'égalité hommes/femmes et pour les droits des femmes. Certaines, ou certains peut-être aussi, s'absenteront et ils ou elles sont tout à fait excusé(e)s pour cela. Je voulais le dire parce que nous formons quand même la commission en charge de l'Égalité des chances, il ne faut pas l'oublier.

Ik verwelkom graag onze sprekers, de heren De Hert en Dobbelaere-Welvaert, mevrouw Degrave en de heer Dumortier. Welkom, alle vier.

Bienvenue à vous tous. Merci d'avoir accepté notre invitation pour ces dernières auditions relatives à l'obligation vaccinale. Nous avons commencé ce travail à un moment où l'on réfléchissait à cette perspective. Je pense qu'aujourd'hui, c'est moins d'actualité. En tout cas, nous tenons à terminer ce travail convenablement. Pendant les auditions, on nous a fait remarquer que nous avions un peu perdu de vue l'aspect de gestion des données, qui est évidemment important. C'est pourquoi nous avons invité quatre experts en ce domaine.

COMMISSIE VOOR GEZONDHEID EN GELIJKE KANSEN

van

DINSDAG 8 MAART 2022

Voormiddag

_____

Nous allons clore tout ce travail sur l'obligation vaccinale par un débat qui se tiendra demain. Nous vous avons envoyé un mail vendredi à cette fin. C'est en tout cas la proposition qui est faite.

Je demanderai aux intervenants de se présenter, car ils le feront mieux que moi, en mentionnant d'éventuels conflits d'intérêts. C'est ce que nous demandons à tous nos invités. Et puis, je pense qu'il vous a été demandé de parler pendant environ un quart d'heure. Ensuite, comme d'habitude, nous donnerons la parole à nos membres en reprenant la règle que nous avions instaurée - le nombre d'orateurs fois une minute -, parce que nous devons clore à 13 h 00. Autrement dit, nous accorderons quatre minutes à chacun pour poser ses questions. Un second tour sera possible si d'autres membres souhaitent prendre la parole

Ik geef eerst het woord aan de heer De Hert. Bedankt voor het aanvaarden van de uitnodiging, mijnheer De Hert. U mag zichzelf voorstellen en eventueel gewag maken van belangenvermengingen.

Voorzitster: Gitta Vanpeborgh.
Présidente: Gitta Vanpeborgh.

Paul De Hert: We zijn hier met vier mensen aanwezig die beslagen zijn in de privacy. De privacy is een van de mensenrechten. De methodiek van de privacy ent zich dan ook op die van de mensenrechten. Het was dus een goede zaak om vandaag, nu we toch in code geel zitten, even kort na te denken over die methodiek van de mensenrechten en om ook even naar de toekomst te kijken.

Het is dus de bedoeling om vandaag terug te komen op de verplichte vaccinatie waarvan begin februari 31 van de 32 deskundigen gezegd hebben dat ze er niet achter staan. Ik ben van mening dat het goed is om nu naar de toekomst te kijken,

aangezien we in code geel zitten. De methodiek van de grondrechten en privacy heeft namelijk problemen ondervonden. Er zijn taboes geweest, er is polarisatie geweest. Dat heeft een gestructureerde proportionaliteitsredenering in de weg gestaan met betrekking tot verschillende maatregelen zoals bijvoorbeeld de lockdowns maar ook thema's zoals de vaccinatie.

We zullen eerst naar het algemene kader kijken. Daarna bekijken we het vaccinatiekader, waaronder de belangrijke Tsjechische zaak-Vavřička. De laatste slide gaat over covid.

De basis voor vandaag is het grondrecht op privacy, artikel 8 EVRM. Dat bevat drie principes: legaliteit, but légitime en proportionaliteit.

Ik zal eerst even stilstaan bij de legaliteit. Die is namelijk niet zonder belang. Parlementen moeten wetten stemmen om de privacy te kaderen en te beperken. Die wetten moeten duidelijk, voorzienbaar en toegankelijk zijn. Meer en meer komt de klemtoon in de rechtspraak echter op de *garantie appropriée*. Dat aspect wordt toch vaak vergeten, ook als wij naar Europese wetten kijken. Er worden te veel wetten gestemd waarin de checks-and-balances niet goed worden gedaan. Dat is een nieuwe situatie die aandacht verdient.

Artikel 8 van het EVRM verwijst op geen enkele manier naar procedurele maatregelen, maar het hof heeft daar stelselmatig de klemtoon op gelegd en kijkt ook bij de toetsing van wetten naar de manier waarop het Parlement te werk is gegaan. Dat is vandaag voorbeeldig, want wij zitten in code geel en wij denken na. De manier waarop het Parlement heeft geanticipeerd op klachten en verzoeken van burgers om aandacht te besteden aan rechtsbescherming, zal bijdragen aan de appreciatiemarge, op de ruimte die Europa geeft aan lidstaten om een eigen koers te varen. Slecht parlementair werk leidt dus tot een grondige toetsing, zorgvuldig parlementair werk leidt tot een genereuzere toetsing waarbij de keuze van de nationale wetgever wordt gerespecteerd. Er is dus geen *one-size-fits-all*. Er is een zorgvuldigheidsgebod in de mensenrechten en er zijn altijd, ook bij de mensenrechten, meerdere uitkomsten mogelijk.

Een ander aspect is het legitieme doel. Dat is naar mijn zin veel te genereus geformuleerd in het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens. De *welfare state* is geen probleem, de gezondheidsstaat is geen probleem, al die doelen zijn legitiem. *Protection de la santé* en *protection des droits d'autrui* zijn de klassiekers in debatten zoals dat van vandaag. Voor mij is dat belangrijk, want het is het vertrekpunt van de proportionaliteitsredenering: wat is het doel? Is dat legitiem? Als men er dan een of twee kan aanwijzen, dan zit men in goed gezelschap.

Nu komen wij bij de fameuze proportionaliteit. Na de hoorzittingen van begin februari heb ik in de pers gelezen dat men hier heel veel van had geleerd en dat men daar twee jaar niets van had gehoord vanwege de GEMS, die absoluut geen juristen bevat. Dat was volgens mij absoluut een kwalijke zaak. De proportionaliteitsredenering dringt zich op als een belangrijke juridische bijdrage aan het denken in een rechtsstaat over wat het moet zijn.

Een puur medische redenering is onvoldoende vanuit een rechtsstatelijk perspectief en moet zich verhouden met een proportionaliteitsredenering. In het EVRM staat te lezen: "*Nécessaire dans une société démocratique*." Dat wordt dus in de praktijk van het Hof aangepast en vervangen door een proportionaliteitstoetsing die meestal op het einde van een analyse komt. Juristen hebben daar absoluut geen grote geheime, magische kennis die andere geletterde mensen niet hebben. Het is een structuur van vragen stellen die gevolgd wordt door rechters over heel de wereld.

De eerste vraag is wat het legitieme doel is. Is het middel dat u wil inzetten om uw doel te bereiken geschikt, pertinent, voldoende? Een belangrijke vraag is of er alternatieven zijn. Daar houden juristen zich bezig met het veld. U wilde iedereen vaccineren. Is dat de enige oplossing? Dan volgt een *mise-en-balance*, een proportionaliteit stricto sensu. Het doel is de gezondheid. De prijs die we zullen betalen, zit in de vrijheden. Dat en de relatie wordt heel zorgvuldig bekeken. Schiet er nog iets over? Wordt die gezondheid wel bereikt of offeren we al die vrijheden nu op? Dat is een belangrijke vraag in dit debat. Die eerste stappen zijn natuurlijk het objectiefst, namelijk of er alternatieven zijn en of het een geschikt middel is. Dat zijn vragen waarnaar we zonder te veel controverse kunnen kijken.

Helaas stellen we vast dat in de pandemiecrisis de gestructureerde proportionaliteitsredenering overal in de wereld is verlaten door te veel schrik, te veel, begrijpelijke, angsten, te veel onzekerheden. Het fenomeen is niet puur Belgisch. Het fenomeen is mondiaal. Als er al rechters ingeschakeld werden, gingen die terug naar een platte categorische balans. In dat geval was de uitslag op voorhand altijd al geweten. De eerste vragen, namelijk of het een pertinente, voldoende methode is, en of er alternatieven zijn, kwamen zelfs niet aan bod. Nood breekt wet, heel rechttoe rechtaan. *Unfortunately*, schrijven de juristen dan. Dat

hebben we twee jaar moeten verdragen.

Nog een grote auteur, de heer Kai Möller schreef *The proportionality of lockdowns* en spreekt openlijk over een drietal taboes die de juristen in de war hebben gebracht, ook in België, de Raad van State voorop. Die taboes zijn de fixatie op de mortaliteit, het niet willen zien van het risico voor ouderen maar het voorstellen van de pandemie als een risico voor iedereen en de kwestie van de overvolle hospitalen, waarover geen enkele kritische vraag mocht worden gesteld. Die drie taboes hebben gespeeld in het neerslaan en het vermijden van een gestructureerde proportionaliteitstest. Wij kwamen dan bij categorische preferenties voor het leven inzake de vrijheid. Dat is wat juristen pijn doet. Wij trachten immers in die balansoefening zaken te verzoenen.

Er zijn nog andere principes die spelen. Ik heb legaliteit, *but légitime* en proportionaliteit genoemd. Er is ook nog het principe van de *précaution*. In België heeft een magistraat, Velaers, gepleit voor het principe van niet-weten. Daarop is veel kritiek geweest. Ook op de Belgische rechters en de Raad van State is veel kritiek geweest als zijnde te overheidsvriendelijk en omdat zij hun werk niet zouden doen.

Alleszins is de *common sense* dat in het kader van de *precaution* of het voorzorgsbeginsel een aantal restrictieve maatregelen kunnen worden getroffen, die opnieuw moeten worden verzoend met het proportionaliteitsbeginsel. Dat is iets wat de Raad van State veel te vaak heeft vergeten. De grondrechten laten niet toe dat de proportionaliteitstoets zomaar wordt opzijgezet. Ik herhaal. Bij *precaution* weten wij niet alles. Wij tasten in het duister. Wij moeten echter bekijken of de middelen geschikt zijn. Indien er alternatieven zijn, wat is dan het beste middel, om zowel de gezondheid als de privacy en de vrijheid te realiseren? Zitten wij bij de balansoefening al dan niet met een disproportionaliteit?

Dat moet elke keer bij elke maatregel worden bekeken. Ik heb de voorbije jaren van de GEMS ondingen gehoord, zoals de Zwitserse kaas of *fromage suisse*. Dat zijn zaken uit het *risk model thinking* en niet uit het recht. De *fromage suisse* is een vloek in het licht van de proportionaliteitsredenering en zou dan ook beter worden afgevoerd in ons overheidsdenken. De overheid moet bewijzen dat alle afzonderlijke maatregelen en niet het amalgaam *fromage suisse* aan die voorwaarden beantwoorden. Dat is vrij streng.

Die grondrechten zijn ook zeer duidelijk sinds de Tweede Wereldoorlog: *informed consent*; integriteit van het lichaam is belangrijk; en voor het algemeen belang zijn er uitzonderingen nodig. In de praktijk heeft dat geresulteerd in zeer weinig verplichte vaccinaties, vooral voor beroepsgroepen en kinderen. Dat was de uitkomst van het hele juridische systeem na de Tweede Wereldoorlog. Wij zijn voorzichtig met vaccinaties. Wij laten ze over aan de vrije keuze.

Wij doen dat eigenlijk perfect. De meeste vaccins zijn beschikbaar. De meesten onder ons hebben talloze vaccins gekregen om te kunnen reizen en om zich te beschermen tegen risico's, allemaal gebaseerd op *informed consent* en ondersteund door een bezoek aan de arts.

Wat is dan heel cruciaal? Elke maatregel moet apart genomen worden. Er is geen discussie over de vaccins, er is een discussie over vaccins tegen bepaalde kwalen. Die proportionaliteitsredenering zal altijd op een andere manier gevoerd worden, en een andere uitkomst opleveren.

Over de vaccinatie tegen polio is er weinig debat. Er zijn nog vragen over, maar in het licht van het proportionaliteitcriterium is het poliovaccin een goed aanvaard verplicht vaccin. Het gaat om een stabiel virus, zonder mutaties. Het vaccin heeft geleid tot een aanwijsbare verbetering, de uitroeiing van polio.

Om u te tonen dat juristen niet tegen elke verandering zijn, zouden wij in België op dezelfde manier een debat kunnen overwegen over vaccinatie tegen de mazelen. Opnieuw gaat het om een stabiel virus, met ernstige gevolgen en een nood aan een hoge vaccinatiegraad. In het licht van het proportionaliteitcriterium zou men dus het gesprek kunnen voeren over een verplichte vaccinatie.

Voor de griepvaccins hebben wij dat niet gedaan. Daar gaat het niet om een stabiel virus. Het gaat om een virus dat elk jaar muteert en dat bepaalde doelgroepen cibleert: de ouderen. Maar het heeft geen gevolgen voor de grote mensenmassa. Wij laten de keuze over aan de persoon die met *informed consent* zelf mag beslissen of het vaccin aanvaardbaar is of niet. Wij doen dat goed. Een zekere propaganda van de staat, of een zekere aanmoediging van de staat voor het vaccin is daar op haar plaats, maar dan met volledige informatie over welke de risicogroepen zijn en welke niet. Op die manier is er een heel rechtstatelijke wijsheid opgebouwd die perfect harmonieert met de grondrechten.

Ik wijs erop dat ik hier heel eenvoudige redenering volg. Die moet aangevuld worden met wat ik gezegd heb over legaliteit, over de checks-and-balances in de wetgeving, over het voorzorgsbeginsel, enzovoort.

De zaak-Vavřička is een belangrijke recente zaak. Een vader in Tsjechië weigerde voor zijn kinderen vaccinatie tegen onder meer hepatitis B en tetanus en kreeg een lichte boete. Hij argumenteerde dat die boete een schending was van zijn religievrijheid en zijn integriteit en stelde dat er ook onduidelijkheden waren over het vaccin.

Die zaak wordt heel vaak verkeerd uitgelegd en volgens mij te snel gelezen. We moeten dus opletten voor een zekere *désinformation juridique*, fakenieuws bestaat ook in het recht. Tegen een eenvoudige lezing verzet ik mij. Het is geen eenvoudig arrest. De rechters hebben het ook niet perfect gedaan. De rechters hebben een, in mijn ogen, dramatisch uitgangspunt genomen, met name het vaccinatieplan van de WHO dat inhoudt dat alle vaccins goed zijn en dat iedereen met alles gevaccineerd moet worden. Dat is een gevaarlijk uitgangspunt dat ik absoluut niet deel. In de literatuur die ik gebruik over vaccinaties, gaat het er net om dat elk vaccin apart wordt bekeken en dat ook rekening wordt gehouden met de buurlanden. De gouden regel is, als er geen vaccinatieplicht geldt in de buurlanden, dat goed mag worden toegekeken, dat is een belangrijk element. Dat is nog wat anders dan de puur medische kijk van de WHO, want dat is een dubieuze kijk.

Waarom is dat arrest vaak verkeerd gebruikt? De heer Vavřička heeft ongelijk gekregen. Het Hof vond een juridische basis, een *but légitime* en zelfs een *besoin social impérieux*. Het Hof vond de motieven pertinent en *suffisants*. Het Hof liet de verplichte vaccinatie in Tsjechië dan ook uitvoeren door een balansoefening, dus de strikte proportionaliteitstoetsing op het einde.

Bij sommigen leidt dat, misschien op basis van verkeerde rapportage in de pers, tot de vaststelling dat de vaccinatie *ne pose pas aucun problème*. Dat is natuurlijk niet hoe ik dat arrest lees. Een parlement kan zeker veel aan dat arrest hebben, maar het is geen principearrest, het is een voorzichtig geformuleerd arrest, in het midden van een pandemie uitgebracht, in een periode waarin allerlei lidstaten politieke argumenten aanbrachten om de covidvaccinatie zeker mogelijk te maken. Rechters hebben lang nagedacht, veel getwijfeld en hebben uiterst zorgvuldig geformuleerd over de kindervaccinatie in Tsjechië tegen onder meer tetanus en polio, telkens met een slag om de arm, zodat in een ander geval anders kan worden beslist.

Gezien die achtergrond is het arrest zeer boeiend. Het aanvaardt verplichte vaccinatie wanneer vrijwillige vaccinatie niet zou volstaan of wanneer groepsimmuniteit niet kan worden bereikt. We weten dat die groepimmuniteit 60 % kan zijn bij het ene virus, 80 % bij het andere enzovoort. Dat is dus een variabele. Op zich is dat reeds een proportionaliteitsredenering. De verplichting kan alleen wanneer in de concrete omstandigheden blijkt dat het vrijwillige niet werkt.

Een andere belangrijke triomf is dat het arrest tegen Frankrijk ingaat, tegen een zeer seculiere gedachte ingaat. Ik ben van de VUB, maar ik gruwel van de visie dat religie geen grond mag zijn tegen vaccinatie, dat het nooit een levensovertuiging kan zijn om überhaupt tegen vaccinatie te zijn. Het Hof heeft dat afgewezen. Het Hof heeft ruimte gelaten, het was ook aanwezig in Tsjechië, voor een *objection de conscience séculière et religieuse*. Dat is heel belangrijk in dat vaccinatieverhaal. Een puur medische kijk is een probleem voor de mensenrechten, ook gezien artikel 9 van het EVRM houdende grondrecht op vrijheid van mening, van gedachte, van religie en van overtuiging. Dat is belangrijk.

Heel kort, ik vind de proportionaliteitstest niet perfect, er zitten schoonheidsfouten in. Het is dus geen *structure of the proportionality test*, waarbij ook bijvoorbeeld gezocht wordt naar *least onerous meanings*, naar alternatieven. Er zit *categorical preference* in, voor het belang van het kind. Dat wordt heel dramatisch gebracht. Er is weinig rechtsvergelijking, er wordt duidelijk gemaakt dat Tsjechië het repressiefste land is op het vlak van vaccinatie, dat de rest van Europa het anders doet, is op dit moment van geen tel. Dat zijn de zwakkere punten. Er zitten heel interessante punten in die wat langere en striktere proportionaliteitstest.

Vaccins tegen kinderziektes zijn effectief en veilig. Het Hof is daarvan overtuigd, het laat zich daarin ook ondersteunen door de wetenschap. Er moet wel een procedure zijn voor vaccinatie, om te kijken naar contra-indicaties. Er is een foutloze aansprakelijkheid, die wij in België voor covid niet hebben georganiseerd. Zeer belangrijk, vaccins mogen nooit met dwang worden toegepast. De boetes als men zich niet laat vaccineren moeten zeer redelijk en zeer beperkt zijn, in het licht van alle vrijheden. Kinderen mogen niet te zwaar gesanctioneerd worden. Ouders mogen niet te zwaar gesanctioneerd worden.

Hier komt de lijst van eisen voor als het Parlement morgen wil beslissen om zo'n Tsjechische wet in te voeren.

De eerste eis op die lijst is een activering op bewezen medische gronden, die aan het Parlement moet worden voorgelegd. Dan heeft men dus instemmingsrecht van het Parlement. De

overheid moet dus de geschiktheid en de noodzaak bewijzen door aan te tonen dat het resultaat niet met minder drastische methoden kan worden bereikt.

Er moet duidelijk aangetoond worden dat de vaccins veilig zijn. Hier speelt dus het *principe de précaution*. Dat betekent dat niet of niet volledig geteste vaccins niet aan kinderen mogen worden voorgeschreven. Op dat vlak hebben we in België toch een zware schoonheidsfout begaan.

Er moet ook een keuzemogelijkheid zijn. Dat staat ook in het arrest-Vavřička. Dat is dus niet zoals het in Vlaanderen gaat, men kan niet kiezen voor een bepaald vaccin en durf vooral ook geen keuze te maken, want dat toont slecht burgerschap aan. Neen, de keuzemogelijkheid moet worden gerespecteerd, zonder ironie of sarcasme tegenover degene die de keuzemogelijkheid uitoefent. Dat betekent dat er niet alleen aan die genetische vaccins moet worden gedacht, maar ook aan meer traditionele vaccins zoals Novavax.

Er moet een procedure zijn waarbij voor de vaccinatie eerst de arts wordt bezocht en waarbij men op zoek gaat naar contra-indicaties, bijvoorbeeld of men al veel antistoffen heeft door een eerder doorgemaakte infectie, waardoor de vaccinatie kan worden uitgesteld. Heel de Belgische aanpak van het werken met vaccinatiecentra is voor mij altijd een probleem geweest. Waarom hebben we de eerste lijn uitgeschakeld? Alleen maar praktische argumenten aanvoeren tegen zeer belangrijke instituten als de eerste lijn kan mij niet overtuigen.

Tot slot staat op die lijst ook foutloze aansprakelijkheid. Dat heeft de Belgische overheid goed gedaan in de voorbije jaren. Wie is er aansprakelijk als het fout loopt met alle vaccins van de voorbije twee jaar? Big pharma heeft zich mooi weg onderhandeld en de overheid heeft geen enkel gebod of verbod opgelegd. De aansprakelijkheid ligt dus bij de individuele burger, die via informed consent vrij in de vaccinatie heeft toegestemd in de voorbije jaren. Dat kan niet meer als we de verplichte vaccinatie invoeren. De gevolgen zijn dan te dragen door de Staat, door middel van een fonds of door het aanleggen van een extra reserve.

Er zijn nog twee eisen, namelijk geen geweld en beperkte sancties.

Er is verder nog een hele regeling voor religieuze en levensbeschouwelijke gewetensbezwaarden, met de oprichting van een administratieve autoriteit. Het model van de vrijstelling voor gewetensbezwaarden bij de verplichte legerdienst moet ook worden ingevoerd. Het Hof verwees daarnaar. Dat mag geen autoriteit zijn die sarcastisch elk verzoek neersabelt. Het Hof wijst erop dat de vrijstelling moet worden gegeven vanaf het moment waarop er een zekere geloofwaardige argumentatie wordt ontwikkeld. Dat is ook het geval in Tsjechië. Er zijn dus toch een heleboel toeters en bellen, een heleboel checks-and-balances voor een discussie die vaak heel bot wordt gevoerd.

Ik heb die discussie op een slide toegelicht, maar ze is zo bekend dat ik ze niet hoef te voeren. Ik wijs op de vele voordelen van de covidvaccins en op de vele oplossingen die deze hebben opgeleverd. Ik wijs er ook op dat er toch teleurstellingen zijn in het verwachtingspatroon, zowel wat de beschermingsfunctie als het stoppen van besmetting betreft, waarbij de argumenten die worden gebruikt in het arrest-Vavřička, zoals sociale solidariteit, minder opgang maken.

Ik denk dan ook na over wat de Belgische overheid zal doen. Zal ze zich niet enigszins belachelijk maken als er drie, vier of zelfs zeven boosters moeten worden gegeven? Waar zal dat eindigen? Hoe zit het met de proportionaliteit? Er zijn toch indicaties dat het niet die effectiviteit heeft die we zouden kunnen verwachten van vaccins die in aanmerking komen voor een verplichte vaccinatie.

Ik heb ook de indruk dat het seizoen voorbij is en dat niemand nog echt vragende partij is. Ik denk ook dat we spijt hebben van een aantal doelgroepvaccinaties, zoals die in de zorg. Het argument daar is dat de vaccinatieverplichting in de zorg berustte op het idee van het tegenaan van besmettelijkheid, een idee dat helemaal onderuitgehaald werd. Gevaccineerden besmetten en niet-gevaccineerden besmetten. Er is een klein verschil, maar niet in de eerste week van de besmetting. Dat verschil is niet relevant. Men is zwanger of men is het niet, men is besmettelijk of men is het niet.

In het licht van de gezondheid kunnen detaildiscussies eigenlijk niet werken. Testen lijkt mij daar de beste oplossing te zijn. Mijn voorstel is dan ook om voorlopig niets te doen, ook niet op het niveau van doelgroepen zoals de zorg, temeer daar de maatschappelijke gevolgen duidelijk zijn. Polarisatie is er daar één van.

Ik laat het Parlement graag deze lijst van zeven eisen die kunnen worden gedistilleerd uit Vavřička en die de vrucht zijn van een gestructureerde proportionaliteitstest. Ik denk dat dit vanuit het recht een belangrijke bijdrage aan het debat is.

De **voorzitster**: Dank u wel, mijnheer De Hert, voor de ongetwijfeld leerrijke en kritische inzichten en bedenkingen. Die elementen zullen verder zeker

worden meegenomen in het debat. De volgende spreker is de heer Matthias Dobbelaere-Welvaert.

Matthias Dobbelaere-Welvaert: Een zeer goede morgen. Ik zal iets minder uitgebreid spreken dan professor De Hert, alleszins over de vaccinatieplicht. Ik denk dat daarover alles is gezegd, maar weinig over het CST, waar ik het dan zelf over zal hebben.

Eerst en vooral, ik ben jurist en privacy-activist bij het Ministry of Privacy. Wij zijn een stichting die het belang van burgers inzake privacy behartigt. Dat was de gevraagde voorstelling.

Ten tweede, wij hebben een rechtszaak aangespannen tegen de Vlaamse regering over het CST, met de naam Covid Shit Ticket. Dat initiatief haalde toen op vier of vijf dagen 45.000 euro op. Dat is niet voldoende, want zoals u weet heeft de overheid altijd meer geld dan anderen. Maar goed, we zitten in een kortgeding, we zitten voor de burgerlijke rechter en we zitten voor het Grondwettelijk Hof. In het kortgeding verwachten we een uitspraak binnen de week of binnen twee weken. Dat zal dan op het Vlaamse niveau de eerste rechterlijke toets zijn voor het CST. In Wallonië hebben we gezien dat er al twee, of zelfs drie toetsen zijn geweest, waarbij de lagere rechter telkens zei dat het niet proportioneel was. Op het hogere niveau, in beroep, werd het zeker na de eerste uitspraak wel bevestigd als zijnde passend of proportioneel.

Over het CST is er heel veel gepraat vandaag of sinds gisteren. Men kon voor de eerste keer ergens naartoe gaan zonder een QR-code te moeten tonen of een identiteitskaart. Het is een samenleving die beter is dan wat we de voorbije maanden hebben gezien. Dat gevoel overheerste bij een groot deel van de bevolking. Vandaar dat we ook de zaak aanhalen, het aantal donaties en het aantal dagen. Dat haal je niet op met alleen de zogenaamde rabiate antivaxers, wat voor vreselijke naam dat ook is.

Heel veel mensen lieten ons weten wel gevaccineerd te zijn, maar tevens tegen het CST te zijn. Wij hebben dat niet geverifieerd, want wij vragen niet naar de vaccinatiestatus. Het gevoel dat overheerste bij de bevolking was een zekere moeheid. Dat is een eerste punt. Ten tweede had men ook een zeer onwennig gevoel bij het feit dat men eigenlijk zijn medische status moest gaan bewijzen tegenover een andere burger.

Het CST heeft ook geleid tot betogingen. De vraag is hoeveel bezorgdheden met betrekking tot privacy daar een rol in speelden. Dat laat ik in het midden, dat is niet mijn doel. Het CST heeft eigenlijk een technisch, een juridisch en een ethisch aspect. Ik bespreek eerst en vooral het technische aspect van het CST. De QR-code die wordt gebruikt in België is dezelfde als die die wordt gebruikt om naar lidstaten van de Europese Unie te reizen. Herinner u dat het CST, of alleszins de QR-code, vooral werd ingevoerd onder invloed van Griekenland met als doel het toerisme weer mogelijk te maken. Dat heeft gewerkt en vervolgens heeft België beslist om identiek dezelfde QR-code te gebruiken voor grote evenementen en later ook voor horeca, gym en andere zaken.

Het probleem daarmee is dat een douane op de luchthaven veel meer informatie nodig heeft dan een cafébaas en toch heeft men, in tegenstelling tot een land als Nederland, dat werkt met een ander type CST en QR-code, die slechts de initialen van de naam tonen en een groene of rode status weergeven, heeft België uit luiheid beslist om dezelfde QR-code te gebruiken. Die QR-code bevat de datum van vaccinatie, het type vaccin, of men gevaccineerd is, de geboortedatum en de volledige naam. Dat zijn zaken die een cafébaas of een gymuitbater helemaal niet nodig heeft. We vragen dus al maanden om een aparte QR-code te implementeren, met initialen en een groene of rode status. De kostprijs hiervoor is begroot op 10.000 à 15.000 euro. U weet wel dat de overheid wel eens vaker geld weggooit naar figuren zoals Frank Robben, dus voor die 10.000 à 15.000 euro zal er nog wel budget zijn geweest. Vreemd genoeg heeft men nooit de moeite genomen om in een andere QR-code te voorzien.

Indien men dat wel had gedaan, dan zou men heel wat zuurstof weggenomen hebben uit de zaak die we voeren. Onze advocaten voeren die zaak ook op discriminatie, op ruimere mensenrechten. Het blijft echter een feit dat het heel concreet moet worden, als men naar de rechter stapt. Een van die concrete zaken is natuurlijk het technische aspect. Het blijft mij een volkomen raadsel waarom er geen technische aparte QR-code, met alleen de initialen en een rood of groen scherm, werd ingevoerd. Verder is er natuurlijk de bezorgdheid rond Q4/2022, waarin volgens mij het CST geheractiveerd zal worden. Hopelijk is dat iets dat de volgende keer wel wordt opgepikt, zodat we een andere soort privacyvriendelijke QR-code krijgen.

Over de proportionaliteitstoets kan ik kort zijn, aangezien die ruim is aangehaald door professor De Hert. Elke maatregel die wordt genomen, moet proportioneel zijn wat het doel betreft. Als het eerste doel het vermijden of beperken van besmettingen was, dan zien wij dat het CST gefaald heeft. Mocht het vaccin volledig beschermen tegen een besmetting, dan was het CST wellicht wel proportioneel. Dan kon men een heel goede zaak

maken waarom men het CST zou willen aanhouden. Dat bleek echter niet het geval: gevaccineerden zijn nog altijd besmettelijk, zij het wat minder dan niet-gevaccineerden.

De Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA), u welbekend – want daar rommelt het momenteel en er zijn voorstellen om de zaken daar te stroomlijnen –, heeft een aantal keer een negatief advies gegeven over het CST. De GBA zei heel duidelijk dat het CST – ik citeer – "van nooit geziene aard was" en dat er een risico op gewenning was. De GBA gaf aan dat er een soort *chilling effect* was, maar ook een gewenningseffect voor de burger om medische data vrij te geven. Dat is misschien het eerste wat ik moet zeggen, want een vaccinatiestatus is wel degelijk een medisch gegeven en medische gegevens worden beschermd door artikel 9 van de GDPR. Dat artikel betreft gevoelige gegevens, zoals dus medische gegevens, maar ook gegevens over seksuele voorkeur en of men lid is van de vakbond. Dat laatste is ook een gevoelig gegeven, volgens de Belgische omzetting toch. Onder artikel 9 van de GDPR zitten dus alle gevoelige gegevens en zij mogen in principe niet worden verwerkt, tenzij er een wettelijke grond of een andere uitzondering is. Ik wil daarmee maar zeggen dat het aantonen van een vaccinatiestatus wel degelijk een medisch gegeven is, dat men eigenlijk niet zomaar hoort te tonen. Dat gewenningseffect zien wij nu al.

Het CST is niet weg. We praten hier wel een beetje vijgen na Pasen, maar het CST is niet weg. Het is gedeactiveerd. Minister Vandenbroucke zei op de radio dat men de applicatie nog niet van zijn telefoon moet verwijderen, want misschien zullen wij de applicatie nog moeten heractiveren. Dat gewenningsprincipe is een element: mensen zijn het ondertussen gewoon dat zij, om een basisactiviteit uit te voeren, namelijk op restaurant gaan, verplicht worden om hun medische status te bewijzen aan een andere burger. Men moet dat niet doen ten aanzien van een dokter of een politieagent, maar ten aanzien van een andere burger.

Ik ben blij dat deze vergadering over privacy er is; ik denk dat er te weinig aandacht was voor dat facet. Er is heel veel gezaagd en geklaagd over het CST, maar daarbij werd vaak voorbijgegaan aan de grond van de zaak, namelijk dat het wel degelijk een gevaarlijk product is. We moeten erg opletten dat voor een volgende epidemie, griep of gelijk welke ziekte of gelijk welk ander doel, een dergelijk CST, dat natuurlijk een andere naam zal krijgen, niet opnieuw wordt ingezet. Het was een grote fout om het CST te hanteren. Heel veel virologen hebben dat ook aangegeven. De heer Van Gucht heeft zich nog nooit zo onveilig gevoeld als op een CST-event, omdat natuurlijk alle maskers af gingen en er stevig werd geknuffeld. Daar was toch een verkeerde interpretatie. De heer Van Ranst zou zich niet hebben verzet tegen de afschaffing van het CST. Er was dus een groot risico op gewenning.

Het tweede doel van het CST was natuurlijk manipulatie of een zachte dwang naar vaccinatie. Dat is herhaaldelijk bevestigd. De leuze was dat alles uit het CST moest worden gehaald dat eruit kon worden gehaald. Statisticus Vaesen heeft berekend dat dat niet heeft gewerkt. In Vlaanderen was er een stijging van vaccinaties van 0,2 procentpunt bij achttienplussers. Dat is marginaal in termen van statistiek. Er is natuurlijk ook geen bewijs van correlatie. Er kwam een nieuwe variant, mensen waren misschien toch in paniek en wilden het misschien toch op veilig spelen. Een 100%-correlatie is er dus niet. Als die 0,2 procentpunt er dan toch was, is dat marginaal laag in vergelijking met de schade die is berokkend in de samenleving, de tweedeling die is ontstaan door het CST, en natuurlijk ook het algemene ongemak van ergens binnengaan en eerst papierwerk te moeten bovenhalen voordat je kan neerzitten of sporten.

We zitten in code geel en de grootste bezorgdheid is er voor het laatste kwartaal van 2022. Volgens de virologen gaan we een rustige zomer tegemoet. De vraag is natuurlijk wat het meest realistische scenario is. Dat in het najaar corona volledig is verdwenen, is een zeer optimistisch scenario. Waarschijnlijker is dat er een nieuwe variant komt. Dan is de vraag wat er zal gebeuren met het CST. Het is niet gedeactiveerd. De database achter het CST bestaat ook nog altijd. Dat is de database waarin wordt bijgehouden wie is gevaccineerd en wie niet en wie een booster heeft gekregen en wie niet. Apothekers hebben ook nog steeds toegang tot de database en vragen mensen die een Dafalgan komen halen, of ze al gevaccineerd zijn. Er zijn heel veel privacyzorgen, los van het CST. Een van de grootste zorgen zijn de talrijke databanken die in de loop van de pandemie zijn ontstaan.

U weet het of u weet het niet maar een databank aanmaken is altijd veel gemakkelijker dan ze te verwijderen. Ik denk dat het een taak van de commissie is om wat breder te kijken dan het CST en de vaccinatieplicht en ook het dataoverschot te onderzoeken en in de komende periode in de databankwildgroei te snoeien.

De grootste bezorgdheid is voor het laatste kwartaal. Ik hoop van harte dat het CST niet meer wordt geactiveerd. We wachten op de drie gerechtelijke uitspraken: kort geding, de burgerlijke procedure en het Grondwettelijk Hof. De procedure voor het Grondwettelijk Hof zal een principekwestie zijn,

omdat het gemakkelijk 1,5 tot 2 jaar kan duren, maar ik ben heel nieuwsgierig naar jullie inzichten daarover. Het meest waarschijnlijke is dat het CST zal worden ingezet als dwang voor de vaccinatie voor een vierde booster voor niet-kwetsbare groepen. We hebben duidelijk gezien in de cijfers van Joris Vaesen, de statisticus, dat het CST daarbij niet helpt.

Over de vaccinatieplicht kan ik veel korter zijn. De vaccinatieplicht gaat over veel meer dan alleen privacy. Het is zeker en vast een inbreuk op de privacy om de vaccinatie te verplichten. Ik heb de indruk dat het debat zich heeft verlegd en dat er minder en minder sprake is van een vaccinatieplicht. Ik heb daar verder niet meer over te zeggen. Het meeste werd door de heer De Hert gezegd.

De **voorzitster**: Dank u mijnheer Dobbelaere-Welvaert voor uw uitgesproken standpunt. U hebt het kwartiertje wel benut, maar dat mocht ook.

Dan geef ik het woord aan mevrouw Elise Degrave.

Élise Degrave: Madame la présidente, je vous remercie tout d'abord pour votre invitation. Comme prévu, on va parler pendant quelques minutes du traitement de données à caractère personnel en lien avec l'éventuelle obligation vaccinale et un éventuel retour du CST. Il est évidemment un peu étrange de parler de cela alors que la vie reprend et qu'on retrouve chacun nos libertés, mais cela fait aussi écho à ce que l'on s'est dit au moment des auditions sur la loi Pandémie. C'est le fait qu'il est important de pouvoir profiter du temps dont on dispose lorsqu'il s'agit de mettre en place des traitements de données. L'urgence ne peut pas être un prétexte pour mettre en place des bases de données. Il faut donc justement profiter du fait qu'on est à présent dans une période calme pour réfléchir aux balises que l'on mettra en ce qui concerne la gestion des bases de données et le traitement des données éventuellement à venir.

De toute façon, quelle que soit la suite, qu'il y ait ou non une obligation vaccinale ou un retour du CST, il y a une question éminemment d'actualité que vous devez régler tout prochainement. C'est la question de la base de données vaccination. Cette base de données existe déjà. Elle est effective mais elle a été bricolée dans l'urgence parce qu'il fallait bien avancer. L'encadrement a aussi été fait dans l'urgence. La question que vous devez vous poser maintenant, c'est de savoir si l'on garde ou non cette base de données créée et encadrée dans l'urgence.

C'est une question qui touche vraiment au problème de la gestion des données par l'État en période de crise. En période de crise, on va mettre en place la base de données et après la crise, on oublie qu'elle existe. C'est la différence entre les masques et le CST. On continue à les porter puis une fois qu'on décide de ne plus les porter, on n'oublie pas de les enlever. La base de données, c'est très différent. Si vous souhaitez que cette base de données soit durable, il faut prévoir l'encadrement durable qui va avec. Or, à mon sens, il y a au moins deux gros points d'attention à avoir par rapport à l'encadrement actuel. C'est d'abord le fait que les données de tous les Belges soient stockées en Flandre dans la base de données Vaccinnet. C'est une question que vous devez vous poser. Continue-t-on à fonctionner comme cela?

Un deuxième point de préoccupation majeur, c'est qu'il y a quelqu'un qui décide à votre place qui peut accéder à cette base de données. Il y a un faux législateur caché dans cet accord de coopération, c'est le Comité de sécurité de l'information sur lequel je reviendrai.

Dans le cadre de mon exposé, je vais structurer les choses en trois points. Je vais me concentrer sur la base de données vaccination en vous montrant quelles sont les zones d'amélioration possibles par rapport à l'encadrement actuel; ensuite, j'évoquerai brièvement l'obligation vaccinale et le CST.

Avant toute chose, je voulais mettre en évidence le fait que, lorsque vous mettez en place des normes qui encadrent des traitements de données à caractère personnel des citoyens, vous devez être animés et avoir en tête un petit mantra qui est toujours le même et qui concerne les éléments essentiels des traitements. À chaque fois que vous touchez à une donnée d'un citoyen, il faut que vous puissiez dire qui va avoir accès à quoi, pour quoi faire et pendant combien de temps. C'est quelque chose sur lequel vous devez voir clair après en avoir parlé et débattu vous-mêmes et qui doit se retrouver dans la loi. À la lecture de la loi, on doit savoir qui va avoir accès à quoi, pendant combien de temps et pour quoi faire. Par ailleurs, je vous rappelle que, chaque fois qu'une loi est mise en place et qui prétend encadrer un traitement de données à caractère personnel, il faut la passer sous le scanner de l'Autorité de protection des données (APD), ce qui n'avait pas été fait au moment de l'extension du CST à toute la Belgique, ce qui a posé un certain nombre de problèmes.

Pour revenir à l'examen de la base de données de vaccination, voici quelques semaines, vous avez auditionné le Pr. Marc Verdussen qui vous a expliqué comment on fixe les balises encadrant les ingérences dans les droits fondamentaux, en particulier le droit fondamental à la vie privée dont on va parler maintenant. Il vous a parlé d'un *crash*

test en cinq étapes que vous retrouvez dans la colonne de gauche. Puisque vous avez déjà fait l'effort d'entrer dans cette méthodologie-là, je vais me greffer sur ce *crash test* en vous proposant un *crash test* + qui incorpore la protection des données. Ainsi, vous verrez que la protection des données n'est pas une matière nouvelle. Ce n'est pas, de nouveau, un *package* de règles qui s'ajoute au reste. Il y a tout à fait moyen de le greffer sur les balises du *crash test* concernant toutes les ingérences dans les droits fondamentaux.

Je vais vous montrer ici comment justement la protection des données peut vous aider à affiner ce *crash test* classique pour faire encore mieux l'examen des différentes balises encadrant l'ingérence dans le droit fondamental à la vie privée.

La première balise est qu'il faut une loi claire et prévisible: pour le moment, on n'y est pas du tout. En effet, on a un accord de coopération du 10 mars 2021 qui encadre cette base de données vaccination, qui a été validé par une loi formelle mais pas par une loi matérielle puisqu'il n'y a pas eu de débat sur les éléments. Je ne vous apprends pas comment fonctionne un accord de coopération. Cet accord de coopération prévoit d'héberger toute la base de données Vaccinnet contenant toutes les données de tous les Belges concernant la vaccination en Flandre. Garde-t-on ce système ou pas? L'accord de coopération lui-même prévoit la possibilité de faire autrement et de créer une base de données fédérale, comme on le fait pour la grippe. Je vais vous donner la référence de l'arrêté royal qui le prévoit. À mon sens, il faut s'y mettre. L'article 10 dit qu'on peut prévoir la migration des données dans une base de données fédérale. Allons-y. Je pense que c'est une question qui doit vraiment être posée, auquel cas il faut faire une loi.

Je suggère qu'on place cette base de données vaccination auprès du SPF Santé, ce qui est le plus logique. L'intérêt est qu'il y a un ministre de tutelle qui va pouvoir assurer clairement la responsabilité de cette base de données. On peut d'ailleurs faire de cette base de données une source authentique de données; je ne vais pas rentrer ici dans les détails mais je suis à votre disposition si vous souhaitez plus d'informations. Une source authentique de données est une base de données extrêmement fiable, placée sous la responsabilité d'une administration.

Deuxième étape: un objectif déterminé. À ce sujet aussi, plein de choses sont à revoir dans cet accord de coopération, notamment parce que le RGPD impose que des finalités soient déterminées, et qu'elles soient bien claires. Or dans l'accord de coopération, dans l'urgence, on a fait une liste fourre-tout. Afin que vous vous rendiez compte à quel point cette liste est fourre-tout, je vous invite à regarder ce qu'il en est du décret français qui prévoit une liste bien plus claire et plus succincte de finalités. La question qui se pose pour vous est donc de savoir si on garde tout ou si on sélectionne, dans cette liste fourre-tout.

Par ailleurs, une finalité déterminée est une finalité en soi. Il faut vraiment aller au bout du bout de ce qu'on peut prévoir. Or, par exemple, il y a des termes qui, à mon sens, sont encore trop flous dans cet accord de coopération, par exemple "la sensibilisation des personnes vaccinées". Pourquoi enregistre-t-on les données des personnes qui sont déjà vaccinées? Cette question reste en suspens.

Par ailleurs, toutes les finalités doivent être dans la loi. Or, pour le moment, il y a des finalités de la base de données vaccination qui sont dans l'accord de coopération vaccination et d'autres qui ont été ajoutées par un accord de coopération d'exécution du CST. Quand on pense au fait que le citoyen a le droit de prévoir les conséquences qui suivent le fait qu'il donne une information, ici, c'est le fouillis. C'est un vrai jeu de piste pour trouver simplement les finalités, les raisons pour lesquelles on collecte les données. Donc tout doit être regroupé de manière claire dans cette future loi.

Par ailleurs, toujours par souci de lisibilité, il y a lieu aussi de distinguer au maximum les différentes finalités qui seront poursuivies. Je vous conseille de faire une distinction entre elles. Il y a les finalités de contrôle: on enregistre les données de vaccination pour contrôler une éventuelle obligation vaccinale, pour contrôler l'éventuel CST, le certificat numérique européen. On retrouve aussi les finalités de gestion administrative comme les finalités statistiques. Il faut le faire passer de manière claire.

Je vous invite aussi à réfléchir à la manière dont on pourrait utiliser ces données au service du citoyen parce que c'est une tendance généralisée dans la gestion des données par l'État: utiliser ces données pour contrôler les citoyens! Or il y a aussi moyen de les utiliser pour leur rendre service! Pour le moment, dans la tête des gens, la collecte de données signifie "contrôle à venir" mais si tout le monde peut comprendre qu'il faut être contrôlé, il y a aussi moyen de faire comprendre aux citoyens que ces données peuvent leur être immédiatement utiles, ce qui favorise l'acceptation de la mesure au niveau social, sociétal.

Par exemple, je me demande pourquoi on reçoit un rappel de contrôle technique pour notre voiture et pas pour notre vaccination. Cela pourrait être intéressant pour ceux qui le souhaitent de recevoir

un rappel de vaccination. Pour le moment, quand on veut savoir où on en est dans nos vaccins Tetanos, etc., on doit aller chez le médecin, retrouver les infos, pour les enfants, c'est dans le carnet ONE, etc. N'est-ce pas l'occasion de faire le point? (…)

(La connexion vidéo avec l'oratrice a été interrompue pendant quelques instants)

Pour terminer sur cette question de la base de données vaccinales, il y a encore un point d'attention à avoir au niveau de la proportionnalité. Il convient en effet de savoir qui a accès aux données qui se trouvent dans la base de données Vaccination. Or, pour le moment, comme je vous le disais, c'est le Comité de sécurité et de l'information (CSI) qui décide qui va pouvoir avoir accès aux données. Le CSI donne le feu vert aux organismes poursuivant une mission d'intérêt général.

Ces organismes ne sont pas définis dans l'accord de coopération. Cela signifie que si la SNCB, par exemple, veut avoir accès aux données de vaccination en disant qu'elle limite l'entrée dans les trains aux personnes qui sont vaccinées, cette demande devra être faite au CSI, qui est en quelque sorte un législateur "masqué", un faux législateur. Il s'agit en effet d'un organe qui n'est pas composé d'élus, de représentants de la nation. Il n'y a pas de débat démocratique, ce qui pose donc problème au niveau de la légalité. Ses décisions ne sont pas publiées au *Moniteur belge* et sont, par ailleurs, très difficiles d'accès.

Il y a donc un gros problème de transparence, et il y a également un problème quant aux garanties qui sont dues dans un État de droit, puisque ces décisions ne font l'objet d'avis ni de la section Législation du Conseil d'État, ni de l'Autorité de protection des données. Par ailleurs, nous ne sommes pas tout à fait certains que ces décisions sont attaquables, notamment devant le Conseil d'État. On ne peut donc pas admettre qu'un élément aussi important que la question de savoir qui peut prétendre avoir accès à la liste des citoyens qui sont vaccinés soit entre les mains d'un organe aussi bancal. Dès lors, il faut travailler sur cette question du CSI. Personnellement, je suggère de supprimer la compétence du CSI pour donner accès à la base de données. Vous pouvez très bien déterminer dans une future loi qui peut prétendre avoir accès à cette base de données.

J'en viens à l'obligation vaccinale. Beaucoup de choses ayant déjà été dites par le professeur De Hert, je vais synthétiser au maximum. Je vais vous parler de la manière dont on pourrait éventuellement utiliser les données à caractère personnel pour sanctionner le non-respect d'une obligation vaccinale. J'aborde ce point dans l'hypothèse où vous décideriez d'une obligation vaccinale, et que vous vous poseriez la question de savoir comment sanctionner le non-respect de cette obligation. Parce que, comme le ministre De Croo l'avait dit, on ne va évidemment pas "piquer" les gens dans la rue.

Ce que l'État pourrait décider de faire, c'est d'organiser des croisements de données en sa possession pour sanctionner les personnes qui ne veulent pas se faire vacciner. Par exemple, on a les données sur les personnes qui sont au chômage, on les croise avec la base de données Vaccination, et on décide que les chômeurs qui ne sont pas vaccinés ne perçoivent plus leur allocation. C'est un exemple parmi plein d'autres.

Techniquement, c'est faisable. Ce n'est même pas très difficile à faire. En quelques clics, on croise. La question majeure qui se pose, c'est de savoir si c'est démocratiquement acceptable. Et qui a la réponse à cette question? C'est vous, au terme d'un débat qui ne doit pas seulement porter sur l'obligation vaccinale, mais aussi sur le traitement des données en lien avec cette éventuelle obligation. C'est pour cette raison que je vous remercie de nous avoir invités aujourd'hui, alors que ce n'était pas prévu au départ.

J'insiste sur la nécessité de bien faire attention par rapport à l'obligation vaccinale et à la réutilisation de données pour sanctionner le non-respect d'une obligation. Je prends l'exemple des données chômage. Ce sont des données qui n'ont pas été données pour cela au départ. Le chômeur donne ses informations pour percevoir des allocations de chômage, pour en tirer un bénéfice. Il ne s'attend pas du tout à ce qu'elles soient réutilisées ensuite pour le contrôler au niveau de son statut vaccinal.

Et donc, en principe, on ne peut pas le faire. C'est interdit, sauf si la loi le prévoit. Cela signifie que si on réutilise les données dans ce but-là, il faut modifier toutes les lois organisant le traitement des données qu'on va croiser, pour que l'administration qui fournit la donnée, par exemple l'ONEM, ait une base légale qui l'habilite à fournir cette donnée, et que l'administration qui va recevoir cette information soit aussi habilitée à la recevoir. C'est un gros travail législatif pour encadrer la réutilisation de ces données alors qu'au départ les données n'ont pas été récoltées à cet effet. Je vous ai aussi mis à l'écran quelques exemples de sanctions actuellement pratiquées à l'étranger sur la base de croisements de données, si vous souhaitez aller dans cette perspective-là.

Quelques mots sur le CST. M. Dobbelaere en a

déjà dit beaucoup et j'irai donc droit au but. Au niveau de la loi claire et prévisible, il y a également un problème s'agissant du CST puisqu'il a aussi été encadré dans l'urgence via un accord de coopération également critiquable. Si vous souhaitez plus tard, supposant que nous sommes ici pour réfléchir à l'avenir du CST, recourir au CST au prochain variant ou à une prochaine vague, il faut l'encadrer au niveau fédéral, à mon sens, et c'est tout à fait possible. Il me semble qu'il est préférable de le faire au niveau fédéral en considérant que la base de données de Sciensano qui reçoit les résultats des tests est une source authentique de données (cette fameuse base de données très fiable). Entre-temps, vous aurez créé la base de données Vaccination au niveau fédéral (également une source authentique de données). Le CST fonctionnant au départ du croisement de ces deux bases de données, il faut une loi Sciensano pour la base de données Tests et une loi pour la base de données Vaccination, ce qui permettra d'organiser le CST au niveau fédéral, quitte à conclure ensuite des accords de coopération pour la manière de fonctionner avec les Régions et les Communautés.

Il me paraît beaucoup plus net de discuter du CST, de sa légitimité et de sa légalité au niveau fédéral au sein du Parlement, ce qui n'a jamais été fait jusqu'ici.

L'objectif poursuivi par le CST doit absolument être clarifié parce qu'il n'est pas clair du tout. Sa finalité doit être fixée dans un texte noir sur blanc et elle doit en être une en soi, la plus précise possible. Au départ, on a laissé entendre que l'objectif du CST était sanitaire. Puis, assez rapidement, on s'est rendu compte que cela n'était pas sanitaire mais que l'on basculait vers un objectif tout à fait différent: booster la vaccination en compliquant la vie des personnes non vaccinées. Cet objectif n'a jamais été écrit dans un texte, et ce, même dans l'accord de coopération. Le seul qui l'a dit très clairement est Emmanuel Macron lorsqu'il a déclaré que le but du pass était d' "emmerder les non-vaccinés". Cela avait le mérite d'être très clair et de correspondre à la véritable finalité qui était également poursuivie chez nous. Si vous élaborez une loi CST, dont le but est d'emmerder les non-vaccinés, il faut insérer un article 1er précisant que l'objectif est de compliquer la vie des personnes non vaccinées. Je ne sais pas qui votera cet objectif, mais il faut être honnête avec le citoyen. Actuellement, il y a beaucoup d'hypocrisie avec ce CST. Si l'objectif est véritablement de booster la vaccination, comme cela semble être le cas, alors pourquoi ne pas assumer une obligation vaccinale. On ne peut plus concevoir le retour de ce CST sans un objectif bien plus clair devant être indiqué noir sur blanc dans la loi.

Sur le plan de la pertinence, ce CST fonctionne-t-il en vue d'atteindre l'objectif poursuivi? Cela va dépendre de celui-ci. S'il est sanitaire, comme on l'a prétendu, des études d'épidémiologistes considèrent que l'effet est très faible, voire quasiment nul. Cette ingérence est-elle nécessaire? Pourrait-on agir autrement? Il faut tenir compte des dégâts causés dans une société démocratique et dans un État de droit. Comme cela a été indiqué, le CST porte atteinte à un grand nombre de droits fondamentaux, notamment la vie privée, puisqu'il pousse à se servir sans cesse de données à caractère personnel et à les faire contrôler par des individus auxquels on ne les avait pas confiées initialement. Quand le citoyen fait enregistrer son statut vaccinal, ce n'est pas dans le but qu'il soit contrôlé par des restaurateurs. Cela embête tout le monde: les vaccinés et les non-vaccinés. Sur le plan des données à caractère personnel, se pose le problème des faux CST, qui sont très faciles à produire, mais difficiles à détecter. Je vous rappelle aussi qu'une faille de sécurité est présente dans le covid-scan. En effet, l'outil permettant de scanner les CST n'est pas fiable. Une plainte a été introduite auprès de l'Autorité de protection des données. L'affaire est en cours. Comme l'a dit Matthias Dobbelaere, une jurisprudence très critique a démarré à Namur, à Liège, puis de nouveau à Namur.

Pour terminer, je voudrais mettre en évidence le fait que le CST, tel qu'il a été mis en place jusqu'à présent, est préoccupant au regard du rôle du Parlement à long terme dans un État de droit. Je trouve que c'est très inquiétant. Je ne sais pas si vous connaissez cette notion, mais le CST est ce qu'on peut appeler un *nudge*, c'est-à-dire un coup de pouce, une technique de marketing qui consiste à inciter les personnes à adopter un certain comportement considéré comme vertueux.

L'exemple typique du *nudge*, qui est bien concret et que tout le monde va comprendre, c'est ceci: la mouche dans les urinoirs dans les toilettes des hommes. On met une mouche au fond des urinoirs pour inciter les messieurs à mieux viser. Et ça marche puisqu'il y a des études très sérieuses qui montrent qu'en faisant comme ça – en mettant un autocollant de mouche au fond de l'urinoir –, on diminue de 60 % les frais de nettoyage dans les toilettes des hommes. Cet exemple est tout à fait anecdotique puisqu'il intervient dans un secteur qui n'est pas régulé par le droit. Il n'y a pas encore une loi qui dit aux hommes comment ils doivent faire pipi. C'est anecdotique, ça incite les hommes à adopter un certain comportement mais sans qu'il y ait de question d'ingérence dans les droits fondamentaux.

Quel est le lien avec le CST? Le CST est lui aussi

un outil qui pousse les citoyens à adopter un certain comportement considéré comme vertueux. Par qui est-il considéré comme vertueux? On ne sait pas, mais en tout cas pas par le Parlement. Ces citoyens ne choisissent pas d'adopter ce comportement, ils sont poussés dans le dos. Avec le CST, les personnes qui ne voulaient pas se vacciner n'ont pas choisi de se faire vacciner, elles ont choisi d'aller au resto et donc de se faire vacciner. Le CST comme *nudge* est très préoccupant dans un État de droit. Pourquoi? Parce que c'est un outil qui est imposé par l'État pour influencer les citoyens sans le dire clairement dans une loi. Concrètement, qu'est-ce que ça signifie? Ça signifie que c'est un outil qui permet de gouverner sans légiférer. Et c'est là que c'est préoccupant pour votre rôle de Parlement. On sait que l'outil va probablement être efficace. On met en place une régulation technique et cela pousse les citoyens à adopter un certain comportement.

Mais est-ce légitime? Est-ce qu'on a réfléchi aux valeurs qui sont derrière la société vers laquelle on va? Non. Est-ce légal? Qui a décidé du comportement vertueux vers lequel on veut aller? Est-ce transparent? Y a-t-il eu les avis nécessaires? Y a-t-il eu les recours possibles pour faire des garanties autour de l'outil qui est mis en place? Qui a réfléchi à la proportionnalité de l'outil pour atteindre ce comportement vertueux? On ne sait pas, mais pas le Parlement au terme d'un débat.

Donc, c'est préoccupant pour le Parlement et c'est la raison pour laquelle – même au niveau de la manière dont le Parlement joue son rôle à l'avenir –, il faut absolument que le Parlement se ressaisisse de cette question du CST pour éviter qu'on ne s'oriente vers une société dans laquelle on prend l'habitude de gouverner sans légiférer.

J'en ai terminé et je vous remercie pour votre écoute.

De **voorzitster**: Mevrouw De graeve, wij danken u voor uw toelichting bij de duurzame omkadering van de databanken, uw kritische bedenkingen bij en suggesties voor het CST en, niet te vergeten, voor uw sprekend voorbeeld van *nudging*, dat meer dan ooit past op de internationale vrouwendag vandaag.

U bent enigszins over uw spreektijd gegaan, maar dat mag vandaag.

Wij gaan over naar de laatste spreker voor vandaag, Franck Dumortier. Graag kregen wij eerst een woordje uitleg over uzelf en daarna uw uiteenzetting.

Franck Dumortier: Mevrouw de voorzitster, ik ben researcher aan het Cyber & Data Security Lab van de VUB. Mijn naam is Franck Dumortier.

Je ne fais pas l'objet d'un conflit d'intérêts et je vais m'exprimer en français parce que c'est beaucoup plus simple pour moi.

Madame la présidente, dans ma présentation, je ne vais pas aborder la question de la proportionnalité de l'ingérence dans le droit à la vie privée que constituerait une obligation de vaccination en tant que telle puisque Paul De Hert l'a déjà fait et que je souscris entièrement à ce qui a été dit. L'objet de mon intervention est de brièvement d'analyser d'un point de vue juridique les conséquences de la mise en place d'une base de données qui permettrait de vérifier le respect d'une potentielle obligation vaccinale et les conséquences qui découleraient de la mise en œuvre d'un pass vaccinal en lieu et place du Covid Safe Ticket actuel.

Une première question concerne une base de données de contrôle d'une obligation vaccinale. Si on met en place une obligation vaccinale pour l'ensemble de la population, certaines catégories de personnes ou professions, cette obligation pourrait s'accompagner de la mise en place ou de la réutilisation de bases de données existantes permettant de vérifier le respect de cette obligation vaccinale, de rechercher et de constater des infractions et, le cas échéant, d'imposer de sanctions. Si on fait cela, il y a des traitements de données et il faut donc analyser comment on pourrait réaliser cette mise en place de la base de données de contrôle de l'obligation vaccinale pour sanctionner les personnes.

Actuellement, qu'existe-t-il? Comme on l'a dit, deux bases de données soutiennent la vaccination et ont été mises en place par l'accord de coopération du 12 mars 2021. On a deux bases de données. La première, c'est la base de données des codes de vaccination qui contient les données de l'ensemble de la population belge a priori vaccinable. Elle permet à la population belge a priori vaccinable d'être invitée à être vaccinée. Elle contient notamment le numéro de registre national, les nom, prénom, sexe, date de naissance, résidence principale, numéro de téléphone, adresse mail, code de vaccination, activation ou non du code et en cas d'activation, un renvoi vers les données qui sont contenues dans la base de données Vaccinnet.

Vaccinnet, c'est la base de données dont Élise Degrave vous parlait. C'est la base de données d'enregistrement des vaccinations. C'est là qu'on collecte toutes les données des personnes effectivement vaccinées. Elle contient notamment les données relatives au type de vaccin, au

schéma de vaccination et à la date d'administration de chaque dose. Il découle de ceci que pour l'instant, au niveau de l'accord de coopération, il n'y a aucune base de données qui permette à elle seule de connaître la raison pour laquelle les personnes ne sont pas, partiellement ou complètement, vaccinées soit par choix, soit par contre-indication, soit parce qu'elles se sont rétablies dans un certain délai. En outre, l'accord de coopération du 12 mars prévoit explicitement que les données collectées ne peuvent pas être utilisées à d'autres fins. Actuellement, l'accord de coopération prévoit que les deux bases de données existantes ne peuvent pas être réutilisées notamment à des fins policières ou pénales.

Il n'est donc pas imaginable à l'heure actuelle de réutiliser les bases de données existantes avec effet rétroactif ou de donner un accès aux forces de l'ordre pour en déduire automatiquement des personnes qui ne respecteraient pas l'obligation vaccinale, d'autant plus que les contre-indications ne sont pas enregistrées, ce qui rendrait les personnes faisant l'objet de contre-indications présumées suspectes du non-respect de l'obligation.

Il en va de même pour les personnes qui ont été rétablies du covid dans un certain délai. Les certificats de rétablissement sont stockés dans une autre base de données qui est gérée par Sciensano, et il faudrait donc créer des croisements de données.

Pour l'instant, il n'y a donc pas moyen de savoir la raison pour laquelle une personne ne respecterait pas l'obligation vaccinale. Il faudrait créer en plus quelque part une base de données de certificats de contre-indications.

À condition de considérer que l'obligation vaccinale, elle-même, est une ingérence proportionnée dans le droit à la vie privée – j'en doute vu ce qu'en a dit le professeur Paul De Hert –, une possibilité serait de créer une nouvelle base de données ayant pour finalité exclusivement le contrôle de l'obligation vaccinale.

Pour respecter le principe de minimisation dans ce cas-là et pour éviter de renverser la charge de la preuve, cette base de données ne devrait contenir que les données des personnes soumises à l'obligation vaccinale, pas celles de l'ensemble de la population vaccinable et qui n'ont pas complété leur schéma de vaccination à l'exclusion des personnes pouvant justifier d'un certificat de contre-indications. Il faudrait une base de données de certificats de contre-indications et, possiblement aussi, on exclurait celles qui ont un certificat de rétablissement. C'est une possibilité.

Si on crée une telle base de données de contrôle, il faut évidemment une loi pour respecter l'article 22 de la Constitution. Pourquoi une loi? Parce qu'il y aurait une finalité pénale. J'ai clairement l'impression qu'il faudrait aller vers une loi plutôt que vers un accord de coopération.

Quant à la base de liciété, la question se poserait de savoir si cette nouvelle base de données tomberait sous le champ du RGPD ou plutôt sous le champ de la directive Police et Justice qui, au niveau européen, est l'instrument qui règle les traitements de données dans le contexte policier et pénal. On tomberait donc aussi sous le titre II de la loi du 30 juillet 2018. Moi, je pencherais pour la seconde option, puisque la nouvelle base de données aurait pour finalité la prévention et la détection d'infractions en vue de l'exécution de sanctions administratives ou pénales par les autorités compétentes.

Dans l'éventualité où le non-respect de l'obligation vaccinale serait constitutif d'une infraction pénale, le responsable du traitement serait vraisemblablement le ministre de la Justice qui est compétent en matière de police judiciaire. On tomberait réellement dans un contrôle judiciaire de l'obligation vaccinale.

L'imposition de sanctions, si on tombe sous le champ du Titre II de la loi du 30 juillet 2018 pour ces traitements policiers, ne pourrait pas faire l'objet de décisions individuelles automatisées sans prévoir au minimum le droit d'obtenir une intervention humaine de la part du responsable du traitement. Par conséquent, il devrait y avoir une procédure qui permettrait aux personnes suspectes de faire valoir leurs arguments et justificatifs, notamment de pouvoir faire valoir qu'elles font l'objet par exemple de contre-indications, par exemple en mettant en place des certificats de contre-indications. On pourrait également permettre à la personne suspecte, préalablement à l'imposition de sanctions, de se soumettre à un examen médical pour vérifier l'existence de contre-indications.

Une autre conséquence de l'empire du Titre II de la loi du 30 juillet 2018, c'est que par défaut, les droits des personnes concernées seraient fortement limités. Pourquoi? Parce que le législateur belge a entériné une transposition très critiquable de la directive Police et Justice en généralisant le droit d'accès indirect. En gros, les personnes concernées auraient uniquement le droit de s'adresser au COC, l'organe de contrôle des traitements policiers, qui leur répondrait "Les vérifications nécessaires ont été menées". Il faudrait en tout cas prévoir de sérieux aménagements pour permettre

l'exercice des droits dans le contexte policier si une telle option était choisie.

Autre conséquence, vu que les données santé seraient traitées dans le champ policier, il faudrait en outre justifier l'absolue nécessité de ce traitement. C'est l'article 10 de la directive Police et Justice. Autrement dit, l'exigence de proportionnalité serait renforcée. Elle imposerait aux autorités non seulement de justifier à intervalles réguliers que l'obligation vaccinale est proportionnée au regard de la situation concrète d'urgence épidémique, mais aussi de démontrer que le traitement mis en œuvre pour la faire respecter est le moins attentatoire possible. Or, il y a une possibilité alternative et moins attentatoire. On pourrait prévoir que les forces de l'ordre peuvent demander aux citoyens la production du certificat de vaccination ou certificat de rétablissement, voire même d'un potentiel certificat de contre-indications, lors d'un contrôle d'identité. Mais même dans ce cas, il s'agirait de rester attentif au sort des personnes en situation de contre-indications qui n'auraient pas le certificat par exemple. Il s'agirait également de s'assurer que les contrôles d'identité n'aient pas lieu de manière discriminatoire.

Cela, c'est pour la base de données de contrôle.

Une autre possibilité serait de mettre en place un pass vaccinal immunitaire en lieu et place du CST actuel, qu'il y ait ou non obligation vaccinale. Cela donnerait lieu à deux hypothèses différentes; j'y reviendrai. Pour rappel, au niveau européen, nous avons un règlement, et Matthias Dobbelaere-Walvaert l'a déjà dit, qui organise les certificats covid. Ce règlement permet à un citoyen d'obtenir trois certificats différents: un certificat de vaccination, un certificat de rétablissement ou un certificat de test. Le certificat de vaccination contient notamment le nom de famille, le prénom, la date de naissance, la dénomination du vaccin, le nombre de vaccins dans une série de doses reçues, la date de la dernière dose reçue ainsi qu'un identifiant unique du certificat. En Belgique, il faut rajouter à ces données le traitement du numéro de registre national et l'adresse de résidence.

Le covid safe ticket est en fait le résultat de la lecture du certificat de covid numérique de l'Union européenne au moyen de l'application CovidScan par des organisateurs d'événements ou des gestionnaires de lieux, afin de conditionner l'accès à une série d'événements. Après un traitement de données sur l'écran des gestionnaires de lieux ou des organisateurs d'événements, un résultat est affiché : « donné accès » ou « ne donne pas accès ». Les autres données visibles sont, comme on l'a dit, le nom, le prénom et la durée de validité du CST.

On pourrait imaginer, en cas d'évolution négative de la pandémie, de remplacer le CST par un pass vaccinal et possiblement un pass immunitaire. En gros, on remplacerait le CST duquel on enlèverait le certificat de test, potentiellement aussi le certificat de rétablissement, et on maintiendrait uniquement les certificats de vaccination ou de rétablissement. Cela dépend de l'option choisie. Et on rajouterait à ce CST des certificats de contre-indications pour être certains que les personnes non vaccinées faisant l'objet de contre-indications ne soient pas suspectées a priori. Ce serait l'idée d'un pass vaccinal.

Si on fait cela, on a deux hypothèses différentes. Soit, on est dans une situation d'obligation vaccinale soit, on est dans une situation où il n'y a pas d'obligation vaccinale. Si on est dans la situation d'une obligation vaccinale, l'objectif du pass vaccinal serait de réserver l'accès à certains lieux uniquement aux personnes qui respectent ladite obligation ou qui sont non soumises à cette obligation. Donc, dans cette hypothèse, le pass vaccinal servirait en quelque sorte de preuve du respect de l'obligation.

Dans le deuxième cas, le passeport viserait un autre objectif. On n'aurait donc pas d'obligation vaccinale, et l'objectif serait comme Elise l'a dit, un incitant à la vaccination du citoyen. Ce serait beaucoup plus clair. Il pourrait également viser, comme à l'heure actuelle, la diminution de la circulation du virus afin de limiter la pression sur les soins de santé, tout en évitant, par la même occasion, la fermeture de certains secteurs et les annulations d'événements.

Tant dans l'hypothèse 1 que dans l'hypothèse 2, les traitements de données seraient des ingérences publiques dans l'exercice du droit à la vie privée. Dès lors, il faudrait une norme légale formelle: soit une loi, soit des accords de coopération, comme à l'heure actuelle, avec le problème des accords de coopération qui ne font pas l'objet d'un débat au Parlement.

Tant dans l'hypothèse 1 que dans l'hypothèse 2, les organisateurs d'événements et gestionnaires de lieux qui utiliseraient l'application CovidScan pour vérifier l'accès ou le non-accès aux lieux devraient être considérés comme responsables du traitement. Cette attribution de responsabilité, ce n'est pas moi qui la donne, cela découle de la politique de confidentialité actuelle de l'application CovidScan ainsi que de son analyse d'incidences. D'ailleurs, dans un de ses avis, l'Autorité de protection des données (APD) a implicitement

avalisé ce raisonnement. C'est critiquable, mais cela veut dire que la responsabilité du traitement est sur les épaules du citoyen qui contrôle d'autres citoyens grâce à cette application.

Tant dans l'hypothèse 1 que dans l'hypothèse 2, lorsqu'une application de vérification du CST est imposée aux organisateurs d'événements et aux gestionnaires de lieux, la base de licéité est l'obligation légale. Ils sont obligés de contrôler par une loi ou par un accord de coopération. Ce qui différencie les deux hypothèses, c'est que, dans la première hypothèse, on ne traiterait pas seulement des données de santé, qui sont sensibles au sens du RGPD – comme l'a déjà dit M. Dobbelaere-Welvaert – mais on traiterait également des données relatives à des infractions. En effet, la personne qui contrôlerait le CST constaterait, *de facto*, selon qu'il y a accès ou non-accès, une infraction à l'obligation vaccinale. Dans l'hypothèse 2, on ne traiterait - comme c'est le cas pour l'instant avec le CST - que des données de santé.

Si on revient à l'hypothèse 1, vu que des données relatives à des infractions sont traitées, il faudrait se fonder sur l'un des cas prévus à l'article 10 de la loi du 30 juillet 2018. En l'occurrence, il faudrait considérer que le traitement des données à caractère personnel relatif à des infractions est réalisé "par d'autres personnes lorsque le traitement est nécessaire pour des motifs d'intérêt public important pour l'accomplissement de tâches d'intérêt général". Un exemple d'application actuelle de cette disposition est le traitement de données judiciaires des détenus par le personnel pénitentiaire, pour dire dans quel cadre on se trouverait.

Selon la qualification de l'infraction à l'obligation vaccinale, selon qu'on dise qu'il s'agit d'un délit ou d'une contravention, il faudrait aussi faire attention qu'en vertu de l'article 30 du Code d'instruction criminelle, les organisateurs d'événements et gestionnaires de lieux pourraient être soumis à une obligation de dénonciation au procureur du Roi. Dès lors, outre le basculement vers une société du pass, on tomberait dans une société de la dénonciation.

Au vu des conséquences susmentionnées, si l'instauration d'un pass vaccinal a pour objectif le contrôle d'une obligation vaccinale, on pourrait considérer qu'il s'agit davantage d'une mesure d'information au sens de l'article 28 *bis* du Code d'instruction criminelle. Le but serait alors de rechercher des infractions et leurs auteurs. En toute logique, les seules personnes légitimées à agir de la sorte seraient les forces de l'ordre. Pour cette raison, il me semble que l'hypothèse 2 - pass vaccinal en l'absence d'une obligation vaccinale - serait légalement plus vraisemblable. Néanmoins, comme c'est le cas pour le Covid Safe Ticket actuel, encore faudrait-il que, dans une société démocratique, ce pass vaccinal soit proportionné. Tant Matthias Dobbelaere qu'Élise Degrave l'ont encore indiqué: il faut une finalité déterminée. Selon moi, il serait plus transparent de considérer qu'un pass vaccinal a pour objectif d'être un incitant à la vaccination. Ensuite, il faudrait une réévaluation périodique, afin de s'assurer de son efficacité en vue d'atteindre cet objectif. Si ce n'est pas le cas, il conviendrait évidemment de le supprimer. Comme on l'a dit, le danger est que le CST perdure au-delà de ce qui est strictement nécessaire.

Je n'irai pas plus loin. Simplement, pour conclure, quelle que soit l'option qui serait retenue par le législateur, le projet de norme devrait être soumis pour avis au centre de connaissance de l'APD. Or, comme l'a rappelé Élise, cela n'a pas toujours été le cas. C'est essentiel. Surtout, il importe que l'indépendance de l'APD soit garantie. À cet égard, j'espère que la procédure en cours devant la commission de la Justice aboutira à une issue conforme aux attentes de la Commission européenne. Je vous remercie de votre attention.

De **voorzitster**: Dank u wel, mijnheer Dumortier.

Hiermee sluiten we de sprekersronde af. We vragen u om nog aanwezig te blijven voor de vragenronde.

De heer De Roover heeft het woord.

Peter De Roover (N-VA): Mevrouw de voorzitster, ik dank de deelnemers aan deze hoorzitting omdat er terecht werd opgemerkt dat het privacyaspect tot hier toe een ondergeschikte rol heeft gespeeld in de pogingen om de pandemie te beheersen en te weinig gewicht heeft gehad in de beoordelingen.

Ik zal een paar vragen stellen die ik niet specifiek aan iemand richt, maar wanneer u vindt dat u daarover iets kunt zeggen, dan wordt u daartoe uitgenodigd. Ik ben heel blij dat professor De Hert het belang van het parlementaire werk heeft onderstreept. Dat wordt hier ook aangetoond. Indien wij deze discussie zouden voeren in een of ander afgesloten orgaan, waartoe het publiek geen toegang heeft, dan zou het resultaat anders zijn. Dat is ook gebleken uit deze hoorzittingen. Men is deze gestart met het idee dat een verplichte vaccinatie misschien toch een optie was, maar dat idee is intussen grotendeels van tafel.

Mijnheer De Hert, u merkte op dat een puur medische benadering vanuit rechtstatelijk oogpunt niet volstaat. Uiteraard zit die erin, het gaat immers

over een medisch probleem, maar dat mag de andere bekommernissen niet in de weg staan.

U hebt gesproken over een Raad van State in verwarring. Ik zou van degenen die daarop willen reageren, een oordeel willen krijgen over hoe zij de rol van de Raad van State in het hele verloop evalueren. Heeft de Raad zijn rol gespeeld? Op welke manier? Was dat in overeenstemming met wat men van de Raad van State mag verwachten?

Een heel belangrijk punt betreft het CST. Ik heb de donderdag voor het reces aan de premier gezegd dat we het risico lopen naar een nieuw nulpunt te gaan. Vroeger bestond er geen CST, nu is er een CST en volgens sommigen moeten we nu de discussie voeren of we het zullen afschaffen. Mij lijkt de discussie eerder te zijn of wij het CST behouden, want het nulpunt is natuurlijk een CST-loze samenleving. Ook de gewenning houdt een risico in, want de discussie gaat eerder over de vraag hoe we, nu we een CST hebben, dat zullen gebruiken. Hoe staat u tegenover het idee dat het bestaan van het CST het nieuw nulpunt is, het nieuw normaal, het nieuw punt van waaruit de discussie vertrekt? Mij lijkt dat problematisch. Graag verneem ik uw standpunten.

Dikwijls wordt gezegd dat het CST in stand gehouden wordt om Europees en wereldwijd te kunnen reizen. In welke mate kunnen we die twee zaken van elkaar ontkoppelen? Voor het bezoek aan sommige landen was er vroeger ook vaccinatie nodig en daarvan bestond toen ook al een vaccinatiebewijs. Hoe noodzakelijk is het CST om te kunnen reizen in Europa en wereldwijd? Zijn andere methodes mogelijk?

Mijnheer Dobbelaere, spreken over de deactivering van het CST wekt de indruk dat de dobbelsteen al geworpen is. In antwoorden op mijn vragen zie ik wel een onderscheid tussen de houding van premier De Croo die zelfs zei dat het CST in de vuilnisbak moet – dat is een citaat – en minister Vandenbroucke die stelt dat we het CST maar beter gewoon klaar houden voor wanneer dat, bijvoorbeeld in Q4, terug nuttig kan zijn. Kunnen wij er een automatisme van maken, of horen wij de discussie over het CST elke keer opnieuw te voeren, in de nieuwe omstandigheden die zich aandienen? Kan het CST in Q4 met een vingerknip geheractiveerd worden, louter omdat we het al gebruikt hebben en los van de vraag hoe die Q4 eruitziet? Moeten wij niet iedere keer het CST afschaffen en eventueel terug invoeren na een volwaardig debat over de omstandigheden op dat moment?

Het CST heeft een manipulatieve, zachte dwang. Botst dat niet met het idee van transparantie van het beleid? Spreken we dan over een laffe overheid die niet durft verplichten, maar het via een omweg toch probeert?

Over de gegevensbanken, hoe kunnen we een onderscheid maken tussen het nut – inbegrepen het nut voor wetenschappelijk onderzoek – van de statistische gegevens als zodanig en de individuele persoonlijke gegevens, die misschien wel een privacyrisico opleveren, terwijl er met de statistische gegevens wellicht wetenschappelijk nuttig werk kan worden verricht?

Tot slot, wij moeten nu opletten voor een discussie over een keuze tussen het CST en verplichte vaccinatie, waarbij als we het ene niet gebruiken, automatisch bij het andere terechtkomen, eventueel bij een CST in een 1G-formule, die hier vandaag nog maar weinig vernoemd is.

De **voorzitster**: U hebt uw spreektijd mooi in het oog gehouden. U bent er wel een beetje overgegaan, maar dat mag.

Laurence Hennuy (Ecolo-Groen): Madame la présidente, je voulais remercier les différents orateurs d'être venus pour conclure cette série d'auditions. Effectivement, c'était encore une pierre qui manquait dans le tableau général.

Nous avons eu beaucoup d'informations avec toutes ces auditions et vos présentations étaient vraiment très complètes et très claires. Je n'ai donc pas énormément de questions. Je vous remercie aussi d'avoir amené de vrais éléments d'évaluation du CST de manière très factuelle et très législative, qui nous préoccupent au premier point.

J'avais une petite question de clarification par rapport à l'encadrement du CST qui a été fait dans l'urgence et via un accord de coopération. Vous dites qu'il est possible de l'encadrer au niveau fédéral, qu'il existe une source authentique au niveau de Sciensano sur le testing et une source authentique au niveau de Vaccinnet – en tout cas de la base de données de vaccination, si elle était reprise par le SPF Santé. Comment alors encadrer les données de rétablissement suite à une infection puisqu'au départ, le CST était prévu dans le cadre de trois possibilités? Il était clairement demandé que ce soit aussi le rétablissement et aussi le testing qui puissent être valables. Sur ce côté-là, je pense qu'il faut garder ces possibilités.

Donc, si on devait, à l'avenir, conserver ce CST dans sa finalité au départ qui était de protéger et de créer des lieux qui étaient *safe* parce qu'on avait des vaccins qui protégeaient de la transmission, parce que le testing était aussi une possibilité pour les gens de protéger les autres, ce CST qui était

aussi au départ une demande des secteurs qui étaient aux abois parce qu'ils étaient fermés et donc demandeurs de pouvoir revivre normalement… Donc, si on a toutes ces conditions-là, et donc pas du tout une finalité d'incitation à la vaccination qui, pour moi, n'est pas une finalité robuste, mais que le côté *safe* du CST soit encore présent, comment est-ce qu'on peut, dans une loi, prévoir des bases de données qui sont des sources authentiques qui soient *safe* à un niveau fédéral?

Je n'ai pas d'autre question et je vous remercie déjà.

Laurence Zanchetta (PS): Madame la présidente, je remercie à mon tour les différents intervenants pour leur présentation très éclairante.

Monsieur De Hert, je vous ai bien entendu au sujet de l'importance du respect des droits fondamentaux et du critère de proportionnalité. J'aurais voulu savoir si le libre choix en matière de vaccination obligatoire doit être la norme.

Monsieur Dobbelaere, vous avez parlé de deux QR codes différents: le premier pour aller au restaurant et le second pour voyager. J'aurais souhaité connaître votre avis quant à la plus-value de cette solution, notamment au regard de la protection des données. Tout comme Mme Degrave, vous exprimez une préoccupation quant à la gestion des bases de données établies pendant la pandémie et que l'on aurait tendance à oublier, comme ce sera sans doute le cas prochainement, puisque le contexte a changé depuis quelques semaines.

Madame Degrave, vous avez parlé de la nécessité de prévoir l'encadrement "durable" de ces bases de données. Justement, avez-vous exploré des pistes de solution relativement à cet encadrement? J'aurais aimé vous entendre à ce sujet.

Enfin, monsieur Dumortier, vous parlez du CST qui serait remplacé par un pass vaccinal en cas de non-obligation. Pour vous, ne constitue-t-il pas justement une obligation vaccinale déguisée?

Steven Creyelman (VB): Mevrouw de voorzitster, op Internationale Vrouwendag toont collega Sneppe zich volledig geëmancipeerd en mag ik – als bescheiden man – als eerste het woord voeren voor onze fractie.

Mijnheer Dobbelaere-Welvaert, ik dank u om de termen antivaxer en wappie eens even in de context te hebben geplaatst. Ondanks het feit dat ik gevaccineerd ben, kreeg ik daarmee te maken als ik kritische geluiden liet horen in heel dit debat. En dan zwijg ik nog over wat mijn collega Dominiek Sneppe hier naar het hoofd geslingerd kreeg van de minister toen zij kritische vragen stelde. De woorden wappie en antivaxer kwamen vaak heel dicht in de buurt, om niet te zeggen dat ze expliciet werden uitgesproken.

Mijnheer Dumortier, ik wil beginnen met uw bedenking bij het CST dat het gaat over burgers die burgers controleren. Ik beschouw dat zelf ook een beetje als de uitbesteding van een overheidstaak aan de burgerbevolking. Graag had ik ook eens de visie van de andere sprekers daarop gekregen. Burgers die burgers controleren, kan dat zomaar? Indien wel, aan welke voorwaarden moet dat volgens u voldoen? Alleen via een andere vorm van CST of een beperkt CST, zoals de heer Dobbelaere-Welvaert aanhaalde, of kan dat ook anders.

In dat kader is het interessant om eens te vermelden dat de QR-code die bij dat CST hoort, lek is. Misschien is ze niet lek, maar ze is wel een open boek. Als wij de Belgische QR-code scannen met de Franse QR-app, krijgt men meer gegevens dan bij de Belgische CovidScan-app. Geeft die Europese universaliteit van de QR-code een probleem op privacyvlak met onze wetgeving? Dat staat dan nog los van de medische data die worden gedeeld.

Wanneer zou worden overgegaan tot de vaccinatie van bepaalde doelgroepen en men de vaccinatie niet verplicht, is er dan een kritische ondergrens in het aantal mensen dat gevaccineerd moet zijn om zo'n CST te handhaven? Ik kan mij bijvoorbeeld niet inbeelden dat wanneer men niet overgaat tot een verplichte vaccinatie en wanneer slechts 20 of 30 % van de bevolking komt opdagen voor een vierde of vijfde prik, men dat CST zou handhaven, zeker als men dat CST dan koppelt aan de deelname aan het sociale leven of onderdelen ervan. Hoe staat u daar tegenover? Is de proportionaliteit dan niet reeds an sich zoek?

Mijnheer De Hert, u had zeven eisen om die verplichte vaccinatie te kunnen invoeren. U had het ten eerste over de activering op medische grond. Als een vaccin niet immuniserend is en niet steriliserend – ik ben zelf gevaccineerd, men kan mij niet van antivax verdenken – en het verhaaltje van zich laten vaccineren om anderen te beschermen maar deels of zelfs niet opgaat, is dan eigenlijk al niet aan de voorwaarde voldaan? Aan die voorwaarde is op dat ogenblik totaal niet voldaan, moeten we dan nog wel voort praten over die zes andere voorwaarden? Of is dat geen conditio sine qua non voor u?

Mevrouw De Grave dan. U sprak over het pesten van niet-gevaccineerden. Enkel president Macron zou dat gezegd hebben, "emmerder les non

vaccinés", dacht ik. De koppeling van vaccinatie en deelname aan bepaalde aspecten van het sociale leven is mijns inziens een impliciete vorm van verplichte vaccinatie. Ik denk dat we het daar allemaal over eens zijn. Ik ben dan ook van mening dat in die optiek heel wat mensen, jongeren niet het minst, zich hebben laten vaccineren voor het spreekwoordelijke gemak om op café te kunnen gaan, op restaurant, op reis met de skivakanties die nu actueel zijn. In hoeverre kunnen we dan nog spreken over *informed consent*? Is dat niet eerder *enforced consent*? Indien dat zo is, hoe zit het dan met de aansprakelijkheid? Stelt zich hier geen aansprakelijkheidskwestie, aangezien dit een soort van impliciete dwang is, waardoor men zich vragen kan stellen bij hoe geïnformeerd mensen zijn wanneer zij overgaan tot vaccinatie en er iets later zich mogelijk problemen zouden voordoen?

Daniel Bacquelaine (MR): Madame la présidente, je remercie les intervenants pour leurs éléments d'information et d'éclairage par rapport à la protection de la vie privée, qui nous semble tout à fait essentielle.

Il est vrai qu'un certain nombre de conclusions peuvent être tirées des deux années qui se sont écoulées. Il est intéressant de tirer ces conclusions à la lumière du respect de la vie privée, afin de préparer un avenir que nous ne connaissons pas.

Madame Degrave, vous nous avez dit que l'objectif du CST soit sanitaire, soit d'inciter à la vaccination. Je pense que ce n'est pas aussi binaire que cela, parce qu'inciter à la vaccination, c'est aussi une finalité sanitaire. Dans les deux cas, on poursuit une finalité sanitaire. Quand on booste la vaccination, quand on incite à la vaccination, l'objectif est évidemment sanitaire. On n'oblige pas les gens, on n'incite pas les gens à la vaccination simplement pour se faire plaisir. On poursuit un objectif. Et l'objectif évidemment sanitaire.

Personnellement, je suis toujours pour une utilisation très raisonnable du CST. Dès qu'on peut s'en passer, il faut surtout s'en passer. C'est clair. Mais, à mon avis, on ne peut pas éviter, à un moment donné, une tension ou un conflit entre la protection ou le respect de la vie privée, et l'obligation de la protection de la vie biologique.

Je pense que les autorités ont aussi comme devoir d'assurer la protection de la vie biologique, sans tomber dans le biologisme à la Foucault. Sur le plan d'un débat philosophique, il est intéressant de voir la tension entre le respect de la vie privée et l'obligation de protéger la vie biologique en cas de pandémie. Je souhaiterais avoir votre avis sur cette question.

Monsieur Dumortier, vous avez assez utilement fait la distinction du pass vaccinal avec ou sans obligation vaccinale. Mais vous avez fait l'impasse sur l'obligation vaccinale avec ou sans pass vaccinal. Pourriez-vous développer votre argumentation à cet égard afin que nous soyons davantage éclairés? En ce qui me concerne, je suis opposé à l'obligation vaccinale.

Je souscris à la nécessité d'un encadrement fédéral par le biais d'une loi fédérale. Cela me paraît indispensable. Nous devons rapatrier, me semble-t-il, vers le niveau fédéral un certain nombre de choses. C'est une conclusion que nous avons tirée de cette période. Mais dès que nous aurons rapatrié tout cela au niveau fédéral et que nous aurons une loi fédérale, cela ne nous dispense pas de respecter la vie privée et les droits fondamentaux. On peut estimer que tout doit se faire au fédéral, mais de toute façon, on devra se poser la question du respect des droits fondamentaux, que cela soit au fédéral ou ailleurs.

Certains ont émis l'idée de décider, par une loi, d'un CST ou d'un pass vaccinal et de les mettre dans une boîte à outils que l'on pourrait réutiliser. Quel est votre avis à cet égard, car selon moi, cela ne nous dispensera pas de relancer un débat à la lumière des éléments circonstanciels que nous ne pouvons pas imaginer au moment où la boîte à outils est confectionnée? Cela ne dispense en rien du débat en temps réel. J'aimerais recevoir votre avis par rapport à cette suggestion qui nous a été proposée par le commissaire corona, M. Facon.

De **voorzitster**: Voor CD&V heb ik een verontschuldiging. Mevrouw Farih was hier aanwezig, maar moest nu acte de présence geven in het kader van de Internationale Vrouwendag. Zij vroeg mij echter om alle sprekers alvast van harte te danken voor hun bijdrage.

Ik kom dan bij de PVDA. Ik zie mevrouw Merckx hier en neem dus aan dat zij de vragen zal stellen.

Sofie Merckx (PVDA-PTB): Merci beaucoup aux différents orateurs pour l'éclairage.

Maintenant que nous sommes un peu derrière la vague, tout ce que vous dites est quand même intéressant sur un plan juridique. La première question a été posée par M. Bacquelaine mais aujourd'hui le CST est simplement désactivé. Il est, pour certains, dans la boîte à outils et pour d'autres, il doit aller à la poubelle. Par exemple, le PTB a introduit une proposition de loi pour le supprimer. C'est une des premières questions qu'on doit vous poser.

Deuxièmement, une petite réflexion sur le CST. Si

j'ai bien compris, tous les orateurs n'ont pas parlé en bien sur le CST dans sa forme actuelle. Vous avez parlé du phénomène de *nudging* pour que les gens se vaccinent. Mais vous n'avez pas parlé du fait que des gens étaient contents d'être infectés parce qu'ils pouvaient ainsi avoir un certificat de rétablissement et bouger. Donc je pense que ce n'est pas non négligeable comme effet négatif. Il y a aussi une surcharge de la première ligne de soins ou du secteur des soins pour faire des tests PCR pour des raisons finalement administratives.

On a beaucoup parlé de la surcharge des médecins et du personnel soignant et, finalement, on est surchargé alors qu'il existe des autotests avec lesquels les gens peuvent se tester et savoir s'ils sont positifs ou pas. Mais ils sont obligés de faire ce PCR pour avoir ce CST.

Maintenant, il est donc désactivé depuis quelques jours. Ma question est aussi si on trouve qu'il doit aller à la poubelle et si on doit refaire le débat en hiver. On n'a aucune garantie que ça se fera. Parce que, jusqu'ici, ça n'a jamais été le cas, tout le monde a toujours voté quand les exécutifs ont décidé ou que le Comité de concertation a décidé. Ça a été fait, il n'y a pas eu de réelle contestation à part une certaine contestation populaire. Les procédures juridiques ont eu quelques effets comme récemment à Namur, etc. Comment vous voyez ça? Est-ce que vous ne sentez pas que vous prêchez un peu dans le désert avec vos arguments?

En ce qui concerne les bases de données, vous avez dit, madame Degrave, que le fait que la base de données actuelle soit en Flandre est un problème. Il faudrait créer une nouvelle base de données, fédérale selon vous. En soi, je ne suis pas contre, mais moi personnellement, qui suis médecin, j'aime beaucoup la base de données Vaccinnet parce que c'est quelque chose qui était déjà actif en Flandre, qui était relié au dossier médical, là où, en Wallonie, et à Bruxelles, on a un retard flagrant dans l'informatisation des bases de données vaccinales. Il a fallu qu'on se rabatte sur le système flamand qui avait une certaine efficacité et qui était aussi une base de données qui pouvait être utilisée dans le sens que vous avez relevé, pour encourager les gens, envoyer des rappels de vaccination alors qu'en Wallonie, quand un patient vient me voir et que je ne sais pas s'il est vacciné ou pas, il me faut savoir quelle infirmière à l'ONE a peut-être enregistré, quelque part dans un grand livre, le vaccin. Je trouve que c'est justement quelque chose de positif. Pourquoi ne pas continuer à utiliser cette base de données pour tous les vaccins dans tout le pays? Après, définir qui y a accès, c'est une autre question. Pour moi, cela doit effectivement rester dans le domaine médical, et pour les patients qui ont donné leur consentement éclairé à la base de données eHealth.

Ma question est celle-ci: comment voyez-vous les liens? Pourquoi faut-il des bases de données séparées de la base de données eHealth, qui existe déjà et dans laquelle les gens se trouvent uniquement s'ils ont donné leur consentement éclairé quant au partage de leurs données de santé? Je pense qu'un très grand nombre de patients l'ont fait en Belgique et qu'environ 9 millions de Belges sont déjà dans cette base de données, donc pourquoi en avoir une autre?

Autre question. Aujourd'hui, nous savons que le gouvernement fédéral…

La **présidente**: Madame Merckx, votre temps de parole de quatre minutes est écoulé. Pouvez-vous clôturer?

Sofie Merckx (PVDA-PTB): Je vais conclure, madame la présidente.

On veut à présent mettre sur la table l'obligation vaccinale des soignants. Cela va passer en Conseil des ministres. D'ici 15 jours, ce sera discuté ici. Cette mesure sera votée si les partenaires de la majorité Vivaldi se sont mis d'accord. Qu'en pensez-vous? Du coup, faut-il créer une base de données à cette fin?

On dit souvent que les soignants ont le devoir de se faire vacciner pour protéger les autres. Mais, étant donné que la vaccination n'empêche pas la transmission, un soignant vacciné peut parfaitement transmettre le virus à quelqu'un d'immunodéprimé. Que vous inspire cette idée de la majorité que nous risquons de voter un jour prochain?

De **voorzitster**: Wij komen bij de Open Vld. Mijnheer Vandenput, u krijgt het woord.

Tim Vandenput (Open Vld): Mevrouw de voorzitster, ik wil namens mijn fractie de vier sprekers bedanken voor hun toelichting.

Het is waar dat privacy tijdens of vanaf de invoering van het CST een gespreksonderwerp was. Het was in het begin bijvoorbeeld raar dat een Chiroleider van zeventien jaar mij bij het tonen van mijn vaccinatiebewijs ook om mijn identiteitskaart vroeg. Gelukkig is dat enigszins weggeëbd. Het is echter goed dat wij hier vandaag over privacy kunnen praten.

Ik wil ten eerste wel opmerken dat de vaccins hebben geholpen bij het beheren van de pandemie. Zij hebben ervoor gezorgd dat mensen meer

beschermd waren, waardoor de druk op ons ziekenhuissysteem significant is gedaald. Dat mag niet vergeten worden.

Ik wil ook bevestigen dat de discussie over de verplichte vaccinatie voor mijn partij te laat komt, wat ook is gebleken uit de hoorzittingen. Ze is vandaag helemaal immers niet aan de orde. Voor ons mag of moet het CST de vuilbak en niet de lade in.

Daarbij aansluitend heb ik meteen een vraag voor de vier sprekers. Er is verschillende keren over Q4 van 2022 gepraat. Stel dat er in Q4 een nieuwe variant opduikt en er wordt geoordeeld dat het CST opnieuw moet worden ingevoerd, dan zijn wij met de verschillende stappen die moeten worden doorlopen en met het vereiste samenwerkingsakkoord alweer drie maanden verder, op het toppunt van de golf of al in de dalende lijn. Indien wij het CST opnieuw moeten invoeren, zullen wij dus alweer veel te laat zijn. Hebben jullie een alternatief om het sluiten van het samenwerkingsakkoord en andere zaken veel sneller te laten gebeuren, rekening houdende met de juridische context en met privacy, zodat wij veel sneller kunnen schakelen? Op die vraag zou ik van de vier sprekers een antwoord willen hebben.

Ten tweede, mevrouw Degrave wees erop dat de Brusselse en Waalse gegevens in Vaccinnet zijn opgenomen. Dat brengt de bevoegdheidsverdeling in dit land weer naar boven. Ik vind het niet erg dat deze gegevens in Vaccinnet zitten, we hebben daarmee kunnen werken. Ik heb wel een vraag voor de IT- en databasespecialisten onder de sprekers. Hoeveel zou het kosten en hoelang zou het duren om een federale database met alle gegevens te maken, up and running, zonder kinderziektes?

Ten slotte wil ik nog een persoonlijke bemerking maken. Ik heb in de applicatie MyHealth niet alleen mijn vaccinatie tegen COVID-19 gezien, maar ook de datum waarop ik mijn laatste tetanusvaccin gekregen heb. Mijns inziens kan deze informatie ook nuttig zijn voor medisch personeel bij bijvoorbeeld een spoedgeval in het ziekenhuis. De hulpverleners kunnen zo meteen zien welke vaccins iemand gekregen heeft. Dat mag volgens mij allemaal niet onderschat of te negatief benaderd worden.

Voorzitter: Thierry Warmoes.
Président: Thierry Warmoes.

De **voorzitter**: Mevrouw Vanpeborgh, ik dank u voor de vervanging.

Sophie Rohonyi (DéFI): Madame, messieurs, je remercie chacun d'entre vous pour vos exposés extrêmement éclairants et utiles pour clôturer cette longue salve d'auditions. J'en viens directement aux questions que je souhaiterais vous adresser.

Premièrement, en ce qui concerne la mise en œuvre de l'obligation vaccinale, d'aucuns souhaitaient la cantonner à certains publics cibles, les publics dits vulnérables, en l'occurrence les personnes dites à comorbidité. Comment assurer le respect des données relatives à la vie privée dans un tel cas? Pourrait-on calquer la mise en œuvre de cette obligation sur le système appliqué aux convocations envoyées dans un premier temps aux personnes à comorbidité, qui étaient considérées comme prioritaires dans la campagne de vaccination lorsqu'elle a été lancée au début de l'année passée? Ce système (la base de données des codes d'activation) a-t-il montré des failles ou peut-on considérer qu'il peut parfaitement être transposé dans le cadre de la vaccination obligatoire?

Ma deuxième question porte sur les contrôles et sur l'importance de cette proportionnalité sur laquelle vous êtes tous revenus. Comment les contrôles de l'obligation vaccinale contre la polio sont-ils effectués aujourd'hui par les communes? Avez-vous observé, là aussi, des dérives par rapport aux données relatives au non-respect de cette obligation ou à l'existence de contre-indications? Si oui, comment peut-on les prévenir? Sinon, peut-on considérer que ce système doit pouvoir être transposé pour la vaccination contre la covid?

Toujours dans cette logique de proportionnalité, vous avez insisté sur le fait que les sanctions ne peuvent pas être trop lourdes. Mais quelles seraient-elles alors? Certains experts ont évoqué une sanction qui serait une obligation de consulter un médecin généraliste pour évoquer avec celui-ci ses questionnements. Quel est votre avis sur cette option? Serait-elle suffisamment balisée du point de vue de la vie privée?
Monsieur De Hert, vous avez évoqué le vaccin contre la polio en disant que la situation était totalement différente parce que le vaccin contre la polio était bien accepté, parce que ce virus était stable, qu'il ne mutait pas et que c'était pour cette raison qu'on avait pu le rendre obligatoire. Pensez-vous que pour pouvoir rendre un autre vaccin obligatoire ces mêmes conditions doivent absolument être remplies? Vous avez parlé de la stabilité du virus, de l'acceptation du vaccin socialement et scientifiquement. D'autres critères qui ne seraient pas réunis aujourd'hui mais qui pourraient l'être un jour devraient-ils être rencontrés pour pouvoir rendre le vaccin contre la covid obligatoire?

Une autre question porte sur la responsabilité. Vous avez insisté sur la nécessité pour l'État de prévoir un fonds ou une réserve. Toutefois, nous disposons déjà d'un Fonds des accidents médicaux, qui intervient même dans des cas de responsabilité sans faute. Est-ce suffisant, selon vous?

Dans votre conclusion, vous avez aussi considéré qu'il ne fallait pas rendre la vaccination obligatoire dans l'immédiat, au regard du trop grand nombre d'inconnues. Quel est votre avis quant à la mise en place d'un cadre légal pour pouvoir activer l'obligation vaccinale, non pas aujourd'hui, mais plus tard si la situation épidémiologique venait à le requérir?

Monsieur Dobbelaere-Welvaert, vous avez évoqué l'un des objectifs du CST, qui était de pousser les gens vers la vaccination. Selon vous, cet objectif n'a pas été atteint, puisque l'on aurait observé une augmentation de 0,2 % chez les jeunes. D'où vient ce chiffre, à partir du moment où, comme certains de vos confrères l'ont dit, nous ne disposons pas de données relatives aux raisons qui ont fondé le choix de quelqu'un de se faire vacciner ou non? En tout cas, c'est un chiffre qui contraste totalement avec ce que nous ont rapporté de nombreux experts, selon lesquels, si le CST n'avait pas rempli un objectif sanitaire, il avait toutefois produit un effet considérable sur le plan de la vaccination.

Enfin, monsieur Dumortier, vous avez évoqué les deux bases de données existantes – codes d'activation et Vaccinnet –, de sorte qu'aucune des deux ne permet, à elle toute seule, de savoir pourquoi une personne n'est pas vaccinée (raisons de son choix, contre-indications, certificat de rétablissement qui signifie aussi qu'elle a développé une immunité). C'est la raison pour laquelle nous devons croiser les données des deux banques actuelles. Vous plaidez donc pour la création légale d'une nouvelle base de données. Est-ce bien votre intention? Ce faisant, peut-on considérer cette nouvelle base comme une étape utile pour cibler les raisons de l'insuffisance vaccinale et ainsi développer une campagne d'information et de sensibilisation qui soit bien plus ciblée?

Vous nous dites également qu'il faudrait une base de données des personnes soumises à des contre-indications médicales pour se faire vacciner. En conséquence, vous plaidez pour la création de deux nouvelles bases de données, pour les contrôles et pour les contre-indications. Cette multiplication des banques de données ne causerait-elle pas des effets indésirables sur le plan du respect de la vie privée, mais aussi sur celui de la gestion et de l'efficacité? Comment en assurer la coordination, au regard des multiples niveaux de pouvoir que nous connaissons?

Enfin, j'ai une question concernant la responsabilité de la vérification du CST, qui incombait jusqu'il y a peu aux restaurateurs, aux organisateurs d'événements, etc. Vous avez cité l'article 10 de la loi de 2018 qui transpose en droit belge le RGPD et qui accorde aux personnes le droit de traiter des données à caractère personnel pour des motifs d'intérêt public. On pourrait donc rencontrer l'objectif de santé dans ce cadre-là. Sauf que cet article stipule bien que cette possibilité légale n'est prévue que pour des infractions pénales. Or, ne peut-on pas considérer que cette obligation serait plutôt du ressort du droit administratif et pas pénal? Si oui, doit-on prévoir cette possibilité de contrôle dans la future loi relative à l'obligation vaccinale, ou devrait-on plutôt compléter cette même loi de 2018 relative au RGPD?

Le **président**: Madame Rohonyi, vous avez bénéficié d'un moment de distraction de ma part en dépassant le temps de parole qui vous était imparti.

Gitta Vanpeborgh (Vooruit): Mijnheer de voorzitter, ik zal het kort houden.

Namens mijzelf en mijn fractie dank ik alle sprekers voor hun uiteenzettingen. Ik heb twee vragen, één voor professor De Hert, en één voor de heer Dobbelaere-Welvaert.

Professor De Hert, ik weet niet of ik het goed gehoord heb. U zei, meen ik, op het einde van uw presentatie dat deze vaccins niet goed genoeg zijn om verplicht te worden. Kunt u even verduidelijken wat u daarmee bedoelt?

Ik begrijp toch uit de wetenschappelijke evidentie dat de vaccins tegen COVID-19 beter werken dan onder andere de griepvaccins die toch ook elk jaar duizenden levens redden. Een vaccin geeft toch een betere bescherming na besmetting dan bijvoorbeeld de gordeldracht bij een auto-ongeval?

Ik ben dus echt benieuwd naar hoe u dat ziet. Hoeveel levens moet iets kosten voor een verplichting tot preventie overwogen kan worden?

Mijnheer Dobbelaere-Welvaert, ook voor u heb ik slechts één vraag. Eén van de collega's is er ook al op ingegaan. Wat is het alternatief voor het CST?

U citeerde een aantal experts, waaronder Steven Van Gucht. U zult ongetwijfeld ook wel gehoord hebben dat alle experts het erover eens zijn dat het CST moet bekeken worden als een onderdeel van een bredere beheersingstrategie? In zo'n bredere context is het CST toch proportioneel? Vooral, als men het uit de gereedschapskist weghaalt, moet er

eigenlijk toch iets anders in de plaats komen?

Mijn vraag aan u is heel concreet. Wat zou u in ons meerlagig verdedigingsmodel in de plaats zetten van het CST, mocht het verdwijnen, bijvoorbeeld doordat één van de rechtzaken die u aangespannen heeft een andere uitkomst geeft dan de rechtspraak over het CST tot dusver?

De **voorzitter**: Is er nog iemand die het woord wens te nemen, en die het nog niet genomen heeft?

Mevrouw Depoorter vraagt het woord.

Kathleen Depoorter (N-VA): Ik heb toch nog een aantal vragen. Professor De Hert, u had het over de zes punten waaraan getoetst moest worden en die – denk ik – duidelijk een aantal anomalieën vertonen, zoals bijvoorbeeld die eerste lijn die niet gerespecteerd werd. Op politiek vlak ijveren een aantal stemmen om een generiek kader te creëren. Is dat generiek kader compatibel met die zes punten die u heeft aangekaart? Hoe democratisch zou dat generiek kader dan zijn, indien dit vandaag naar voor zou worden geschoven?

Wat het CST betreft, ook daar – en het is aangehaald door verschillende sprekers – zijn er politici die dit in de schuif willen leggen en zijn er die dit in de vuilnisbak willen gooien. Ik ben het niet eens met de collega van Vooruit die zonet heeft gezegd dat dit een van onze verdedigingslinies is in het najaar. Het is uiteraard mogelijk dat we op een andere manier zullen verdedigen door middel van hygiënemaatregelen, door het bewaren van afstand en dies meer. In hoeverre is het verantwoord om dat CST in het najaar opnieuw uit de schuif te halen? Aan welke criteria moet er dan op zijn minst worden voldaan?

Het gebrek aan een parlementair debat daarover is aangekaart door een aantal van de sprekers, maar ik verwijs dan ook dat de vaccinatie van de kinderen op het CST van de ouders te zien is. In hoeverre vindt u dat compatibel met de privacyrechten van zowel de ouders als het kind? Wat het CST of de vaccinatiepas betreft, heb ik toch wel een aantal vragen over uw interpretatie van Vaccinet. Vaccinet is een tool die we in Vlaanderen al jaren gebruiken. Een spreker haalde aan dat het in principe niet kan dat de apotheker toezicht heeft op Vaccinet. Die leesmogelijkheid van de apotheker van Vaccinet, dat is echter al jaren mogelijk. Wat is volgens u het grootste probleem? Het feit dat de apotheker naast het gedeelde farmaceutische dossier toegang heeft tot medische gegevens of het feit dat de apotheker de patiënt aanspreekt omtrent de vaccinatie?

Ik vind het ook een zeer bijzondere stelling, professor Degrave, dat men naar een federale database zou moeten toewerken, terwijl vaccinatie de facto buiten de federale fase een deelstaatbevoegheid is. Is het dan uw voorstel om de deelstaatbevoegdheid te herfederaliseren? Daar komt het immers op neer. Ik heb het daar als Vlaamsnationalist zeer moeilijk mee. Het is een heel degelijk platform dat door de Vlaamse overheid werd opgesteld en dat aan de Waalse overheid geleend is. Als Wallonië een andere database of een andere tool wil gebruiken, dan zullen wij ons daarmee niet bemoeien.

Het opvolgen van de vaccinatiestatus is echter heel belangrijk. Als u zegt dat er een nieuw platform en een nieuwe wet moeten worden gecreëerd, vindt u dan dat alles wat de vaccinatie betreft naar het federale niveau moet worden overgeheveld? Is dat een van de redenen van uw betoog?

Ik begrijp ook uw volgende stelling niet. U zegt: "bij verplichting zouden alle gegevens opnieuw moeten worden gebruikt en zou ook daarvoor een nieuwe wet moeten worden gecreëerd." Ik veronderstel dat u het dan over een federale wet hebt. Ook daar gaat u ervan uit dat de federale fase wordt aangehouden?

Dan heb ik nog een vraag over de vaccinatiepas en de contra-indicaties. Ik heb het daar moeilijk mee, want maakt men het daarmee niet ingewikkeld? Als we een vaccinatiepas zouden invoeren, mijn partij is geen voorstander van een vaccinatieverplichting en men moet ook rekening houden met contra-indicaties, in hoeverre vindt u dat een vaccinatiepas, al dan niet met verplichting, een maatschappelijke meerwaarde zou kunnen betekenen in een regio waar 90 % gevaccineerd is en waar mensen met een contra-indicatie op dit moment nog altijd kunnen kiezen om zich niet te laten vaccineren?

Dominiek Sneppe (VB): Ik heb een aantal vragen. De sprekers zijn vrij om die te beantwoorden als zij zich daartoe geroepen voelen.

Mijnheer De Hert, u had het over de proportionaliteit. U zei: "verplichte vaccinatie is alleen geoorloofd als vrijwillige vaccinatie niet voldoende is. Dat is net de reden waarom de regering een verplichte vaccinatie wil, omdat de groepsimmuniteit niet bereikt wordt. Met die kleine 10 % van +18-jarigen in Vlaanderen die nog niet gevaccineerd is, denkt men die groepsimmuniteit te bereiken."

Ik had graag meer uitleg over uw uitspraak gekregen. Wat bedoelt u precies? Als de overheid beslist om vaccinatie verplicht te maken, terwijl de vaccins volgens sommige wetenschappers nooit in

groepsimmuniteit zullen resulteren, welk evenwicht heeft men dan? Wat bedoelt u juist met proportionaliteit, want als de vrijwillige vaccinatie niet voldoende is, wie zegt dan wanneer vaccinatie niet voldoende is?

Mevrouw Degrave, uw pleidooi voor een herfederalisering van bepaalde dingen in de gezondheidszorg delen wij natuurlijk niet. Het Vlaams Belang is voor de regionalisering van de gezondheidszorg. Vaccinatie behoort tot de preventieve geneeskunde, dus laten we dat alstublieft ook regionaal houden. Collega's hebben al aangekaart dat Vaccinnet in Vlaanderen al een tijd bestaat. Het was juist omdat het niet bestond in Wallonië en Brussel dat men het gemakkelijkheidshalve heeft uitgerold voor de andere gewesten. U zegt dat er een federale tool nodig is, maar die mening delen wij uiteraard niet. Zou het niet beter zijn om iets als Vaccinnet in Vlaanderen ook uit te rollen in Wallonië en Brussel? Zou dat niet efficiënter zijn dan de federale tool, die u voorstelt?

Mijnheer Dobbelaere-Welvaert, u hebt aangetoond dat de twee doelstellingen van het CST achterhaald zijn, namelijk besmettingen tegenhouden – dat doet de vaccinatie niet of nauwelijks – en de vaccinatiedwang, aangezien maar 0,2 % extra mensen werd gevaccineerd door de maatregel. De doelstellingen van het CST zijn dus inderdaad achterhaald. Is er überhaupt nog een reden om bijvoorbeeld in het najaar het CST weer te activeren? Misschien komt er een nog gevaarlijkere variant of misschien komen er andere vaccins die wel een besmetting tegenhouden. Graag uw visie daarover.

Iemand zei dat er heel wat databanken zijn opgericht en dat het gemakkelijker is om databanken op te richten, dan ze weer te vernietigen. Ik laat in het midden of het al dan niet nuttige databanken zijn, maar wat een feit is, is dat wij tekortschieten als het gaat over statistische cijfers in de gezondheidscrisis. Hoe komt het dat dat evenwicht zoek is? Wat doen wij met die data? Zij worden op een databank gestockeerd, maar hoe komt het dat wij daar niet meer statistische gegevens uit kunnen halen? Wat moeten wij in het oog houden om het evenwicht te bewaren tussen het verzamelen van data en het gebruiken van data voor bijvoorbeeld statistieken?

Ik wil nog even terugkomen op de vaccinatieplicht in de zorg. Men heeft het hier vaak gehad over proportionaliteit. Mijn vraag is dan ook of die verplichting in de zorg nog proportioneel is en of die volgens u überhaupt nog op tafel moet komen.

Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer De Hert, u had het over de checks-and-balances. In een pandemie is het logisch dat de eerste maanden chaotisch verlopen en dat het dan puur om crisismanagement gaat; situaties evolueren natuurlijk. Hebben wij er volgens u voldoende aandacht aan gegeven dat we lessen moeten trekken? Moeten er volgens u in een crisis ook terugblikmomenten en een onafhankelijke beoordeling van de genomen maatregelen, vooral dewelke een impact hebben op privacy en te toetsen zijn aan proportionaliteit, worden georganiseerd?

Hebben wij een dergelijk orgaan en heeft dat volgens u goed gefunctioneerd? Wanneer moet er tijdens een crisis worden teruggeblikt? Doen wij dat voldoende? Mag dat afhankelijk zijn van de regering of moet dat op een bepaalde manier wettelijk verankerd worden om te garanderen dat het wel degelijk gebeurt?

U had het ook over de fixatie op mortaliteit. Kunt u daar iets meer over zeggen? Was het volgens u elders anders? Men zit dan natuurlijk met ethische dilemma's. Welk gewicht moeten we volgens u toekennen aan de risico's en baten? Wie of welk orgaan is het meest geschikt om die afweging te maken?

Hoe beoordeelt u de rol van het Parlement in de covidcrisis? Hadden wij volgens u meer moeten of kunnen doen? Kunt u daarover misschien wat inzicht geven?

Mijnheer Dobbelaere-Welvaert, u had het over de heer Robben. Dat is geen onbesproken persoon, ook niet in de gezondheidscrisis. Wat is uw mening over de digitale toepassingen die tijdens de pandemie werden ontwikkeld? Hebben wij daaruit voldoende lessen getrokken? Moeten er desgevallend pijnpunten aangepakt worden? Zo ja, welke? Werden de toepassingen voldoende en onafhankelijk geëvalueerd?

In de marge heb ik nog een aantal vragen aan de verschillende sprekers over de gegevensverzameling door de ziekenhuizen, ook al heeft dat niet meteen te maken met het debat van vandaag. We moeten voortdurend de ernst van de epidemie kunnen overschouwen en ziekenhuisgegevens en goede praktijken kunnen uitwisselen om de ernst ervan te kunnen beperken. Waren we daar, volgens u, klaar voor? Gebeurt onze gegevensuitwisseling op gepaste wijze als we kijken naar privacy en gegevensbescherming? Zijn er verbetervoorstellen? Wat moet er volgens u gebeuren om daarmee op een juiste manier te kunnen omgaan?

De **voorzitter**: Mag ik veronderstellen dat niemand onder de leden nog het woord zal vragen? Ik zou dan willen vragen aan de sprekers om binnen de tien minuten te antwoorden op de gestelde vragen.

Ik geef meteen het woord aan de heer De Hert voor zijn antwoorden.

Paul De Hert: Beaucoup de questions ont été posées, et cela me pousse à parler néerlandais, sinon je perds un peu le fil de mes pensées.

En ce qui concerne le cadre légal pour le futur, j'ai identifié sept points. On pourrait dire que, comme Parlement, on va formuler un cadre autour de ces sept points et ensuite voir, avec chaque crise, faire le test impliqué dans ce cadre. Je ne peux pas partager mes sept points mais, pour la première question concernant les raisons médicales et la fiabilité des vaccins, ce sont des questions qu'il faut se poser à chaque fois, comme je l'ai indiqué. Il n'y a pas de débat sur les vaccins en général; tous les virus sont différents et méritent un débat propre.

Un cadre générique, oui, parce que les points 3, 4 5, 6 et 7, la responsabilité, l'implication de la première ligne et des médecins classiques, le libre choix en ce qui concerne les vaccins, les sanctions qui doivent être légères et cette objection de conscience séculaire, pour moi, il s'agit de formules, d'ingrédients qui doivent figurer dans toute loi imposant une vaccination. Et donc oui, ils méritent d'être identifiés une fois pour toutes, parce que je ne vois pas pourquoi on va en dessous ou au-dessus de ces lignes directrices. Il ne faut pas être cynique, il faut prendre les droits de l'homme au sérieux. Ce n'est pas un test. Voir ce qui se passe à Strasbourg et ce que la Cour européenne des droits de l'homme accepte, ici dans le Parlement, dans cette phase jaune, il faut penser ouvertement et prendre les droits de l'homme au sérieux.

Cela, c'est la première chose pour moi. Loi générique, oui, mais pas pour faire passer tout vaccin parmi la population. Il faut prendre chaque crise au sérieux. C'est pour cette raison que je propose d'abandonner le CST. Un CST est défendable lorsqu'il défend bien contre la transmission, ce qui n'est pas le cas, mais ce n'est pas la raison pour laquelle je veux mettre le CST à la poubelle: on n'a pas bien fait l'exercice en 2021, on l'a mal fait. Avec chaque connaissance, chaque éclairage sur les impacts du virus, on aurait dû revoir le test de proportionnalité et on ne l'a pas fait.

On a donc dû abandonner le CST en juin 2021 car la science nous disait qu'il y avait un danger de transmission et que le CST n'était plus *safe* comme on le croyait au début. Je n'ai rien vu à ce sujet et je n'ai vu aucune amélioration pour ce qui concerne les certificats de rétablissement. Je n'ai pas vu un travail de proportionnalité systématique et cyclique autour du CST. C'est pourquoi je propose comme petite punition à ce gouvernement, qui a essayé de faire de son mieux, de l'abandonner et de le réinventer si besoin.

Les juges ont-ils bien fait leur boulot? Non, pas du tout, mais c'est le cas pratiquement partout dans le monde démocrate. Je trouve que les autorités de contrôle et de protection des données ont fait mieux. J'applaudis un peu leur travail. C'était courageux car nous étions tous sous l'emprise des médias qui nous disaient qu'il n'y avait pas d'alternative et on ne peut pas critiquer n'importe qui. C'était une période difficile pour le bon fonctionnement de l'État de droit ainsi que pour le Parlement.

Je propose au Parlement de regagner son terrain car on a trop fait usage du *soft law* que vous ne contrôlez pas et d'accords de coopération que vous ne contrôlez pas non plus. C'est le moment de regagner votre territoire. C'est une maison de sagesse. J'ai toujours été content de toutes vos initiatives. Je pense notamment aux séances de début février avec 32 experts. C'était un moment de gloire pour le Parlement comme centre de connaissance et d'action.

Il faut donc garder à l'esprit que le *merging* est un problème partout. Je propose donc au moins un *checks and balances* politique sur le *merging*. Un ministre qui veut le faire doit demander votre avis parce que cela touche à vos prérogatives. Le *merging* va redoubler dans d'autres domaines. Les hommes et femmes politiques se croient sexy car ils *mergent*. Ce n'est pas le cas. Ce n'est pas sexy. C'est une affaire sérieuse, comme ma collègue de Namur l'a souligné à juste titre. Cela doit être soumis au test de proportionnalité, de légalité et de légitimité. C'est l'État de droit qui l'exige.

Le libre choix des vaccins figurait parmi mes sept points. Il faut déterminer quelle couverture vaccinale mérite un virus. Les chiffres ne sont pas toujours identiques. Cela peut être 60 %, 95 %, notamment pour la polio. Il faut donc tenir compte de ces recommandations médicales pour déterminer le libre choix laissé aux gens et peut-être aussi pour cette clause d'objection de conscience. Pour moi, il reste cependant fondamental qu'on ne l'annihile pas et qu'on la laisse, comme les droits de l'homme l'exigent. On a permis à la religion de fonctionner dans notre société. Je ne suis pas contre. Au contraire, c'est un droit essentiel. La Charte de l'Union européenne dit qu'on ne peut pas abandonner totalement les droits de l'homme, même pour cette raison importante qu'est la science médicale mais qui n'est pas la seule science. Je continue à le souligner.

A-t-on bien fait? Non, le GEMS a cette vision de tunnel et cela a été identifié dans le Manifeste

d'hiver par 120 scientifiques. Il n'y a plus de raisons de permettre l'intégration du CST dans le baromètre et moi je propose au Parlement ceci: si vous allez vers une politique de longue durée, il faut tenir compte du jugement Vavřička et de mes sept points mais aussi revoir le travail qui a été fait autour du baromètre. En effet, pour moi, c'est du mauvais travail. L'avis du 14 janvier 2022 du GEMS est vraiment une *fake news*. Il n'y a pas de raison de maintenir le CST. Le GEMS n'a aucun motif ni argument. Le passage sur le CST dans l'avis est sans note de bas de page; c'est toujours le signe d'un manque de bases scientifiques là où, dans l'avis, pour les autres mesures, elles y sont: la ventilation, la distance, le *testing*, etc. Il y a pour une fois des notes de bas de page du GEMS, très rares.

Suis-je satisfait de cette séance du Parlement? Oui, elle était bienvenue. L'année 2021 a été terrible même avec ce gouvernement qui a fait de son mieux. Il y a beaucoup de points à prendre au sérieux pour la prochaine fois et pour d'autres domaines de politique: prérogatives du Parlement, *nudging.* Ce sont deux beaux exemples de cet exercice à faire.

Matthias Dobbelaere-Welvaert: Ik werk in chronologische volgorde en begin bij de heer De Roover. Hij stelde de vraag of het wenselijk is om per inschakeling van het CST voorafgaand een debat ter zake te voeren. Ikzelf verkies wel degelijk een debat én parlementair werk bij elke inschakeling van het CST, maar nog liever zie ik het CST, na deze deactivering, gewoonweg permanent verdwijnen. Privacyexperts zoals wij en experts op andere domeinen hebben aangetoond dat het CST onze samenleving meer schade heeft berokkend dan dat het heeft opgeleverd. Zoals professor De Hert daarnet al zei, is er geen enkele reden om aan te nemen dat het CST nog enig nut heeft of dat het werkt.

Ik kan niet anders dan denken dat er rond het CST een politiek ego zweeft om het uiteindelijk toch nog zo lang te behouden. Er is natuurlijk druk gekeken naar de buurlanden: men vreesde een invasie van Nederlanders of Fransen als het CST te snel zou worden afgeschaft. Nu is er echter geen reden meer om de barometer aan te houden, en zeker niet om het CST als instrument binnen die barometer te houden. Ik zie het liever afgevoerd en wil zeker ook geen 1G-beleid.

Dan kom ik bij de eerste vraag van Vlaams Belang. Identiteitscontrole wordt inderdaad bij voorkeur voorbehouden voor de overheid, voor politieagenten of ambtenaren. Ik vond het een bijzonder grote fout om die controlebevoegdheid toe te vertrouwen aan burgers zoals restaurantuitbaters, mensen die prima hun job uitoefenen, maar daarom nog niet gemachtigd zijn om identiteitskaarten te vragen. Aan Kinepolis stonden jobstudenten als een soort agent, vaak tegen hun zin. Heel wat burgers vonden dat niet fijn, al zijn er altijd uitzonderingen.

De oplossing voor een privacyvriendelijker CST is al gegeven: maak een aparte QR-code zoals in Nederland, met enkel initialen, zonder volledige naam, vaccinatiedatum of type vaccinatie. Dat is echt niet zo moeilijk en ook niet zo duur: 10.000 euro, *go and get it*. Zo ingewikkeld is het allemaal niet.

Als men het CST dus zou behouden, wat beter niet het geval is, moet men die gegevens apart houden. Ook daar werd de applicatie aangehaald. CovidScan is de app waarmee je de QR van het Covid Safe Ticket scant. Die is inderdaad aangepast na onze campagne, maar ook na kritiek van anderen. Dat maakt dat de Belgische applicatie minder data uitleest, maar met een andere applicatie kan men perfect alle data uit een QR halen, wat ook normaal is. Het probleem ligt dus niet bij de app, maar bij de QR-code die te veel data verzamelt.

Mevrouw Sneppe had een vraag over een gevaarlijkere variant in het najaar. Ja goed, dat is koffiedik kijken. Normaal gezien zou het milder en milder moeten worden. Als men de virologen hoort, is dat de normale gang van zaken. Maar goed, zelfs met een gevaarlijke variant zal het CST niet helpen. De vaccins zijn wat ze zijn: ze zijn goed, maar niet feilloos. Meer ventilatie en de terugkeer van FFP2-maskers zal waarschijnlijk wel helpen.

Mevrouw Gijbels van de N-VA vroeg naar de mening over de digitale tools. Ik denk dat de Coronalert-app die werd uitgewerkt door gerenommeerde experts een prima voorbeeld was van hoe het wel hoort. Het was een zeer privacyvriendelijke applicatie die te weinig is gepromoot door de overheid. Ook daar was onduidelijkheid of de applicatie data bijhield of niet. Net omdat ze zo privacyvriendelijk was, geef ik grif toe dat de werking soms wat gehinderd werd door bluetooth. Dat was niet altijd de beste manier om zoiets te doen, dat had eigenlijk via *beacons* moeten werken. Dat gezegd zijnde, als men naast een besmet iemand een appartement had, kon die soms een koppeling maken. Dat is nu eenmaal het nadeel van anonimiteit, maar het is een voorbeeld van hoe het wel moet. De heer Robben heeft vorig jaar onze Big Brother Award van het Ministry of Privacy gewonnen. Dat is niet de leukste award en ik zal me verder van commentaar onthouden. Ik lees dat hij voorlopig uit de GBA stapt, maar de vrees is dat hij via een achterpoort weer terugkomt.

Maar dat is een debat voor een andere dag. Het CST was dus geen goede oefening en niet privacyvriendelijk. Het heeft vooral heel veel wrevel en problemen opgeleverd en bracht toch niet de oplossing die techno-optimisten in deze regering soms graag zagen.

Er was een vraag van Open VLD. Ze was me niet helemaal duidelijk en ging ook over Q4 en een nieuwe variant. Moet het CST nu afgevoerd worden of behouden blijven? De conclusie is dat het CST niet heeft geholpen.

Er was nog een vraag van de N-VA, van mevrouw Depoorter. Wij zijn streekgenoten, mevrouw Depoorter, u hoort het misschien. Wij zijn van het Meetjesland, het mooiste deel van het land. Mijn opmerking ging niet over de consultatie van vaccinatiedata. Ik ben er mij van bewust dat apotheken toegang hebben tot die data. Dat moet ook, ik denk dat het vrij logisch is. Er is veel digitalisering in uw systeem. Een dokter kan perfect een voorschrift op een identiteitskaart zetten en hoeft geen papiertje meer. Daar zijn ook problemen mee, maar dat is het issue niet. Mijn opmerking ging wel degelijk over manipulatie, technieken die in dat programma werden gestoken om mensen die een Dafalgan kwamen halen en niet gevaccineerd waren, toch te *nudgen* en te overtuigen tot vaccinatie. Dat lijkt mij niet de taak van apothekers. Daar was de opmerking voor.

Ik sluit af. De meest storende vraag kwam van Vooruit, de fractie vroeg om een alternatief of een oplossing van ons. Wij zijn privacyexperts, wij zijn natuurlijk geen magiërs. We hebben niet dé oplossing voor deze pandemie, ook niet in dit land. Het is onze taak om de privacyproblemen te benoemen. Het is aan u om er eventueel iets mee te doen. Het advies van de Gegevensbeschermingsautoriteit geeft oplossingen, zoals meer ventilatie. Daar is onvoldoende op ingezet, zowel in de horeca, de sportscholen als de scholen. De heer De Ceulaer heeft op Twitter al aangegeven dat ventilatie dé manier is om deze pandemie te bestrijden, en dus niet met een CST. Mevrouw Vanpeborgh, verwacht van ons geen oplossingen, dat moet u zelf doen. Hieruit is hopelijk wel gebleken dat het CST geen tool is om te behouden in de gereedschapskist, los van wat uw minister ter zake beweert.

De **voorzitter**: Het is de eerste keer dat ik hier de woorden "storende vragen" hoor vallen, maar dat is het volste recht van de gastspreker.

Mevrouw Degrave krijgt het woord.

Élise Degrave: Monsieur le président, pour revenir brièvement sur le CST, je voulais préciser que ce n'est pas parce qu'on critique le pass qu'on est contre la vaccination. Au contraire! Ni que, parce qu'on est soucieux de la vie privée (c'est quand même notre domaine de recherche), on est contre la protection de la santé. Mais on est bien tout à fait conscient qu'il y a moyen de conjuguer tous ces droits fondamentaux. C'est bien la raison pour laquelle nous devons en débattre devant un parlement.

Néanmoins, j'attire votre attention sur le fait que la vie privée, c'est une liberté qui est invisible et on peut avoir tendance, une fois en possession des données, d'en faire autre chose que ce qui était prévu. En Allemagne, on a utilisé les données du CST pour retrouver les témoins d'une bagarre dans un restaurant. Ce n'était pas prévu à la base. Quand on a les données, on a tendance à les réutiliser. Notre souci est de pouvoir mettre en place quelque chose qui soit durable, proportionné.

Au niveau de l'objectif, quand j'ai parlé de l'objectif sanitaire, c'était au sens strict où le premier objectif présenté était d'éviter la propagation du virus dans des endroits clos et donc, un outil, le CST, qui venait en plus des masques et de la ventilation, qu'on a eu tendance à oublier, comme cela a été dit.

Mais des avis des épidémiologistes et la semaine passée, je donnais une conférence avec l'une d'entre elles, Catherine Linard, qui disait que ça n'a pas fonctionné, au niveau épidémio par rapport au nouveau variant et par rapport au taux de vaccination. Ça ne marche pas quand on mélange des vaccinés et des non-vaccinés. Par ailleurs, on le voit – c'est un effet pervers – cela a poussé les personnes vaccinées à enlever tous les autres gestes barrières, le comble étant dans les restos, quand on a permis, il y a environ deux semaines, de montrer son CST mais en enlevant son masque. C'est quand même bien la preuve que l'objectif n'était plus de protéger contre la propagation du virus!

Donc, cela a des effets pervers, cela provoque les contaminations involontaires, cela a braqué les non-vaccinés puisqu'ils se sont dit: "Qu'est-ce que c'est que ce truc? Moi, je ne vais pas me faire vacciner pour aller au resto." Bien entendu, il faut un débat sur "à quoi sert ce CST?" Et là, vous devez être éclairés par des épidémios sur la base de chiffres. Servons-nous des expériences des deux dernières années! Cela a-t-il servi à quelque chose ou pas et si oui, à quoi? Ensuite, qu'est-ce que cela a provoqué comme risque? Il faut bien se rendre compte que ces outils numériques, ces bases de données, c'est un système numérique et économique. Il y a énormément de consultants qui ont été mobilisés et payés pour cela, cela a coûté

très cher. Cela a généré des croisements de données à n'en plus finir. Tout cela est mis en place. Une fois que l'on sait que cela existe, on veut l'utiliser évidemment. C'est là qu'on en est. Va-t-on renoncer à quelque chose qu'on a mis en place? En plus de ça, ça fait État branché d'utiliser des données. On est un État à la pointe. Donc, on a peur de retirer ce truc mais, à mon sens, c'est la plume de Dumbo. Ça ne sert à rien! Dumbo prend sa plume pour voler parce qu'il a peur de tomber. Le CST, on a peur de le laisser tomber parce qu'on ne sait pas trop vers quoi on va.

J'attire votre attention sur les risques actuels au niveau des droits fondamentaux: une limitation de la vie privée, du doit à l'enseignement, de la liberté d'aller et venir, cela crée des discriminations. Mais je crois que votre rôle aussi est de poser la question de savoir vers quelle société on va à l'avenir si on pérennise ce CST. Ce n'est quand même pas rien les modifications qui ont eu lieu insidieusement et dont on n'a jamais parlé. Et quand on en parle, on est qualifié d'antivax, il y a des suspicions qui viennent. Ce n'est absolument pas mon cas, je le précise.

Quelle est la société qu'on est en train de créer? Une société dans laquelle l'accès à des services est limité sur la base du statut de santé. Pour moi, c'est une chose inédite! On limite l'accès à des lieux sur la base du statut vaccinal des personnes. On crée des discriminations sur la base de la santé.

Par ailleurs, on fait contrôler des citoyens par d'autres citoyens. C'est aussi inédit. Ce ne sont pas des policiers, ce sont des jobistes qui contrôlent nos citoyens.

Par ailleurs, on commence à contrôler l'identité partout. Vous allez au musée, au cinéma, au resto, vous ne pouvez plus y aller de manière anonyme. Là se pose vraiment la question de la liberté, la liberté d'aller et venir, la liberté d'être soi-même, la liberté de l'anonymat, auxquelles on a quand même encore droit dans certains endroits. Vous passez un bon après-midi avec quelqu'un, vous vous dites que vous iriez bien boire un verre et la question qu'on doit poser est "est-ce que tu es vacciné?". Tu n'es pas vacciné, tu n'as pas ton CST, alors on laisse tomber. C'est quand même un peu moche comme type de société.

Je pense qu'il faut voir plus loin encore et faire un lien avec la carte d'identité électronique sur laquelle on a insidieusement mis les empreintes digitales – on n'en a pas beaucoup parlé beaucoup à l'époque où cela a été décidé. Est-ce qu'on ne va pas franchir le cap de mettre le CST sur la carte d'identité électronique? À la prochaine vague d'attentats terroristes, on se dira que tant qu'on en est à contrôler le statut vaccinal des personnes, on va aussi faire un croisement entre les empreintes digitales et les bases de données policières pour voir si la personne n'est pas un terroriste potentiel. C'est possible!

Ça fait un peu alarmiste de le dire maintenant, mais le problème en matière de biométrique, c'est qu'une fois que c'est là (…), c'est trop tard. On le voit bien avec le CST. Il est créé et on n'a pas envie de l'enlever.

Je ne suis pas antivax mais, par contre, je suis contre l'hypocrisie politique. Jouons cartes sur table! Soit il est important et essentiel de vacciner la population et alors on impose l'obligation vaccinale avec la responsabilité qui va de pair et qui doit aller jusqu'à l'obligation de faire payer l'État pour les effets secondaires. Bien sûr que l'État doit payer en cas d'effets secondaires et non pas le citoyen qui a été forcé par un pass ou par une obligation légale.

Soit cela n'est pas incontournable et nécessaire et alors on laisse le choix au citoyen avec des politiques de sensibilisation – comme on le fait déjà, par exemple, pour la grippe –, mais pas des *nudges*, pas des pass. De cette manière, le choix est laissé au citoyen qui est considéré comme un être responsable et éclairé.

Le deuxième point que j'aborderai est celui concernant Vaccinnet. Je n'ai pas fait de plaidoyer pour la fédéralisation des soins de santé. Ce n'est pas cela que j'ai dit. Par contre, j'attire votre attention sur le fait que la vaccination obligatoire est une compétence fédérale. Il faut le savoir.

Par ailleurs, ce que j'ai dit, c'est que l'accord de coopération qui encadre la base de données de vaccination, pour le moment, ne va pas. Pourquoi? Parce que ce texte a été écrit pour régler une situation temporaire. On ne peut pas pérenniser, à mon sens, un texte bancal écrit pour une situation temporaire. On ne peut pas le pérenniser mine de rien. On ne peut pas faire cela aux citoyens. C'est notre rôle de chercheur de vous alerter là-dessus.

Tant qu'à faire le point sur cet encadrement de la base de données de vaccination, passons tout en revue. Que voit-on? On voit que toutes les données belges sont stockées en Flandre. Continue-t-on ainsi? Évidemment qu'interviennent des préoccupations de savoir où en sont Bruxelles et la Wallonie à cet égard! Mais rien ne dit que la Wallonie et Bruxelles ne pourraient par elles aussi se doter de pareille base de données. Ce que j'ai dit, c'est que pour la grippe, une base de données fédérale a été mise en place. Pourquoi? C'est

comme cela qu'on l'a fait. Le système existe, la base de données "grippe" est fédérale. Est-ce que l'on ne ferait pas la même chose pour la covid?

Je précise aussi que eHealth est un outil formidable que l'on doit à Frank Robben qui a fait beaucoup de bien pour l'e-gouvernement. Je ne l'ai jamais contesté. Il y a des tas de problèmes connexes que l'on connaît, que vous connaissez et que vous traitez. Mais eHealth est un bel outil sans pour autant être une base de données, mais une Banque-Carrefour. Cet outil permet de faire circuler les données au sein de l'État. Cet outil n'est pas typiquement flamand, mais fédéral et encadré par une loi.

Une base de données de vaccination qui serait soit en Wallonie pour les Wallons, soit au niveau fédéral pour tous les Belges, n'empêche pas du tout le recours à eHealth. C'est bien évidemment cette idée qu'il faut encourager dans l'optique de rendre service aux citoyens au départ de ces données pour cesser de considérer que les données sont toujours collectées dans une vocation de contrôle.

Ce que je vous conseille, c'est de reprendre l'accord de coopération et de décider point par point si vous êtes d'accord avec les finalités, avec la compétence exorbitante du CS; de mettre dans une loi rédigée correctement noir sur blanc ce sur quoi vous vous mettez d'accord. Si vous refaites des auditions, nous serons là pour vous aider, si vous le souhaitez, à voir si ces fameuses finalités, qui sont vraiment la pierre angulaire des traitements de données, sont claires, nettes et précises, puis d'en faire une belle communication politique sur l'intérêt des citoyens à disposer de données gérées dans une base de données de vaccination. C'est en soi quelque chose de très positif mais qui doit se faire de manière cohérente, propre, noir sur blanc sans cacher aucune carte.

Enfin, au niveau des comorbidités, il faut absolument éviter de faire une base de données qui reprend les comorbidités, ce qui n'a heureusement pas non plus été fait pour la vaccination. Par contre, un bon système existe déjà en Belgique. C'est le système oui-non, c'est-à-dire qu'on peut très bien avoir un croisement de données sans connaître la comorbidité de la personne. On ne connaît pas le problème de la personne mais on a l'information selon laquelle, oui ou non, elle entre dans le champ des personnes par exemple prioritaires à la vaccination. C'est ce qu'on a fait. C'est un bon système qu'on utilise aussi pour le tarif social en matière d'énergie et qu'on pourrait d'ailleurs redévelopper maintenant au regard de la crise actuelle. Il est possible d'avoir l'information selon laquelle telle personne a droit au tarif social sans connaître précisément son revenu.

Franck Dumortier: Monsieur le président, il y a eu une première question par rapport au rôle du Conseil d'État. Au niveau des recours en annulation et suspension, il est actuellement difficile d'en tirer des conclusions. En suspension, certaines décisions ont déjà été rendues. En annulation, il y en a encore plein qui sont pendantes.

Au niveau des avis, par contre, il y a des avis dans lesquels le Conseil d'État a joué un grand rôle, notamment par rapport à la précision du rôle du CSI en clarifiant que le CSI ne pouvait pas fixer d'éléments essentiels et que cela revenait au législateur. Il a donc clarifié le rôle du CST, raison pour laquelle d'ailleurs, dans l'accord de coopération vaccination, certaines balises ont été mises. Même si Élise Degrave juge qu'elles ne sont pas suffisantes, un certain nombre de balises avaient déjà été mises en œuvre à la suite d'un avis du Conseil d'État. Il a donc joué un certain rôle, en tout cas dans la phase d'avis.

Quant à la question de la N-VA portant sur l'anonymisation, il est évident que des données anonymisées par rapport à la vaccination sont importantes pour les statistiques. Mais il faut se rendre compte que, pour obtenir des statistiques, il faut d'abord collecter des vraies données, c'est-à-dire des vraies données à caractère personnel. Ce qui manque quand on dit que les données sont anonymisées, c'est de savoir comment ces données sont anonymisées, c'est de connaître le processus d'anonymisation. C'est quelque chose de très important pour éviter des risques de réidentification. Dans ce cadre-là, au lieu d'indiquer dans l'accord de coopération ou d'exécution un certain nombre de choses qui relèveraient en fait d'un débat du Parlement, on pourrait préciser que le CSI devrait vérifier le processus d'anonymisation et effectuer le contrôle de risque de réidentification pour faire en sorte que les données soient réellement anonymes par la suite.

Le PS a demandé si un pass vaccinal sans obligation vaccinale est une obligation déguisée. Bien entendu. Je pense que tout le monde ici est d'accord là-dessus, d'autant plus que, si un citoyen contrôle un citoyen pour l'entrée à des lieux, le consentement n'est pas réellement un consentement libre par rapport à la finalité. Donc, potentiellement, des recours sont possibles par les citoyens contre l'État en responsabilité en disant: "Je n'ai pas donné mon consentement libre. Il s'agissait en fait d'une obligation déguisée." Et, en cas d'effets secondaires relatifs au vaccin, on peut attaquer la responsabilité de l'État. C'est une possibilité.

Le MR a opposé vie privée et vie biologique en disant qu'il faut atteindre une balance. Il faut se rendre compte que cette balance est précisée dans le RGPD lui-même. Celui-ci contient des conditions pour le traitement de données sensibles. Il n'est donc pas question de déroger au RGPD. Il est question d'appliquer le RGPD avec les conditions qui sont précisées pour le traitement de données sensibles. Une législation existe. Dans le cadre de la Hongrie, le Comité européen de la protection des données a encore rappelé qu'il n'est pas question de déroger au RGPD, même dans des situations telles qu'avec le covid actuel.

Le MR a aussi posé une question par rapport à la situation d'une obligation vaccinale sans ou avec pass vaccinal. J'ai évoqué deux parties dont une situation d'obligation vaccinale avec une base de données de contrôle. Mais on pourrait très bien imaginer une situation d'obligation vaccinale sans base de données de contrôle. Je serais d'ailleurs plus favorable à cela parce que c'est une mesure moins attentatoire. Ce serait d'autant plus le cas si l'obligation vaccinale n'était imposée qu'à certaines catégories de personnes, par exemple au personnel soignant. Une base de données de contrôle serait d'autant moins utile et on pourrait dans ce cadre-là imaginer un contrôle uniquement par les employeurs de ces personnes. Je ne dis pas que c'est une bonne idée de l'imposer. On en revient à la question: "Une obligation vaccinale, de manière générale, est-elle proportionnée ou pas?" J'en reviens à la discussion menée par Paul De Hert.

Je dis que si on imagine une obligation vaccinale pour le personnel soignant, il faut penser aux traitements de données qu'il y a derrière. Si on n'impose pas de sanctions administratives ni pénales mais uniquement le fait de ne pas pouvoir réaliser d'activités professionnelles, cela pose quand même un sérieux problème. La question de la proportionnalité des sanctions se pose à nouveau et on revient à la discussion de Paul De Hert.

Le PTB a posé une question par rapport au fait que je plaidais pour une nouvelle base de données de contrôle, et DéFI l'a dit aussi. Celle-ci contiendrait aussi des certificats de contre-indications. Je ne plaide pas pour cela. Je ne suis pas pour une base de données de contrôle, parce que comme je vous l'ai dit, on tomberait dans un contrôle policier. C'est à mon sens quelque chose qui n'est pas souhaitable. Mais si on tombait dans ce genre de système, une base de données de certificats serait utile pour éviter de rendre a priori suspectes des personnes qui ne seraient pas vaccinées, et pas par choix, mais uniquement parce qu'elles n'ont pas ce choix justement, parce qu'elles font l'objet de contre-indications. Donc, pour éviter des présomptions de culpabilité, dans ce cadre-là uniquement, des certificats de contre-indications devraient être mis en place, mais je ne plaide pas pour cela du tout.

Je pense avoir ainsi répondu à toutes les questions qui m'ont été posées. Je ne vais pas prolonger inutilement les débats. Je sais que vous avez reçu suffisamment d'informations. Je vous remercie beaucoup pour votre écoute.

Le **président**: Je remercie encore les quatre experts d'être venus apporter leur connaissance et leurs avis et de les avoir partagés avec nous. Je remercie nos membres pour leurs nombreuses questions et leur intérêt pour ce sujet.

Comme je l'ai dit précédemment, notre travail se clôturera demain par un débat au cours duquel chaque groupe politique pourra s'exprimer et nous dire ce qu'il a retenu des nombreuses auditions que nous avons consacrées à ce sujet, certes plus tout à fait d'actualité aujourd'hui. Mais cela peut toujours revenir. D'où l'intérêt d'y aller jusqu'au bout.

La réunion publique de commission est levée à 13 h 00.
De openbare commissievergadering wordt gesloten om 13.00 uur.

Dr Luc Herry

Président

Réponses aux questions des parlementaires sur l'Obligation Vaccinal (VO)

En premier lieu, vous devez savoir que nombre de citoyens fraudent sur la vaccination et sur les tests PCR.

Ex : Une personne PCR positive au test AG, se prélève aussi un deuxième test et le notifie au nom d'une autre personne, plus les fausses vaccinations qui pleuvent un peu partout, cela organise un désordre pas possible et des contaminations en chaîne chez des personnes qui ont fraudés.

Voici mes réponses :

Si VO les test PCR sont à réaliser pour les patients avec des symptômes plus ou moins sévères.

Le Booster doit se réaliser idéalement après 4 à 5 mois pour être efficace.

Le bénéfice de la VO serait plus net à Bruxelles, en Wallonie et moindre en Flandre, mais la différence en gain de soins et de liberté retrouvée seraient assez similaire.

Les effets secondaires du vaccin : c'est la responsabilité sans faute que le public assure déjà.

Le nombre de doses se réaliseront selon les indications scientifiques.

Les sanctions pour la VO : d'ordre financière après information bien organisée, et peut-être assortie d'un non remboursement de soins pour les non vaccinés.

Les obligations dans notre société sont nombreuses, port de la ceinture de sécurité, port du casque en moto et d'une tenue de protection, ce sont des règles pour se protéger et protéger les autres, idem pour la VO.

Le schéma de vaccination covid évolue en fonction des connaissances scientifiques, comme pour les autres vaccins et les répétitions de vaccins se font en fonction de leur efficacité. Les vaccins covid actuels sont efficaces et si variant, ils seront adaptés. Et les rappels seront transcrits dans les arrêtés d'exécutions.

Pour les mineurs à partir de 5 ans, également VO pour que le virus circule moins.

Les personnes ayant eu la covid sont moins bien enregistrées que ceux qui ont reçu le vaccin.

Le nombre de doses se réalisent en fonction de la vulnérabilité du patient, pour la VO ce sont les doses classiques, car on ne peut pas systématiser les patients vulnérables.

Il faut bien sûr augmenter l'emploi dans le secteur de la santé.

Les traitements curatifs ont une efficacité limitée et sont utilisés selon des protocoles bien définis et viennent en renfort à la vaccination. Ils sont donc complémentaires.

Les agences du médicament ont travaillé dans l'urgence avec un nombre d'essais cliniques bien supérieur à la norme, ce qui nous a fait gagner du temps.

Toutes les études de sciensano vont dans le même sens : bénéfice de la vaccination pour le nombre de soins hospitalier et soins intensif.

Les citoyens non vaccinés sont aussi les citoyens rebelles au geste barrière.

Décision tardive de la VO, non car l'avenir reste incertain et qu'un rappel avant l'hiver serait peut-être nécessaire.

Les rappels de vaccination relancent toujours la défense immunitaire et sont donc utiles.

Pour la VO des soignants l'Absym y est toujours favorable, notre déontologie aussi, et aussi pour le personnel en contact avec les malades qui sont par définition vulnérables. Les sanctions, l'Absym pense qu'une sanction financière est nettement préférable à la sanction de perte de visa, qui rajouterait un manque de personnel de soins.

La vaccination dès l'âge de 5/6 ans, cela demande à toute la collectivité de participer à la lutte contre la covid. Avant 5 ans, il n'y a pas encore d'étude finalisée.

Convaincre de la vaccination, c'est aisé, c'est notre pourcentage de vacciné qui le prouve, mais les réticents à la vaccination, certains gardent leurs arguments erronés et pour ceux là la VO est une meilleure solution.

Pour les enfants, il y a beaucoup de sensibilité, mais la vaccination pédiatrique reste toujours bien active.

Dans notre pratique, nous constatons que les personnes vaccinées 3 doses résistent très bien à l'infection par rapport aux personnes ayant reçu 2 doses, même dans une même famille.

Cibler la VO sur les vulnérables est insuffisant, il y nombre de vulnérables ignorés, et la circulation du virus serait grande.

Vacciner contre la grippe et la covid 10 ensemble, se fait déjà depuis octobre 2021.

Voici un lot de réponses, je vous souhaite bon travail et bonne réflexion.

Dr Luc Herry

Voice for Science and Solidarity

Antwoorden van G. Vanden Bossche op vragen gesteld door parlementaire commissie n.a.v. hoorzitting 'vaccinatieplicht' van 26.01.2022

Gezien vele van de gestelde vragen getuigen van een foutieve interpretatie van mijn waarschuwing en de wetenschappelijke staving – en dat ondanks de vele geschriften en interviews waarin ik die herhaaldelijk uiteenzette – vond ik het nuttig om vooraf een 2-tal zaken te verduidelijken om zodoende veel tijd te sparen bij het beantwoorden van de gestelde vragen..

i) M.b.t. tot mijn opinie m.b.t. de nefaste gevolgen van de huidige massavaccinatie
Nogmaals: Mijn enorme bezorgdheid gaat uit naar het

1. **grootschalig vaccineren** van de verschillende lagen vd bevolking
2. **tijdens een pandemie**
3. van **meer infectieuze SARS-CoV-2 (SC-2) varianten**
4. met C-19 **vaccins die niet in staat zijn om virusoverdracht te verhinderen**.

Deze 4 voorwaarden worden perfect vervuld door de huidige vaccinatiecampagnes en bevorderen de verspreiding (niet het ontstaan!!) van meer infectieuze mutanten/varianten. Omdat die daardoor beginnen te domineren (en minder infectieuze varianten verdringen), verhoogt de infectiedruk in de populatie. Dit leidt tot meer (gevallen van) ziekte (cfr. Omicron). Net zoals overbevolking (overcrowding) zal een golf van een hoog infectieus virus aanleiding geven tot sterke stijging van de infectiegraad en t.g.v. de hoge daaruit resulterende morbiditeitsgraad een hoge immuundruk op het virus uitoefenen (via natuurlijk verworven antistoffen die echter niet in staat zijn om bij hoge infectiedruk het virus te bedwingen!). Die infectiedruk naar beneden brengen is mogelijk via (éénmalige) antivirale chemoprofylaxe. Gewoon blijven doorvaccineren zal in tegendeel de immuundruk nog verhogen en ervoor zorgen dat de vicieuze cirkel van verhoogde infectiviteit onderhouden blijft.

---

ii) M.b.t. de wetenschappelijke staving van mijn argumenten:

Het zou mooi zijn indien er, net zoals voor Influenza, ook voor SARS-CoV-2 kant en klare studies bestonden die beschrijven hoe aangeboren en natuurlijk verworven immuniteit tegen SC-2 elkaar complementeren en hoe vaccin-gemediëerde immuniteit de effectorcellen van het aangeboren immuunsysteem met erkende werkzaamheid t.o.v. SC-2 eenvoudigweg omzeilt. Wél is beschreven hoe bij b.v. Influenza infectie de werking van aangeboren en natuurlijk verworven antistoffen elkaar opvolgen en die antistoffen enkel op die manier een synergistisch effect hebben (https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11043776/; https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15633017/); tevens is ook algemeen bekend dat de effectorfunctie van vaccins berust op cellen van het *verworven* en niet van het aangeboren immuunsysteem.

Het zou ook mooi zijn moesten studies bestaan die precies beschrijven hoe effectorcellen van het aangeboren immuunsysteem (b.v., B1a en NK cellen) in de loop van een SC-2 pandemie kunnen worden getraind d.m.v. epigenetische veranderingen. Wél is algemeen bekend en gepubliceerd dat aangeboren immuniteit wel degelijk kan worden getraind door epigenetische veranderingen.

Het zou mooi zijn moesten de moleculair-biofysische mechanismen bekend zijn van hoe *verworven* S(pike)-specifieke antistoffen *aangeboren*, polyspecifieke IgM antistoffen, die 'self-like' motieven herkennen op de oppervlakte van Coronavirussen, kunnen wegconcurreren op basis van een veel hogere affiniteit voor het antigeen. Wél werd dit meer algemeen beschreven voor antigeen(Ag)-specifieke en aangeboren antistoffen.

Het zou tenslotte ook mooi zijn indien precies beschreven was hoe aangeboren antistoffen SC-2 varianten en alle coronavirussen kunnen neutraliseren. Wél werd dit beschreven voor verschillende Influenzavirus varianten (trouwens voorzien van gelijkaardige 'self-like' N-glycaanpatronen op de oppervlakte).

Literatuurbronnen die bovengenoemde argumenten staven en ze in een logisch samenhangingsverband brengen worden vooral genoemd in mijn volgende bijdrage (tevens gepubliceerd op TrialSiteNews; https://trialsitenews.com/):

https://www.voiceforscienceandsolidarity.org/scientific-blog/the-alleged-case-for-experimental-c-19-vaccination-of-children-is-merely-based-on-silo-mentality-and-immunological-ignorance

Net als bij een uitvinding is het precies de kunst om deze stukjes van de puzzel in elkaar te passen, daarbij steunend op publicaties die – voor wat het specifieke SC-2 geval betreft - natuurlijk steeds achterlopen op de feiten. Wanneer de puzzelstukjes passen, dan wordt de hypothese getoetst aan de werkelijkheid om na te gaan of zij de evolutie van de pandemie – ondanks menselijke interventie – kan verklaren, daar waar conventionele epidemiologen en virologen ondanks alle mogelijke modellen daarin niet slagen. De sterkte van de hypothese ligt dus niet in de afzonderlijk gepubliceerde puzzelstukjes maar wel in de betrouwbaarheid van de gehele puzzel m.b.t. het voorspelde evolutief gedrag van de pandemie. Ik heb steeds gezegd dat massavaccinatie zou leiden tot een opeenvolging van dominant circulerende, meer infectieuze SC-2 varianten. Die voorspelling kwam uit. Tevens voorspelde ik dat dit uiteindelijk zou leiden tot resistentie van het virus tegen neutraliserende anti-S antilichamen. Ook die voorspelling kwam uit. Tenslotte voorspelde ik ook dat verdere massavaccinatie (dus nu weldra met anti-Omicronvaccins) zou leiden tot een nog sterkere toename van infectie, ziekte en sterfte in de gevaccineerde populatie. Ik hoop dat die voorspelling niet uitkomt maar het is wel wat ik afleid uit mijn wetenschappelijk inzicht in hoe de massavaccinatie de evolutie van het virus en de zich daaraan aanpassende reactie van het immuunsysteem beïnvloedt.

Ben ik een doemdenker? Alles behalve; wél ben ik vaak een spreuk van Sherlock Holmes indachtig:

"How often have I said to you that when you have eliminated the impossible, whatever remains, however improbable, must be the truth?"

***Kathleen Depoorter** (N-VA):*

Ik heb straks nog een aantal algemene vragen beide sprekers, maar nu richt ik me tot de heer Vanden Bossche. U begon uw tussenkomst door te zeggen dat u geen belangenconflict hebt. Daarna heeft u een zekere verduidelijking gemaakt. Ik was hier graag nog even op ingegaan. In de pers heb ik gelezen dat u zelf een vaccin ontwikkelt, gebaseerd op de T-cellen. Klopt dat? Is uw stelling dat er geen belangenconflict zou zijn dan wel conform? Ook als consultant kan ik mij moeilijk voorstellen dat u volledig ongebonden bent. Een verduidelijking hiervan is volgens mij een belangrijke kanttekening.

Zoals u allicht weet, verkondigt de officiële pers m.b.t. mijn persoon alleen maar roddels. Vooreerst gaat het bij mijn concept niet om T cellen maar wel om N(atural) K(iller) cellen. Ondanks verwoede pogingen van factcheckers bestaat er omtrent dit concept geen patent en beschik ik noch over infrastructuur noch over om het even welk contract met mogelijke financiële sponsoren of bedrijven die mogelijks zouden kunnen helpen met de verdere ontwikkeling van dit m.i. veelbelovend concept. Verschillende grote spelers uit de vaccinindustrie zijn trouwens op de hoogte van mijn concept en de gegevens die werden gegenereerd *in vitro*. Ondertussen ligt ook dat onderzoek sinds het begin van de Coronacrisis volledig stil. Bovendien dient trouwens ook de vraag te worden gesteld welke vaccinproducent überhaupt geïnteresseerd zou zijn in een universeel vaccin dat met één enkele toediening bescherming zou kunnen bieden tegenover tal van verschillende pathogene agentia. Misschien moet men een net iets grondiger huiswerk verrichten om te onderzoeken hoe in een dergelijke context zelfs ook maar sprake kan zijn van belangenvermenging. Ik heb trouwens reeds herhaaldelijk publiek te kennen gegeven dat, in de 'unlikely

event' dat er interesse zou bestaan voor een vaccinontwikkeling op basis van dit concept, ik al mijn kennis omtrent deze vaccinbenadering ter beschikking zal stellen zonder dat ik daarbij ook maar één eurocent of dollar wens te verdienen aan royalties of de commercialisering van mogelijke intellectuele eigendomsrechten. We leven blijkbaar in tijden waar echte filantropie en integriteit alleen maar 'verdacht' lijken. Gezien de belastingsinner in dit land blijkbaar de intentie heeft om, kost wat kost, de vaccinatie aan de bevolking op te dringen, zou het allicht nuttiger zijn een onderzoek te doen naar de mogelijke belangenvermenging van een aantal promotoren van deze massavaccinatie die precies met deze belastinggelden worden betaald. Het is ook duidelijk dat een niet onbelangrijk deel van de inkomsten die sommige van deze instituten uit C-19-gerelateerde samenwerkingen met de industrie opstrijken, terug naar eigen keuken vloeien.

U geeft aan dat een natuurlijke pandemie na een jaar uitdooft. In de literatuur heeft men het echter vaak over periodes van vier jaar. Welke wetenschappelijke publicaties hanteert u voor uw stelling? Kan u die met ons delen?

Ik denk dat u de verkeerde literatuur heeft geraadpleegd. Het gaat niet over de literatuur van de 2 wereldoorlogen maar wel over die van pandemieën. Ziehier slechts een kleine greep uit de beschikbare literatuurbronnen:

https://www.britannica.com/story/how-long-did-the-flu-pandemic-of-1918-last

https://www.ccohs.ca/oshanswers/diseases/pandemic_flu.html

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC7252012/

https://sfamjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1751-7915.13889

De gedocumenteerde duur van pandemieën variëert tussen de 10 en 20 maanden. De Russische griep (mogelijks zelfs niet eens veroorzaakt door Influenza maar door Coronavirus), die duurde van het voorjaar van 1889 tot het voorjaar van 1890 kende 2 jaar later nog wel een korte opflakkering (van januari tot mei) met 2017 gevallen waarvan 66 met dodelijke afloop:
https://www.um.edu.mt/library/oar/bitstream/123456789/651/1/2005.Vol17.Issue3.A2.pdf

U zei ook dat de vaccins steriliserend moeten werken. Elk jaar ondersteunt de overheid een seizoensgriepvaccinatie, met een bereik van 60 à 70 %, die al jarenlang gekend is. Men hanteert hiervoor verschillende stammen. Bedoelt u dan eigenlijk dat ook deze vaccinatiecampagne niet toereikend is, of niet noodzakelijk? We gaan er wetenschappelijk van uit dat die influenzavaccinatie effect heeft en ervoor zorgt dat er minder mensen in het ziekenhuis belanden en sterven aan griep. Tot op vandaag geeft de literatuur ook aan dat na covidvaccinatie minder ernstige covidvormen en minder dodelijke patiënten voorkomen. Spreekt u dat volledig tegen? En op welke literatuur baseert u zich daarvoor?

Zie bovenaan: **Bij de seizoenale griepvaccinatie gaat het wel degelijk niet om massavaccinatie noch om vaccinatie <u>tijdens</u> een pandemie of epidemie.** Het vaccinseizoen gaat wel degelijk vooraf aan het griepseizoen en enkel een klein deel vd bevolking (t.t.z. oudere en kwetsbare mensen) wordt gevaccineerd. Moesten wij tijdens een grieppandemie massaal gaan vaccineren met conventionele vaccins (waartoe ook griepvaccins behoren) zoals nu tijdens de SC-2 pandemie, dan zou ik inderdaad dezelfde noodkreet slaan als nu.

Wat ik moeilijk vind in uw redenering over het competitieve voordeel door vaccinatie en de natuurlijke immuniteit is dat u stelt dat men moet starten met vaccineren alvorens er een pandemie uitbreekt. Er zijn nochtans heel wat voorbeelden uit het verleden met ebola, cholera enzovoort, waar men ook beginnen

vaccineren is middenin de epidemie. Is uw stelling dan dat u het opportuun had gevonden om te beginnen met vaccineren na de crisis?

Laat ons hier eerst en vooral geen appelen met peren vergelijken. **Mij zijn geen voorbeelden bekend van vaccinaties tegen virale ziekten met niet-replicerende vaccins die plaatsvonden tijdens een pandemie**. Ook het Ebola vaccin was een replicerend vaccin (VSV-EBOV) waarvan trouwens de efficaciteit in klinische studies doorgevoerd door de WHO op beschamende wijze werd vervalst zoals blijkt uit mijn analyse destijds als medewerker van GAVI: https://uploads-ssl.webflow.com/616004c52e87ed08692f5692/61f65c43db047c9050ffe014_Critical_analysis_Ebola_vaccine_trial_GVB.pdf

U zegt ook dat, door het vaccineren, het virus zich steeds meer zal beginnen ontwikkelen, omdat het de competitie aangaat met de immuniteit, waardoor het virus telkens moet aansterken. Eigenlijk gaat u met deze uitspraak de bacteriële toer op. U vergelijkt dit immers met een bacterie die resistent wordt tegen een antibioticum. Ik heb tot op heden geen literatuur gevonden die deze stelling staaft. Kunt u mij daar aanvaarde wetenschappelijke publicaties over voorleggen?

Dat massavaccinatie zoals bovenaan beschreven wel degelijk op zijn minst zeer ernstige vragen oproept m.b.t. het bevorderen van de verspreiding van meer infectieuze varianten blijkt uit verschillende publicaties. Om hieruit slechts een kleine greep met u te delen:

https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0250780 :

"*Hence, the evolutionary rate ……. may underestimate the evolutionary potential of the virus to evade nAbs deployed as active immunity (vaccines) or passive immunity (nAb prophylactics).*"

"When nAbs are broadly present in the population, population-level selection for antibody-evading, infection-competent viral mutants may result in a rapid resurgence of SARS-CoV-2 infections."

"Although these mutants are at a fitness disadvantage compared to the wild-type virus before nAbs are broadly present in the population, they are constantly generated through de novo mutation which allows them to exist at nonzero frequencies. However, once nAbs are common in the population, these mutants will have a selective advantage."

https://pubs.acs.org/doi/10.1021/acs.jpclett.1c03380:

"*Recent studies confirm that natural selection is the dominating mechanism of SARS-CoV-2 evolution, which favors mutations that strengthen viral infectivity. Here, we demonstrate that vaccine-breakthrough or antibody-resistant mutations provide a new mechanism of viral evolution*."

"*We anticipate that as a complementary transmission pathway, vaccine-breakthrough or antibody-resistant mutations, like those in Omicron, will become a dominating mechanism of SARS-CoV-2 evolution when most of the world's population is either vaccinated or infected*."

https://journals.plos.org/plosbiology/article?id=10.1371/journal.pbio.1002198 :

"*Our data show that anti-disease vaccines that do not prevent transmission can create conditions that promote the emergence of pathogen strains that cause more severe disease in unvaccinated hosts*."
(Nota: profylactische vaccinatie van kippen [levensduur: 6-8 weken] t.o.v. hooginfectieuze ziekte van Marek oefent echter geen druk uit op de infectiviteit van het virus – in tegenstelling tot massavaccinatie met C-19 vaccins - maar wel op de virulentie ervan)

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC8672435/pdf/jz1c03380.pdf:

"……the binding between the S and antibodies could be transmitted among vaccinated people, especially in countries with high vaccination rates"

"*…. vaccine-resistant mutations will gradually become one of the main evolution driving forces of SARS-CoV-2, especially in those areas with high vaccination rates."*

" By tracking the evolutionary trajectories of vaccine-resistant mutations in more than 2.2 million SARS-CoV-2 genomes, we reveal that the occurrence and frequency of vaccine-resistant mutations correlate strongly with the vaccination rates in Europe and America."

"*The early stage of SARS-CoV-2 evolution was entirely dominated by infectivity-strengthening mutations. However, since late March 2021, once vaccines had provided protection to highly vaccinated populations, several vaccine-resistant mutations such as Y449S and Y449H have been observed relatively frequently"*

https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(21)00036-0/fulltext:

"*If substantial immune evasion occurs, current vaccines are likely to still offer some benefit to individuals. At the population level, however, they could induce viral selection and escape, making the prospect of achieving herd immunity increasingly remote*."

"*We scientists working against COVID-19 must have the courage to address those in power, who bear ultimate responsibility for the policies chosen and their consequences. If this responsibility is shirked or delayed, the inevitable day of reckoning might be terrible*."

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC7941658/:

"*The emergence and rapid rise in prevalence of three independent SARS-CoV-2 "501Y lineages", B.1.1.7, B.1.351 and P.1, in the last three months of 2020 prompted renewed concerns about the evolutionary capacity of SARS-CoV-2 to adapt to both rising population immunity, and public health interventions such as vaccines and social distancing. As a consequence, all have gained epidemiological and immunological properties that will likely complicate the control of COVID-19*."

"*Immune pressure is at present likely impacting the ongoing evolution of SC-2 variants*"

"*Besides favouring ACE2 in competitions with neutralizing antibodies for spike protein binding sites, increased ACE2 binding affinities might shorten the time needed for viruses to enter cells and, therefore, shrink the window of their vulnerability to antibodies.*"

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34873910/:

"*By tracking the evolutionary trajectories of vaccine-resistant mutations in more than 2.2 million SARS-CoV-2 genomes, we reveal that the occurrence and frequency of vaccine-resistant mutations correlate strongly with the vaccination rates in Europe and America*."

Meer duiding en vooral ook literatuur hieromtrent vindt men in een bijdrage gepubliceerd in TrialSiteNews:

https://www.voiceforscienceandsolidarity.org/scientific-blog/why-the-ongoing-mass-vaccination-experiment-drives-a-rapid-evolutionary-response-of-sars-cov-2

Wetenschappers zoals ik gaan niet zomaar 'een toer op'. **Wie ook maar het geringste verstand heeft van evolutiebiologie zal niet kunnen ontkennen dat elk micro-organisme dat onder druk wordt gezet op een manier die zijn vermeerdering en verspreiding hindert beroep zal doen op natuurlijke selectie om zich uiteindelijk aan te passen aan zijn gewijzigde, 'vijandige' omgeving**. Het feit dat virussen, in tegenstelling tot bacteriën, voor hun vermeerdering aangewezen zijn op levende gastheercellen verandert niets aan de toepasselijkheid van de evolutietheorie van Darwin dat varianten

die een competitief 'fitness' voordeel verwerven op hun soortgenoten laatstgenoemde uiteindelijk verdringen en overheersen. Dit verklaart trouwens waarom massavaccinatie niet in staat is om SC-2 infectie te bedwingen:

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC8481107/

https://thepulse.one/2021/11/17/a-100-vaccinated-nation-sees-exponential-rise-in-covid-cases-cautions-citenry/

https://theconservativetreehouse.com/blog/2021/11/16/geert-vanden-bossche-was-right-the-worlds-most-vaccinated-country-cancels-christmas-due-to-massive-rise-in-covid-19-infections/

U zegt dat 'de software niet kan worden gewist'. We weten dat de immuniteit met een soort geheugen werkt, maar dat is ook zo met natuurlijke immuniteit. Wat is volgens u dan het verschil tussen de natuurlijke immuniteit die op lange termijn zal werken en de vaccins? De vaccins hebben ook invloed op de T-cellen. Daar heb ik wel literatuur over, maar u spreekt dit tegen. Bent u ook in het bezit van wetenschappelijke publicaties die dit tegenspreken? In dat geval had ik ze graag van u ontvangen.

In tegenstelling tot immuniteit opgewekt door C-19 vaccins worden bij natuurlijke SC-2 infectie effector cellen van het aangeboren immuunsysteem gestimuleerd (b.v. B1a cellen en NK cellen). Die kunnen op zichzelf reeds volstaan om het virus te elimineren en bijgevolg de infectie symptoomloos of hoogstens mild te doen verlopen.

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33391280/ : 'Different Innate and Adaptive Immune Responses to SARS-CoV-2 Infection of Asymptomatic, Mild, and Severe Cases'

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC7202830/: "The immune system of children: the key to understanding SARS-CoV-2 susceptibility?"

B1a cellen produceren polyreactieve IgM die een sleutelrol spelen bij het in bedwang houden van het virus in het vroege stadium van infectie. Dit werd in verschillende publicaties aangetoond (zie literatuur in bovenstaande link: https://www.voiceforscienceandsolidarity.org/scientific-blog/why-the-ongoing-mass-vaccination-experiment-drives-a-rapid-evolutionary-response-of-sars-cov-2 alsook: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15633017/ : 'Inherent specificities in natural antibodies: a key to immune defense against pathogen invasion') voor onder andere een ander omhuld en geglycosyleerd respiratoir virus (t.t.z., Influenza) dat - net zoals SC-2 - een acute infectie veroorzaakt die vanzelf tot stilstand komt ('acute, self-limiting'). De t.g.v. blootstelling aan pathogenen optredende training en adaptatie van deze IgM-producerende cellen tot meer antigeen-specifieke IgM memory B cellen werd tot nu toe nog maar weinig onderzocht: (https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fimmu.2020.595535/full : "Immunoglobulin M in Health and Diseases: How Far Have We Come and What Next?"). Het is echter waarschijnlijk dat, net zoals trouwens aangetoond voor NK cellen en voor andere mediatoren van het aangeboren immuunsysteem, ook aangeboren B1a cellen een dergelijke herprogrammatie en fine-tuning (t.t.z., 'training') ondergaan: "*The cellular basis of trained immunity and heterologous protection against secondary infections resides in the functional reprogramming of innate immune cells, which were first observed in invertebrates.*" In: Trained Innate Immunity, Epigenetics, and Covid-19; https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMcibr2011679. **Het voordeel van een natuurlijke SC-2 infectie ligt dus vooral in de training en het verwerven van een soort van geheugen door het aangeboren immuunsysteem dat daardoor in staat is om in toekomst SC-2 varianten (!) met steeds grotere efficiëntie te controleren en te elimineren.** Vaccinale antistoffen hebben een veel hogere affiniteit voor SC-2 dan aangeboren polyreactieve antistoffen (het verschil in bindingsmechanisme wordt tevens beschreven onder: https://www.voiceforscienceandsolidarity.org/scientific-blog/why-the-ongoing-mass-vaccination-experiment-drives-a-rapid-evolutionary-response-of-sars-cov-2). Op basis van hun hoge affiniteit bieden antigeen (Ag)-specifieke vaccinale antistoffen daarom een voordeel wanneer het te bestrijden virus goed door die antistoffen kan herkend worden. Dat is echter niet het geval bij de

huidige C-19 vaccins omdat die gericht zijn tegen een S(pike) eiwit dat steeds meer en meer verschilt van dat van de circulerende varianten. Op die manier blijken deze antistoffen nog amper functioneel terwijl aangeboren antistoffen die omwille van hun multispecifiek karakter deze varianten wél zouden kunnen herkennen en elimineren (in synergie met NK cellen) buiten spel worden gezet.
Buiten het voordeel van training van het aangeboren immuunsysteem wordt bij natuurlijke infectie – in tegenstelling tot vaccinatie – immune escape vermeden omdat de piek aan viruslading reeds geëlimineerd wordt vooraleer antistoffen worden gegenereerd (dankzij het aangeboren immuunsysteem). Op die manier zetten de antistoffen het virus niet onder immuundruk terwijl dit wel het geval is wanneer mensen gevaccineerd worden midden in een pandemie en antistoffen opbouwen terwijl zij volop door het virus belaagd worden (https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0250780; https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15633017/).

Het effect van natuurlijke SC-2 infectie is dus - zelfs onafhankelijk van de betere kwaliteit en diversiteit van de gegenereerde antistoffen- duidelijk efficiënter en stabieler dan dat van vaccin-geïnduceerde immuniteit (t.t.z., omwille van steriliserende immuniteit, training van aangeboren cellulaire immuniteit en laag risico op immune escape). Dit verklaart allicht ook waarom natuurlijke immuniteit een meer langdurige en sterkere bescherming tegen SC-2 bewerkstelligt dan vaccin-geïnduceerde immuniteit (zie links onderaan), zelfs na toediening van een booster (en zelfs na een derde dosis lijkt de bescherming tegen ernstige C-19 ziekte maar van korte duur). Zelfs CDC heeft ondertussen de superioriteit van natuurlijke immuniteit toegegeven (zie bovenste van volgende links):

https://childrenshealthdefense.org/defender/cdc-natural-immunity-trumps-vaccine-immunity/

https://twitter.com/martinkulldorff/status/1430660291579105284?s=21

https://thepulse.one/2021/11/23/130-research-studies-affirming-the-power-of-natural-immunity-to-covid/

https://brownstone.org/articles/79-research-studies-affirm-naturally-acquired-immunity-to-covid-19-documented-linked-and-quoted/

https://www.nature.com/articles/d41586-021-01557-z

https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352396421002036

Er werd ondertussen ook aangetoond dat er voldoende reden is om aan te nemen dat zelfs na een milde natuurlijke infectie een robuste, langdurige bescherming tegen SC-2 kan worden geïnduceerd, en dit zelfs bij zeer lage serum concentraties van verworven, antigeen (S)-specifieke antistoffen. Ook dit onderzoek wijst dus op de 'verborgen' beschermende kracht van natuurlijke SC-2 infectie:

https://www.nature.com/articles/s41586-021-03647-4.pdf

Er is volgens u een risico op immunologische bijwerkingen. Die stelling kunnen we inderdaad onderschrijven. Elk vaccin kan namelijk bijwerkingen hebben, en daar moet op worden geanticipeerd. U geeft aan dat u de pandemie op een andere manier zou indijken, maar echt concreet wordt u niet, buiten wat u zegt over de puzzel, die vandaag gangbaar is, want men stoelt niet enkel meer op de vaccinatie, maar ook op de andere wetenschappelijke inzichten, zoals profylaxe en dergelijke meer, het dragen van een mondmasker, handhygiëne, afstand houden. Wat is concreet de stap die u zou voorstellen?

Ik heb reeds herhaaldelijk in geschriften en interviews, allemaal uitvoerig gedocumenteerd op mijn website, duidelijk gemaakt dat het cruciaal is om vooreerst de **massavaccinatie volledig te stoppen, de infectiedruk naar beneden te halen via een éénmalige massale antivirale chemoprofylaxe gedurende een 6-tal weken alsook campagnes te organiseren om de bevolking te sensibiliseren voor het cruciaal belang van gezonde voeding** (incl. vit D tijdens de winter) **en levensstijl** (b.v., beweging!, geen overgewicht, voldoende rust etc.) omdat er een sterk, wetenschappelijk aangetoond

verband bestaat tussen een goede gezondheid en een optimale functionaliteit van het aangeboren immuunsysteem (https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33013904/). Verder dient **de kwetsbare bevolking (b.v. ouderen en mensen met onderliggende ziekten) via infectie-preventiemaatregelen beschermd te worden zolang de pandemie niet onder controle is en dient deze groep tijdig met aangewezen medicatie** ('early, multi-drug treatment': zie verder) **behandeld te worden** (t.t.z., van zodra C-19 symptomen optreden).

U hebt het over de natuurlijke immuniteit. Had u dan – hoe onderschrijft u dat wetenschappelijk – van in het begin van de pandemie geen stappen naar vaccinatie of naar immunisatie gezet en waarop baseert u zich dat de pandemie dan na een jaar over had kunnen zijn?

In het begin van de pandemie bestonden er geen C-19 vaccins. Indien die er wel geweest waren, dan was het misschien te verrechtvaardigen geweest om alleen de kwetsbare mensen met een passend C-19 vaccin (t.t.z. waarvan het spike eiwit overeenstemt met dat van de circulerende variant) te vaccineren, alhoewel ik persoonlijk geen voorstander ben van zelfs een beperkte groep van de bevolking *tijdens een pandemie* te vaccineren met 'leaky' vaccins. Veel zinvoller was het geweest om onmiddellijk kwetsbare mensen te behandelen met de geneesmiddelen die toen reeds voorhanden waren (monoclonale antistoffen, virusremmers, ontstekingsremmers, corticoïden, anti-histaminica, bloedstollingsremmers etc.), desnoods bij positieve test ook preventief, om zodoende hospitalisatie te vermijden en deze patiënten via een spoediger herstel sneller tot groepsimmuniteit te laten bijdragen. De efficiëntie van dergelijke therapie werd duidelijk aangetoond, zelfs in peer-reviewed journals:

1. https://www.ijirms.in/index.php/ijirms/article/view/1100, https://www.ijirms.in/index.php/ijirms/article/view/1100#downloadTab
2. https://www.preprints.org/manuscript/202007.0025/v1

U spreekt over het aangeboren immuunsysteem. Bij mijn weten maakt een kind heel wat infecties door wanneer het naar de crèche en de kleuterklas gaat en bouwt het daardoor een zekere basisimmuniteit op. Uiteraard zijn alle moleculen en schakels om de immuniteit op te bouwen aanwezig in dat kind, maar het is het contact met de verschillende virussen dat ervoor moet zorgen dat de immuniteit opgebouwd wordt.

En hoe denkt u dat het kind die basisimmuniteit waarvan u spreekt opbouwt in plaats van te bezwijken aan de infectie? Hoe kan een kind dat immunologisch naïef is aan deze infecties weerstaan? Het is de aangeboren immuniteit die initieel de infectie opvangt en daardoor erge ziekte of weefselschade voorkomt vooraleer de zich trager ontwikkelde adaptieve immuunrespons in werking treedt. De immuniteit die wordt opgebouwd t.o.v. verschillende ziekteverwekkers waarvan u spreekt is wordt slechts mogelijk indien het aangeboren immuunsysteem (b.v. o.v.v. aangeboren antistoffen) het grootste deel van de infectieuse lading voor haar rekening neemt (https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15633017/: "Inherent specificities in natural antibodies: a key to immune defense against pathogen invasion").

U stelt dat de aangeboren immuniteit voldoende geweest zou zijn om het coronavirus in te dijken, maar daar had ik graag een wetenschappelijke verklaring voor gehad, want wij weten allemaal dat het immuunsysteem met de leeftijd – u hebt daarnaar verwezen – ietsje minder alert zal reageren. De experten die de overheid hebben begeleid in de pandemie, hebben in het begin van de crisis heel duidelijk gesteld dat er nog geen natuurlijk opgebouwde immuniteit was bij de bevolking voor het coronavirus, omdat het een totaal nieuw virus was en het dus eigenlijk niet kon dat wij, als individu, al een immuniteit hadden opgebouwd.

Het probleem is dat onze experten blijkbaar geen weet hebben van het bestaan van aangeboren cellulaire immuniteit en zij de gevangene zijn van dogma's die dwepen met verworven antistoffen terwijl het genereren van die antistoffen pas plaatsvindt nadat het gros van het SC-2 virus reeds werd verwijderd door het aangeboren immuunsysteem. Het is dan ook de aangeboren immuniteit samen met de activatie

van CD8+ T cellen (zonder memory/ geheugen) die verantwoordelijk zijn voor steriliserende immuniteit (via eliminatie van virus-geïnfecteerde cellen) en het herstel van ziekte (zie ook presentatie Covid-19 symposium: Geert Vanden Bossche speaks at Covid-19 Health Symposium | Voice for Science and Solidarity). Precies omwille daarvan noemt men deze virale infecties 'acute, self-limiting' en dit is trouwens ook de reden waarom de 'natuurlijk' verworven antistoffen niet correleren met bescherming. De aangeboren immuniteit bestond wel degelijk reeds bij het begin van de pandemie en verklaart ook waarom het overgrote deel van de gezonde bevolking – ondanks gebrek aan natuurlijke verworven antistoffen – op zijn minst beschermd was tegen ernstige C-19 ziekte.

Hoe weerlegt u die stelling dan? Was het dan toch mogelijk dat een individu of een oudere, gezonde burger voldoende immuniteit had om het virus aan te pakken en waarop baseert u zich daarvoor?

Ook gezonde oudere mensen kunnen nog over een functionele aangeboren immuniteit beschikken, b.v. wanneer die voldoende getraind werd, zoals b.v. door andere virale infecties (b.v. Influenza, RSV etc.). Het is toch trouwens ook zo dat vele gezonde oudere mensen, zelfs al zijn ze niet gevaccineerd, beschermd blijken tegen griep (en dat geldt natuurlijk ook voor gezonde oudere mensen die gevaccineerd werden met een griepvaccin dat niet eens werkzaam is omwille van de mismatch met de circulerende griepstam). Het is toch ook duidelijk dat tal van oudere, gezonde mensen bij het begin van de pandemie, en ook nu nog, ondanks niet gevaccineerd te zijn niet zijn bezweken aan Covid 19 (C-19). Zeggen dat die allemaal niet besmet werden is maar moeilijk hard te maken.

Hoe zou u dan te werk gaan bij patiënten die een immunodeficiënt systeem hebben? Hoe zou u hen beschermen?

Zij moeten speciaal beschermd worden via infectie-preventiemaatregelen (zolang er geen groepsimmuniteit is) én moeten kunnen beroep doen op vroegtijdige behandeling, temeer daarvan bewezen werd dat ze uiterst efficiënt is (zie hoger)

Waar situeert u de verworven immuniteit door vaccinatie in de combinatie aangeboren immuniteit en verworven immuniteit? Is dat voor u helemaal niet aan de orde of wel?

De immuniteit verworven door vaccinatie met de huidige C-19 vaccins krijgt bij mij geen plaats in de bestrijding van een CoV pandemie. Deze antistoffen induceren geen steriliserende immuniteit, ze zijn dus niet in staat om het virus te elimineren en wanneer ze massaal worden geïnduceerd (massavaccinatie) bevorderen zij de expansie van meer infectieuze *immune escape* varianten. Bovendien kan de binding van vaccinale antistoffen die het S antigeen op de circulerende variant onvoldoende herkennen aanleiding geven tot onvoldoende neutralisatie van het virus wat een potentieel gevaar voor het ontstaan van ADE (antibody-dependent enhancement) inhoudt (https://www.journalofinfection.com/article/S0163-4453(21)00392-3/fulltext). De bescherming tegen zware ziekte, de enige claim die nu nog voor de C-19 vaccins standhoudt, berust op de activatie van polyfunctionele, niet-cytolytische T cellen, zoals ik reeds eerder verduidelijkte (alle bijdragen tevens gepubliceerd op TrialSiteNews; https://trialsitenews.com/):

When anti-S(pike) antibodies against Omicron can no longer sustain the narrative, why not resort to T cells?
https://www.voiceforscienceandsolidarity.org/scientific-blog/when-anti-s-pike-antibodies-against-omicron-can-no-longer-sustain-the-narrative-why-not-resort-to-t-cells

Do cross-reactive T cells explain mild course of Omicron infection?
https://www.voiceforscienceandsolidarity.org/scientific-blog/q-a-09-do-cross-reactive-t-cells-explain-mild-course-of-omicron-infection

To all those who continue to attribute abrogation of SARS-CoV-2 infection to pre-existing cross-reactive T cells rather than to innate immunity. The devil is in the detail of peer-reviewed publications.
https://www.voiceforscienceandsolidarity.org/scientific-blog/to-those-who-continue-attribute-abrogation-sars-cov-2-infection-pre-existing-cross-reactive-t-cells-rather-innate-immunity-the-devil-is-the-detail

Cross-reactive memory T cells are associated with (but not responsible for) protection against SARS-CoV-2 infection in COVID-19 contacts.
https://www.voiceforscienceandsolidarity.org/scientific-blog/cross-reactive-memory-t-cells-are-associated-with-but-not-responsible-for-protection-against-sars-cov-2-infection-in-covid-19-contacts

'Killer' immune cells still recognize Omicron variant.... oh really?
https://www.voiceforscienceandsolidarity.org/scientific-blog/killer-immune-cells-still-recognize-omicron-variant-oh-really

Ook het induceren van dergelijke T cellen is niet zonder gevaar. Als vaccinoloog weet ik inderdaad maar al te goed dat elke auto-immuunziekte of immuun-inflammatoire pathologie t.g.v. natuurlijke ziekte of vaccinatie steeds verbonden is met sterke activatie van T cellen, meestal CD4+ T cellen.

U geeft aan dat bij de vaccinatie de antistoffen worden gegenereerd, terwijl er hoogcontact is met het virus. U geeft indirecte publicaties aan. Wat bedoelt u met indirect? Is dat effectief wetenschappelijk onderbouwd? Kan u dat duiden?

Dit berust op simpelweg op een feit, een vaststelling: Wanneer men mensen vaccineert tijdens een pandemie, t.t.z., tijdens een periode van verhoogd infectiegevaar, dan zal steeds een deel van de bevolking nog antistoffen aan het opbouwen zijn terwijl ze reeds worden blootgesteld aan het virus. Deze antistoffen zijn per definitie 'immatuur' (b.v. , tijdens opbouw of na eerste van 2 prikken) en dus onvoldoende functioneel. Wanneer ze dan ook nog eens gericht zijn tegen een antigeen (spike) van een variant die verschilt van de Wuhan stam, dan heeft ook dit nog eens een negatieve invloed op de antigeen affiniteit en dus functionaliteit (t.t.z., virus-neutraliserende capaciteit) van deze antistoffen. Vandaar dat massavaccinatie tijdens een pandemie van varianten met vaccins die geen steriliserende immuniteit induceren gedoemd is om de verspreiding van meer infectieuze immune escape varianten aan te wakkeren (zie boven)

U geeft ook aan dat de varianten al ontstonden voor de massavaccinatie. Waarop baseert u zich? Dat is immers de eerste keer dat ik dat hoor. Ik heb dat ook nog nergens gelezen. Graag kreeg ik daarover duidelijkheid.

Dan moet u inderdaad de literatuur eens opnieuw doornemen. Sommige van uw collega's weten dat blijkbaar wel. Het staat als een paal boven water dat de varianten, zelfs de fameuse VoCs (variants of concern) reeds bestonden vooraleer de massa vaccinatie werd opgestart. Dat zullen zelfs de meest genadeloze factcheckers beamen.

U stelt dat massavaccinatie tegen omikron niet noodzakelijk is. Wat is uw voorstel voor de volgende varianten? Immers, wanneer wij vandaag de oefening doen, gaat het niet enkel over omikron. Voor omikron is het al te laat. Daarover zijn wij het eens. Is het dan niet nodig dat wordt onderzocht wat met volgende varianten effectief moet gebeuren?

Ik stel niet alleen dat ze niet noodzakelijk is, ik stel dat ze met hoge waarschijnlijkheid zelfs schadelijk is. Zoals ik reeds zei moeten we inzetten op (getrainde) aangeboren immuniteit, niet op vaccinatie met vaccins die het virus steeds meer onder druk zetten zonder dat zij het onder controle

krijgen. De Omicron familie kan zich uitbreiden met nieuwe leden zolang die maar aan de voorwaarde voldoen van een receptor-binding domain (RBD) dat resistent is t.o.v. virus-neutraliserende antistoffen (bewerkstelligd door 15 mutaties in RBD die gemeenschappelijk zijn tussen de totnogtoe bekende leden vd Omicron familie). De aangeboren immuniteit moet bij een nieuwe, sterk verschillende variant zoals Omicron misschien opnieuw wat worden getraind, toch is het te verwachten dat zij omwille van haar polyvalent karakter binnen de kortste tijd kan weerstand bieden aan nieuwe leden van de Omicron familie. Vooraleer die training voltrokken is, kunnen we wel een piek van milde tot matige ziekte meemaken als gevolg van de zeer hoge infectiedruk. De resistentie t.o.v. anti-S antistoffen zorgt er echter voor dat de aangeboren antistoffen opnieuw maximaal met het virus kunnen interageren hetgeen m.i. de hoofdoorzaak is voor het – althans aanvankelijk - in de regel vrij milde verloop van Omicron. **Zolang de bevolking niet massaal antistoffen opbouwt tegen Omicron** (b.v. als gevolg van steigende immuundruk op het virus veroorzaakt door steigende anti-S seroprevalentie**) is er geen reden om aan te nemen dat meer gevaarlijke varianten zullen ontstaan**. Naarmate echter mensen meer frequent met Omicron in aanraking komen zullen zij meer en meer minderwaardige antistoffen ontwikkelen t.g.v. '*antigenic sin'* (bij diegenen die gevaccineerd werden met huidige C-19 vaccins of zij die herstelden van C-19 ziekte) of, in geval van de niet-gevaccineerden, t.g.v. asymptomatische/ milde infectie. **Omwille van de hoge infectiviteit van Omicron zal dit ongetwijfeld leiden tot meer en meer ziekte en dus een hogere anti-S (Omicron) seroprevalentie in de bevolking. De volgende variant wordt er op die manier één die mogelijks resistent wordt t.o.v. anti-Omicron antistoffen.** Natuurlijk wordt gezien de veelvuldige circulerende varianten de kans ondertussen steeds groter dat SC-2 varianten zich onderling in dezelfde gastheer recombineren en daardoor aanleiding geven tot nieuwe varianten met totaal onvoorspelbare eigenschappen. Maar ook in dat geval zullen die enkel kunnen gedijen indien hun infectieuze eigenschappen toelaten om weerstand te bieden aan de anti-Omicron antistoffen. **Een dergelijke natuurlijke selectie zal alleen maar bespoedigd worden door een massale anti-Omicron vaccinatie van de bevolking** omdat ook deze in de eerste plaats de 'oude' anti-Wuhan anti-S antistoffen blijkt herop te wekken (https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2022.02.03.479037v1.full.pdf). Het infectieus karakter van *volgende* varianten zal dus m.i. afhangen van de immuundruk die de bevolking uitoefent als gevolg van de hogere morbiditeitsgraad die Omicron zelf (t.g.v. *natuurlijke* boost van de seropositieve bevolking en/ of de hoge infectiositeit van het virus) of het anti-Omicron vaccin (t.g.v. *vaccin-gemediëerde* boost van de seropositieve bevolking) zal bewerkstelligen.

U stelt ook dat niet-gevaccineerden dezelfde reactie hebben op omikron als gevaccineerden. In mijn contacten met artsen op IZ ligt dat toch wel anders. De patiënten die ernstig ziek zijn, COVID- 19 ontwikkelen en echt nood hebben aan hospitalisatie en hulp, zijn hoofdzakelijk en bijna uitsluitend niet-gevaccineerde patiënten. Hoe weerlegt u dat feit?

Misschien zijn dat de gegevens waarover u beschikt. In ieder geval ligt ondertussen volgens Sciensano het dagelijks gemiddelde van het aantal nieuwe C-19 hospitalisaties hoger bij de gevaccineerden (met inbegrip van diegenen die reeds een boost kregen na volledige vaccinatie) dan bij de niet-gevaccineerden (https://covid-19.sciensano.be/nl/covid-19-epidemiologische-situatie: p. 28). Uw bewering wordt vooral ook niet gestaafd door gegevens uit andere landen:

https://theconservativetreehouse.com/blog/2021/09/28/truth-being-ignored-victoria-australia-records-867-new-covid-cases-375-in-hospital-and-95-of-those-hospitalized-are-vaccinated/

https://www.lifesitenews.com/news/death-rate-from-variant-covid-virus-six-times-higher-for-vaccinated-than-unvaccinated-uk-health-data-show/

https://dailyexpose.uk/2021/07/03/fully-vaccinated-people-have-a-885-higher-chance-of-death-due-to-covid-19-than-people-who-are-unvaccinated-according-to-official-data/

Er verscheen onlangs een publicatie die trouwens aangeeft dat gevaccineerden gevoeliger zijn voor infectie met Omicron en dus makkelijker ziek worden (https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2022.01.28.22270044v1). Wel bleken gevaccineerden in die studie minder virus uit te scheiden. Er zijn reeds honderden berichten, publicaties en dgl. verschenen waarvan de gegevens zich vaak blijken tegen te spreken. De graad van gevoeligheid voor infectie alsook

van virale uitscheiding hangt af van zeer vele factoren, zoals virale lading ('viral load'), type van SC-2 variant, graad en type van immuniteit (waarvan vaccin-geïnduceerde immuniteit slechts een onderdeel vormt), leeftijd van getest individu en mogelijke aanwezigheid van onderliggende ziekten, tijdstip van onderzoek, omgevingsfactoren etc. Omdat zowel dominerende virale varianten alsook de immuniteit (training!) van de bevolking in de loop van de pandemie evolueren en gelijkaardige criteria door verschillende onderzoekers vaak volgens verschillende parameters of methoden worden onderzocht hoeft het niet te verwonderen dat ook de gegevens i.v.m. gevoeligheid t.o.v. infectie en uitscheiding evolueren in de loop van de pandemie en verschillen in functie van de onderzoeksinstelling.

Ik blijf echter beweren dat het perfect mogelijk en m.i. zelfs waarschijnlijk is dat gevaccineerden steeds gevoeliger zullen worden voor C-19 ziekte en het steeds moeilijker zullen krijgen om het virus te bedwingen terwijl ik bij niet-gevaccineerden net het omgekeerde verwacht (vnl. t.g.v. het adaptief vermogen en reprogrammatie van lymfocyten die verantwoordelijk zijn voor de productie van aangeboren antilichamen die werkzaam zijn t.o.v. alle varianten). Laat ons daarom gerust de cijfers van de hospitalisaties 'ten gevolge van' (en niet 'met') Covid opvolgen, netjes gestratifieerd volgens vaccinatiestatuut, leeftijdsgroep en onderliggende ziekten. En laat ons die cijfers tussen dit en een maand opnieuw bekijken. **Uit cijfers van Public Health Scotland blijkt dat het risico op ernstige ziekte en hospitalisatie bij dubbel-gevaccineerden nu al gevoelig hoger ligt dan bij niet-gevaccineerden** (https://palexander.substack.com/p/devastating-negative-efficacy-public). Echter, in plaats van zich blind te staren op 'snapshots' en de verkeerde vragen te stellen is het m.i. hoog tijd dat wetenschappers en experten zich eindelijk buigen over i) **hoe we via (echte!) groepsimmuniteit de pandemie kunnen bedwingen en ze laten overgaan in een endemische fase** en ii) **voor welke immuniteit mensen ondertussen best kiezen**. Dit zijn m.i. de enige twee vragen die van cruciaal belang zijn, respectievelijk vanuit het oogpunt van de openbare en individuele gezondheid.

Ik had nog een vraag, waar ik straks misschien wel op kom.

Bij de algemene vragen voor beide sprekers had ik heel graag nog een aantal vragen toegevoegd.

Indien wij zouden verplichten, welk vaccin moet dan worden verplicht? Laten wij de patiënt een keuze? Er zijn eiwitvaccins en mRNA-vaccins. Is het belangrijk dat daarbij een keuze of een optie mogelijk is voor de patiënt of voor de arts bijvoorbeeld?

Er zijn duidelijk verschillen m.b.t. veiligheid tussen de genetische vaccins en de conventionele vaccins. **Omdat het mijn overtuiging is dat zij echter bij gebruik voor massavaccinatie alle zullen leiden tot een fiasco zowel vanuit het oogpunt van de individuele als openbare gezondheid kan ik niemand aanbevelen om zich te laten vaccineren met om het even welk van deze vaccins. Het is pakken veiliger en efficiënter om bescherming van kwetsbaren t.o.v. zware ziekte te verzekeren via preventiemaatregelen en vooral via vroegtijdige behandeling.**

Als we tot verplichting zouden overgaan, hoeveel dosissen zijn er nodig? Hoe werkt men dat uit? Wat is uw visie over de seizoensvaccinatie van de griep? Als dit virus endemisch wordt en zich uiteindelijk als een griep gaat gedragen, moeten we dan ook de griepvaccinatie verplichten?

Gezien mijn antwoord boven is deze vraag voor mij irrelevant. Als we zo verder doen, dan wordt SC-2 alles behalve endemisch. Bovendien kan ik ook alleen maar waarschuwen dat indien overheden het in hun hoofd halen om nu ook voor seizoenale griep massavaccinatie met conventionele vaccins te gaan toepassen we binnen de kortste keren ook nog eens dreigen geconfronteerd te worden met golven van steeds meer infectieuze Influenza varianten.

Er is een aantal andere vaccins in ontwikkeling, zoals perorale vaccins en sprays. Moeten wij daarmee vandaag rekening houden en kunnen die een andere invloed hebben op de verkregen immuniteit?

Neen, het is niet omdat deze vaccins mucosale antistoffen induceren dat hun toediening tijdens een pandemie de expansie van steeds meer infectieuze varianten zal voorkomen. Het probleem van *immune escape* t.o.v. de ook door deze (mucosale) vaccins geïnduceerde, hoogspecifieke antistoffen blijft identisch. En zelfs wanneer dergelijke vaccins profylactisch (t.t.z. buiten pandemie) worden toegediend, zo is bekend dat zij regelmatig (om de 3 à 6 maand) moeten worden geboost opdat de mucosale antistoffen in voldoende concentratie aanwezig blijven. Men kan zich trouwens ook de vraag stellen waarom er tot nu toe geen enkel mucosaal vaccin op de markt is dat doelt op virusinfecties en gebaseerd is op een niet-replicerend antigeen.

Wat betreft de langetermijneffecten, en een van de sprekers heeft het daarover gehad, we zijn ervan overtuigd dat elke vaccin sowieso moet worden opgevolgd. Farmacovigilantie is een evidentie. In hoeverre zullen de langetermijneffecten bepalend zijn voor de invloed die een vaccin kan hebben op toekomstige therapieën die patiënten moeten ondergaan? We hebben de PEG-lipiden, die licht immunogeen zijn en waarrond een onderzoek loopt aan de Universiteit Gent. Hebt u daarmee vandaag al rekening gehouden in uw stellingname?

Niet zeker of die vraag voor mij bedoeld was. In ieder geval kan ik u als vaccinoloog meedelen dat ik achterover val van de neveneffecten die tot nog toe gerapporteerd werden (b.v. VAERS, EudraVigilance, DoD), vooral in associatie met de genetische C-19 vaccins. In hoeverre het al dan niet immunogene karakter van PEG hiertoe bijdraagt, is m.i. onbekend maar dient, zoals tal van andere factoren, grondig te worden onderzocht vooraleer deze vaccins op zuiver experimentele basis massaal aan alle lagen van de bevolking worden toegediend.

Sofie Merckx *(PVDA-PTB):*

Ik kom aan de vragen voor de heer Vanden Bossche.

Deze hoorzittingen vinden plaats in in het kader van een al of niet verplichte vaccinatie. Ik stel vast dat we nu in een debat zijn terechtgekomen over het nut van vaccinatie, alleszins in deze pandemie.

Ik denk dat het belangrijk is dat we dit thema ook aansnijden. U hebt gesteld dat een pandemie spontaan stopt na 1 jaar. Kunt u daar voorbeelden van geven uit de geschiedenis, want we hebben blijkbaar niet dezelfde geschiedenisboeken gelezen.

Ik lees geen geschiedenisboeken maar wel wetenschappelijke publicaties. Ik deel met u graag dezelfde opmerking die ik hoger reeds deelde met mevrouw Depoorter. Het is duidelijk dat de duur van de huidige pandemie zich ondertussen reeds verdubbeld heeft in vergelijking met die van een natuurlijke pandemie ook al gaan er nu plots stemmen op die de bevolking willen doen geloven dat het infectiegebeuren ondertussen een endemisch verloop kent. **De infectiegraad was nog nooit zo hoog en er is alles behalve groepsimmuniteit. Bijgevolg is het einde van deze pandemie nog helemaal niet in zicht**.

U bent duidelijk voorstander van collectieve immuniteit, als ik het goed heb begrepen. Op 26 november publiceerde Sciensano een studie waarin men stelde dat 30.000 ziekenhuisopnames werden vermeden door de vaccinatie. Stelt u die studie in vraag en op basis waarvan? Bent u voorstander van het Braziliaanse model? In Brazilië kiezen de machthebbers duidelijk voor de optie van collectieve immuniteit. Denkt u dat de situatie daar sanitair gezien en immunologisch gezien beter is?

Deze analyse getuigt van het 'korte termijn denken' dat ons belet om deze pandemie onder controle te krijgen. Het aantal hospitalisaties op zichzelf is een foutieve maatstaf om het succes van menselijke interventie in een pandemie te beoordelen. **Het succes van een interventie in een pandemie kan alleen maar betrouwbaar worden beoordeeld aan de hand van de impact daarvan op virale transmissie**. Het reduceren van het aantal hospitalisaties is het gevolg van een 'symptomatische' ingreep die alleen maar tot gevolg heeft dat meer competitieve, t.t.z., meer infectieuze varianten, steeds weelderiger gaan tieren tot zij volledig resistent worden t.o.v. de vaccinale antistoffen. Op dat ogenblik leidt de nog hogere graad van infectiviteit (b.v. Omicron) tot meer gevallen van ziekte. Men kan zeker niet uitsluiten dat de daaruitresulterende verhoging van de immuundruk op het virus op zijn beurt zal leiden tot een natuurlijke selectie van een variant die tot een nog hogere infectiositeit in staat is doordat b.v. de gegenereerde antistoffen zich nog wel aan het virus kunnen binden maar het niet meer kunnen neutraliseren. Op die manier kan een dergelijke variant ADE veroorzaken. Dit kan alleen maar bespoedigd worden door bovendien ook nog eens tegen Omicron te vaccineren. Het triggeren van ADE zou pas echt aanleiding geven tot een storm van hospitalisaties. **Vandaar dat ik in de eerste plaats pleit voor een onmiddellijke stop van de massavaccinatie en een algemene antivirale chemoprofylaxe in landen met een hoge vaccinatie- en infectiegraad** (zoals b.v. België).

Ter vergelijking dient bovendien het aantal vermeden hospitalisaties ook berekend te worden over de duur van een natuurlijke pandemie. Zoals hoger reeds aangegeven hebben we die ondertussen reeds verdubbeld. Hospitalisaties dienen te worden vermeden door vroegtijdige behandeling (waarvan de effectiviteit onomstreden is zoals zelf blijkt uit verschillende peer-reviewed publicaties (https://www.ijirms.in/index.php/ijirms/article/view/1100, https://www.preprints.org/manuscript/202007.0025/v1) en niet door vaccins die alleen maar de verspreiding van meer infectieuze *immune escape* varianten bevorderen. **Dit staat gelijk met dweilen met de kraan *wagewijd* open….**

Brazilië kent ondanks een zeer hoge infectiegraad nog steeds een relatief laag sterftecijfer en ook bestaan er belangrijke regionale verschillen. Zoals men via antivirale middelen en vroege therapie de hospitalisatie van patiënten sterk kan reduceren, zo is ook te verwachten dat een algemene antivirale chemoprophylaxe een sterke vermindering van de infectiedruk en daarmee van het aantal zieken kan bewerkstelligen. Dit vooral op plaatsen waar de infectiedruk t.g.v. van overbevolking en gebrekkige hygiëne zeer snel kan stijgen. Het is dus net zoals bij individuele behandeling de bedoeling om ook op populatieniveau natuurlijke immuniteit op een gecontroleerde manier te laten plaatsvinden, hetgeen diametraal staat tegenover de bewering dat ik zou pleiten om de pandemie, zelfs in gebieden van zeer hoge infectiedruk, haar gang te laten gaan! **In ieder geval verwacht ik dat de nu reeds afnemende golf van infecties in Brazilië zal lijden tot het ontstaan van groepsimmuniteit terwijl ik die groepsimmuniteit in Europese landen die massaal hun burgers blijven vaccineren (weldra met anti-Omicron vaccins) niet gauw zie intreden**.

U zegt dat een hoge vaccinatiegraad leidt tot het ontstaan van varianten. Kunt u dat voor het coronavaccin aantonen ten opzichte van de varianten die we zien opkomen? We hebben de Britse variant gehad voor we vaccineerden en alle andere varianten die zijn ontstaan in landen met een lage vaccinatiegraad.

Zie hoger: vanzelfsprekend bestonden varianten reeds vooraleer de massavaccinaties startten. Dat is dus ook helemaal niet mijn punt bij het aankaarten van de massavaccinatie.

U zegt ook dat u volledig tegen het vaccineren bent in een pandemie zoals nu en dat we de natuurlijke immuniteit moeten laten spreken. Zelfs al verplichten we de vaccinatie niet, toch zouden heel veel mensen die zich sowieso hebben laten vaccineren, eens de vaccins op de markt zijn gekomen, omdat heel veel artsen dit aanraden aan hun patiënten en de overheid dit organiseert. Pleit u dan voor verbod op vaccinatie? Denkt u dat dit beter zou zijn?

Alles heeft te maken met een open wetenschappelijk debat en een waarheidsgetrouwe communicatie naar de bevolking toe. **Ik kan me maar moeilijk voorstellen dat wanneer vele artsen recht van**

ongecensureerd spreken zouden hebben en de bevolking terdege zou worden geïnformeerd over i) de niet te verwaarlozen neveneffecten van bepaalde van deze vaccins en ii) de negatieve efficiëntie die zich alsmaar meer aftekent (zeker voor wat gevallen van milde en matige ziekte betreft) en iii) het uitzichtsloze perspectief om via deze vaccinatie ooit groepsimmuniteit te bereiken en iv) de hoge doeltreffendheid van 'early, multi-drug treatment' in kwetsbare groepen, nog vele mensen zich 'sowieso' bereid zouden vinden om zich de ene na de andere booster in het lijf te laten jagen, met inbegrip van hun kinderen.

U zegt ook dat gevaccineerden en niet- gevaccineerden in hetzelfde straatje zitten. Nochtans hebben wij in België cijfers waaruit blijkt dat het risico van hospitalisatie groter is voor een niet-gevaccineerde persoon en dat de vaccins beschermen tegen ergere vormen van covid. Er is onder andere een studie van Sciensano die u zeker kent. Omdat de tijd hier kort is, heb ik ze even niet kunnen opzoeken. Kunt u met studies aantonen dat de gevaccineerden dezelfde hospitalisatiegraad hebben als de niet- gevaccineerde personen?

Zie boven: Er zijn wel degelijk meerdere bronnen die dit tegenspreken. Maar zoals ik boven reeds aangaf, alsook in mijn toespraak, is men niet gediend met 'snapshots' / momentopnames maar wél met een kijk op het eindstation. **Het verder opdrijven van massavaccinatie op basis van de verhouding tussen gehospitaliseerde gevaccineerden versus ongevaccineerden kan onmogelijk leiden tot het gewenste eindstation van groepsimmuniteit.** Tenzij men de virologie en immunologie herschrijft dreigt een dergelijke strategie alleen maar de natuurlijke selectie te bevorderen van een nieuwe variant waartegen nog alleen diegenen bestand zijn wier aangeboren immuunafweer t.o.v. CoV niet door vaccinatie werd gecompromitteerd.

Catherine Fonck *(cdH):*

Monsieur Vanden Bossche, vous avez fait une présentation qui met profondément en doute l'apport de la vaccination. Je suis une scientifique, je lis la littérature scientifique au sujet du SARS- CoV-2 depuis le début de la pandémie. Permettez- moi dès lors de vous demander d'apporter à cette commission aujourd'hui, sur la base de preuves et de publications scientifiques rigoureuses, des éléments sur quatre points que vous avez voulu mettre en avant.

Vous avez parlé du danger de vacciner pendant la pandémie parce que la vaccination induirait des variants. Quelles sont les preuves scientifiques pour ce postulat?

Zie hoger: opnieuw: ik heb nooit gezegd dat massavaccinatie varianten genereert, wél dat ze de verspreiding van meer infectieuze varianten bevordert

Il est bien connu que le processus de survenue de variants survient tout autant lors de l'immunité induite suite à l'infection. D'ailleurs, dans cette pandémie SARS-CoV-2, c'est bien avant la vaccination contre le covid-19 que les variants sont apparus spontanément, suite à l'accumulation de mutations.

Ik heb nooit iets anders beweerd. Goed luisteren naar mijn woorden is de boodschap. Heb verschil tussen immuniteit geïnduceerd door natuurlijke infectie versus vaccin werd boven reeds uitgelegd

Deuxième postulat que vous avancez: la perte d'immunité si on vaccine les enfants, par compétition entre les anticorps des vaccins et les anticorps innés. Les évidences scientifiques sont très claires pour l'immunité qui est, au contraire, stimulée et complétée par la vaccination. Sur quelles bases scientifiques faites-vous donc ce postulat de perte d'immunité? Pour moi, il n'a clairement pas de preuve scientifique.

Zie tevens boven

Vous parlez d'un phénomène de facilitation de l'infection par des anticorps. Sur quelle base scientifique annoncez-vous cela, puisque cela n'a pas été documenté pour le SARS-CoV-2? Or il y a eu, à travers le monde, des milliards de personnes qui ont soit été infectées, soit été vaccinées.

Ik heb hier in mijn voordracht niet eens over gesproken. Geen enkele wetenschapper zal echter ontkennen dat antilichamen die zich binden aan het virus zonder het virus te neutraliseren een risico vormen voor het induceren van ADE. Men vermoedt dat een dergelijk fenomeen ook verklaart waarom onvolledig gevaccineerde mensen (b.v. na 1 dosis) die aan SC-2 worden blootgesteld een ernstige vorm van C-19 ziekte kunnen ontwikkelen Als u graag naar een professor luistert die zijn mening hieromtrent uitlegt, gelieve dan op volgende link te klikken: https://www.youtube.com/watch?v=wBm1BKL4zlg

Het lijdt geen twijfel dat ADE een zeer gevreesde complicatie is, niet alleen bij infecties met CoV maar het fenomeen is bij dit soort van virussen niet alleen wel bekend maar ook gevreesd. **Gezien het feit dat varianten steeds minder efficiënt door de vaccin-geïnduceerde immuniteit worden geneutraliseerd komt het er vooral op aan te bewijzen dat de kans dat dit fenomeen** (t.t.z. ADE) **optreedt zo goed als uitgesloten kan worden**. Het optreden van neveneffecten en ziekte bij gevaccineerden met zwak neutraliserende antistoffen (t.g.v. onvolledige vaccinatie of vaccinatie met C-19 vaccins waarvan het doelantigeen sterk afwijkt van het antigeen gepresenteerd op de dominerende variant) **dient vooreerst veel beter te worden onderzocht om hierover uitsluitsel te kunnen geven**.

Enfin, vous avez dit que les non-vaccinés sont plus protégés que les vaccinés. Sur quoi basez-vous ce postulat qui, pour moi, ne tient en rien la route? Puisque d'une part, pour le SARS-CoV-2, le covid- 19, le risque de décès et d'hospitalisation, et d'hospitalisation avec des pathologies sévères, on a des preuves très claires que ce risque est largement diminué, extrêmement, fortement diminué pour les personnes vaccinées.

Zie mijn commentaren hogerop. Misschien moet u zich ook eventjes realiseren dat de gehospitaliseerden slechts een kleine fractie uitmaken van de populatie en dat het m.b.t. controle over de pandemie relevanter is om het aantal gevallen van infectie te vergelijken (b.v., tussen gevaccineerden en niet-gevaccineerden) in het overgrote deel van de bevolking dat niet gehospitaliseerd wordt. **Zoals blijkt uit de statistieken van Public Health Scotland (PHS) en UK Health Security Agency ligt in dat gedeelte van de bevolking het aantal SC-V positieve gevallen duidelijk lager bij de niet-gevaccineerden dan bij de gevaccineerden, hetgeen nu reeds sinds geruime tijd tot een negatieve vaccin efficiëntie leidt:**

https://andrewmadry.substack.com/p/vaccine-effectiveness-time-to-recalibrate

https://paretos.substack.com/p/vaccine-failure-across-the-board?utm_source=substack&utm_campaign=post_embed&utm_medium=web

https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1041593/Vaccine-surveillance-report-week-50.pdf

https://dailysceptic.org/2022/02/04/evidence-of-increased-infection-risk-following-third-dose-exacerbated-by-vaccination-drive-during-omicron-wave-ukhsa-data-show/

https://palexander.substack.com/p/devastating-negative-efficacy-public

https://uploads-ssl.webflow.com/616004c52e87ed08692f5692/61fea931da6b2fad72873ea4_Appendix_11_negative_vaccine_efficacy.pdf

Verontrustend is echter wel dat t.g.v. de massale vaccinatie doorheen alle leeftijdsgroepen van de bevolking in de praktijk **geen enkel vergelijkend onderzoek meer mogelijk is tussen gevaccineerden en niet-gevaccineerden, niet op korte, maar ook niet op langere termijn**. Gezien de bovenvermelde resultaten kan men zich maar moeilijk van de indruk ontdoen dat gezondheidsautoriteiten zich blijkbaar bij dergelijke vergelijkingen steeds ongemakkelijker voelen.

Par ailleurs, dans le cadre d'autres vaccinations, dans le cadre d'autres épidémies, d'autres vaccinations ont été effectuées pendant les épidémies, et cela n'a jamais entraîné de recrudescence des décès.

Misschien dient u zich vooreerst te informeren of er wel ooit een niet-replicerend vaccin gebruikt werd om een epidemie te bedwingen van een virus dat een acute, spontaan tot stilstand komende infectie/ ziekte veroorzaakt ('acute, self-limiting viral infection/ disease'). Bij mijn weten bestaan er zelfs voor levend verzwakte vaccins geen geschriften die hun gebruik voor massavaccinatie in het midden van een pandemie/epidemie van een hoog muteerbaar virus (om niet te zeggen in aanwezigheid van reeds circulerende virale 'varianten') documenteren. Als uw documentatie dit tegenspreekt, dan hoor ik dat graag.

Je voudrais vraiment, monsieur le président, que, dans un débat où on a, comme ça, une thèse qui est présentée, qui est clairement une thèse anti- vaccination, que les preuves scientifiques soient apportées; des preuves dans des revues de littérature scientifique sérieuse.

Als u dan al prat gaat op uw wetenschappelijke vorming, dan is het allicht aangewezen dat u zich eerst verder in de vakliteratuur verdiept i.p.v. een aantal ongeschoolde maar wel arrogante aantijgingen naar het hoofd van een door-en-door ervaren en gepassioneerde vaccinoloog te slingeren. Uw argumenten raken kant noch wal. Dit is puur tijdverlies. U moest zich als politica diep schamen.

Monsieur le président, je termine ici mon intervention et je vous remercie.

***Barbara Creemers** (Ecolo-Groen): Ik dank alvast de twee sprekers.*

Mijnheer Vanden Bossche, eigenlijk was mijn vraag aan dokter Herry om wetenschappelijk op een aantal van uw argumenten te reageren. Ik heb hem af en toe zien fronsen. Ik kan mij voorstellen dat hij andere inzichten heeft. Ik hoop dat hij straks de ruimte krijgt om die mee te delen.

U zei in het begin van uw betoog dat wij ons veel te veel op snapshots baseren. Hoeveel doden zijn er vandaag, hoeveel ziekenhuisopnames zijn er vandaag? Wij focussen volgens u te weinig op het eindstation. Hebt u studies, voorspellingen of statistieken over hoeveel extra doden wij, boven op de 28.800 die wij vandaag tellen, gehad zouden hebben als wij voor de groepsimmuniteit gegaan zouden zijn? Zijn daar voorspellingen van? Sciensano zegt dat als wij vandaag niet die hoge vaccinatiegraad hadden, wij 30.000 extra ziekenhuisopnamen zouden tellen. Ik heb regelmatig gehoord dat ons zorgsysteem aan het breken was. Die 30.000 extra opnamen zouden wij niet aankunnen. Hoeveel extra doden zou dat dan tot gevolg gehad hebben?

Zie mijn commentaar hogerop m.b.t. ''korte' versus 'lange' termijn visie en het feit dat openbare gezondheidsinstanties niet op de hoogte blijken te zijn van de hoge efficiëntiegraad van 'early treatment'.

Zoals in het verleden reeds herhaaldelijk aangehaald lijkt mij de **combinatie van 'early (multi-drug) treatment' samen met een verlaging van de virale infectiedruk** d.m.v. infectie-preventie maatregelen of, meer doeltreffend, antivirale propfylaxe, de meer wetenschappelijk gefundeerde en ethisch verantwoorde benadering om zelfs in het huidige 'hoog infectieuze' stadium van de C-19 pandemie alsnog groepsimmuniteit te kunnen bereiken. We gaan het 3de jaar in van de pandemie en de infectiedruk was

nog nooit zo hoog. Beseft dan niemand dat de symptomatische massavaccinatie alleen maar leidt tot een hogere graad van infectie, daardoor meer ziekte veroorzaakt en uiteindelijk (als men lang genoeg doorgaat met de massavaccinatie) ook zware ziekte?

U zegt dat u zich bij de doeltreffendheid van het vaccin een aantal vragen stelt. Wij gaan immers uit van de klinische studies. Sciensano baseert zich toch niet enkel op klinische studies om te poneren dat er 30.000 extra ziekenhuisopnamen vermeden zijn door de vaccinaties?

Inderdaad, de resultaten van de klinische studies zouden een dergelijke berekening niet eens toelaten. Wel betwijfel ik of hierbij rekening werd gehouden met de totaliteit van de bevolking omdat namelijk in het overgrote deel van de bevolking het aantal geregistreerde infectieuze gevallen duidelijk lager ligt bij de niet-gevaccineerden dan bij de gevaccineerden zoals en u dat trouwens zelf kan nakijken in de rapporten van UK Health Security Agency en Public Health Scotland. Zoals reeds hoger vermeld leidt dit trouwens tot een duidelijke negatieve vaccin effectiviteit ('vaccine efficiency'). Minder kans op ziekte in de niet-gevaccineerde bevolking betekent dus ook minder kans op zware ziekte en dus ook minder kans op hospitalisatie. **Analyses en conclusies die vertrekken vanuit vergelijkingen tussen gehospitaliseerde patiënten geven dus omwille van storende/ verwarrende factoren ('confounder') een vertekend beeld van de graad van bescherming tegen hospitalisatie voor de totaliteit van de gevaccineerde in vergelijking tot de niet-gevaccineerde populatie**.

Ik hoor u in uw laatste slide oproepen om onafhankelijke wetenschappers. Beschouwt u Sciensano dan niet als onafhankelijk? Dat is toch de overheidsinstelling waar wij ons op baseren?

Wanneer de belastingsinner (t.t.z. de overheid) probeert om vaccinatie verplicht te maken, dan kan men er maar moeilijk van uitgaan dat diegenen die met dit belastingsgeld worden betaald zich gemakkelijk kunnen veroorloven om er een andere (wetenschappelijke?) mening op na te houden. Maar ook onze geneesheren staan blijkbaar serieus onder druk. Dat blijkt b.v. onder meer uit de vergelijking tussen verschillende landen van het aantal gerapporteerde nevenwerkingen (bron: EudraVigilance; stand: eind januari 2021). Wanneer we die enkel voor het vaccin van Moderna vergelijken, dan komen we tot de vaststelling dat Nederland met kop en schouders boven andere landen uitsteekt (met inbegrip van België!):

Nederland 17,4 miljoen inwoners
Duitsland 83,2 miljoen inwoners
Dat is 4,78 keer meer dan in Nederland en toch minder rapporteringen

Nederland 17,4 miljoen inwoners
Frankrijk 67,4 miljoen inwoners
Dat is 3,9 keer meer dan in Nederland en toch minder rapporteringen

Nederland 17,4 miljoen inwoners
België 11,4 miljoen inwoners
Dat is slechts ca 1,5 keer minder dan in Nederland maar daartegenover staan ca 12 keer minder rapporteringen!

Number of individual cases	
Netherlands	34,306
Germany	31,163
France	20,763
Italy	14,991
Spain	10,803

Austria	6,744
Denmark	6,509
Norway	4,727
Sweden	3,573
Belgium	2,816
Portugal	2,724
Ireland	1,351
Czech Republic	1,227
Finland	1,181
Iceland	675
Croatia	673
Greece	614
Lithuania	603
Romania	534
Latvia	505
Estonia	482
Bulgaria	393
Northern Ireland (UK)	362
Poland	347
Cyprus	260
Hungary	248
Luxembourg	174
Slovakia	93
Slovenia	66
Malta	39
Liechtenstein	29
Total	**148,975**

Meer algemeen blijken de rapporten en gegevens verstrekt door Sciensano alles behalve transparant: https://legalhearts.org/wp-content/uploads/2022/02/Persbericht-Wanneer-ook-de-waakhond-een-slaappil-krijgt.pdf. Een algemeen gebrek aan transparantie en het verborgen houden van belangrijke klinische data en informatie door gezondheidsautoriteiten en regelgevende instanties werd trouwens reeds stevig aangekaart door de uitgevers van één van de meest prestigieuse peer-reviewed journals, the British Medical Journal:

https://uploads-ssl.webflow.com/616004c52e87ed08692f5692/61fea9310d82c58b6cd89454_Appendix_09_lack_of_transparency_of_data.pdf

en verder:

https://www.researchgate.net/publication/357778435_Official_mortality_data_for_England_suggest_systematic_miscategorisation_of_vaccine_status_and_uncertain_effectiveness_of_Covid-19_vaccination:

"A recent investigation conducted by world-class experts qualified the data published by UKHSA as unreliable and misleading, especially in regard of their reporting on Covid deaths. A preprint of their findings has been published ("Official mortality data for England suggest systematic miscategorisation of vaccine status and uncertain effectiveness of Covid-19 vaccination their findings")"

U zei letterlijk dat het niet nodig is om kinderen te vaccineren. Ik hoorde vanmorgen Ann De Guchtenaere op de radio. Wij horen haar hier vanmiddag ook, maar ik wil u toch even een quote van haar voorleggen.

Zij zegt vanmorgen op de radio dat één op de drieduizend jongeren ouder dan 12 jaar na een besmetting jessica) MIS-C ontwikkelt, een ernstige complicatie. Na een vaccinatie daalt die kans met meer dan 90 %. Hoe rijmt dat met uw stelling dat we kinderen en jongeren niet moeten vaccineren?

Als A. De Guchtenaere dan al beschikt over uitgebreid statistisch materiaal dat op een voldoende representatieve populatie het talrijk voorkomen van deze aandoening aantoont, dan wil ik die database graag inkijken. **Mij interesseert daarbij om welke kinderen het hier precies gaat en of er met name onderliggende ziektes bij deze kinderen werden vastgesteld. Heeft trouwens A. De Guchtenaere haar enthousiasme getoetst aan de frequentie van neveneffecten die bij deze leeftijdsgroep voorkomen zoals b.v. uitvoerig gedocumenteerd in VAERS?:** Dr. Jessica Rose on Sars-CoV-19 vaccines for Children? | Voice for Science and Solidarity; https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC8483988/[2]. Van de VAERS gaat wel degelijk een alarmsignaal uit m.b.t. een sterk verhoogd aantal van ernstige neveneffecten, zoals bijvoorbeeld (maar verre van uitsluitend) myocarditis. Ook al kan de causale samenhang daardoor nooit onomstootbaar worden bewezen, toch is het **de taak van de gezondheidsautoriteiten om dit uit te sluiten eerder dan een experiment toe te laten waarmee de verhoogde frequentie van ernstige neveneffecten vooreerst zou dienen bewezen te worden.**

U zegt dat een besmetting tot ziekte leidt en in het overgrote deel van de gevallen tot herstel en duurzaam verworven immuniteit. Hoe reageert u op de vele herbesmettingen die ons bekend zijn?

Een soliede en duurzaam verworven natuurlijke immuniteit betekent geenszins dat een persoon geen milde ziekte meer kan oplopen en al helemaal niet dat hij/zij beschermd is tegen infectie. Het betekent wel dat bij goede gezondheid het aangeboren immuunsysteem na herstel voldoende getraind werd om te vermijden dat het doorbreken van die eerste defensielinie nu of in toekomst zou leiden tot ernstige C-19 ziekte en het betekent ook dat na herbesmetting het virus geëlimineerd wordt. Men mag namelijk niet vergeten dat de evolutie naar Omicron uit een soort van 'evolutionary burst' resulteert waarbij een antigeen 'shift' zelfs voor de antilichaam-producerende B1a cellen van het aangeboren immuunsysteem een grotere uitdaging vormt dan wanneer het SC-2 virus slechts een antigeen 'drift' zou hebben doorgemaakt. Het is dus niet verwonderlijk dat zelfs i.g.v. een voorafgaandelijke natuurlijke infectie het immuunsysteem in 2 stappen zal moeten werken om de infectie volledig onder controle te krijgen. Maar dit doet geen afbreuk aan de onontbeerlijke taak van het aangeboren immuunsysteem om als eerste defensielinie het gros van de CoV lading 'op te kuisen' en op die manier aangeboren IgM-producerende immuuncellen te herprogrammeren om in toekomst formaties van N-glycanen op SC-2 CoV met hogere affiniteit te herkennen ('trainingseffect').

Hoe reageert u op de in december gepubliceerde studie van Sciensano over de langdurige gevolgen van covid? Sciensano heeft tussen eind april en eind juni mensen ondervraagd die in die periode besmet raakten. Vaak waren die mensen nog niet gevaccineerd. Ik was één van hen. Van de deelnemers aan het onderzoek heeft 47 % na drie maanden altijd nog minstens twee symptomen die in de pathologie van long covid passen. Hoe past dat in uw stelling dat een besmetting leidt tot ziekte en in het overgrote deel van de gevallen tot herstel en duurzaam verworven immuniteit? Hoe gaat u om met langdurige covid, een realiteit voor ongeveer de helft van de deelnemers aan het onderzoek van Sciensano?

Opnieuw: Men dient de gezondheidstoestand en medische historiek van deze mensen te bekijken. Vele virale ziekten, die beschreven worden als acute, zelf-beperkende infecties, kunnen tot immuunpathologie of een zekere vorm van chronische ziekte lijden wanneer de bijdrage van het aangeboren immuunsysteem verzwakt is. Dat is zeker geen exclusief kenmerk van Coronavirus infectie. Vandaar het belang om bij deze

[1] Deze publicatie werd onverwachts en zonder enige wetenschappelijke reden door de uitgeverij Elsevier teruggetrokken, toevallig (?) net een paar dagen vooraleer FDA over toelating kindervaccinatie zou beslissen…
[2] Deze publicatie werd onverwachts en zonder enige wetenschappelijke reden door de uitgeverij Elsevier teruggetrokken, toevallig (?) net een paar dagen vooraleer FDA over toelating kindervaccinatie zou beslissen…

beoordeling te kijken of er bij de betroffen patiënten onderliggende ziektes of andere predisposerende factoren aanwezig waren. En die waren er wel degelijk. Het rapport vermeldt dat personen met een voorgeschiedenis van chronische aandoeningen significant meer kans hebben op *long covid*, net als mensen met overgewicht en obesitas. **Maar kijkt u aub toch ook even naar de mogelijke nevenwerkingen van het vaccin en beoordeelt u dan zelf of de regelmaat en de hoedanigheid daarvan niet buitensporig lijkt, gezien het feit dat de vaccinatie nog slechts hoogstens tegen ernstige ziekte beschermt**. Een greep uit deze talrijke en op zijn minst verontrustende, officieel gerapporteerde nevenwerkingen vindt u in erkende bronnen zoals vermeld in volgende links:

https://uploads-ssl.webflow.com/616004c52e87ed08692f5692/61fea9310d82c5d9b1d89455_Appendix_10_adverse_events.pdf

https://thepulse.one/2021/11/08/50-of-serious-vaccine-injuries-reported-in-last-30-years-are-from-covid-shots/

https://thepulse.one/2021/11/25/pfizer-was-aware-of-over-50k-serious-covid-vaccine-reactions-with-months-of-distribution/

https://rumble.com/vqx3kb-the-pfizer-inoculations-do-more-harm-than-good.html

https://emea01.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Fuploads-ssl.webflow.com%2F616004c52e87ed08692f5692%2F61fea931189c4d366ffb7cf3_Appendix_03_Cumulative_Analysis_of_Post-authorization_Adverse_Event_Reports.pdf&data=04%7C01%7C%7C7f41765bdeee403274ab08d9e8e76391%7C84df9e7fe9f640afb435aaaaaaaaaaaa%7C1%7C0%7C637796902766686608%7CUnknown%7CTWFpbGZsb3d8eyJWIjoiMC4wLjAwMDAiLCJQIjoiV2luMzIiLCJBTiI6Ik1haWwiLCJXVCI6Mn0%3D%7C3000&sdata=kZoqC9LS3I%2BuZJ3OpEqEfuJvtVL37Ts2fp49ZEAhxco%3D&reserved=0

https://www.aier.org/article/all-cause-mortality-in-the-united-states-during-2021/

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC8483988/

https://uploadsssl.webflow.com/616004c52e87ed08692f5692/61fea931a30e6edce164f876_Appendix_06_Eudravigilance_tem_Jan_29_2022.pdf

https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2113017

https://www.nejm.org/doi/suppl/10.1056/NEJMoa2113017/suppl_file/nejmoa2113017_appendix.pdf

https://www.jessicasuniverse.com

https://uploads-ssl.webflow.com/616004c52e87ed08692f5692/61fea9327b175b0d58023139_Appendix_08_Dr_Jessica_Rose_Analysis_of_Supplementary_Appendix.pdf

https://uploads-ssl.webflow.com/616004c52e87ed08692f5692/61fea932e132248c62d1fffd_Appendix_05_Dr_Jessica_Rose_Symposium_CHONG.pdf

Ook de cijfers die onlangs via klokkenluiders bekend raakten vanuit DoD (US department of defense) illustreren dat vaccin-gerelateerde bijwerkingen alles behalve verwaarloosbaar zijn:

https://www.ronjohnson.senate.gov/2022/2/sen-johnson-to-secretary-austin-has-dod-seen-an-increase-in-medical-diagnoses-among-military-personnel

U zegt dat een pandemie een wereldwijde aanpak vergt. Als ik u goed begrepen heb, dan zegt u over die wereldwijde aanpak dat vaccinatie niet de juiste weg is, wel groepsimmuniteit. In welke mate past die wereldwijde aanpak in uw onderzoek naar een universeel vaccin, toegespitst op de natural killer cells, uw eigen onderzoeksproject waaraan u als consultant professioneel werkt? Past dat daarin, wil u ons in die richting sturen? Ik ben geen wetenschapper maar heb wel wat ervaring met communicatie. Het past er communicatief gezien wel mooi in, denk ik dan.

Vooreerst zal elke immuuninterventie die bijdraagt tot groepsimmuniteit het bedwingen van een pandemie bevorderen. Mij kan mij in ieder geval niet overtuigen van het feit dat dit kan met een vaccin dat geen steriliserende immuniteit bewerkstelligt. Anderzijds werkt een vaccin dat dit niet doet als schimmel op een vochtige muur wanneer het massaal wordt ingezet tijdens een pandemie van varianten.

Communicatie is één ding, zich ter dege informeren is nog iets anders. Ik heb mijn onderzoek m.b.t. tot het gebruik van NK cellen als doelwit voor vaccins reeds hoger toegelicht. Het spectrum van dit onderzoek is zeer breed en richt zich niet specifiek op Coronavirussen. Ik kan u als extraatje nog wel meegeven dat ik mijn diepe inzichten in deze pandemie en hoe ons immuunsysteem in staat is het SC-2 virus doeltreffend te bestrijden dank aan mijn studie over hoe cellen van ons immuunsysteem in staat zijn om de fijne grens tussen 'eigen' ('self') en 'gelijkend op eigen' ('self-like') te herkennen. Die studie laat een wetenschapper automatisch kennis maken met de fascinerende wereld van NK (Natural Killer) cellen. Ik vraag me af of ik er mij moet over verwonderen dat uitgerekend politici zich argwanend opstellen t.o.v. mensen die zich in alle eer en geweten inzetten voor een hoger doel…Sinds wanneer maakt men zich 'verdacht' door integriteit?

Laurence Zanchetta *(PS): Merci monsieur Herry pour votre intervention. Quant à monsieur Vanden Boscche, je regrette très sincèrement le manque de références par rapport à votre intervention.*

Ik hoop dat de diverse literatuurbronnen die ik in mijn antwoorden citeer ervoor zullen zorgen dat u niet langer op die honger hoeft blijven te zitten.

Le débat que nous menons est essentiel pour le futur si, à un moment donné, cette obligation s'avérait nécessaire et justifiée au vu de l'évolution de l'épidémie et de son impact prévisible sur le système de santé. Dès lors, il y a d'une part la discussion sur le principe même de l'obligation vaccinale et d'autre part, pour ceux qui partagent cette vision d'une possible obligation vaccinale, la discussion sur la manière de la mettre en œuvre.

Certaines personnes estiment que la vaccination ne peut être rendue obligatoire parce que les vaccins n'ont pas fait l'objet d'une approbation habituelle par les agences du médicament. Elles affirment que les citoyens sont soumis à des études cliniques à grande échelle. On sait que l'argument est souvent avancé. À votre sens, monsieur Herry, que peut-on répondre à ce type d'argument?

Steven Creyelman *(VB): Ik dank beide sprekers voor hun uiteenzetting. De meeste van mijn vragen zijn voor u beiden, maar als ik specifieke vragen heb voor een van u zal ik dat wel zeggen.*

Iedereen is in deze commissie uitgenodigd omwille van een bepaalde expertise en heeft een duidelijk standpunt pro of contra een verplichte vaccinatie. Dat is vandaag heel duidelijk geworden. Er werd een aantal stellingen gebracht. Wat ik in beide uiteenzettingen niet heb gehoord, geachte sprekers, is op basis van welke concrete studies u tot uw standpunt bent gekomen en waarom die argumenten voor u waardevoller zijn dan die van de andere kant. Ik ben oprecht geïnteresseerd in die studies en zou die graag lezen zodat ik mij dan beter in uw wereld kan inleven. Als u die studies met ons zou kunnen delen, zou ik dat zeker appreciëren.

Ik denk dat de literatuurbronnen die ik hoger aangaf een goede start vormen om te begrijpen hoe complex en evolutief een pandemie is. Van zodra u dit inzicht verwerft zal u zelf kunnen concluderen hoe kort het door de bocht is om met dit soort van vaccins massaal een hele bevolking te vaccineren tijdens een pandemie en daardoor het virus danig onder evolutiedruk te zetten terwijl men het hoegenaamd niet kan bedwingen. Een vleugje Darwin erbij, en men begrijpt onmiddellijk wat de gevolgen zijn van dit grootscheeps experiment.

Ik ben economist van opleiding, dus ik zal het hebben over de marginale meeropbrengst. Wat is volgens u beiden de marginale meeropbrengst van het verplichten van de vaccinatie? Van de Vlamingen is 93 % dubbelgevaccineerd en een aanzienlijk deel is al geboosterd. Dat wetende, wat is volgens u dan de betere piste, het meest zinvolle? Is dat inzetten op het bereiken van de nog niet-gevaccineerden in de hoop zo een hogere vaccinatiegraad te bereiken, is dat eerder inzetten op de mensen die al gevaccineerd zijn en hen overtuigen hun boosterprik te halen en hen zo nog beter te beschermen of is het eerder een combinatie van beide? Hoe ziet u dat zelf?

Mijn mening hieromtrent kan uit voorafgaandelijke antwoorden worden afgeleid

Aansluitend daarop, de vraag van 1 miljoen, kunnen we onszelf volgens u uit deze pandemie vaccineren? Mijnheer Vanden Bossche, als ik het goed heb begrepen, zegt u dat de huidige vaccins het virus onder druk zetten, het doen muteren en varianten doen ontstaan. Begrijp ik dat goed? Waarop baseert u uw uitspraak?

Opnieuw, de vaccins doen het virus niet muteren maar bevorderen de verspreiding van reeds bestaande, meer infectieuze viral varianten/ mutanten

Ik las dat een virus er geen belang bij heeft om zijn host te doden en dat varianten dus niet noodzakelijk een slechte zaak zijn omdat een virus, in zijn overlevingsdrang, besmettelijker en minder dodelijk of ziekmakend probeert te worden. Het probeert dus gewoon te overleven. Hoe staat u daartegenover?

Een virus kan zich alleen maar vermeerderen of muteren of zich verbergen (b.v. in het gastheergenoom maar dit laatste is voor CoV niet van toepassing- wel voor latente virussen). Het virus kan niet redeneren en heeft geen strategie. **Als het virus minder ziekmakend of dodelijk wordt, dan is dat zuiver en alleen het gevolg van de groeiende immuniteit van de populatie**. Bepaalde virussen kunnen echter ook dan blijven overleven omdat sommige mensen als asymptomatische drager/ uitscheider fungeren en ook bepaalde dierpopulaties het virus kunnen herbergen (zog. 'reservoirs'). Beide modaliteiten zijn bekend en gedocumenteerd in geval van SC-2.

Is vaccinatie in die optiek geen goede zaak? Zoals u zelf al aangaf, zo heb ik dat althans begrepen, wordt het virus op die manier onder druk gezet en muteert het in een zachtere vorm die voor ons minder problematisch wordt. Ik hoor daarover graag uw mening.

Ook al is de dominantie van Omicron m.i. het gevolg van de steeds stijgende immuundruk van de populatie op de infectiviteit van het virus (antistoffen zijn gericht t.o.v. spike eiwit dat voor infectiviteit van het virus verantwoordelijk is), toch kan men Omicron niet als een 'softere' SC-2 versie beschouwen dan het oorspronkelijk Wuhan virus. Ook al maakt Omicron niet sterk ziek, het veroorzaakt een enorme infectiedruk die ongetwijfeld tot meer ziektegevallen zal leiden. Een plotse verhoging van het aantal ziektegevallen veroorzaakt een plotse verhoging van de immuundruk in de populatie zonder dat de verspreiding van het virus kan worden tegengegaan. Die druk – en zodoende de kans dat ditmaal een

Omicron-resistente variant wordt geselecteerd – wordt alleen nog hoger wanneer men de massavaccinatie (met anti-Omicronvaccins) zal verderzetten. **Eens te meer blijkt hieruit dat het verder zetten van de huidige vaccinatie campagnes vanuit geen enkel oogpunt een goede zaak is.**

Wat de tijdigheid van verplichte vaccinatie betreft, voorspelt de WHO in haar glazen bol het einde van de pandemie in Europa. Ik vraag mij af of verplichte vaccinatie dan hoegenaamd nog zin heeft. Komt dit volgens u beiden nog op tijd als potentiële maatregel, onder andere rekening houdend met de varianten die nu dominant zijn, met de medicatie tegen COVID-19 die wordt ontwikkeld en met de vaccinatiegraad?

Zoals ik reeds aangaf in mijn presentatie valt geen enkele verplichting tot C-19 vaccinatie wetenschappelijk gezien te verrechtvaardigen.

Stel dat het Parlement besluit om over te gaan tot verplichte vaccinatie, dan zullen we dit ongeveer kunnen uitrollen rond de paasperiode. Ik ga ervan uit dat er op dat moment, in april en mei, minder viruscirculatie zal zijn. Hoe moeten we dan omgaan met die verplichting? Heeft een verplichte vaccinatie op dat moment zin, gegeven dat we tegen de winterperiode toch potentieel een booster zullen moeten prikken? Met andere woorden, als er wordt beslist tot een verplichte vaccinatie, wanneer moeten we die dan inplannen? Wat is volgens u beiden het meest optimale moment?

Zoals ik reeds aangaf in mijn presentatie valt geen enkele verplichting tot C-19 vaccinatie wetenschappelijk gezien te verrechtvaardigen.

Wat betreft virusremmers, welke rol ziet u beiden weggelegd voor virusremmers, zoals deze die worden geproduceerd door Merck en Pfizer in de bestrijding van de pandemie? Kunnen die een alternatief vormen voor verplichte vaccinatie of ziet u dat eerder als een aanvulling?

Virusremmers kunnen een zinvolle plaats innemen in het vroegstadium van C-19 behandeling. Zij zijn dan vooral zinvol bij kwetsbare mensen (immuungesupprimeerd, ouderlingen, mensen met onderliggende ziekten) om de virusvermeerdering tegen te gaan. Maar ook een *algemene* antivirale propfylaxe kan zinvol zijn, vooral in het vroegstadium van een infectiegolf, om de infectiedruk en de daaruit resulterende immuundruk van de populatie op het virus in te dijken. Het heeft nooit zin om antivirale middelen langdurig en in een laat stadium van infectie te gebruiken omdat dit de kans op resistentie sterk doet toenemen.

Gisteren zei de heer Vandenbroucke tijdens de commissievergadering dat vaccinatie bij kinderen en jongeren eigenlijk essentieel is in de verdediging tegen het virus. Hij beveelt het ook sterk aan. Hoe staat u tegenover de vaccinatie bij kinderen tot en met elf jaar en jongeren tot en met zeventien jaar? Hoe staat u tegenover de verplichte vaccinatie bij die jongeren? Wat zijn voor u de voornaamste af te wegen voor- en nadelen?

Volgens de Office of National Statistics (UK) stierven op 23 maand tijd (gerekend t.e.m. eind december 2021) welgeteld 3 kinderen onder de 18 jaar aan Covid-19**. Dit illustreert duidelijk dat SC-2 geen ernstige kinderziekte is**, ook al worden kinderen geïnfecteerd en kunnen zij ook ziek worden. Slechts hoogst zelden worden zij zwaar ziek. Ook bij kinderen kunnen de vaccins de infectie niet bedwingen. Zelfs indien de literatuur eensgezind zou aantonen dat vaccinatie de virusuitscheiding bij kinderen aanzienlijk onderdrukt, dan is ook dat nog geen reden om kinderen te gaan vaccineren, wel integendeel: Hoe meer men het virus onder druk zet met vaccins die de verspreiding niet kunnen verhinderen, hoe meer druk men zet op de infectiviteit van het virus en hoe sneller nog meer infectieuze 'immune escape' varianten,

die als gevolg hiervan worden geselecteerd, zich zullen verspreiden. Bovendien genieten kinderen een sterke bescherming t.o.v. SC-2 dankzij relevante (t.t.z. breed werkzaam t.o.v. CoV) aangeboren antistoffen die in staat zijn om alle SC-2 varianten te herkennen. Wanneer echter de binding van deze antistoffen wordt overheerst door vaccinale antistoffen die weliswaar sterk binden aan het virus zonder nog een noemenswaardige neutralisatie te bewerkstelligen, dan is dit geen goede zaak m.b.t. individuele bescherming t.o.v. SC-2 varianten. Mogelijks onderdrukt dit zelfs de herkenning van andere respiratoire virussen die uitgerust zijn met een gelijkaardig geglycosyleerde envelope (b.v. Influenza, RSV) en wordt de capaciteit van deze aangeboren antistoffen om bepaalde overtollige eigen antigenen (*self-antigens*), zoals b.v. afkomstig van gedegenereerde cellen, te herkennen en te verwijderen mogelijks ingeperkt (https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15633017/; https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33193450/). Dit roept dan ook vragen op m.b.t. een mogelijk risico op het ontstaan van autoimmuunziekten. Wanneer men hierbij daarenboven de statistieken van de mogelijke bijwerkingen bij kinderen in acht neemt (Dr. Jessica Rose on Sars-CoV-19 vaccines for Children? | Voice for Science and Solidarity; https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC8483988/[3]), dan **is de vaccinatie van kinderen t.o.v. SC-2 al helemaal onverantwoord**. **Tenslotte is ook vanuit het oogpunt van groepsimmuniteit het massaal vaccineren van kinderen een slechte zaak**. Deze mening wordt trouwens bijgetreden door verschillende experten:

Feature: The scientific case for an immediate halt to covid 'vaccination' of children | Alliance For Natural Health (webflow.com)

Microsoft Word - Verkerk_paper_NL.docx (webflow.com)

https://www.thehumanside.be/post/de-olifant-en-de-mug-deel-2

https://covidrationnel.be/2022/01/03/revision-04-01-2022-la-vaccination-anti-covid-19-des-enfants-nest-pas-obligatoire-elle-nest-surtout-pas-necessaire/

https://americasvoice.news/video/17LSdDeqVc40GgZ/

Soliede natuurlijke immuniteit (t.t.z. aangeboren ± natuurlijke verworven immuniteit), zoals die bij gezonde kinderen van nature uit aanwezig is, resulteert in viruseliminatie en sterke reductie van virustransmissie (zonder selectiedruk uit te oefenen op het virus!). Vooral na training van hun aangeboren IgM-secreterende B1 cellen **leveren gezonde kinderen dus een belangrijke bijdrage tot het ontstaan van groepsimmuniteit**. Massale vaccinatie van kinderen draagt alleen maar bij tot de dominante circulatie van meer infectieuze tot zelfs vaccin-resistente varianten waardoor de infectiedruk alleen maar verder toeneemt en de kans op groepsimmuniteit smelt als sneeuw voor de zon.

Professor Ann De Guchtenaere zei vandaag in De Ochtend dat 70% van de kinderen al corona had doorgemaakt. Wat doe ik het beste met mijn kind?

Zie bovenaan voor mijn commentaar m.b.t. conclusies van De Guchtenaere.

Hoe zit het trouwens met het verschil in immuniteit verworven door infectie en door vaccinatie? Wat beschermt het beste?

Het verschil heb ik hoger beschreven. Er is wel degelijk een groot verschil.

[3] Deze publicatie werd onverwachts en zonder enige wetenschappelijke reden door de uitgeverij Elsevier teruggetrokken, toevallig (?) net een paar dagen vooraleer FDA over toelating kindervaccinatie zou beslissen…

Is dat gelijkaardig of is dat bij jongeren anders dan bij volwassenen?

Mogelijks hebben de aangeboren immuuncellen van volwassenen een groter adaptatievermogen dat resulteert in een hogere affiniteit van relevante aangeboren antistoffen terwijl de aangeboren B1a cellen van kinderen meer talrijk zijn maar IgMs produceren met een relatief lage affiniteit (t.t.z., meer antigeen-naïef). Dit zou tenminste kunnen verklaren waarom bij oudere niet-gevaccineerde leeftijdsgroepen het aantal infecties lager ligt (zowel bij gevaccineerden als niet gevaccineerden) en deze tendens zelfs toeneemt met toenemende blootstelling (t.t.z. in functie van de tijd) zoals blijkt uit onderstaande grafieken (bron: UKPHA):

Figure 2. Rates (per 100,000) by vaccination status from week 33 to week 36 2021

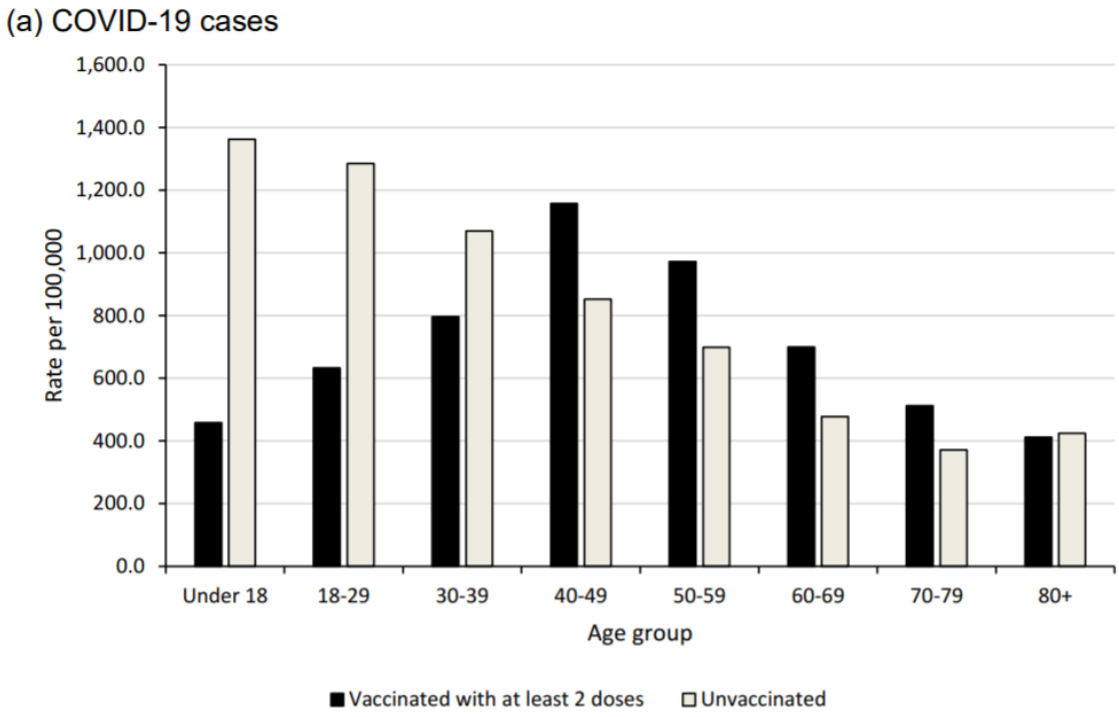
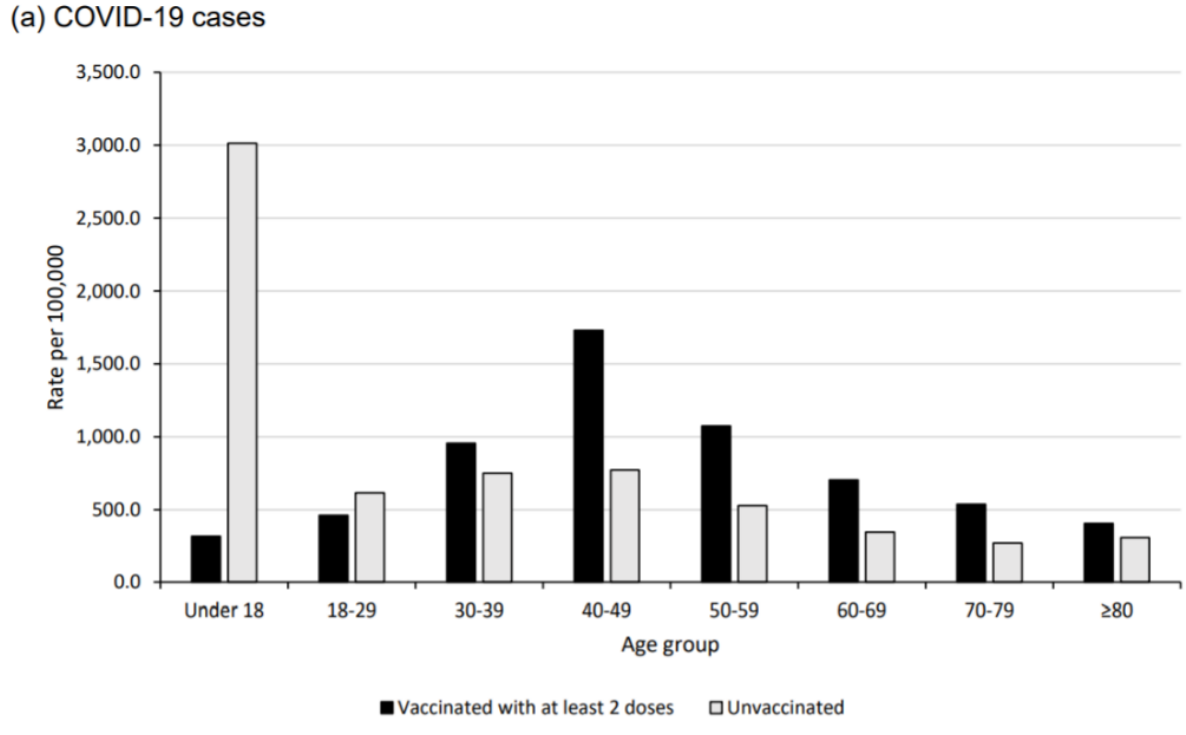


Figure 2. Rates (per 100,000) by vaccination status from week 38 to week 41 2021



Is het een meerwaarde om gezonde mensen te vaccineren die al een infectie hebben doorgemaakt? Is daar een wetenschappelijke consensus over?

Zoals hoger opgelijst bestaan er tal van studies die aantonen dat mensen die een symptomatische infectie doorgemaakt hebben, en dus op natuurlijke wijze antistoffen hebben verworven, een stevige en duurzame bescherming genieten. Waarom zou men zich dan blootstellen aan een risico op nevenwerkingen door zich te laten vaccineren? Persoonlijk ben ik ook van mening dat het verder opdrijven van de concentratie van S-specifieke antistoffen er alleen maar zal voor zorgen dat de antivirale werking van relevante, polyspecifieke aangeboren antistoffen en andere mediatoren van het aangeboren immuunsysteem (https://www.researchgate.net/publication/357994624_Innate_Immune_Suppression_by_SARS-CoV-2_mRNA_Vaccinations_The_role_of_G-quadruplexes_exosomes_and_microRNAs) gedurende langere tijd wordt onderdrukt. Dit verklaart mogelijks de hogere incidentie in de gevaccineerde populatie van andere, zowel infectieuze als niet-infectieuze, ziekten (waaronder ook kanker) waarover ondertussen in de medische wereld steeds meer wordt gerapporteerd. Ook al wordt de bewijsvoering daarvan niet officieel aanvaard, de bezorgdheid hieromtrent is wetenschappelijk gezien voldoende ernstig te nemen om meer doelgericht onderzoek te verrichten in plaats van dergelijke - trouwens zeer ongebruikelijke - vaccinatiepraktijken op experimentele basis verder te zetten.

Tot slot, wat is het eindstation?

Is dat het uitroeien van het virus? Is dat leren leven met het virus als een soort van seizoensvirus? Om de strijd met het virus aan te gaan, moeten we ook wel weten waar we naartoe gaan. Welke weg moeten we bewandelen om waar toe te komen?

Het eindstation voor een CoV is bereikt wanneer er een evenwicht ontstaat tussen het virus en de immuniteit van de gastheer. Dat evenwicht kan ofwel bereikt worden door groepsimmuniteit[4] ofwel doordat door grootschalige, niet steriliserende immuundruk een SC-2 virus wordt geselecteerd dat nog slechts in bedwang kan worden gehouden door diegenen die over voldoende functionele aangeboren antistoffen beschikken. Dit komt m.i. neer op een selectie van dat deel van de populatie wier aangeboren immuniteit niet gecompromitteerd wordt door b.v. S-specifieke vaccinale antistoffen die b.v. nog wel aan het virus binden, echter zonder het te kunnen neutraliseren.

Zoals hoger beschreven moet massavaccinatie worden afgeschaft en moet ingezet worden op een éénmalige maar grootschalige antivirale chemoprofylaxe (om infectiedruk te doen dalen) **en het bevorderen van de individuele gezondheid** (om aangeboren immuniteit te stimuleren). Alleen op die manier kan groepsimmuniteit gecreëerd worden. Hierdoor worden automatisch ook kwetsbare personen beter beschermd. Laatsgenoemden moeten bovendien **toegang krijgen** (b.v. via de huisarts) **tot een vroegtijdige behandeling** die bestaat uit verscheidene off-label medicamenten die veilig zijn, goedkoop en overal verkrijgbaar (b.v., onstekingsremmers, antihistaminica, cortisone, bloedstollingsremmers,…)

Daniel Bacquelaine *(MR): Monsieur le président, je voudrais remercier le Dr Herry pour avoir réaffirmé le bienfait de la vaccination parce que je pense intéressant et nécessaire qu'il n'y ait aucun doute par rapport à la plus-value qu'amène la vaccination. Le débat que nous menons aujourd'hui a pour but de déterminer la meilleure façon d'obtenir une augmentation de la couverture vaccinale de la population. Quels sont les*

[4] Zoals reeds gezegd kan die onmogelijk worden bereikt indien de massavaccinatie doorgaat omdat vaccinatie met de C-19 vaccins geen steriliserende immuniteit toelaat

instruments et les stratégies les mieux adaptés pour arriver à cet objectif? Le but du Parlement n'est pas de faire un débat sur l'intérêt de la vaccination. Le Dr Herry a été très clair à ce sujet. La vaccination est un outil efficace et nécessaire. Je le remercie aussi d'avoir rappelé l'implication des médecins généralistes et hospitaliers dans ce combat – ce terme est juste – contre cette pandémie au service de l'ensemble de la population.

Je souhaite poser quelques questions. Quand on évoque la meilleure façon d'obtenir une augmentation de la couverture vaccinale, en théorie on pense immédiatement à l'obligation vaccinale ou au pass vaccinal, qui est une sorte d'obligation un peu déguisée mais qui permet in fine à la personne de faire valoir son consentement éclairé de manière totale puisqu'elle peut refuser la vaccination, quitte à ne pas participer à des activités sociales – et cela peut être son choix délibéré. Ma question porte sur la proportionnalité. Très clairement, quand on décrète une obligation, on doit toujours s'interroger sur sa légitimité et la proportionnalité. Ce sont d'ailleurs les deux critères qu'utilise le Conseil d'État pour juger de la pertinence d'une obligation, d'une contrainte vis-à-vis de la population.

Concernant la légitimité, je pense qu'il n'y a pas de difficulté. On poursuit un objectif de santé publique, ce qui est légitime. Il n'y a pas de doute. Par contre, il convient de déterminer si la façon d'atteindre cet objectif de santé publique est bien proportionnel et respecte une certaine proportionnalité dans l'ampleur de la contrainte. C'est le deuxième critère et c'est celui qui, à mes yeux, est extrêmement important quand on parle d'obligation vaccinale.

La première question est donc de savoir comment organiser pratiquement un système d'obligation vaccinale. À supposer qu'on opte pour une obligation vaccinale, comment l'organiserions- nous? Car il n'y a pas d'obligation sans sanction. Une obligation sans sanction est fallacieuse. Il faut donc s'interroger sur la façon d'organiser une obligation vaccinale qui rencontrerait notamment l'objectif de ne pas devoir contrôler ou tester tout un chacun pour voir s'il est bien dans les règles, parce que s'il ne respecte pas cette obligation vaccinale, il est dans la situation d'être de nouveau contrôlé ou testé. L'obligation ne dispense pas du contrôle, sinon cela voudrait dire qu'il n'y a aucune sanction. Cette obligation deviendrait alors sans objet et sans effet.

En ce qui concerne le personnel soignant, le Dr Herry a évoqué le terme de discrimination. Encore une fois, je ne pense pas qu'il y ait de discrimination. C'est de nouveau un problème de proportionnalité. Il y a discrimination quand on traite de manière différente des personnes qui vivent la même situation. Or ici, il ne s'agit pas de cela. Les soignants et les soignés ne vivent pas la même situation. Il n'y a donc pas discrimination. Les objectifs de l'obligation sont fonction de la personne à laquelle elle s'applique et qui vivent des situations différentes. L'objectif de santé publique impose une obligation vaccinale d'autant plus si elle s'adresse au personnel soignant. Cela me paraît assez clair. Il semble que la décision ait été prise, d'après ce que certains ont dit sur le banc gouvernemental, mais il faudrait qu'elle soit suivie d'effets.

Toujours dans le principe de proportionnalité, il y a de la proportionnalité dans le cadre de l'étendue de l'obligation et de la temporalité de l'obligation. Ce sont deux notions que nous devons prendre en considération. Dans l'étendue de la mesure, il y a le personnel soignant dont j'ai parlé et un autre point qui n'a pas vraiment été abordé. Quid d'une obligation éventuelle pour les enfants ou pour les mineurs? Dans l'esprit du Dr Herry, l'obligation vaccinale couvre-t-elle également les enfants, à partir de quel âge? L'obligation vaccinale vise-t-elle aussi des patients qui viennent de faire le covid?

Quel est le nombre de mois qui pourrait être pris en considération pour rendre cette obligation effective après une infection par le covid? Je pense d'ailleurs que l'intérêt du pass vaccinal en France est de prendre cette notion-là en considération. Dans le pass vaccinal, il y a non seulement la nécessité vaccinale mais est également le fait d'avoir été infecté par le covid dans les cinq mois qui précèdent. Quelle est la position du Dr Herry à ce propos?

Il y a ensuite la proportionnalité en matière de temporalité. Quid des prochains vaccins? Aujourd'hui, on est à un moment particulier. Autant on peut débattre de la définition d'un outil efficace pour combattre une pandémie sur un plan théorique et absolu – je pense que le débat sur l'obligation vaccinale a toute sa place –, autant il est nécessaire, pour juger de la proportionalité de la mesure au moment où on la prend, de considérer le temps dans lequel nous sommes. Aujourd'hui, nous avons un variant omicron qui produit beaucoup moins de formes graves et qui infecte une très grande partie de la population, beaucoup plus que

les chiffres que l'on cite. Je vous signale que beaucoup de gens ont été infectés par l'omicron sans le savoir ou n'ont pas fait de test PCR.

Quid de l'arrivée de nouveaux vaccins au regard de la temporalité? Si, demain, on dispose de nouveaux vaccins plus efficaces, va-t-on imposer, dans le cadre d'une obligation vaccinale, une quatrième, un cinquième, voire une sixième dose? Le stade de l'épidémie auquel nous sommes arrivés rend-il vraiment nécessaire une obligation vaccinale, à supposer même que celle-ci soit considérée comme utile sur un plan plus général face à une pandémie?

Monsieur le président, je n'ai pas de question à poser à M. Vanden Bossche puisqu'il se situe en dehors du domaine des connaissances.

Hierop hoef ik dus niet te antwoorden.

***Nathalie Muylle** (CD&V):*

Dan kom ik bij de algemene vaccinatieplicht. Ik heb daarover dezelfde vragen als heel wat collega's. Hoe ziet u het vaccinatieschema? Wie moet wat krijgen op welk ogenblik? Hoe ziet u die overgangsperiodes, want er zal telkens een periode zijn waarin iedereen een booster krijgt of een vierde prik? Welke instantie moet daarover beslissen? Er is daarover reeds heel veel gezegd. Op basis van welk studiemateriaal moet welk orgaan daarover beslissen?

Ik ga ook akkoord met de tijdelijkheid. De vraag is dan wanneer een pandemie endemisch wordt, wanneer wij daarmee moeten stoppen en wie daarover moet beslissen.

Ook belangrijk is de leeftijd. U hebt hierover niets gezegd. Andere Europese landen doen het vanaf 50 of 60 jaar, weer andere vanaf 18 jaar. Soms vraagt men of het niet moet vanaf 6 jaar. Welke leeftijd schuift u naar voren?

U sprak heel terecht over de impact vandaag op de zorg en de zorgorganisatie. Als deze commissie binnen twee à drie weken zou beslissen om naar een algemene vaccinatieplicht te gaan, hoe ziet u dan de evolutie in de eerste lijn en in de tweede lijn? Wat zal de impact zijn op de organisatie van de zorg in de eerste en tweede lijn? Hoe snel zal dit wijzigen? Hoe snel zal de druk afnemen en zal er ruimte zijn voor uitgestelde zorg?

Mijnheer Vanden Bossche, ik dank u voor uw uiteenzetting, maar ik moet zeggen dat ik ook enigszins op mijn honger blijf. Ik heb uw reactie op het artikel in Knack gezien, waarin u onder andere zei dat u hier te weinig forum krijgt. Ik sta open voor debat, maar zit eigenlijk wel te wachten op studies, vooral peerreviewstudies. Ik begrijp dat u zegt dat Vlaanderen of België wat klein is, maar we kunnen het ook internationaal bekijken. Wat u vandaag brengt, hoe sterk leeft dat? Hoe kunt u uw uiteenzetting staven? Wij staan open voor debat en willen die studies graag bekijken. Ik denk dat dit voor heel wat collega's geldt. Momenteel ken ik die studies niet, maar misschien heeft dat ook te maken met het feit dat wij biased zijn en maar bepaalde dingen zien.

Het is steeds gemakkelijker om post-hoc terug te blikken op de feiten. Zoals ik reeds hoger aanduidde is het een stuk moeilijker om bij een complex en door mensenhand sterk beïnvloed evolutief gebeuren naar de toekomst te kijken. Het is nochtans onontbeerlijk om op een zo betrouwbaar mogelijke manier in te schatten welke de eindbestemming is van de verschillende pandemische treinen die wereldwijd sporen. Is die eindbestemming wel diegene die we met tal van menselijke tussenkomsten beogen en is die mogelijks identisch? Publicaties uit de verschillende deelgebieden die de pandemie aanbelangen, leveren waardevolle informatie als puzzelstukjes die echter dienen in elkaar te worden gepast vooraleer zij effectief kunnen bijdragen tot een beter inzicht in de dynamische wisselwerking tussen de wisselende viruspopulaties (varianten) enerzijds en de zich daaraan aanpassende immuunafweer van de gastheerpopulatie anderzijds. De publicaties die beschrijven hoe een virus onder immuundruk van de populatie evolueert heb ik boven reeds vermeld. Anderzijds heb ik hoger ook reeds de publicaties aangegeven die het belang van aangeboren polyspecifieke antistoffen illustreren als cruciale componente van de eerste verdedigingslinie t.o.v. CoV en vooral ook documenteren hoe cellen van het aangeboren

immuunsysteem zich door blootstelling aan CoV aanpassen om het virus meer efficiënt te bestrijden. **Zij tonen daarmee inderdaad de *bias* aan in de interpretatie van vele experten, en wel in die zin dat zij door gebrek aan inzicht in bovengenoemde wisselwerking niet alleen de evolutionaire capaciteit van het virus maar tevens het natuurlijke aanpassingsvermogen van het immuunsysteem van de gastheer immens hebben onderschat. De credibiliteit van mijn inzichten dient daarom niet te worden getoetst aan publicaties die hieromtrent *de facto* niet bestaan maar wel aan mijn voorspellingen**: Het induceren van populatie-immuniteit (via massavaccinatie) die alleen beschermt tegen (ernstige) ziekte zal er m.i. uiteindelijk toe leiden dat alleen het niet-gevaccineerde gedeelte van de bevolking beschermd blijft tegen (ernstige) ziekte.

Ik ben niet opgeleid in de zorg en mis dus een stuk basiskennis, maar ik blijf met een vraag zitten waarnaar ook de collega's verwezen hebben. De heer Herry heeft uiteengezet dat negen miljoen gevaccineerden een ramp vermeden hebben tijdens de vierde en de vijfde golf. Dat betekent wel iets. In totaal zijn in ons land 28.000 mensen gestorven aan covid in het eerste jaar. De vaccinaties zijn gestart in februari en maart 2021, maar de pandemie brak een jaar eerder uit. In 2020 overleden ongeveer 20.000 mensen aan covid, in 2021 ongeveer 8.000 mensen, naargelang wie en welke leeftijden mee in die berekening worden opgenomen. Als wij u gevolgd hadden, betekent dit dan dat we – er was toen nog helemaal geen sprake van vaccins – geen 20.000 doden gehad zouden hebben? Zou massale groepsimmuniteit dat opgelost hebben en hadden we daarmee dat aantal overlijdens kunnen vermijden in 2020?

Ik meen reeds hoger op een gelijkaardige vraag te hebben geantwoord. 'Korte termijn' versus 'lange termijn' visie. Tunnelvisie versus holistische visie.

Ik wil nog een element aanhalen dat u heel kort vermeld hebt, maar waarop u niet verder ingegaan bent. Wij begrijpen uw vaccinlogica. U zegt dat het vandaag te behandelen is. Er lopen momenteel heel wat klinische studies en onderzoeken naar geneesmiddelen, waarvan sommige inwerken op het virus zelf en sommige op ons immuunsysteem.
We zitten momenteel nog in de fase van de klinische studies. Sommige studies zijn offlabel gepubliceerd, wat betekent dat ze wel beschikbaar zijn op de markt, weliswaar voor andere indicatie. Wat is die oplossing, wat betekent de behandelbaarheid waarnaar u verwijst? Hoe komt het dat wij hier nog altijd debatteren over offlabel en klinische studies, vaak tegen heel hoge kostprijzen? Daarover had ik graag meer uitleg.

Waarom hier nog altijd zonder enige besluitvorming wordt over gedebatteerd begrijp ik in ieder geval ook niet. De reeds hoger vermelde peer-reviewed studies beschrijven haarfijn hoe geneesmiddelen die off-label zijn, dus goedkoop, en bovendien overal verkrijgbaar en als zeer veilig bekend staan, tot een 85 %-ige reductie van hospitalisatie leiden indien ze gebruikt worden in een vroegstadium van ziekte (t.t.z. binnen de week na optreden van eerste symtomen). Men moet zich i.d.d. de vraag stellen waarom dergelijke behandelingen geen ingang vinden. Gezien de veelvuldige studies die de efficiëntie van deze geneesmiddelen in het bestrijden van C-19 ziekte bewijzen is dat wetenschappelijk-ethisch gezien totaal onverantwoord.

***Robby De Caluwé** (Open Vld): Mijnheer de voorzitter, dokter Herry, mijnheer Vanden Bossche, bedankt voor uw toelichtingen. Ik zal proberen niet in herhaling te vallen maar ik heb toch nog behoorlijk wat vragen om verduidelijking.*

Welk advies geeft u aan ouders die zelf gevaccineerd zijn maar nog niet weten of ze hun kinderen zullen laten vaccineren? Merkt u ook dat ouders terughoudend zijn voor basisvaccinaties tegen polio en dergelijke meer? Ik heb namelijk het gevoel dat ook tegen andere vaccins de argwaan is toegenomen en dat de klassieke antivaxbewegingen, zoals ik ze noem, hoogtij vieren. Ziet u beiden deze effecten ook?

Hoe dikwijls dient het nog te worden herhaald dat deze vaccinatiecampagnes niet te vergelijken zijn met de klassieke kindervaccinaties waarvan sprake is? Coronavirussen, incl. SC-2, zijn alom aanwezig en verschillende diersoorten vormen een reservoir voor het virus dat bovendien zeer variabel is. De C-19 vaccins zijn bovendien niet-replicerende vaccins. De combinatie van deze gegevenheden is op geen enkel van de bedoelde vaccins of kinderziekten van toepassing. Gebrek aan inzicht aan de top leidt tot verwarring bij de bevolking en spijtig genoeg tot argwaan m.b.t. vaccinatie in het algemeen. Door twijfelaars te gaan bestempelen als 'anti-vaxxers' maakt men de argwaan t.o.v. de basisvaccinaties alleen maar erger. Het gebruik van het label 'anti-vaxxer' wordt ook spijtig genoeg alsmaar meer gehanteerd door individuen of groeperingen die van deze materie geenszins kaas gegeten hebben.

Ik kom aan de langetermijngevolgen. Merkt u in uw praktijken vaak mensen die na een covidbesmetting maanden later nog altijd gevolgen ondervinden? Andersom, zijn er ook gevallen van vaccinatieschade? Daar leest men immers geregeld over op de sociale media. De heer Vanden Bossche verwees naar Vaccine Adverse Event Reporting (VAERS), waar melding kan worden gemaakt van vaccinatieschade of mogelijke bijwerkingen. Die meldingen omschreef hij echter als effectief gelinkt aan de vaccinatie, terwijl het eigenlijk louter om meldingen gaat en niets meer. Dit wordt zomaar op een hoop gegooid.

Gebrek aan kennis is één ding maar dat ook nog met zoveel overtuiging tot uiting brengen is nog iets anders. Misschien moet u zich eerst eens ter dege informeren naar de definitie van een vaccin-gerelateerde bijwerking. En misschien moet u zich ook eens informeren naar de verschillende parameters aan dewelke dient te worden voldaan om een causale samenhang als waarschijnlijk of onwaarschijnlijk te beschouwen. En dan ook in hoeverre de analyse van die parameters, b.v. voor wat VAERS betreft (zie onderstaande links), leidde tot een regelrechte alarmkreet geslaakt door mensen zoals Jessica Rose, een dame met een achtergrond in computerbiologie, biostatistiek and Life Sciences om 'U' tegen te zeggen (https://www.jessicasuniverse.com/cv-1):

https://www.jessicasuniverse.com

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC8483988/

https://uploads-ssl.webflow.com/616004c52e87ed08692f5692/61fea9327b175b0d58023139_Appendix_08_Dr_Jessica_Rose_Analysis_of_Supplementary_Appendix.pdf

https://uploads-ssl.webflow.com/616004c52e87ed08692f5692/61fea932e132248c62d1fffd_Appendix_05_Dr_Jessica_Rose_Symposium_CHONG.pdf

Die gegevens en analyses allemaal zomaar op een hoop gooien en negeren, dàt vind ik pas onbegrijpelijk en onverantwoordelijk gedrag.

Mijnheer Vanden Bossche, de meeste commissieleden hier beschikken niet over een medische achtergrond. Het stelt me dan ook gerust dat sommige collega's met dezelfde vragen zitten als ik. Het is wel belangrijk dat wij correcte informatie krijgen. Uw pleidooi ging niet zozeer over vaccinatieplicht - uw standpunt daarover is inmiddels wel duidelijk - maar u gaf vooral een pleidooi tegen vaccinatie kortweg Ik zag dat u in uw presentatie hier en daar referenties hebt toegevoegd. Die waren van hieruit niet leesbaar. Kan u de bronnen waaraan u refereert met ons delen?

Zeer zeker. U vindt deze en vele andere terug in mijn antwoorden hierboven.

Omdat ik zelf niet over een medische achtergrond beschik, zijn deze uiteenzettingen door deskundigen voor mij zeer belangrijk. We horen hier visies die elkaar tegenspreken, en dat is ook goed, maar ik heb wel de neiging om mij te baseren op wetenschappelijke stellingen waar een zekere consensus over bestaat. Ik probeer mij echt open te stellen voor uw inzichten, mijnheer Vanden Bossche, en ik heb ook al heel veel tijd besteed aan het onderzoeken waarom u en sommige anderen bepaalde zaken poneren. Ik probeer namelijk te begrijpen waarom u bepaalde zaken beweert. Ik mis toch een zekere onderbouwing, en dat is jammer, vooral aangezien u hier toch een publiek forum krijgt.

Het zou utopisch zijn om ervan uit te gaan dat mijn inzichten in een korte uiteenzetting zoals deze zouden volstaan om u te overtuigen. Zoals ik reeds zei is dit een bijzonder complexe materie waarbij vele verschillende disciplines en samenhangingsverbanden tussen deze disciplines aan bod komen. **Vandaar dat ik van bij aanvang gepleit heb voor een publiek maar wel *wetenschappelijk* debat binnen een multidisciplinair kader.** Ik begrijp uw frustratie m.b.t. de overtuigingskracht en credibiliteit van mijn uiteenzetting. Ik verzeker u dat ze bij mij minstens even groot is.

Ik wil zeker openstaan voor andersluidende visies en vraag me af of u me daarbij kunt helpen. Kunt u mij een aantal vragen bezorgen die ik aan andere deskundigen kan voorleggen, over de theorieën waarvan zij zeggen dat ze algemeen door de wetenschap zijn aanvaard, en dit om te bewijzen dat u het bij het rechte eind hebt en niet zij? Ik zal enkele voorbeelden geven.

Ik dacht dat zij van mening waren dat de wetenschap evolueert? Of gebruiken zij dit argument alleen maar wanneer de voorspellingen die zogezegd berusten op algemeen aanvaarde waarheden niet uitkomen? Misschien hebben zij met hun zogezegd algemeen aanvaarde wetenschappelijke theoriën meer succes bij het beantwoorden van de vragen waarmee ik hen reeds eerder in online geposte bijdragen confronteerde. U vindt ze netjes opgelijst terug op mijn website (https://www.voiceforscienceandsolidarity.org/blog/critical-unresolved-questions) alsook in enkele van mijn geschriften (b.v. https://www.voiceforscienceandsolidarity.org/scientific-blog/the-alleged-case-for-experimental-c-19-vaccination-of-children-is-merely-based-on-silo-mentality-and-immunological-ignorance)

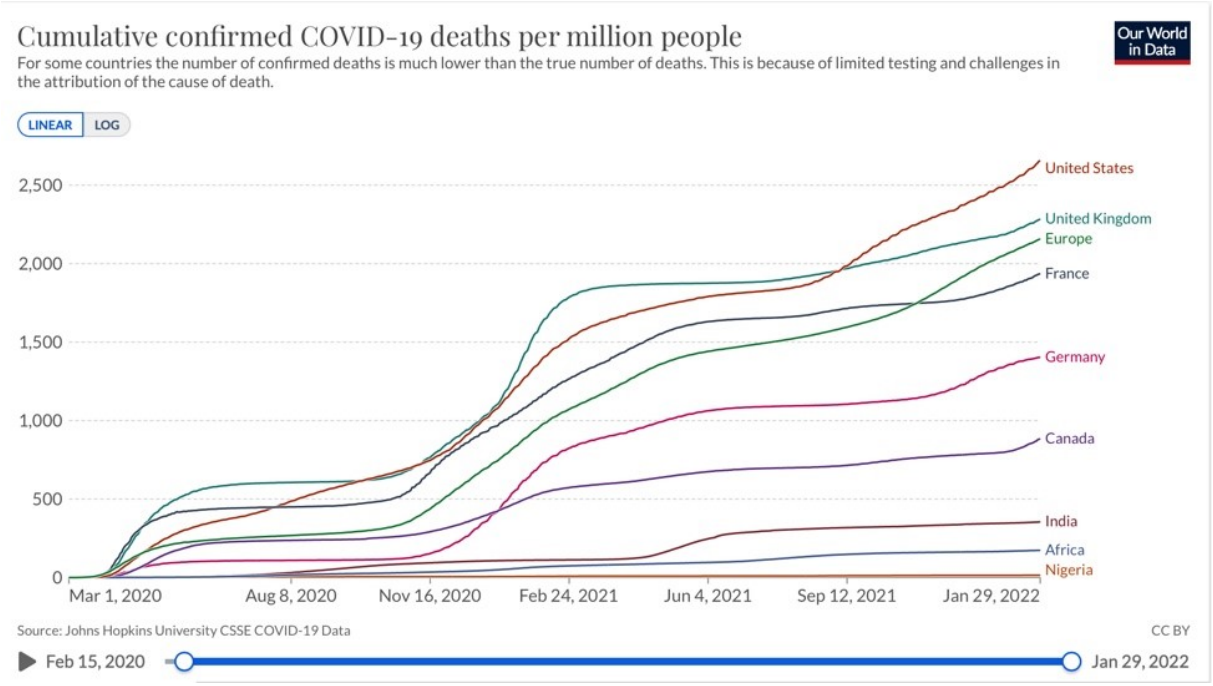
Het meest recente rapport van Sciensano van 22 januari meldt dat er op dat ogenblik al 28.780 mensen zijn overleden als gevolg van Covid-19, het merendeel tijdens de eerste en tweede golf, toen er nog niet werd gevaccineerd. U voorspelde toen dat, door massale vaccinatie, het aantal doden nog meer de hoogte zou ingaan. Dat is uiteindelijk niet zo gebleken. Was het volgens u dan beter geweest om nog enkele duizenden meer doden als prijs te betalen? Daar had ik graag verduidelijking over. mensen met een medische achtergrond trekken dat in twijfel. Beschikt u over onderzoek dat die theorie bevestigt?

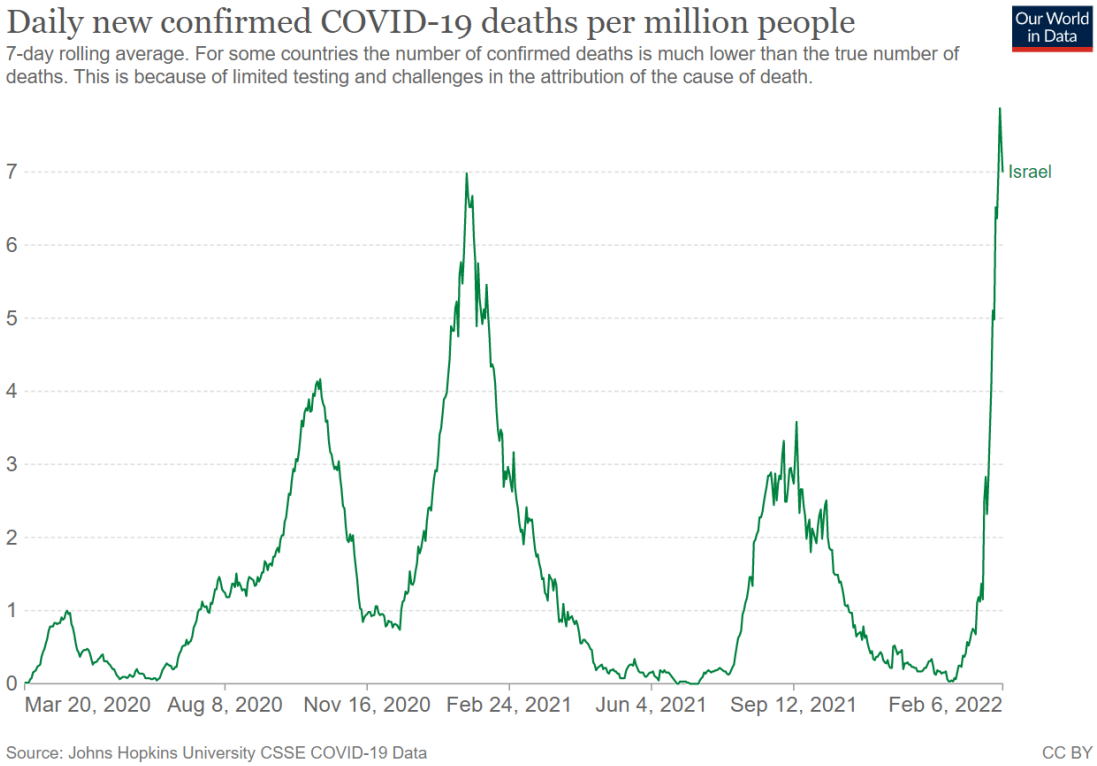
Ik meen hierop in een vorig antwoord reeds uitvoerig te hebben duidelijk gemaakt dat **niet vaccineren niet gelijkstaat met het doen of je neus bloedt en dat een korte termijn visie ongetwijfeld een hoge tol zal eisen in de toekomst.** Een tol die veroorzaakt wordt door i) het steeds verder ontsnappen van het virus aan de suboptimale immuundruk uitgeoefend door de massaal gevaccineerde populatie, ii) de t.g.v. symptomatische massavaccinatie verlengde duur van de pandemie en iii) de gevallen van ziekte en sterfte te wijten aan vaccin-gerelateerde nevenwerkingen. Met betrekking tot deze laatste factor is vooral de aanzienlijke oversterfte, o.a. vastgesteld door verzekeringsmaatschappijen bijzonder opmerkelijk en erg verontrustend:

https://www.fox28spokane.com/indiana-life-insurance-ceo-says-deaths-are-up-40-among-people-ages-18-64/

Verder is het ook merkwaardig dat een toenemende vaccinatiegraad blijkbaar vergezeld wordt van een duidelijk verhoogde sterftegraad waarbij het mortaliteitspercentage beduidend lager ligt in landen met een relatief lage graad van vaccinatie. In Israël b.v. geeft een hoge vaccinatiegraad met snel op elkaar

volgende boosters zelfs aanleiding tot een nieuwe, spectaculaire golf van sterfte (zie onderaan). Van een gunstige invloed van massavaccinatie op het sterftecijfer is dus blijkbaar maar weinig te merken.





Er waren voorts uw beweringen over een storm aan auto-immuunziekten bij vaccinatie en vaccinatie van kinderen. Kunt u uitleggen wat het verschil is met andere vaccins die kinderen krijgen – dat vind ik ook belangrijk – of is uw theorie daarover hetzelfde, namelijk dat het eigenlijk ook weinig zinvol is om bijvoorbeeld kinderen tegen polio te vaccineren? Er was iets dat mij enorm verraste, maar ik denk dat ik u

verkeerd heb begrepen. Ik heb begrepen dat u zei dat het vaccineren van kinderen tegen COVID-19 met het argument dat men op die manier MIS-C zou vermijden, eigenlijk not done is. Ik vind dat wel vreemd, want MIS-C is een van de gevolgen van een coronabesmetting, net zoals andere mensen een sepsis of een verkoudheid krijgen. Ik begrijp die redenering dus niet goed.

Ik heb reeds hoger uitgelegd dat er wel degelijk onderscheid dient te worden gemaakt tussen de verschillende modaliteiten van vaccinatie en dit al naargelang de ziektekiem, het voorkomen van de ziekte en het type van vaccin. Een vergelijking maken met de vaccinatie tegen polio is zo ongeveer het meest tegenovergestelde uiterste. Zoals ik ook reeds vermeldde wil ik de statistieken van MIS-C bij gezonde kinderen zien; tevens vraag ik me af hoe groot de kans is dat een vaccin dat in het beste geval nog slechts tegen ernstige C-19 ziekte bescherming biedt in staat is om MIS-C te voorkomen. Zelfs indien men mijn waarschuwing omtrent het risico dat deze massavaccinatie uiteindelijk tot natuurlijke selectie zal leiden van een vaccin-resistente *immune escape* variant met meer pathogeen karakter volledig negeert, ook dan dient de kans op ernstige, vaccin-gerelateerde bijwerkingen op de gezondheid van volledig gezonde kinderen te worden afgewogen t.o.v. een gesuggereerde preventie van MIS-C.

U zegt ook al heel lang – u hebt het vandaag herhaald – dat de COVID-19-vaccins experimenteel zijn. Dat klopt niet. Zij zijn voorwaardelijk goedgekeurd. Het is toch correct om dat onderscheid te maken, dus dat wou ik nog even aanvullen.

'**Experimenteel' betekent dit niet dat deze vaccins niet werden getest, het betekent echter wel dat ze onvoldoende werden getest**. De preklinische studies waren duidelijk ontoereikend (b.v., geen genotoxiciteitsstudies, geen biodistributie studies ondanks de *in vivo* productie van het antigeen i.g.v. Moderna, Pfizer en J&J vaccins), de klinische studies van te korte duur om een relevante inschatting te maken van mogelijke bijwerkingen, zelfs op middellange termijn, en verschillende bevolkingsgroepen die nu blindelings worden ingespoten maakten geen deel uit van de efficaciteitsstudie (b.v., kinderen, zwangere vrouwen, vrouwen in vruchtbare leeftijd, mensen met onderliggende ziekten, mensen die hersteld waren van C-19, hoogbejaarden). **Volgens wetenschappelijke criteria kan men het breed uitrollen van deze vaccins door alle lagen van de bevolking alleen maar een 'experiment' noemen**. Zelfs wanneer een perfect gedefinieerd product wordt getest op onbekend terrein dient dit product in die hoedanigheid als *experimenteel* te worden beschouwd. Ik heb een té lange ervaring in de vaccinindustrie om mij van het tegenovergestelde te laten overtuigen.

U beweert ook dat de vaccins bijwerkingen op lange termijn zouden kunnen hebben. Ik merk dat dat vaak een argument is voor mensen om zich niet te laten vaccineren, maar in de wetenschap lees ik heel veel consensus dat dat eigenlijk onmogelijk is. Kunt u mij een aantal elementen bezorgen die de andere wetenschappers uitdagen en die aantonen dat zij het fout hebben, omdat er binnen vijf jaar effectief nog bepaalde bijwerkingen zouden optreden?

De talrijke bronnen die over de alarmerende frequentie van ernstige bijwerkingen rapporteren heb ik reeds hoger opgelijst. **Er zou een verplichting moeten bestaan voor onze regelgevende autoriteit om deze bijwerkingen op zeer regelmatige tijdstippen (b.v., wekelijks) pro-actief, volledig en transparant naar de bevolking toe te rapporteren. Dat gebeurt echter niet**. De bevolking wordt verondersteld van zelf de hieromtrent door Sciensano vrijgegeven gegevens te consulteren. Het probleem van objectieve rapportering en vooral ook de vermoedelijke oorzaak van de onderrapportering werden reeds hoger vermeld.

U beweert voorts dat natuurlijke immuniteit beter, sterker en veiliger is dan de immuniteit opgebouwd via een vaccin. U hebt het over het onuitwisbaar immunologisch geheugen in dat verband, maar ik begrijp niet goed waarom dat niet in werking zou treden bij een besmetting. Wat is dan het verschil?

Het verschil tussen natuurlijke en vaccin-geïnduceerde immuniteit werd reeds hoger uitvoerig besproken met inbegrip van de 'geheugenfunctie' die zich bij natuurlijke immuniteit ook vooral op de aangeboren immuniteit betrekt ('training')

Vindt u het verstandig dat mensen zich bewust laten besmetten met het coronavirus? Er worden immers besmettingsfeestjes georganiseerd, sommige mensen halen nog gekkere dingen uit – in mijn ogen althans – om toch maar besmet te raken. Dat is natuurlijk ingegeven door hun geloof dat een natuurlijke immuniteit sterker zou zijn. Wat is uw reactie hierop?

Ik kan alleen maar zeggen dat dergelijk gedrag uitsluitend wordt geïnspireerd en aangewakkerd door een aantal zinloze voorschriften die mensen discrimineren maar geenszins gestoeld zijn op wetenschappelijke evidentie. Bij natuurlijke infectie gaat het om besmetting via aerosolen of kleine druppeltjes, nooit om een intranasale inoculatie waarnaar u mogelijks verwijst. Voor jonge en gezonde niet-gevaccineerde mensen zie ik geen enkele reden om contact te vermijden, wel integendeel. Bijeenkomsten van zeer veel mensen in relatief kleine en slecht geventileerde ruimtes waren nog nooit een goed idee en dat is bij deze respiratoire infectie niet anders.

Tot slot zou ik willen zeggen dat de cijfers eigenlijk tegenspreken wat u zegt over de immuniteit. Wij zien echt een verschil tussen mensen die gevaccineerd zijn en niet-gevaccineerd qua ziekenhuisopnames, zelfs qua besmettingen en qua overlijdens. Als uw theorie zou kloppen, zouden de mensen die gevaccineerd zijn veel meer in het ziekenhuis moeten belanden. Dan zou de incidentie bij hen veel hoger moeten zijn.

Zie desbetreffende mijn vorige commentaren. Misschien goed om af en toe eens over de landsgrenzen heen te kijken….*'Vertrauen ist gut, Kontrolle ist besser'* zegt men in Duitsland. Tenslotte woedt overal dezelfde pandemie.

In het laatste RAG-advies heeft men, weliswaar op basis van een kleine steekproef, de variant van een aantal patiënten onderzocht en daaruit bleek dat van de mensen in de steekproef die met de omikronvariant besmet waren, 61 personen niet gevaccineerd waren en dat slechts een van de patiënten wel gevaccineerd was. Dat is een enorm verschil. Het gaat voor alle duidelijkheid over opnames wegens een coronabesmetting. Mensen die om andere redenen opgenomen werden, zitten niet vervat onder dit cijfer. Ik haal die cijfers uit het laatste RAG-advies van vorige woensdag.

Zie voorafgaandelijk. Als men kijkt naar de cijfers van mensen die niet gehospitaliseerd worden, dan ziet men precies het omgekeerde. Gevaccineerden lopen gemakkelijker infectie op met Omicron dan niet-gevaccineerden (https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2022.01.28.22270044v1). U zal zien dat de door u aangegeven verhouding snel kan veranderen zoals dit nu reeds het geval is volgens rapporten/ berichten uit het buitenland: zie mijn vorig antwoord m.b.t. *negatieve* vaccin efficiëntie (b.v., PHS, UKHSA), precies voor wat gevallen van besmetting aanbelangt! **'Snapshots' en 'momentopnames' vormen dus geen betrouwbare basis voor een gezond pandemiebeleid.**
De vraag die men zich in plaats daarvan dient te stellen is: **Hoe kunnen we de pandemie beëindigen en voor welke immuniteit kiest men best om zich ondertusen zo goed mogelijk te beschermen**?

Ik heb dus nog heel wat vragen over wat u zegt. Nogmaals, het is misschien wat veel om daar straks nog allemaal op te antwoorden. Als het kan voor de voorzitter, mag u op een groot deel van mijn vragen ook schriftelijk antwoorden, maar graag met de bronverwijzingen dan, want die zult u wellicht niet onmiddellijk uit het hoofd kennen.

Juist.

Melissa Depraetere *(Vooruit): Mijnheer de voorzitter, ik dank de beide sprekers voor hun toelichting.*

Mijnheer Vanden Bossche, u hebt heel veel gezegd. Het was ook een lange uiteenzetting. U gaf heel veel varianten op hetzelfde argument. Uw redenering is naar mijn mening niet helemaal consequent.

Ik zou daarover nog een aantal opmerkingen willen maken. Ondanks alle wetenschappelijke bewijs en de op dit moment bestaande wetenschappelijke evidentie van heel veel experts, wetenschappers, onafhankelijke regulatoren en mensen die dagelijks op het terrein worden geconfronteerd met COVID-19 en de werking van vaccins, beweert u immers dat zij het allemaal fout hebben. Dat kan natuurlijk. Dat is wel een op z'n minst opmerkelijke bedenking.

Spijtig genoeg moet ik vaststellen dat u blijkbaar alleen de media volgt die het narratief ondersteunen. **Er zijn vele duizenden wetenschappers die – zoals ik – er een totaal andere wetenschappelijke mening op nahouden. Zij krijgen echter op de mainstream media geen forum ondanks hun diepe expertise**. Misschien moet u in toekomst ook eens aandacht schenken aan de alternatieve media waarop deze mensen hun wetenschappelijke bevindingen delen. Ik kan u bovendien verzekeren dat uit verschillende kringen van mijn vroegere werkgevers heel wat steun en begrip komt voor mijn analyse. Om redenen die u wel bekend zullen zijn verkiezen velen van hen om anoniem te blijven. Ziet u trouwens niet hoe het narratief afbrokkelt precies omwille van de vele tegenstrijdigheden die dankzij onafhankelijke wetenschappers en verslaggevers steeds meer worden blootgelegd? Merkt u dan niet hoe meer en meer landen beseffen dat het doorvoeren van complexe, discriminerende maar wetenschappelijk ongefundeerde maatregelen niet langer houdbaar is. Hoe zij die maatregelen en verordeningen terugschroeven? **Opmerkelijk is pas de kleine wereld waarin velen leven en het blinde geloof in media en ambtenaren die betaald worden met belastingsgelden geïnd door een staat die bloedernstig overweegt om een vaccinatieplicht in te voeren**. Als u de klemtoon legt op 'onafhankelijke' regulatoren, dan blijkt daaruit wel degelijk dat u niet op de hoogte bent van de bakken kritiek die het FDA hieromtrent dagelijks over zich heen krijgt. Twee ambtenaren dienden daar vorig jaar hun ontslag in. Toevallig ken ik één van hen van zeer nabij. Toevallig ken ik ook één van de bekendste vaccinologen op deze planeet **die me reeds begin van vorig jaar volstrekt gelijk gaf voor wat betreft de gevolgen van massavaccinatie met deze vaccins op de evolutie van het virus en me meteen ook waarschuwde dat het niet de moeite zou lonen om zich hiertegen te verzetten vermits ik toch op onbegrip zou stoten en geen gehoor zou vinden.** Vanzelfsprekend zijn ook deze korypheeën niet vrij van belangenvermenging. Maar denkt u maar gerust verder dat ik diegene ben die het allemaal bij het verkeerde eind heeft en die zich vooral als anti-vaxxer wil profileren. Die houding is in ieder geval eenvoudiger dan ervoor te zorgen dat er **i.p.v. een verplichting tot vaccinatie een verplichting komt voor een ernstig multidisciplinair wetenschappelijk debat**.

Meer zelfs, de vaccins zouden ook de immuniteit schaden, omdat zij het virus versterken. De vaccins geven volgens u gedeeltelijke immuniteit. Het virus past zich daaraan aan.

Ik heb nooit beweerd dat vaccins het virus versterken?! Wel dat de immuundruk uitgeoefend door de populatie t.g.v. massavaccinatie met de huidige C-19 vaccins tijdens een pandemie van SC-2 varianten leidt tot dominantie van meer infectieuze ontsnappingsmutanten. Dit is dus een gevolg van de combinatie van voornoemde factoren en niet van de vaccins zelf.

U hebt uitgebreid uit de doeken gedaan hoe u dat ziet, met de ontsnappingsclausule, die ergens is vervat. Wat vreemd is aan die redenering, is dat dezelfde redenering niet geldt voor een besmetting die is opgetreden. Ook bij eerdere besmettingen stellen wij uit onderzoek vast dat ook daar een termijn aan vasthangt en dat mensen na een bepaalde fase het effect van de besmetting ook niet meer ten volle zien. Ook daar is de bescherming onvolledig en neemt ze af doorheen de tijd. Dat is aangetoond in onderzoek.

Indien ik uw vraag goed begrijp verwart u twee totaal verschillende fenomenen. De fameuse 'immune escape' waar ik voor waarschuw is een populatie-fenomeen terwijl het wegebben van het effect van de

infectie betrekking heeft of het individu. Met andere woorden sluit *immune escape* geenszins uit dat de door het vaccin geïnduceerde immuunrespons perfect in staat is om individuën te beschermen tegen (zware) ziekte. Bovendien is het ook verkeerd om te denken dat wanneer individuele antistoffen verdwijnen die persoon niet meer beschermd zou zijn tegen (zware) ziekte. **Ook is het een totale misvatting om te denken dat natuurlijke immuniteit niet beschermend is omdat mensen opnieuw besmet geraken. Een SC-2 variant die hoog infectieus is breekt gemakkelijker door de eerste (aangeboren) defensielijn; dit wil niet zeggen dat die defensielijn verzwakt is**; bovendien mag men er vanuit gaan dat - zoals dit het geval is voor andere effectoren van het aangeboren immuunsysteem – de aangeboren B1a cellen, die via productie van relevante polyspecifieke antistoffen tegen CoV beschermen, steeds beter getraind en dus geherprogrammeerd worden om met hogere affiniteit, en dus doeltreffender, CoV (met inbegrip van alle SC-2 varianten) te herkennen en te elimineren. Dit impliceert dus dat de beschermende functie van deze aangeboren immuuncellen niet afneemt, maar wel integendeel toeneemt. **Dit verklaart trouwens de 'negatieve' vaccin efficiëntie die ondertussen duidelijk werd aangetoond** (zie hoger). **Het is dus een misvatting om - zolang de pandemie woedt - de titers van antistoffen verworven na natuurlijke infectie te correleren met de graad van bescherming die een persoon die herstelde van natuurlijk C-19 ziekte geniet.** De immunologie is dus wel iets complexer dat vaak door onze experten wordt aangenomen.

Het is vreemd dat wij zouden stellen dat het covidvirus enkel zou evolueren in het licht van de stoute vaccins maar niet op basis van eerdere besmettingen en ook niet door de training van het immuunsysteem. Dat is een redenering die ik niet volg en vreemd vind.

Ik heb reeds eerder uitgelegd waarom tijdens een natuurlijke infectie CoV niet onder druk wordt gezet terwijl dit wel het geval is bij C-19 massavaccinatie tijdens een pandemie. **Dit is omwille van het feit dat tijdens natuurlijke infectie de strijd tegen het virus in 2 verschillende fasen wordt gevoerd (aangeboren immuniteit gevolgd door verworven immuniteit**) terwijl dit bij massavaccinatie tijdens een pandemie niet het geval is.

Tegelijk – dit is eerder al gezegd - zijn alle mutanten die wij tot nu toe kennen, dus alfa, beta, delta, gamma en nu omikron, ontstaan los van de vaccins. Zij zijn ontstaan op momenten waarop de vaccinatie nog geen rol speelde in de pandemie of op plaatsen waar de vaccinatie geen noemenswaardige rol speelt. Vandaar dat ik uw redenering niet goed begrijp.

Zie inleiding. Ik heb nooit beweerd dat massavaccinatie verantwoordelijk is voor het ONTSTAAN van virale varianten!!

Een derde probleem is een fundamenteel ethisch probleem, waarover de commissie ook het debat zou moeten voeren. U geeft een argument dat wij wel vaker horen van de zelfverklaarde alternatieve wetenschap. Dat is namelijk dat de bevolking zich herhaaldelijk moet laten besmetten met het oog op de groepsimmuniteit. Dat is echter hetzelfde als de bevolking decimeren in de oorspronkelijke zin van het woord. Dat is iedereen een lotje laten trekken en op het einde bekijken wie aan het kortste eind trekt. Hij of zij heeft dan pech. Die persoon heeft zich dan opgeofferd voor de groepsimmuniteit. Hoe ver gaat dat? Over hoeveel mensen die een lotje trekken, gaat het dan uiteindelijk?

Indien u min of meer op de hoogte was van de literatuur, dan zou u vaststellen dat uw vergelijking met de nationale loterij helemaal niet opgaat. **We kennen ondertussen maar al te goed de risicofactoren met predisponerend karakter.** We weten welke onderliggende ziekten de kans op ernstige C-19 ziekte sterk verhogen. **We weten ook hoe een gezonde levensstijl en gezonde voedingsgewoonten het risico sterk verminderen. Alleen reeds regelmatige beweging leidt tot een sterke vermindering van de kans op C-19 ziekte** (https://bjsm.bmj.com/content/55/19/1099). Spijtig genoeg wordt hier door overheden te weinig belang aangehecht en blijft men SC-2 dan maar over dezelfde kam scheren als andere

virale ziektes met een totaal verschillende pathogenese, verschillende ziektegevoelige doelgroep(en) en veroorzaakt door virussen met een sterk verschillende mutatiegraad en infectiviteit en dewelke trouwens grotendeels bestreden worden met een ander type van vaccins (b.v., levend verzwakt) die bovendien nooit voor massavaccinatie worden gebruikt in het midden van een pandemie of epidemie[5]. Daarbij komt nog dat vroegtijdige behandeling van C-19 symptomen de kans op zware ziekte en hospitalisatie met 85%. Of men dit nu graag hoort of niet, ik kan u als viroloog met omvangrijke ervaring in de immunologie verzekeren dat men zonder groepsimmuniteit deze C-19 pandemie niet zonder 'kleerscheuren' kan beëindigen.

Wat u voorstelt, is ook al geprobeerd. In Brazilië is dat min of meer geprobeerd. De toestand daar is evenwel dramatisch. Uw theorie heeft daar niet gewerkt. Het is mij dan ook niet duidelijk hoe u dat anders zou zien in ons land. De theorie heeft in de praktijk echter niet gewerkt, met alle gevolgen van dien. Zelfs van een lagere druk op de ziekenhuizen, wat een van uw argumenten pro is, is absoluut geen sprake geweest. Zelfs dat voordeel is niet te bespeuren in Brazilië.

Met betrekking tot uw vergelijking in Brazilië verwijs ik u naar een eerder antwoord. De redenering dat het verwerven van groepsimmuniteit impliceert dat men helemaal geen maatregelen kan nemen om hospitalisatie en sterfte tegen te gaan is kort door de bocht. Kwetsbare mensen moeten beschermd en behandeld worden; haarden van hoge infectiedruk dienen te worden bestreden (via doelgerichte infectie-preventie maatregelen en aangepaste huisvesting om bv. *overcrowding* te vermijden) en meer nadruk dient te worden gelegd op gezonde voeding en levensstijl om de kwetsbare fractie van de bevolking gevoelig te reduceren. **De chroniciteit van de pandemie waartoe ons ondoordacht beleid heeft geleid kan onmogelijk tot groepsimmuniteit leiden en zal dus met hoogste waarschijnlijkheid uiteindelijk tot meer hospitalisaties en sterfte leiden dan wanneer men zoals boven aangegeven maatregelen zou aanwenden om – zolang groepsimmuniteit geen feit is - de schade van een natuurlijke pandemie zoveel mogelijk te beperken.** Wanneer men echter deze maatregelen – vooral dan vroegtijdige behandeling - aan zijn laars lapt, dan hoeft het niet te verwonderen dat er een overbelasting van de ziekenhuizen plaatsvindt. **En zelfs indien een mildere variante zoals Omicron de druk van de ziekenhuizen wegneemt, ook dan schijnt men nog niet te beseffen dat dit een laatste kans is om alsnog groepsimmuniteit te verwerven tegen een verantwoorde prijs[6]**. In plaats daarvan bestelt onze regering anti-Omicron vaccins en zal zodoende verhinderen dat groepsimmuniteit kan ontstaan.

Mijnheer Vanden Bossche, ik heb voor u geen specifieke vragen, want, met alle respect, ik verwacht niet dat op mijn vragen van u een wetenschappelijk valabel antwoord komt. Mijn vragen waren gericht aan de heer Herry.

Eveneens met alle respect, maar vooringenomenheid was nog nooit een goede deugd.

***Sophie Rohonyi** (DéFI): Monsieur le président, à l'instar de mes collègues, je tenais à remercier nos deux orateurs pour leur exposé, même si je constate toutefois que M. Herry a quand même eu l'honnêteté et la*

[5] Zoals (amper) bekend raakte was trouwens ook de toediening van een Ebolavaccin tijdens de Ebola pandemie in West-Afrika (2014-2016) hoogst problematisch: https://uploads-ssl.webflow.com/616004c52e87ed08692f5692/61f65c43db047c9050ffe014_Critical_analysis_Ebola_vaccine_trial_GVB.pdf

[6] op voorwaarde van flankerende maatregelen zoals vroegrijdig medicamenteuze behandeling en, *idealiter*, collectieve antivirale profylaxe

décence d'appuyer ses propos par des études scientifiques, au contraire de M. Vanden Bossche, mais j'y reviendrai plus tard.

On sait que d'autres vaccins sont également exigés pour qu'un enfant puisse, par exemple, fréquenter une crèche. C'est le cas des vaccins contre la diphtérie, la coqueluche, la rougeole, la rubéole ou encore les oreillons. Il y a aussi les vaccins qui sont "fortement conseillés", comme ceux contre le pneumocoque, la méningite à méningocoque C ou encore l'hépatite B.

Je me dois aussi de revenir sur la question des contre-indications, par rapport à votre expérience relative à la vaccination contre la polio, justement; mais aussi pour vous confronter aux dires de M. Vanden Bossche, qui insinuait que les contre- indications ne seraient pas prises en compte en cas de vaccination obligatoire contre le covid-19.

Or, l'on voit que, tant de ce qui ressort de l'arrêté royal du 26 octobre 1966 que de la loi sanitaire du 1er septembre 1945, des dérogations médicales sont expressément prévues; ces dispositions précisent que " l'existence d'une contre-indication est à attester par certificat médical circonstancié mentionnant la durée probable de la contre- indication et adressée à l'inspecteur d'hygiène du ressort. Celui-ci avertit le bourgmestre de la commune du domicile de l'enfant intéressé." Considérez-vous, au regard de votre pratique en tant que médecin généraliste, que ce système est aujourd'hui au point et que, par conséquent, il peut être transposé aux vaccins contre le covid?

On observe aussi qu'en France, les contre- indications médicales ont été prévues en cas de réaction allergique aux premières doses du vaccin ou encore en cas de myocardite associée à l'infection au covid ou encore en cas de fuite capillaire. Ces contre-indications pouvent être attestées tant par un médecin généraliste que par un médecin spécialiste. Sauf que l'on observe qu'en France, cette liste des contre-indications médicales est beaucoup plus large que celle existant en Belgique où, pour l'instant, les seules contre-indications acceptées sont les réactions allergiques à un de ces composants de ce vaccin contre le covid. Plaidez-vous pour un système analogue à celui en vigueur en France qui dispose d'une longue liste de contre-indications médicales acceptées et pouvant être attestées par certificat médical?

De tegenindicaties waarvan in mijn betoog sprake betrekken zich niet op factoren die nevenwerkingen van het vaccin zouden kunnen bevorderen maar wel op toedieningswijzen die ofwel de resistentie van het pathogeen aan het vaccin alsook de verergering van de ziekte zelf bij blootstelling aan het pathogeen kunnen bevorderen. Dergelijke tegenindicaties worden merkwaardig genoeg voor vaccins niet bekend gemaakt.

Vous indiquez votre position -à savoir la vaccination obligatoire et j'attendrai que vous me précisiez l'âge - sur la base des hôpitaux qu'il convient de protéger à tout prix de nouvelles surcharges de patients à soigner. Mais pourquoi ne pas cibler cette obligation vaccinale aux personnes les plus vulnérables face au covid, à savoir les personnes âgées ou celles présentant des comorbidités?

C'est notamment l'opinion qui est défendue par l'infectiologue Nathan Clumeck, c'est le système qui est en vigueur en Italie et en Grèce. J'aurais voulu avoir votre ressenti par rapport à cette option plus ciblée.

Estimez-vous également que l'obligation vaccinale doit être temporaire, autrement dit calquée sur la possible moindre virulence du virus, par exemple sur base du baromètre, ou par la disparition du virus? Quant à savoir quel périmètre géographique on retiendrait dans ce cas-là.

On sait aussi que le vaccin n'empêche pas d'être porteur du virus mais qu'il réduit drastiquement tant la transmission que les formes graves de la maladie. Par conséquent, pouvez-vous nous en dire plus sur la proportion de patients contaminés malgré leur vaccination? Est-ce que vous confirmez qu'ils auraient été beaucoup plus mal s'ils n'avaient pas été vaccinés?

Uit de vraagstelling blijkt een totaal gebrek aan inzicht in de konsekwenties van symptomatische vaccinatie op de evolutie van het virus. Massavaccinatie, of zelfs vaccinatie van een gehele groep van

kwetsbare individuën, zal wanneer zij doorgevoerd wordt tijdens een pandemie steeds leiden tot natuurlijke selectie, vooral wanneer de huidige C-19 vaccins gebruikt worden tegen varianten waarvan het spike-eiwit sterk verschilt van het spike-eiwit waartegen het vaccin gericht is.

Est-ce que vous observez une amélioration sensible de l'immunité de vos patients après cette fameuse troisième dose? Est-ce que vous pensez que l'obligation vaccinale doit se limiter à ces trois doses ou est-ce qu'il s'agirait plutôt de plusieurs doses de rappel des vaccins actuellement homologués ou d'une dose de rappel à la veille de l'hiver, un peu comme on le fait pour la grippe saisonnière? Dans ce dernier cas, est-ce que nous pourrions imaginer que le vaccin contre le covid et le vaccin contre la grippe puissent être administrés simultanément, du moins pour les personnes les plus fragiles pour qui ce vaccin contre la grippe est nécessaire?

Dergelijke vaccinatie van een beperkte groep van de populatie (b.v. kwetsbaren) zou eventueel kunnen worden overwogen indien deze vaccins zouden worden gebruikt BUITEN een pandemie. Dit is echter voorlopig hoegenaamd niet het geval. De pandemie is nog steeds volop aan de gang. Simultane toediening vergt natuurlijk ook uitgebreide klinische studies, niet alleen om *non-inferiority* van de immuunrespons t.o.v. elk vaccin aan te tonen maar ook om voldoende safety gegevens te genereren.

Toujours concernant le type de vaccin utilisé, est- ce que vous considérez que la vaccination obligatoire peut aujourd'hui se faire? Est-ce qu'il faut faire une différence entre les vaccins à ARN messager et les autres, comme Novavax? Ou est- ce que cette vaccination obligatoire doit utiliser les futurs vaccins qui sont adaptés à omicron et attendus pour mars ou avril?

J'en viens brièvement aux questions que je souhaitais adresser à M. Vanden Bossche.

Premièrement, vous nous dites qu'aucune obligation vaccinale n'est justifiable scientifiquement. Sauf que la Cour européenne des droits de l'homme a eu plusieurs fois l'occasion de se prononcer à ce sujet et a par conséquent reconnu la légitimité, la proportionnalité et dès lors la légalité d'une obligation vaccinale pour des raisons très claires de santé publique. Que répondez-vous à l'ensemble de ces arrêts?

Mijn betoog gaat over de wetenschappelijke verrechtvaardiging. **Als wetenschapper kan men zich maar moeilijk voorstellen dat immuuninterventies die wetenschappelijk niet te verrechtvaardigen zijn een juridische basis zouden vinden**. Indien dit het geval is, dan schort er duidelijk iets met de desbetreffende rechtsgeving

Deuxièmement, vous nous dites que les vaccins actuels ne permettent pas de contrôler la pandémie. Pour que les choses soient claires, je pense que le discours des partis responsables ici présents n'a jamais été de dire que le vaccin était la panacée. Au contraire, nous disons qu'il doit être vu comme un outil parmi d'autres. On le voit d'ailleurs à travers la proportion de personnes vaccinées dans les services des soins intensifs, qu'il faut analyser par rapport à la proportion de personnes vaccinées dans l'ensemble de la population. Elle est plus ou moins de 10% actuellement.

Aujourd'hui, on voit à travers les études de Sciensano que le risque de finir en soins intensifs est nettement moindre lorsque les personnes sont vaccinées, qu'il s'agisse des personnes d'une tranche d'âge de 18 à 64 ans ou d'une tranche d'âge de plus de 65 ans. Peut-on par conséquent considérer que vous remettez totalement en cause la véracité de ces chiffres dispensés de manière hebdomadaire et même plus par Sciensano?

Ik heb reeds stelling genomen met betrekking tot de statistieken in de hospitalisaties; hoe deze voortdurend evolueren, absoluut geen gezonde basis vormen voor maatregelen op lange termijn en hoe de 'snapshot' mentaliteit een gigantisch risico vormt dat symptomatische massavaccinatie uiteindelijk zal leiden tot varianten die zich niet alleen kenmerken door een hoge infectiviteit maar bovendien ook door

een hogere virulentie. Ik denk daarbij aan een verhoogde virulentie die niet noodzakelijk t.g.v. een verandering van intrinsieke virale eigenschappen ontstaat maar b.v. als gevolg van de binding van niet-neutraliserende antilichamen aan het virus, een fenomeen wat duidelijk een risico vormt voor ADE ('antibody-dependent enhancement' of disease). Pas wanneer een dergelijke evolutie van het virus optreedt zal men misschien beseffen dat de kortzichtige strategie om, los van elke doelstelling die het genereren van groepsimmuniteit beoogt, hospitalisaties te vermijden via massale vaccinatie verkeerd was en men daartoe beter beroep had gedaan op 'early multi-drug treatment'.

Troisièmement, vous avez souligné le manque de recul dont on disposerait aujourd'hui pour l'ensemble de ces vaccins concernant les éventuels effets secondaires. C'est un argument qui revient très régulièrement parmi les récalcitrants au vaccin qu'il ne faut pas catégoriser comme des antivax, en tout cas pas tous. Un argument qui revient souvent aussi consiste à dire que ce vaccin est toujours en phase expérimentale aujourd'hui.

Ne peut-on pas considérer aujourd'hui que le caractère récent de ces vaccins est compensé par l'énorme masse de personnes vaccinées - nous en sommes à 52% de la population mondiale vaccinée -, par la très faible proportion des effets secondaires graves constatés et la transparence qui est faite sur ceux-ci? Ce caractère récent n'est- il pas compensé par l'ensemble des vies sauvées grâce au vaccin, par le fait que l'on ait pu davantage éviter le burn out des médecins ou encore la surcharge des hôpitaux?

Het onderzoek naar veiligheid van een vaccin dient te gebeuren tijdens de verschillende fasen van de klinische ontwikkeling, niet als een 'experiment' op de bevolking. Mij dunkt dat u niet op de hoogte bent van de ernst en omvang van de gerapporteerde neveneffecten. En wellicht ook niet van de onderrapportering. Zo worden ook in België b.v. 15 maal minder neveneefecten gerapporteerd dan in Nederland voor een bevolking die slechts 1,5 x talrijker is dan de Belgische (zie hoger). Ik kan alleen hopen dat de bovenvermelde bronnen die de diverse C-19 vaccin-gerelateerde effecten rapporteren u tot nadenken zullen stemmen.

Vous avez également dit que l'on n'était pas assez "honnêtes" au sujet des effets secondaires des vaccins. Pouvez-vous nous dire sur quels effets secondaires nous n'aurions pas été assez honnêtes? Comme je l'ai dit, il existe un bulletin hebdomadaire à ce sujet qui est très clair et qui émane de l'Agence fédérale des médicaments.

Zie boven. Misschien is het belangrijk om even 'over over de landsgrenzen heen te kijken naar de databanken van VAERS, EudraVigilance en DoD en de daarin gerapporteerde C-19 vaccin-gerelateerde neveneffecten zoals gedocumenteerd in 2021 te vergelijken met de soortgelijke neveneffecten van de voorbije Jaren.

Quatrièmement, je me devais de réagir par rapport à votre thèse selon laquelle il vaudrait mieux aller vers une immunité naturelle qui serait acquise par une infection au virus plutôt que par la vaccination. Je trouve que votre discours est extrêmement dangereux car il incite à la contamination volontaire. En Allemagne, par exemple, des conseils circulent sur les réseaux sociaux pour savoir comment se faire contaminer à coup sûr alors qu'il est impossible d'anticiper - même si on est jeune et en bonne santé - la gravité ou non des symptômes en cas de contamination au covid ou si l'on souffrira du covid long.

Het idee van 'vrijwillige besmetting' kwam alleen maar tot stand door de druk die overheden uitoefenen op de jeugd om zich ofwel te laten vaccineren of om ofwel een certificaat van herstel na besmetting voor te leggen. **Men hoeft zich er niet over te verwonderen dat dergelijke, wetenschappelijk niet te verrechtvaardigen maatregelen leiden tot paniek en onbezonnenheid bij niet-gevaccineerden die steeds meer onder druk worden gezet om zich te laten vaccineren terwijl ze dat duidelijk niet willen**. Indien u dit zou begrijpen, dan hoefde u mij misschien niet te beschuldigen van het aanzetten tot vrijwillige besmetting.

Je pense que votre discours est très dangereux, voire criminel. Je tiens à le dire. Ce faisant, vous encouragez les gens à prendre le risque de saturer nos hôpitaux, avec les conséquences que cela implique aussi pour les patients non covid qui voient leur traitement et leurs soins reportés, parfois avec des conséquences fatales.

Uw arrogante aantijging vormt een rechtstreekse *ad hominem* aanval en is niets minder dan poging tot karaktermoord. Dergelijke uitspraken van mensen met een politiek mandaat bedreigen de samenleving en geven snel aanleiding tot een spiraal van mensonterende discriminatie en segregatie waarvan nu reeds een aantal landen spijtig genoeg getuigen. En dit terwijl uw kennis van de pandemie niet verder reikt dan die van de kat van mijn buurvrouw. Blijkbaar schijnt u zelfs niet eens te beseffen dat u hiermee uw visitekaartje onafscheidelijk vastniet op de eerste pagina van de notulen van deze hoorzitting.

Enfin, toujours par rapport à votre théorie, je tiens aussi à rappeler qu'il y a des personnes qui ont été infectées par le virus à plusieurs reprises sans jamais toucher au vaccin. Cela montre bien que l'immunité acquise par une infection, sans être vacciné, est temporaire.

U begrijpt duidelijk niet dat telkens in deze gevallen de gezonde persoon in kwestie beschermd was tegen ziekte, precies dankzij natuurlijke immuniteit. Dat kan van de vaccins niet gezegd worden. **Waarom legt u de lat bij vaccinatie zo laag mogelijk (bescherming tegen zware ziekte) terwijl u ze zo hoog mogelijk legt bij natuurlijke immuniteit (bescherming tegen infectie)?**

Autrement dit, avec votre stratégie, nous aurions tout intérêt à garder le virus avec nous puisqu'on devra se faire réinfecter dès que l'immunité acquise par une contamination ne serait plus suffisante. Je voulais avoir votre réponse par rapport à cela, d'autant plus que, comme on l'a entendu, certains experts, comme l'épidémiologiste Pascal Crépey, ont rappelé que plus la circulation du virus est importante, plus vous laissez d'opportunités à ce virus de trouver des solutions face à un problème tel que la vaccination ou l'immunité naturelle.

Dacht u dan werkelijk dat we dit virus zouden uitroeien? Dit zou dan wel veronderstellen dat de vaccins steriliserende immuniteit hebben, dat er in de populatie geen asymptomatische dragers zijn en dat er ook geen dierpopulaties zijn die het virus herbergen. Aan geen enkel van deze voorwaarden is voldaan. In tegendeel, de massavaccinatie tijdens de pandemie geeft alleen maar aanleiding tot het dominant circuleren van steeds meer infectieuze varianten met Omicron als kers op de taart. Precies dat leidt tot steeds meer viruscirculatie en inderdaad – zoals P. Crépey beweert – verhoogt de kans op natuurlijke selectie van SC-2 varianten die in staat zijn de immense immuundruk die uitgeoefend wordt door de populatie te overwinnen. **Ik pleit precies voor het omgekeerde, t.t.z. om via groepsimmuniteit de infectiedruk en kans op transmissie drastisch te verminderen**. Ook al leidt een drastische vermindering van de infectiedruk tot het wegebben van natuurlijk verworven antistoffen, toch bestaat er iets als een 'immunologisch geheugen' wat een voorheen van ziekte hersteld individu in staat stelt om de natuurlijke immuniteit zeer snel opnieuw te heractiveren. Zodoende krijgt de populatie de 'uitbraak' ook opnieuw snel onder controle. Dergelijke uitbraken kunnen steeds voorkomen (b.v. seizoenaal) tijdens de endemische fase. **Gezien het mismanagement van deze pandemie kunnen we echter van een dergelijke endemische fase voorlopig alleen maar dromen….**

Je vous remercie.

Geen enkele verplichting tot C-19 vaccinatie en geen enkele ‘immunologische’ discriminatie valt wetenschappelijk gezien te verrechtvaardigen, wel integendeel!

Auteur: G. Vanden Bossche, DVM, PhD

Auteur: Dr. G. Vanden Bossche; 26 Jan 2022

Voorwoord

M.b.t. pandemie:

- Pan-continentaal
- Hele populatie
- Dynamisch/ evolutief → snapshots vs eindstation? ↓ transmissie
- Dooft uit (endemisch) t.g.v. *steriliserende* immuniteit → 'groepsimmuniteit'

M.b.t. vaccin/ (massa)vaccinatie:

- Vaccin efficaciteit (klinische studie) ≠ vaccine efficiëntie (populatie)
- Vaccinatie → duurzaam/ onuitwisbaar immunologisch geheugen
- Net zoals andere geneesmiddelen hebben ook vaccins 'indicaties' en 'contra-indicaties' (herkenning van contra-indicaties ≠ anti-vax!)
- Bij iedere systemische infectieziekte en ieder vaccin bestaat steeds een risico voor optreden van immunologische bijwerkingen op korte of *lange* termijn

Auteur: Dr. G. Vanden Bossche; 26 Jan 2022

'Verwarring' bij de vleet? Hoe komt dat?

- Gebrek aan inzicht leidt tot stellen van verkeerde vragen:

  Pandemie ≡ interactie tussen virus en immuunsysteem op populatieniveau

⇒ virologie, immunologie, evolutie-biologie/epidemiologie, vaccinologie, moleculaire virusgenetica,….

⇒ holistisch denken/ 'puzzel'-denken i.p.v. 'silo'-denken/ tunnelvisie

- Grootste lacune = immunologie, meer bepaald rol van aangeboren immuunsysteem[1] (AIS) en hoe dit door massavaccinatie en herhaaldelijke blootstelling wordt beïnvloed[2]

- AIS sterk ontwikkeld bij kinderen: eerste defensielijn; zeer werkzaam t.o.v. aantal acute infecties veroorzaakt door respiratoire virussen met geglycosyleerde envelop (e.g., CoV, Influenza)

→Infectie snel onder controle bij gezonde kinderen[2] → geen (ernstige) ziekte
→ geen vaccinatie

1. https://www.voiceforscienceandsolidarity.org/blog/supportive-references-from-literature onder: Innate *antibodies (B-1A cells, sIgM, natural Abs & innate immunity to CoV and Covid-19) + Role of natural Abs and NK cells in asymptomatic carriers*

2. *https://trialsitenews.com/the-alleged-case-for-experimental-c-19-vaccination-of-children-is-merely-based-on-silo-mentality-and-immunological-ignorance/*

Eerste lijn van defensie kent echter grenzen

- Veroudering immuunsysteem, onderliggende ziekten, ongezonde levensstijl
- Hoge infectiedruk (!)

- Doorbreken van aangeboren immuniteit leidt tot ziekte en - in overgroot deel van gevallen - tot herstel, viruseliminatie en duurzame, verworven immuniteit (‘*acute, self-limiting viral disease*’)

- Tandem: Aangeboren gevolgd door verworven immuniteit = superefficient!

$\Rightarrow$ Anti-vax?
Neen, maar C-19 vaccins kunnen slechts beroep doen op anti-S (Wuhan!) antistoffen om infectie te voorkomen $\Rightarrow$ efficiënt *<u>buiten</u>* pandemie tenzij…. vaccin op zichzelf steriliserende immuniteit induceert $\rightarrow$ vergt ander type van vaccins!

Auteur: Dr. G. Vanden Bossche; 26 Jan 2022

Gevolgen van 'symptomatische' massavaccinatie?

- Virus + en + onder druk zonder dat we het kunnen elimineren
  → ideaal recept voor het gedijen van + en + meer infectieuze varianten ('immune escape')
  → resistentie t.o.v. neutraliserende antistoffen (Omicron 'familie')
  → relevante aangeboren antistoffen opnieuw functioneel (alsof geen vaccinatie!)
  ⇒ Omicron 'familie' ≡ overwegend milde-matige ziekte (≡ levend verzwakt vaccin)!

Wel tijdelijk sterke golf van infectie en ziekte maar daartegenover staat:

i) **Heractivatie van natuurlijke immuniteit** (steriliserend) met nieuwste 'update' dankzij training van aangeboren immuunsysteem + natuurlijke boost via circulerend virus: negatieve vaccine efficiëntie! (UK-HSE + PHS)

ii) **Globale/ uniforme immunisatie-strategie** (want resistente Omicron is hoog infectieus)
→ Groepsimmuniteit (beschermt samen met 'early treatment' de kwetsbaren!)
→ Geen immune escape!
→ Geen (recidiverende) overbelasting van hospitalen
→ Geen basis voor discriminatie!
⇔ <u>Geen massavaccinatie tegen Omicron!</u>

Auteur: Dr. G. Vanden Bossche; 26 Jan 2022

Quid neveneffecten?

- Berichten van VAERS en EudraVigilance zijn op zijn minst alarmerend
- *Niet te verwaarlozen risico's op ernstige neveneffecten zijn in het kader van massavaccinatie, die op zichzelf reeds een ongunstige uitwerking heeft op het AIS en groepsimmuniteit, onaanvaardbaar*
- Gezondheid is hoogste goed; niemand heeft recht om zonder toelating van de betroffene op diens lichaam een experiment uit te voeren. M.b.t. Covid-19 vaccinatie bestaat hiervoor niet eens een wetenschappelijk verantwoorde basis

Fazit

Alleen in een **open** en **eerlijk wetenschappelijk** debat tussen **onafhankelijke experten** binnen een **multidisciplinair** kader kunnen de grenzen van (massa)vaccinatie en de zin of onzin van het verderzetten van dit experiment op geloofwaardige manier worden onderzocht en aan de bevolking duidelijk worden gemaakt. Elke vorm van politisering van dit debat alsook elke vorm van discriminatie tussen bevolkingsgroepen staat alleen maar een humane oplossing van de huidige crisis in de weg.

Back-up slide

Figure 2. Rates (per 100,000) by vaccination status from week 33 to week 36 202

(a) COVID-19 cases

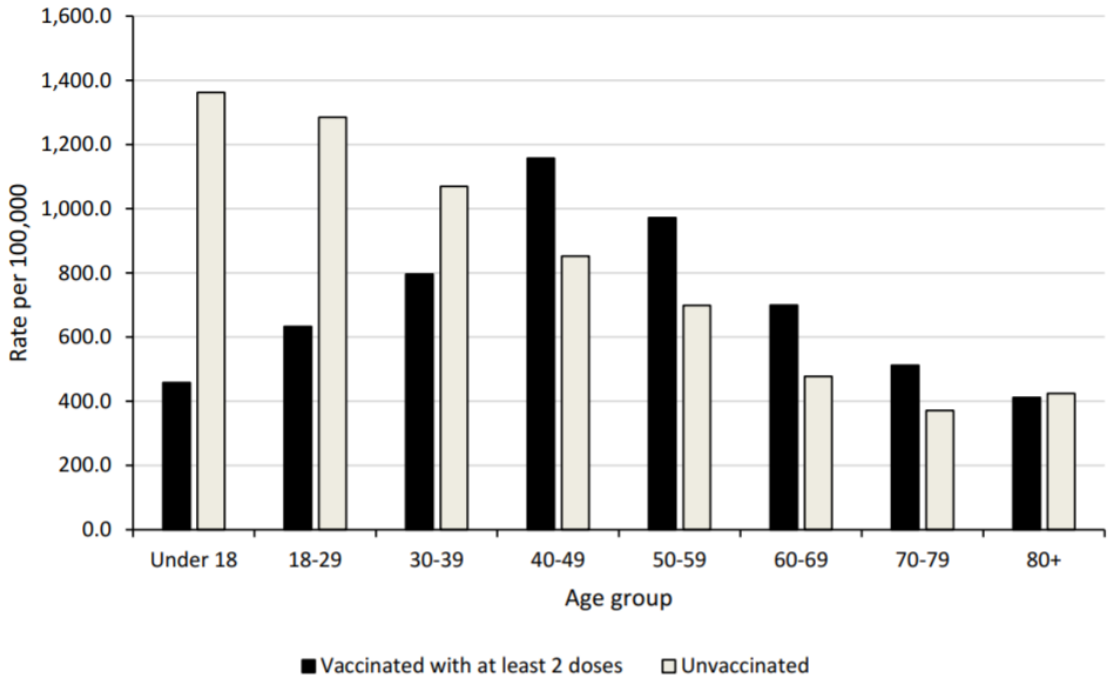
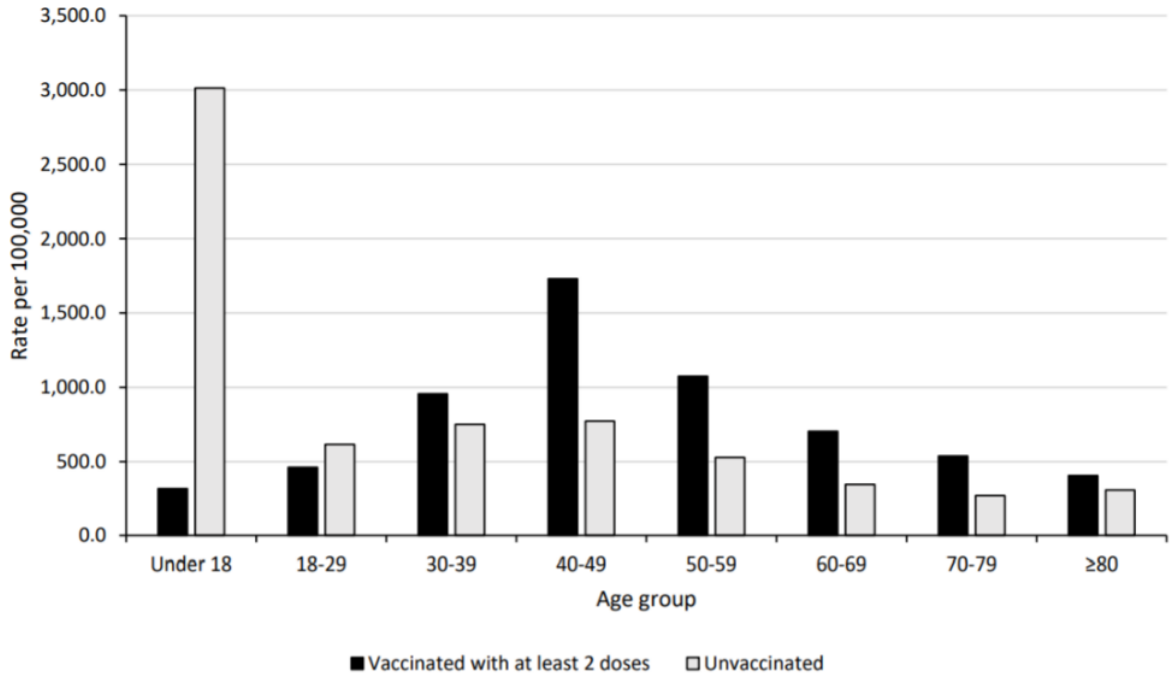


Figure 2. Rates (per 100,000) by vaccination status from week 38 to week 41 2021

(a) COVID-19 cases



27 janvier 2022

Aux membres de la Commission Santé de la Chambre, au sujet de la qualité d'expert scientifique

Madame, Monsieur,

Nous sommes préoccupés par la désignation et l'audition de Mr **Geert Vanden Bossche** par la Commission de la Santé et de l'Égalité des chances sur la vaccination obligatoire ce mercredi 26/1/2022. Mr Vanden Bossche y est auditionné sous l'affiliation 'Voice for Science and Solidarity', organisation indépendante obscure composée de deux membres dont Mr Vanden Bossche qui s'y présente comme docteur en Sciences, spécialiste en virologie ayant une expérience professionnelle dans le développement des vaccins. Il est donc évident que **les parlementaires entendront Mr Vanden Bossche pour son expertise scientifique au sujet de la vaccination.**

Notre préoccupation découle de l'évidence suivante: **le statut d'expert scientifique ne peut pas être acquis par simple auto-proclamation**, surtout si ce statut justifie la remise d'un avis ou d'une opinion auprès de la plus haute instance législative d'un état démocratique. Bien sûr un parlement peut entendre des opinions basées sur d'autres raisonnements que la science. Mais les parlementaires et leurs électeurs ne peuvent être dupés lorsque ces avis sont malhonnêtement présentés comme une expertise scientifique. **Mr Vanden Bossche n'est pas un expert scientifique reconnu par des pairs**. La communauté scientifique internationale dispose d'outils efficaces, partagés, consensuels et objectifs pour évaluer les activités et impacts scientifiques de toute personne qui se présente comme activement impliquée dans les sciences biomédicales et de santé. Le *curriculum vitae* de Mr Vanden Bossche (annexe) n'indique aucune contribution scientifique académique, biotechnologique ou pharmaceutique significative ou évaluable en matière de médecine humaine, vaccins, immunologie, virologie, ou santé publique. L'absence quasi totale de publications récentes (< 5 ans) répertoriées dans PubMed en atteste. Ces deux paramètres suffisent à invalider sa qualité d'expert. Des scientifiques informés en immunologie, virologie ou vaccins, décèlent instantanément l'ineptie scientifique de ses propos écrits ou filmés, parsemés de contre-vérités, diffusés exclusivement sur des médias sociaux ou les pages Web de son organisation, et ne bénéficiant à l'évidence d'aucune relecture critique par des pairs. Malheureusement, de telles évaluations ne sont pas à la portée de non-experts, ce qui explique l'écho que Mr Vanden Bossche trouve sur certaines plateformes médiatiques.

Nous saisissons cet exemple caricatural pour nous permettre de vous recommander de **clarifier publiquement en quelle qualité toute personne auditionnée remet un avis ou une opinion.** Si cette qualité est celle d'**un expert scientifique,** nous proposons que **le statut d'expert soit systématiquement validé** par au moins deux des six instances suivantes **:** Fonds National de la Recherche Scientifique (**FNRS**), Fonds voor Wetenschappelijk Onderzoek (**FWO**) et académies royales de médecine (**ARMB** et **KAGB**) ou des sciences (**ARS** et **KVAB**) de Belgique. L'évaluation par ces instances d'un *curriculum vitae* synthétique (2 pages max) et la mesure objective de l'activité scientifique récente (<5 ans) de tout candidat expert ne demanderont pas plus de quelques jours, et contribueraient à **protéger notre démocratie des dérives inquiétantes de la génération, propagation et amplification de contre-vérités**.

En vous remerciant, Madame, Monsieur, pour l'attention que vous pourrez réserver à cette recommandation, nous vous prions de bien vouloir agréer l'expression de notre haute considération.

Fabienne Andris (ULB), Kevin Ariën (ITG Antwerp), Georges Casimir (ULB), Pierre Coulie (UCLouvain), Eric Cox (UGent), Kai Dallmeier (KULeuven), Nicolas Dauby (ULB), Jean-Michel Dogné (UNamur), Laure Dumoutier (UCLouvain), Dirk Elewaut (UGent), Jean-Michel Foidart (ULg), Laurent Gillet (ULg), Olivier Gilliaux (CHU Charleroi), Jean-Christophe Goffard (ULB), Stanislas Goriely (ULB), Cyril Gueydan (ULB), Filomeen Haerynck (UGent), Niels Hellings (UHasselt), Piet Hoebeke (UGent), Véronique Kruys (ULB), Bart Lambrecht (UGent), Oberdan Leo (ULB), Geert Leroux-Roels(UGent), Catherine Linard (UNamur), Sophie Lucas (UCLouvain), Arnauld Marchant (ULB), Geert Meyfroidt (KULeuven), Isabelle Meyts (UZLeuven), Thomas Michiels (UCLouvain), Muriel Moser (ULB), Michel Moutschen (ULg), Eric Muraille (ULB), Benoit Muylkens (UNamur), Guillaume Oldenhove (ULB), Ghislain Opdenakker (KULeuven), Jean-Christophe Renauld (UCLouvain), Niko Speybroeck (UCLouvain), Jan Tavernier (UGent), Nicolas van Baren (UCLouvain), Benoit van den Eynde (UCLouvain), Pierre van der Bruggen (UCLouvain), Marianne van der Sande (ITG Antwerpen), Jutte van der Werff ten Bosch (UZ Brussel), Laurence Van Melderen (ULB), Dimitri Vander Linden (UCLouvain), Luc Vanhamme (ULB)

Les signataires sont membres de la **communauté scientifique médicale et biomédicale belge** et sont actifs en recherche ou clinique en immunologie, virologie, infectiologie, pédiatrie, épidémiologie ou santé publique.

27/1/2022

Mevrouw, Mijnheer,

Langs deze weg wensen we onze bezorgdheid uit te drukken over de aanstelling en de auditie van de heer **Geert Vanden Bossche** door de Commissie voor Gezondheid en Gelijke Kansen over verplichte vaccinatie, die plaats vond op woensdag 26/1/2022. De heer Vanden Bossche wordt er gehoord als vertegenwoordiger van 'Voice for Science and Solidarity', een dubieuze onafhankelijke organisatie bestaande uit twee leden, waaronder de heer Vanden Bossche zelf. Meneer Vanden Bossche stelt zich voor als doctor in de wetenschappen, specialist in virologie met professionele ervaring in de ontwikkeling van vaccins. Het ligt dan ook voor de hand dat **de parlementsleden de heer Vanden Bossche zullen aanhoren omwille van zijn zogenaamde en zelfverklaarde wetenschappelijke expertise op het gebied van vaccinatie**.

Onze bezorgdheid vloeit voort uit de volgende vaststelling: **het statuut van wetenschappelijk expert kan niet worden verkregen door zelfbenoeming**, vooral indien dit statuut het toelaat om een advies te geven aan de hoogste wetgevende instantie van een democratische staat. Het spreekt vanzelf dat een parlement meningen mag horen die gebaseerd zijn op andere redeneringen dan wetenschap. Maar kamerleden en hun kiezers mogen zich niet laten misleiden door deze meningen wanneer ze op onterechte wijze als wetenschappelijke expertise worden voorgesteld. Laten we het duidelijker formuleren: **de heer Vanden Bossche is niet erkend als wetenschappelijk expert door de wetenschappelijke gemeenschap**. Deze gemeenschap beschikt over effectieve, gedeelde, consensuele en objectieve instrumenten om de wetenschappelijke activiteiten en geloofwaardigheid te beoordelen van ieder die zichzelf voorstelt als actief betrokken bij de biomedische en gezondheidswetenschappen. Het curriculum vitae (in bijlage) van de heer Vanden Bossche toont **geen enkele** significante noch betrouwbare wetenschappelijke, academische, biotechnologische of farmaceutische bijdrage aan de menselijke geneeskunde, vaccinologie, immunologie, virologie of volksgezondheid. De vrijwel totale afwezigheid van recente publicaties in de voorbije 5 jaren opgenomen in PubMed, de voornaamste database van wetenschappelijke en intercollegiaal getoetste publicaties, getuigt hiervan. Deze parameters zijn voldoende om zijn hoedanigheid als expert serieus in vraag te stellen. Bekwame wetenschappers op gebied van immunologie, epidemiologie, virologie of vaccins zien de wetenschappelijke onzin van zijn geschreven of gefilmde beweringen onmiddellijk in. Deze beweringen zijn doorspekt met onwaarheden en desinformatie, en worden exclusief uitgezonden op sociale media of op webpagina's van zijn organisatie. Dit gebeurt verder uiteraard zonder enige vorm van kritische wetenschappelijke toetsing. Spijtig genoeg liggen de hier geformuleerde kritische beoordelingen niet binnen het bereik van niet-experts, hetgeen de impact verklaart die de heer Vanden Bossche op bepaalde mediaplatforms heeft.

We nemen de gelegenheid van dit karikaturale voorbeeld om u aan te **bevelen publiekelijk te verduidelijken in welke hoedanigheid een voor de kamer aangehoorde persoon zijn of haar mening of oordeel mag geven**. Indien dit over een **wetenschappelijk expert** gaat, stellen we voor om zijn/haar **statuut van expert systematisch te laten bevestigen** door ten minste twee van de volgende zes erkende instanties: Fonds de la Recherche Scientifique (**FNRS**), Fonds voor Wetenschappelijk Onderzoek (**FWO**), Académie Royale de Médecine de Belgique (**ARMB**), Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België (**KAGB**), Académie Royale des Sciences (**ARS**), of Koninklijke Vlaamse Academie van België voor Wetenschappen (**KVAB**). De evaluatie door deze instanties, van een dossier met een bondig curriculum vitae en de recente wetenschappelijke activiteiten gedurende de voorbije 5 jaren van een kandidaat expert vergt niet meer dan enkele dagen en zou bijdragen tot **de bescherming van onze democratie tegen verontrustende afwijkingen in het genereren, verspreiden en versterken van onwaarheden en desinformatie**.

We danken u, mevrouw, mijnheer, voor de aandacht die u aan deze aanbeveling zult schenken, en verblijven,

Met de meeste hoogachting,

Fabienne Andris (ULB), Kevin Ariën (ITG Antwerp), Georges Casimir (ULB), Pierre Coulie (UCLouvain), Eric Cox (UGent), Kai Dallmeier (KULeuven), Nicolas Dauby (ULB), Jean-Michel Dogné (UNamur), Laure Dumoutier (UCLouvain), Dirk Elewaut (UGent), Jean-Michel Foidart (ULg), Laurent Gillet (ULg), Olivier Gilliaux (CHU Charleroi), Jean-Christophe Goffard (ULB), Stanislas Goriely (ULB), Cyril Gueydan (ULB), Filomeen Haerynck (UGent), Niels Hellings (UHasselt), Piet Hoebeke (UGent), Véronique Kruys (ULB), Bart Lambrecht (UGent), Oberdan Leo (ULB), Geert Leroux-Roels(UGent), Catherine Linard (UNamur), Sophie Lucas (UCLouvain), Arnauld Marchant

(ULB), Geert Meyfroidt (KULeuven), Isabelle Meyts (UZLeuven), Thomas Michiels (UCLouvain), Muriel Moser (ULB), Michel Moutschen (ULg), Eric Muraille (ULB), Benoit Muylkens (UNamur), Guillaume Oldenhove (ULB), Ghislain Opdenakker (KULeuven), Jean-Christophe Renauld (UCLouvain), Niko Speybroeck (UCLouvain), Jan Tavernier (UGent), Nicolas van Baren (UCLouvain), Benoit van den Eynde (UCLouvain), Pierre van der Bruggen (UCLouvain), Marianne van der Sande (ITG Antwerpen), Jutte van der Werff ten Bosch (UZ Brussel), Laurence Van Melderen (ULB), Dimitri Vander Linden (UCLouvain), Luc Vanhamme (ULB)

De ondertekenaars zijn lid van de **Belgische medische en biomedische wetenschappelijke gemeenschap** en zijn actief in onderzoek of klinische werk in de immunologie, virologie, infectiologie, pediatrie, epidemiologie of volksgezondheid.

Réaction aux allégations de la brigade de la lie académique*

** La lettre originale avec ces allégations envoyée à tous les membres de la Commission de la Santé et de l'Egalité des Chances de la Chambre se trouve à la fin de cet document.*

Je réponds ici à l'attaque ad hominem et à la campagne de dénigrement menées par un certain nombre d'universitaires belges dont le seul objectif semble être de discréditer mon expérience professionnelle et mes connaissances scientifiques dans le domaine de l'immunologie, de la vaccinologie et de la virologie.

Je note tout d'abord qu'il s'agit d'une énième tentative de la part d'un certain nombre d'universitaires de s'affirmer en ignorant impitoyablement tout savoir, toute expertise ou toute connaissance scientifique qui n'est pas fondé sur la seule norme qu'ils connaissent et maintiennent, à savoir leurs publications dans des revues à comité de lecture.
Ce faisant, ils s'octroient un certificat de myopie. Ces universitaires belges n'ont apparemment toujours pas compris que les publications seules ne sont pas une solution aux problèmes de santé complexes. **Après tout, où sont les publications de ces conspirateurs, financées en grande partie par l'argent des contribuables, qui ont apporté une contribution concrète à la résolution de problèmes sanitaires?** En d'autres termes, quelle contribution apportent-ils à la société en échange des fonds qu'ils utilisent pour satisfaire leur ambition scientifique? Ils témoignent d'une mentalité complètement obsolète qui continue à croire en une science *inductive*. Ils génèrent des données et en tirent des conclusions théoriques qui ne peuvent que très rarement être traduites en une solution utile à la société. Il y a une douzaine d'années, j'ai ainsi décidé d'adopter une approche complètement différente, car je me suis rendu compte que la science *déductive*, était un moyen plus efficace que la science *inductive* pour aborder les problèmes complexes.
J'essaie de résoudre des problèmes complexes en partant de vérités fondamentales issues des différentes disciplines impliquées dans un problème complexe (par exemple, comprendre la pathogénèse et concevoir des interventions immunitaires universelles plutôt qu'une immunisation spécifique à un agent pathogène ou personnalisée ; analyser les interactions entre les agents pathogènes et le système immunitaire pour prédire l'évolution d'une pandémie). Sur cette base, je construis une hypothèse dont je teste la plausibilité scientifique en vérifiant la compatibilité des différentes pièces du puzzle des divers sous-domaines sur base de mes propres connaissances et expériences, ainsi que de diverses sources écrites.
En d'autres termes, **les publications ne sont, pour moi, pas un objectif en soi** (comme c'est en revanche le cas pour ces universitaires) ; **je les utilise uniquement comme un instrument pour assembler les pièces du puzzle d'une manière scientifique**.
Bien que cette stratégie ne débouche pas sur des publications universitaires, elle permet une approche holistique de la recherche et surtout de mieux comprendre les défis complexes, notamment ceux liés à la santé publique.
Elle permet également la pensée innovante et l'acquisition de connaissances nouvelles et critiques, même dans des domaines qui sont encore soumis à des dogmes et à des paradigmes rigides, notamment la vaccinologie. **Il semblerait que, de cette manière, on soit catalogué comme dissident et méconnu des opportunistes du monde académique.**
Ainsi, c'est moi qui, en tant que chef de projet dans l'industrie des vaccins, ai été critiqué pour m'être opposé à la poursuite du développement d'un vaccin contre l'herpès génital (HSV-2), dont je savais qu'il ne protégerait que contre les symptômes mais pas contre la transmission du virus et des conséquences qui en découlent.

Mon responsable de l'époque qui, jusqu'à récemment, était responsable de l'opération « Warp Speed », m'a ensuite muté au département R&D, où j'ai été chargé pendant des années de recherches spécifiques sur les adjuvants - au passage, il était évidemment hors de question de publier les résultats de ces recherches. Nonobstant, la firme a décidé de poursuivre le développement du vaccin jusqu'à ce que, de nombreuses années plus tard (je l'avais déjà quittée à ce moment-là), d'anciens collègues me disent que de nouvelles études avaient échoué pour exactement la même raison que j'avais énoncée à l'époque.

Cette même façon de travailler m'a conduit à dénoncer personnellement l'une des plus grandes bévues de l'histoire de la vaccinologie lors de la crise Ebola en Afrique de l'Ouest (2014-2016) - ceux que ça intéresse peuvent lire le rapport en suivant ce hyper lien : https://uploads-ssl.webflow.com/616004c52e87ed08692f5692/61f65c43db047c9050ffe014_Critical_analysis_Ebola_vaccine_trial_GVB.pdf).. Une fois de plus, j'ai été déclaré « dissident », mais le scandale était suffisamment petit pour pouvoir être étouffé.

Puis vint la pandémie de Covid-19. Je me sentais déjà bien préparé. Néanmoins, j'ai encore fait des recherches jour et nuit pendant deux mois avant d'envoyer mon appel à l'OMS pour en débattre.

Ainsi, fort de ma passion pour les vaccins, je ne suis pas un novice lorsqu'il s'agit d'identifier clairement des contre-indications à leur utilisation. D'après les courriels de soutien que j'ai reçus d'anciens collègues (y compris d'éminents vaccinologues), des scientifiques prennent mes avertissements et mes prédictions au sérieux. Or, je constate avec tristesse que des universitaires bornés s'organisent pour tenter de détruire ma réputation. Le contenu scientifique que j'ai partagé n'a même pas d'importance, pour eux. Ou peut-être est-ce déjà au-delà de leurs capacités? Apparemment, aucun d'entre eux n'a jamais entendu parler d'évasion immunitaire, et encore moins - plus de dix ans après les premières publications - de l'existence d'anticorps innés, les deux principaux piliers sur lesquels repose ma compréhension de la pandémie.

En d'autres termes, quelle est leur contribution à l'analyse de la pandémie, quelles sont leurs prédictions et leurs idées et surtout… où sont leurs articles évalués par des pairs sur cette pandémie? Où en est leur expérience internationale dans les différents sous-domaines? Qui, parmi eux, a jamais eu la moindre expérience en matière de vaccination contre les infections virales aiguës lors d'une pandémie ?

Je respecte leur choix de se lancer dans la course aux publications de plus en plus nombreuses, mais ne pas avoir publié ne signifie pas que mon cerveau a pris des vacances prolongées sur la Côte. Au cours de ma carrière, j'ai acquis une expérience scientifique internationale et liée aux vaccins dans six pays différents, j'ai prononcé à plusieurs reprises des *keynotes* lors de conférences internationales sur les vaccins (où je n'ai jamais vu beaucoup de ces personnes) et j'ai effectué un travail de pionnier dans l'industrie dans le domaine de l'analyse biophysique de nouveaux vaccins avec adjuvants.

Mon bagage scientifique diversifié m'a permis d'obtenir un *green pass* aux États-Unis en 2008 sur base de mes capacités et réalisations notables. Je dispose de lettres de recommandation (disponibles auprès de mon dernier employeur) de scientifiques et de vaccinologues dont les CV sont sans commune mesure avec ceux de ce groupe d'universitaires.

J'ai reçu la même reconnaissance de scientifiques et experts qui, eux, ont fait l'effort de comprendre mon analyse scientifique et qui ont un cursus dont ces universitaires ne pourraient même pas rêver dans leur imagination la plus folle (par exemple : Peter Mc Cullough, Paul Elias Alexander, Pierre Kory, Robert Malone, Jessica Rose, Robert Verkerk, Bret Weinstein, Byram Bridle etc).

Jusqu'où ces pharisiens hypocrites peuvent-ils s'abaisser pour commettre une telle cabale contre ma dignité personnelle et ma formation scientifique, alors qu'ils se cachent en sécurité dans leur tour d'ivoire, protégés par leurs institutions?

Aucun d'entre eux n'a jamais reçu d'invitation à travailler pour GAVI, et encore moins pour la Fondation Bill & Melinda Gates ou toute autre institution aussi prestigieuse. Si c'était le cas, ils lâcheraient certainement immédiatement leurs titres universitaires et s'empresseraient d'y répondre. Ou alors cette clique de pauvres universitaires belges se ridiculise-t-elle au point de **penser que l'industrie du vaccin peut se permettre d'engager des personnes scientifiquement non qualifiées à des postes aussi spécialisés?**

La rédaction de publications est une bagatelle par rapport aux exigences qui y sont posées.

Je ne pense pas, d'ailleurs, qu'il y ait deux universitaires dans ce troupeau qui aient déjà prononcé des *keynotes* lors de conférences mondiales sur les vaccins, comme je l'ai régulièrement fait.
Quelle est, de surcroît, la crédibilité de leurs allégations, si l'on considère que, par le passé, certains de ces universitaires ont apparemment été capables d'apprécier ma contribution scientifique dans des échanges qui duraient souvent des heures.
Cette mafia de seconds couteaux pense apparemment qu'elle peut acquérir le monopole de la science sur la base de son statut académique et, à ce titre, servir de référence pour les informations partagées avec la population. Et ce, alors que pratiquement aucun d'entre eux ne s'est fait entendre pendant cette pandémie.
Ils sont désespérément à la traîne par rapport aux développements et aux données qui ont fait surface entre-temps ; les États-Unis en particulier - comme cela a toujours été le cas dans le passé - montrant la voie.
Ils se noient désespérément dans leur ego et leurs idées et ne parviennent même plus à jeter un coup d'œil par-dessus le mur de leur prison mentale.
Tant que leur image scientifique reste intacte et que les fonds pour leurs recherches continuent à affluer, ils ne font preuve d'aucune évaluation critique de cette expérience vaccinale à grande échelle.
Elle témoigne d'un immense manque de responsabilité sociale et de respect pour les gens qui sont constamment confrontés au récit officiel sans pouvoir comprendre les conséquences possibles d'une intervention aussi massive sur sa santé et celle de leurs semblables, y compris leurs propres enfants.
Ayant compris ce qui est en train de se passer, je ne peux pas laisser faire ça en me taisant ; c'est donc la seule raison pour laquelle je réponds. Je suis moi-même à mille lieues de ces allégations sournoises.
Lorsque je réponds moi-même aux conclusions d'un collègue scientifique, je le fais sur la base du contenu et non par des attaques ad hominem. À propos, il est particulièrement étrange qu'un groupe d'universitaires, qui ne veulent s'attribuer que le prédicat "scientifique", bafoue l'une des règles de base de la pensée scientifique. Il s'agit toujours du contenu de ce que quelqu'un dit, pas de la personne qui le dit. Les attaques ad hominem sont des sophismes, des sophismes de base, qui vont à l'encontre de toute forme de pensée logique que je considérerais comme appropriée pour un véritable scientifique.
Aucun de ces « scientifiques » n'a été prêt à entamer un débat, ni avec moi ni avec d'autres universitaires qui ont une vision un peu moins étroite. Il faut plus de courage pour entamer un débat avec nous que pour écrire une lettre sournoise à la commission dont le seul contenu est un argument fallacieux sur mon intégrité et dans le seul but d'essayer d'influencer la commission pendant l'audition.
Encore une fois : que ceux du troupeau qui ont au moins de l'expérience dans les sous-domaines pertinents (c'est-à-dire à la fois en immunologie, en virologie et en vaccinologie) entament un débat avec nous au lieu de se cacher derrière leur rideau académique unilatéral et monotone.
De cette manière, ils pourraient également faire connaître leur point de vue, leurs idées et leurs solutions au grand public et s'assurer que la compréhension scientifique de problèmes complexes est peut-être même l'apanage de ceux qui, entre autres, lisent de nombreuses publications, plutôt que de ceux dont le seul but est de se profiler avec le plus grand nombre de publications possible.
Si leur science est si convaincante, il est difficile de comprendre pourquoi ils ne prennent même pas la peine d'exprimer leur opinion dans l'intérêt de la santé publique par le biais des grands médias, dont - contrairement à nous - ils ne craignent pas la censure.
Ou bien acceptent-ils aveuglément et sans enthousiasme le récit qui est entre-temps courageusement diffusé par une poignée d'experts ? Répondre chaque jour à des dizaines de questions de la population, réfuter les critiques négatives de *fact checkers* bien payés et partager des analyses et des prédictions holistiques via des médias non censurés et officiellement reconnus (comme TrialSite News), cela demande un peu plus d'esprit critique que d'observer les mouvements chroniques des vagues et d'avaler des prédictions et des perspectives, dont même ces universitaires savent d'avance qu'elles devront être révisées encore et encore.

Tout cela est censé être dû au fait que « la science évolue ». En réalité, c'est parce que nos experts manquent de perspicacité qu'ils ne sont guère plus performants que le présentateur météo ou le spéculateur en bourse.
Néanmoins, je respecte toutes les branches industrieuses de notre société, y compris les universités. **Cependant, ce respect s'arrête lorsqu'une bande de *scientifiques* affolés crachent de leur tour d'ivoire sur ceux qui, sans conflit d'intérêt mais avec intégrité, défendent la santé de ceux qui sont trop unilatéralement informés, entre autres, par le laxisme et l'attitude égoïste de nos « savants ».**
J'ose m'avancer en toute confiance et assumer l'entière responsabilité de mon opposition à la vaccination de masse avec des vaccins inefficaces au milieu d'une pandémie d'un virus hautement mutant. L'un de ces lâches universitaires qui ont signé avec empressement cette « pétition » connaît-il une seule publication qui suggérerait que la vaccination dans de telles circonstances peut endiguer une pandémie ou y en a-t-il un seul parmi eux qui soit prêt à être tenu personnellement responsable des conséquences de cette expérience ?
Peut-être que ceux dont les noms sont cités ici pour la postérité auraient-ils été plus sages en réfléchissant à cela, avant de rejoindre les rangs de la lie médiatique et de me rabaisser au rang d'esprit sans cerveau?
Ma crédibilité repose sur des années de formation dans les différents sous-domaines relatifs à cette pandémie et se reflète dans les prédictions que je fais. **Sur quoi se base la crédibilité de ces universitaires agités? Ils sont très éloignés des événements, se tiennent à l'écart de toute forme de prédiction et n'ont donc rien à craindre**. Toutefois, ces postes ne sont plus tenables pour la société, même en période de d'«urgence sanitaire mondiale d'intérêt international » communément admise, car ils n'assument pas de responsabilité sociale. Au lieu de cela, ils orientent le débat vers une polarisation aveugle en humiliant carrément ceux qui, eux, se sentent bien responsables.

Conclusion : On ne peut ignorer mes connaissances approfondies en virologie, en immunologie et en vaccinologie. C'est précisément grâce à ces connaissances approfondies que j'ai été recruté, à l'époque, par les plus prestigieuses entreprises de vaccins et les organisations internationales de santé.
La lie de nos médias, et maintenant de nos universités, peut essayer de me discréditer avec n'importe quelle attaque *ad hominem* vicieuse, mais mes connaissances et ma perspicacité scientifique ne peuvent que difficilement être remises en question.
Elles ne peuvent certainement pas être remises en question par des politiciens qui sont totalement analphabètes en la matière et ne jouent que le rôle d'organisateurs parfaits de l'échange entre experts aux opinions opposées.
Elles ne peuvent pas non plus être remis en question par une horde d'universitaires excités qui préfèrent exceller dans la sournoiserie plutôt que de se donner la peine de participer à un tel forum.
De cette manière, l'échange reste caché à la majorité des citoyens et dépourvu de toute interaction. C'est précisément cette interaction et les conclusions résultant d'un débat scientifique ouvert qui profitent au citoyen. Tout citoyen doté d'un minimum de bon sens comprendra désormais, je l'espère, qu'une telle mentalité soulève d'énormes questions.
L'accumulation dans un dossier parlementaire d'une série de questions suivies d'une série de réponses ne sert à rien lorsque les esprits sont fermés. Après tout, l'esprit est comme un parachute, il ne fonctionne que lorsqu'il est ouvert. Néanmoins, je ferai mon devoir en âme et conscience, ne serait-ce que pour planter des graines critiques dans certains esprits.
J'appelle donc la population à continuer à réclamer le droit à un tel débat.
Ce n'est que dans le cadre d'un débat scientifique ouvert et honnête entre des experts indépendants dans un cadre multidisciplinaire que les limites de la vaccination de masse et le sens ou le non-sens de la poursuite de cette expérience pourront être examinés de manière crédible et expliqués à la population. Toute politisation de ce débat et toute discrimination entre parties de la population ne pourront que faire obstacle à une solution humaine à la crise actuelle.

==========

Lettre originale envoyée aux membres de la Commission de la Santé et de l'Égalité des chances de la Chambre

27 janvier 2022

Aux membres de la Commission Santé de la Chambre, au sujet de la qualité d'expert scientifique

Madame, Monsieur,

Nous sommes préoccupés par la désignation et l'audition de Mr **Geert Vanden Bossche** par la Commission de la Santé et de l'Égalité des chances sur la vaccination obligatoire ce mercredi 26/1/2022. Mr Vanden Bossche y est auditionné sous l'affiliation 'Voice for Science and Solidarity', organisation indépendante obscure composée de deux membres dont Mr Vanden Bossche qui s'y présente comme docteur en Sciences, spécialiste en virologie ayant une expérience professionnelle dans le développement des vaccins. Il est donc évident que **les parlementaires entendront Mr Vanden Bossche pour son expertise scientifique au sujet de la vaccination.**

Notre préoccupation découle de l'évidence suivante: **le statut d'expert scientifique ne peut pas être acquis par simple auto-proclamation**, surtout si ce statut justifie la remise d'un avis ou d'une opinion auprès de la plus haute instance législative d'un état démocratique. Bien sûr un parlement peut entendre des opinions basées sur d'autres raisonnements que la science. Mais les parlementaires et leurs électeurs ne peuvent être dupés lorsque ces avis sont malhonnêtement présentés comme une expertise scientifique. **Mr Vanden Bossche n'est pas un expert scientifique reconnu par des pairs**. La communauté scientifique internationale dispose d'outils efficaces, partagés, consensuels et objectifs pour évaluer les activités et impacts scientifiques de toute personne qui se présente comme activement impliquée dans les sciences biomédicales et de santé. Le *curriculum vitae* de Mr Vanden Bossche (annexe) n'indique aucune contribution scientifique académique, biotechnologique ou pharmaceutique significative ou évaluable en matière de médecine humaine, vaccins, immunologie, virologie, ou santé publique. L'absence quasi totale de publications récentes (< 5 ans) répertoriées dans PubMed en atteste. Ces deux paramètres suffisent à invalider sa qualité d'expert. Des scientifiques informés en immunologie, virologie ou vaccins, décèlent instantanément l'ineptie scientifique de ses propos écrits ou filmés, parsemés de contre-vérités, diffusés exclusivement sur des médias sociaux ou les pages Web de son organisation, et ne bénéficiant à l'évidence d'aucune relecture critique par des pairs. Malheureusement, de telles évaluations ne sont pas à la portée de non-experts, ce qui explique l'écho que Mr Vanden Bossche trouve sur certaines plateformes médiatiques.

Nous saisissons cet exemple caricatural pour nous permettre de vous recommander de **clarifier publiquement en quelle qualité toute personne auditionnée remet un avis ou une opinion.** Si cette qualité est celle d'**un expert scientifique,** nous proposons que **le statut d'expert soit systématiquement validé** par au moins deux des six instances suivantes **:** Fonds National de la Recherche Scientifique (**FNRS**), Fonds voor Wetenschappelijk Onderzoek (**FWO**) et académies royales de médecine (**ARMB** et **KAGB**) ou des sciences (**ARS** et **KVAB**) de Belgique. L'évaluation par ces instances d'un *curriculum vitae* synthétique (2 pages max) et la mesure objective de l'activité scientifique récente (<5 ans) de tout candidat expert ne demanderont pas plus de quelques jours, et contribueraient à **protéger notre démocratie des dérives inquiétantes de la génération, propagation et amplification de contre-vérités**.

En vous remerciant, Madame, Monsieur, pour l'attention que vous pourrez réserver à cette recommandation, nous vous prions de bien vouloir agréer l'expression de notre haute considération.

Fabienne Andris (ULB), Kevin Ariën (ITG Antwerp), Georges Casimir (ULB), Pierre Coulie (UCLouvain), Eric Cox (UGent), Kai Dallmeier (KULeuwen), Nicolas Dauby (ULB), Jean-Michel Dogné (UNamur), Laure Dumoutier (UCLouvain), Dirk Elewaut (UGent), Jean-Michel Foidart (ULg), Laurent Gillet (ULg), Olivier Gilliaux (CHU Charleroi), Jean-Christophe Goffard (ULB), Stanislas Goriely (ULB), Cyril Gueydan (ULB), Filomeen Haerynck (UGent), Niels Hellings (UHasselt), Piet Hoebeke (UGent), Véronique Kruys (ULB), Bart Lambrecht (UGent), Oberdan Leo (ULB), Geert Leroux-Roels(UGent), Catherine Linard (UNamur), Sophie Lucas (UCLouvain), Arnauld Marchant (ULB), Geert Meyfroidt (KULeuwen), Isabelle Meyts (UZLeuven), Thomas Michiels (UCLouvain), Muriel Moser (ULB), Michel Moutschen (ULg), Eric Muraille (ULB), Benoit Muylkens (UNamur), Guillaume Oldenhove (ULB), Ghislain Opdenakker (KULeuwen), Jean-Christophe Renauld (UCLouvain), Niko Speybroeck (UCLouvain), Jan Tavernier (UGent), Nicolas van Baren (UCLouvain), Benoit van den Eynde (UCLouvain), Pierre van der Bruggen (UCLouvain), Marianne van der Sande (ITG Antwerpen), Jutte van der Werff ten Bosch (UZ Brussel), Laurence Van Melderen (ULB), Dimitri Vander Linden (UCLouvain), Luc Vanhamme (ULB)

Les signataires sont membres de la **communauté scientifique médicale et biomédicale belge** et sont actifs en recherche ou clinique en immunologie, virologie, infectiologie, pédiatrie, épidémiologie ou santé publique.

Reactie op aantijgingen van de academische slijkbrigade*

** De originele brief verstuurd aan alle leden van de Commissie Gezondheid en Gelijke Kansen van de Kamer vindt u achteraan*

Hiermee reageer ik op de *ad hominem*-aanval en lastercampagne van een aantal Belgische academici die blijkbaar als enige doelstelling hebben om mijn professionele ervaring en wetenschappelijke inzichten op het gebied van de immunologie, vaccinologie en virologie in diskrediet te brengen.
Ik stel vooreerst vast dat dit de zoveelste poging is van een aantal academici om zich te laten gelden door elke kennis, elke expertise en elk wetenschappelijk inzicht dat niet gebaseerd is op de enige standaard die zij kennen en handhaven, t.t.z., publicaties in peer-reviewed journals, genadeloos te negeren. Zij onderschrijven daarmee voor zichzelf een certificaat in de kortzichtigheid. Deze Belgische academici hebben blijkbaar nog steeds niet begrepen dat publicaties alleen geen oplossing vormen voor complexe gezondheidsproblemen. **Waar zijn immers de publicaties van deze grotendeels door gelden van de belastingbetaler gefinancierde samenzweerders die een concrete bijdrage hebben geleverd tot de oplossing van maatschappelijke gezondheidsproblemen?** Welke bijdrage leveren zij m.a.w. aan de maatschappij in ruil voor de gelden die zij gebruiken om hun wetenschappelijke ambitie te bevredigen? Zij getuigen van een totaal vastgeroeste mentaliteit die steevast blijft geloven in *inductieve* wetenschap. Zij genereren gegevens en trekken op basis daarvan theoretische conclusies die zich slechts hoogst zelden in een voor de maatschappij nuttige oplossing laten vertalen. Een 12-tal jaar geleden besloot ik dan ook om het over een totaal andere boeg te gooien omdat ik tot het inzicht was gekomen dat niet de *inductieve* maar *deductieve* wetenschap een efficiëntere manier is om complexe problemen aan te pakken. Daarbij probeer ik om complexe problemen op te lossen door te vertrekken van fundamentele waarheden uit de verschillende disciplines die een complex probleem aanbelangen (zoals bv. het doorgronden van een pathogenese, het concipiëren van universele immuuninterventies i.p.v. pathogeen-specifieke of gepersonaliseerde immunisatie; het analyseren van interacties tussen pathogenen en het immuunsysteem ter voorspelling van de evolutie van een pandemie). Op basis daarvan bouw ik aan een hypothese waarvan ik de wetenschappelijke plausibiliteit test door de compatibiliteit van de verschillende puzzelstukken uit de diverse deelgebieden te verifiëren aan de hand van eigen kennis/ervaring en diverse geschriften. **Publicaties zijn m.a.w. voor mij geen doel op zich** (zoals dat wel degelijk het geval is voor deze academici); **ik gebruik ze slechts als instrument om de puzzelstukken op een wetenschappelijk verantwoorde manier in elkaar te passen. Die strategie levert weliswaar geen academische publicaties op maar laat wel toe om zaken holistisch te onderzoeken en vooral ook om inzichten te verwerven in complexe uitdagingen**, o.a. uitdagingen met betrekking tot de volksgezondheid. Ze laat ook toe uitvindingen te doen en nieuwe en kritische inzichten te verwerven, zelfs in materies die - zoals bij uitstek vaccinologie - nog steeds onderhevig zijn aan dogma's en stugge paradigma's.
Op die manier wordt men blijkbaar als dissident gecatalogeerd en door de meelopers in de academische wereld miskend. Op die manier was ik diegene die destijds als project manager in de vaccinindustrie werd bekritiseerd omdat ik me verzette tegen de verdere

ontwikkeling van een vaccin tegen genitale herpes (HSV-2) waarvan ik wist dat het alleen maar zou beschermen tegen de symptomen maar niet tegen de transmissie van het virus, met alle gevolgen van dien. De man aan wie ik destijds rapporteerde en tot voor kort de 'operation Warp Speed' leidde, verplaatste me toen naar de afdeling R&D, waar ik jarenlang verantwoordelijk was voor gespecialiseerd onderzoek op adjuvantia (en ja, terloops maar niet onbelangrijk: het publiceren van onderzoeksresultaten was in die context vanzelfsprekend uit den boze). Het bedrijf besloot echter de ontwikkeling van het vaccin verder te zetten tot ik vele jaren later (ik had toen het bedrijf reeds verlaten) van voormalige collega's te horen kreeg dat nieuwe studies hadden gefaald en wel precies omwille van de reden die ik destijds had aangegeven. Diezelfde manier van werken leidde ertoe dat ik tijdens de Ebola crisis in West-Afrika (2014-2016) eigenhandig één van de grootste blunders in de geschiedenis van de vaccinologie blootlegde (de nieuwsgierigen kunnen het rapport lezen op https://uploads-ssl.webflow.com/616004c52e87ed08692f5692/61f65c43db047c9050ffe014_Critical_analysis_Ebola_vaccine_trial_GVB.pdf). Opnieuw werd ik tot dissident verklaard maar het schandaal was kleinschalig genoeg om in de doofpot te worden gestopt. Toen kwam Covid-19. Ik voelde me reeds goed voorbereid. Toch heb ik nog 2 maanden dag en nacht opzoekingen gedaan vooraleer ik mijn oproep tot debat stuurde naar de WHO. **Ik ben dus niet aan mijn proefstuk toe als het gaat om in mijn passie voor vaccins duidelijke contra-indicaties voor hun gebruik te identificeren**. Terwijl ik ondertussen op basis van sympathiserende emails, die ik ontving van voormalige collega's (waaronder ook enkele prominente vaccinologen), kan besluiten dat in die kringen collega-wetenschappers in het werkveld mijn waarschuwingen en voorspellingen wél degelijk ernstig nemen, moet ik met lede ogen toezien hoe enggeestige academici in universiteiten zich organiseren om een poging tot karaktermoord te ondernemen. De inhoud van de door mij kenbaar gemaakte inzichten is daarbij niet eens van belang. Of misschien overstijgen die hun petje? Blijkbaar heeft inderdaad nog geen van hen ooit gehoord over 'immune escape', laat staan dat zij – nu meer dan 10 jaar na de eerste publicaties - reeds zouden gehoord hebben van het bestaan van aangeboren antistoffen, de 2 grote pilaren waarop mijn inzichten in de pandemie zijn gebaseerd.

Wat is met andere woorden hùn bijdrage tot de analyse van de pandemie, waar zijn hun voorspellingen en inzichten en vooral…waar zijn hun publicaties in peer-reviewed papers over deze pandemie? Waar blijft hun internationale ervaring op de verschillende deelgebieden? Wie van hen heeft überhaupt enige ervaring opgedaan met het vaccineren tegen acute virale infecties tijdens een pandemie? Ik respecteer hun keuze om mee te stappen in de wedloop voor steeds meer publicaties maar dit wil nog lang niet zeggen dat ik ondertussen mijn hersenen in slaap wiegde aan het strand van Oostende. Tijdens mijn loopbaan deed ik internationale wetenschappelijke en vaccin-gerelateerde ervaring op in 6 verschillende landen, hield herhaaldelijk keynote voordrachten op internationale vaccincongressen (waarop ik nooit veel van hun volk aantrof) en verrichtte baanbrekend werk in de industrie op het gebied van biofysische analyse van nieuwe, geadjuveerde vaccins. Op basis van mijn veelzijdig wetenschappelijke achtergrond verwierf ik in 2008 een permanente werk- en verblijfsvergunning in de VS op basis van buitengewone vaardigheden en prestaties ('*extraordinary abilities and achievements*') en beschik ik over aanbevelingsbrieven van wetenschappers en vaccinologen met een CV waar deze stoet van academici nog niet eens een punt kunnen aan zuigen (op te vragen bij mijn laatste werkgever). Dezelfde erkenning geldt vanwege wetenschappers en experten die wél de inspanning deden om mijn wetenschappelijke analyse te begrijpen en die er een curriculum op nahouden waarvan deze academici zelfs in hun stoutste verbeelding niet durven te dromen (b.v., Peter Mc Cullough, Paul Elias Alexander, Pierre Kory, Robert Malone, Jessica Rose, Robert Verkerk, Bret Weinstein, Byram Bridle etc).

Hoe laag kunnen m.a.w. deze schijnheilige farizeeërs vallen om volledig inhoudsloos een laffe, collectieve aanslag te plegen op mijn persoonlijke waardigheid en wetenschappelijke vorming, terwijl zij zichzelf veilig en beschermd door hun instanties schuil houden in een ivoren toren? Geen enkel van hen heeft ooit een uitnodiging gekregen om voor GAVI, laat staan voor de Bill & Melinda Gates Foundation of dergelijk prestigieuze instantie te werken. Zou dat het geval zijn, dan hingen zij beslist onmiddellijk hun academische titels aan de kapstok om in allerijl te vertrekken. Of wil deze kliek van arme Belgische academici zich dan dermate belachelijk maken dat **zij zouden denken dat de vaccinindustrie het zich kan veroorloven om op dergelijke gespecialiseerde posities wetenschappelijk ongeschoolden aan te werven**? Het schrijven van publicaties is een peulschil in vergelijking met de eisen die daar worden gesteld. Ik denk trouwens niet dat er in die kudde twee academici te vinden zijn die ooit op wereldcongressen voor vaccins keynotes hebben gehouden zoals ik dat wel regelmatig deed. Hoe geloofwaardig zijn trouwens hun aantijgingen als men bedenkt dat verschillende van deze academici in het verleden blijkbaar wél regelmatig mijn wetenschappelijke input konden appreciëren in vaak urenlange uitwisselingen.

Deze slecht uitgeruste maffia denkt blijkbaar zich op basis van hun academisch statuut een monopolie te kunnen verwerven op het gebied van de wetenschap en als dusdanig als referentie te kunnen dienen voor de informatie die met de bevolking wordt gedeeld. En dit terwijl zich zo goed als geen van hen zijn/haar stem tijdens deze pandemie heeft laten horen. Ze lopen hopeloos achter op de ontwikkelingen en gegevens die ondertussen aan de oppervlakte komen, waarbij vooral – zoals steeds in het verleden het geval was – de VS toonaangevend zijn. Ze verzuipen hopeloos in hun eigen ego en gedachtengoed en slagen er niet eens meer in om ook maar even over de muur van hun gevangenis te gluren. Zolang hun wetenschappelijk imago onaangeraakt blijft en de gelden voor hun onderzoek blijven stromen, geven zij geen blijk van enige kritische evaluatie van dit grootschalig vaccinexperiment. **Het getuigt van een immens gebrek aan maatschappelijke verantwoordelijkheid en respect voor de bevolking die voortdurend met het narratief wordt geconfronteerd zonder dat zij inzicht krijgen in wat de mogelijke gevolgen zijn van een dergelijk massale interventie op hun gezondheid en die van hun medemens, met inbegrip van hun eigen kinderen.** Mijn inzichten laten niet toe om dat te laten gebeuren; dit is dan ook de enige reden waarom ik reageer. Zelf sta ik mijlen boven die achterbakse aantijgingen.

Als ik zelf op bevindingen van een collega-wetenschapper reageer, doe ik dat op de inhoud en niet door ad hominem aanvallen. Vooral vreemd is het overigens voor een stel academici, dat enkel aan zichzelf het predikaat 'wetenschappelijk' wil toekennen, dat zij een van de basisregels van het wetenschappelijke denken met de voeten treden. Het gaat altijd om de inhoud van wat iemand zegt, niet om de persoon die het zegt. Ad hominem aanvallen zijn drogredenen, basisdenkfouten dus, die ingaan tegen elke vorm van logisch denken die ik een echte wetenschapper toch eigen acht.

Geen enkel van deze kornuiten is bereid geweest om in debat te gaan, niet met mij en niet met andere academici die er een net iets bredere kijk op nahouden. Het vergt wel meer moed om met ons in debat te gaan dan om een achterbakse brief te schrijven aan de commissie met als enige inhoud een leugenachtig betoog omtrent mijn integriteit en met als enig doel alsnog te proberen deze commissie nog tijdens de hoorzitting te beïnvloeden.

Opnieuw: dat diegenen uit de kudde die op zijn minst ervaring hebben op relevante deelgebieden (t.t.z. én immunologie én virologie én vaccinologie) met ons in debat gaan i.p.v. zich te verschuilen achter hun éénzijdig en ééntonig academisch gordijn. Op die manier kunnen zij hun standpunt, hun inzichten en oplossingen ook aan het grote publiek duidelijk maken en zich ervan vergewissen dat wetenschappelijke inzichten in complexe problemen

misschien zelfs eerder het privilege zijn van diegenen die onder meer vele publicaties lezen, eerder dan van diegenen die zich alleen maar als doel stellen om zich persoonlijk te profileren met zoveel mogelijk publicaties. Als hun wetenschap dan toch zo overtuigend is dan valt ook nauwelijks te begrijpen waarom zij zelf niet eens moeite doen om in het belang van de volksgezondheid hun mening via de mainstream media, waarvan zij -in tegenstelling tot wij- geen censuur te vrezen hebben, te kennen te geven. Of stemmen zij misschien gewoon klakkeloos en inspiratieloos in met het narratief dat ondertussen dapper door een handvol experten verder verspreid wordt? Het dagelijks beantwoorden van tientallen vragen vanuit de bevolking, het weerleggen van de destructieve kritiek van goedbetaalde en zeer eenzijdige factcheckers en het delen van holistische analyses en voorspellingen via niet-gecensureerde en officieel erkende media (zoals b.v. TrialSite News) vergt wel wat meer kritisch denken dan het bekijken van chronische golfbewegingen en het slikken van voorspellingen en verwachtingen waarvan ook deze academici ondertussen reeds op voorhand weten dat zij keer op keer dienen te worden herzien. Dit alles is zogezegd te wijten aan het feit dat 'de wetenschap evolueert'. In werkelijkheid gaat het daarom dat het onze experten ontbreekt aan inzicht en zij daarom amper beter presteren dan de weerman of die beursspeculant.
Desalniettemin respecteer ik iedere bedrijvige tak van onze gemeenschap, met inbegrip van universiteiten. **Dit respect houdt echter wel op wanneer een bende op hol geslagen wetenschappers vanop hun ivoren toren hoogvaardig spuwen op diegenen die zonder belangenconflict maar wel met integriteit het opnemen voor de gezondheid van diegenen die onder andere door de laksheid en eigenzinnige houding van onze 'geleerden' al te eenzijdig geïnformeerd worden.**
Ik durf met alle vertrouwen mijn nek uitsteken en de volle verantwoordelijkheid dragen voor mijn verzet tegen massavaccinatie met onvoldoende werkzame vaccins in het midden van een pandemie van een sterk muteerbaar virus. Heeft één van deze lafhartige academici die gretig deze 'petitie' ondertekende, weet van ook maar één enkele publicatie die enigszins zou *suggereren* dat vaccinatie onder dergelijke omstandigheden een pandemie kan bedwingen of is er ook maar één enkele onder hen die zich bereid vindt om persoonlijk aansprakelijk te worden gesteld voor de gevolgen van dit experiment? Misschien was het vanwege diegenen wier namen hier voor het nageslacht zijn opgelijst verstandiger geweest zich hierover eerst te bezinnen vooraleer de rangen van de slijkbrigade van de media te vervoegen en mij te degraderen tot een hersenloze schim.
Mijn credibiliteit baseert zich op jarenlange training in de verschillende deelgebieden die deze pandemie aanbelangen en reflecteert zich in de voorspellingen die ik doe. **Waarop baseert zich de credibiliteit van deze geprikkelde academici? Zij staan ver buiten dit gebeuren, behoeden zich voor elke vorm van voorspelling en hoeven dan ook niets te vrezen.**
Alleen zijn dergelijke postjes voor de maatschappij niet langer houdbaar wanneer zij zelfs in tijden van een voor hen algemeen aanvaardbare definitie van 'global health emergency of international concern' geen maatschappelijke verantwoordelijkheid opnemen maar wel in plaats daarvan tot blinde polarisering van het debat aansturen door diegenen, die zich wel verantwoordelijk voelen, ronduit te vernederen.

Conclusie: Men kan hoe dan ook niet omheen mijn diepe kennis van virologie, immunologie en vaccinologie. Het is precies omwille van deze uitgebreide kennis dat ik destijds door de meest prestigieuze vaccinbedrijven en internationale gezondheidsorganisaties werd aangeworven. De slijkbrigades van onze media en ondertussen ook van onze universiteiten kunnen dan wel proberen om mij met om het even welke gemene *ad hominem* aanvallen te discrediteren, mijn kennis en wetenschappelijke inzichten kunnen slechts bezwaarlijk in vraag worden gesteld. Die kunnen al helemaal niet in vraag worden gesteld door politici die in deze materie volledig ongeletterd zijn en slechts de rol spelen van

postbodes die keurig de uitwisseling regelen tussen experten met tegengestelde visie. Zij kunnen al evenmin in vraag gesteld worden door een opgehitste horde van academici die liever uitmunten in achterbaksheid dan zich de moeite te willen getroosten om aan een dergelijk forum deel te nemen. **Op die manier blijft de uitwisseling verborgen voor het merendeel van de burgers en gespeend van elke interactie. Het is net met deze interactie en de conclusies, resulterend uit een open wetenschappelijk debat dat de burger gebaat is. Iedere burger met een minimum aan gezond verstand zal hopelijk stilaan begrijpen dat een dergelijke mentaliteit gigantische vragen oproept en achterhaald is.**
De opeenstapeling in een parlementair dossier van een resem van vragen gevolgd door een resem van antwoorden brengt geen aarde aan de dijk wanneer de geesten gesloten zijn. De geest is immers als een parachute; die werkt enkel wanneer die geopend is. Desalniettemin zal ik me in eer en geweten van deze opdracht kwijten, al is het maar om in enkele geesten kritische zaadjes te planten.
Ik roep dan ook de bevolking op om het recht op een dergelijk debat te blijven opeisen. ***Alleen in een open en eerlijk wetenschappelijk debat tussen onafhankelijke experten binnen een multidisciplinair kader kunnen de grenzen van massavaccinatie en de zin of onzin van het verderzetten van dit experiment op geloofwaardige manier worden onderzocht en aan de bevolking duidelijk worden gemaakt. Elke vorm van politisering van dit debat alsook elke vorm van discriminatie tussen bevolkingsgroepen staat alleen maar een humane oplossing van de huidige crisis in de weg.***

==========

Originele brief verstuurd aan alle leden van de Comissie Gezondheid en Gelijke Kansen van de Kamer

27/1/2022

Mevrouw, Mijnheer,

Langs deze weg wensen we onze bezorgdheid uit te drukken over de aanstelling en de auditie van de heer **Geert Vanden Bossche** door de Commissie voor Gezondheid en Gelijke Kansen over verplichte vaccinatie, die plaats vond op woensdag 26/1/2022. De heer Vanden Bossche wordt er gehoord als vertegenwoordiger van 'Voice for Science and Solidarity', een dubieuze onafhankelijke organisatie bestaande uit twee leden, waaronder de heer Vanden Bossche zelf. Meneer Vanden Bossche stelt zich voor als doctor in de wetenschappen, specialist in virologie met professionele ervaring in de ontwikkeling van vaccins. Het ligt dan ook voor de hand dat **de parlementsleden de heer Vanden Bossche zullen aanhoren omwille van zijn zogenaamde en zelfverklaarde wetenschappelijke expertise op het gebied van vaccinatie**.

Onze bezorgdheid vloeit voort uit de volgende vaststelling: **het statuut van wetenschappelijk expert kan niet worden verkregen door zelfbenoeming**, vooral indien dit statuut het toelaat om een advies te geven aan de hoogste wetgevende instantie van een democratische staat. Het spreekt vanzelf dat een parlement meningen mag horen die gebaseerd zijn op andere redeneringen dan wetenschap. Maar kamerleden en hun kiezers mogen zich niet laten misleiden door deze meningen wanneer ze op onterechte wijze als wetenschappelijke expertise worden voorgesteld. Laten we het duidelijker formuleren: **de heer Vanden Bossche is niet erkend als wetenschappelijk expert**

door de wetenschappelijke gemeenschap. Deze gemeenschap beschikt over effectieve, gedeelde, consensuele en objectieve instrumenten om de wetenschappelijke activiteiten en geloofwaardigheid te beoordelen van ieder die zichzelf voorstelt als actief betrokken bij de biomedische en gezondheidswetenschappen. Het curriculum vitae (in bijlage) van de heer Vanden Bossche toont **geen enkele** significante noch betrouwbare wetenschappelijke, academische, biotechnologische of farmaceutische bijdrage aan de menselijke geneeskunde, vaccinologie, immunologie, virologie of volksgezondheid. De vrijwel totale afwezigheid van recente publicaties in de voorbije 5 jaren opgenomen in PubMed, de voornaamste database van wetenschappelijke en intercollegiaal getoetste publicaties, getuigt hiervan. Deze parameters zijn voldoende om zijn hoedanigheid als expert serieus in vraag te stellen. Bekwame wetenschappers op gebied van immunologie, epidemiologie, virologie of vaccins zien de wetenschappelijke onzin van zijn geschreven of gefilmde beweringen onmiddellijk in. Deze beweringen zijn doorspekt met onwaarheden en desinformatie, en worden exclusief uitgezonden op sociale media of op webpagina's van zijn organisatie. Dit gebeurt verder uiteraard zonder enige vorm van kritische wetenschappelijke toetsing. Spijtig genoeg liggen de hier geformuleerde kritische beoordelingen niet binnen het bereik van niet-experts, hetgeen de impact verklaart die de heer Vanden Bossche op bepaalde mediaplatforms heeft.

We nemen de gelegenheid van dit karikaturale voorbeeld om u aan te **bevelen publiekelijk te verduidelijken in welke hoedanigheid een voor de kamer aangehoorde persoon zijn of haar mening of oordeel mag geven**. Indien dit over een **wetenschappelijk expert** gaat, stellen we voor om zijn/haar **statuut van expert systematisch te laten bevestigen** door ten minste twee van de volgende zes erkende instanties: Fonds de la Recherche Scientifique (**FNRS**), Fonds voor Wetenschappelijk Onderzoek (**FWO**), Académie Royale de Médecine de Belgique (**ARMB**), Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België (**KAGB**), Académie Royale des Sciences (**ARS**), of Koninklijke Vlaamse Academie van België voor Wetenschappen (**KVAB**). De evaluatie door deze instanties, van een dossier met een bondig curriculum vitae en de recente wetenschappelijke activiteiten gedurende de voorbije 5 jaren van een kandidaat expert vergt niet meer dan enkele dagen en zou bijdragen tot **de bescherming van onze democratie tegen verontrustende afwijkingen in het genereren, verspreiden en versterken van onwaarheden en desinformatie**.

We danken u, mevrouw, mijnheer, voor de aandacht die u aan deze aanbeveling zult schenken, en verblijven,

Met de meeste hoogachting,

Fabienne Andris (ULB), Kevin Ariën (ITG Antwerp), Georges Casimir (ULB), Pierre Coulie (UCLouvain), Eric Cox (UGent), Kai Dallmeier (KULeuven), Nicolas Dauby (ULB), Jean-Michel Dogné (UNamur), Laure Dumoutier (UCLouvain), Dirk Elewaut (UGent), Jean-Michel Foidart (ULg), Laurent Gillet (ULg), Olivier Gilliaux (CHU Charleroi), Jean-Christophe Goffard (ULB), Stanislas Goriely (ULB), Cyril Gueydan (ULB), Filomeen Haerynck (UGent), Niels Hellings (UHasselt), Piet Hoebeke (UGent), Véronique Kruys (ULB), Bart Lambrecht (UGent), Oberdan Leo (ULB), Geert Leroux-Roels(UGent), Catherine Linard (UNamur), Sophie Lucas (UCLouvain), Arnauld Marchant

(ULB), Geert Meyfroidt (KULeuven), Isabelle Meyts (UZLeuven), Thomas Michiels (UCLouvain), Muriel Moser (ULB), Michel Moutschen (ULg), Eric Muraille (ULB), Benoit Muylkens (UNamur), Guillaume Oldenhove (ULB), Ghislain Opdenakker (KULeuven), Jean-Christophe Renauld (UCLouvain), Niko Speybroeck (UCLouvain), Jan Tavernier (UGent), Nicolas van Baren (UCLouvain), Benoit van den Eynde (UCLouvain), Pierre van der Bruggen (UCLouvain), Marianne van der Sande (ITG Antwerpen), Jutte van der Werff ten Bosch (UZ Brussel), Laurence Van Melderen (ULB), Dimitri Vander Linden (UCLouvain), Luc Vanhamme (ULB)

De ondertekenaars zijn lid van de **Belgische medische en biomedische wetenschappelijke gemeenschap** en zijn actief in onderzoek of klinische werk in de immunologie, virologie, infectiologie, pediatrie, epidemiologie of volksgezondheid.

Hoorzitting over de vaccinatieplicht van de Commissie voor Gezondheid en Gelijke Kansen van woensdag 26 januari 2022

Prof. Dr. Liliane Schoofs, gewoon hoogleraar KU Leuven, EMBO-lid, docente Immunologische Biotechnologie

Voor bronnen van Figuren: zie begeleidende tekst

Afweersysteem (immuunrespons) bij respiratoire infecties

Drie barrières:

- **aangeboren immuniteit** (breedspectrum antimicrobiële stoffen, mucus, …)
- **mucosale immuniteit** (het slijmvliesepitheel van de ademhalingswegen met eigen immuuncellen, nl. B-cellen en T-cellen geproduceerd in de lymfekliertjes van de mucosa (zoals bv. de amandelen) https://www.nature.com/articles/s41385-021-00461-z
- **systemische immuniteit** (bloedcirculatie met perifere lymfeklieren, zoals bv. in de oksels, lies,..).

De mucosale immuniteit is vaak onderbelicht!

Dimere IgA: belangrijke antistoffen van de mucosale immuunrespons

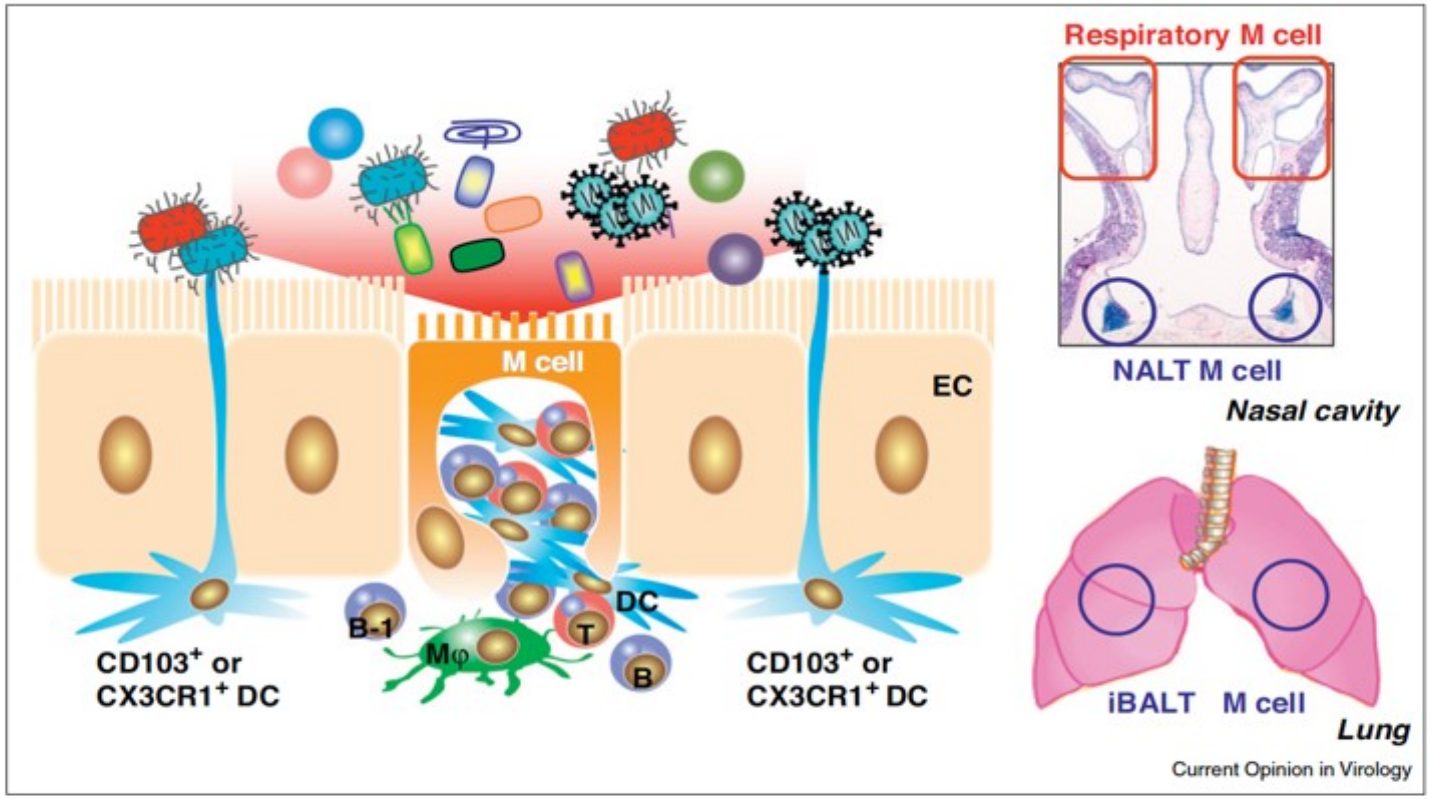
Vooral goed ontwikkeld bij kinderen en jongeren (NALT + BALT)

Independence of systemic and mucosal IgA compartments.

	Serum	**Secretions**
Levels	0.5–3.5 mg/ml	Highly variable in different secretions
Maturation	Adult levels reached in adolescence	Adult levels reached at 6–12 months
	Independent maturation	
Site of production	Bone marrow >> spleen, lymph nodes	Mucosal tissues
	IgA produced systemically is not transported into secretions	
Molecular forms	Predominantly monomeric	Polymeric (dimers and tetramers) SIgA
Subclasses	85% IgA1 15% IgA2	IgA1 dominant in most secretions except for the large intestine and genital tract
Specificity of IgA antibodies		
Proteins	IgA1	IgA1
Polysaccharides	IgA2>IgA1	IgA2>IgA1
Viruses	IgA1	IgA1
Effector functions		Inhibition of antigen uptake
	Anti-inflammatory activity	Inhibition of bacterial adherence
	Neutralization of biologically active antigens	Neutralization of biologically active antigens
		Intracellular neutralization of viruses within epithelial cells
	Structural and functional differences	

Bron: https://www.nature.com/articles/s41385-021-00461-z

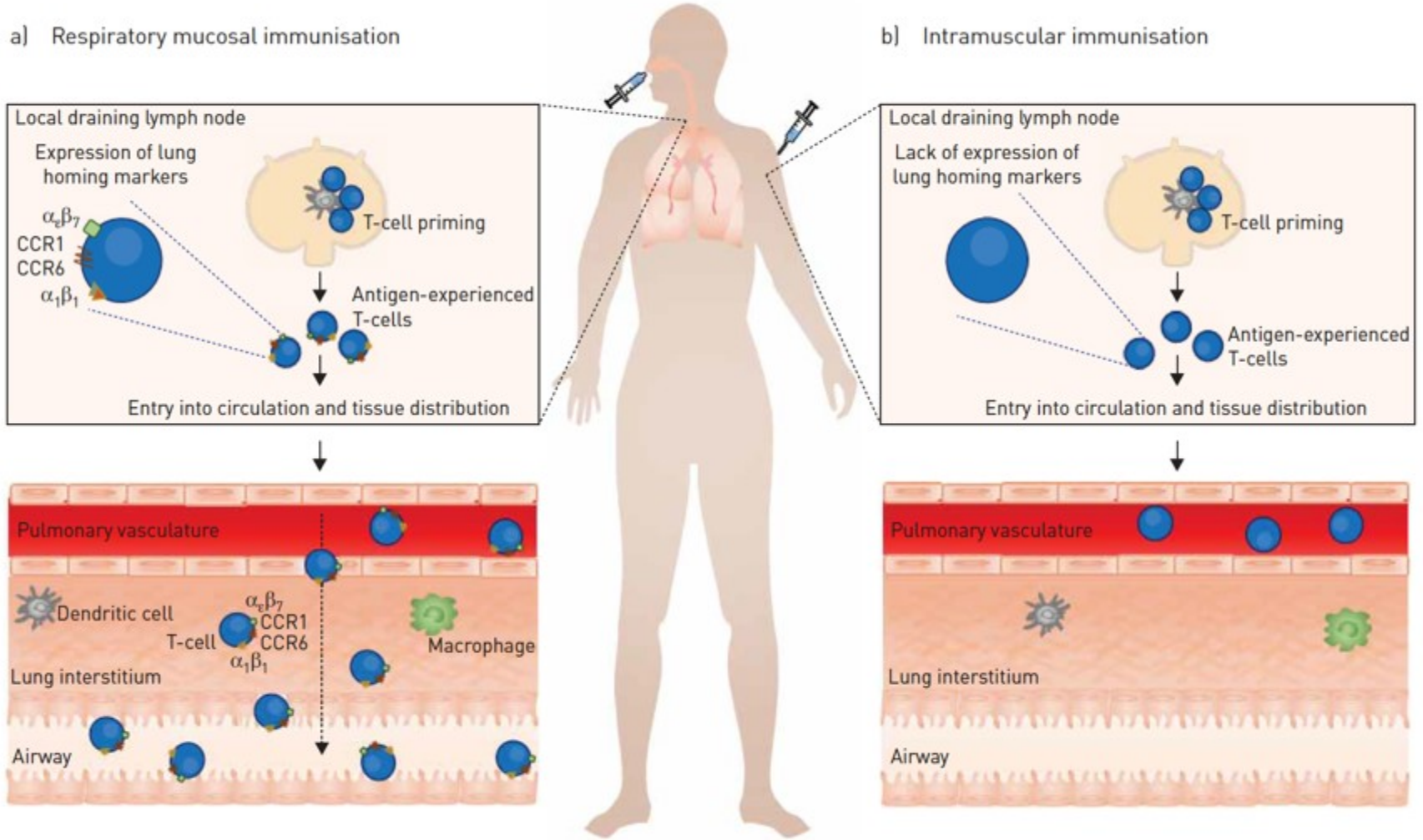
Moleculaire en cellulaire werking van de mucosale immuunrespons (NALT en BALT)



Microfold cells (M cells) specialize in antigen uptake and their presence in the respiratory mucosal immune system. The cilia of M cells are shorter than those of conventional epithelium cells. On its basal side, the M cell develops a pocket-like structure that can hold immunocompetent cells. M cells, like macrophages, function in active antigen uptake. Because lysosome development in M cells is poor, in most cases the incorporated antigens are just passed through the M cells unmodified and then taken up by DCs. In addition to M cells, DCs that are located in the pulmonary alveoli and express CD103, or in the intestine and express CX3CR1, can directly take up luminal antigens by extending their dendrites. M cells can be found in three different locations in the respiratory tract namely the NALT FAE, the respiratory epithelium, and the iBALT FAE.

Moleculaire en cellulaire werking van de mucosale immuunrespons (NALT en BALT)

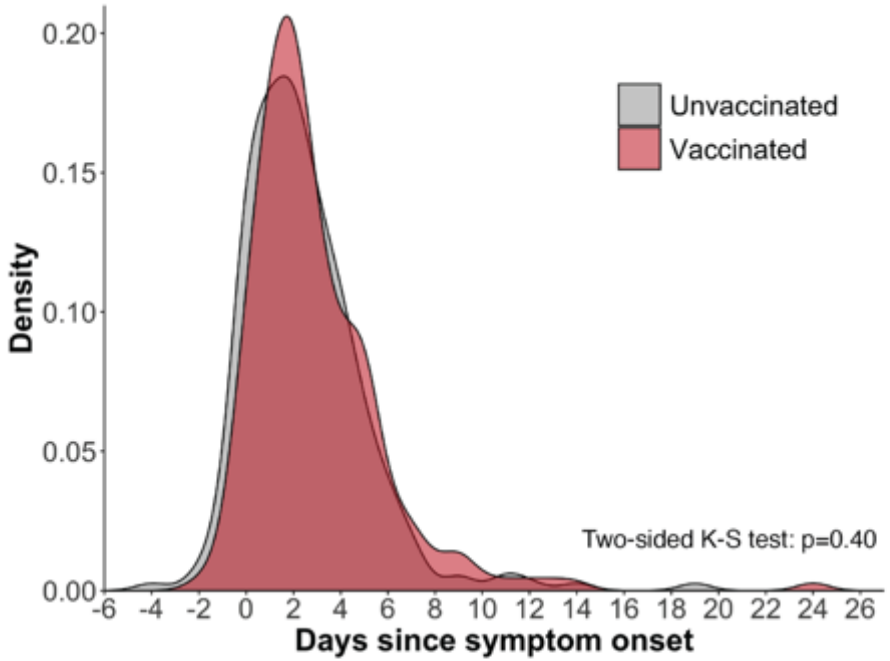
- Besmetting: immuuncellen van NALT worden geprogrammeerd en uitgerust met receptoren op hun celmembraan, zodat zij in staat zijn de uitgezonden attractieve signalen afkomstig van de plaats van infectie (slijmvliezen) te detecteren.
- Intramusculaire vaccinatie: weinig invloed op mucosale infectie (systemische immuuncellen vinden plaats van infectie niet)
- Pas wanneer de virale infectie het NALT doorbreekt, kunnen de immuuncellen die bij intramusculaire vaccinatie geactiveerd worden hun werk doen.
- Dat betekent, dat iedereen – gevaccineerd of niet-gevaccineerd – de mucosale infectie en NALT-immuunrespons doormaakt



Bron: https://err.ersjournals.com/content/24/136/356

Zowel gevaccineerde en niet-gevaccineerde personen dragen bij tot de transmissie van het virus.

Het infectueuze SARS-CoV-2 virus werd aangetroffen in dezelfde concentraties in neusuitstrijkjes van gevaccineerde en niet-gevaccineerde personen



Supplemental figure 3. Density distributions of unvaccinated and vaccinated specimen collection dates by day since symptom onset. Day 0 on the x-axis denotes self-reported day of symptom onset. Negative values for days indicate specimen collection prior to symptom onset. Symptom onset data were available for n=263 unvaccinated cases and n=232 vaccinated cases.

Bron: Riemersma et al. preprint

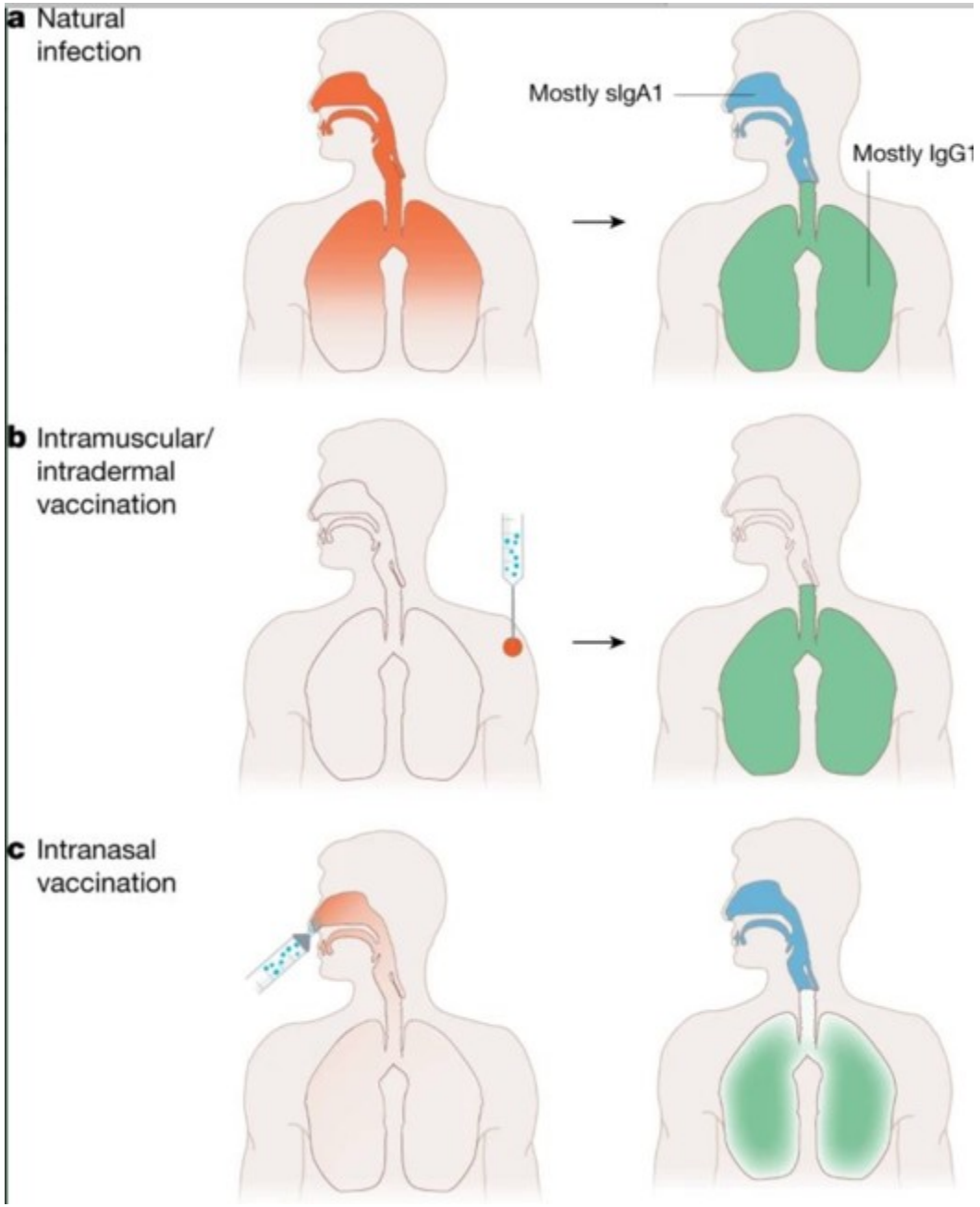
1ste panel: Natuurlijke infectie wekt een mucosale immuunrespons op ter hoogte van de sllijmvliezen.

2de panel: Vaccinatie met een intramusculaire vaccin wekt geen mucosale immuunrespons op, maar wel een systemische immuunrespons

3de panel: Vaccinatie met een nasaal (of oraal vaccin) wekt wel mucosale immuniteit op.

Samengevat: De route van toediening is belangrijk bij vaccinontwikkeling. De huidige intramusculair toegediende vaccins beschermen tegen ernstige ziekte (en hospitalisatie), maar zijn niet geschikt om transmissie van infectie te verhinderen

Gevolgen voor vaccinpas en vaccinatieplicht.



Bron: https://www.nature.com/articles/s41586-020-2798-3

Hoorzitting over de vaccinatieplicht van de Commissie voor Gezondheid en Gelijke Kansen van woensdag 26 januari 2022

Vulgariserende en samenvattende tekst (Prof. Dr Liliane Schoofs, gewoon hoogleraar KU Leuven, EMBO-lid).

1. Inleiding

Het afweersysteem (immuniteit) bij respiratoire infecties kunnen we opdelen in 3 barrières:
- de aangeboren immuniteit (breedspectrum antimicrobiële stoffen, mucus, …)
- de mucosale immuniteit (het slijmvliesepitheel van de ademhalingswegen met eigen specifieke immuuncellen, nl. B-cellen en T-cellen geproduceerd in specifieke lymfekliertjes (zoals bv.de amandelen) https://www.nature.com/articles/s41385-021-00461-z
- de systemische immuniteit (de bloedcirculatie met systemische perifere lymfeklieren, zoals bv. in de oksels, lies).

Hoewel de COVID-19 pandemie nu al ruim 2 jaar duurt, werd er weinig aandacht besteed aan het belang van mucosale immuniteit bij respiratoire infecties.

Het COVID-19 virus infecteert eerst de slijmvliezen van de mond, neus, keel en bovenste ademhalingswegen. Pas wanneer het virus in staat is om deze barrière te doorbreken, komt het in de bloedcirculatie terecht.

Het is dus ter hoogte van het respiratoir en oraal slijmvliesepitheel dat de adaptieve verweer-mechanismen in gang worden gezet. Dit heeft niet alleen belangrijke gevolgen voor de diagnose en behandeling van de aandoening, maar ook voor de ontwikkeling van efficiënte vaccins.

De mucosale immuniteit is vrijwel de grootste component van het ganse immuunsysteem.
Verloop van mucosale immuniteit:
- De mucosa is een zelfregulerende cellenlaag (epitheel met een specifiek “microbioom” van nuttige bacteriën), die antilichamen van het type IgA vrijstelt. In de mucosa zijn dat dimere antistoffen (verschillend van deze die in het bloed circuleren), die binden op het virus en verhinderen dat het virus het slijmvliesepitheel kan binnendringen. De hoeveelheid IgA antistoffen die de mucosa produceert, is een veelvoud van alle andere antistoffen in de bloedbaan.

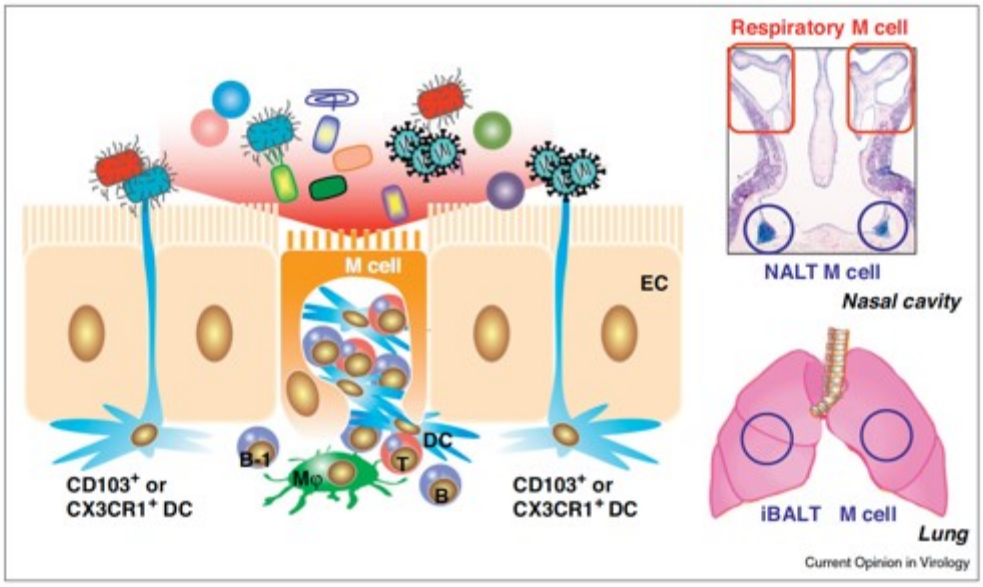
Tabel: Kinderen hebben een zeer goed werkende mucosale immuniteit:

Independence of systemic and mucosal IgA compartments.

	Serum	Secretions
Levels	0.5–3.5 mg/ml	Highly variable in different secretions
Maturation	Adult levels reached in adolescence	Adult levels reached at 6–12 months
	Independent maturation	
Site of production	Bone marrow >> spleen, lymph nodes	Mucosal tissues
	IgA produced systemically is not transported into secretions	
Molecular forms	Predominantly monomeric	Polymeric (dimers and tetramers) SIgA
Subclasses	85% IgA1 15% IgA2	IgA1 dominant in most secretions except for the large intestine and genital tract
Specificity of IgA antibodies		
Proteins	IgA1	IgA1
Polysaccharides	IgA2>IgA1	IgA2>IgA1
Viruses	IgA1	IgA1
Effector functions		Inhibition of antigen uptake
	Anti-inflammatory activity	Inhibition of bacterial adherence
	Neutralization of biologically active antigens	Neutralization of biologically active antigens
		Intracellular neutralization of viruses within epithelial cells
	Structural and functional differences	

2. Moleculaire en cellulaire werking van de NALT mucosa.

De slijmvliezen van de ademhalingswegen samen met hun lymfekliertjes (amandelen) noemt men het NALT (nasopharynx-associated lymphoid tissue).



Microfold cells (M cells) specialize in antigen uptake and their presence in the respiratory mucosal immune system. The cilia of M cells are shorter than those of conventional epithelium cells. On its basal side, the M cell develops a pocket-like structure that can hold immunocompetent cells. M cells, like macrophages, function in active antigen uptake. Because lysosome development in M cells is poor, in most cases the incorporated antigens are just passed through the M cells unmodified and then taken up by DCs. In addition to M cells, DCs that are located in the pulmonary alveoli and express CD103, or in the intestine and express CX3CR1, can directly take up luminal antigens by extending their dendrites. M cells can be found in three different locations in the respiratory tract namely the NALT FAE, the respiratory epithelium, and the iBALT FAE.

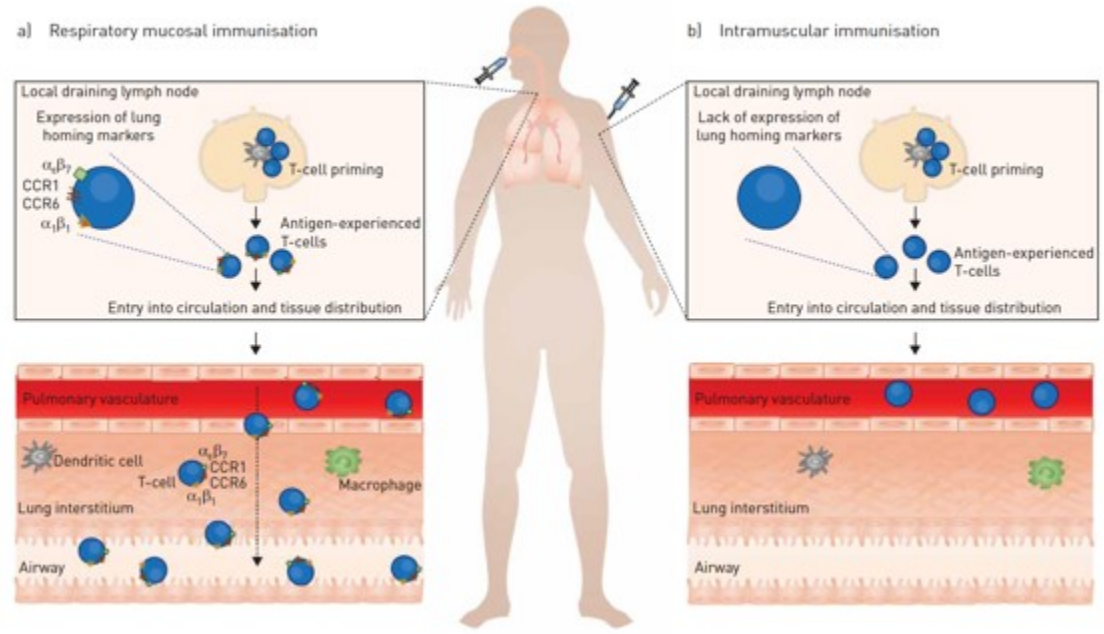
www.sciencedirect.com **Current Opinion in Virology** 2012, **2**:225–232

- Sensorische cellen in het slijmvliesepitheel nemen de aanwezigheid van het virus waar en stellen signaalstoffen (chemokines = attractieve stoffen) vrij.
- Specifieke dendritische cellen van de slijmvliezen migreren naar de lymfekliertjes die onder de mucosa liggen (amandelen) en presenteren het antigen (stukjes van viraal eiwit) aan de lokale immuuncellen in de amandelen.
- In de amandelen wordt de productie van IgA-producerende B-cellen en van T-cellen in gang gezet. Deze cellen worden specifiek geprogrammeerd en uitgerust worden met de geschikte receptoreiwitten op hun celoppervlak (α4β7 integrine en chemokine-receptoren), die nodig zijn om de chemokine-signalen van de plaats van infectie waar te nemen en alzo de plaats van infectie te vinden.
- De specifiek uitgeruste B- en T-immuuncellen migreren dan naar de plaats van infectie. De antistoffen van de B-cellen neutraliseren het virus en de lokale T-cellen vernietigen de cellen van het slijmvliesepitheel waar het virus is binnengedrongen. Een belangrijke eigenschap van de IgA antistoffen (in tegenstelling tot de IgG antistoffen in het bloed), is dat ze niet inflammatoir zijn.
- Tegelijkertijd worden ook de systemische IgG producerende B-cellen geactiveerd in de amandelen, en deze antistof-producerende cellen migreren naar de perifere lymfeklieren, waar ze verder rijpen met de hulp van T-cellen en IgG antistoffen vrijstellen in de bloedcirculatie.
- Wanneer het virus de mucosa-barrière doordringt en in de bloedbaan terechtkomt (meestal ter hoogte van de longblaasjes), komt het virus terecht in de bloedcirculatie, waar de IgG antilichamen het virus neutraliseren.

Veel aandacht werd besteed aan de virus-neutraliserende antistoffen (IgG en IgA) in het bloed. Maar deze antistoffen kunnen enkel effectief zijn wanneer ze de mucosale slijmvliezen waar het virus zich in eerste instantie huisvest, kunnen bereiken. Het is bekend dat circulerende IgA antistoffen in de bloedbaan niet getransporteerd kunnen worden in de secreties van het slijmvlies.

De IgG antistoffen circuleren vooral ter hoogte van de lagere ademhalingswegen, waar ze inflammatie veroorzaken (inductie van complement, cytokinestormen, aantrekken van macrofagen, neutrofielen en natural killer cellen, die de pathologie van de lagere luchtwegen tengevolge van COVID-19 infectie kunnen verklaren wanneer het virus de mucosale barrière heeft doorbroken). Ook de (cytotoxische) T-cellen van de systemische immuunrespons bereiken de longblaasjes via de bloedcirculatie. Deze T-cellen vernietigen de cellen van het longepitheel, waar het virus is binnengedrongen, zodat het virus zich niet meer verder kan vermenigvuldigen.

Kinderen en adolescenten hebben naast het NALT ook nog een goed ontwikkeld BALT (Bronchus-associated lymphoid tissue) ter hoogte van de luchtpijpvertakkingen. Dit aspect zou kunnen verklaren waarom kinderen en jongeren een grotere weerstand vertonen tegen COVID-19.



Bron: https://err.ersjournals.com/content/24/136/356

3. Vaccins

Na infectie met het virus (of na vaccinatie), wordt er een immunologisch geheugen opgebouwd. Het immuunsysteem herinnert zich de eerdere infectie (of vaccinatie). Op het einde van een eerste infectie of bij vaccinatie veranderen sommige effector B- en T- cellen in geheugen B- en T-cellen, die het virus "memoriseren" en paraat staan voor aanval bij een volgende infectie. Op die manier zullen er bij een volgende infectie heel snel opnieuw antistoffen gemaakt worden. Bij een eerste infectie (of vaccinatie) kan het tot 2 weken duren vooraleer het immuunsysteem de infectie heeft uitgeschakeld. Met behulp van geheugencellen doet het immuunsysteem hetzelfde bij een volgende infectie in ongeveer 5 dagen, en maakt het ook meer antistoffen dan tijdens de eerste infectie. Dankzij het snel optreden van de geheugen B-cellen ben je dan verlost van het virus (nog vooraleer je ernstig ziek wordt). Een vaccin helpt dus om immuniteit te verwerven zonder ziek te worden. De huidige vaccins beschermen je dan ook tegen ernstige ziekte. Dit blijft mogelijk zolang de geactiveerde B- en T-cellen het virus herkennen van een vorige infectie of vaccinatie.

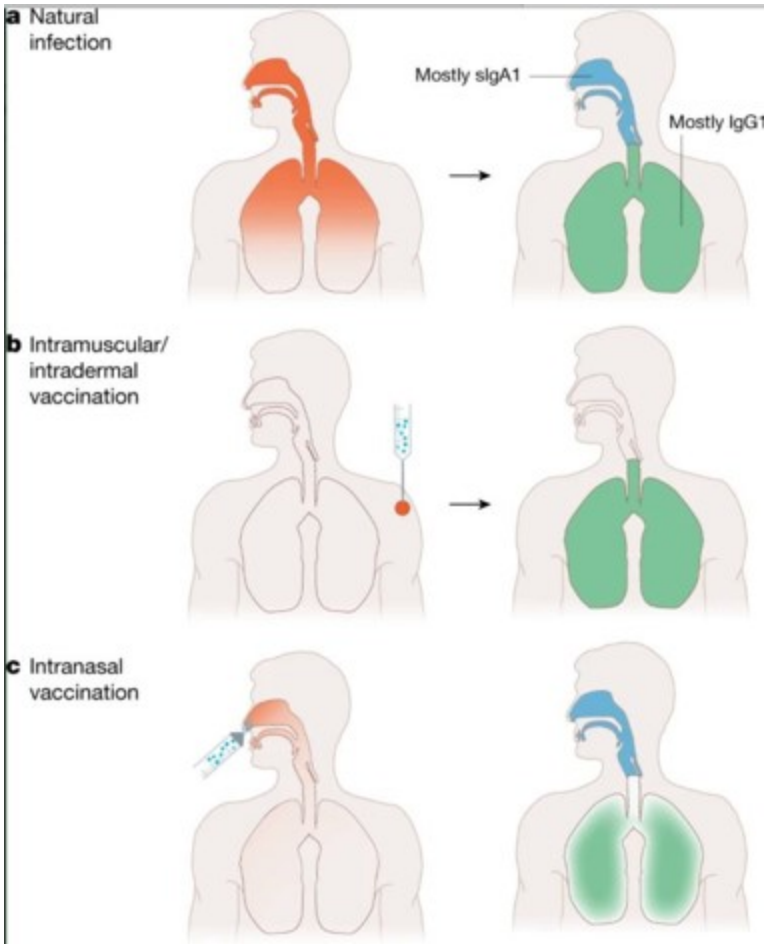
Maar: Alle inspanningen mbt huidige vaccinontwikkeling zijn gefocust op de systemische immuniteit (= vooral IgG antistoffen en cytotoxische T-cellen in het bloed) die pas effectief zijn wanneer het virus

de mucosale barrière heeft doorbroken. Intramusculaire injectie van het vaccin is een vrij povere manier om een mucosale immuunrespons op te wekken. Het NALT wordt nauwelijks geactiveerd bij intramusculaire injectie. Dat verklaart ook de doorbraakinfecties bij gevaccineerde personen: hun NALT wordt dan voor de eerste keer geïnfecteerd, maar dankzij de werking van de mucosale immuniteit (NALT), eventueel gevolgd door de systemische immuunrespons (indien het virus de mucosale barrière doorbreekt) - die ook opgewekt kan worden door het vaccin - worden deze personen niet ernstig ziek.

De route van vaccinatie is cruciaal voor het succes van een vaccin (uit Janeway Immunobiology handboek, hoofdstuk 16). De reden hiervoor is de wijze van imprinting (programmering) van de immuuncellen. De B- en T-cellen die geactiveerd worden met intramusculaire injectie zijn niet geprogrammeerd om de plaats van infectie ter hoogte van de slijmvliezen te vinden. Zij worden niet uitgerust met de mucosa-specifieke chemokine-receptoren en zullen niet aangetrokken worden door de attractieve stoffen (chemokines) die op de plaast van infectie (mucosa) worden vrijgesteld. Deze B- en T-cellen worden geprogrammeerd met andere chemokine- en celoppervlaktereceptoren (L-selectin), die typisch zijn voor de systemische immuniteit.

Intranasale immunisatie (vaccin) is daarom een beter manier om mucosale immuniteit op te wekken bij een respiratoire infectie, zowel ter hoogte van de lager als hoger gelegen ademhalingswegen.

Een figuur uit deze studie in Nature toont dit aan: https://www.nature.com/articles/s41586-020-2798-3

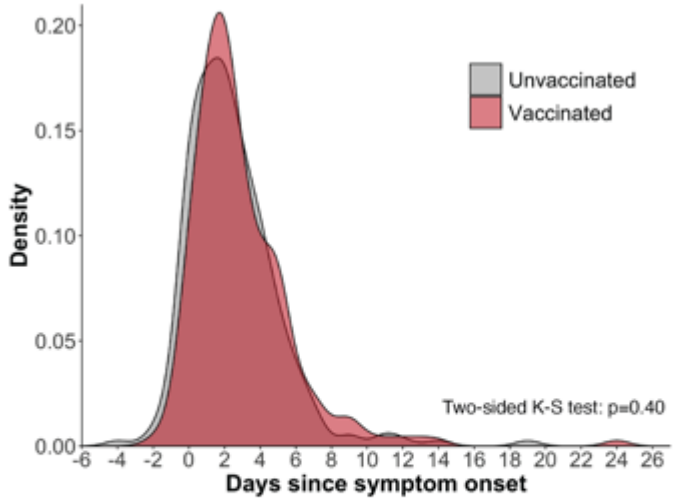


Onderzoek naar de mucosale immuniteit bij COVID-19 zou waardevolle inzichten opleveren in het verloop van de ziekte. Betere staalverzameling en testmethoden om de mucosale immuniteit op te volgen zouden moeten ontwikkeld worden. In plaats van serologische assays zouden testen die IgA antistoffen meten in nasale secreties of in speeksel een betere manier zijn om de immuunrespons van een COVID-19 infectie te monitoren. De mucosale immuunresponsen zouden best vergeleken worden tussen verschillende leeftijdsgroepen. Eén op 400 Europeanen zou immers deficiënt zijn in de productie van IgA antistoffen, en daarom een verhoogde gevoeligheid vertonen voor respiratoire infecties.

De B- en T-cellen van de systemische immuniteit worden pas 6-10 dagen na de mucosale infectie gedetecteerd. Ondertussen en vrij snel na infectie is de met COVID-19 besmette persoon besmettelijk voor anderen, terwijl de mucosale immuunrespons haar werk doet.

Dit verklaart waarom kinderen anderen kunnen besmetten zonder zelf ziek te zijn. Dit verklaart ook waarom zowel gevaccineerde als niet-gevaccineerde personen het virus kunnen doorgeven. De systemische immuniteit die wordt opgewekt bij gevaccineerde personen is immers pas effectief nadat de mucosale barrière is doorbroken en ondertussen zijn deze personen besmettelijk.

Een recente studie (in preprint) van Riemersma et al.
https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.07.31.21261387v6.full-text
illustreert dat zowel gevaccineerde als niet gevaccineerde personen die geïnfecteerd waren met de deltavariant, andere personen kunnen besmetten. Het infectueuze SARS-CoV-2 virus werd aangetroffen in dezelfde concentraties in neusuitstrijkjes van gevaccineerde en niet-gevaccineerde personen bij Ct-waarden kleiner dan 25.



Supplemental figure 3. Density distributions of unvaccinated and vaccinated specimen collection dates by day since symptom onset. Day 0 on the x-axis denotes self-reported day of symptom onset. Negative values for days indicate specimen collection prior to symptom onset. Symptom onset data were available for n=263 unvaccinated cases and n=232 vaccinated cases.

Gelijkaardige virale ladingen bij gevaccineerde en niet-gevaccineerde personen werd ook gerapporteerd door Servelitta et al. (2021), Nature Microbiology. https://www.nature.com/articles/s41564-021-01041-4

> *"We also found that differences in viral RNA loads (as estimated using Ct values) between vaccine breakthrough and unvaccinated infections were non-significant (P = 0.99), regardless of lineage.*
> *…*
> *In summary, our results reveal that vaccine breakthrough infections are overrepresented by immune-evading variants such as Gamma and Delta probably due to selection pressure in a*

highly vaccinated community (>71% fully vaccinated as of early August 2021), and that high-titre symptomatic post-vaccination infections may be a key contributor to viral spread."

Subramanian et al (2021; European Journal of Epidimiology) stelt dat stijgingen van COVID-19 besmettingen in 68 landen en 2947 districten in de USA niet gerelateerd zijn aan de vaccinatigraad in die gebieden https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC8481107/

4. Samengevat:

De huidige intramusculair toegediende vaccins zijn zeer geschikt om ernstige ziekte en hospitalisaties te voorkomen, maar kunnen de transmissie van een mucosale infectie niet stoppen. De verklaring hiervoor is als volgt:

- De immuuncellen die geactiveerd worden via intramusculaire vaccinatie worden niet geprogrammeerd met de juiste "homing" receptoren op hun celmembraan. Hierdoor kunnen deze immuuncellen de signalen die uitgezonden worden vanuit de plaats van infectie (neus- en keelmucosa) niet waarnemen, en er dus ook niet op reageren.
- De immuuncellen van het NALT (naso-pharyngeaal geassocieerd lymfeweefsel = mucosaal immuunsysteem) worden bij besmetting wel correct geprogrammeerd met de juiste receptoren (o.a. chemokine G eiwit gekoppelde receptoren) op hun celmembraan. Deze NALT immuuncellen detecteren de uitgezonden chemokine signalen (= attractieve stof) wel en kunnen daarom wel het virus aanvallen op de plaats van infectie (mond, neus, keelslijmvliezen en bovenste ademhalingswegen).
- Bij intramusculaire vaccinatie wordt het NALT niet of nauwelijks geactiveerd. Dat gebeurt enkel bij besmetting ter hoogte van de mond, neus, keelslijmvliezen. Of door vaccinatie met een nassaal (of oraal vaccin) dat de mucosa target.
- Pas wanneer de virale infectie het NALT doorbreekt, en het virus in de lager gelegen ademhalingswegen (en longen) terechtkomt, kunnen de immuuncellen die bij intramusculaire vaccinatie geactiveerd worden hun werk doen.
- Dat betekent, dat iedereen – gevaccineerd of niet-gevaccineerd – de NALT-immuunrespons doormaakt, en dus in die periode (asymptomatisch of licht symptomatisch, niezen,…) besmettelijk is. Wanneer het virus het NALT doorbreekt, vertoont de besmette niet-gevaccineerde persoon al veel meer symptomen, en is hij/zij behoorlijk ziek en veelal niet in staat tot veel sociaal contacten (uitzieken, eventueel gehospitaliseerd).

Dat de huidige vaccins de mucosale immuunrespons nauwelijks beïnvloeden, wordt geïllustreerd door een studie in eLife die stelt https://elifesciences.org/articles/72619:

"*vaccinatie van niet eerder besmette personen induceert geen sterke humorale respons (antistoffen) in de respiratoire mucosa. Bij deze gevaccineerde personen treft men nauwelijks neutraliserende SARS-CoV-2 antistoffen aan in neusuitstrijkjes (Planas et al., 2021). Daarom moeten er strategieën ontwikkeld worden die veel efficiënter zijn in het opwekken van mucosale "homing" SARS-CoV-2-specifieke B en T cellen. Een intranasale route van vaccinatie houdt meer potentieel in voor het bereiken van steriliserende immuniteit*."

Dat de route van vaccinatie bepalend is voor het succes van vaccinatie met betrekking tot het verhinderen van transmissie wordt geïllustreerd door meerdere studies.

-Russell et al (2020) Mucosal immunity in COVID-19: a neglected but critical aspect of SARS-CoV-2 infection. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33329607/

- Wang et al., (2021) Science Translational Medicine https://www.science.org/doi/10.1126/scitranslmed.abf1555 Een vaccin dat dimere IgA antistoffen induceert ter hoogte van de mucosa, zou een goede kandidaat zijn voor bescherming tegen SARS-CoV-2.

5. Gevolgen voor vaccinverplichting en vaccin-pas:

1) Men kan zich terecht de vraag stellen of een vaccinpas nuttig is wanneer het vaccin de viruscirculatie niet hindert, en wanneer de transmissie bewerkstelligd wordt door zowel gevaccineerde als niet-gevaccineerde personen.

2) Ook kan men zich de vraag stellen of een vaccinplicht (nog) zinvol is voor een vaccin dat de mucosale infectie niet kan verhinderen, en dat ontwikkeld werd tegen de Wuhanvariant. Zeker in de huidige periode waarin de veel minder schadelijke, maar meer besmettelijke omikronvariant circuleert. De vaccinatiegraad is al hoog in België, en het is maar de vraag of een vaccinplicht zal leiden tot een hogere vaccinatiegraad. Enkel het poliovaccin is verplicht in België. Momenteel wordt het intramusculair poliovaccin gebruikt, maar tot het jaar 2000 werd het oraal vaccin toegediend. Het is het oraal toegediend vaccin (sabin-vaccin dat de mucosa target) dat ervoor heeft gezorgd dat polio wereldwijd zo goed als werd uitgeroeid (met uitzondering van Afghanistan en Pakistan). Bij een polio-uitbraak grijpt men telkens terug naar dit oraal sabin-vaccin.

3) Het WHO en EMA stellen de boosters in vraag en roepen op tot de ontwikkeling van een nieuw vaccin. *EMA strategy chief Marco Cavaleri said: ...overly frequent booster doses could potentially lead to "problems with immune response*." (https://www.bloomberg.com/news/articles/2022-01-11/repeat-booster-shots-risk-overloading-immune-system-ema-says. https://www.hln.be/dossier-instagram-vtm-nieuws/who-waarschuwt-pandemie-met-boosters-bestrijden-is-geen-levensvatbare-strategie~a55474342/?utm_source=twitter&utm_medium=social&utm_campaign=socialsharing_web

   Bij dat nieuw vaccin zal men rekening moeten houden met het '*original antigen sin*' concept in de immunologie. Het immuunsysteem is een beetje lui en zal bij infectie van een nieuwe variant (nieuw vaccin) proberen eerdere antistoffen te gebruiken die het voldoende goed acht. Bij het nog te ontwikkelen vaccin moet men vermijden dat dit vaccin bij gevaccineerde personen nog steeds enkel antilichamen opwekt die gericht zijn tegen de epitopen die de nieuwe (omikron) variant gemeen heeft met de eerdere Wuhan-variant, wat zou resulteren in een veel minder brede immuniteit.

4) Maatschappelijke nadelen: tweespalt in de samenleving. Uit European J. Epidimiology https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC8481107/ : *"In summary, even as efforts should be made to encourage people to get vaccinated, it should be done so with humility and respect. Stigmatizing populations can do more harm than good".*

Aanvullende literatuur:

- Scientists not backing Covid jabs for 12 to 15-year olds. https://www.bbc.com/news/health-58438669

- Woo et al. (2021) Clinical characteristics and prognostic factors of myocarditis associated with the mRNA COVID-19 vaccine. J. Medical Virology. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34862617/

- Het COVID mRNA vaccin beschermt tegen ernstige ziekte. Bar-On et al (2021), New England Journal of Medicine https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34525275/

- De natuurlijke immuun respons bij kinderen is krachtig en duurzaam: https://www.nature.com/articles/s41590-021-01089-8

- De natuurlijke immuniteit na infectie is langdurig (1 jaar): Pradenas et al. Cell (2022) Clinical course impacts early kinetics and long-term magnitude and amplitude of SARS-CoV-2 neutralizing antibodies beyond one year after infection. https://www.cell.com/cell-reports-medicine/fulltext/S2666-3791(22)00023-4

- "Original antigenic sin" principe: de keerzijde van het immunologisch geheugen en gevolgen voor het ontwikkelen van vaccins. Bij boosters wekken de vaccins antistoffen op die gericht zijn tegen de eerste variant, waartegen het vaccin werd ontwikkeld. Hoe meer de nieuwe variant verschilt van de eerste variant, hoe minder verschillende antistoffen werkzaam kunnen zijn. Brown et al., (2021) *The downside of immunological memory and implications for vaccine development* https://journals.asm.org/doi/10.1128/mSphere.00056-21

- Mogelijk gevaar bij herhaalde vaccinaties: Systemische auto-immuniteit lijkt een niet te vermijden gevolg te zijn van het overstimuleren van het immuunsysteem via herhaalde immunisaties met het antigen. Tsumiyama et al (2009) PloSone: https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0008382

- Vijf redenen waarom COVID-19 groepsimmuniteit waarschijnlijk onmogelijk zal zijn. https://www.nature.com/articles/d41586-021-00728-2

> *"Modellers won't be able to count everybody who's been infected when calculating how close a population has come to the herd-immunity threshold. And they'll have to account for the fact that the vaccines are not 100% effective. If infection-based immunity lasts only for something like months, that provides a tight deadline for delivering vaccines. It will also be important to understand how long vaccine-based immunity lasts, and whether boosters are necessary over time. For both these reasons, COVID-19 could become like the flu."*
>
> *"There's another problem to contend with as immunity grows in a population, Ferrari says. Higher rates of immunity can create selective pressure, which would favour variants that are able to infect people who have been immunized. "*

- Virusvarianten en hun biologische evolutie: https://pubs.acs.org/doi/full/10.1021/acs.jpclett.1c03380 en

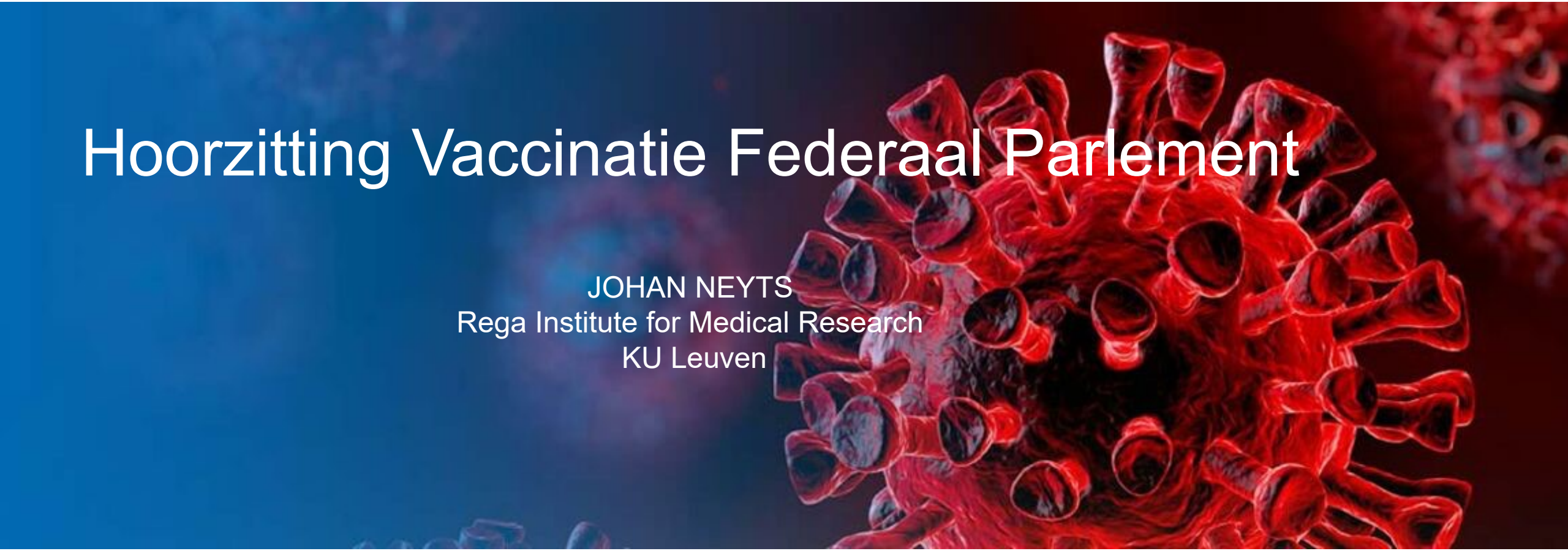
> "*The importance of understanding SARS-CoV-2 cannot be overlooked. Recent stydies confirm that natural selection is the dominating mechanism of SARS-CoV-2 evolution, which favors mutations that strengthen viral infectivity. Here, we demonstrate that vaccine-breakthrough or antibody-resistant mutations provide a new mechanism of viral evolution*. "

- Boosters resulteren in beperkte winst voor zij die hersteld zijn van SARS-CoV-2: https://elifesciences.org/articles/72619

> *"Overall, our results suggest that a second SARS-CoV-2 vaccine dose in individuals who have recovered from COVID-19 may provide less benefit than in individuals who have not previously been exposed to SARS-CoV-2; these findings are in line with recommendations from previously published serological studies Stamatatos et al., 2021; Goel et al., 2021; Ebinger et al., 2021*.

https://doi.org/10.1038/s41586-021-04060-7 "*These results suggest that boosting vaccinated individuals with currently available mRNA vaccines will increase plasma neutralizing activity but may not produce antibodies with equivalent breadth to those obtained by vaccinating convalescent individuals*."

Hoorzitting Vaccinatie Federaal Parlement

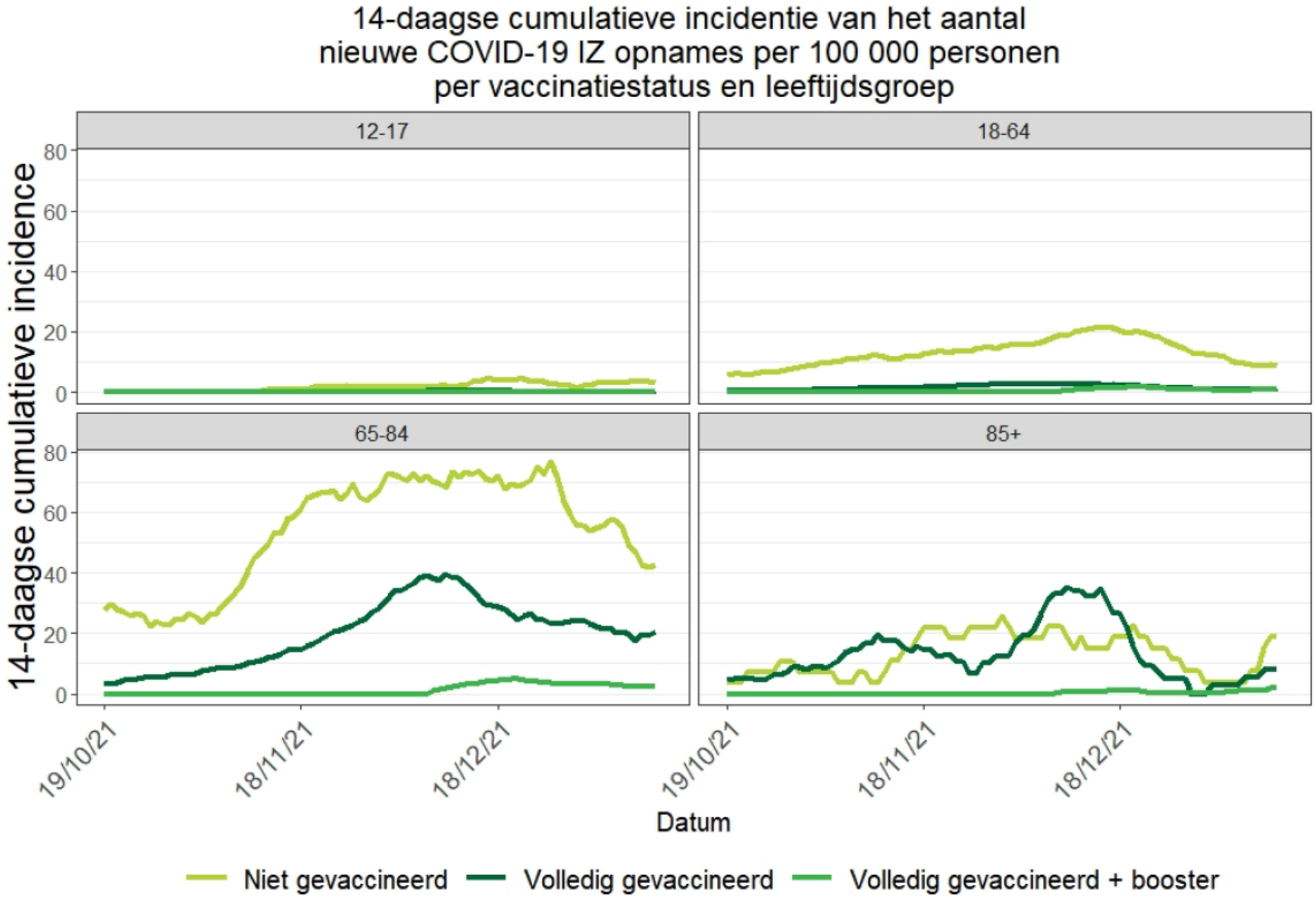


JOHAN NEYTS
Rega Institute for Medical Research
KU Leuven

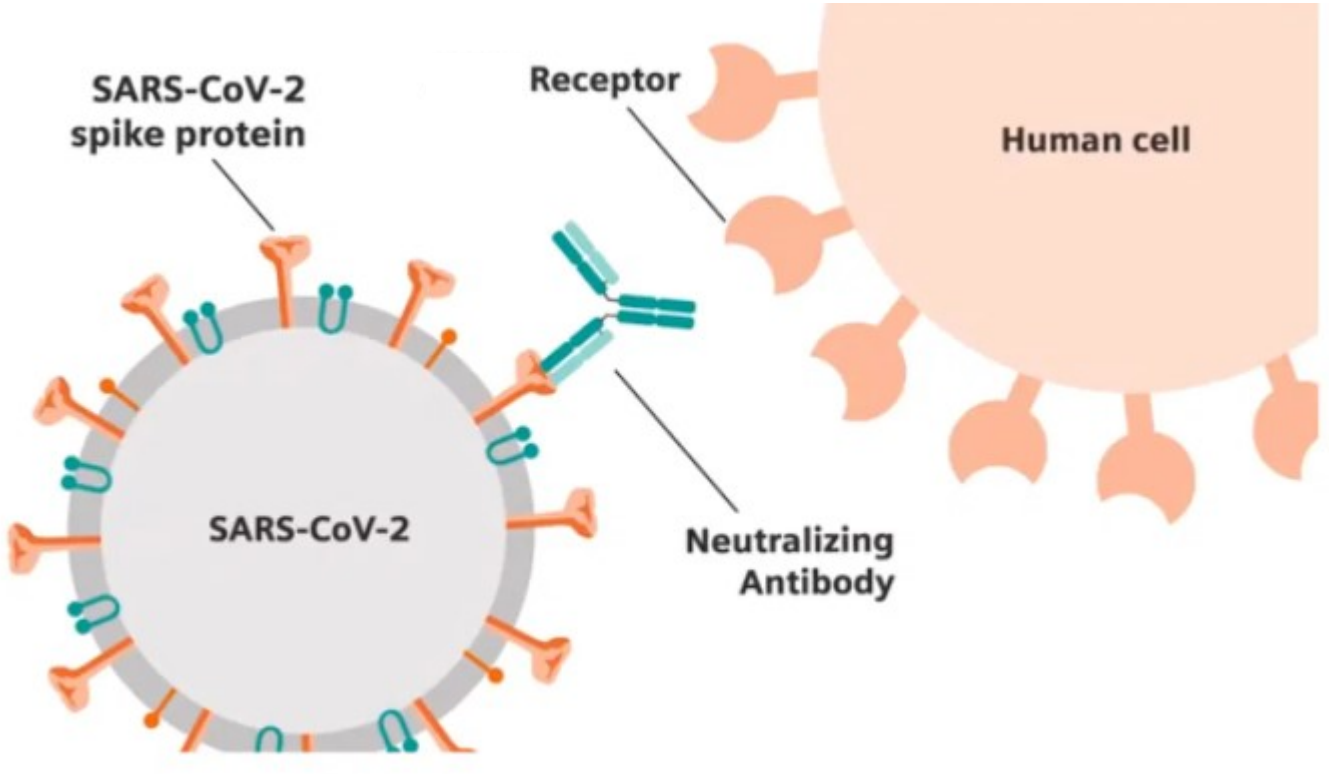
@neyts_johan
www.antivirals.be

26-01-2024

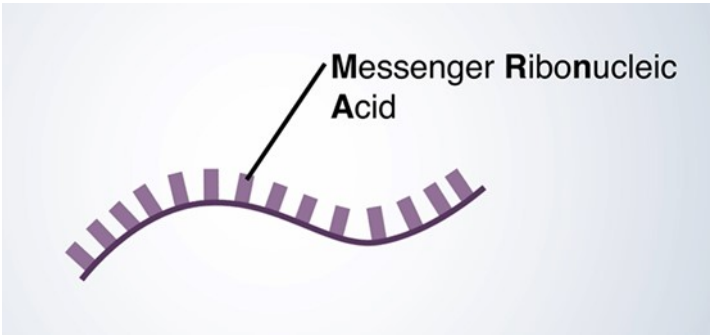
KU LEUVEN

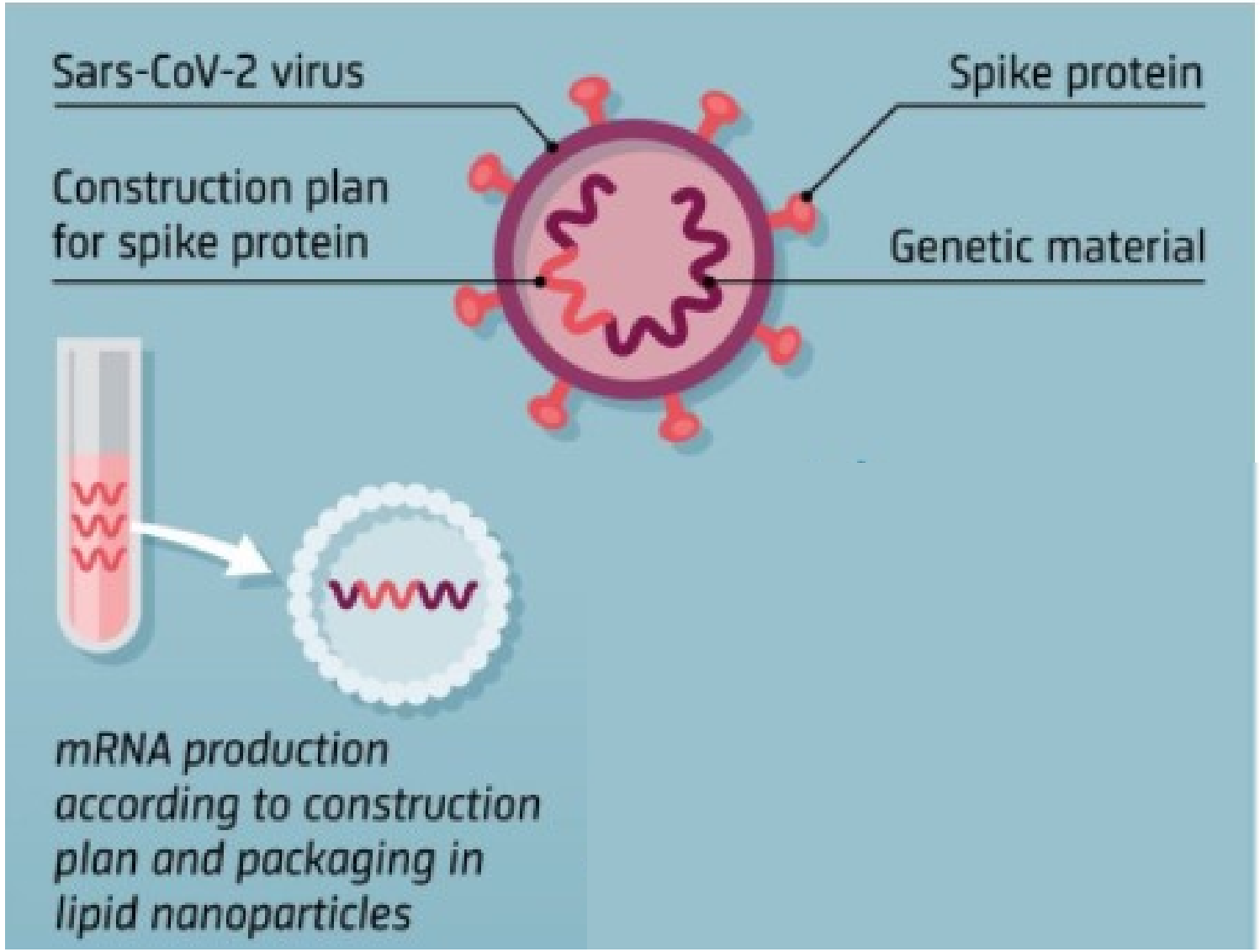

14-daagse cumulatieve incidentie van het aantal
nieuwe COVID-19 IZ opnames per 100 000 personen
per vaccinatiestatus en leeftijdsgroep
12-17
18-64
65-84
85+
14-daagse cumulatieve incidence
0
20
40
60
80
19/10/21
18/11/21
18/12/21
Datum
Niet gevaccineerd
Volledig gevaccineerd
Volledig gevaccineerd + booster

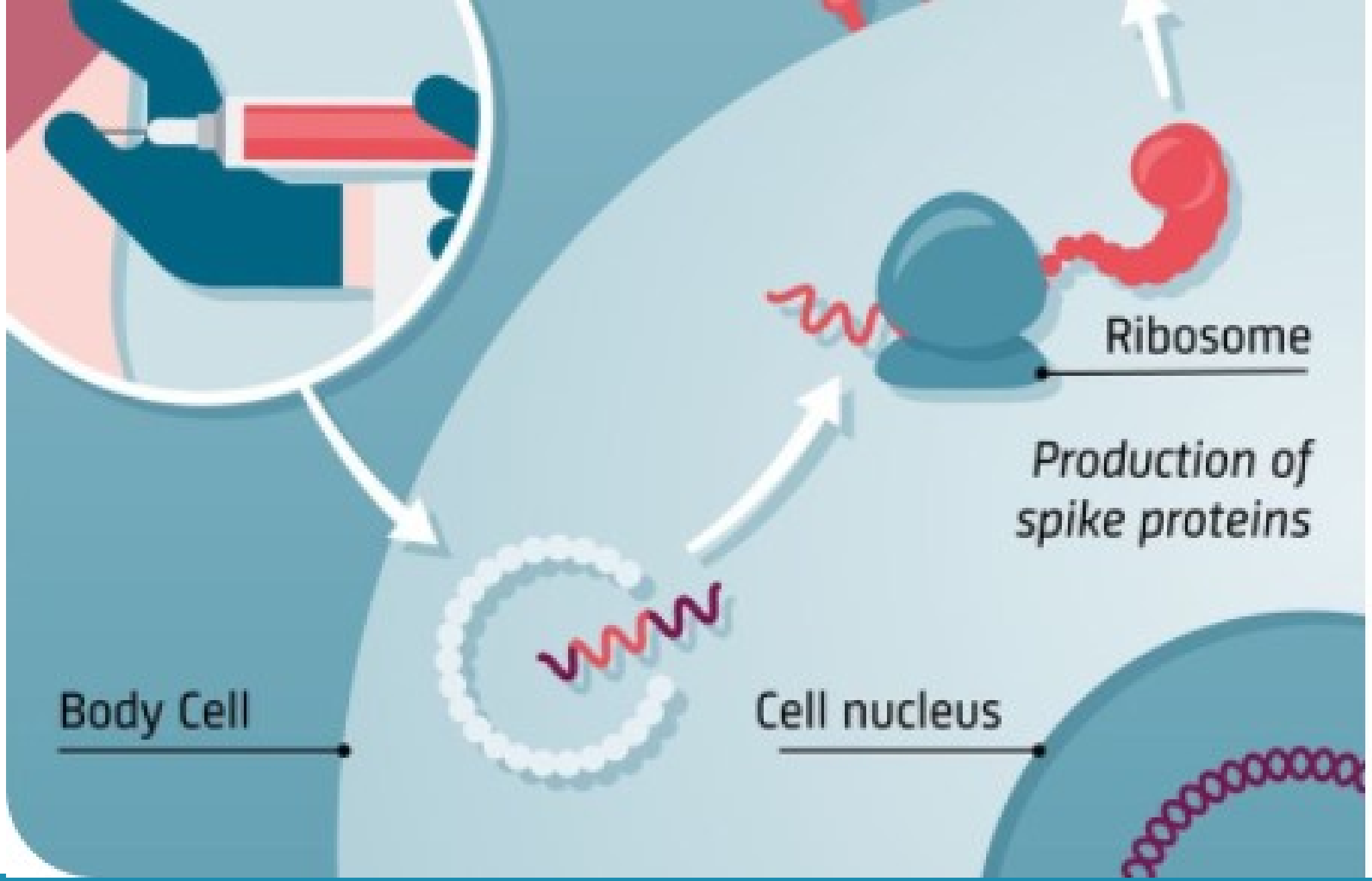
Hoe werken de mRNA vaccins?



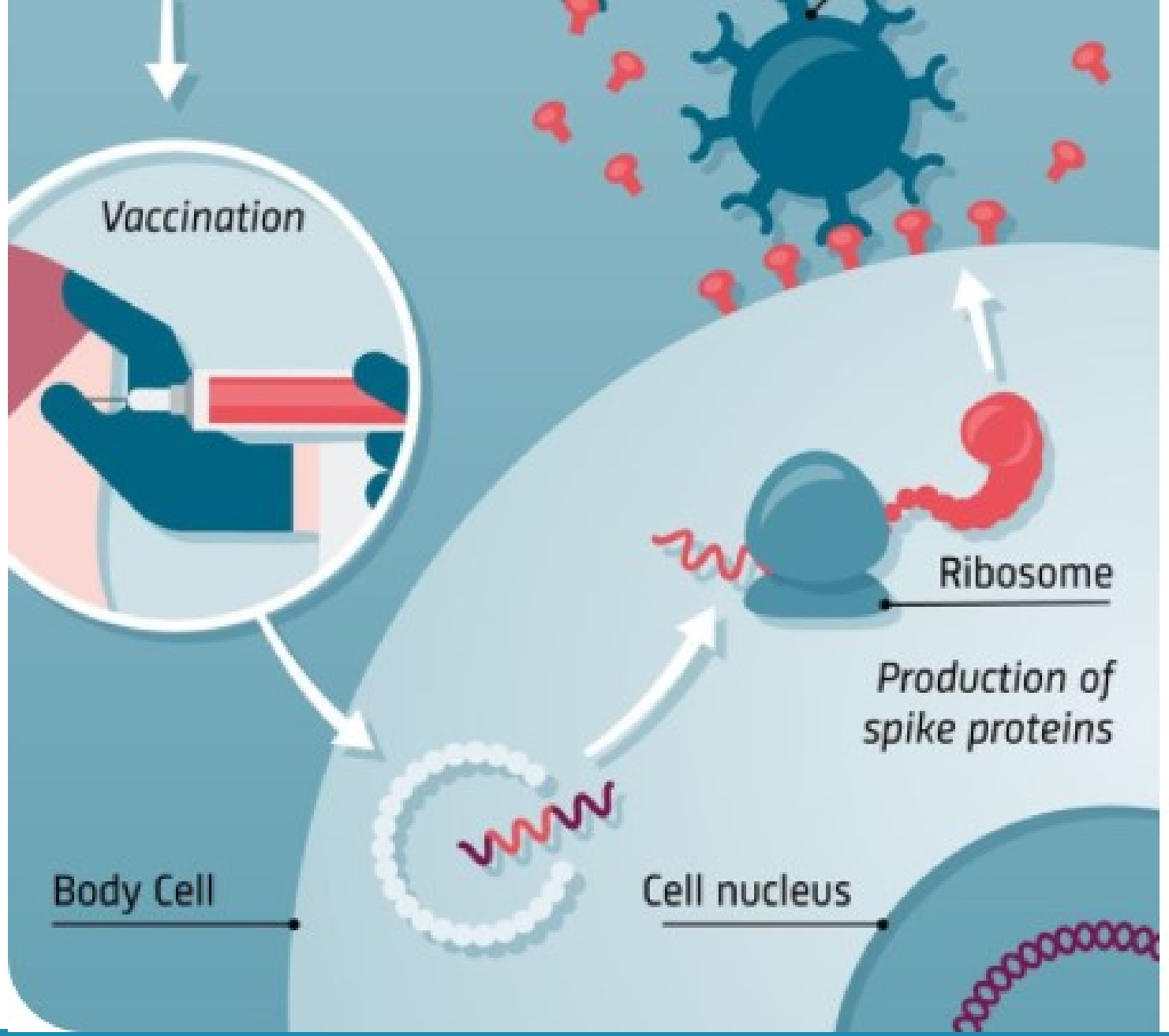
www.siemens-healthineers.com



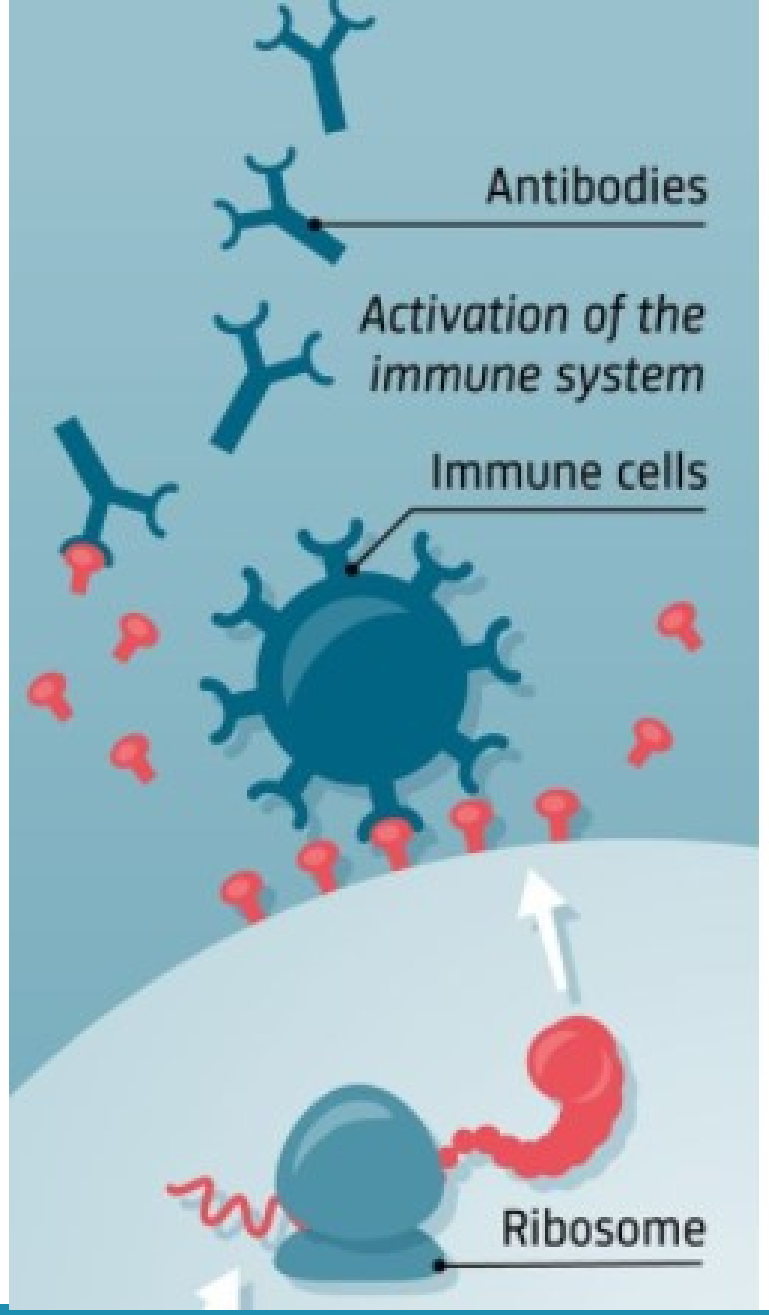

Sars-CoV-2 virus
Spike protein
Construction plan for spike protein
Genetic material
mRNA production according to construction plan and packaging in lipid nanoparticles



Anne Seeger, SCNAT (CC By 4.0)



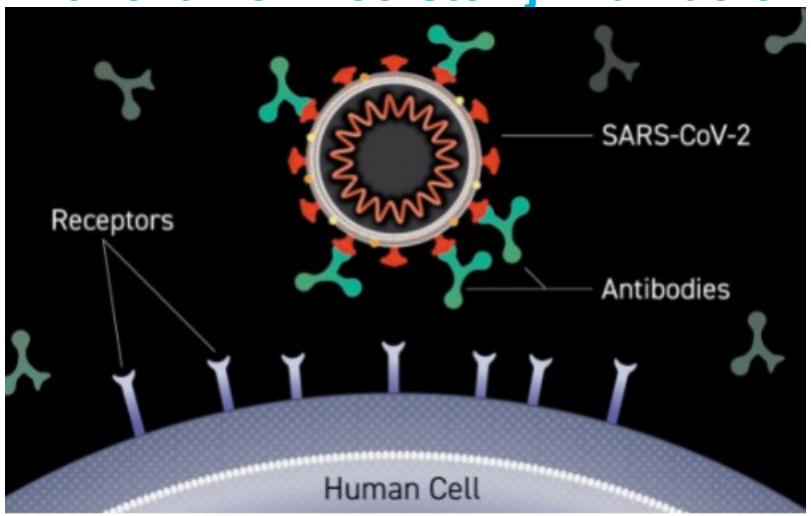
Anne Seeger, SCNAT (CC By 4.0)



Antilichamen : eerste lijn van defensie

T-cellen : tweede lijn van defensie

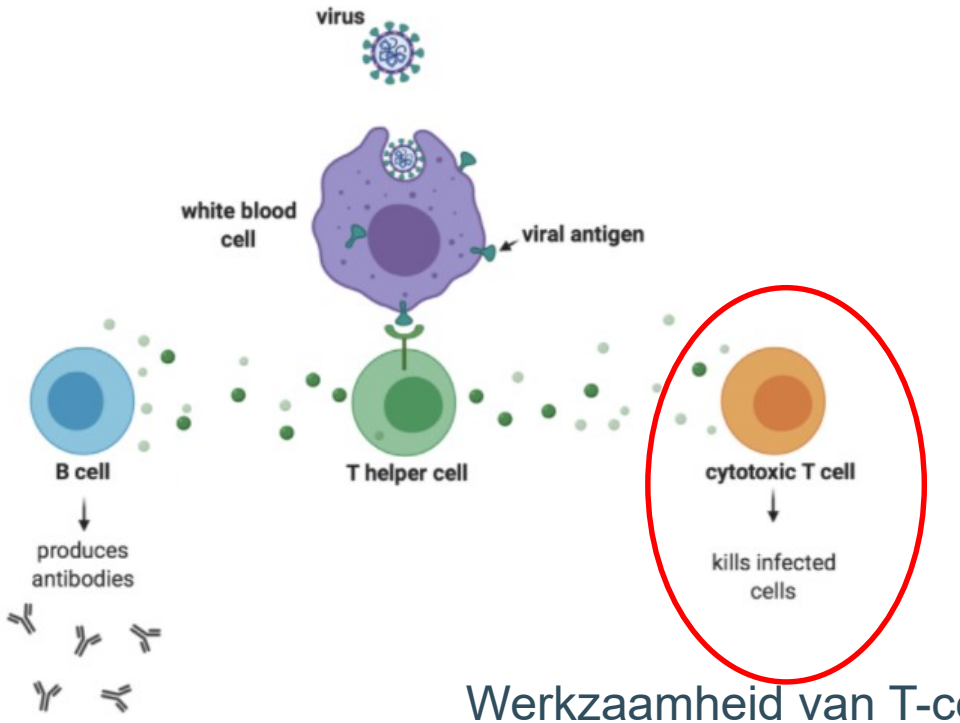
Antilichamen : eerste lijn van defensie



Vaccins op basis van Wuhan spike
Minder efficiënte herkenning van VOC
Boost verhoogt de niveaus van antistoffen zodat toch nog voldoende neutralisatie

www.nih.gov

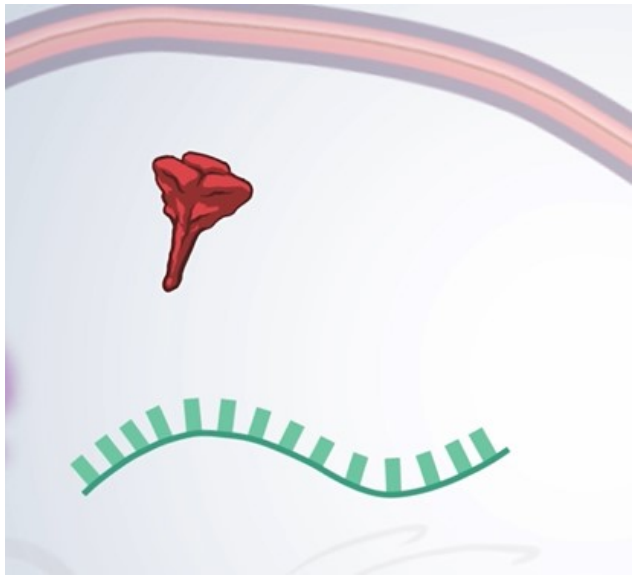
T-cellen : tweede lijn van defensie

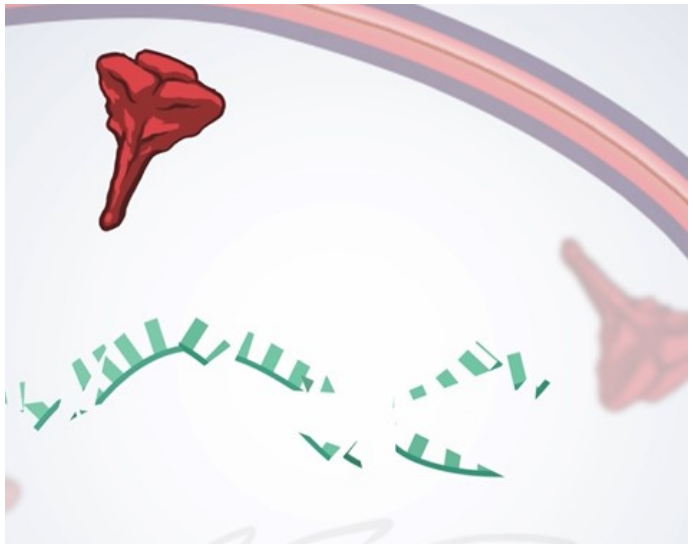


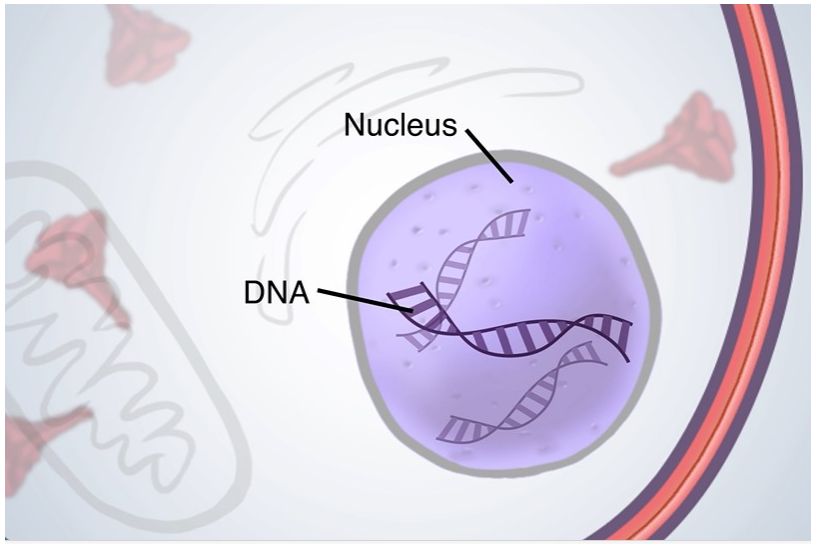
www.virology.ws

Werkzaamheid van T-cellen minder afhankelijk van de variant

De mRNA vaccins zijn zeer thermolabiel en het mRNA kan niet in de kern







Pfizer vaccin : 10 microgram (1 honderdste van een mg)
Stockage bij -80°C / injectie bij 37°C :117°C warmer, snelle afbraak in lichaam

Twee – drie – vier dosissen?

Het ene vaccin is het andere niet. Het ene virus is het andere niet.

1 x dosis



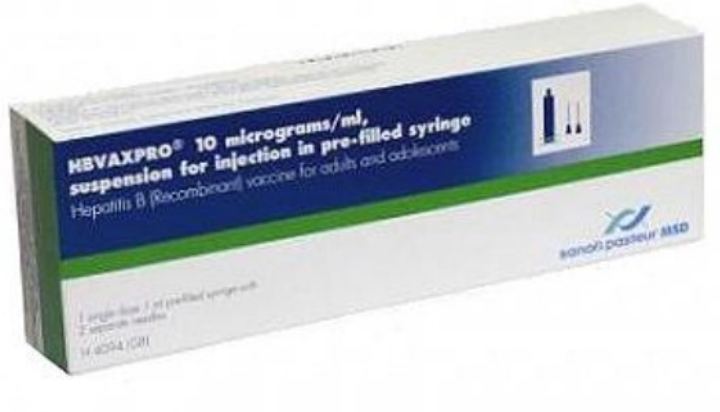
Gele koorts

2 x dosis



Mazelen – Bof – Rode hond

3 of 4 x dosis



Hepatitis B

Sommige virussen muteren

snel : HIV, influenza, coronavirussen

weinig of niet : gele koorts, polio, HBV

What are the long-term side effects of COVID vaccines? 3 things to know

Matt Windsor | UAB Reporter

UAB THE UNIVERSITY OF ALABAMA AT BIRMINGHAM

1. Vaccins worden snel afgebroken in het lichaam.

2. Nevenwerkingen –als ze er zijn – komen meestal in de eerste dagen voor. Bij geen enkel vaccin zijn er nevenwerkingen die laat (later dan 2 maanden na vaccinatie) ontstaan.

3. We hebber[illegible] eeste andere vaccins



KU LEUVEN

Vaccins hebben de wereld veranderd

WHO/ECDC: Nearly half a million lives saved by COVID-19 vaccination in less than a year

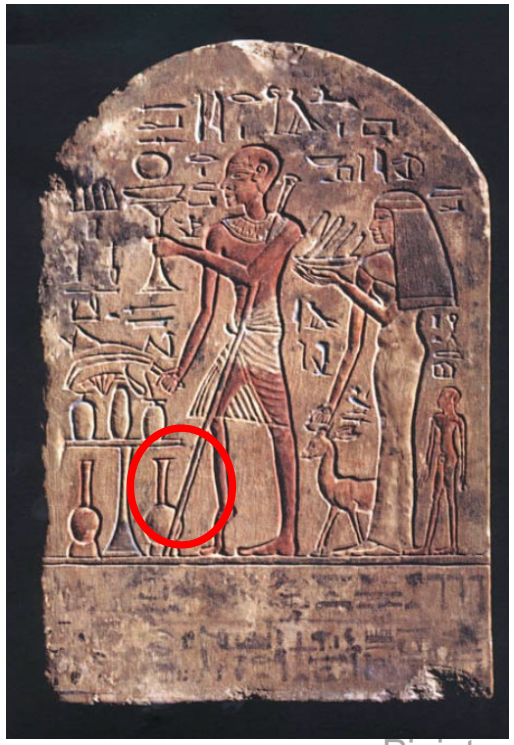
Press release

25 Nov 2021

A new study by the WHO Regional Office for Europe and European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) published in Eurosurveillance estimates that 470,000 lives have been saved among those aged 60 years and over since the start of COVID-19 vaccination roll-out in 33 countries across the WHO European Region.

This estimate does not include lives saved by vaccinating people less than 60 years nor lives saved from the indirect effect of vaccination because of a reduction in transmission.

Polio



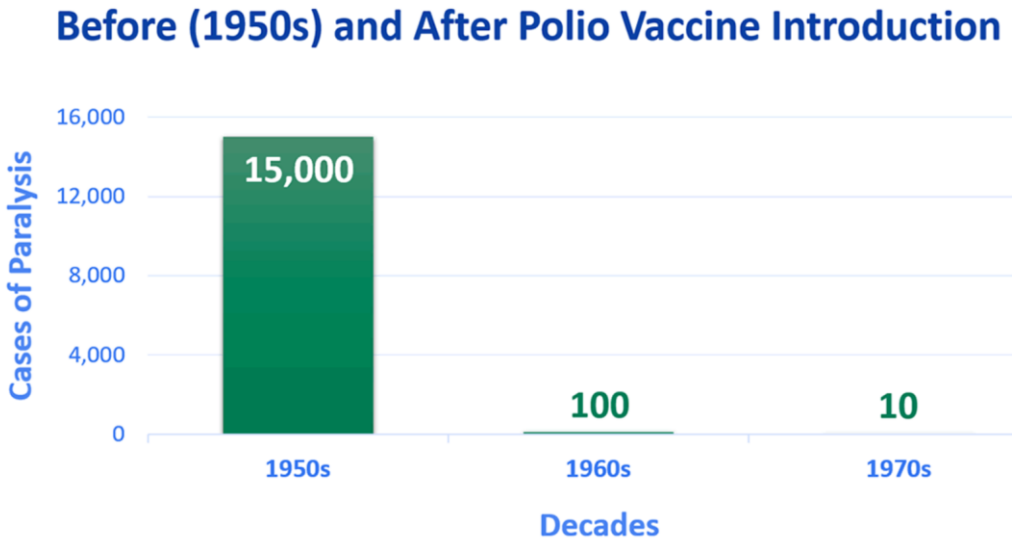
Felix Quast Web master www.dgk.de-Fixi 15:49, 9. Jan 2006 (CET)



Pininterest



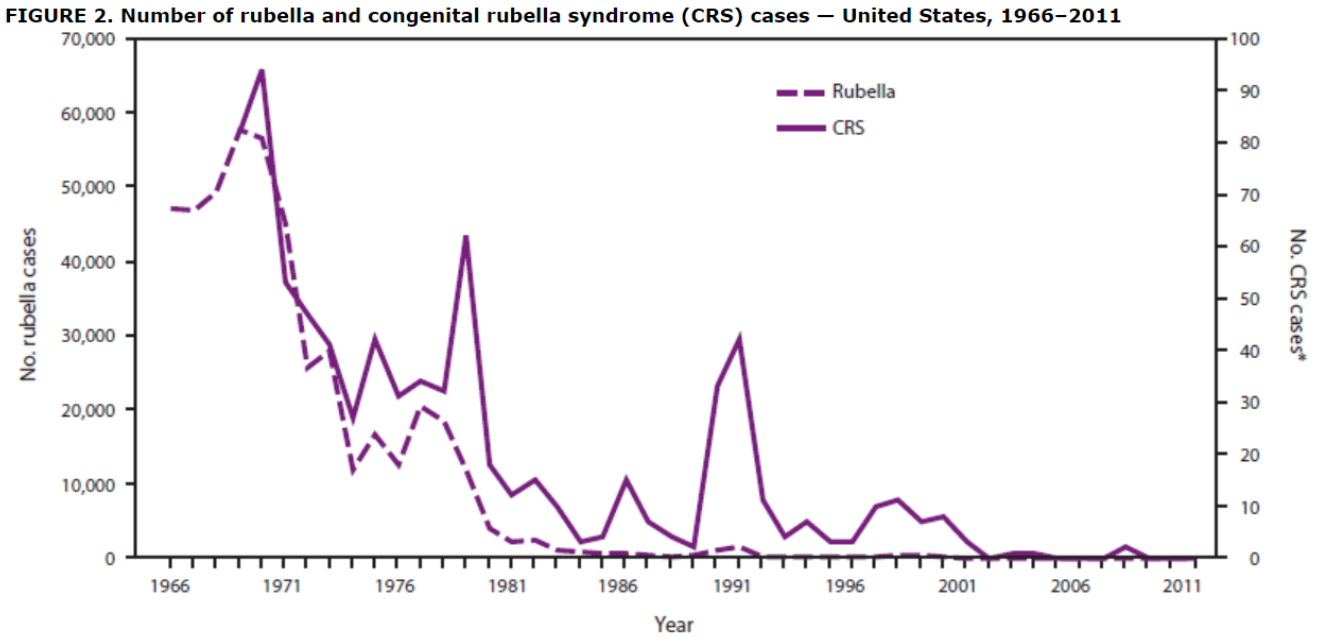
www.fda.gov



Rode hond : congenitaal rubella syndroom



Wiki commons



www.cdc.gov

BBC NEWS

HPV vaccine cutting cervical cancer by nearly 90%

By James Gallagher
Health and science correspondent

4 November 2021



GETTY IMAGES

The human papillomavirus, or HPV, vaccine is cutting cases of cervical cancer by nearly 90%, the first real-world data shows.

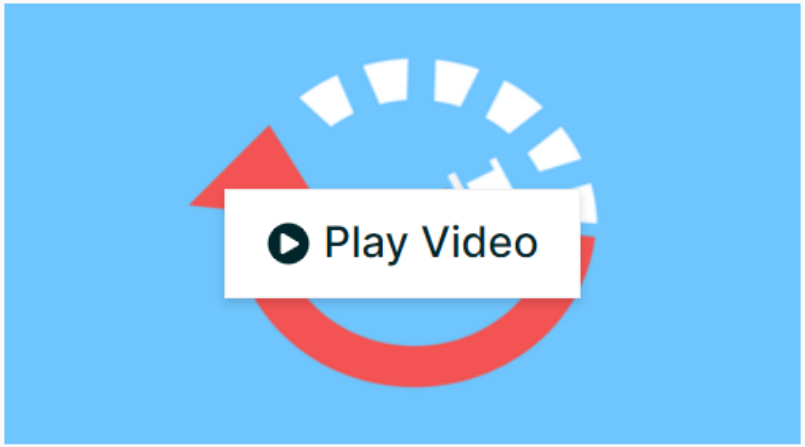
Cancer Research UK described the findings as "historic", and said it showed the vaccine was saving lives.

Check onze gratis MOOC (Massive Open Online Course) over vaccins

KU LEUVEN

Vaccines: from smallpox to technologies of the future

Gain insights in the past, present and future of global immunization.



Estimated 6 weeks
3–5 hours per week

Self-paced
Progress at your own speed

Free
Optional upgrade available

There is one session available:

8.154 already enrolled! After a course session ends, it will be archived.

www.edx.org/course/vaccines-from-smallpox-to-technologies-of-future

KU LEUVEN

Virusremmers



Source: Photographs from Gilead Sciences, Inc. | GAO-21-272

~89% reductie hospitalisatie & overlijden als iv behandeling binnen eerste 7 dagen na eerste symptomen opgestart. Orale versie in ontwikkeling



~87% reductie hospitalisatie & overlijden wanneer orale behandeling binnen eerste 5 dagen eerste na symptomen opgestart



~30 % reductie hospitalisatie & overlijden wanneer orale behandeling binnen eerste 5 dagen eerste na symptomen opgestart

Remdesivir, Molnupiravir and Nirmatrelvir remain active against SARS-CoV-2 Omicron and other variants of concern

Laura Vangeel [a], Winston Chiu [a], Steven De Jonghe [a], Piet Maes [b], Bram Slechten [c], Joren Raymenants [c,d], Emmanuel André [c,d], Pieter Leyssen [a], Johan Neyts [a,1,**], Dirk Jochmans [a,1,*]

Antiviral Research 198 (2022) 105252

Antiviral Research 198 (2022) 105252

Contents lists available at ScienceDirect

Antiviral Research

journal homepage: www.elsevier.com/locate/antiviral

Remdesivir, Molnupiravir and Nirmatrelvir remain active against SARS-CoV-2 Omicron and other variants of concern

Laura Vangeel [a], Winston Chiu [a], Steven De Jonghe [a], Piet Maes [b], Bram Slechten [c], Joren Raymenants [c,d], Emmanuel André [c,d], Pieter Leyssen [a], Johan Neyts [a,1,**], Dirk Jochmans [a,1,*]

Antilichaam therapie





Credit: Shutterstock.com

Hydroxychlorquine werkt niet

Favipiravir at high doses has potent antiviral activity in SARS-CoV-2–infected hamsters, whereas hydroxychloroquine lacks activity

Suzanne J. F. Kaptein[a,1], Sofie Jacobs[a,2], Lana Langendries[a,2], Laura Seldeslachts[b,2], Sebastiaan ter Horst[a], Laurens Liesenborghs[a], Bart Hens[c], Valentijn Vergote[a], Elisabeth Heylen[a], Karine Barthelemy[d], Elke Maas[a], Carolien De Keyzer[a], Lindsey Bervoets[a], Jasper Rymenants[a], Tina Van Buyten[a], Xin Zhang[a], Rana Abdelnabi[a], Juanita Pang[e], Rachel Williams[e], Hendrik Jan Thibaut[a], Kai Dallmeier[a], Robbert Boudewijns[a], Jens Wouters[f], Patrick Augustijns[c], Nick Verougstraete[g], Christopher Cawthorne[h], Judith Breuer[e], Caroline Solas[i], Birgit Weynand[j], Pieter Annaert[c], Isabel Spriet[k,l], Greetje Vande Velde[b], Johan Neyts[a,m,1], Joana Rocha-Pereira[a,3,1], and Leen Delang[a,3,1]

PNAS | October 27, 2020 | vol. 117 | no. 43 | 26955–26965

ARTICLE

https://doi.org/10.1038/s41467-021-22446-z OPEN

nature COMMUNICATIONS

Mortality outcomes with hydroxychloroquine and chloroquine in COVID-19 from an international collaborative meta-analysis of randomized trials

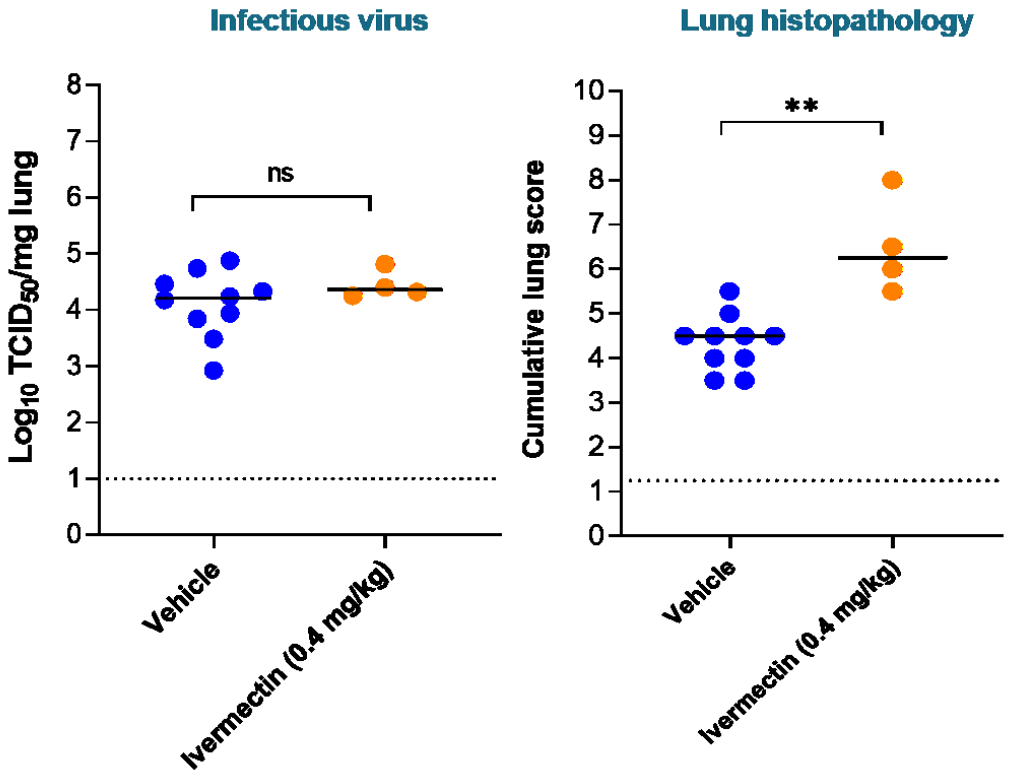
Treatment with HCQ for COVID-19 was associated with increased mortality, and there was no benefit from CQ based on currently available randomized trial data. Medical professionals around the globe are encouraged to inform patients about this evidence.

FDA U.S. FOOD & DRUG ADMINISTRATION

Why You Should Not Use Ivermectin to Treat or Prevent COVID-19

- The FDA has not authorized or approved ivermectin for use in preventing or treating COVID-19 in humans or animals. Ivermectin is approved for human use to treat infections caused by some parasitic worms and head lice and skin conditions like rosacea.
- Currently available data do not show ivermectin is effective against COVID-19.
- Taking large doses of ivermectin is dangerous.

Onze data in SARS-CoV2 geïnfecteerde hamsters



Abdelnabi et al., in preparation



De toekomst ?

Vaccinatie en natuurlijke immuniteit leggen een **goede basis immuniteit/protectie in de populatie.**

We bevinden ons **nog niet in een endemische situatie**.

Verassingen (sterk afnemende immuniteit, nieuwe problematische varianten…) **niet geheel uit te sluiten**. We hebben zeker in Brussel en Wallonië een nog meer **robuuste immuniteit** nodig.

Gedetailleerd plan nodig in geval van problemen in **winter 2022/2023** en daarna.

Onder andere de **karakteristieken** v/h **virus** en de **vaccins** alsook de uitrol en **werkzaamheid van virusremmers** zullen belangrijke elementen zijn in het bepalen van de maatregelen.

KU LEUVEN

UZ LEUVEN | LABORATORIUMGENEESKUNDE

Parliamentary debate on mandatory vaccination

Prof. Dr. Emmanuel André

KU Leuven, National Reference Center for COVID-19

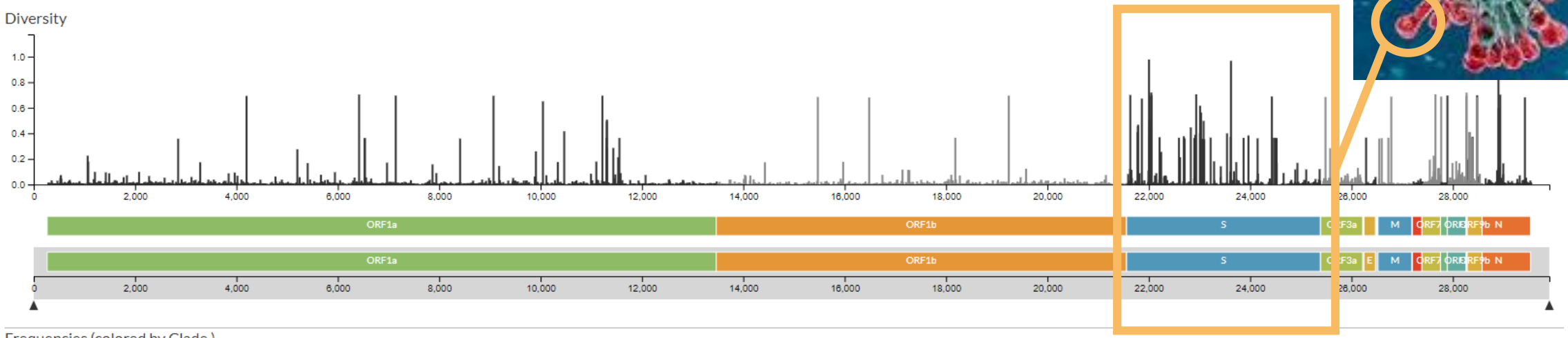
26/01/2022

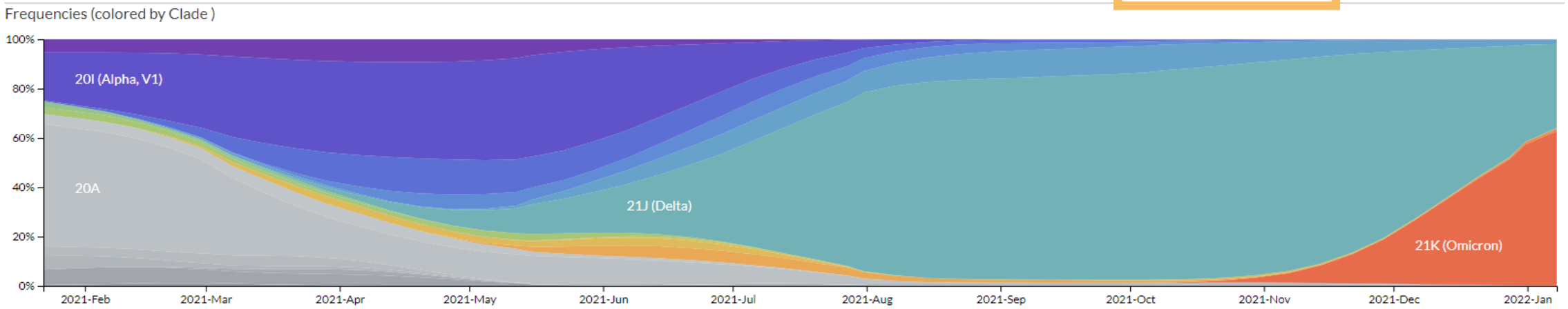
Part 1

The virus constantly mutates (and will continue to do so)

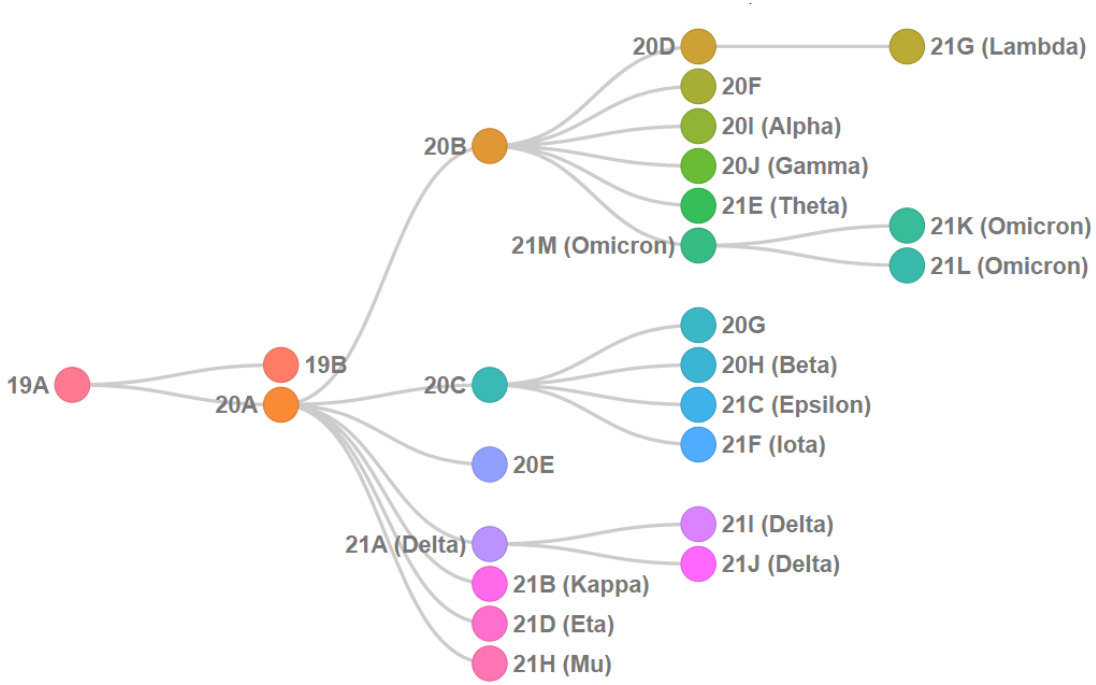
Sequential emergence of SARS-CoV-2 variants





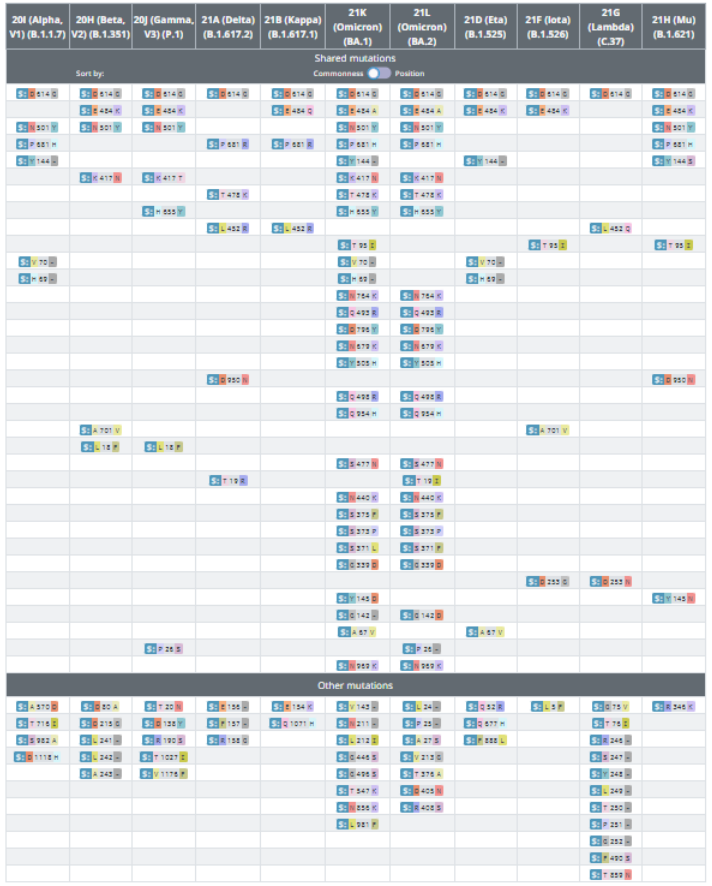


Phylogeny of variants



Mutations profile

α δ ο



Natural diversification -> Selection pressure

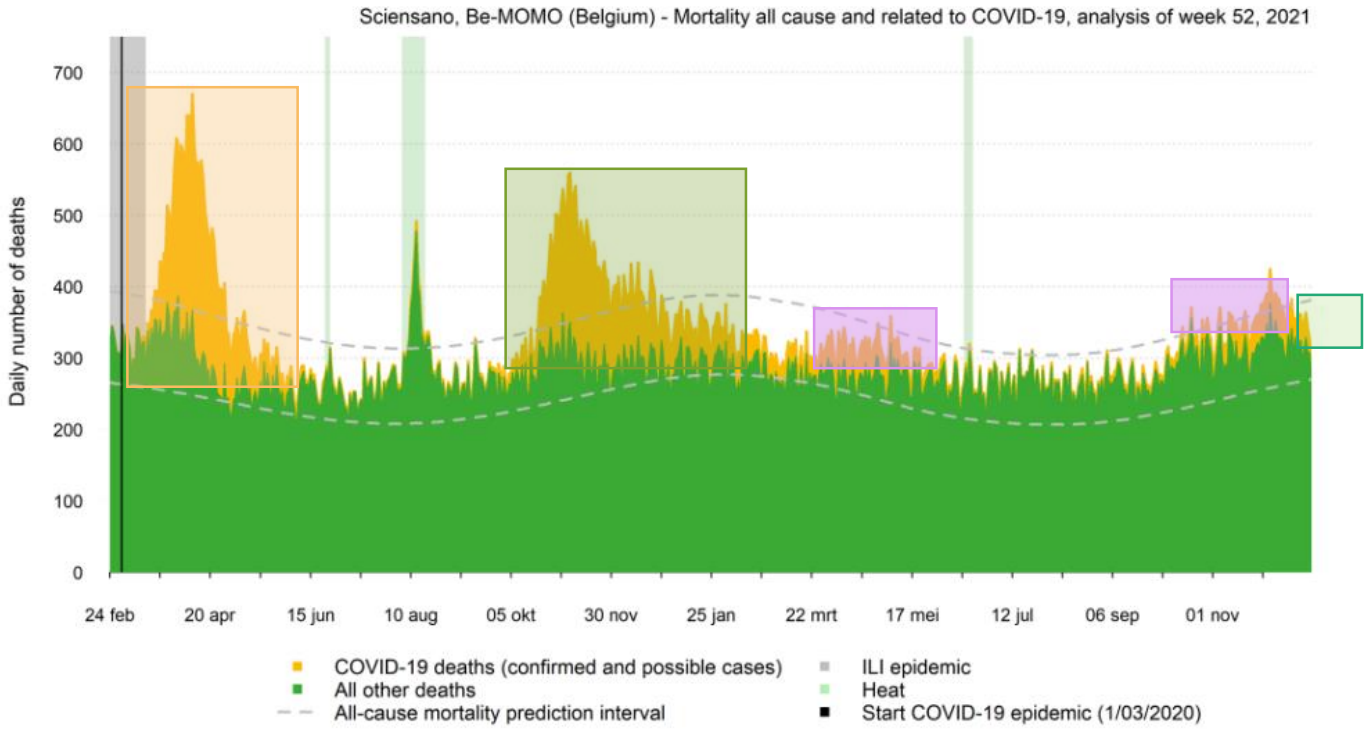
KU LEUVEN

Intrinsic viral virulence

	Alpha	Delta
Risk of hospitalization	1.53 (95% CI: 1.49–1.57)	2.08 (95% CI: 1.77–2.39)
Risk of ICU admission	1.74 (95% CI: 1.35–2.09)	3.35 (95% CI: 2.5–4.2)
Risk of mortality	1.37 (95% CI: 1.15–1.6)	2.33 (95% CI: 1.45–3.21)

Hazard ratio (95% CI) of disease severity compared to the wild-type virus

Observed severity



The Disease Severity and Clinical Outcomes of the SARS-CoV-2 Variants of Concern

Severity of Illness in Persons Infected With the SARS-CoV-2 Delta Variant vs Beta Variant in Qatar

https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/COVID-19_Weekly_report_FR.pdf

KU LEUVEN

Part 2

The humans constantly adapt (and will continue to do so)

Elements out of our control

Viral virulence



Viral tranmissibility



Medical and social impact of the pandemic



Elements we can (partially) control

Airborne transmission reduction

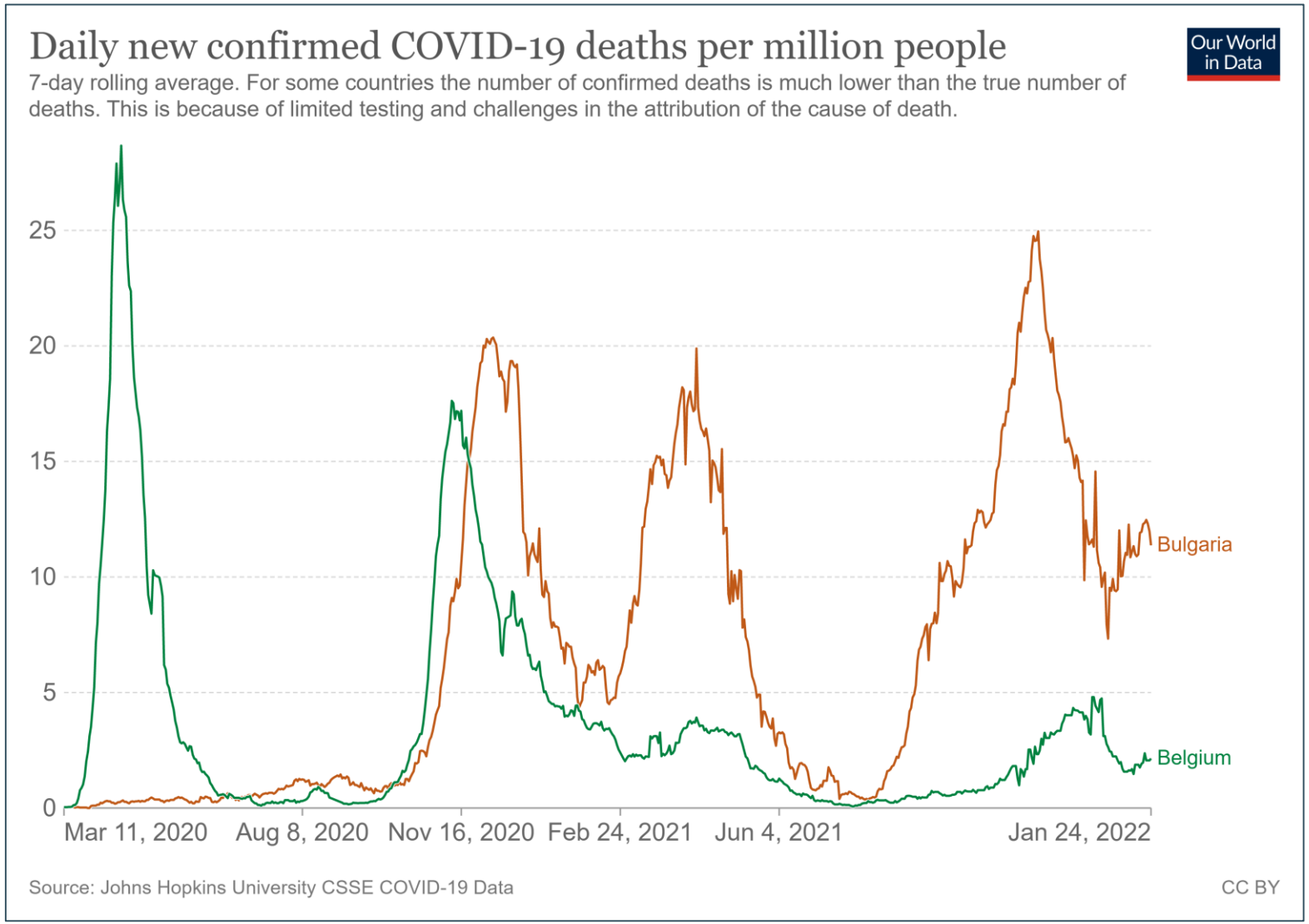
Infection-induced immunity

Vaccine-induced immunity

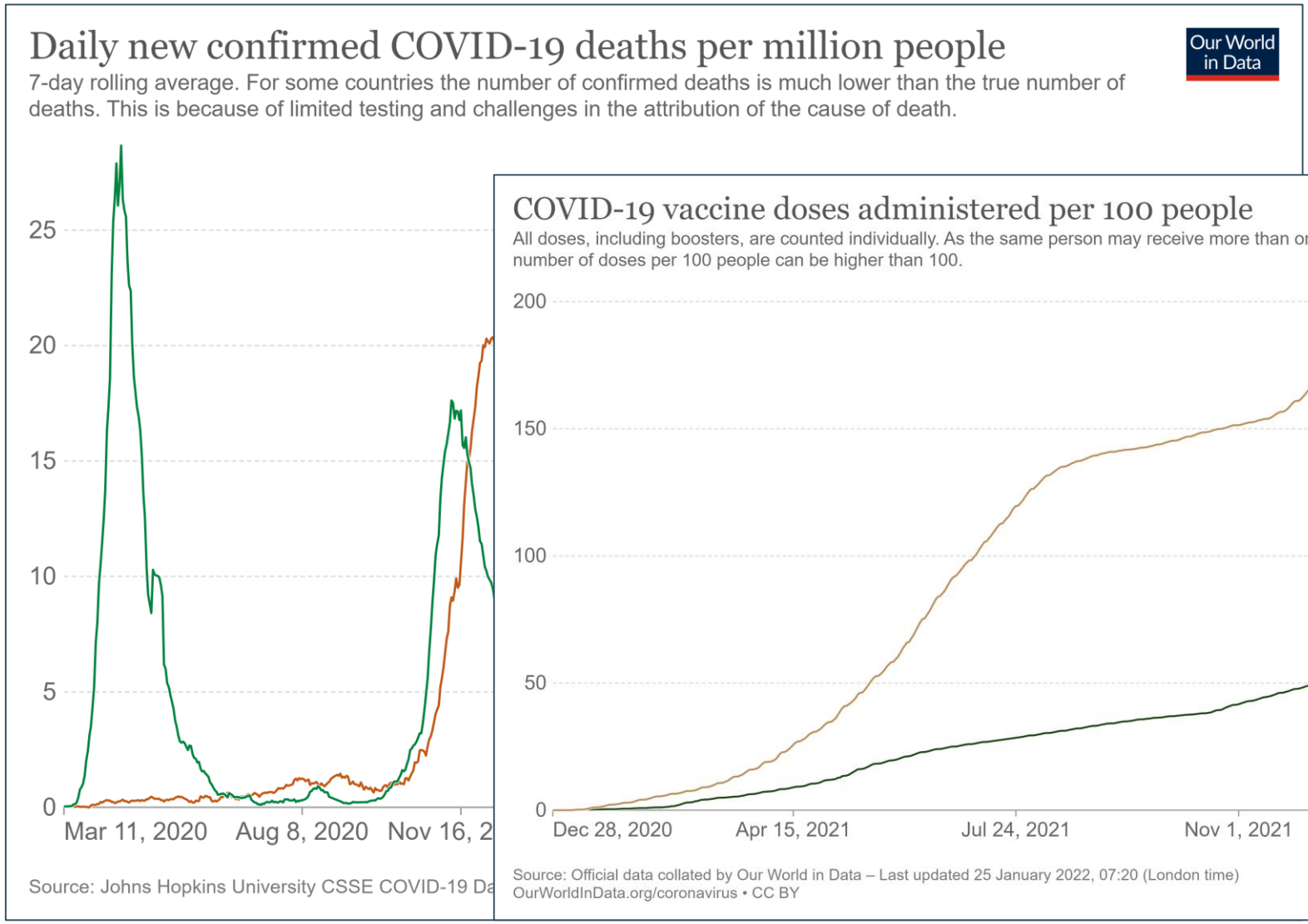
Improved treatments



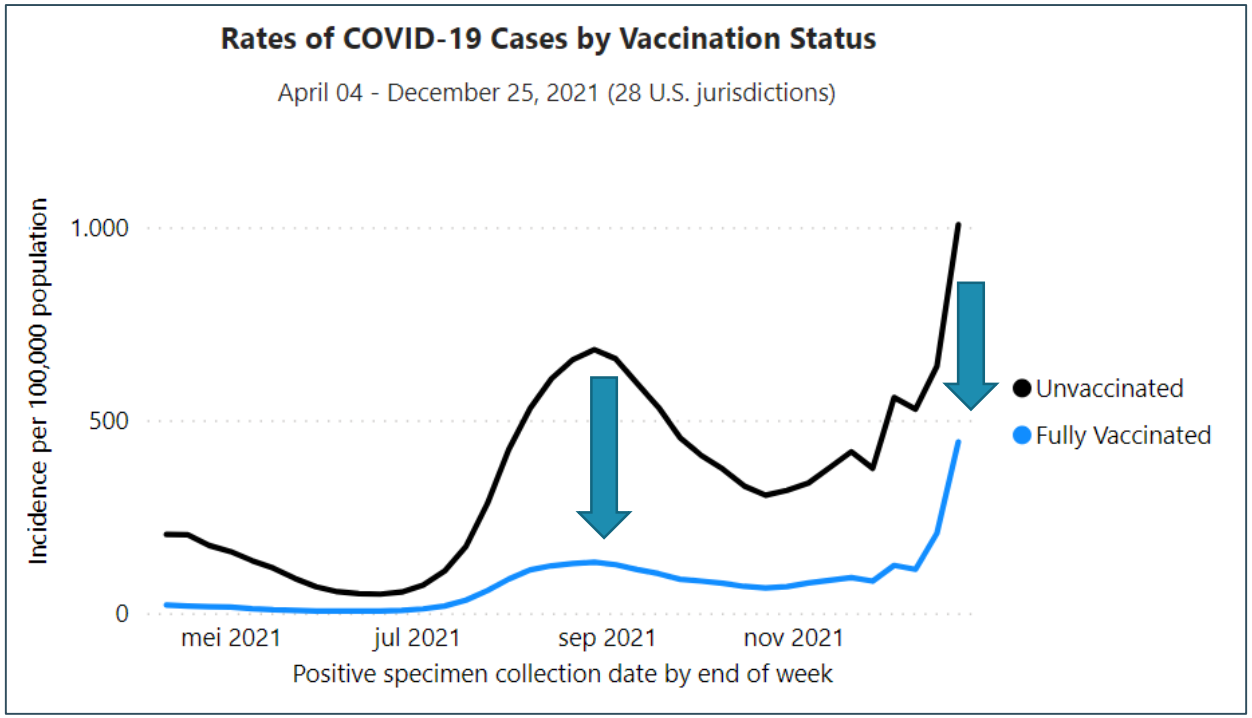
Impact of vaccine-induced immunity on COVID-19 related mortality



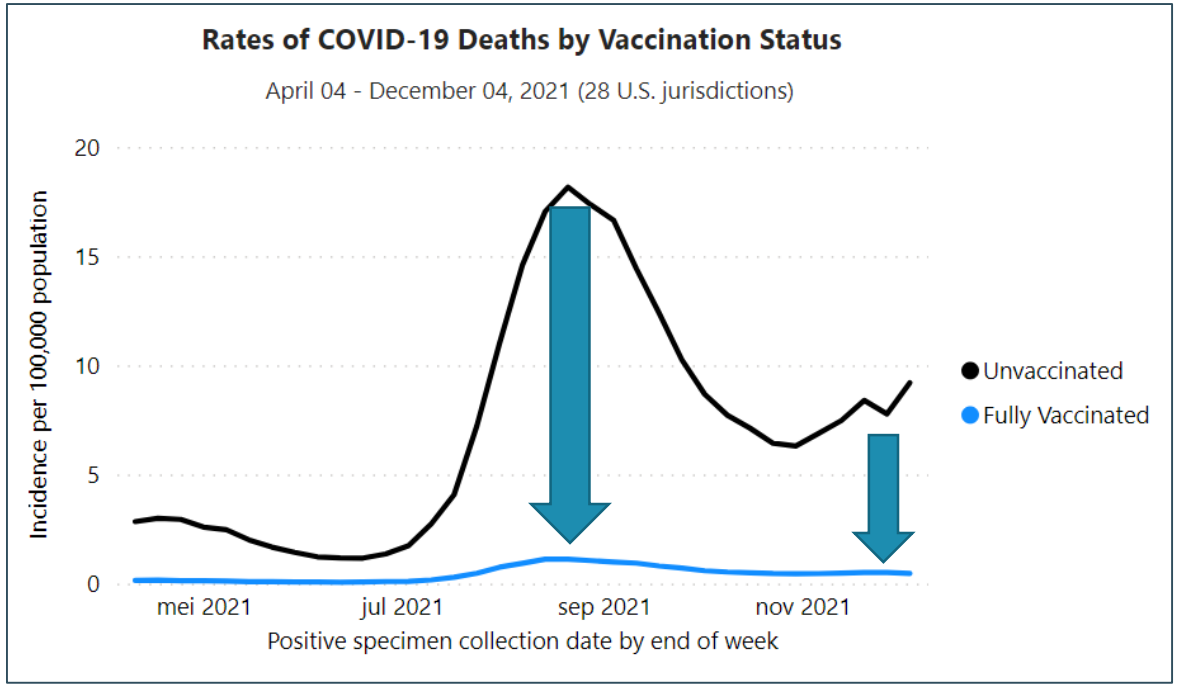
Impact of vaccine-induced immunity on COVID-19 related mortality



Vaccines decrease the risk of infection and nearly eliminates the risk of death due to COVID-19

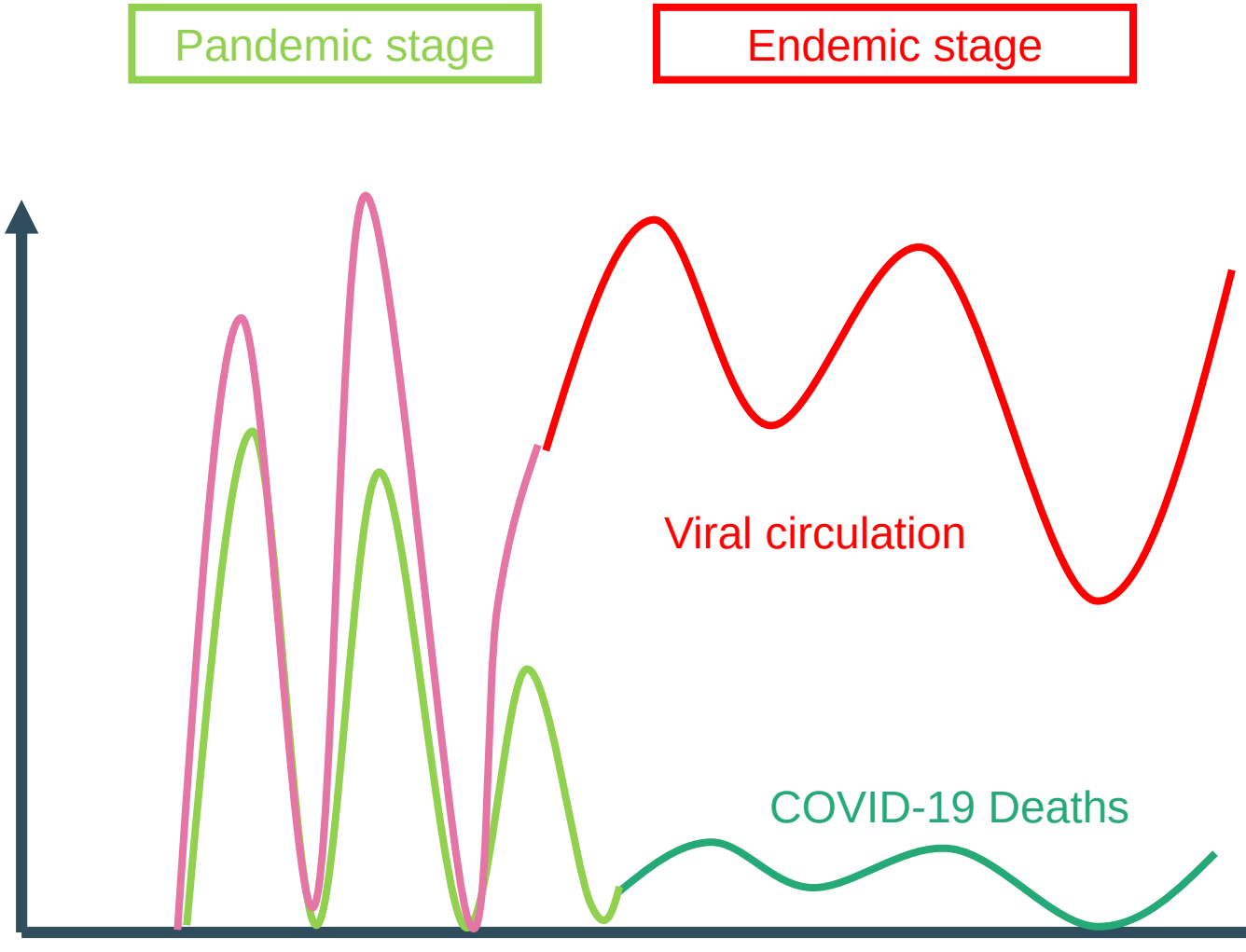


** High circulation of the virus in the community increases the overall risk of COVID-19 related deaths*



https://covid.cdc.gov/covid-data-tracker/#rates-by-vaccine-status

Evolution towards endemicity with a high level of viral circulation



Why this hypothesis is proviledgded:

- High levels of viral circulation observed in highly vaccinated populations
- Foreseen emergence of new variants with high transmission potential
- Airborn transmission reduction efforts will decrease as a consequence to lower residual disease severity

Part 3

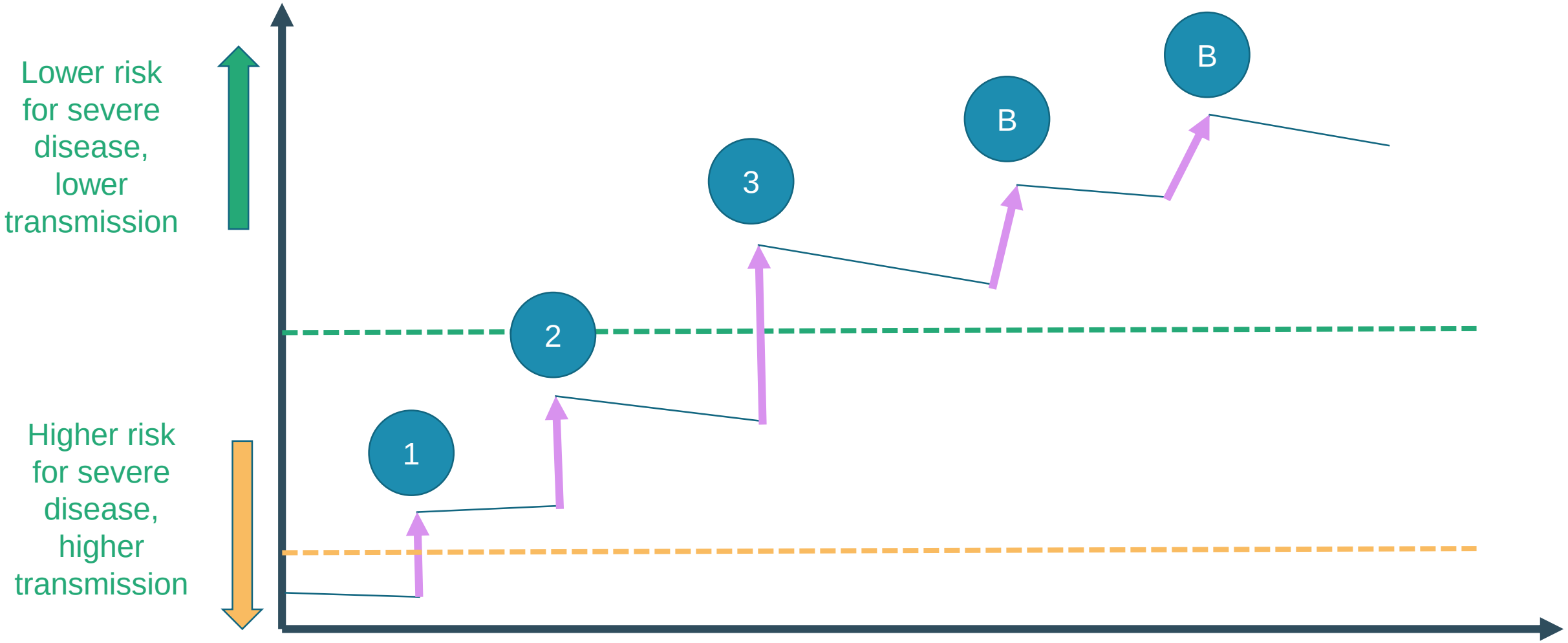
Different ways to build a sufficient immunity (in real-life)

The vaccine only scenario

The “no vaccine” scenario

The real-life scenario

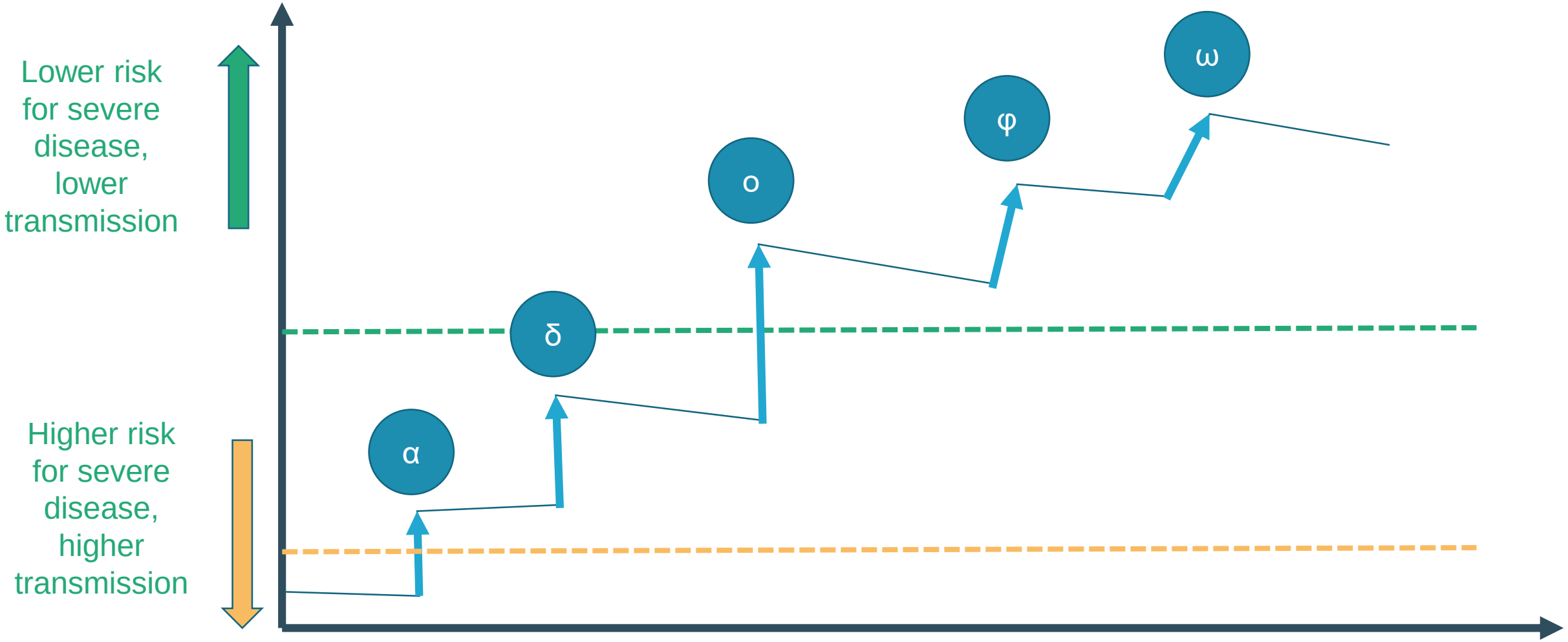
The vaccine only scenario



https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0092867422000691

The “no vaccine” scenario

The “over-exposed” low risk profile



https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0092867422000691

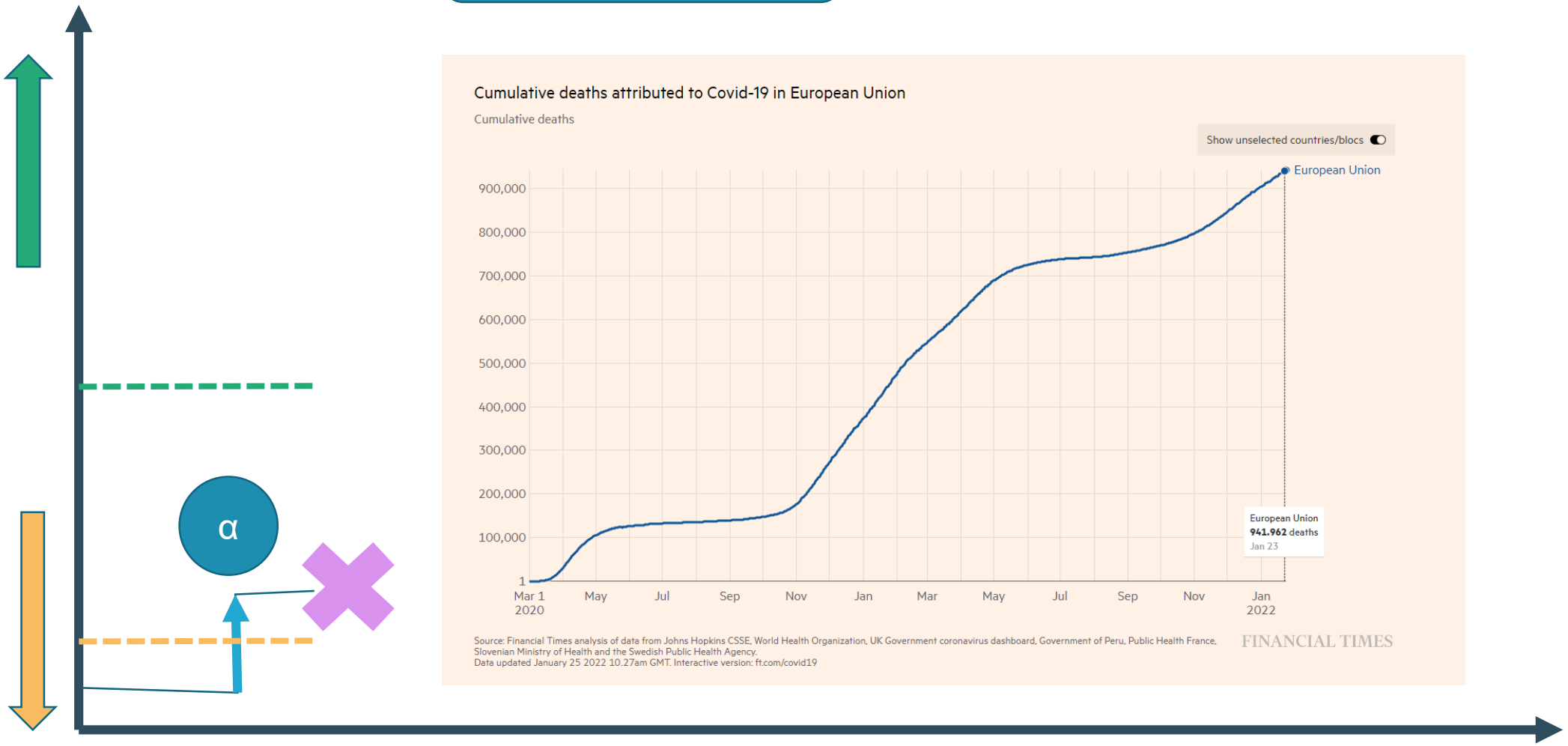
KU LEUVEN

The “no vaccine” scenario

The “high-risk” profile

Lower risk for severe disease, lower transmission

Higher risk for severe disease, higher transmission



https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0092867422000691
https://ig.ft.com/coronavirus-chart/?areas=eur&areasRegional=usny&areasRegional=usnh&areasRegional=uspr&areasRegional=usdc&areasRegional=usfl&areasRegional=usmi&cumulative=1&logScale=0&per100K=0&startDate=2020-03-01&values=deaths

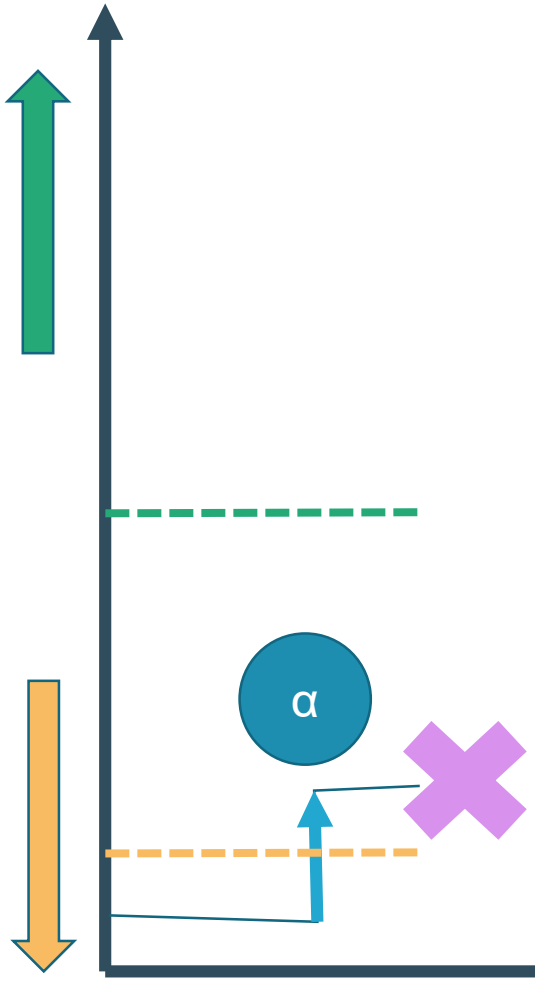
KU LEUVEN

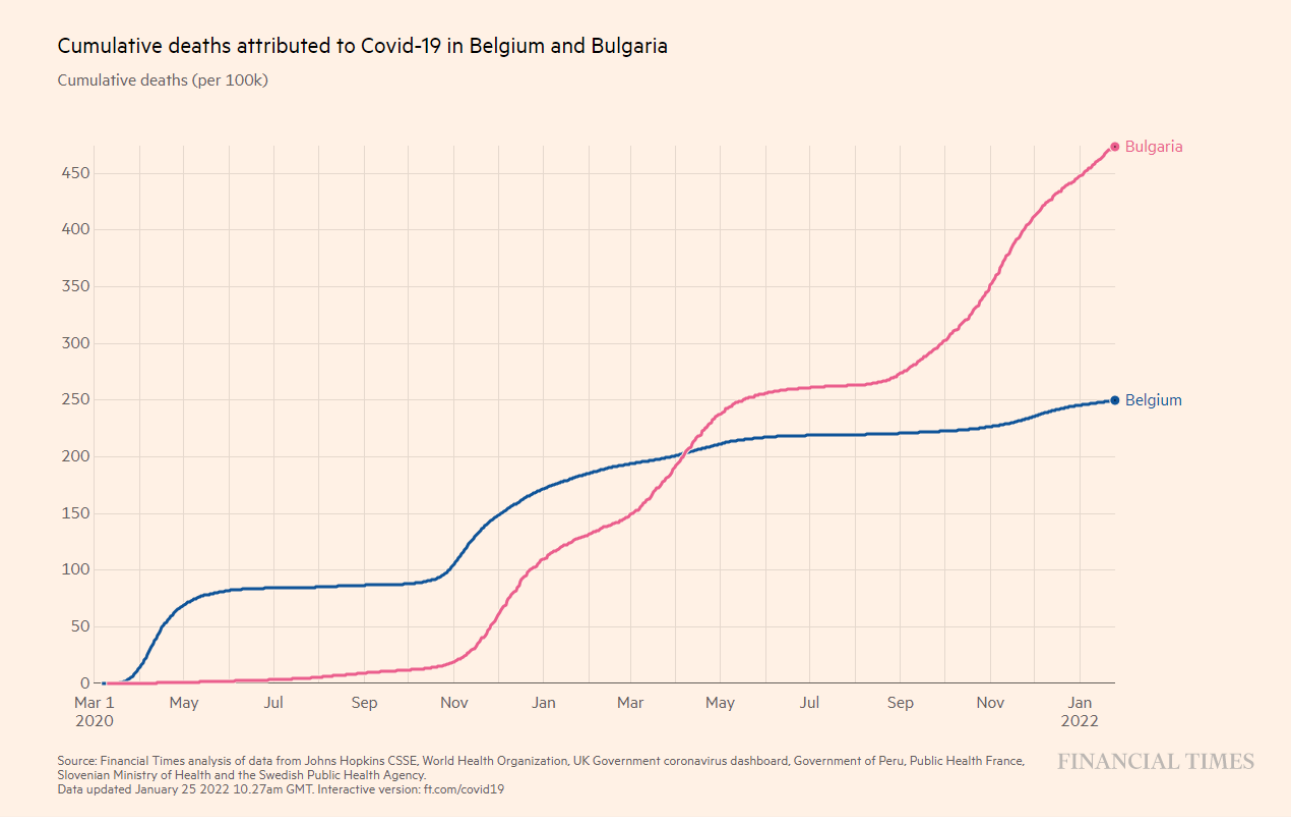
The “no vaccine” scenario

The “high-risk” profile

Lower risk for severe disease, lower transmission

Higher risk for severe disease, higher transmission



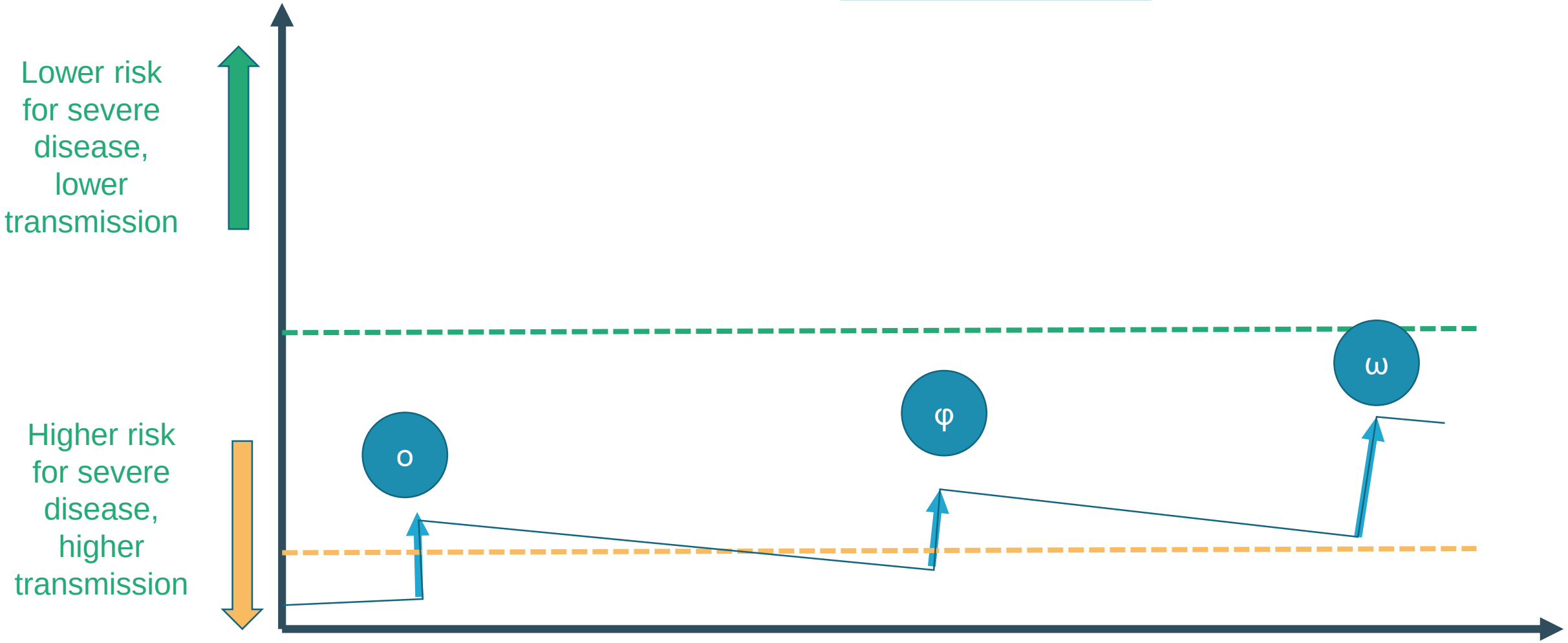


https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0092867422000691
https://ig.ft.com/coronavirus-chart/?areas=eur&areasRegional=usny&areasRegional=usnh&areasRegional=uspr&areasRegional=usdc&areasRegional=usfl&areasRegional=usmi&cumulative=1&logScale=0&per100K=0&startDate=2020-03-01&values=deaths

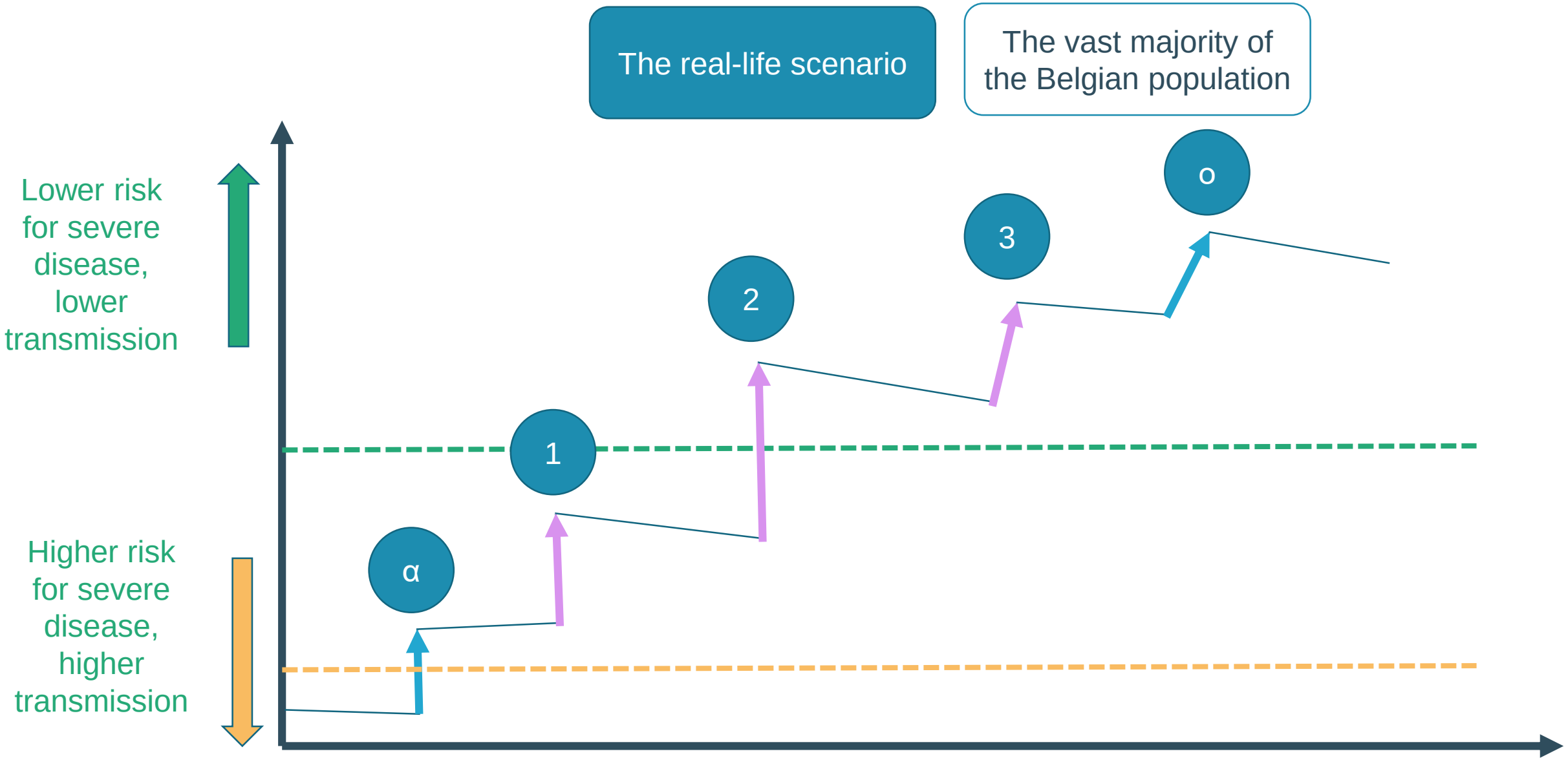
KU LEUVEN

The “no vaccine” scenario

The “careful” profile



https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0092867422000691



https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0092867422000691
https://www.science.org/doi/10.1126/sciimmunol.abn8014

KU LEUVEN

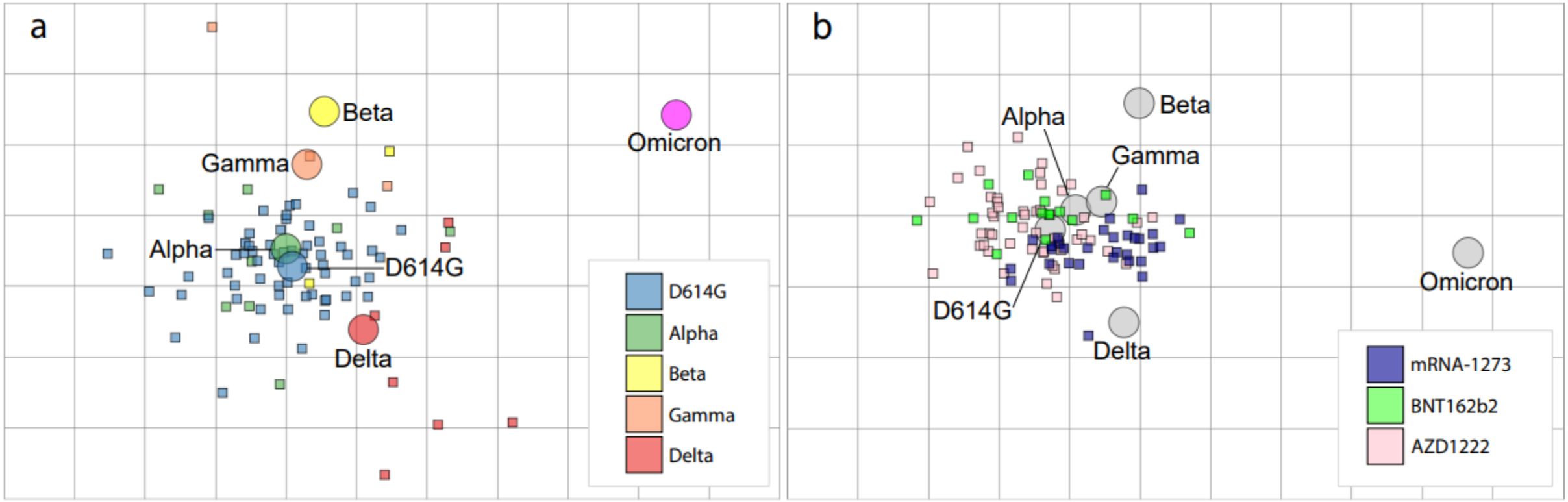
Part 4

Why vaccines and post-infection immunity work fantastically, but not perfectly

Antigenic mapping

Infection-induced immunity

Vaccine-induced immunity



Preprint : Mapping the antigenic diversification of SARS-CoV-2

KU LEUVEN

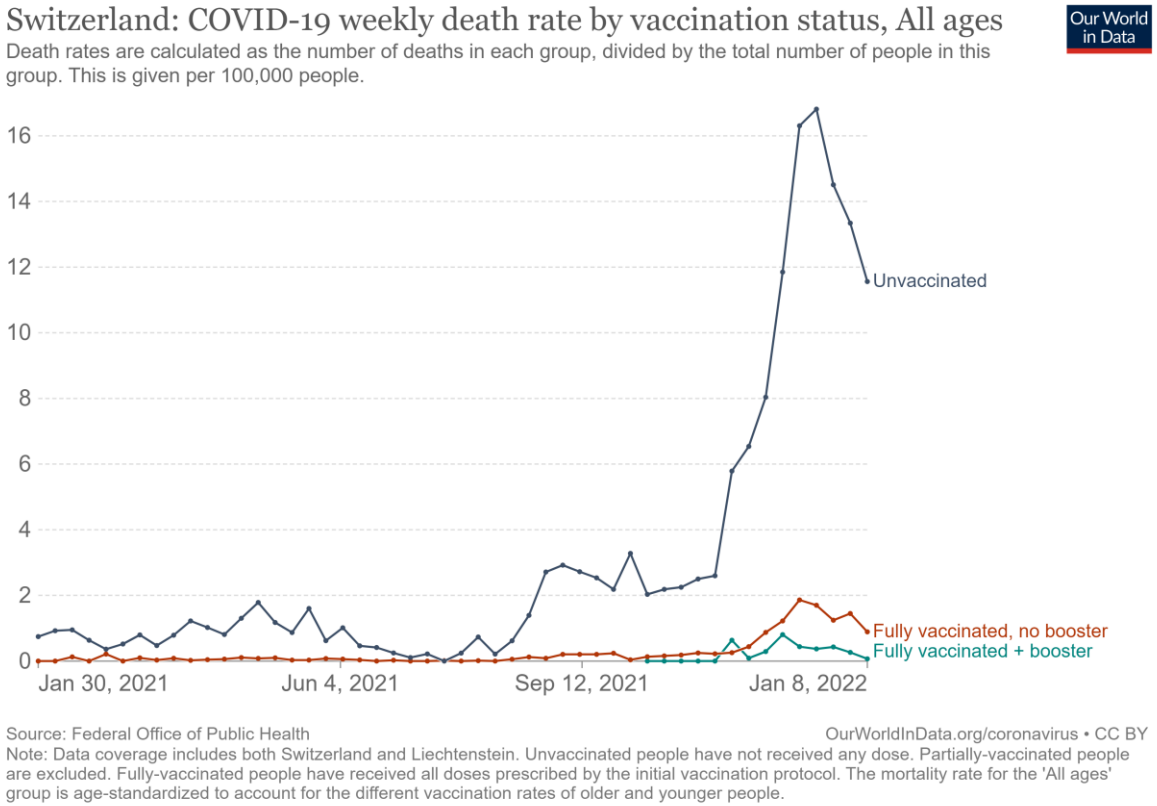
Part 5

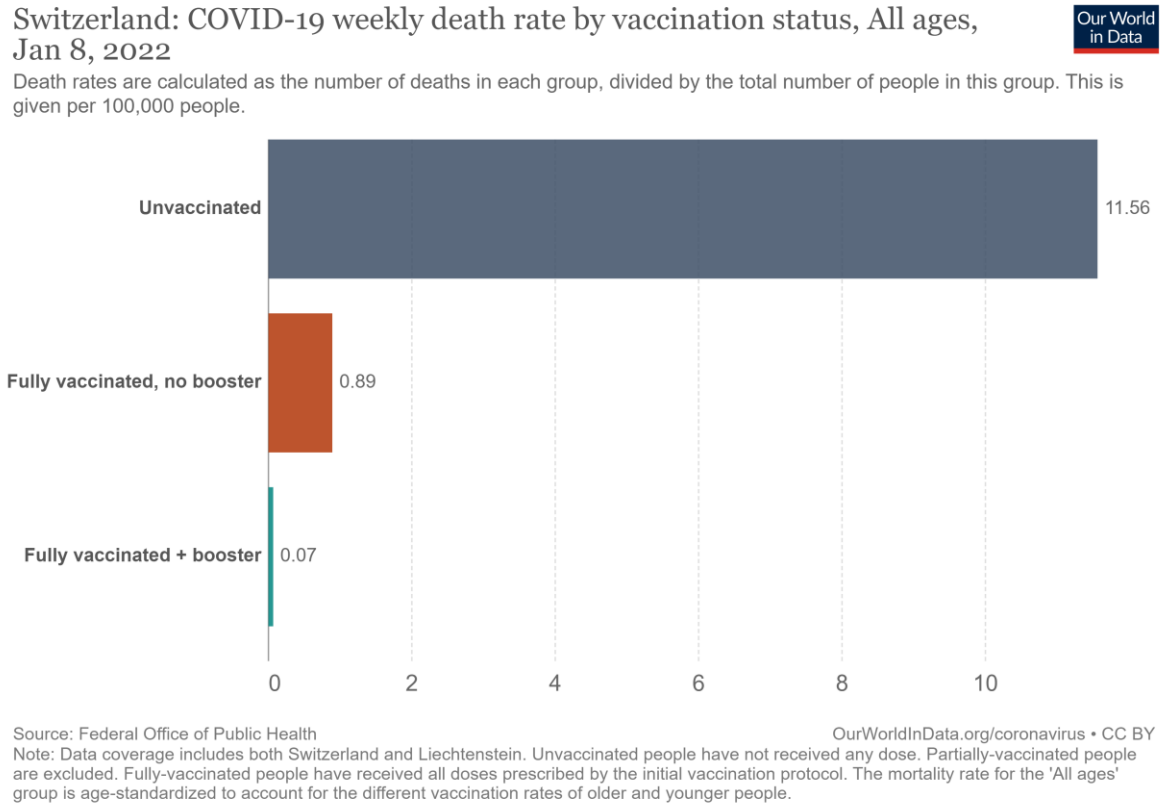
A multi-layer risk

Vaccinated / Boosted

Age & comorbidities

Vaccinated / Boosted



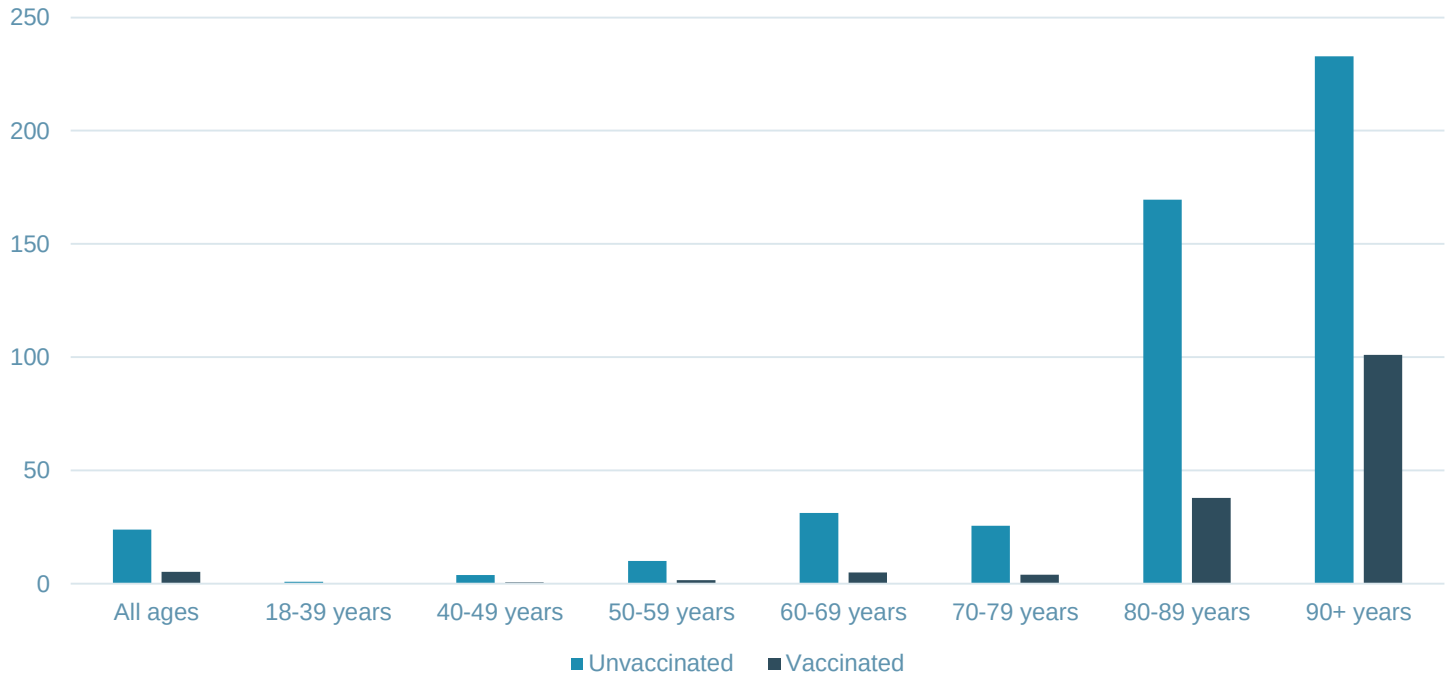


https://ourworldindata.org/covid-deaths-by-vaccination

KU LEUVEN

Age & vaccine impact

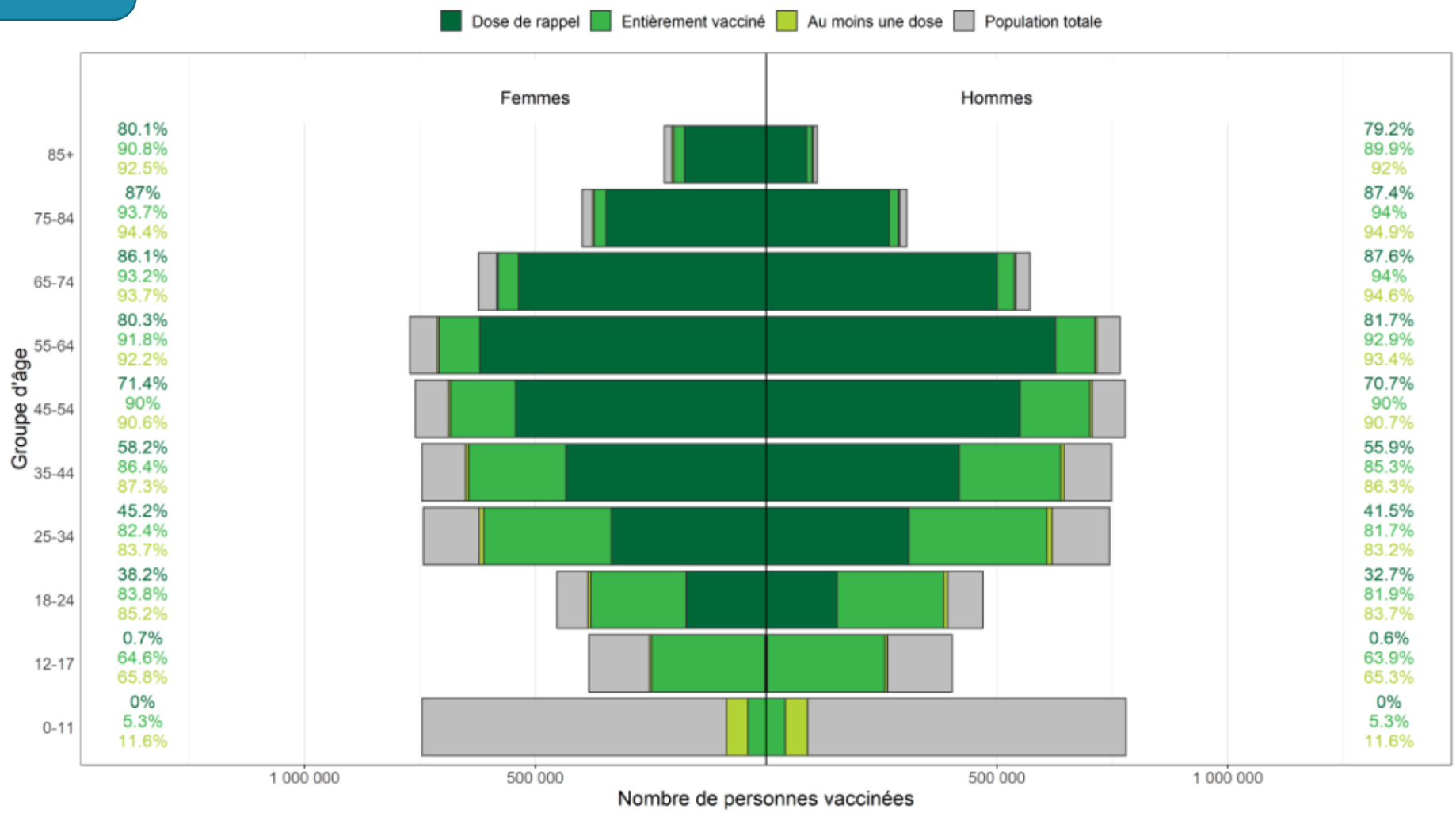
per 100,000	Unvaccinated	Vaccinated	Death rate reduction associated with vaccination
All ages	**23,8**	**5,2**	**78%**
18-39 years	0,9	0	
40-49 years	3,8	0,5	87%
50-59 years	10	1,6	84%
60-69 years	31,2	4,9	84%
70-79 years	25,59	3,91	85%
80-89 years	169,5	37,8	78%
90+ years	232,9	101	57%



The highest impact is observed in the age groups at highest risk despite lower effectiveness

England : https://ourworldindata.org/covid-deaths-by-vaccination

Age & vaccination rates



https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/COVID-19_Weekly_report_FR.pdf

KU LEUVEN

Part 5

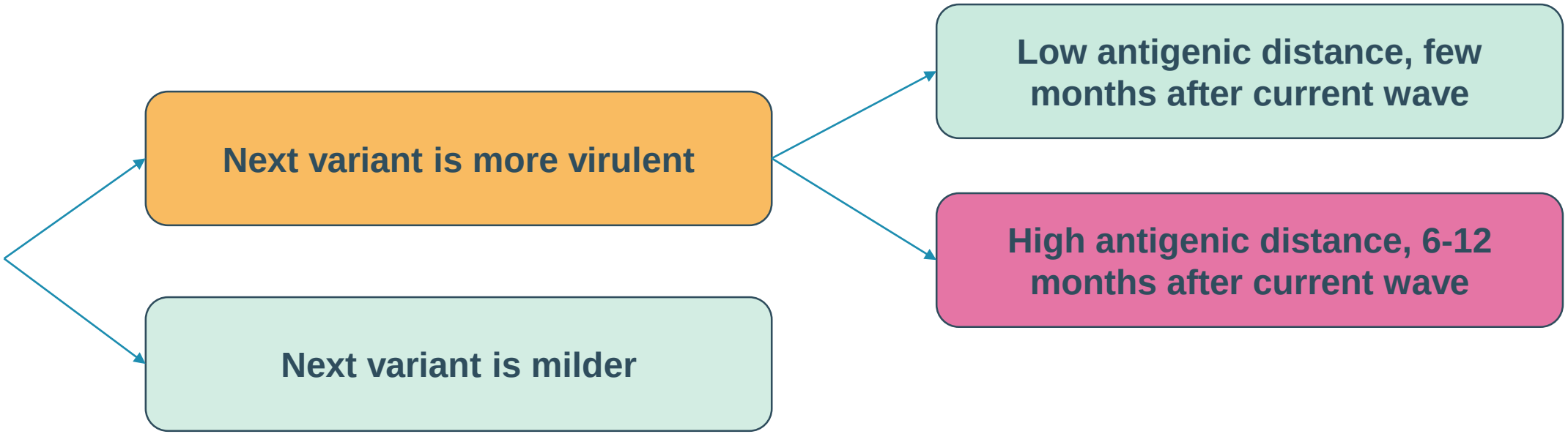
Pragmatic approach

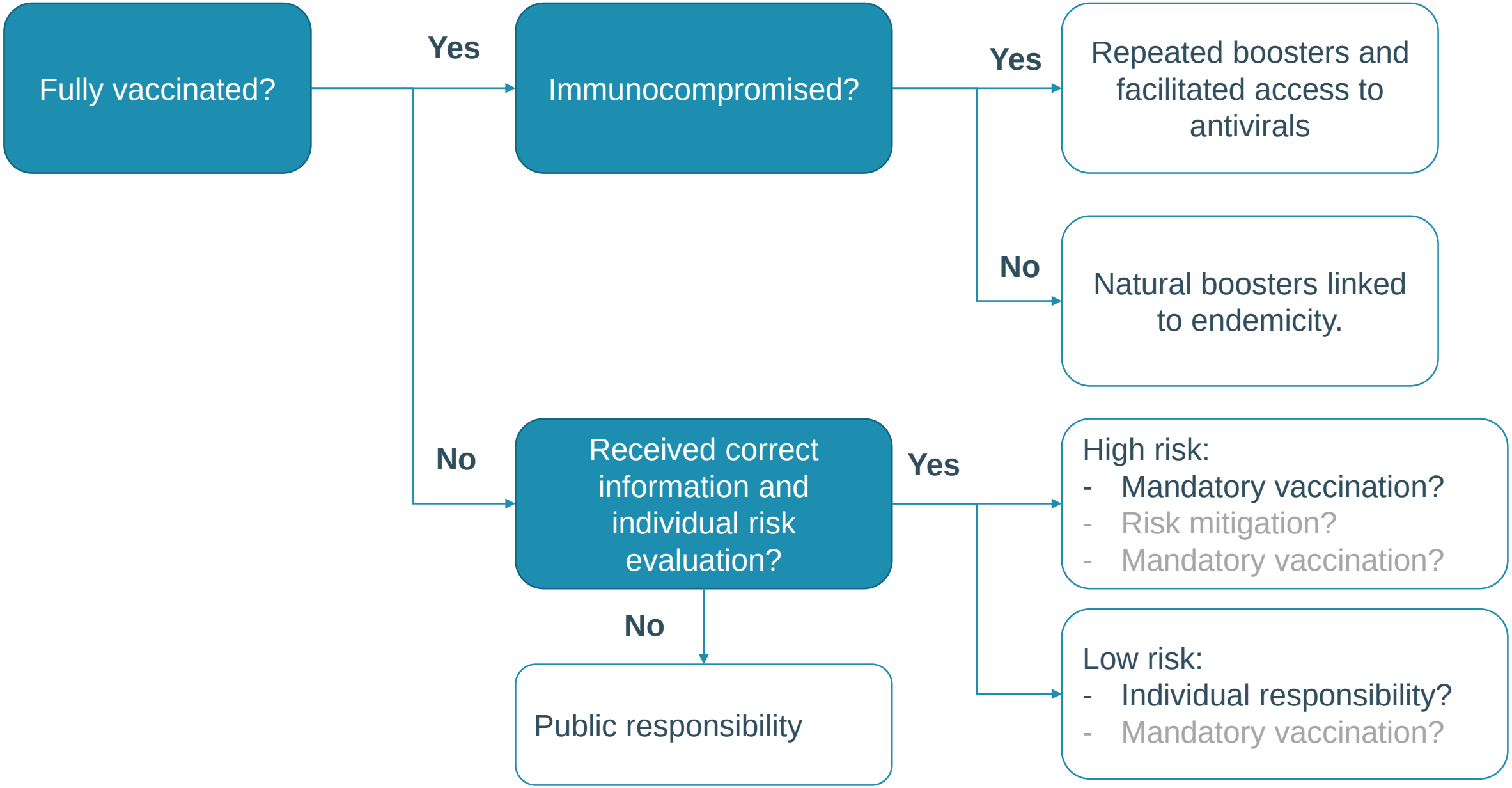
Access to correct information

Opting-in

Opting-out

Utility of vaccinating “now”

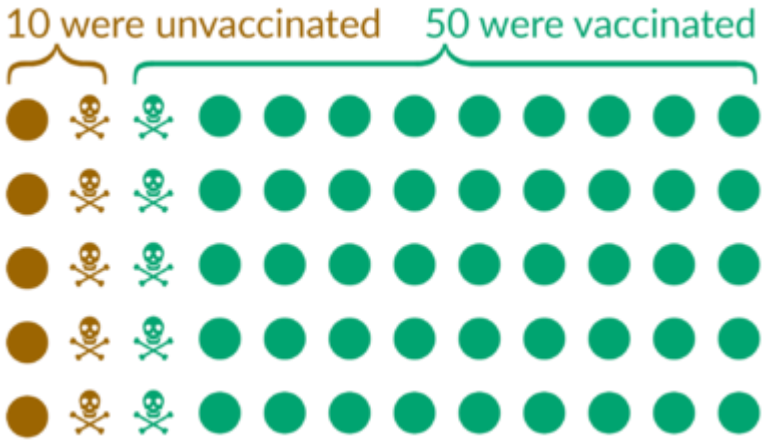



Fully vaccinated?
Yes
Immunocompromised?
Yes
Repeated boosters and facilitated access to antivirals
No
Natural boosters linked to endemicity.
No
Received correct information and individual risk evaluation?
Yes
High risk:
- Mandatory vaccination?
- Risk mitigation?
- Mandatory vaccination?
No
Public responsibility
Low risk:
- Individual responsibility?
- Mandatory vaccination?

Thank you

KU LEUVEN

Monitoring the impact of vaccination in highly vaccinated populations – the theory.



Correct statements:

- 10 people died. And we learn that 50% of them were vaccinated
- Of 10 unvaccinated people, 5 died → **the death rate among the unvaccinated is 50%**
- Of 50 vaccinated people, 5 died → **the death rate among the vaccinated is 10%**
- Vaccines decrease by 5x the death rate

Incorrect statement:

- Vaccines do not work

COVID-19 vaccines safety update (20/01/2022)

	Months since authorization	Doses administred	Suspected side effects (%)		Suspected fatal outcome (%)	
Comirnaty (Pfizer)	13	545.000.000	522.530	0,10%	6.490	0,0012%
Janssen	10	18.700.000	35.027	0,19%	254	0,0014%
Spikevax (Moderna)	12	103.000.000	124.410	0,12%	685	0,0007%
Vaxzevria (AstraZeneca)	13	69.000.000	231.363	0,34%	1.378	0,0020%
Total		735.700.000	913.330	0,12%	8.807	0,0012%
				~1,2/1.000		**~1,2/100.000**

These reports describe suspected side effects in individuals, i.e. medical events observed following the use of a vaccine. The fact that someone has had a medical issue or died after vaccination does not necessarily mean that this was caused by the vaccine. This may have been caused, for example, by health problems not related to the vaccination.

EMA.Europa.eu

KU LEUVEN

SARS-CoV-2, Omikron en Vaccinatie

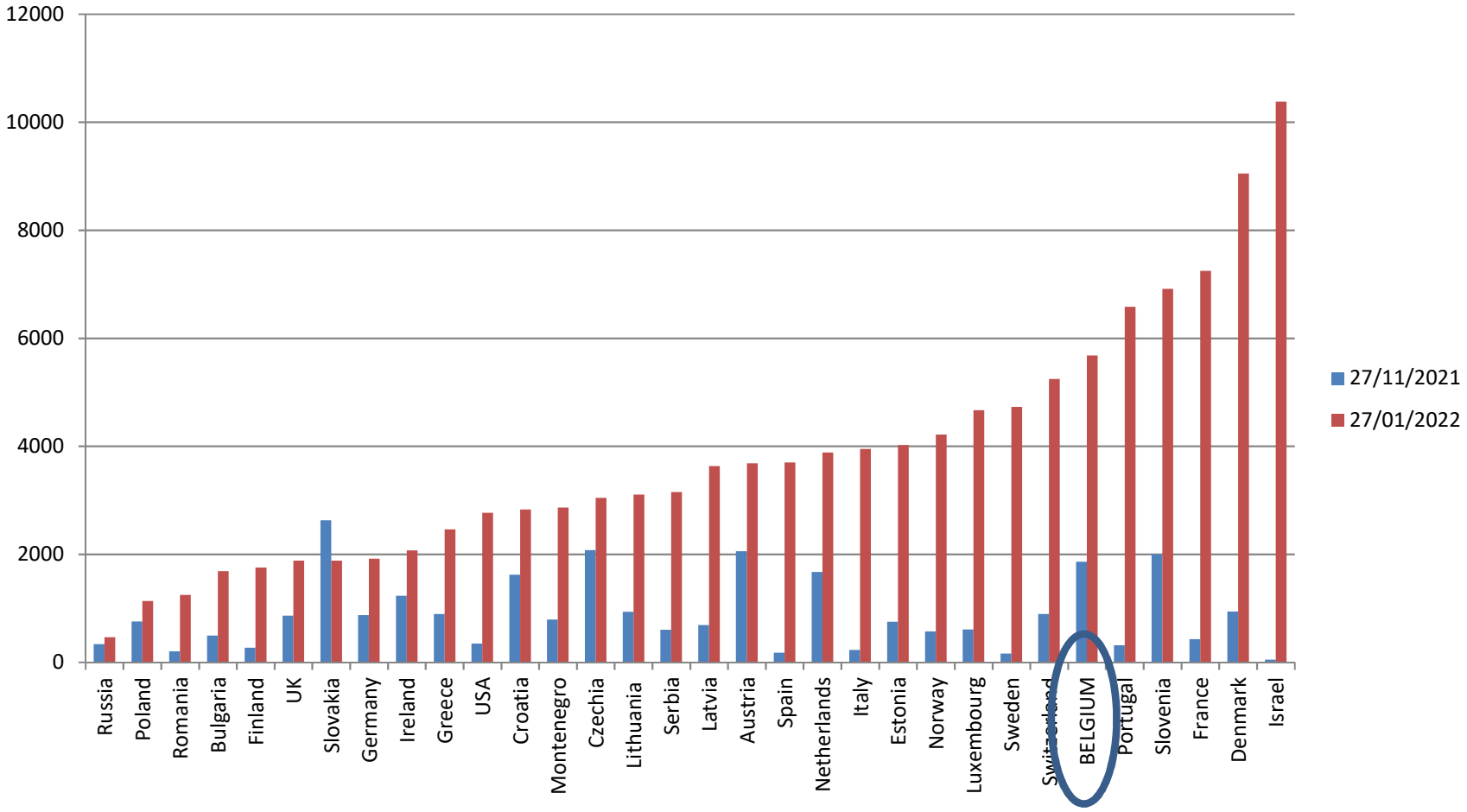
Geert Molenberghs
I-BioStat (UHasselt, KU Leuven)
(lid GEMS, RAG)

Federale Kamer, 31/01/22

Geert Molenberghs

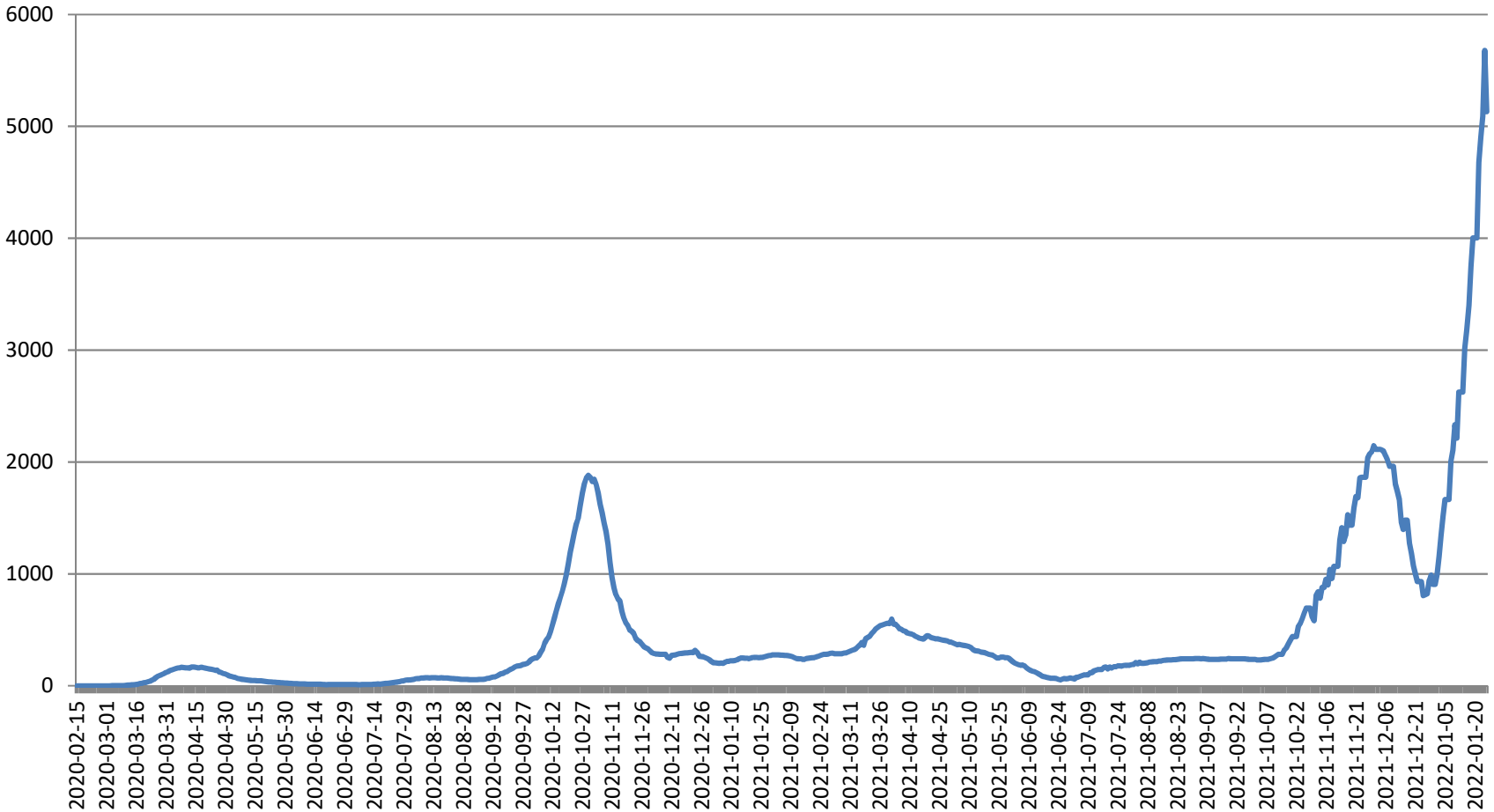
- Biostatisticus UHasselt & KU Leuven
- Directeur I-BioStat
- Wetenschappelijke samenwerking met industrie (biopharma en andere), academische wereld, overheid (o.m. Sciensano, M&G, EMA, FDA, CDC,…)
- Celeval 1.0; GEMS; RAG
- Sectoroverleg COVID (onderwijs, HO, reis/toerisme)

14-daagse incidentie (op basis van OWID data)

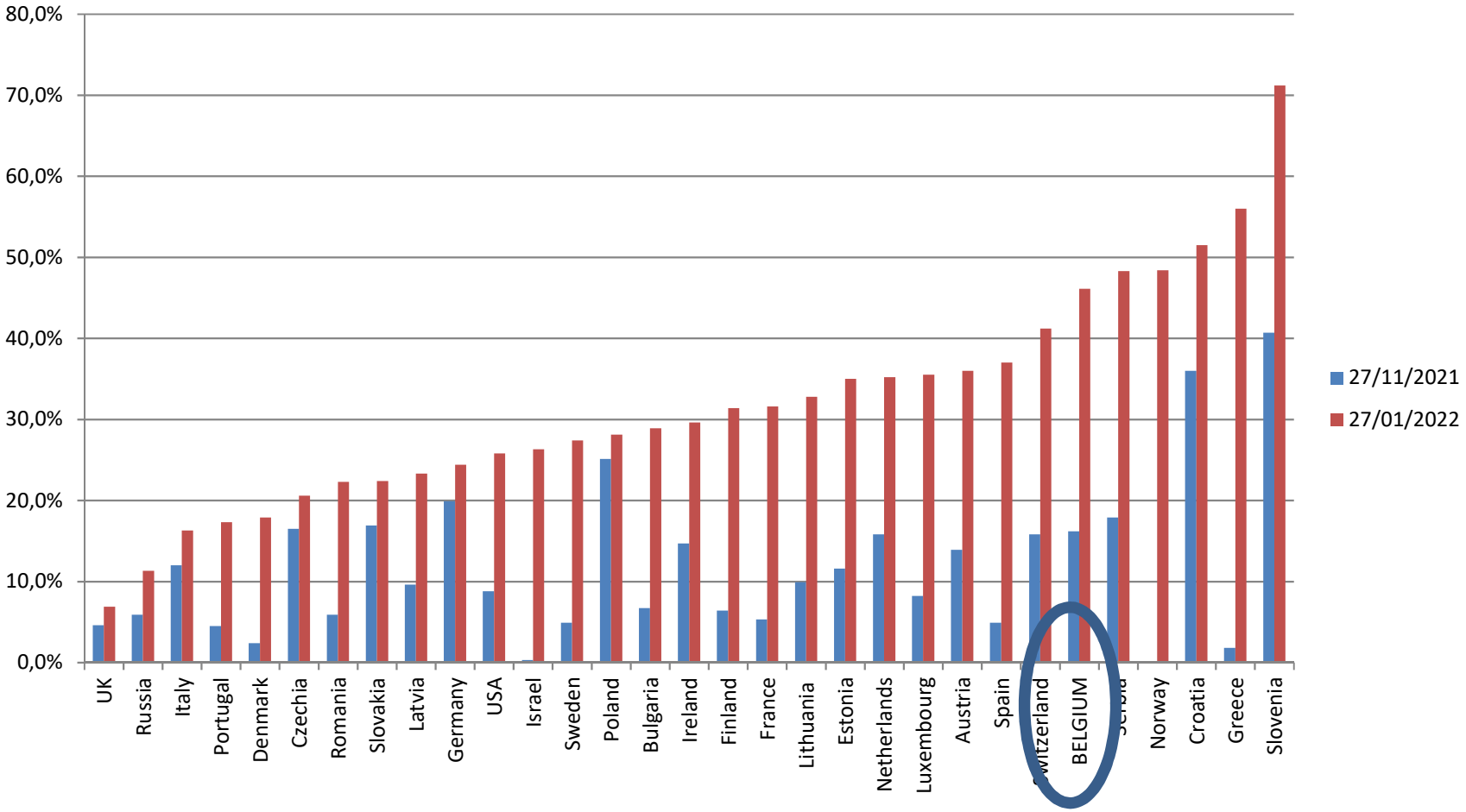


België: Bevestigde gevallen per dag

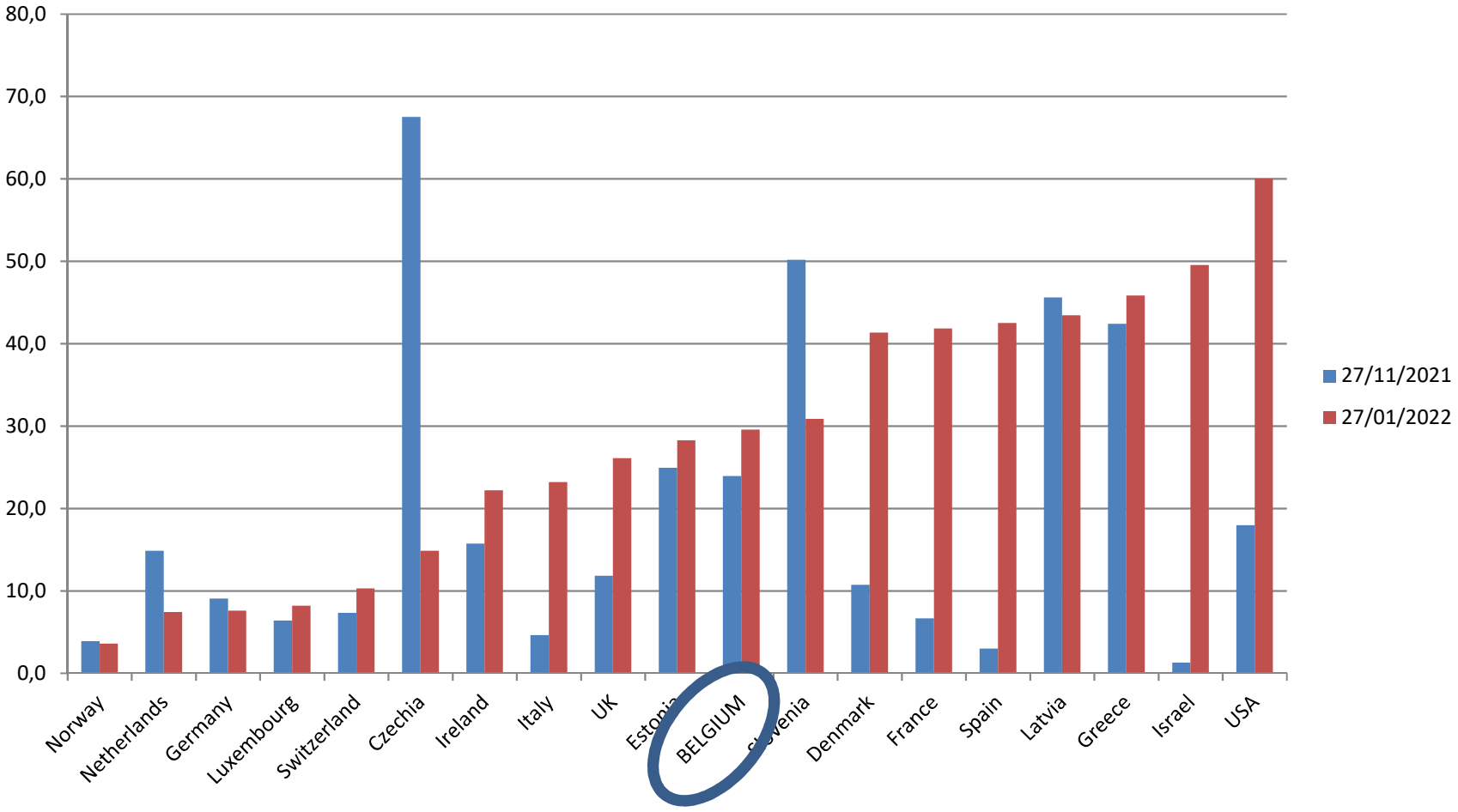
(Data: OWID)



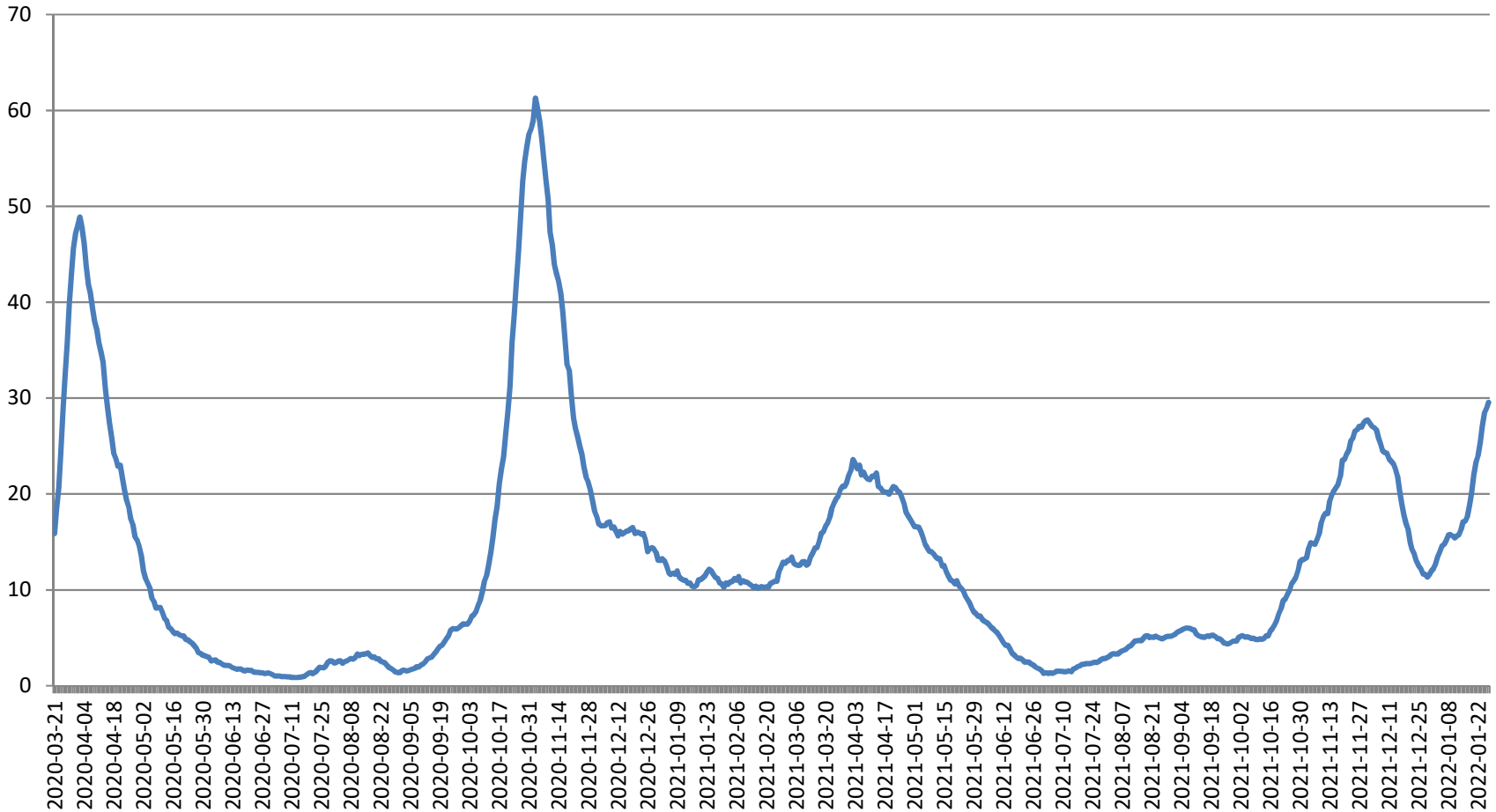
Positiviteit



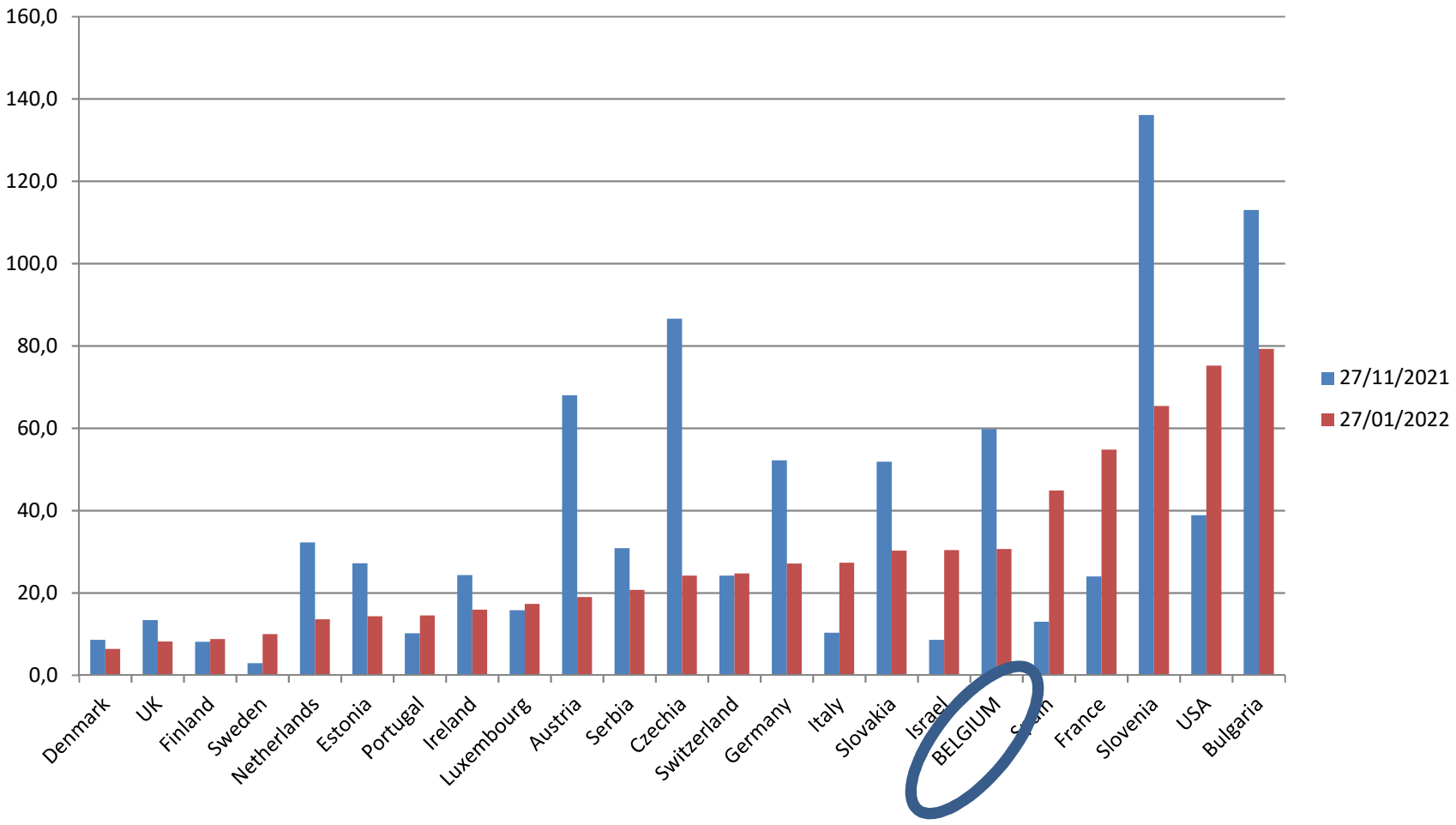
Hospitalisaties per dag per miljoen



Belgische hospitalisaties per dag per miljoen

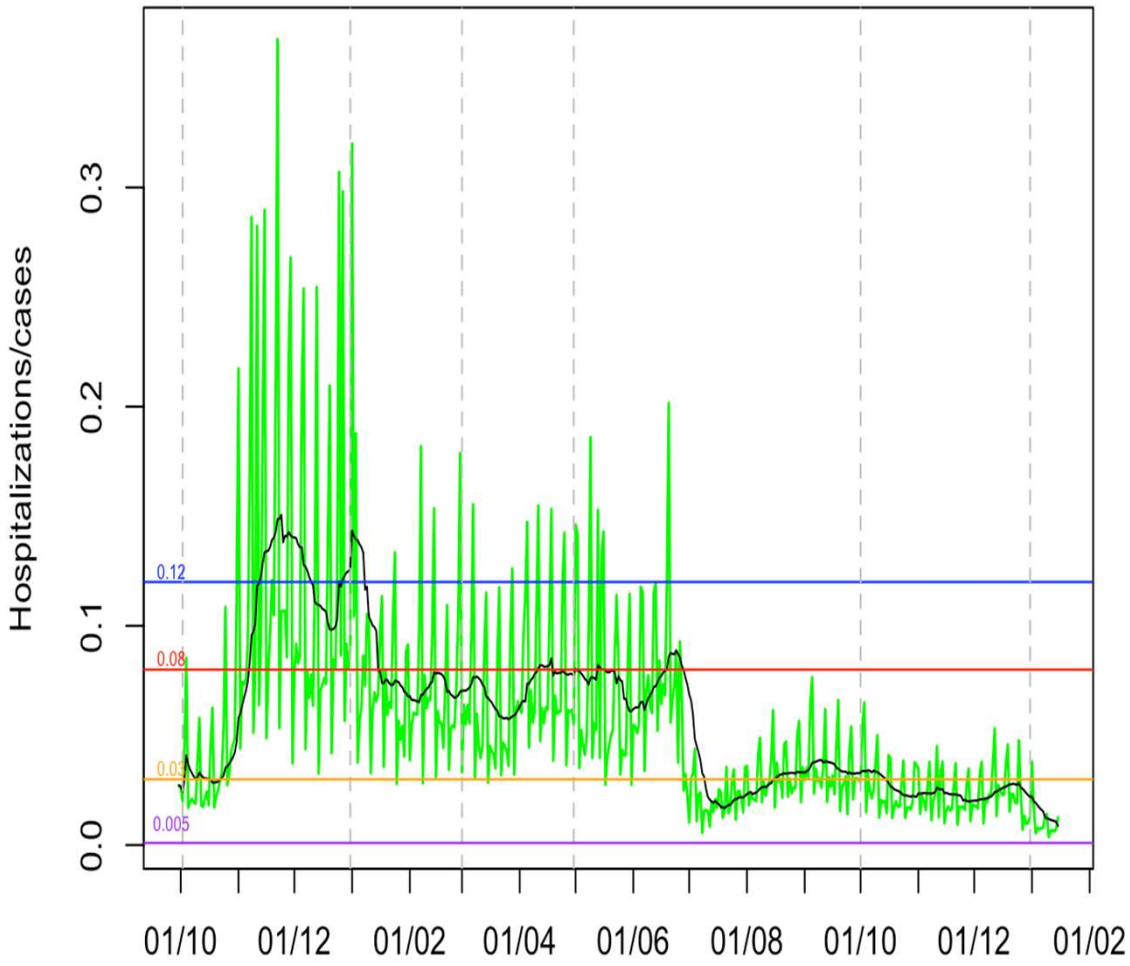


ICU bezetting per miljoen



Verhouding hospitalisaties/besmettingen

(Christel Faes, hospital surge data)

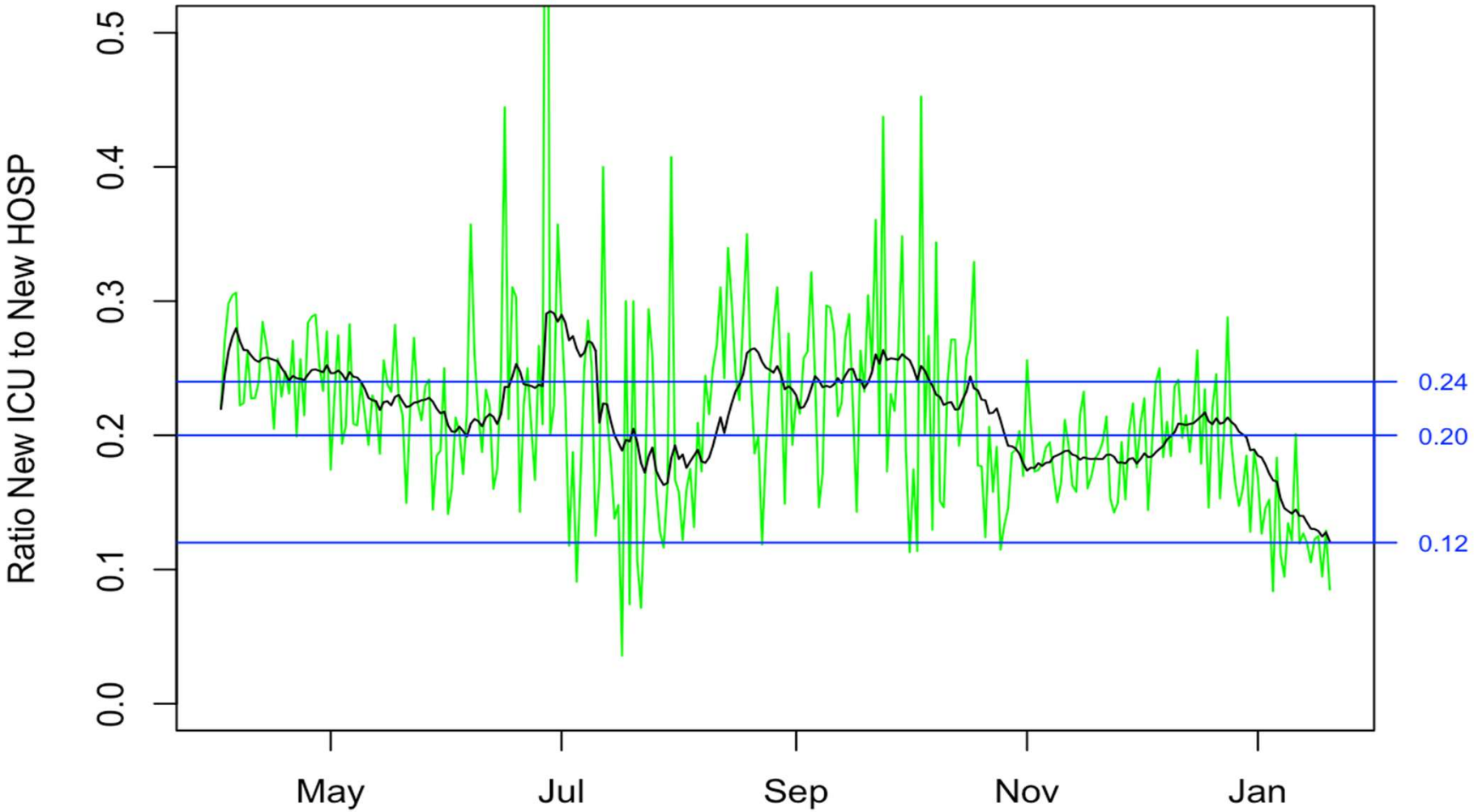


Verhouding hosp/gevallen

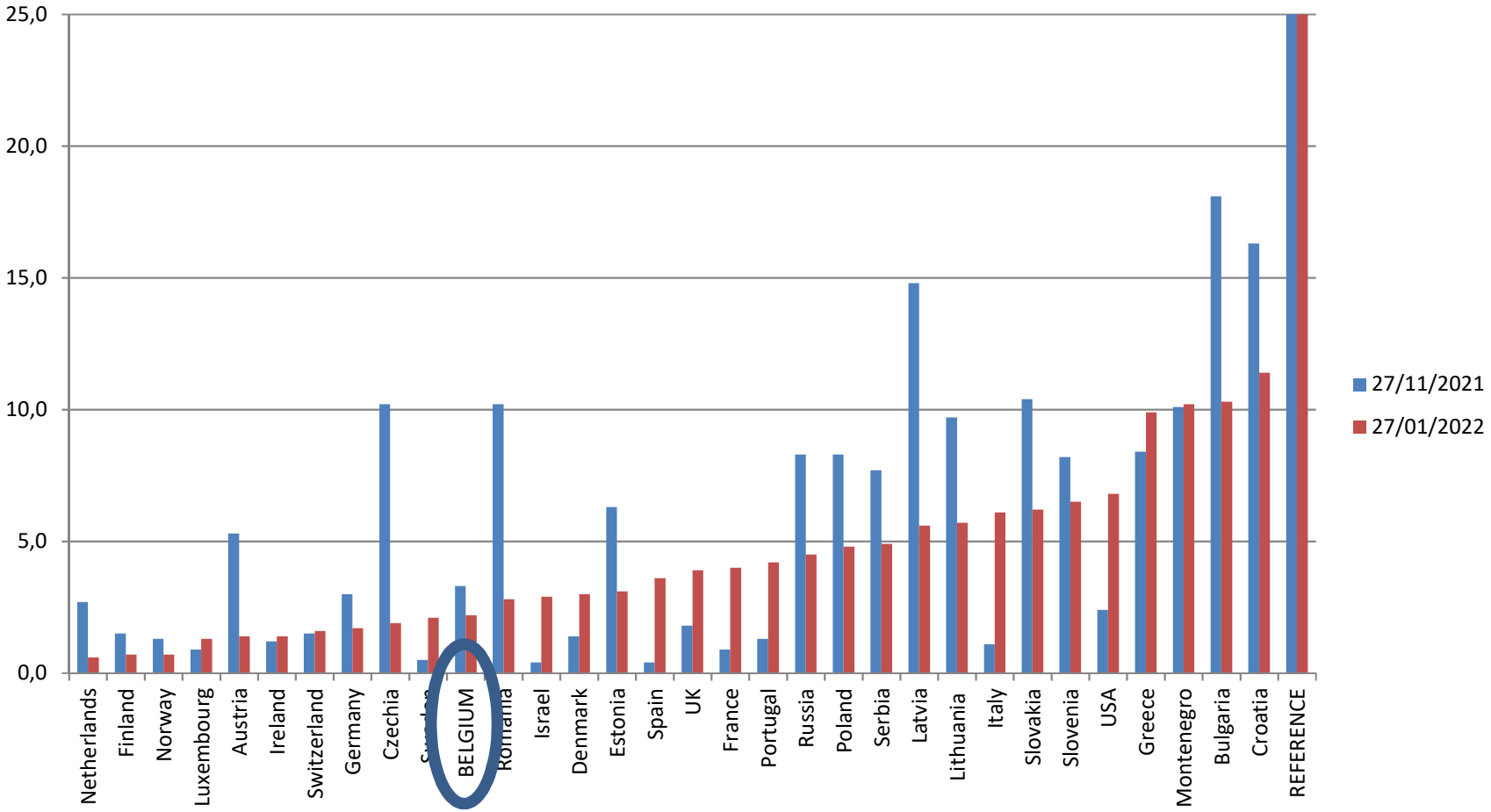
- Wave 2: 12/100
- Wave 3: 8/100
- Wave 4: 3/100
- Wave 5: daling naar 1/100 - 5/1000 ?

Verhouding opname ICU / hosp

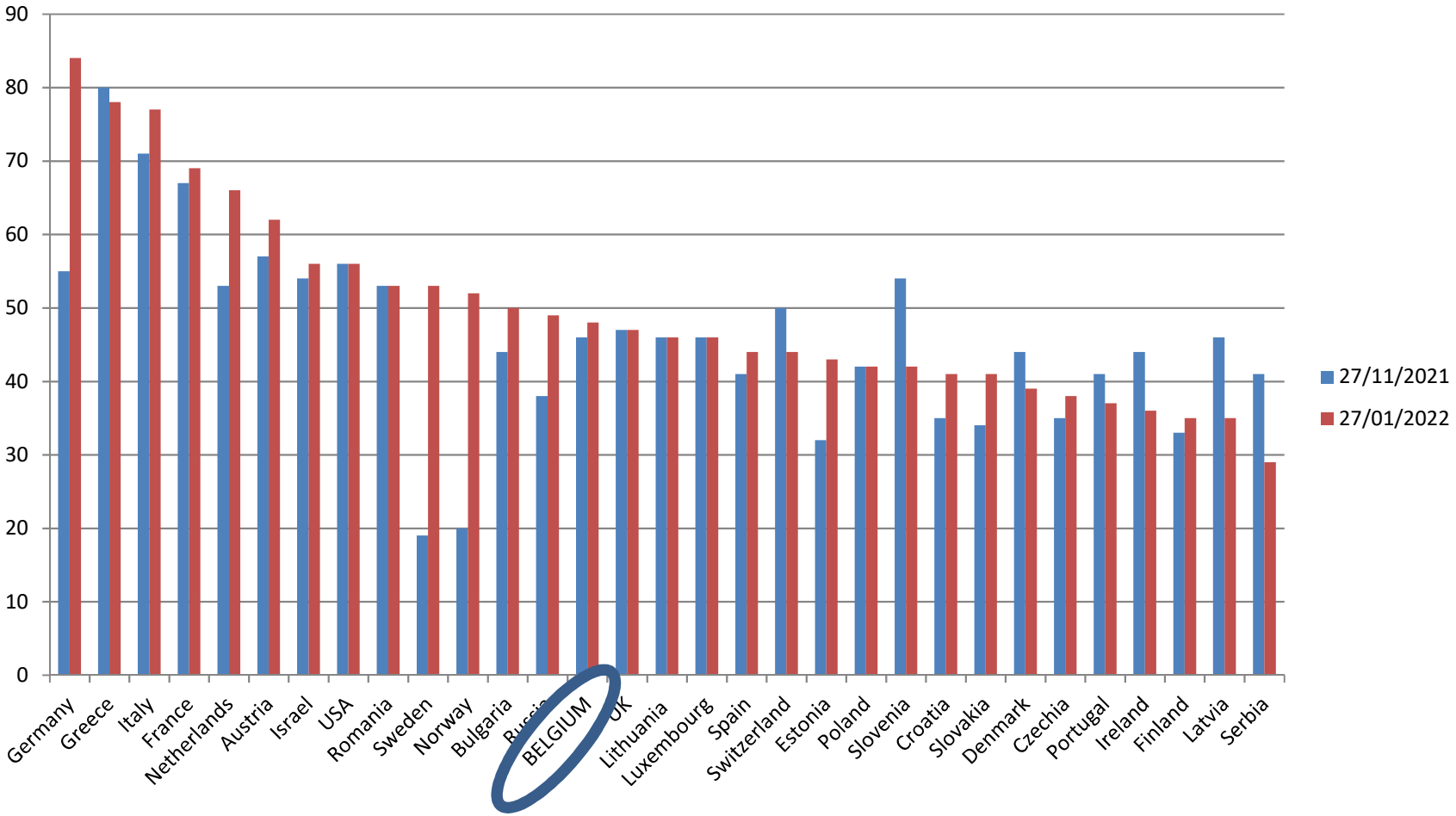
(Christel Faes, hospital surge data)



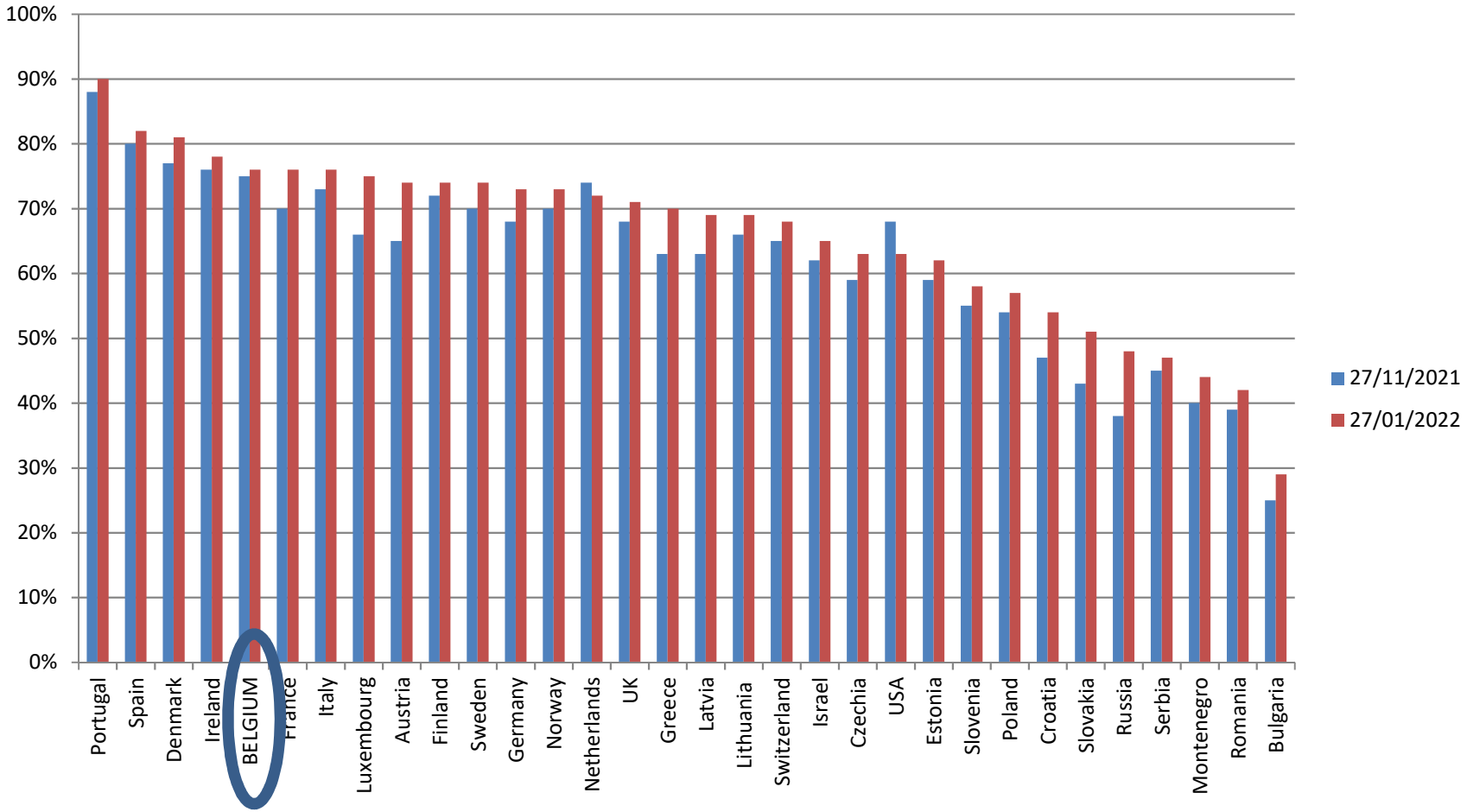
Mortaliteit per dag per miljoen



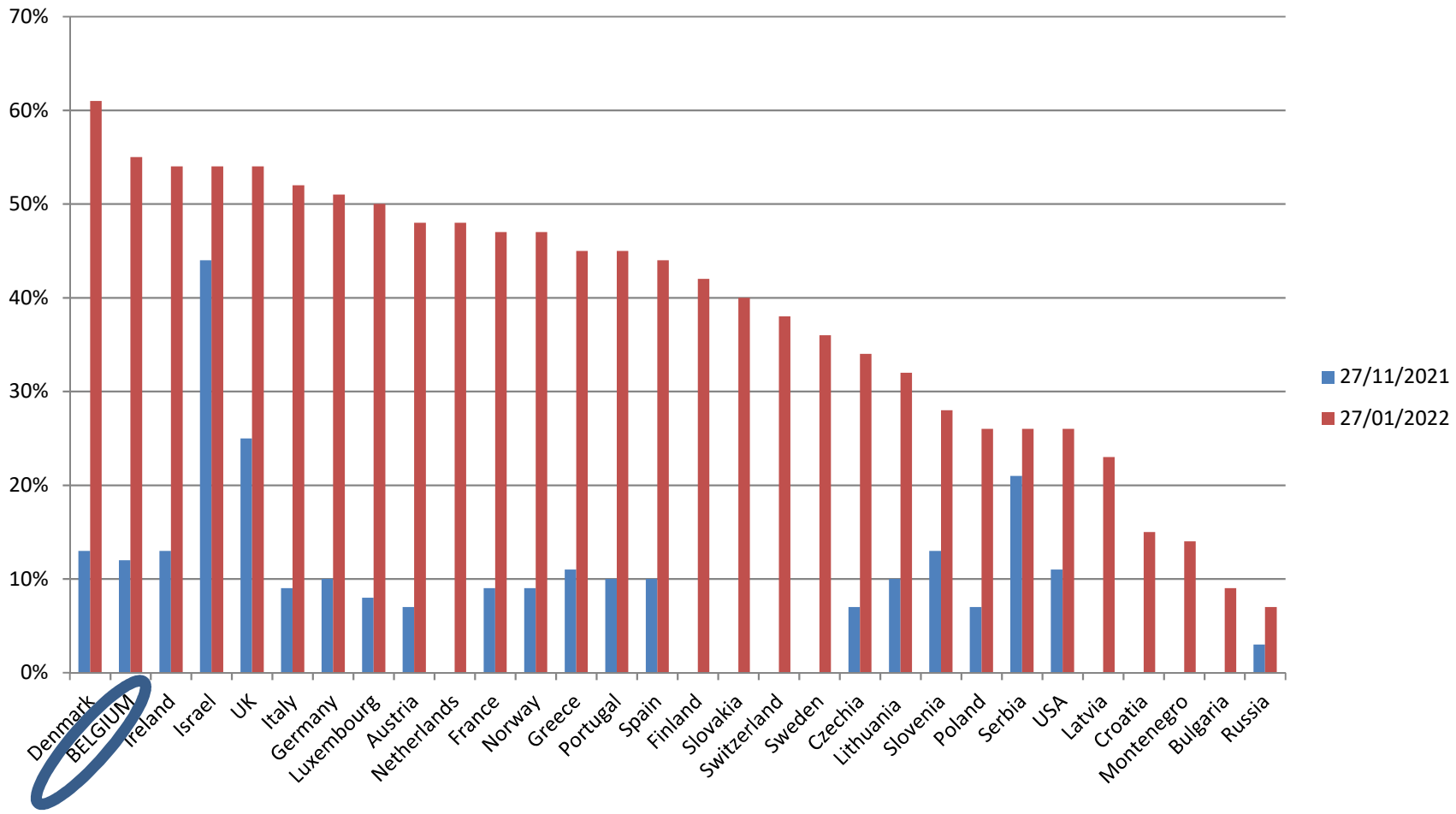
Stringency


90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
Germany
Greece
Italy
France
Netherlands
Austria
Israel
USA
Romania
Sweden
Norway
Bulgaria
BELGIUM
Lithuania
Luxembourg
Spain
Switzerland
Estonia
Poland
Slovenia
Croatia
Slovakia
Denmark
Czechia
Portugal
Ireland
Finland
Latvia
Serbia
27/11/2021
27/01/2022

Volledige basisvaccinatie



Booster vaccinatie



Vaccinatie in België

(Dagrapport Sciensano, 29/01/22)

	Basisvaccinatie	Booster
België	**76,8%**	**56,1%**
Brussel	60,0%	31,4%
Vlaanderen	81,4%	64,3%
Wallonië	72,3%	48,8%
Duitstalige Gemeenschap	68,9%	48,5%

Selectie uit de VS

Hospital Load	New York		New Jersey		Illinois	
	Date	Load	Date	Load	Date	Load
Peak	12/04/20	13,612	14/05/20	3622	09/05/20	3459
Peak	19/01/21	10,017	27/12/20	3821	21/11/20	6221
Reference	01/11/21	2282	01/11/21	735	01/11/21	1261
Omicron	09/01/22	12,449	09/01/22	6164	09/01/22	6993

Deaths	New York		New Jersey		Illinois	
	Date	Load	Date	Load	Date	Load
Peak	09/04/20	1009	01/04/20	345	10/05/20	117
Peak	13/01/21	193	01/01/21	80	07/12/20	174
Reference	01/12/21	35	01/12/21	17	01/12/21	32
Omicron	28/01/22	224	28/01/22	118	28/01/22	107

Wat beïnvloedt wat?

Landen-analyse 07/11/21 (model Molenberghs op basis van OWID data)	**Besmettingen**	**ZH opnames**	**Mortaliteit**
	Vaccinatie **Stringentie**	***Besmettingen*** **Vaccinatie** **Stringentie**	*Besmettingen* **Vaccinatie** Stringentie
Verklaarde variabiliteit	59%	90%	88%

Illustratie:
De kracht van delta & omicron

Infectie (start met 4 besmette mensen)	R0	Na 10 generaties
Seizoensgriep	1,5	684
SARS-CoV-2 (Wuhan)	3,0	354.292
SARS-CoV-2 (Alfa)	5,0	48.828.124 (~50 miljoen)
SARS-CoV-2 (Delta)	8,0	4.908.534.052 (~5 miljard)
SARS-CoV-2 (Omicron)	2,0 (1/3 interval)	8.589.934.588 (~ 8,5 miljard)

Werkzaamheid vaccins?

- We kijken naar een reeks eindpunten:
  - Transmissie
  - Infectie (inclusief asymptomatisch)
  - Symptomatische COVID
  - Ernstige COVID
  - Hospitalisatie
  - ICU / mechanische ventilatie
  - Dood

Vaccins

- *Efficacy – effectiveness*
  - Surrogaat / *Correlates-of-Protection*:
  - Humorale immuniteit
  - Cellulaire immuniteit
  - …
- Een bewegend doel …

W.T. → **α** → β → γ → **δ** → **ο** → …

Werkzaamheid vaccins

(Gardner and Kilpartrick, Dec. 2021)

Infectie		
	Delta	Omicron
2 doses	45 – 70%	0 – 55%
3 doses	95%	75%

Hospitalisatie		
	Delta	Omicron
2 doses	96%	75%
3 doses	99%	90%

Vaccine effectiveness (omikron)

(UK Health Security Agency Technical Briefing 14 januari 2022)

Vaccinatie	OR (symp. COVID)	HR (hosp.)	VE (hosp.)
1 dosis	0,74	0,57	58%
Basis vaccinatie 2 – 24 weken	0,81	0,45	64%
Basis vaccinatie 25+ weken	0,94	0,60	44%
Booster 2 – 4 weken	0,32	0,26	92%
Booster 5 – 9 weken	0,42	0,29	88%
Booster 10+ weken	0,50	0,34	83%

VE met/zonder infectie

(UK Siren Study, ~18.000 deelnemers)

Status	Vaccine effectiveness (tegen infectie)	
	Geen voorafgaande infectie	Voorafgaande infectie
Niet gevaccineerd	Referentie	44%
Basis vaccinatie	32%	60%
Booster	62%	71%

Vatbaarheid en transmissie in huishoudens

(Plesner Lyngse et al. 2022)

- Booster tegenover basisvaccinatie:
  - Vatbaarheid (omikron) 0,54
  - Vatbaarheid (delta) 0,38
- Transmissie: 0,72

Vaccine effectiveness in kinderen

(Pediatric Covid Update, New York State Department of Health, 7 januari 2022)

- Opnames per 100 nieuwe gevallen (non-vax):
  - 0 – 4 jaar: 1,85
  - 5 – 11 jaar: 0,30
  - 12 – 17 jaar: 0,38
  - 18+: 3,19
- Vaccine effectiveness:
  - 5 – 11 jaar: 76%
  - 12 – 17 jaar: 81%
- Omikron infectie milder in kinderen 0-5 dan delta

  (Wang, Berger *et al.* 2022)

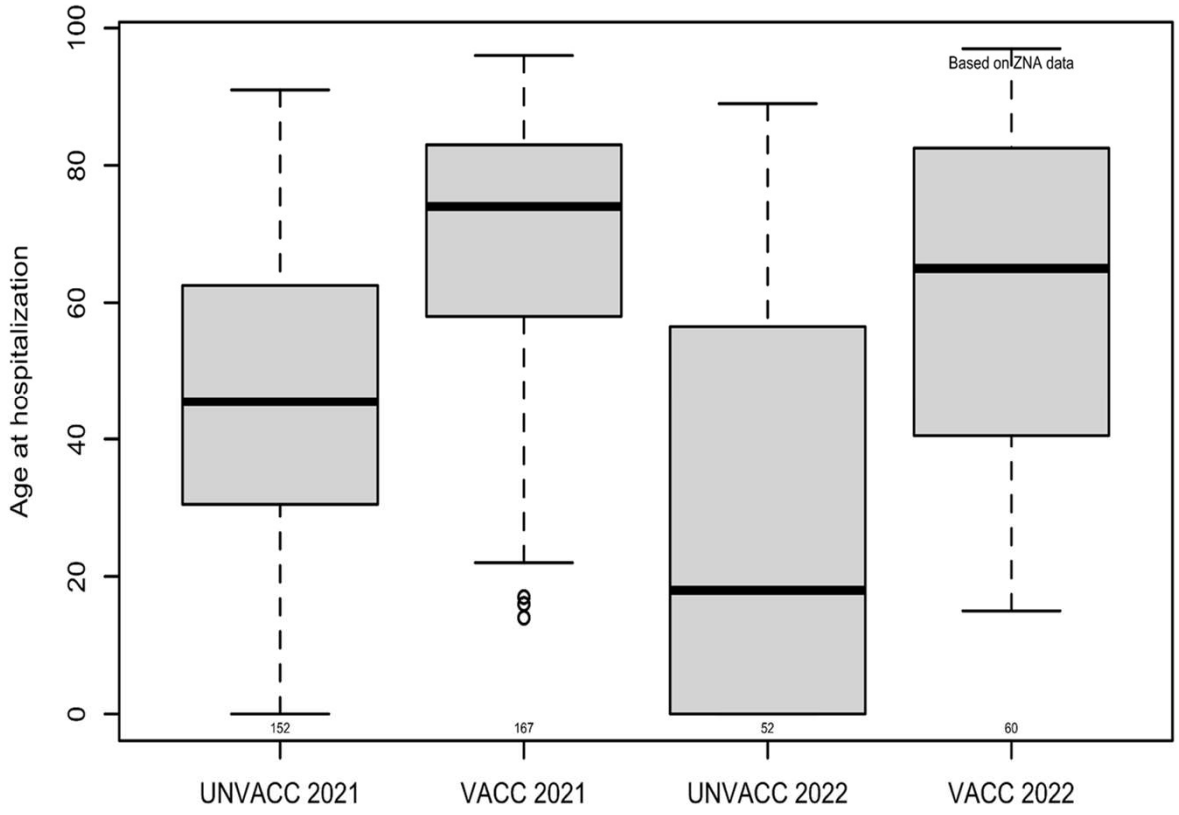
Werkzaamheid vaccins in BE

(Sciensano weekrapport 28/01/22)

Leeftijd	Vaccinatie status	Incidentie infectie	Incidentie hosp.	Incidentie ICU
12 – 17 jaar	Booster	2232		
	Basis vacc.	10451		
	Ongevacc.	9816		
18 – 64 jaar	Booster	2493	11	2
	Basis vacc.	5069	11	2
	Ongevacc.	6520	32	6
65 – 84 jaar	Booster	751	29	4
	Basis vacc.	1824	160	20
	Ongevacc.	1420	147	35
85+ jaar	Booster	1526	122	6
	Basis vacc.	2146	206	11
	Ongevacc.	1066	282	15

Hospitalisaties leeftijdsverdeling

(Christel Faes, Hospital Surge Data)



- Leeftijd lager voor wie niet gevaccineerd is
- Daling leeftijd in 2022, vooral bij niet-gevaccineerden

Conclusies

- Goede vax graad in BE, maar kan beter in bepaalde regio's
- Omikron heeft gunstiger eigenschappen – wat nadien komt is onzeker
- ZH bezetting onder controle houden
  - Cf. uitgestelde zorg
- Herhaalde vax: versterkt, verbreedt, verdiept
- + aangepaste vaccins (bijv. niet enkel stekel-eiwitten,…)
- Inzetten op:
  - Verhogen vaccinatiegraad volwassenen
  - Onderhoud van de vaccinatie
  - Booster ook bij 12 – 17 jarigen
  - Vaccinatie bij 5 – 11 jarigen
  - Ontwikkeling pansarbeco vaccins

Conclusies

- Afhankelijk van kleurcode barometer blijven NPI's nodig
- Rol van CST / 1G vereist maatschappelijke discussie (cf. collega's)
- Nu werk maken van pandemic preparedness
  - De volgende pandemie voorkomen (surveillance; pansarbeco vaccins,…)
  - Snelle respons door wetenschappelijke en logistieke paraatheid

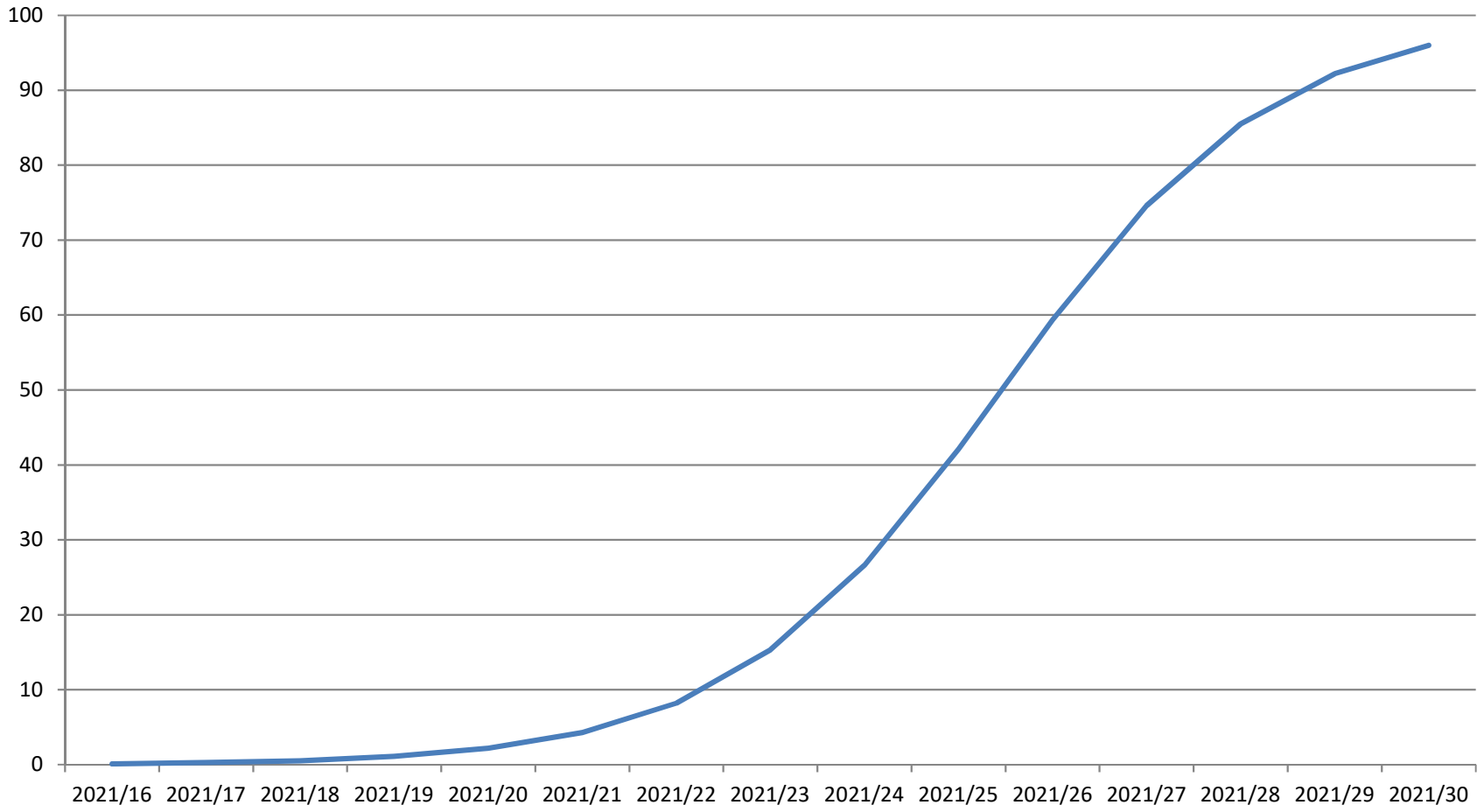
Extra materiaal

Meanwhile in the US

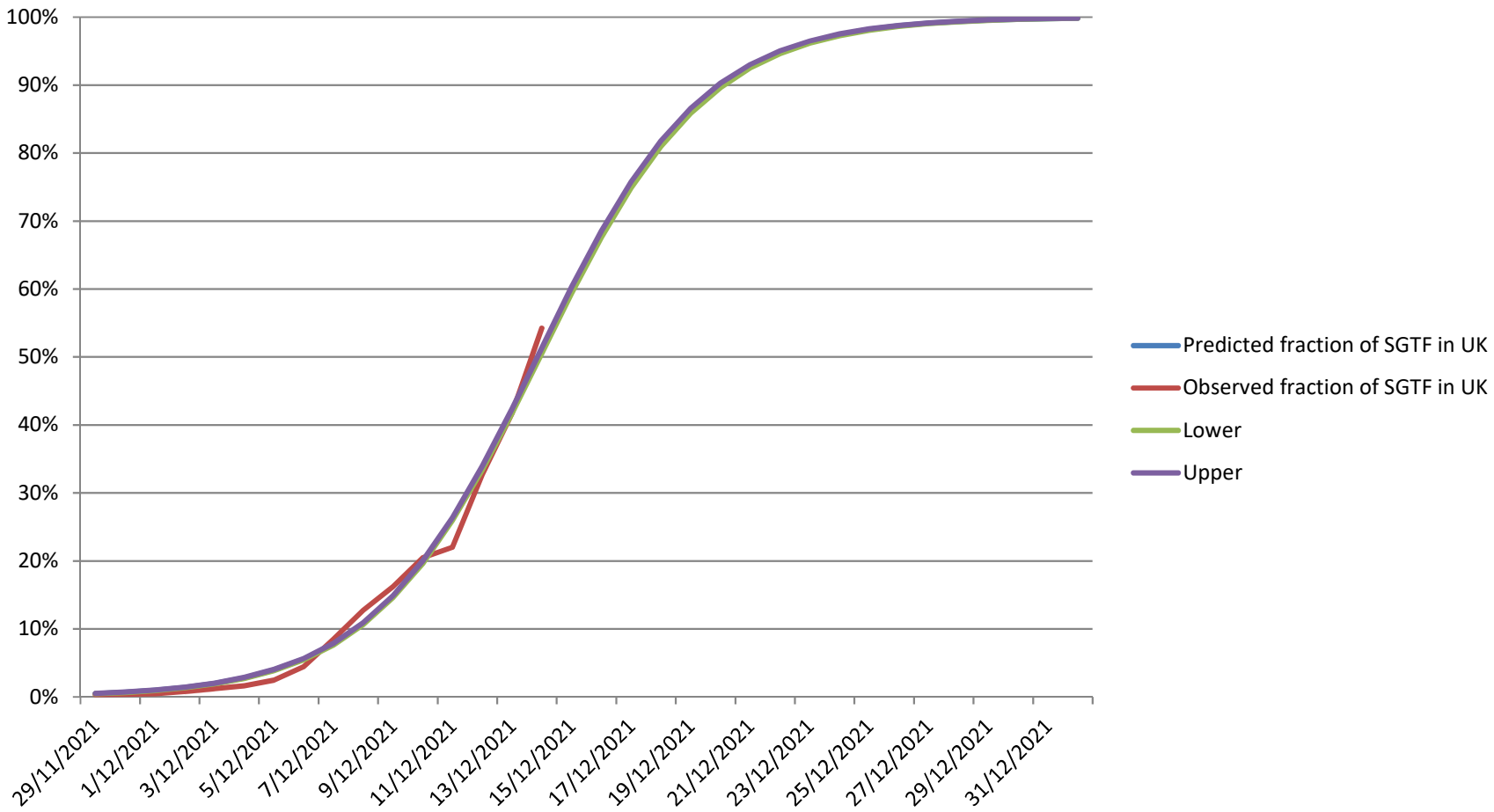


State	Cases per day		ICU occupancy		Remarks
	Around 1 Sept 2021	End-of-december 2021	Around 1 Sept 2021	End-of-december 2021	
Washington DC	200	2000	10%	20%	
Rhode Island	300	2300	10%	35%	The rise has been gradual, creating opportunity for ICU rise. In spite of high vaccination rate
Vermont	150	600	15%	15%	
Maine	400	1000	20%	35%	Considerable occupancy of ICU, in spite of gentle case rise and high basic vaccination rate
New Jersey	2000	31,000	5%	20%	The rise was very recent, so ICU increase may still follow
Washington State	3500	5000	30%	15%	Bad delta peak around August-September; against medium vaccination rate
Florida	18,500	50,000	25%	10%	The rise was very recent, so ICU increase may still follow
Texas	19,000	15,000	40%	25%	Very bad delta peak around August-September; against low vaccination rate
Illinois	4000	18,000	10%	35%	The rise has been gradual, creating opportunity for ICU rise

De verspreiding van delta in België

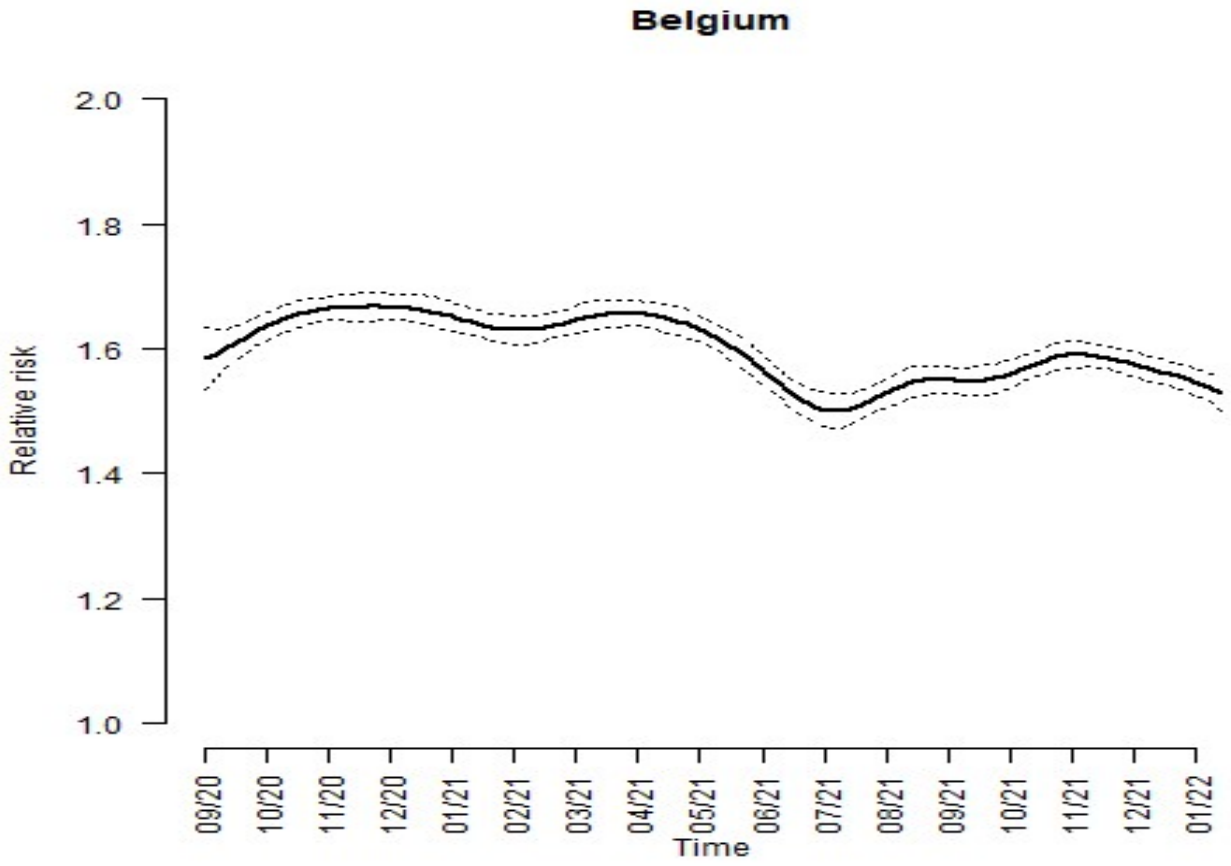


De verspreiding van omicron in VK

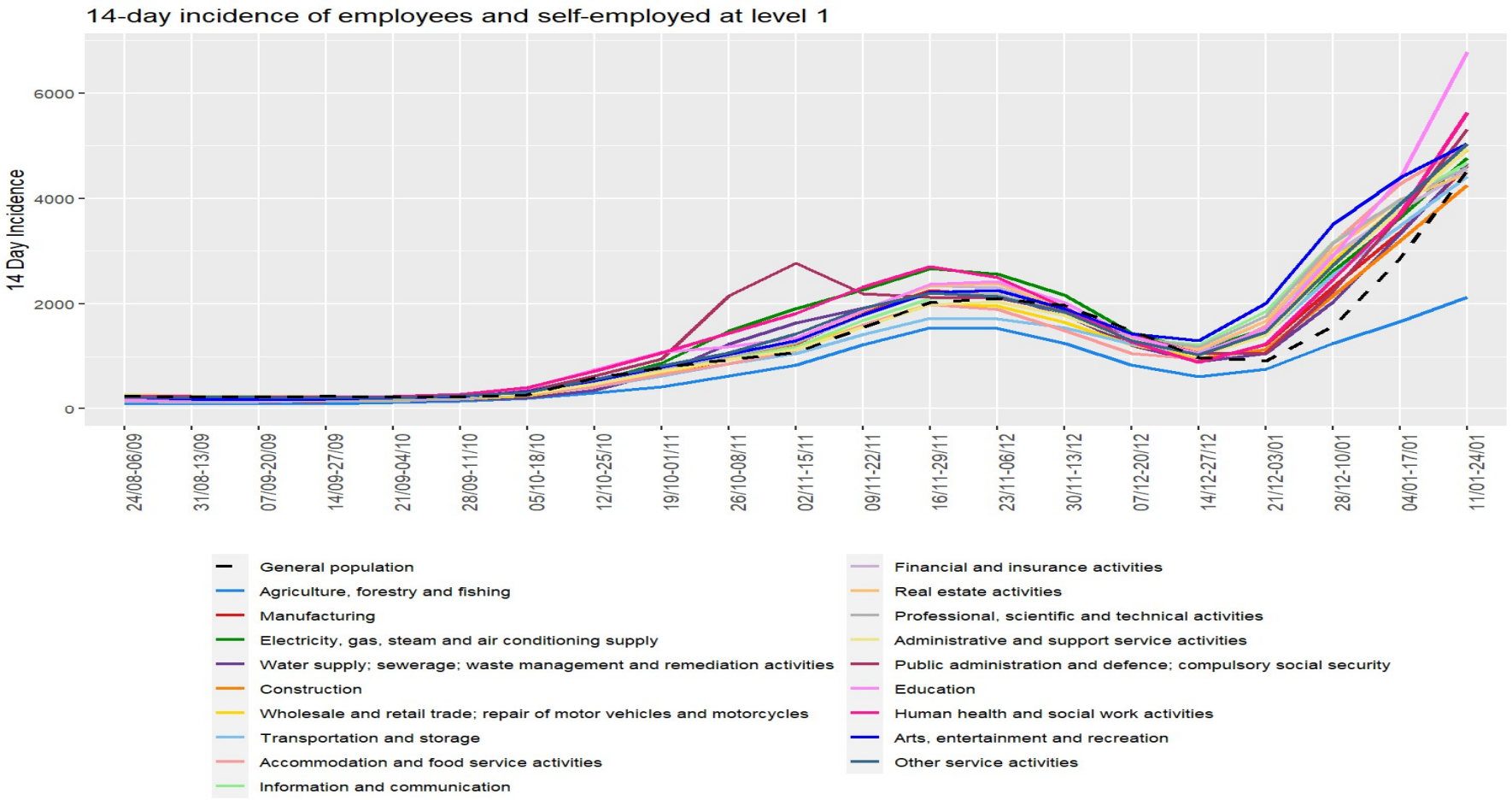


Effect verdubbeling besmettingen → hospitalisaties

(Christel Faes, Oana Petrof, Geert Molenberghs)



Sectoren werk 2022



Omikron versus delta & booster

(UK Health Security Agency Technical Briefing 31 december 2021 & 14 januari 2022)

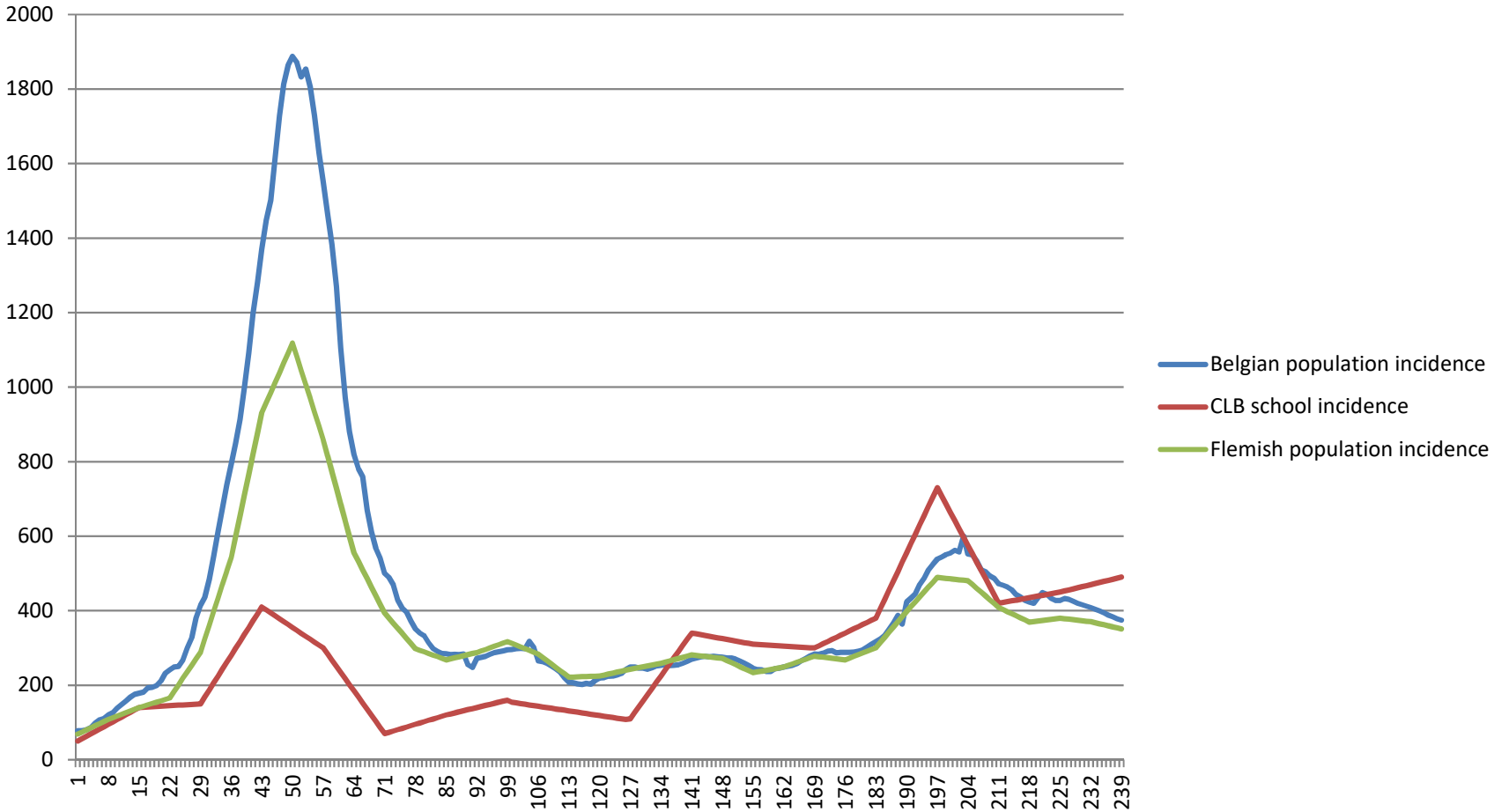
- Omikron versus delta:
  - Risico (hospitalisatie): 0,53 [0,50;0,57]
  - Risico(ICU): 0,33 [0,30;0,37]
- VE (booster) voor omicron:
  - Tgo. symptomatische covid: OR=0,42 [0,41;0,43]
  - Tgo. hospitalisatie: HR=0,29 [0,23;0.37]
  - VE (hosp.) = 1 – OR * HR = 88% [84%;91%]
  - Dit is slechts 44% voor basis vax die een half jaar oud is; en 64% voor een meer recente basis vax

Reductie relatief risico als we booster met ongevaccineerd vergelijken

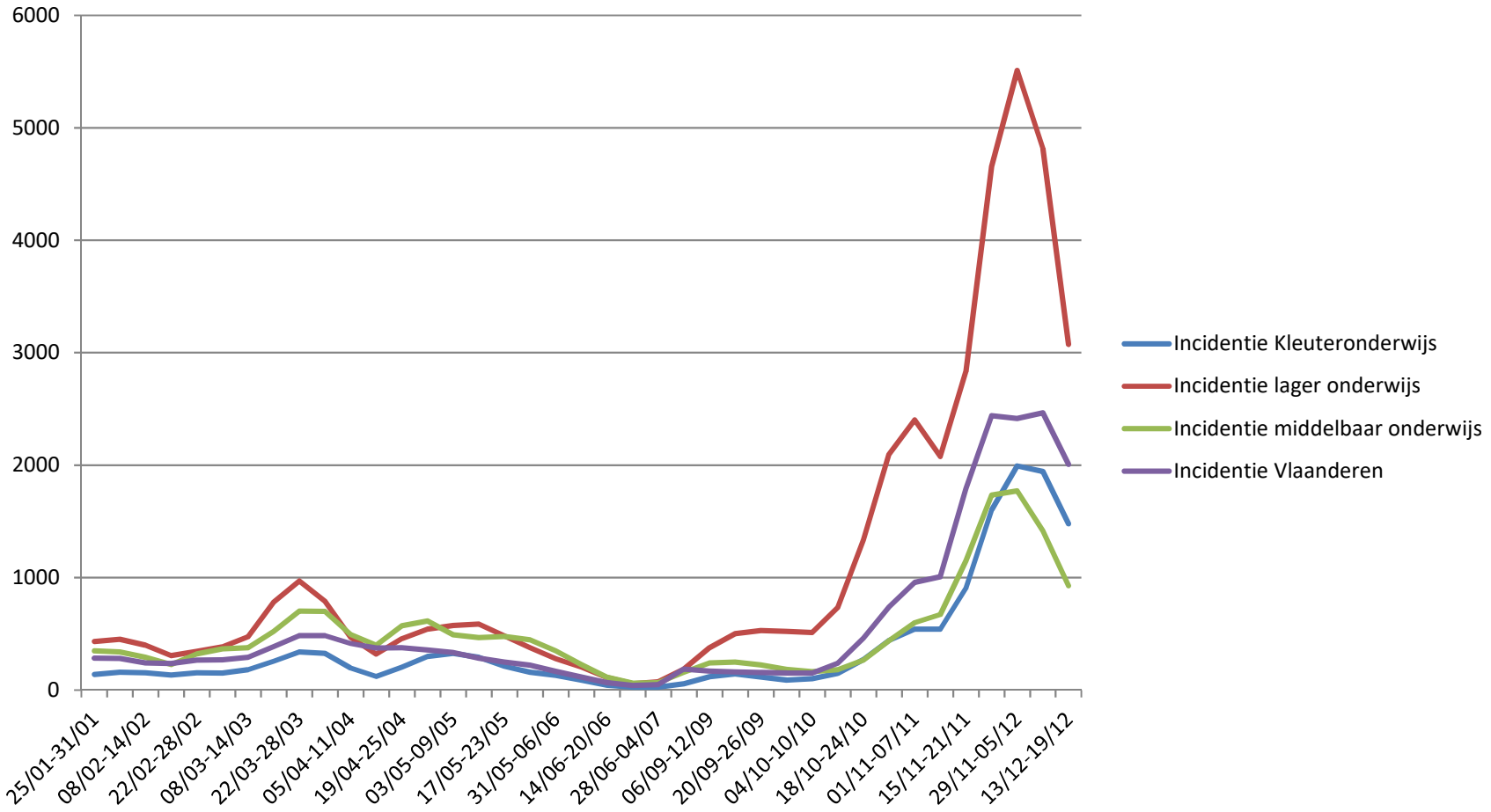
Leeftijd	Infectie	Hospitalisatie	ICU
18 – 64 jaar	62%	66%	68%
65 + jaar	37%	76%	87%

Incidentie Vlaams schoolssysteem (2020-2021)

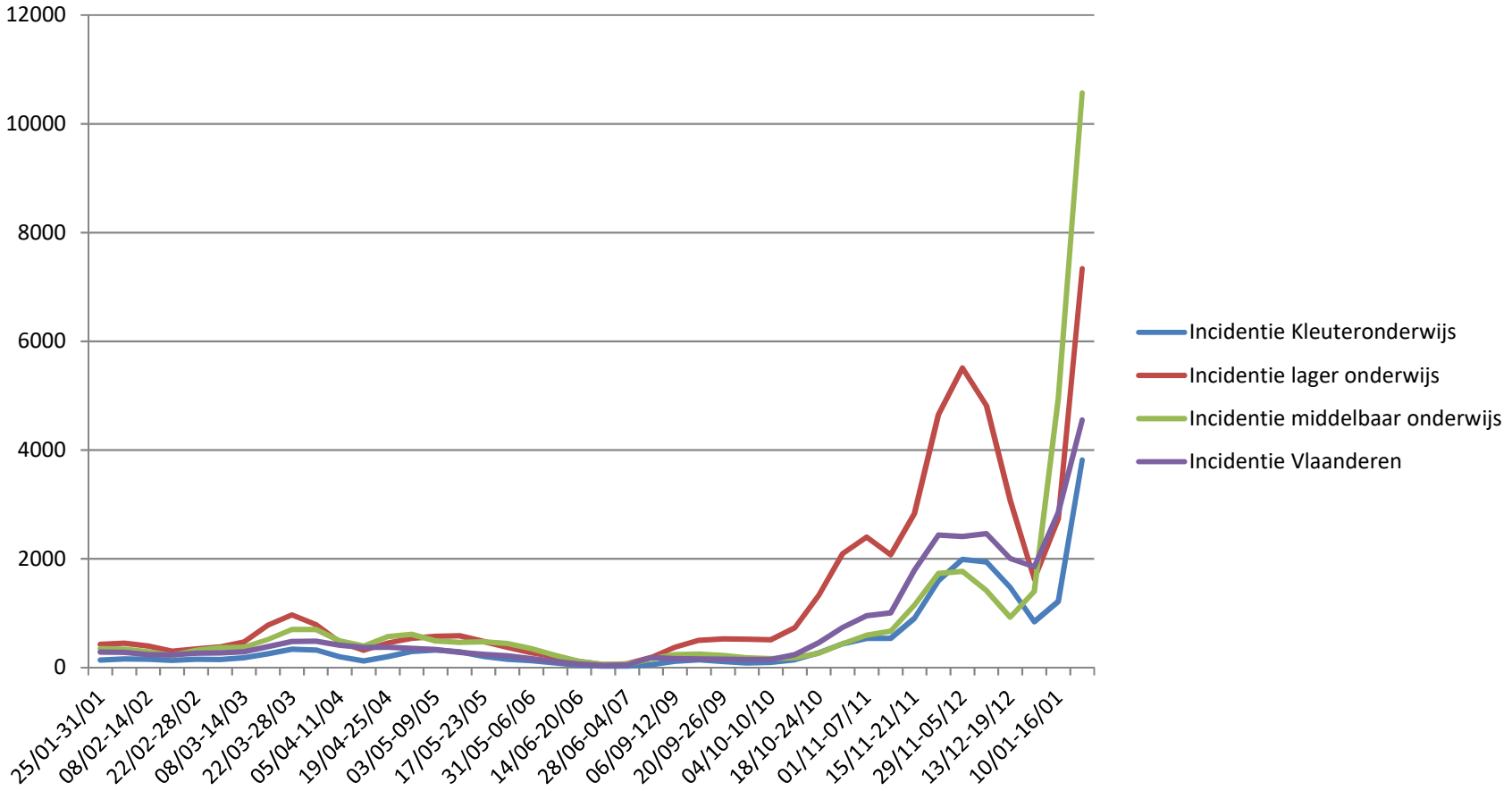
(Bron: CLB)



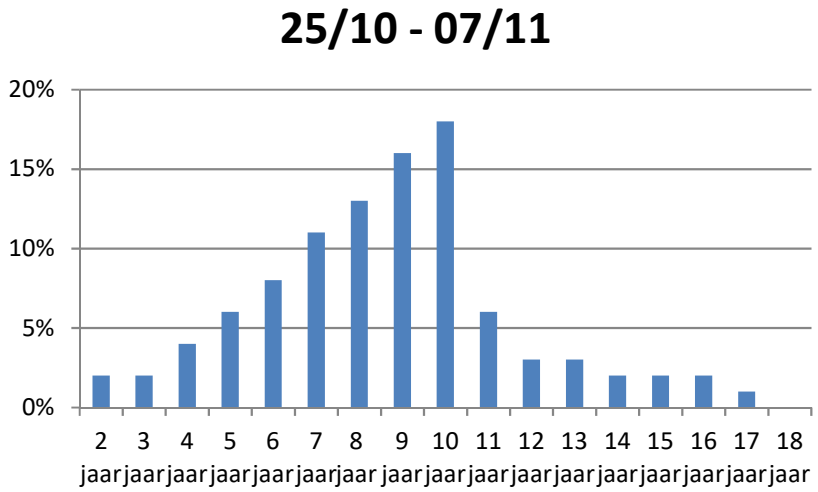
Incidentie Vlaams schoolsysteem (2021)

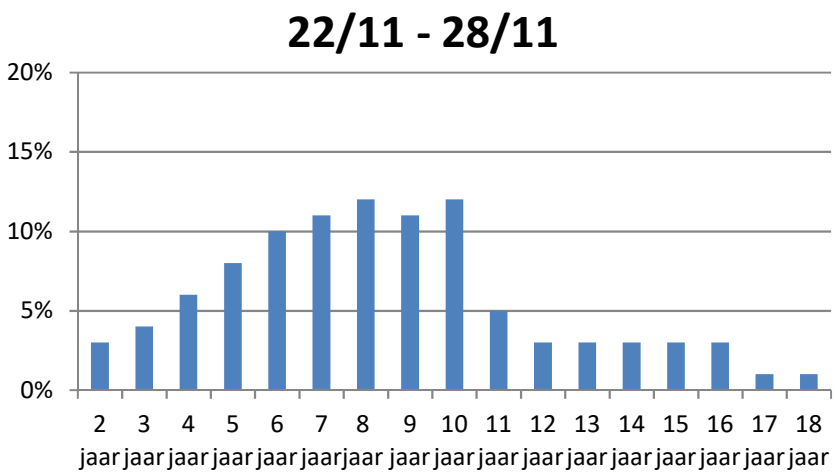


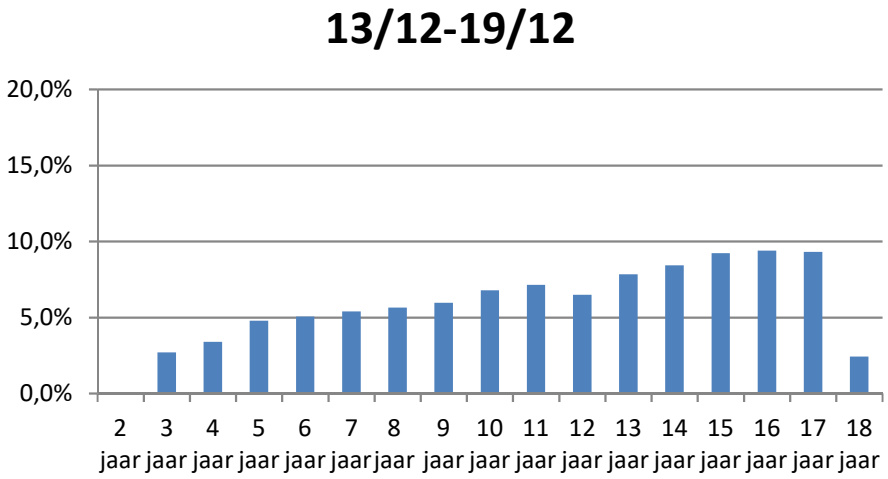
Incidentie Vlaams schoolsysteem (vanaf begin 2021 tot nu)

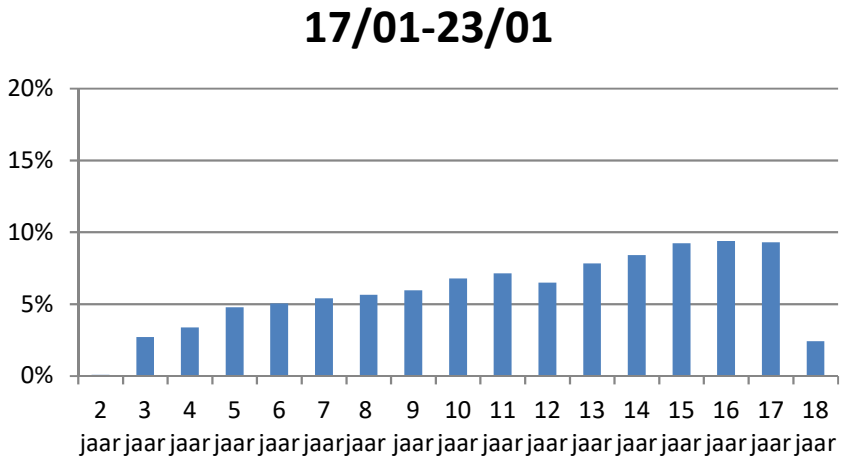


Fracties infecties Vlaamse scholen



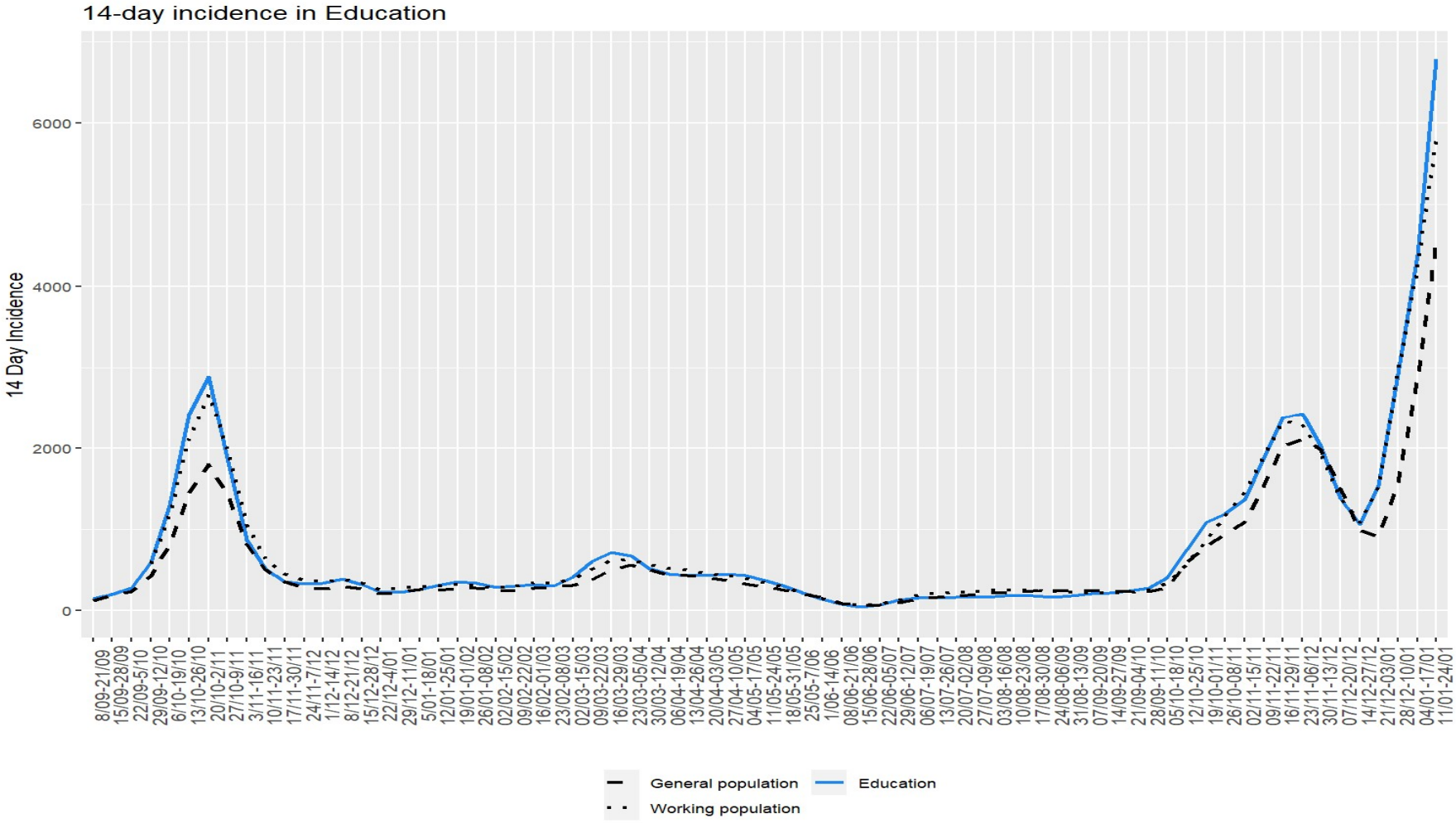




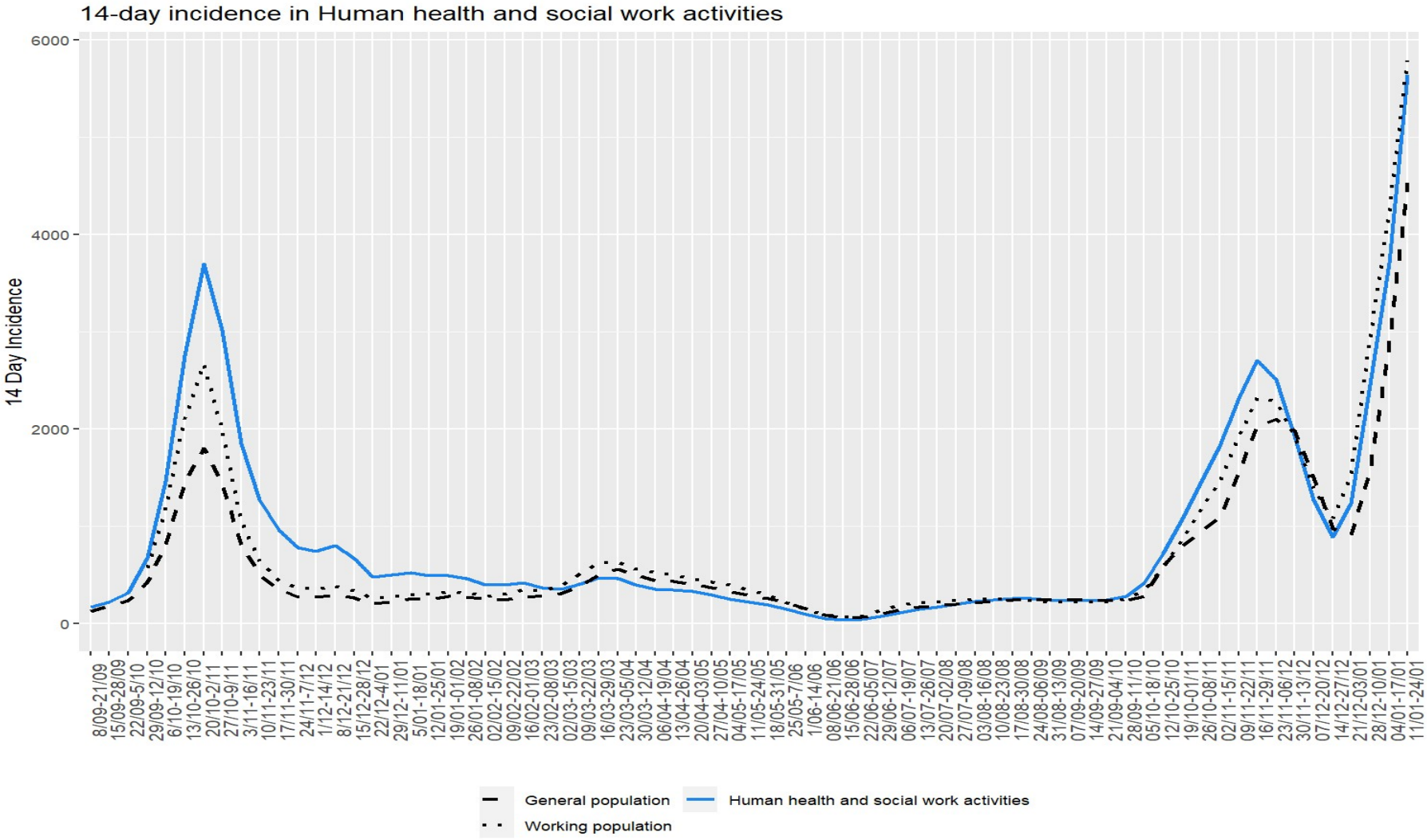


Onderwijs – personeel

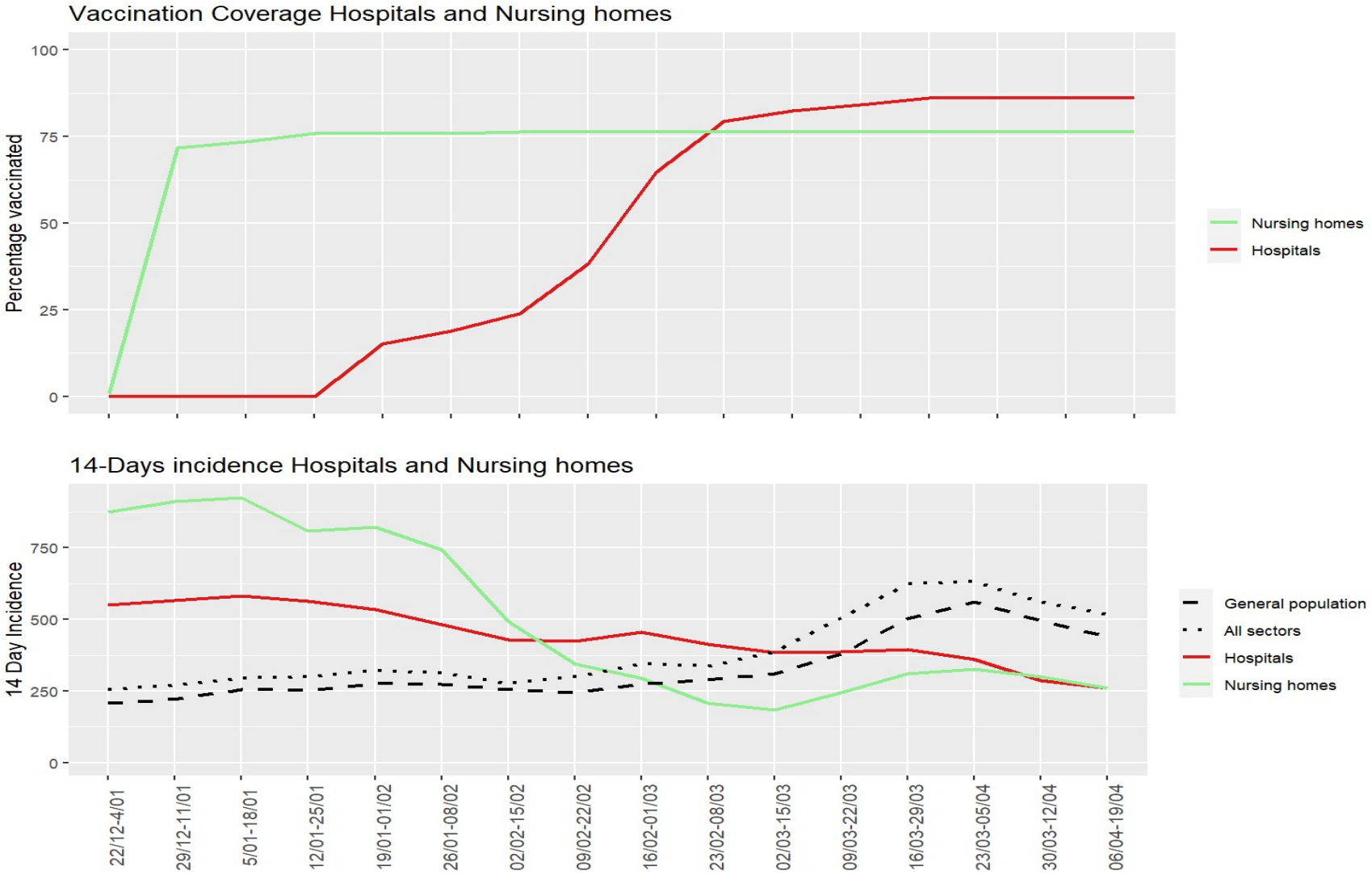
(Bron: RSZ/ONSS/IDEWE rapporten – Molenberghs, Verbeeck, Vandersmissen, Godderis)



Gezondheidswerkers



Gezondheidswerkers begin 2021



Vaccination contre le Sars-Cov-2: évolution des connaissances et adaptation des stratégies vaccinales

Marius Gilbert

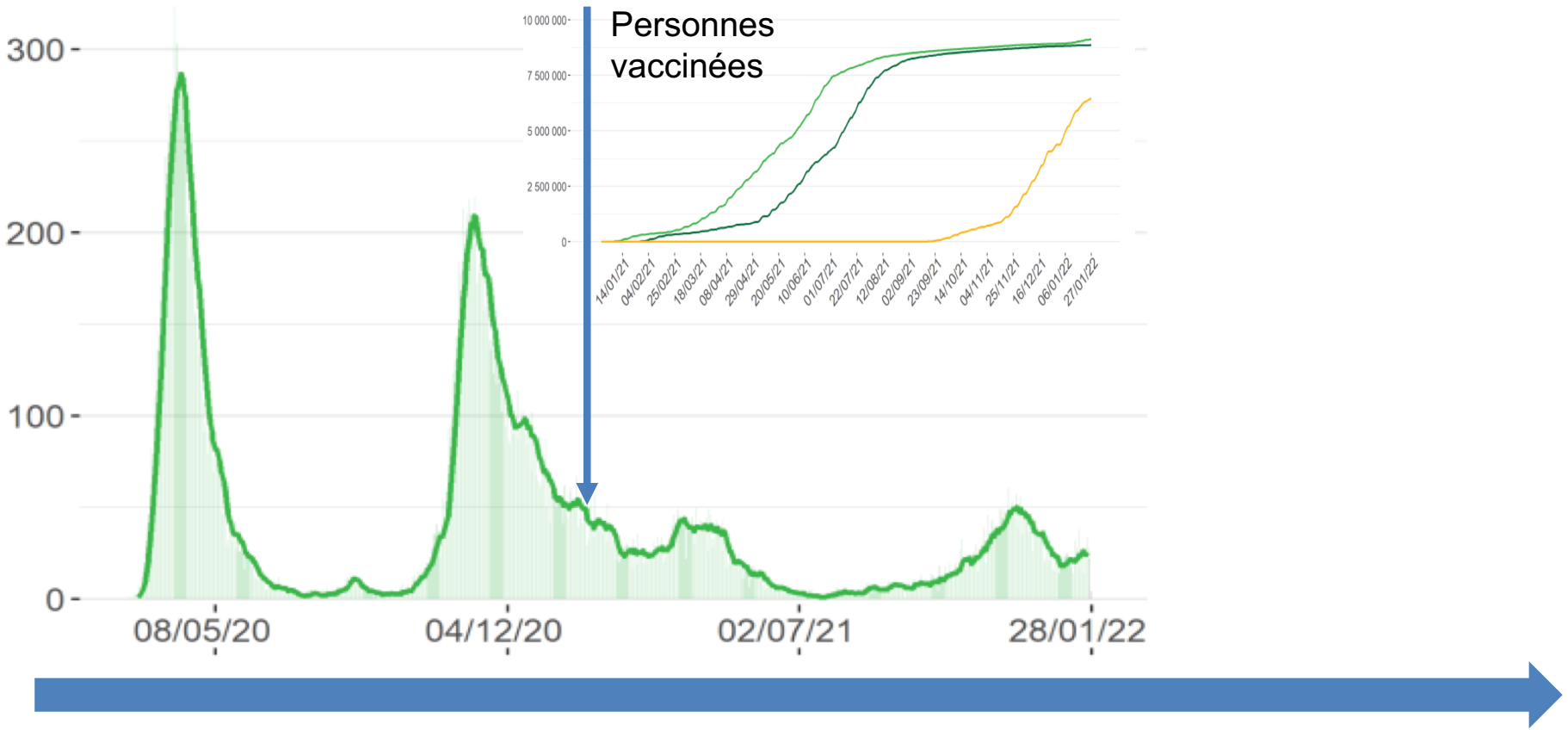
Affiliation

- Directeur de recherches du FNRS (2020 -)
- Directeur du Spatial Epidemiology Lab. (SpELL, 2016 -)
- Vice-recteur à la recherche et à la valorisation (ULB, 2020 -)

Financements:

- Travaux financés par des fonds publics (FNRS, Belspo, UE, NIH,...)
- Liste complète des financements de recherche consultable sur: https://spell.ulb.be/page/projects/

Ou en sommes nous ?



Lockdown

NPI
Masks
T&T

NPI
Masks
T&T
Vaccines

NPI
Masks
T&T ?
Vaccines
Treatments ?

Sciensano Bulletin Epidémiologique hebdomadaire 29 janvier 2022
https://bit.ly/3KXMjgE

Evolution des connaissances: phase I

Observations

- Excellente efficacité vaccinale contre les formes sévères, les risques d'hospitalisation et de décès, mais aussi contre les risque de transmission, dans les semaines qui suivent la fin d'un schéma complet à deux doses.

Gestion opérationnelle

- Il semble possible, à l'aide de la vaccination, de contrôler la transmission de manière durable
- Priorité est de vacciner le plus de monde, le plus vite possible, avec la promesse d'un « retour à la vie normale » lorsque suffisamment de personnes seraient vaccinées.
- Le CST est l'instrument permettant d'anticiper ce « retour à la vie normale » pour ceux qui ont déjà franchi le pas de la vaccination

Evolution des connaissances: phase II

Observations

- Déploiement de la vague delta, virus plus transmissible
- Diminution de l'EV, en particulier contre le risque d'infection.
- Même dans les provinces avec d'excellents tx de vaccination (> 90% chez les 18+), transmission et hospitalisations augmentent.

Gestion opérationnelle

- Retour à des NPI
- Les enfants, non-vaccinés, présentent les incidences les plus élevées
- Déploiement du boost, pour restaurer l'EV contre les formes sévères (diminuer la pression sur USI) et contribuer à réduire la transmission.
- La perspective d'un « retour à la vie normale » par les vaccins s'éloigne

Evolution des connaissances: phase III

Observations

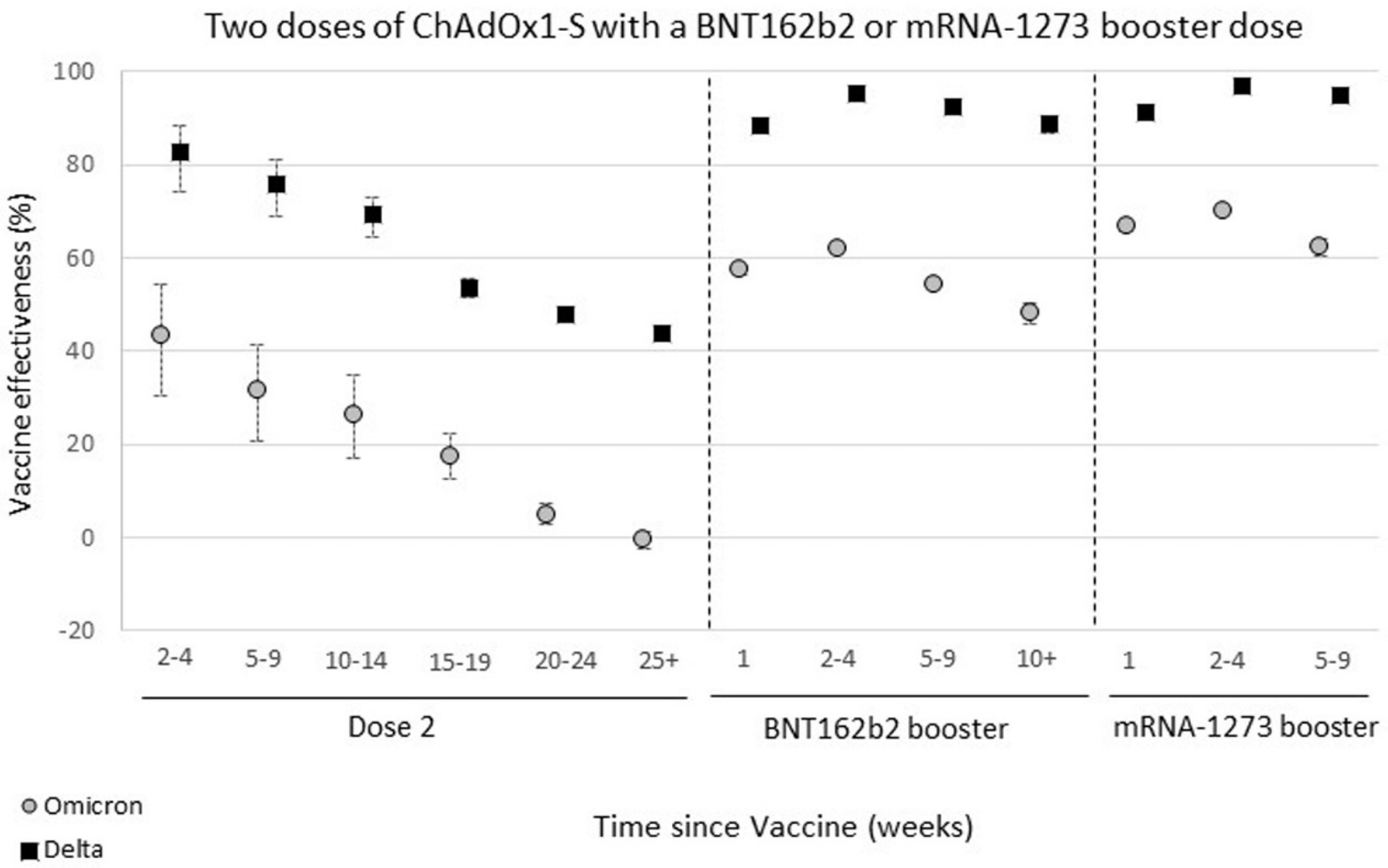
- Déploiement d'Omicron, plus transmissible avec évasion immunitaire, mais plus faible risque de formes sévères.
- La vague Omicron passe à travers tout.
- Les vaccinés avec boost conservent une bonne EV contre le risque d'infection

Gestion opérationnelle

- Nous bénéficions du déploiement du boost, qui préserve nos USI malgré une augmentation très rapide des cas et hospitalisations.
- Différents pays renoncent à contrôler la transmission par des NPI;
- La baisse de l'EV chez ceux qui ont reçu le boost le plus tôt pourrait prolonger l'impact de la vague Omicron

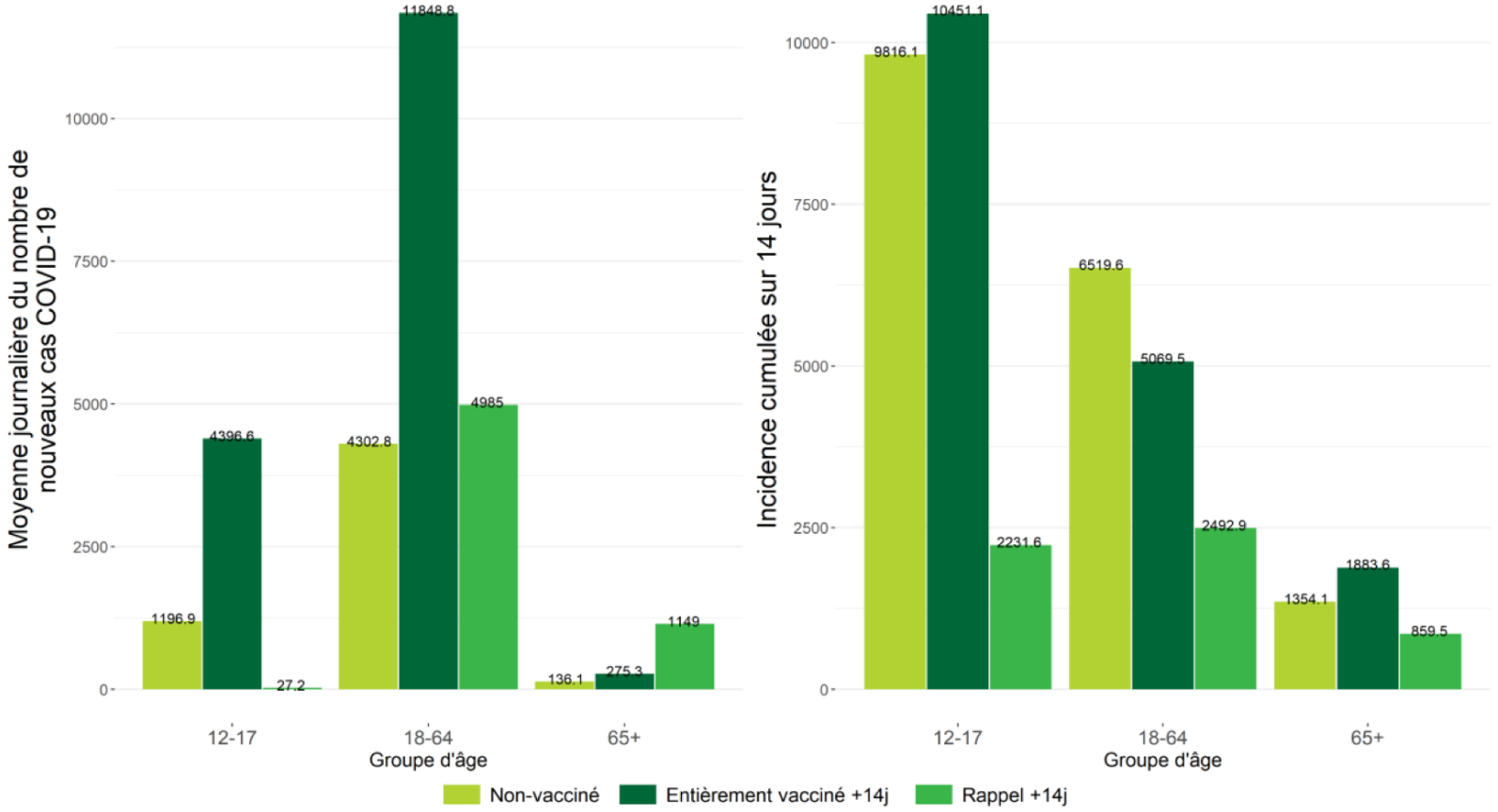
Evolution récente de l'efficacité vaccinale

(EV, infections symptomatiques)



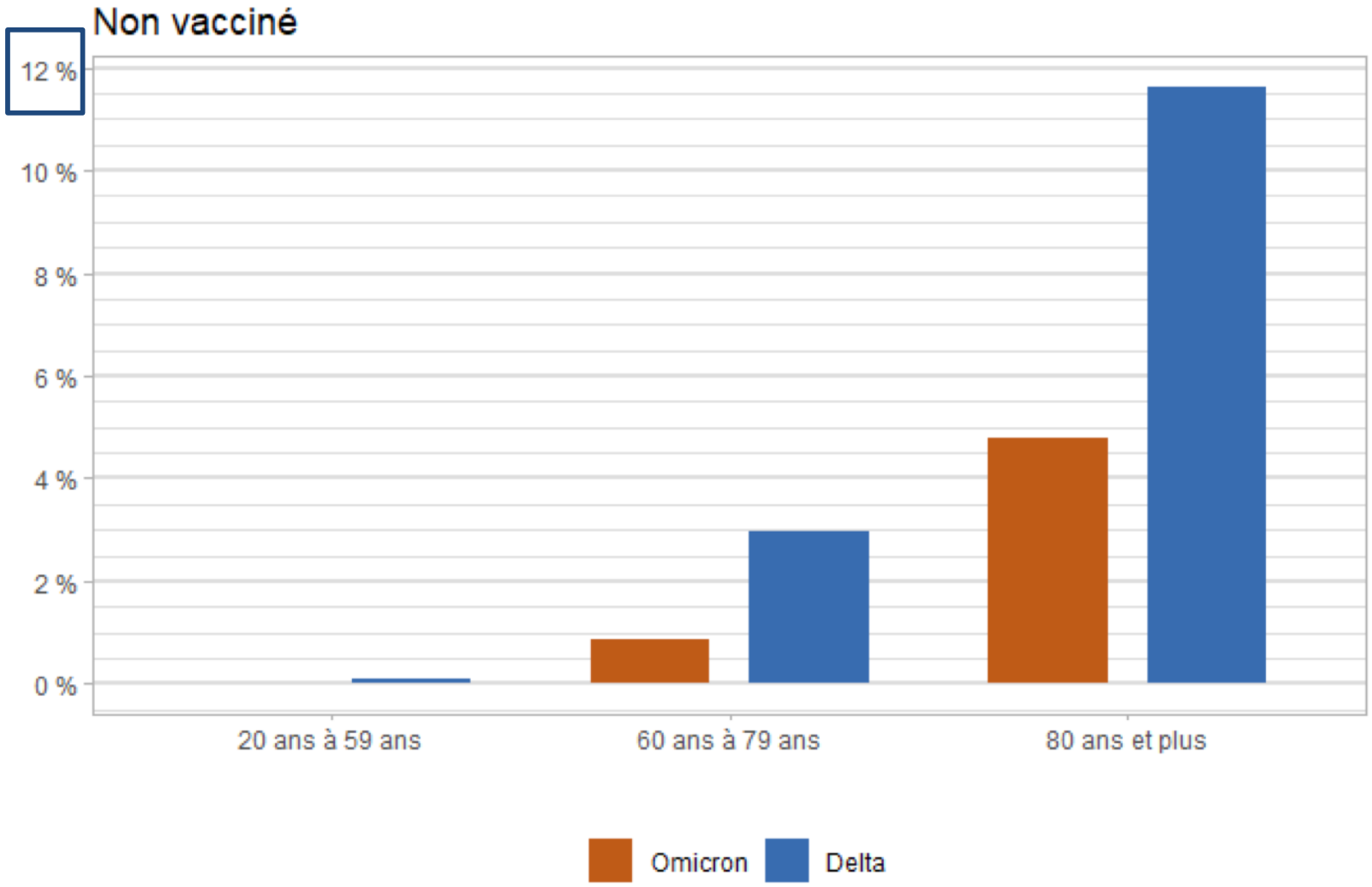
UK HSA Technical briefing No 34
https://bit.ly/3s4Go0B

Evolution de l'incidence en fonction du statut vaccinal



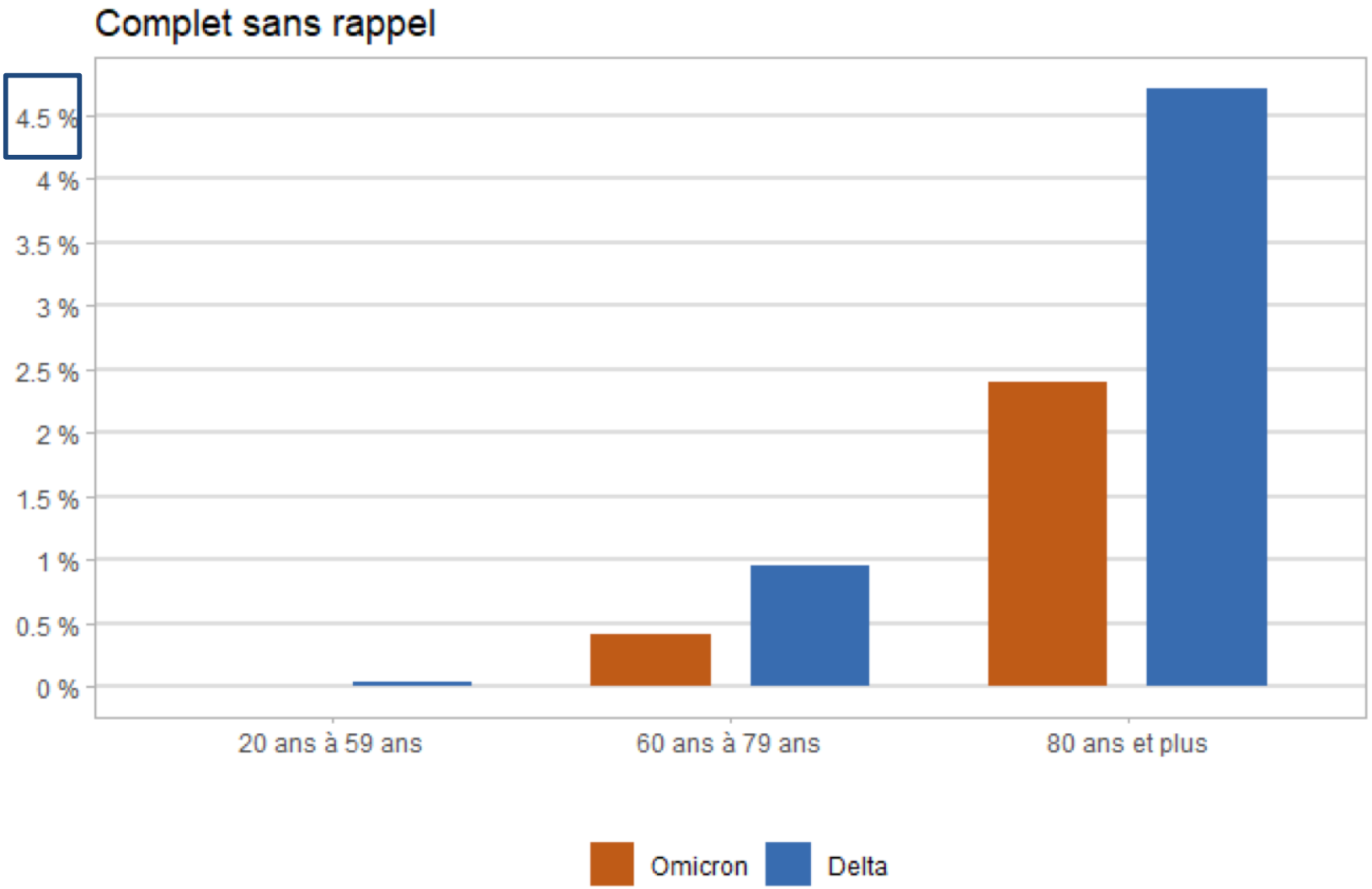
Sciensano Bulletin Epidémiologique hebdomadaire 29 janvier 2022
https://bit.ly/3KXMjgE

Evolution du risque de décès hospitalier (conditionné à une PCR+)



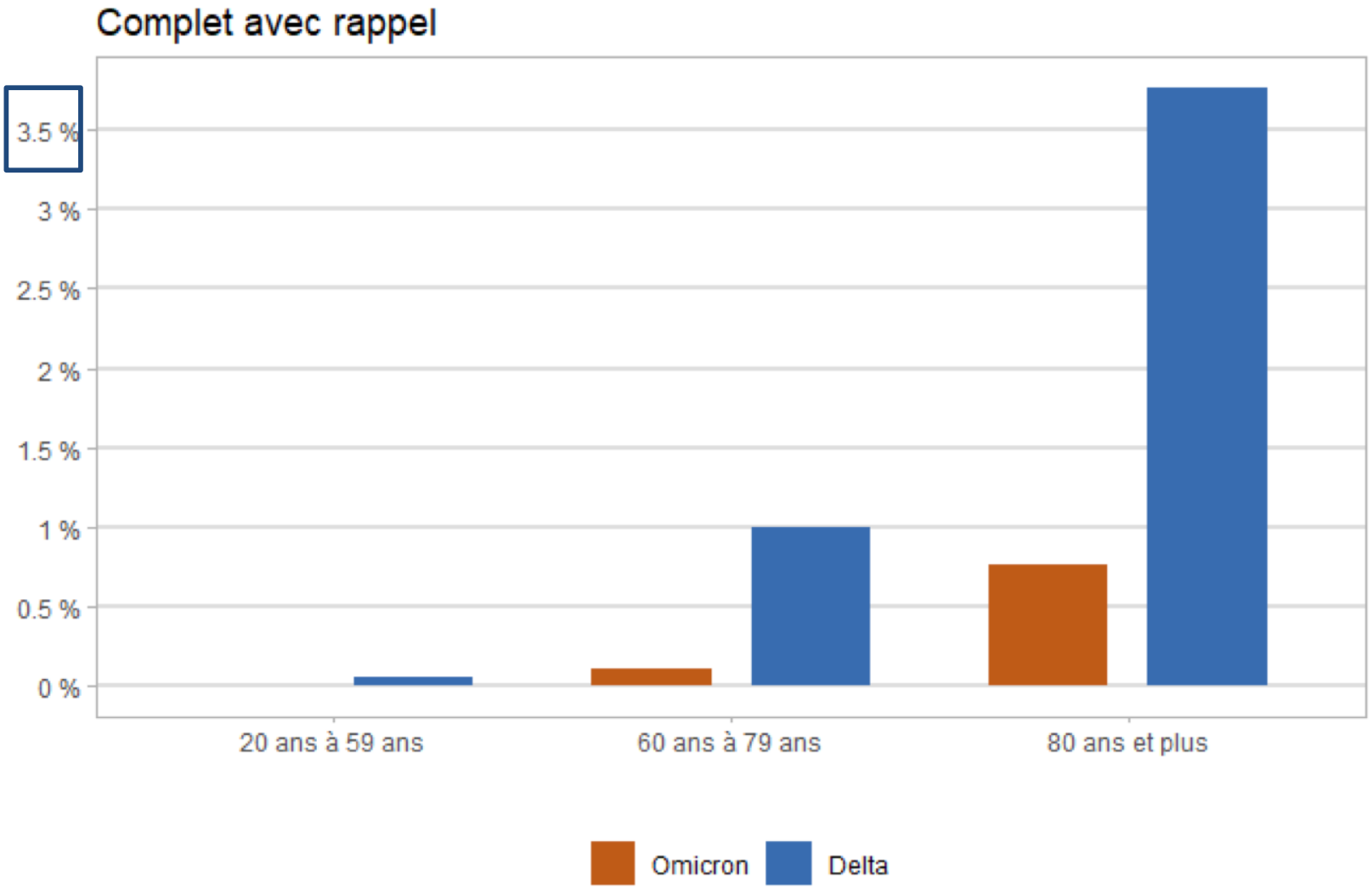
Drees (janvier 2021)
https://bit.ly/3s4GCVv

Evolution du risque de décès hospitalier (conditionné à une PCR+)



Drees (janvier 2021)
https://bit.ly/3s4GCVv

Evolution du risque de décès hospitalier (conditionné à une PCR+)



Drees (janvier 2021)
https://bit.ly/3s4GCVv

Evolution des connaissances: prospective

- L'évolution future des variants reste **relativement peu prévisible.** L'évolution va-t-elle suivre le chemin de Omicron ou revenir à des souches plus sévères ? Certains éléments penchent en faveur de la 1ère hypothèse, mais il y a lieu de rester très prudent.

- Les travaux récent montre que le facteur déterminant en terme de protection contre les formes sévères est **le nombre et l'espacement des stimulations du système immunitaire** par le vaccination et les infections naturelles. **La durée de cette protection est mal connue**.

- A l'issue de la vague Omicron, les « immunologiquement naïfs » seront peu nombreux, mais quelle protection conférée par une infection Omicron sur d'autres variants ?

- Des données préliminaires indiquent que l'effet du boost a tendance à diminuer également avec le temps

Evolution des connaissances: implications

- Le principal bénéfice de la vaccination sur lequel nous pouvons nous appuyer est la **réduction du risque de formes sévères**.

- Après les vagues Delta et Omicron, même s'il y a une EV contre l'infection, **chacun a pu mesurer la limite de la vaccination en terme de prévention de l'infection à l'échelle individuelle et collective.**

- Si nous souhaitons contenir la transmission, **la vaccination, même obligatoire, ne peut se suffire à elle même et doit être combinée avec d'autres instruments** (ventilation, T&T, auto-tests, masques), en particulier en période hivernale.

- Il reste en Belgique un nombre important de **personnes mal protégées par la vaccination** ou par les vagues d'infection successives qui sont susceptibles d'être mises en danger par de nouvelles vagues (approx. 160,000 65+ non vaccinés en double dose)

Réflexions autour de l'obligation vaccinale

- S'il y a obligation vaccinale, celle-ci doit être pensée, et communiquée, **sous l'angle de la protection des personnes**.

- Celle-ci devrait s'inscrire dans une stratégie à long-terme qui **intègre la vaccination** à d'autre instruments **sensibilisation**, de **prévention** (ventilation des lieux publics, masques), de **diagnostic** (auto-tests) et de **traitement** avec une réflexion sur la prise en charge ambulatoire *vs*. hospitalière (anticorps monoclonaux, antiviraux, anti-inflammatoire).

- Si nous nous orientons vers un schéma vaccinal avec rappels réguliers, il y aurait lieu de le **synchroniser avec la période hivernale** durant laquelle la lutte contre la transmission est plus difficile.

- Un **« choix vaccinal obligatoire »** posé auprès d'un médecin, pourrait être une alternative à l'obligation vaccinale elle-même.

Un choix vaccinal obligatoire ?

- Pour les personne ne procédant pas à la vaccination volontaire, l'obligation ne porterait **que sur le fait de devoir aller discuter de son choix avec un médecin lors d'une consultation gratuite**

- Celle-ci permettrait au médecin:
  - de prendre en compte les **facteurs de risque individuels** en terme de bénéfice et de risque et de les présenter comme argument de choix;
  - de tenir compte de **l'historique d'infection** dans la recommandation;
  - de **répondre aux interrogations** sur les risques liés à l'administration du vaccin;
  - de **diminuer le poids du choix** des épaules de chaque individu et de ses proches;
  - de **reconnecter** certains patients au suivis médical;

Un choix vaccinal obligatoire ?

- Nombre de nos obligations collectives permettent un « opt-out ».
- La non-vaccination présente des éléments structuraux et antérieurs à la crise liés à une perte de contact générale avec la médecine de terrain, en particulier dans des milieux précaires. En s'appuyant sur la médecine de terrain, cette stratégie aurait d'autres bénéfices à long terme en terme de santé publique.
- Les basculements de stratégie « opt-in » vers des stratégie « opt-out » donnent de bons résultats dans d'autres domaines sensibles du point de vue éthique (ex: don d'organe)
- La vaccination obligatoire ne doit pas faire l'économie de la sensibilisation de terrain.

Quid du CST / Pass sanitaire?

- Le dispositif continue à être perçu comme un instrument de réduction de la transmission (activé uniquement en code orange et rouge).
- Au sein d'un lieu sous CST, l'efficacité du dispositif est fortement influencée par l'EV et par le % de vaccinés dans la population générale. Plus le % de vacciné dans la population générale est grande et l'EV est faible, moins il est proportionnellement utile.

EV infection	Avec CST (100% vac.)	Sans CST (73% vac.)
80%	0.63	0.87
60%	0.86	0.94
40%	0.95	0.97

- Soit incidence générale de 10% pour les non-vaccinés, réduite par l'EV pour les vaccinés, quelle est la probabilité d'avoir une personne infectée dans un groupe de 500 personnes

Quid du CST / Pass sanitaire?

- A l'échelle de la population, le bénéfice collectif du CST en terme de réduction de la transmission repose principalement sur l'idée que ceux qui n'ont pas le CST ne vont pas prendre part à une activité alternative avec un risque équivalent.

- **Les non-vaccinés ont une vie sociale normale**. S'ils ne vont pas au restaurant, ils organisent un repas, s'ils ne peuvent aller en boite de nuit, ils vont à des soirées privées. **La transmission qui ne se fait pas dans les lieux régit par le CST se fait ailleurs.** La seule différence porte sur les événements de super-contamination qui peuvent effectivement être réduits par le CST.

- Plus le temps passe, plus l'hétérogénéité des cohortes grandit. Le statut « vacciné 2 ou 3 doses » recouvre des réalités de plus en plus différentes au fur et à mesure de l'histoire de vaccination / infection de chacun.

Quid du CST / Pass sanitaire?

- La plus grande part de la transmission se déroule au domicile, sur le lieu de travail, dans les collectivités de vie, ou dans le secteur de l'éducation, soit **des lieux qui échappent au CST**.

- Dans une population avec **un taux de vaccination donné**, le bénéfice du CST **en terme de transmission** est vraisemblablement faible et n'est toujours pas démontré.

- Le bénéfice quantifié et avéré à ce jour du CST **passe par l'effet incitatif à la vaccination**.

- L'obligation vaccinale (ou obligation de choix vaccinal) pourrait **remplacer le CST comme instrument incitatif** et permettre de s'en passer.

Conclusions

- Quelle que soit l'évolution future des variants, les vaccins vont rester un instrument central de notre politiques sanitaires, en raison de leur capacité à réduire le risque d'infection et surtout l'impact de celle-ci sur la santé des personnes infectées.

- L'évolution future des variants tout comme la diminution de l'efficacité vaccinale à long terme restent difficile à prévoir.

- Vaccination obligatoire stricte, choix vaccinal obligatoire (possibilité de « Opt-out » après consultation médicale), CST/Pass sanitaire, sont des modèles incitatifs qui ne sauraient se suffire à eux même.

- Quel que soit le modèle incitatif retenu, la vaccination devra continuer à s'intégrer à une politique de santé publique aux côtés d'autres instruments de sensibilisation, de prévention, de diagnostic et de traitement.

Vers une obligation vaccinale ?

Mathias Dewatripont

Université Libre de Bruxelles

(I3h, ECARES et Solvay Brussels School)

Audition à la Commission Santé du Parlement fédéral – 31 janvier 2022

Mon profil

- Professeur d'économie.
- Co-directeur d'I3h, Institut interdisciplinaire en innovation en santé (fondé par Michel Goldman).
- Vice-Gouverneur honoraire de la Banque Nationale de Belgique (réglementation et supervision bancaire : gestion de risques).
- Membre du GEES (avril-août 2020) et du GEMS (depuis décembre 2020).

Quelques leçons de la gestion de crise

- Intérêt de la multidisciplinarité : GEMS inclut virologie, infectiologie, vaccinologie, épidémiologie, (dont certains médecins hospitaliers et/ou de terrain), biostatistique, psychologie, sociologie, économie, … (plus des groupes associés à ces disciplines). Etendu à éthique, philosophie, droit, … sur la vaccination (‘GEMS+’).

- Besoin de réactivité, car virus ‘déroutant’, et donc de modestie, même si apports impressionnants de ces disciplines.

Questions posées ici

1. **Est-il utile de vacciner/booster plus de gens ?**

2. **Si oui, qui, et selon quelles modalités ?**

Remarques

- Comment intégrer les différences entre citoyens, au niveau sanitaire mais aussi de leurs ‘préférences’ par rapport aux vaccins ?

- Focus ici plus sur des arguments d’ ‘économie politique’, complémentaires aux arguments des psychologues (ex: groupe "Psychologie et Corona").

Utilité des vaccins

1. Innovation: **grand succès** (PPP, science 'ouverte', argent public massif et bien dépensé, … et de la chance; voir Aghion et al. 2020, Dewatripont 2022).
2. Protection contre formes sévères (même pour omicron), absence d'effets secondaires graves: **résultat inespéré**.
3. Infection et de transmission: **résultat significatif mais insuffisant** face à delta et surtout omicron.
4. Durée d'efficacité: **moindre qu'espérée**, d'où l'importance d'une 3e dose (voire d'une 4e ?).

Vaccination vs infection : impact sanitaire

- Deux manières d'être immunisé.
- Omicron infecte massivement, et est moins agressif.
- Mais mortalité quotidienne de 25.3 personnes (équivalent des 600 morts par an dus au trafic routier tous les 24 jours; si maintenu pendant un an, plus de 9.000 morts …), et surtout des non-vaccinés.

Excellent rapport qualité-prix des vaccins

- Coût: maximum 25 Euros par dose (les pays riches devraient, dans leur propre intérêt, offrir massivement des vaccins aux pays pauvres).
- Epargne des dépenses hospitalières.
- Réduit sévérité et prévalence du virus qui dé-prime l'activité économique via : (1) la peur du virus et (2) les mesures sanitaires nécessaires à le maîtriser (voir Congrès des Economistes Belges Francophones, 2021).

Première conclusion

- **Est-il utile de vacciner/booster plus de gens ?**
- **Oui, aujourd'hui, même avec omicron, vacciner plus (1e ou 3e dose) représente une solution efficace et financièrement très peu coûteuse de sauver des vies et préserver notre économie.**

Comment augmenter la vaccination ?

Bilan de la stratégie vaccinale 2021 (Dewatripont, 2021)

- **Une erreur** : annonce simultanée d'une liberté vaccinale et d'un objectif d'immunité collective.
- **Un plus** : avoir commencé par les 'volontaires fragiles', ce qui a maximisé l'impact sanitaire et minimisé les résistances individuelles.
- **On aurait dû dire** : « au début, peu de vaccins disponibles et information plus limitée sur les risques, commençons par les volontaires, remercions-les de 'prendre le risque' et voyons jusqu'où on devra adapter la stratégie, qui arbitrera entre liberté et individuelle et santé publique ».

Bilan de la stratégie vaccinale 2021 (2)

- Beaucoup d'acquis des campagnes d'information et de l'observation des effets de la vaccination sur les proches, mais pas suffisant dans toutes les régions belges.
- Seules possibilités dès lors: **incitations positives**, **incitations négatives**, ou **obligation vaccinale**.
- Comme d'autres pays, la Belgique a choisi le pass sanitaire ('**CST**') – vécu par les non-vaccinés comme une incitation négative – mais tardivement, en ordre dispersé et avec moindre conviction que par exemple France ou Italie.

Effets du pass sanitaire sur la vaccination

- **Effets significatifs** sur la vaccination dans certains pays (cf références) : jusqu'à 8 à13% de la population totale en **Italie** et en **France** (où il a sauvé environ 4.000 vies et fait gagner 6 milliards d'€ de PNB).
- Effets **moindres en Belgique** (mais plus 8.6% de la population adulte à Bruxelles depuis mi-septembre, avec rattrapage par rapport aux autres régions).

- NB: certainement **pas une garantie contre l'infection**, mais instrument quand même, en plus du masque par exemple, pour réduire la transmission.

‘Bonnes pratiques’ de vaccination

1. Fixer un **objectif crédible**, lié aux variants, à l’efficacité des vaccins et à l’immunité acquise).
2. Privilégier les **personnes prioritaires** d’un point de vue sanitaire (âge, co-morbidités).
3. Tenir compte des attitudes individuelles très contrastées et essayer de **minimiser la polarisation**.
4. Intégrer l’**incertitude**, le fait que vacciner prend du temps, et éviter le plus possible une **stratégie ‘yo-yo’,** difficile à communiquer et appliquer.

Recommandations

I. Maintenir le CST actuel (càd vaccination, infection ou test négatif) **conditionnel au booster**.

A ce stade, **potentiel nettement plus grand pour le booster** que pour convaincre des non-vaccines car :

(1) N'intervient pas 'trop tard', car 17.1% de la population totale est vaccinée mais non boostée en Flandre, 29.5% en Wallonie et 28.6% à Bruxelles.

(2) Concerne des personnes moins difficiles à convaincre car ayant déjà accepté 1 ou 2 doses.

I. Maintenir le CST actuel (2)

En outre :

(3) Vient d'être **adapté au booster** et 'consacré' dans le **baromètre** en codes rouge et orange.

(4) Le supprimer maintenant serait interprété par certains comme un signal (erroné) selon lequel la vaccination serait devenue peu utile.

(5) Sera utile aussi pour une éventuelle nouvelle campagne de vaccination.

II. Continuer à informer, et inciter positivement à la vaccination

- Il reste des personnes non vaccinées ‘modérément réticentes’ à la vaccination mais peu ‘connectées’ aux canaux de communication ‘classiques’ et même au système sanitaire.

- Utile de tenter pour elles des **incitations positives**, comme un **check-up médical gratuit couplé à la vaccination ?**

III. Quid à moyen terme ?

- Avec omicron, pas judicieux de choisir maintenant un changement de cap ‘radical’.

- Pour apaiser la société, les seules solutions ‘structurelles’ sont la **liberté vaccinale** (comme pour la grippe) **ou** l’**obligation vaccinale** (comme aujourd’hui pour certains vaccins pour l’accès à la crèche ou pour le personnel soignant), éventuellement ‘ciblée’ sur certains groupes.

- Très bien de tenir le débat.

III. Comment implémenter une éventuelle obligation vaccinale ?

- Le **CST** actuel a des inconvénients mais est une manière relativement ‘douce’ d’inciter à la vaccination, en permettant l’option de se faire tester.
- Le **pass vaccinal** peut être vu comme une manière, temporaire, d’implémenter l’obligation vaccinale.

III. Comment implémenter une éventuelle obligation vaccinale ? (2)

- Outre des exemptions médicales, une approche coût-bénéfice justifierait une obligation limitée aux personnes de **plus de 50 ans** comme en Italie, et/ou aux **personnes à co-morbidités**.

- Enfin, l'obligation vaccinale ne peut se concevoir que comme un **objectif vers lequel tendre** plutôt qu'une réalité appliquée de manière ultra-stricte à tous sans exception.

Conclusion

- Utile de progresser dans la vaccination, mais à **court terme** se concentrer sur le **booster** et tenter des **incitations positives** pour les non-vaccinés.

- Pour l'**avenir**, préparer un débat le plus serein possible sur le **choix** entre **liberté vaccinale** et un **objectif d'obligation vaccinale** (éventuellement limitée à certains groupes), **deux modalités qui existent déjà chez nous.**

Références (1)

- Aghion, P. et al. (2020),“How to strengthen European industries’ leadership in vaccine research and innovation”, *VoxEU column*, September 1.
- Congrès des économistes belges francophones (2021), *Les leçons économiques de la crise COVID-19*, https://www.congresdeseconomistes.be/ .
- Dewatripont, M. (2021), “Vaccination strategies in the midst of an epidemic,” CEPR Policy Insight No 110.
- Dewatripont, M. (2022), “Which policies for vaccine innovation and delivery in Europe ?,” mimeo.

Références (2): impact du pass sanitaire sur la vaccination

- François, A. et al. (2021), “Health Passport and COVID-19 Vaccination Hesitancy“, mimeo.
- Karaivanov, A. et al. (2021), “COVID-19 Vaccination Mandates and Vaccine Uptake”, IZA DP 14946.
- Mills, M. and T. Rüttenauer (2022), “The Effect of Mandatory COVID-19 Certificates on Vaccine Uptake: Synthetic-Control Modelling of Six Countries,” *Lancet Public Health.*
- Oliu-Barton, M. et al. (2022), “The Effect of COVID Certificates on Vaccine Uptake, Health Outcomes, and the Economy, ” *Conseil d’Analyse Economique,* Focus 078-2022.

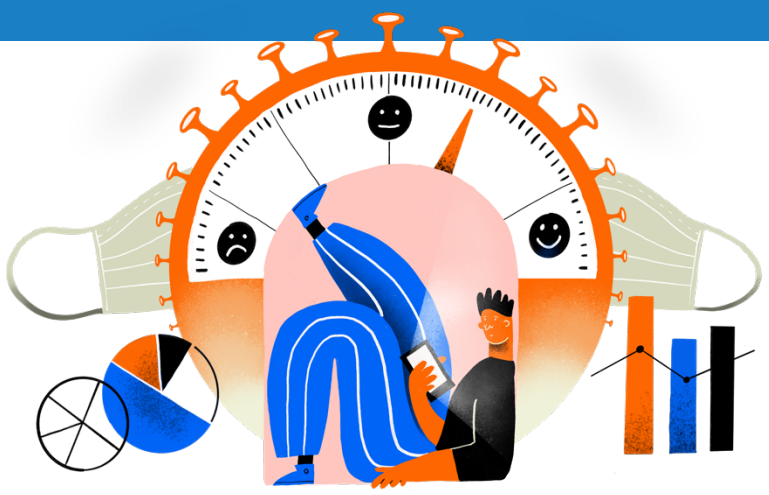
RAPPORT 40:

CST, vaccination obligatoire, politique 1G ou tout écarter ?

Le Baromètre de la motivation

Auteurs (par ordre alphabétique) : Marie Brisbois, Olivier Klein, Olivier Luminet, Sofie Morbée, Mathias Schmitz, Bart Soenens, Omer Van den Bergh, Maarten Vansteenkiste, Joachim Waterschoot, Vincent Yzerbyt

Référence : Baromètre de la motivation (01 février 2022). CST, vaccination obligatoire, politique 1G ou tout écarter ? Gand, Louvain, Louvain, Bruxelles, Belgique.



Après pratiquement 2 ans de crise sanitaire, le gouvernement est confronté à une décision cruciale. Va-t-il introduire un relâchement des mesures en supprimant le Covid Safe Ticket (CST), maintiendra-t-il la politique actuelle du CST ou augmentera-t-il la pression pour faire vacciner le plus de personnes possibles ? Quelles sont les conséquences psychologiques attendues dans le cas où un pass vaccinal ou une obligation vaccinale sont introduits ? Divers experts de différentes disciplines (médicales, économiques, pédagogiques, psychologiques) ont été invités à un débat parlementaire sur cette question fascinante, mais délicate. Dans ce rapport, nous évaluons le soutien à quatre options politiques (à savoir l'abolition du CST, le maintien de la politique du CST, l'introduction d'un pass vaccinal et la vaccination obligatoire) et nous approfondissons les mécanismes psychologiques qui expliquent le (manque de) soutien à l'un ou l'autre choix politique. Dans ce présent rapport, nous nous penchons donc sur les quatre questions suivantes :

1. Le soutien aux différentes options politiques dépend-il du nombre de doses vaccinales et quel rôle joue la perception des risques dans ce domaine ?

2. Quels sont les avantages et les inconvénients psychologiques associés aux différentes options politiques et quelle est celle qui encourage à la vaccination ?

3. Quelles sont les différences entre une politique 1G et la vaccination obligatoire et certaines différences encouragent-elles à la vaccination ?

4. Quels facteurs empêchent les personnes non vaccinées de se faire vacciner ? Sont-ils liés à l'attitude des gens à l'égard d'une vaccination obligatoire ?

5. Quelle autre alternative motivante et unifiante ?

Messages importants :

- Soutien à la politique : Le soutien à une politique plus stricte (1G ou obligation vaccinale) est faible chez les personnes vaccinées, non vaccinées et partiellement (1 ou 2 doses) vaccinées, même dans le cas où ces groupes estiment que les risques de contracter une forme grave de la maladie sont élevés. Leur préférence est portée sur une révision du CST car ils considèrent cette option comme le moyen le plus direct d'améliorer leur bien-être. Les personnes complètement vaccinées (3 doses) avec une haute perception du risque sont favorables à une politique plus stricte.
    - Le soutien à une politique plus stricte a globalement diminué parce que le variant omicron est perçu comme moins virulent.
    - Si les risques perçus augmentent à nouveau avec l'émergence d'un variant plus pathogène, il faut s'attendre à ce que le soutien à une politique plus stricte augmente, en particulier chez les personnes totalement vaccinées.
    - La baisse de perception du risque et la moindre propension à tenir compte de ce risque chez les personnes non vaccinées et partiellement vaccinées suggèrent que la menace d'un nouveau variant doit être très élevée pour susciter le soutien de ces groupes également.

- Polarisation : Les avantages et les inconvénients des diverses options politiques sont évalués très différemment et reflètent la polarisation de notre société. Les personnes vaccinées percevant un risque élevé estiment qu'une politique plus stricte favorisera leur autonomie, leurs relations et réduira leurs soucis de santé. Les autres groupes pensent que leur autonomie et leurs relations augmenteront le plus si le CST est aboli. Quelle que soit la décision du gouvernement, la confiance en la politique diminuera dans certains groupes.

- Vaccination obligatoire ou politique 1G : La vaccination obligatoire semble être plus acceptable que le pass vaccinal auprès des personnes vaccinées avec une haute perception du risque.
    - Les différences en faveur de la vaccination obligatoire chez les personnes vaccinées perçevant des risques plus élevés sont faibles et subtiles mais psychologiquement significatives, les avantages à long-terme étant estimés plus élevés (plus de bien-être, de cohésion sociale et de clarté; moins d'inquiétudes et de limitations). Les personnes partiellement et non vaccinées pensent également que la vaccination obligatoire est un choix politique plus clair qu'une politique 1G.
    - Alors que les personnes vaccinées conscientes des risques voient les avantages d'une politique plus stricte pour obtenir une meilleure couverture vaccinale, les personnes non vaccinées et partiellement vaccinées estiment que seule la suppression du CST les motiverait à se faire vacciner. L'abolition du CST offrirait vraisemblalement l'espace physique et psychologique nécessaire pour prendre la décision de se faire vacciner.

Messages importants

- Obstacles à la vaccination : Les personnes non vaccinées en 2022 rapportent moins de motivation volontaire et des obstacles plus divers que les personnes non vaccinées en 2020, avant le début de la campagne de vaccination. Les personnes non vaccinées forment un groupe hétérogène sous-tendu par un ensemble de motifs différents empêchant la vaccination. Par conséquent, une approche au cas par cas est nécessaire s'il faut motiver ces personnes à se faire vacciner.

- Une alternative motivante et unifiante : Dans notre société polarisée d'aujourd'hui, un signal puissant de rapprochement et de liens entre tout un chacun est plus que jamais nécessaire. Il est donc utile d'investir dans des conversations en tête-à-tête entre les personnes non vaccinées et un professionnel de la santé de confiance (par exemple, les médecins généralistes, les pharmaciens, les travailleurs sociaux). Ces conversations ne doivent pas être instrumentalisées pour augmenter subtilement la couverture vaccinale, mais servir une fin en soi : engager le dialogue avec les personnes non vaccinées sur leurs obstacles à la vaccination et les informer correctement sur leurs risques et les effets de la vaccination. L'objectif final est de permettre aux personnes non vaccinées de prendre elles-mêmes leur décision en connaissance de cause, à l'aide d'un professionnel de la santé bienveillant les soutenant dans leur autonomie.

Informations générales

Lors de la dernière vague de mesures, entre le 21 et le 26 janvier 2022, 17702 participants (11044 néerlandophones, 62% et 6678 Français-est, 38%) ont rempli le questionnaire. L'âge moyen est de 46 ans avec 46% de femmes participantes.

Vacciné trois fois

- N = 7465
- Âge moyen = 49 ans (40 % de femmes, 69 % de néerlandophones, 44 % titulaires d'un niveau master)
- Situation professionnelle : 57 % à temps plein, 11 % à temps partiel, 3 % sans emploi, 4 % étudiants et 24 % retraités.
- 25 % ont déjà été infectés au COVID-19.

Vacciné deux fois

- N = 3586
- Âge moyen = 44 ans (45 % de femmes, 69 % de néerlandophones, 38 % titulaires d'un niveau master)
- Situation professionnelle : 69 % à temps plein, 13 % à temps partiel, 3 % sans emploi, 8 % étudiants et 6 % retraités.
- 50 % ont déjà été infectés au COVID-19.

Non vacciné ou vacciné une seule fois

- N = 6056
- Âge moyen = 46 ans (53 % de femmes, 52 % de néerlandophones, 32 % titulaires d'un niveau master)
- Situation professionnelle : 64 % à temps plein, 15 % à temps partiel, 5 % sans emploi, 3 % étudiants et 9 % retraités.
- 51 % ont déjà été infectés au COVID-19.

Contexte de l'étude

Pour répondre aux trois premières questions, quatre options politiques différentes ont été présentées aux participants. Pour chacune de ces options, il a été indiqué que les mesures de base (par exemple, aération et ventilation, quarantaine et l'isolement, port du masque obligatoire, ...) devaient encore être suivies.

- Dans le cas du **Covid-Safe-Ticket** , toute personne disposant d'un CST (preuve de trois doses ou d'un test négatif) peut participer à la vie publique (par exemple, horeca, événements).
- En cas **d'abolition du CST**, n'importe qui peut participer à la vie publique (par exemple, horeca, événements) sans avoir besoin d'une preuve (vaccination, test négatif ou certificat de guérison).
- Dans le cas de **l'obligation vaccinale**, une obligation générale de vaccination (trois doses) est introduite pour les adultes (à l'exclusion des personnes ayant des raisons médicales). Les citoyens n'ont pas à présenter de CST ni de pass vaccinal pour participer à la vie publique (par exemple, horeca, événements). Le gouvernement surveille si un citoyen respecte cette vaccination obligatoire.
- Dans le cas d'un **pass vaccinal (politique 1G),** toute personne disposant d'un certificat de vaccination valide (trois doses) peut participer à la vie publique (par exemple, horeca, événements). Un test négatif ou un certificat de guérison n'est plus suffisant.

Pour chacune de ces quatre options politiques, les participants ont indiqué dans quelle mesure ils y étaient favorables (soutien), pensaient que leur bien-être s'améliorerait (santé mentale) et si l'option politique encouragerait les gens à se faire vacciner (effet comportemental). En outre, plusieurs avantages et inconvénients psychologiques cruciaux ont été questionnés. Ils sont liés à quatre thèmes:

- Autonomie : Dans quelle mesure s'attendent-ils à faire l'expérience de plus de liberté et de choix ? Dans quelle mesure pensent-ils que l'option politique est un premier pas vers une vie sans limites ?
- Relations sociales : Dans quelle mesure s'attendent-ils à ce que cette politique stimule la cohésion sociale à long-terme et/ou crée des conflits ?
- Préoccupations : Dans quelle mesure s'attendent-ils à ce qu'une option politique augmente les préoccupations pour leur santé ?
- Confiance en la politique : Dans quelle mesure trouvent-ils le choix politique clair, juste et ouvert, et/ou dans quelle mesure ce choix politique entraînera-t-il une diminution de la confiance en la politique et encouragera-t-il les théories du complot ?

Question 1: Le soutien aux différentes options politiques dépend-il du nombre de doses vaccinales et quel rôle joue la perception des risques dans ce domaine ?

Les résultats indiquent une interaction complexe mais intrigante entre le type d'option politique, le statut vaccinal des participants et la gravité estimée de l'infection (perception du risque). En regardant les résultats, les personnes entièrement vaccinées (N = 7465) se distinguent des personnes qui ont reçu deux doses (N = 3586; vaccination partielle) et de celles qui n'ont accepté aucune ou une seule dose (N = 6056).[1] Les résultats semblent être très cohérents par rapport aux différentes variables de sortie.

- Modèle global : Cinq des six groupes présentent un pattern analogue de résultats. Seules les personnes complètement vaccinées (trois doses) qui évaluent un risque modéré à élevé d'infection grave s'en écartent. Au sein de ce groupe, le soutien est davantage marqué pour des scénarios plus stricts (politique 1G, CST ou vaccination obligatoire) que pour l'abolition du CST (figure 1a), car elles estiment que des scénarios plus stricts bénéficieraient à leur bien-être général (figure 1b). Tous les autres groupes sont en faveur de l'abolition du CST et s'attendent à un effet bénéfique sur leur bien-être si la suppression du CST se concrétise. Bien que toutes les options politiques plus strictes soient rejetées par ces derniers groupes et qu'une préférence apparaisse pour l'abolition du CST, des différences peuvent encore s'oberver pour des résultats spécifiques (voir les questions 2 et 3).

- Rôle du statut vaccinal : Il est très frappant de constater que le pattern de réponses des personnes qui n'ont pas encore reçu de dose de rappel est globalement similaire à celui des personnes non vaccinées. Pour les deux groupes, l'évaluation des avantages et des inconvénients des options politiques ne dépend pas de leur perception du risque. Indépendamment du fait que les non vaccinés et les partiellement vaccinés évaluent le risque d'infection grave comme faible ou élevé, ils sont favorables à l'abolition du CST et estiment semblalement les avantages et les inconvénients psychologiques. Les personnes non vaccinées et partiellement vaccinées réagissent également moins fortement au risque perçu : même si elles perçoivent un risque, celui-ci ne constitue pas une raison en soi de préférer des scénarios plus stricts.

- Répartition des participants : Une question importante est de savoir quel pourcentage des personnes non vaccinées, partiellement et complètement vaccinées font partie du groupe avec une perception du risque très faible, faible ou modérée à élevée. Le

[1] En termes de pourcentage, cet échantillon contient plus de personnes non vaccinées que dans la population. Comme le montrent les réflexions méthodologiques en annexe, cet aspect est pris en compte de différentes manières.

tableau 1 montre une répartition en pourcentage de ces groupes. Tel que cela pouvait être attendu, un pourcentage plus élevé de personnes vaccinées appartient au groupe percevant un risque modéré à élevé, tandis que les groupes des non vaccinés et des partiellement vaccinés présentent un pourcentage plus élevé d'individus dont l'estimation du risque est très faible ou plutôt faible. Bien qu'un groupe de personnes vaccinées estime encore aujourd'hui que les risques d'infection grave sont modérés à élevés, cette évaluation des risques a, en moyenne, diminué par rapport à début de janvier. La figure 2a montre l'évolution[2] de la perception du risque en fonction du nombre de doses vaccinales : celle-ci a diminué chez les personnes ayant reçu deux ou trois doses, bien que cette baisse soit plus prononcée chez ceux qui n'ont pas encore accepté de dose de rappel[3]. Cette évolution de la perception du risque peut également expliquer le déclin du soutien envers la vaccination obligatoire (figure 2b).

- Légitimité: La question d'une place pour la vaccination obligatoire ou la politique 1G dépend de sa *légitimité* perçue. Il est essentiel à cet égard qu'une politique plus stricte soit vécue comme une manière d'accroître la sécurité plutôt que comme une stratégie coercitive. Le fait d'assurer la sécurité est lié aux bénéfices attendus de la vaccination sur la santé. Dans ce sens, la légitimité d'une politique plus stricte est liée à (a) la valeur ajoutée d'augmenter à nouveau la couverture vaccinale, (b) l'efficacité observée des vaccins et (c) le risque perçu d'infection grave, déterminé par le caractère menaçant du variant et (d) le risque observé de mettre le système de soins de santé sous pression.

Conclusion : Le soutien à une politique plus stricte (1G ou obligation vaccinale) est faible chez les personnes non vaccinées et partiellement vaccinées, même si elles estiment que les risques d'infection grave sont élevés. Ces groupes préfèrent que le CST soit revu car elles considèrent cette option comme le moyen le plus direct d'améliorer leur bien-être. Les personnes vaccinées qui perçoivent des risques élevés sont en faveur d'une politique plus stricte. Mais globalement, le soutien à une politique plus stricte a diminué car le variant omicron est perçu comme moins virulent. Si les risques observés augmentent à nouveau avec l'émergence d'un variant plus pathogène, il faut alors s'attendre à ce que le soutien à une politique plus stricte augmente, en particulier chez les personnes totalement vaccinées. La baisse de perception du risque et la moindre propension à tenir compte de ce risque chez les personnes non vaccinées et partiellement vaccinées suggèrent que la menace d'un nouveau variant devra être très élevée pour susciter le soutien de ces groupes également. De manière générale, il est important d'attirer l'attention sur le fait de ne pas considérer les

[2] Notez qu'il ne s'agit pas du même groupe de personnes suivies au fil du temps. Les différences dans le temps peuvent donc non seulement refléter des différences intra-individuelles, mais aussi des différences dans la composition de l'échantillon (voir également l'annexe pour les considérations méthodologiques).
[3] En examinant les différences entre les divers groupes de personnes vaccinées et non vaccinées, le rôle d'autres caractéristiques sociodémographiques pertinentes, telles que l'âge, le sexe et le niveau d'éducation, a été filtré (voir également l'annexe pour les considérations méthodologiques).

personnes vaccinées comme un groupe homogène, car les personnes partiellement vaccinées présentent un profil de réponse différent de celui des personnes entièrement vaccinées.

Figure 1a.

Soutien à diverses options politiques en fonction de la perception des risques et du statut vaccinal

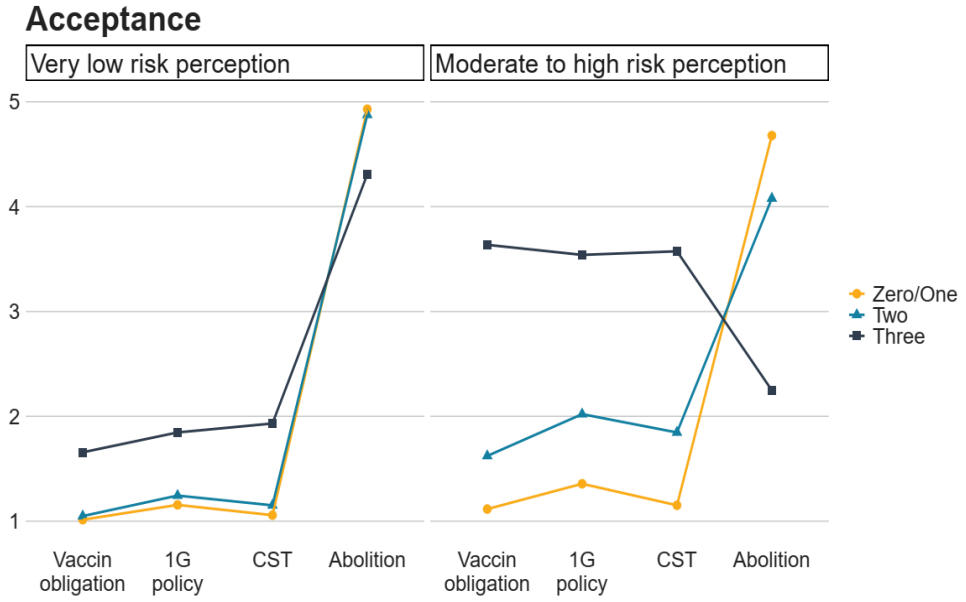


Figure 1b.

Estimation de l'effet de diverses options politiques sur le bien-être en fonction de la perception des risques et du statut vaccinal.

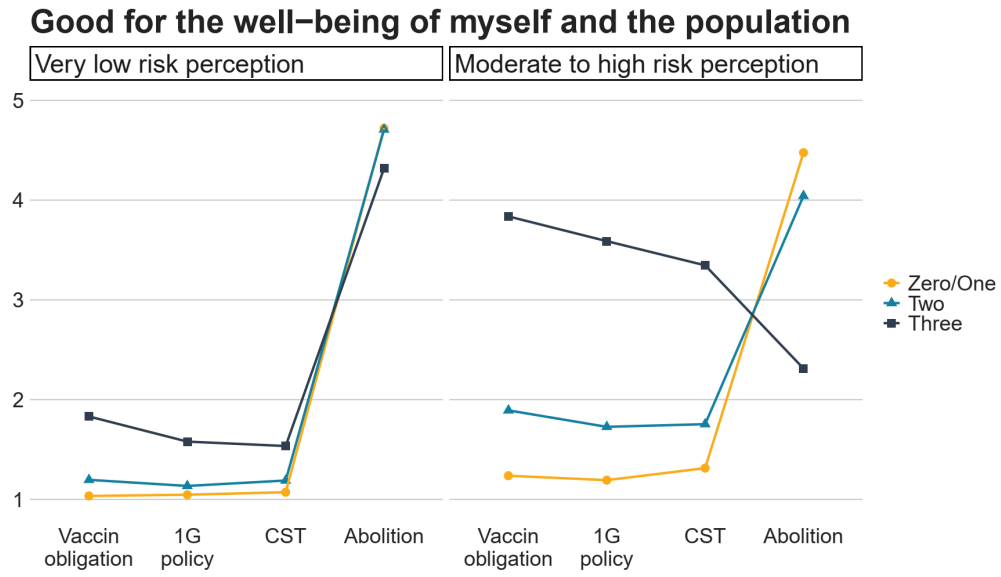


Tableau 1

Perception des risques d'une infection grave en fonction du nombre de doses vaccinales.

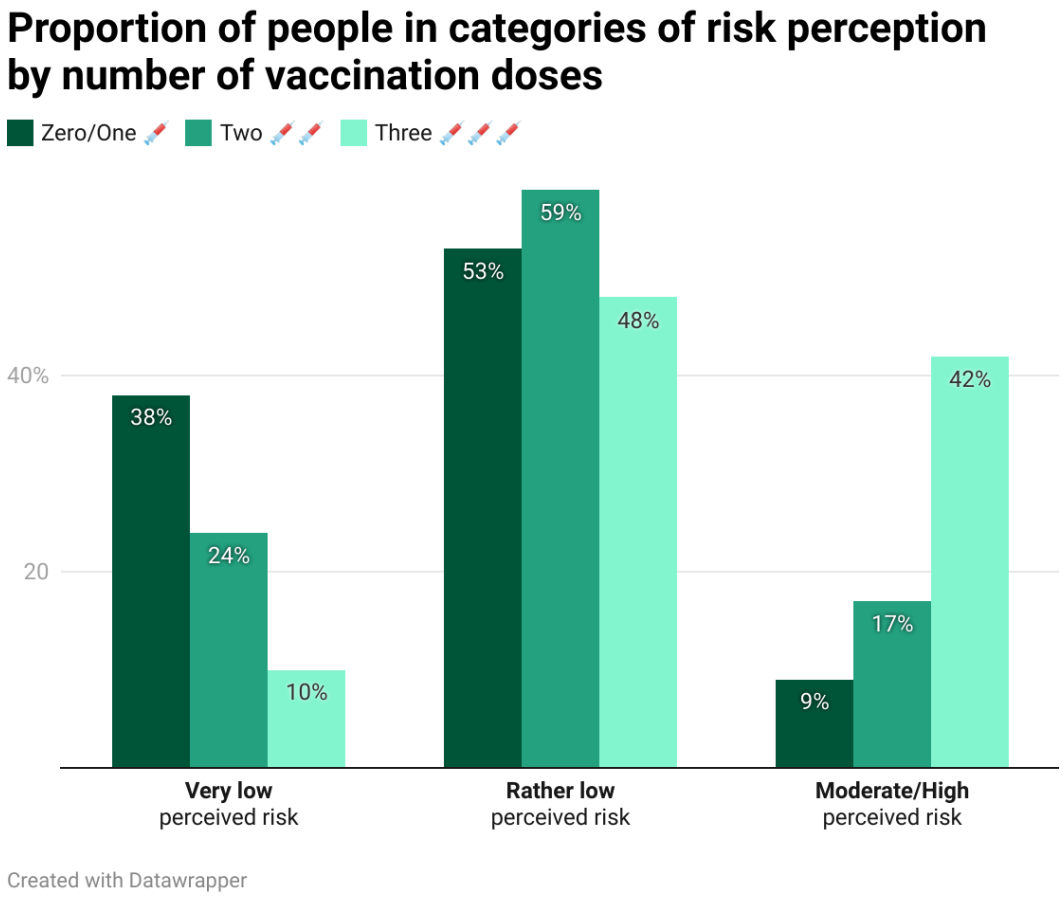


Figure 2.
Évolutions de la perception du risque avec le « risque d'infection » (ci-dessus) et la « gravité estimée de l'infection » (ci-dessous) pour soi-même et la population en fonction du nombre de doses vaccinales.

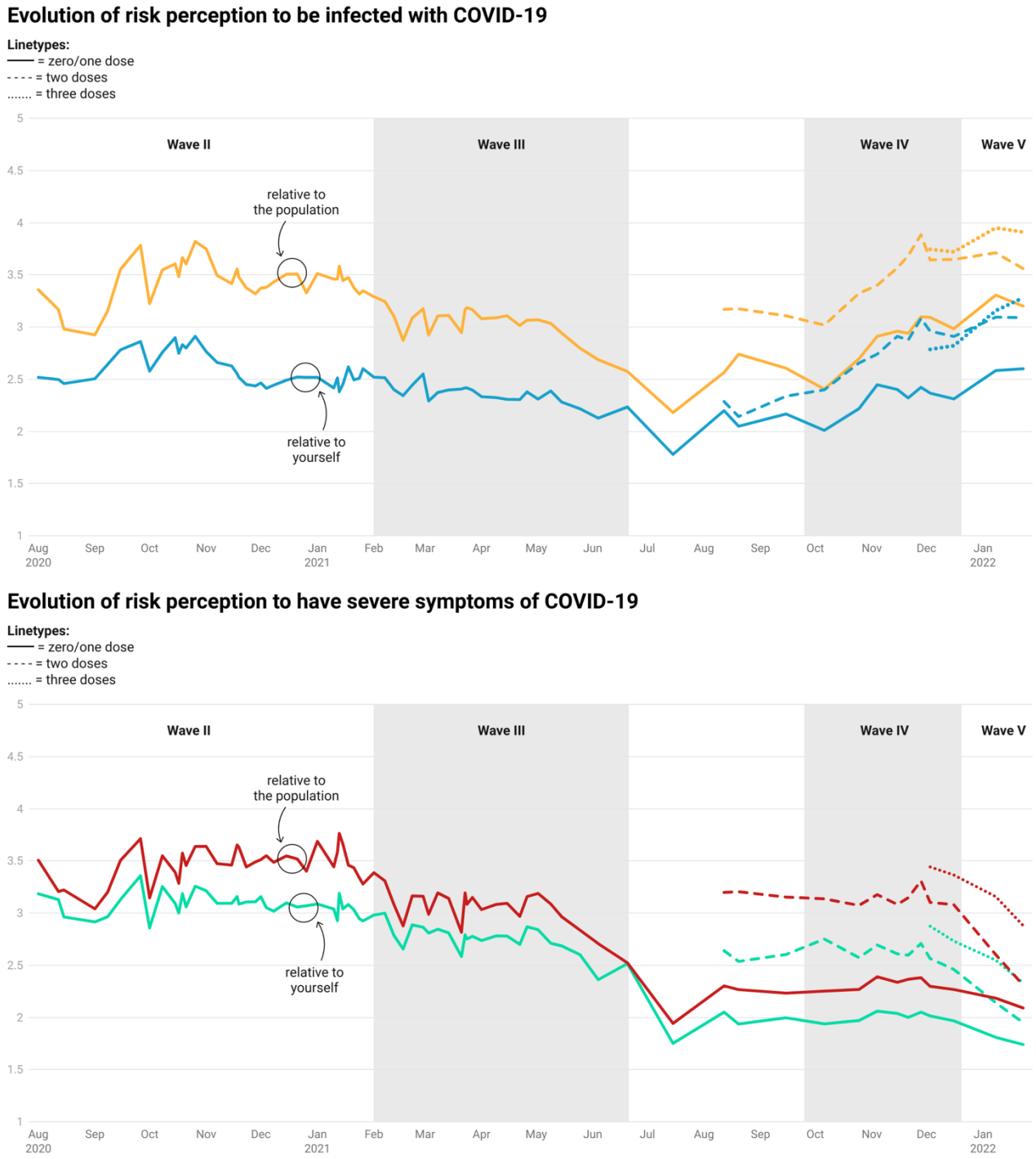
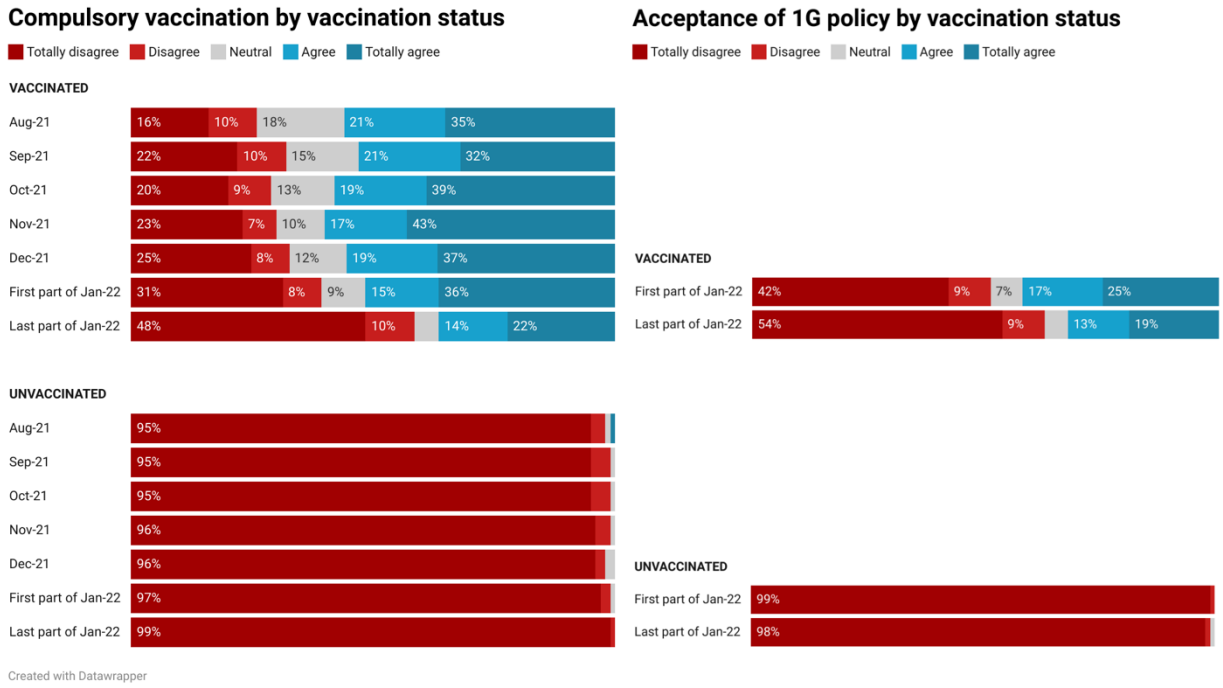


Figure 3.
Évolution du soutien à la vaccination obligatoire et aux politiques 1G en fonction du statut vaccinal



Question 2 : Quels sont les avantages et les inconvénients psychologiques associés aux différentes options politiques et quelle est celle qui encourage à la vaccination ?

Afin de mieux comprendre pourquoi seules les personnes vaccinées percevant des risques d'infection élevés sont favorables à des options politiques plus strictes et anticipent un meilleur bien-être, alors que les personnes non vaccinées et partiellement vaccinées préfèrent l'abolition du CST, nous examinons de plus près les effets attendus des différents choix politiques sur plusieurs paramètres psychologiques cruciaux.

- Autonomie, liens relationnels et inquiétudes : Le bien-être dépend de la mesure dans laquelle les citoyens ressentent avoir le choix et de la liberté dans leur vie quotidienne (autonomie), ressentent de bonnes relations avec d'autres personnes et groupes (liens relationnels) et se soucient de leur propre santé et de celle de leurs proches (inquiétudes). Les personnes non vaccinées, partiellement vaccinées et entièrement vaccinées avec une moindre perception du risque s'attendent à ce que l'abolition du CST ait l'effet le plus bénéfique sur leur autonomie (Figure 4a), qu'elle soit une étape importante vers une vie sans limites (Figure 4b), qu'elle apporte le moins de tension (Figure 4c) et renforce la cohésion entre les groupes (Figure 4d). Elles s'attendent également à se faire moins de souci pour leur santé si le CST est aboli, alors qu'elles

– en particulier les personnes non vaccinées – s'attendent à se sentir plus préoccupées par leur santé si la vaccination devient obligatoire (figure 4e). Le schéma des résultats pour les personnes vaccinées avec une haute perception du risque montre des tendances inverses : elles voient la vaccination obligatoire comme une première étape vers une vie sans contraintes, s'attendent à ce que la vaccination obligatoire contribue à leur autonomie et à la cohésion sociale, et qu'elle réduise leurs préoccupations pour leur santé. L'abolition du CST aujourd'hui, en revanche, augmenterait ce souci d'être en bonne santé.

- Confiance en la politique: Les personnes vaccinées avec une perception élevée du risque perdraient confiance en la politique (figure 4f) si le CST était aboli et trouvaient le choix d'options politiques plus strictes à la fois plus clair (figure 4g) et plus juste (figure 4h). Tous les autres groupes perdraient confiance si le gouvernement maintenait la politique du CST ou adoptait une politique plus stricte. Elles considèrent l'abolition du CST comme le choix politique le plus clair et le plus évident. Une politique aussi stricte renforcerait leur idée que la politique de vaccination sert l'industrie pharmaceutique (Figure 3i), une idée qui est encore plus répandue chez les personnes non vaccinées.

Conclusion : Ces résultats mettent en lumière la polarisation de notre société, au sein de laquelle la situation actuelle et les options politiques sont perçues très différemment d'un groupe à l'autre. Les personnes vaccinées ayant une perception élevée du risque voient des avantages en termes d'autonomie, de relations et de santé si une politique plus stricte est mise en œuvre. On peut supposer que se faire du souci pour sa santé ait un impact plus important sur leur bien-être. Remarquons que d'autres facteurs, tels que l'autonomie et les liens relationnels, jouent un rôle plus important dans les autres groupes qui considèrent que le temps est venu d'abolir le CST. La politique est une fois de plus confrontée à un choix extrêmement difficile : quoi qu'il en arrive, la confiance en la politique se dégradera dans certains groupes.

Figure 4a. Estimation de l'effet de diverses options politiques sur l'autonomie en fonction de l'évaluation des risques et du statut vaccinal.

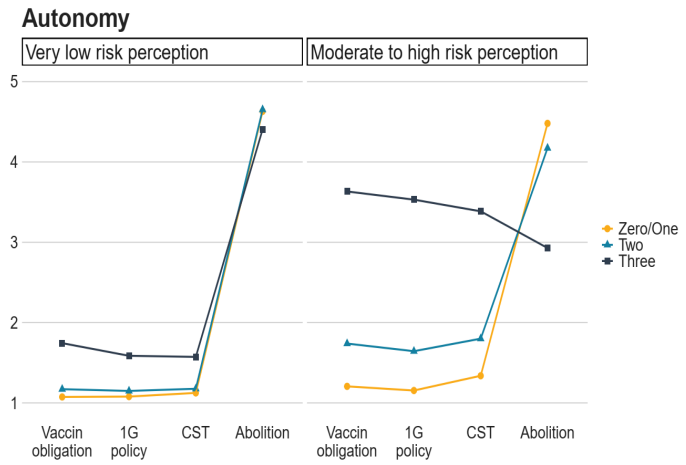


Figure 4b. Estimation de l'effet de diverses options politiques sur la liberté perçue en fonction de la perception des risques et du statut vaccinal.

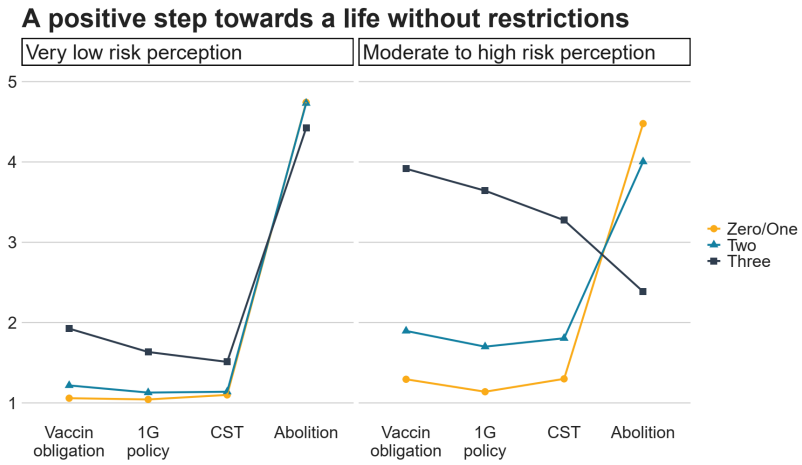


Figure 4c. Estimation de l'effet de diverses options politiques sur les tensions et les conflits en fonction de la perception des risques et du statut vaccinal.

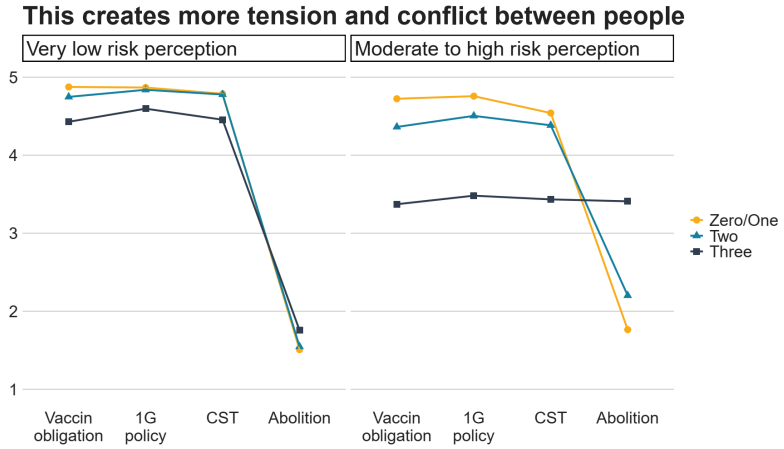


Figure 4d. Estimation de l'effet des diverses options politiques sur la cohésion en fonction de la perception des risques et du statut vaccinal.

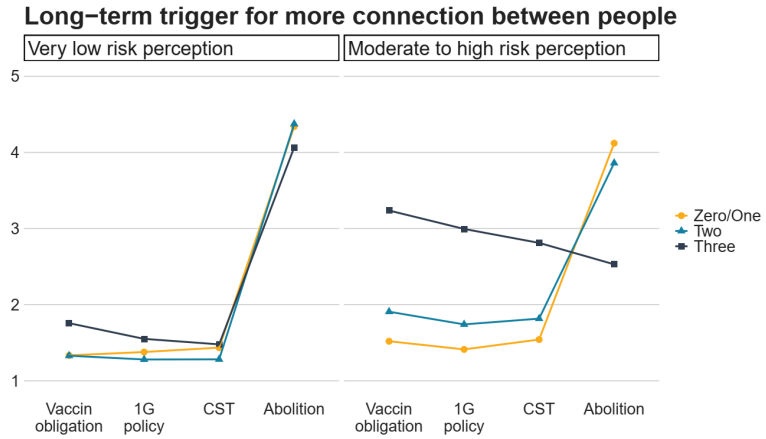


Figure 4e. Estimation de l'effet de diverses options politiques sur les préoccupations pour la santé en fonction de la perception des risques et du statut vaccinal.

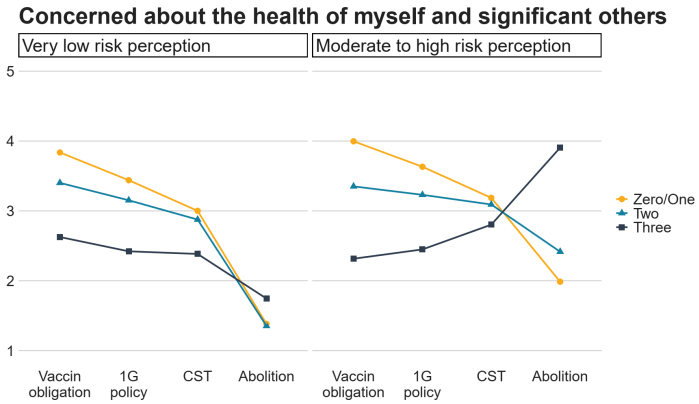


Figure 4f. Estimation de l'effet de diverses options politiques sur la confiance dans le gouvernement en fonction de la perception des risques et du statut vaccinal.

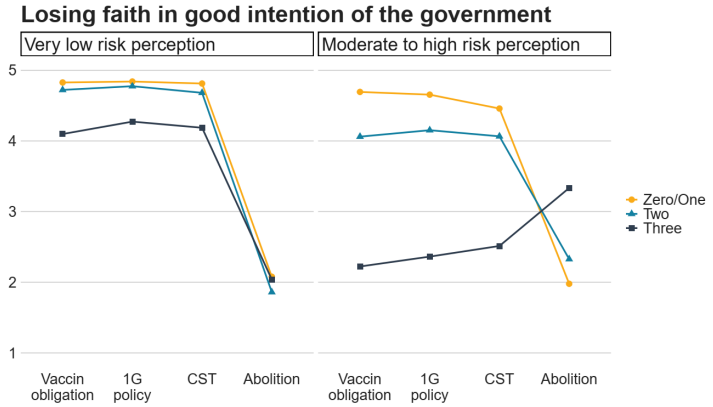


Figure 4g. Estimation de l'effet de diverses options politiques sur la clarté en fonction de la perception des risques et du statut vaccinal.

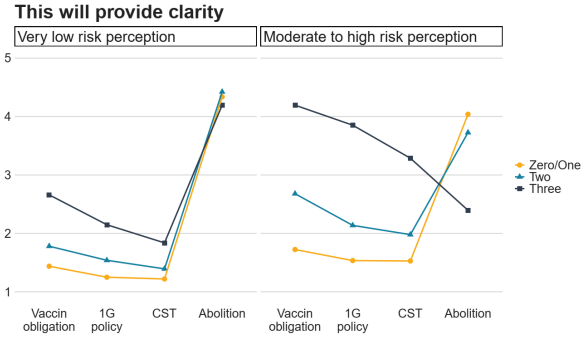
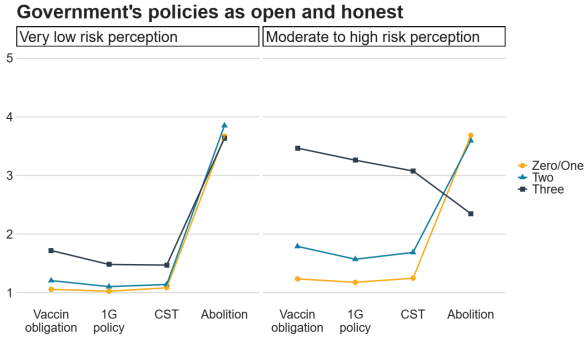
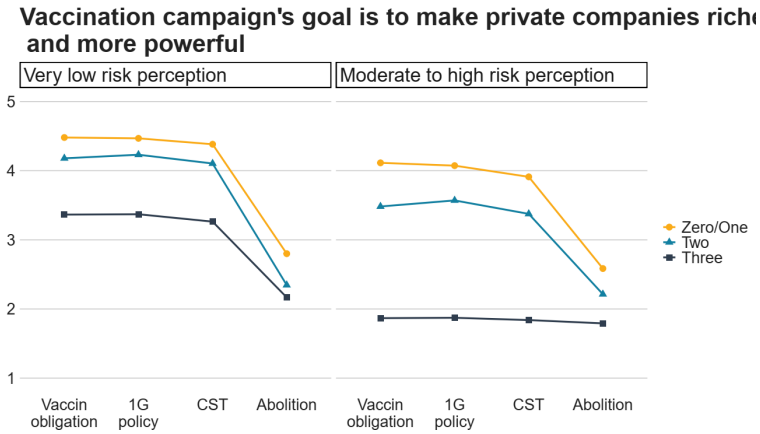


Figure 4h. Estimation de l'effet de diverses options politiques sur l'équité en fonction de la perception des risques et du statut vaccinal.



Graphique 4i. Estimation de l'effet de diverses options politiques sur l'image des entreprises privées en fonction de la perception des risques et du statut vaccinal.



Question 3 : Quelles sont les différences entre une politique 1G et la vaccination obligatoire et est-ce que certaines différences encouragent-elles à la vaccination ?

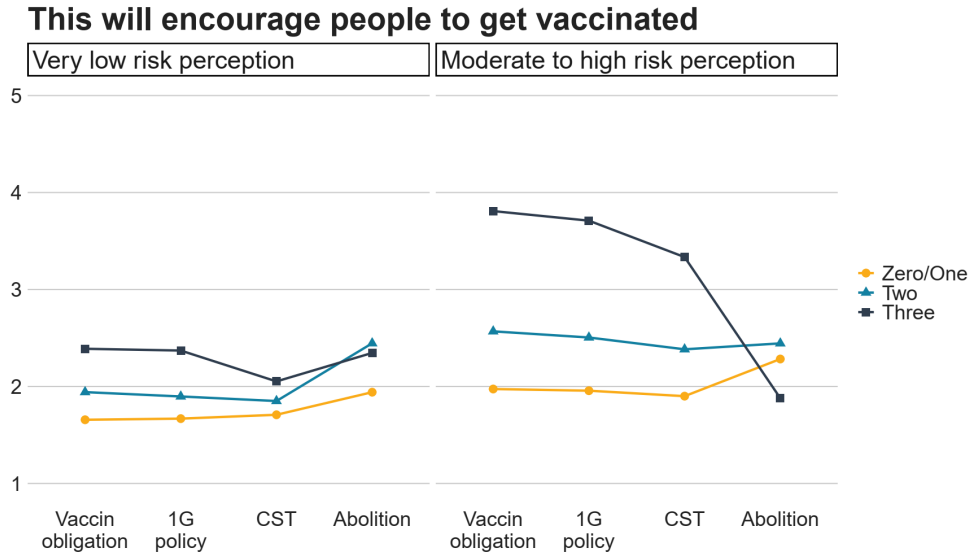
- Pass vaccinal ou vaccination obligatoire : Une analyse plus détaillée des résultats concernant le pass vaccinal et l'obligation vaccinale indique qu'il existe des différences psychologiquement significatives, mais statiquement relativement faibles entre les deux options, du moins parmi le groupe de personnes vaccinées avec une estimation élevée du risque d'infection. Dans le cas de la vaccination obligatoire, par rapport à une politique 1G, (a) ce groupe s'attend à un meilleur bien-être, (b) considère la vaccination obligatoire comme une étape plus cruciale vers une vie sans contraintes, (c) anticipe plus de cohésion sociale à long-terme et (d) s'attend à se faire moins de soucis pour sa santé et trouve cette politique (e) à la fois plus juste et plus claire. Tous les groupes indiquent qu'une obligation vaccinale présente l'avantage d'être plus claire en comparaison au pass vaccinal.

- Intention de vaccination : La question de savoir quelle option politique encouragerait les gens à se faire vacciner est également évaluée très différemment (figure 4). De manière générale, les chances de se faire vacciner sont estimées comme faibles, excepté chez le groupe de personnes vaccinées ayant une perception du risque modérée à élevée, qui supposent qu'une politique plus stricte encouragera à la vaccination. Il est frappant de constater que les personnes non vaccinées et partiellement vaccinées sont plus enclines à se faire vacciner si le CST est aboli. Dans ce cas de figure, ces personnes jouissent d'une plus grande liberté de choix de se faire vacciner ou non, tandis que le CST, le pass vaccinal et la vaccination obligatoire est plus contraignante car ces options politiques les poussent, voire les obligent à se faire vacciner.

Conclusion: La vaccination obligatoire semble être plus acceptable que le pass vaccinal chez des personnes vaccinées avec une perception élevée du risque. Les différences entre les deux options sont faibles et subtiles mais psychologiquement significatives, les avantages à long-terme étant estimés plus élevés (plus de bien-être, de cohésion sociale; moins d'inquiétudes et de limitations) pour la vaccination obligatoire. Alors que les personnes vaccinées conscientes des risques voient les avantages d'une politique plus stricte pour obtenir une meilleure couverture vaccinale, les personnes vaccinées et partiellement vaccinées estiment que seule la suppression du CST les motiverait à se faire vacciner. L'abolition du CST offrirait vraisemblalement l'espace physique et psychologique nécessaire pour prendre la décision de se faire vacciner.

Figure 5.

Estimation de l'effet de diverses options politiques sur l'état de préparation à la vaccination en fonction de la perception des risques et du statut vaccinal.



Question 4 : Quels facteurs empêchent les personnes non vaccinées de se faire vacciner ? Sont-ils liés à l'attitude des gens à l'égard d'une vaccination obligatoire ?

Étude de contexte

Les personnes non vaccinées ont été interrogées sur les raisons pour lesquelles elles seraient encore prêtes à se faire vacciner et sur ce qui les empêchent de le faire actuellement. Divers aspects motivationnels ont été questionnés :

Motivation

- **Motivation volontaire ou autonome :** indique dans quelle mesure une personne est pleinement convaincue de la valeur ajoutée et de la nécessité de la vaccination, par exemple parce qu'elle offre une protection pour elle-même, pour ses proches ou pour la population.
- **Motivation « obligatoire »** : indique dans quelle mesure une personne se sent obligée de se faire vacciner, par exemple parce que d'autres veulent qu'elle le fasse ou pour éviter les critiques.
- **Stigmatisation :** indique dans quelle mesure les personnes estiment que l'infection au COVID-19 et les maladies graves sont associées à une image négative et stigmatisante qu'elles souhaitent éviter.

Obstacles

- **La méfiance** exprime la mesure dans laquelle les gens se méfient de l'efficacité du vaccin ou de la personne qui recommande la vaccination.
- **La difficulté (effort)** indique le degré d'effort ou de difficulté nécessaire pour se faire vacciner.
- **La résistance (opposition)** exprime le degré d'opposition aux autorités, considérées comme une source d'entrave à la liberté individuelle. Cette méfiance repose sur l'idée que les mesures prises sont excessives.
- **Le regret** indique la mesure dans laquelle la décision de se faire vacciner est remise en question dans le cas où les gens devaient souffrir d'effets secondaires.
- **La pression externe** reflète le degré de pression (par exemple, la critique, la condamnation, l'interdiction) exercé par l'environnement pour ne pas se faire vacciner.

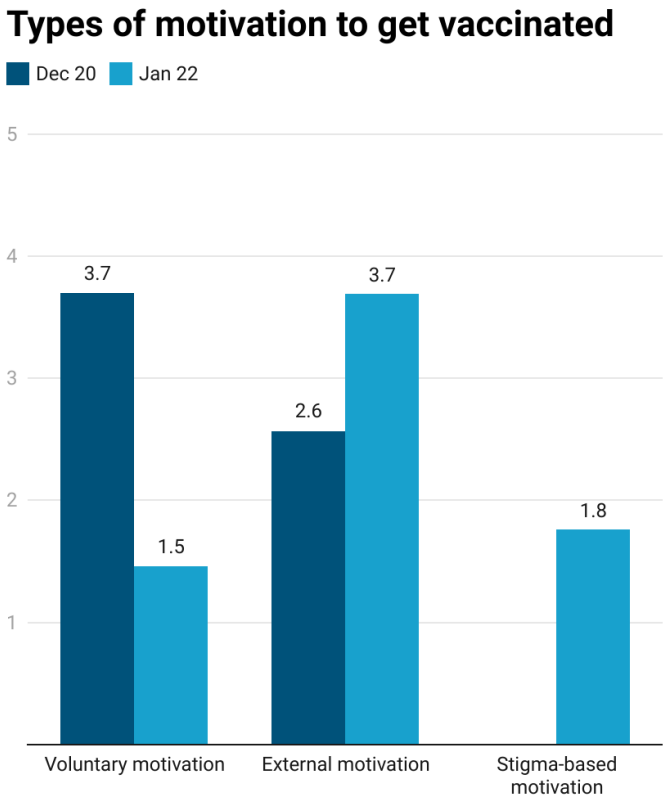
Les personnes non vaccinées forment un groupe hétérogène : les obstacles à la vaccination peuvent être très divers. Afin d'obtenir une image plus complète des différentes raisons pour lesquelles les personnes non vaccinées ne se font pas vacciner aujourd'hui, des analyses plus approfondies ont été réalisées. Les résultats moyens sont comparés à un large échantillon de personnes non vaccinées prélevé en décembre 2020 (voir le rapport 18). À cette époque, la campagne de vaccination n'avait pas encore commencé. La figure 6 montre qu'il existe de fortes différences moyennes. Les personnes non vaccinées obtiennent aujourd'hui des scores plus faibles en termes de motivation volontaire, subissent davantage de pression pour se faire vacciner, rapportent plus de méfiance et opposent une résistance plus marquée à la recommandation de se faire vacciner. Les personnes non vaccinées n'ont pas l'impression que la vaccination demande beaucoup d'efforts. La stigmatisation associée à une infection au COVID-19 ou une maladie grave ne joue qu'un rôle minime dans leur décision de se faire vacciner. Ils subissent également peu de pression de la part de leur environnement pour ne pas se faire vacciner. Dans une plus large mesure, l'anticipation de regrets de ne pas être vaccinés, si des effets secondaires devaient apparaître, représente un obstacle important à la vaccination.

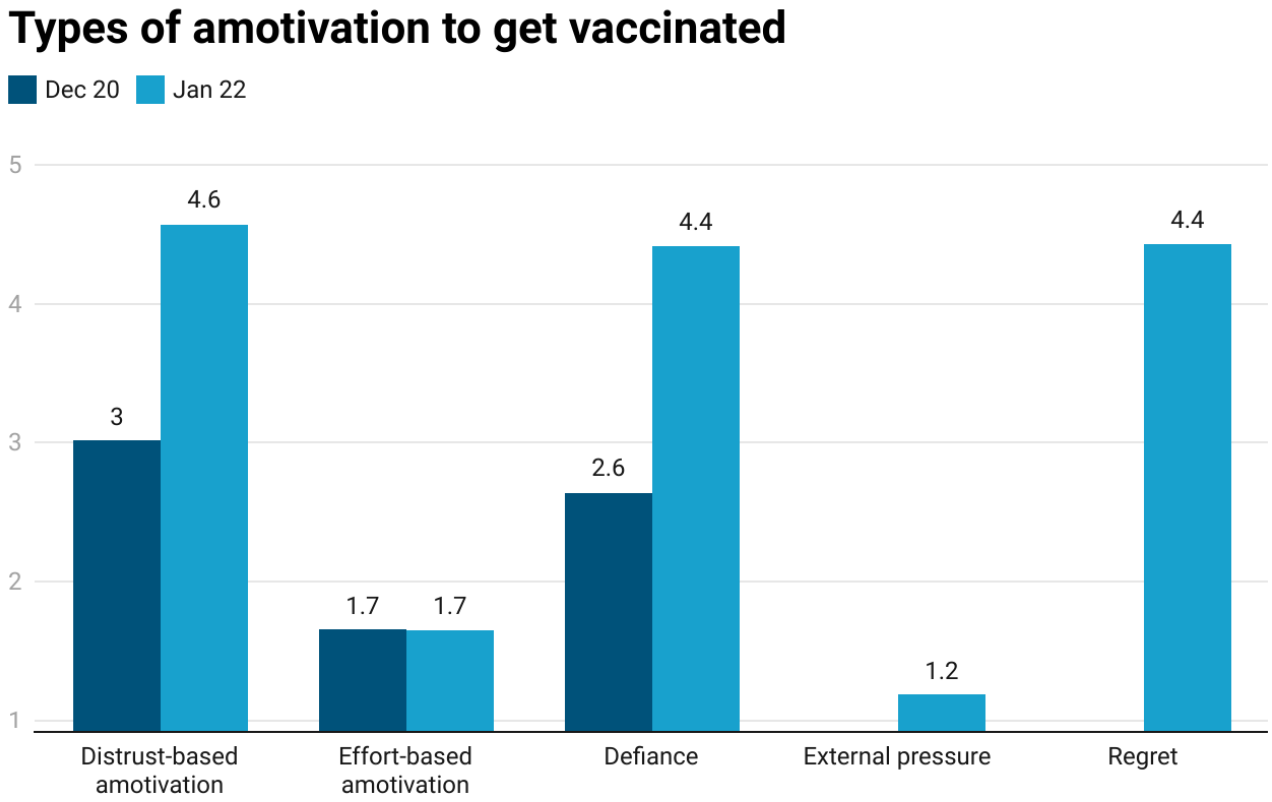
Les motifs et obstacles qui prévalent dépendent du groupe cible interrogé. Cette démarche est nécessairement sélective, les personnes moins bien informées participant moins à l'enquête, par exemple (voir l'annexe sur les réflexions méthodologiques). Le sexe montre un effet assez systématique : les femmes déclarent moins de motivation volontaire, plus de méfiance et plus de regrets que les hommes. Les personnes possédant un niveau d'éducation plus élevé obtiennent également des résultats légèrement supérieurs pour la motivation volontaire, légèrement inférieur pour la résistance et ressentent la vaccination moins comme un effort par rapport aux personnes ayant un niveau d'éducation plus bas.

Conclusion : Les personnes non vaccinées en 2022 rapportent moins de motivation volontaire et des obstacles plus divers que les personnes non vaccinées en 2020, avant le début de la campagne de vaccination. Les personnes non vaccinées forment un groupe hétérogène sous-tendu par un ensemble de motifs différents empêchant la vaccination. Par conséquent, une approche au cas par cas est nécessaire s'il faut motiver ces personnes à se faire vacciner.

Figure 6

Occurence moyenne de différents types de (manque de) motivation en décembre 2020 et janvier 2022





Question 5 : Quelle autre alternative motivante et unifiante ?

Les personnes non vaccinées se sentent menacées dans leur autonomie et se sentent exclues des autres groupes (voir le rapport 39). Des aspects importants de leur bien-être sont donc mis à mal. En même temps, elles signalent en moyenne percevoir moins de risques (figure 2) et être moins enclines à se faire vacciner même lorsqu'elles prennent conscience du risque, que les personnes vaccinées. Elles sont également fortement opposées à une politique 1G ou à la vaccination obligatoire, ce qui compromet davantage leur autonomie et leurs relations interpersonnelles et les rend plus susceptibles de rester campés sur leur position. Parallèlement, les personnes vaccinées s'inquiètent (1) de l'évolution de la situation si le système des soins de santé est à nouveau sous pression avec la menace d'un nouveau variant et (2) que les soins d'autres pathologies soient retardés. Dans ce contexte, la question se pose de savoir quelle alternative peut à la fois apporter de la motivation et rapprocher ? Nous faisons la proposition suivante.

- Quoi ? Inviter chaque personne non vaccinée à une rencontre obligatoire avec un professionnel de la santé ; les enquêtes précédentes (voir le rapport 31) ont montré que les personnes non vaccinées aimeraient avoir une conversation individuelle avec un professionnel de la santé (55%) ou leur médecin généraliste (53%) et qu'elles aimeraient recevoir une réponse spécifique à leurs préoccupations et questions (58%).

- Objectif ? Aider les personnes non vaccinées à prendre une **décision éclairée**. Pour atteindre cet objectif, il est essentiel que les professionnels de la santé poursuivent les objectifs suivants :

Méthodes souhaitées	Méthodes non souhaitables
Tisser du lien = comprendre les obstacles avec une attitude empreinte curiosité.	Culpabiliser et exclure avec une attitude de jugement.
Informer = expliquer les risques et les effets de la vaccination.	Séduire, contraindre.
Aider = répondre aux questions et aux préoccupations.	Convaincre ou convertir.

- Signal ? En investissant dans de telles conversations individuelles, la société envoie un signal puissant de bienveillance et de rapprochement aux personnes non vaccinées. Les personnes non vaccinées sont également soutenues dans leur autonomie, mais en même temps, les conseils nécessaires sont donnés pour qu'elles prennent une décision éclairée. Cela devrait également renforcer la confiance parmi les personnes vaccinées en montrant que le gouvernement se soucie aussi d'elles et ne prend pas la décision de ne pas se faire vacciner à la légère.

- Style conversationnel ? Pour atteindre cet objectif, un style de conversation favorisant l'autonomie est crucial. Soutenir l'autonomie d'une personne non vaccinée ne revient pas à manipuler la personne pour atteindre un objectif que le professionnel de la santé considère comme prioritaire (c'est-à-dire la vaccination), mais à soutenir le processus décisionnel dans lequel les personnes non vaccinées se font une idée

juste de (a) leurs risques et (b) les avantages et les inconvénients de la vaccination (voir Vansteenkiste et al., 2012). À cette fin, il est essentiel d'adopter une approche axée sur les processus plutôt que sur les résultats et les instruments. Concrètement, cela signifie que le succès de ce choix politique ne doit pas être déterminé sur base du nombre de personnes qui se font encore vacciner. Ces conversations sont précieuses en elles-mêmes parce qu'elles visent la compréhension mutuelle et la clarté à une époque où notre société est très polarisée. Si elle le souhaite, la personne non vaccinée peut se présenter à un deuxième entretien dans le cas où un nouveau variant devait émerger, cela pouvant conduire la personne à revoir sa décision. Un professionnel de la santé peut demander une procuration pour cette seconde entrevue afin que le rythme de la personne non vaccinée soit suivi.

- Pièges ? Ce choix politique doit être affiné davantage, car divers obstacles peuvent survenir.
    - Cadre : Si ce choix politique est fait, il est essentiel que l'objectif de ces entretiens soit bien communiqué. L'obligation de parler peut d'elle-même alimenter la pensée conspirationniste.
    - Formation : Parce que les professionnels de la santé risquent de mener ces conversations de façon orientée vers les résultats, il serait souhaitable qu'ils soient correctement formés à cette approche. Sinon, la conversation risque de s'enliser dans un conflit qui éloigne encore plus les gens.

De manière générale, nous préconisons une étude plus approfondie des conditions dans lesquelles ce choix politique a une chance de réussir. Pour de futures enquêtes, divers aspects motivationnels et psychologiques à cet égard pourront être étudiés plus en profondeur.

Conclusion : Dans notre société polarisée d'aujourd'hui, un signal puissant de rapprochement et de liens entre tout un chacun est plus que jamais nécessaire. Il est donc utile d'investir dans des conversations en tête-à-tête entre les personnes non vaccinées et un professionnel de la santé de confiance (par exemple, les médecins généralistes, les pharmaciens, les travailleurs sociaux). Ces conversations ne doivent pas être instrumentalisées pour augmenter subtilement la couverture vaccinale, mais servir une fin en soi : engager le dialogue avec les personnes non vaccinées sur leurs obstacles à la vaccination et les informer correctement sur leurs risques et les effets de la vaccination. L'objectif final est de permettre aux personnes non vaccinées de prendre leur décision en connaissance de cause, à l'aide d'un professionnel de la santé bienveillant les soutenant dans leur autonomie.

Annexe : Réflexions méthodologiques sur le Baromètre de la motivation

Dans le cadre du Baromètre de la Motivation, des prises de mesure sont planifiées à intervalles réguliers, en fonction de l'évolution de la pandémie. Même si plusieurs milliers de personnes répondent aux enquêtes de chaque côté de la frontière linguistique lors de chaque vague, les résultats ne peuvent être considérés comme représentatifs de l'ensemble de la population belge. La principale raison en est que la participation au questionnaire repose sur une décision des répondants. Il en résulte une auto-sélection. Cela signifie que certains profils de réponses peuvent être relativement plus fréquents puisque les personnes participant aux enquêtes présentent certaines caractéristiques et, par conséquent, ne constituent pas un échantillon représentatif de la population. Cette auto-sélection peut s'expliquer par des éléments situationnels, psychologiques ou sociodémographiques. Les répondants sont par exemple des personnes disposant d'un ordinateur, d'une tablette ou d'un smartphone et d'une connexion internet, disposant de temps, ayant un intérêt pour (les aspects de) la politique sanitaire liée au COVID-19, ayant une motivation pour remplir les enquêtes, ayant une certaine position en faveur ou à l'encontre de certaines mesures, ayant une compréhension des questions posées, etc. Il convient de remarquer que ce problème d'auto-sélection touche toutes les enquêtes par questionnaires (en ce compris les sondages d'opinion supposés « représentatifs ») et est une des limites de ce type de méthode (chaque méthode ayant ses avantages et inconvénients). D'une part, cette auto-sélection peut être corrigée par des mesures statistiques (dans une certaine mesure), mais d'autre part, elle impose également une certaine prudence quant à ce que nous pouvons conclure de ces résultats de recherche. Le point suivant aborde ces deux aspects de manière détaillée.

Possibilités de correction :

Diffusion

Afin d'éviter au mieux le problème d'auto-sélection, il est important qu'un maximum de personnes de toutes les couches de la population soient touchés par l'invitation à participer au questionnaire et y répondent. C'est pourquoi nos invitations sont distribuées par le plus de canaux de communication possible, tels que les sites d'information, un large éventail de journaux et de réseaux sociaux comme Facebook et Twitter. Malheureusement, les personnes qui ne suivent pas les chaînes d'information « grand public » et/ou qui ne suivent pas les réseaux sociaux ne seront pas touchées. Comme les mêmes canaux de diffusion sont utilisés tout au long de l'étude, la composition sociodémographique reste globalement stable d'une vague de mesure à l'autre.

Pondération

Le caractère non représentatif des répondants s'exprime dans leurs caractéristiques sociodémographiques telles que l'âge, le sexe, le niveau d'éducation et la région linguistique. La composition sociodémographique de l'ensemble de la population belge étant bien connue (stabel.fgov.be), il est possible de donner plus ou moins de poids aux

réponses de certains profils de répondants dans les analyses afin d'approcher les caractéristiques sociodémographiques réelles de la population. C'est du reste ce que nous faisons dans le cadre du Baromètre de la Motivation. Cependant, cette méthode ne corrige pas les variables éventuellement pertinentes dont la distribution est moins bien connue dans les différentes strates de la population (par exemple, la proportion de parents d'enfants en bas âge ou en âge scolaire, le statut vaccinal des répondants, etc.) ou le fait que des caractéristiques psychologiques déterminent l'auto-sélection (par exemple, la motivation ou l'ennui des participants).

Conclusions

Les possibilités de correction du biais d'auto-sélection étant limitées, il est important de délimiter clairement les types de conclusions qui peuvent être tirées avec plus ou moins de certitude.

Conclusions relativement certaines

Les affirmations concernant les relations structurelles entre les variables psychologiques mesurées ou manipulées (par exemple, le style de communication, le comportement, la motivation, la vaccination, le bien-être et la confiance dans la politique) ou entre les variables sociodémographiques et psychologiques (par exemple, l'âge et la motivation) sont moins influencées par le caractère non représentatif des données. Cela concerne :

- La cohérence interne (aussi appelée fiabilité) et la validité (par exemple, les validités concurrente et discriminante) des construits psychologique mobilisés
- Les relations transversales (dynamiques) entre les variables ;
- Les relations longitudinales impliquant les mêmes personnes ;
- Les différences relatives entre les variables examinées dans les plans expérimentaux ;

L'examen de ces relations structurelles entre différentes variables nous permet de tester des hypothèses inspirées de cadres théoriques bien établis. Sur cette base, nous pouvons élaborer un récit cohérent et étayé du point de vue des sciences psychologiques (par exemple, sur le rôle de la perception du risque dans la motivation, sur les changements dans le soutien à certaines mesures, etc.) et qui fournit des interprétations et des indications pertinentes pour la population et ses représentants politiques. Ce récit permet d'aller au-delà des « impressions » sur la situation grâce à sa base empirique.

Conclusions qui nécessitent une certaine prudence ou qui doivent être évitées :

En raison de la nature non représentative des échantillons, il faut se montrer prudent quant aux éléments suivants :

- Le degré (absolu) avec lequel certaines caractéristiques sont présentes dans l'ensemble de la population (par exemple, le pourcentage de soutien à la vaccination

obligatoire ; le pourcentage de participants qui sont favorables au certificat covid (CST), etc.)
- Le degré relatif de présence de certaines caractéristiques (par exemple, la confiance politique, le bien-être) dans des sous-populations (par exemple, les participants vaccinés ou non, les jeunes ou les plus âgés).

Ainsi, certains chiffres peuvent surestimer ou sous-estimer la réalité. Compte tenu de ce qui précède, nous entendons donc faire preuve de prudence :

- En attirant l'attention sur l'évolution dans le temps des caractéristiques mesurées (par exemple, diminution/augmentation de la motivation) plutôt que sur le pourcentage d'occurrence de ces caractéristiques prises isolément.
- En présentant les résultats séparément pour les caractéristiques pertinentes qui ne sont pas incluses dans la pondération (par exemple, le statut vaccinal). Ici, l'attention est centrée sur la différence et l'ampleur de cette différence plutôt que sur l'occurrence différentielle de certaines caractéristiques.
- En mettant en évidence autant qu'il est possible une interprétation psychologique dans notre communication des résultats dans les médias (par exemple, en pointant qu'une diminution de la motivation peut être attribuée à une diminution de la conscience du risque).

COORDONNÉES

- **Chercheur principal :**
  Prof. Maarten Vansteenkiste (Maarten.Vansteenkiste@ugent.be)

- **Co-chercheurs :**
  Prof. Dr. Omer Van den Bergh (Omer. Vandenbergh@kuleuven. être)
  Prof. Dr. Olivier Klein (Olivier.Klein@ulb.be)
  Prof. Dr. Olivier Luminet (Olivier. Luminet@uclouvain.be)
  Prof. Dr. Vincent Yzerbyt (Vincent.Yzerbyt@uclouvain.be)

- **Élaboration et diffusion du questionnaire :**
  Dre Sofie Morbee (Sofie.Morbee@ugent.be)
  Pascaline Van Oost (Pascaline.Vanoost@uclouvain.be)

- **Données et analyses :**
  Joachim Waterschoot (Joachim.Waterschoot@ugent.be)
  Dr Mathias Schmitz (Mathias.Schmitz@uclouvain.be)

www.motivationbarometer.com

Motivation
BAROMETER

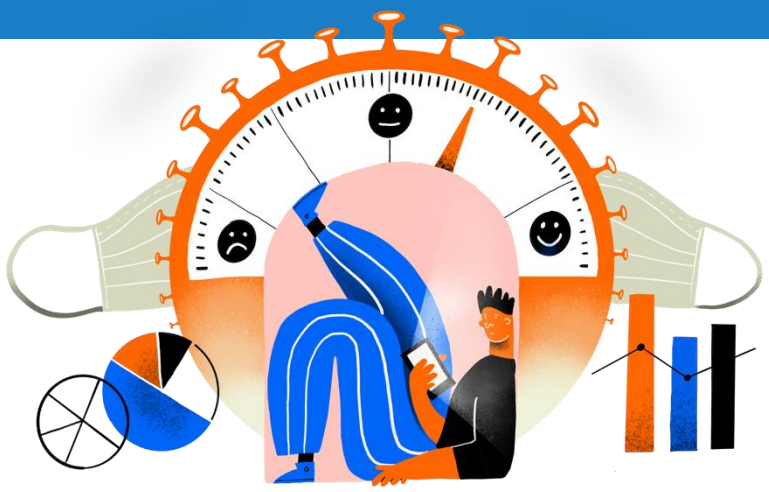
RAPPORT 40:

Het CST, vaccinatieplicht, 1G-beleid of alles op de schop?

De Motivatiebarometer

Auteurs (in alfabetische volgorde): Olivier Klein, Olivier Luminet, Sofie Morbée, Mathias Schmitz, Bart Soenens, Omer Van den Bergh, Pascaline Van Oost, Maarten Vansteenkiste, Joachim Waterschoot, Vincent Yzerbyt

Referentie: Motivatie Barometer (1 februari 2022). Het CST, vaccinatieplicht, 1G-beleid of alles op de schop? Gent, Leuven, Louvain, Bruxelles, België.



Na bijna 2 jaren van coronacrisis staat de overheid voor een cruciale beslissing. Gaat ze over tot het invoeren van verdere versoepelingen waarbij het Covid Safe Ticket (CST) op de schop gaat, handhaaft ze het huidige CST-beleid of voert ze de druk op om zoveel mogelijk personen gevaccineerd te krijgen? Wat zijn de te verwachten psychologische gevolgen als een vaccinatiepas wordt ingevoerd of er overgegaan wordt tot een vaccinatieplicht? Diverse experts uit diverse (i.e., medische, economische, pedagogische, psychologische) disciplines worden dezer dagen uitgenodigd voor een parlementair debat rond deze boeiende, maar delicate kwestie. In dit rapport evalueren we het draagvlak voor vier beleidsopties (i.c., afschaffen van CST, handhaven CST beleid, invoeren vaccinatiepas en vaccinatieplicht) en gaan we dieper in op de psychologische mechanismen die het (gebrekkig) draagvlak voor een beleidsoptie verklaren. De volgende vragen staan centraal in dit rapport:

1. Is het draagvlak voor diverse beleidsopties afhankelijk van het aantal vaccinaties iemand tot nog toe kreeg en welk is de rol van het risicobesef?

2. Welke psychologische voor- en nadelen gaan gepaard met diverse beleidsopties en welke beleidsoptie moedigt aan tot vaccinatie?

3. Welke zijn de verschillen tussen een 1G-beleid en verplichte vaccinatie en zetten deze aan tot vaccinatie?

4. Welke factoren remmen ongevaccineerden af om zich te laten vaccineren? Hangen deze samen met de attitude ten opzichte van een prikplicht?

5. Wat is een potentieel verbindend en motiverend alternatief?

Appendix: Methodologische reflecties

Inhoudelijke take-home boodschappen

- Draagvlak beleid: Het draagvlak voor een strikter beleid (1G of vaccinatieplicht) is bij ongevaccineerden en partieel (i.c., 1 of 2 dosissen) gevaccineerden laag, zelfs als ze de risico's op ernstige ziekte als hoog inschatten. Zij verkiezen dat het CST op de schop gaat omdat dit de kortste route is naar een beter welbevinden in hun ogen. Volledig gevaccineerden (i.c., 3 dosissen) met een hoog risicobesef zijn wel voorstander van een strikter beleid.
    - Het draagvlak voor een strikter beleid is globaal gedaald omdat de mildere omicronvariant als minder ziekmakend wordt ingeschat.
    - Als de ingeschatte risico's met de opkomst van een meer ziekmakende variant opnieuw toenemen valt te verwachten dat het draagvlak voor een strikter beleid opnieuw zal toenemen, in het bijzonder bij volledig gevaccineerden.
    - Het lagere risicobesef en de lagere neiging om met een risico rekening te houden bij ongevaccineerde en partieel gevaccineerde personen doet vermoeden dat de bedreiging van een nieuwe variant erg hoog moet zijn om ook bij deze groepen een draagvlak te creëren.

- Polarisatie: De voor- en nadelen van diverse beleidsopties worden erg verschillend ingeschat en weerspiegelen de polarisatie in onze samenleving. Gevaccineerde personen met een hoge risico-inschatting vinden dat een strikter beleid hun autonomie, verbondenheid en een daling in hun gezondheidszorgen ten goede komt. Andere groepen denken dan weer dat hun autonomie en verbondenheid het meeste zal toenemen indien het CST wordt afgeschaft. Wat het beleid ook beslist, het vertrouwen in de politiek zal bij sommige groepen dalen.

- Vaccinatieplicht of 1G-beleid: Verplichte vaccinatie blijkt bij gevaccineerden met een hoog risicobesef op meer bijval te kunnen rekenen dan een vaccinatiepas.
    - De verschillen ten voordele van verplichte vaccinatie bij risicobewuste gevaccineerden zijn klein en subtiel maar psychologisch betekenisvol, waarbij vooral de lange termijn voordelen hoger worden ingeschat (i.c., meer welzijn, sociale cohesie en helderheid; minder zorgen en beperkingen). Ook partieel en ongevaccineerde personen vinden dat verplichte vaccinatie een duidelijkere en transparantere beleidskeuze is dan een 1G-beleid.
    - Terwijl risicobewuste gevaccineerden voordelen zien van een strikter beleid om een betere vaccinatiegraad te bereiken, vinden ongevaccineerden en partieel gevaccineerden dat enkel het afschaffen van het CST hen zou motiveren tot vaccinatie. Het afschaffen van het CST zorgt vermoedelijk voor de nodige fysieke en psychologische ruimte om zelf tot de beslissing te komen om zich te laten vaccineren.

Inhoudelijke take-home boodschappen

- Remmende factoren vaccinatie: Ongevaccineerde personen in 2022 rapporteren minder vrijwillige motivatie en meer obstakels dan ongevaccineerde personen in 2020, voor de aanvang van de vaccinatiecampagne. Ongevaccineerde personen vormen een heterogene groep, waarbij een waaier aan diverse obstakels een rol speelt. Maatwerk is dan ook noodzakelijk als pogingen zouden worden ondernomen om ongevaccineerden tot vaccinatie te motiveren.

- Motiverend en verbindend alternatief: In de huidige gepolariseerde samenleving is een krachtig signaal van toenadering en verbinding noodzakelijk. Daarom is het nuttig om te investeren in één-op-één gesprekken tussen ongevaccineerden en een vertrouwenwekkende gezondheidswerker (bijv. huisarts, apothekers, sociaal werkers). Deze gesprekken mogen niet geïnstrumentaliseerd worden om sluiks de vaccinatiegraad te verhogen, maar dienen een doel op zich: in dialoog gaan met ongevaccineerden over hun obstakels tot vaccinatie en hun goed informeren over hun risico's en de effecten van vaccinatie. Het einddoel is een geïnformeerde beslissing van de ongevaccineerde zelf, mogelijk gemaakt door een zorgzame en autonomieondersteunende gezondheidsmedewerker.

Algemene info

In de laatste meetgolf, tussen 2022-01-21 en 2022-01-26, vulden 17702 deelnemers (11044 Nederlandstaligen, 62%, en 6678 Franstaligen, 38%) de vragenlijst in. De gemiddelde leeftijd is 46 jaren met 46% vrouwelijke deelnemers.

Driemaal gevaccineerd

- N = 7465
- Gemiddelde leeftijd = 49 jaar (40% vrouwelijk, 69% Nederlandstalig, 44% masterniveau)
- Werkstatus: 57% voltijds, 11% deeltijds, 3% werkloos, 4% student en 24% gepensioneerd.
- 25% was eerder al besmet.

Tweemaal gevaccineerd

- N = 3586
- Gemiddelde leeftijd = 44 jaar (45% vrouwelijk, 69% Nederlandstalig, 38% masterniveau)
- Werkstatus: 69% voltijds, 13% deeltijds, 3% werkloos, 8% student en 6% gepensioneerd.
- 50% was eerder al besmet.

Niet of eenmalig gevaccineerd

- N = 6056
- Gemiddelde leeftijd = 46 jaar (53% vrouwelijk, 52% Nederlandstalig, 32% masterniveau)
- Werkstatus: 64% voltijds, 15% deeltijds, 5% werkloos, 3% student en 9% gepensioneerd.
- 51% was eerder al besmet.

Context studie

Om de eerste drie vragen te beantwoorden, werden aan deelnemers vier verschillende beleidsopties voorgelegd. Voor elk van deze opties werd aangegeven dat de basismaatregelen (bv. ventilatie, quarantaine en isolatie, mondmaskerplicht,…) wel nog dienden gevolgd te worden.

- In het geval van **het Covid-Safe-Ticket** kan iedereen die over een CST (bewijs van drie dosissen of een negatieve test) beschikt, deelnemen aan het publieke leven (bv. horeca, evenementen).
- In het geval van een **afschaffing van het CST** kan iedereen deelnemen aan het publieke leven (bv. horeca, evenementen) zonder dat een bewijs (vaccinatie, negatieve test, of herstelcertificaat) nodig is.
- In het geval van **vaccinatieverplichting** wordt een algemene vaccinatieplicht (drie dosissen) ingevoerd voor meerderjarigen (uitgezonderd mensen met medische redenen). Burgers hoeven geen CST- of vaccinatiebewijs voor te leggen voor deelname aan het publieke leven (bv. horeca, evenementen). De overheid ziet toe dat een burger zich aan de vaccinatieverplichting houdt.
- In het geval van een **vaccinatiepas (1G-beleid)** kan iedereen die over een geldig vaccinatiebewijs beschikt (drie dosissen) deelnemen aan het publieke leven (bv. horeca, evenementen). Een negatieve test of herstelcertificaat volstaat niet langer.

Voor elk van deze vier beleidsopties gaven deelnemers aan in welke mate ze er voorstander van waren (draagvlak), ze dachten dat hun welbevinden er op zou vooruitgaan (mentale gezondheid) en of de beleidoptie mensen zou aanzetten tot vaccinatie (gedragseffect). Bijkomstig werden diverse cruciale, psychologische voor- en nadelen bevraagd, die verband houden met vier thema's:

- Autonomie: In welke mate verwachten ze meer vrijheid en keuze te ervaren? In welke mate denken ze dat de beleidsoptie een eerste stap is naar een leven zonder beperkingen?
- Verbondenheid: In welke mate verwachten ze dat dit beleid een stimulans kan zijn voor sociale cohesie op langere termijn en/of conflict met zich meebrengt ?
- Zorgen: In welke mate verwachten ze dat een beleidsoptie hun zorgen rond gezondheid zal doen toenemen?
- Vertrouwen in de politiek: In welke mate vinden ze de beleidskeuze helder, eerlijk en open, en/of in welke mate zal de beleidskeuze leiden tot een daling van het vertrouwen in de politiek en zal dit samenzweringstheorieën in de hand werken?

Vraag 1: Is het draagvlak voor diverse beleidsopties afhankelijk van het aantal vaccinaties en welk is de rol van het risicobesef?

De resultaten wijzen op een complex maar intrigerend samenspel tussen het type beleidsoptie, de vaccinatiestatus van deelnemers en hun inschatting op ernstige ziekte na besmetting (risicobesef). Bij het weergeven van de resultaten worden volwaardig gevaccineerde personen (N = 7465) onderscheiden van personen die twee dosissen kregen (N = 3586; partiële vaccinatie) en personen die geen enkele of slechts één dosis accepteerden (N = 6056)[1]. De resultaten blijken erg consistent te zijn voor verschillende soorten uitkomsten.

- Globaal patroon: Vijf van de zes groepen vertonen een analoog patroon van resultaten. Enkel volledig gevaccineerde personen (drie dosissen) die de risico's op ernstige ziekte matig tot hoog inschatten wijken hiervan af. Bij deze groep bestaat vandaag meer draagvlak voor striktere scenario's (1G-beleid, CST, of verplichte vaccinatie) dan voor het afschaffen van het CST (figuur 1a), waarbij ze er vanuit gaan dat striktere scenario's hun algemene welbevinden ten goede komen (figuur 1b). Alle andere groepen zijn voorstander van het afschaffen van het CST en verwachten net een gunstig effect op hun welbevinden als het CST zou worden afgeschaft. Hoewel alle striktere beleidsopties door deze laatste groepen worden afgewezen en een voorkeur blijkt voor het afschaffen van het CST, kunnen er voor specifieke uitkomsten (zie vraag 2 en 3) toch verschillen vastgesteld worden.

- Rol vaccinatiestatus: Erg opvallend is dat het antwoordpatroon van personen die nog geen boostervaccin namen globaal gelijk loopt met dat van ongevaccineerde personen. De inschatting van de voor- en nadelen van de beleidskeuzes is voor beide groepen niet afhankelijk van hun risicobesef. Ongeacht of ongevaccineerden en partieel gevaccineerden een kleine of grote kans zien op ernstige ziekte na besmetting zijn zij voorstander van het afschaffen van het CST en ze schatten de psychologische voor- en nadelen hiervan op eenzelfde manier in. Ongevaccineerden en partieel gevaccineerden reageren ook minder sterk op de waargenomen risico's: zelfs al zien ze een risico, toch vormt het voor hen geen motief om striktere scenario's te verkiezen.

- Verdeling deelnemers: Een belangrijke vraag is welk percentage van de ongevaccineerden, partieel en volwaardig gevaccineerden in de erg lage, lage of matig-hoge risicogroep zitten. Tabel 1 bevat een procentuele verdeling van deze groepen. Zoals te verwachten valt, behoort een procentueel grotere groep van

[1] Procentueel bevat deze steekproef meer ongevaccineerde personen dan in de populatie. Zoals mag blijken uit de methodologische reflecties in appendix wordt hier op diverse manieren mee rekening gehouden.

gevaccineerden tot de matig-hoge risicogroep, terwijl de ongevaccineerde en partieel gevaccineerde groepen procentueel meer personen met een erg lage of eerder lage risicoinschatting bevatten. Hoewel één groep gevaccineerden de risico's op ernstige ziekte vandaag nog als matig tot hoog inschat, is deze risico-inschatting gemiddeld gezien gedaald in vergelijking met begin januari. Figuur 2a geeft de evolutie[2] weer in risicobesef in functie van het aantal vaccinaties: zowel bij personen met drie als twee vaccinaties is dit gedaald, al is die daling meer uitgesproken bij zij die nog geen boostervaccin hebben aanvaard[3]. Die verschuiving in risicobesef kan ook de daling in het draagvlak voor een prikplicht verklaren (figuur 2b).

- Legitimiteit: De vraag of er een plaats is voor een vaccinatieplicht of 1G-beleid is afhankelijk van de waargenomen *legitimiteit* ervan. Cruciaal hiertoe is dat een strikter beleid als veiligheidsverhogend in plaats van dwingend wordt ervaren. Het veiligheidsverhogend karakter hangt samen met de te verwachten gezondheidswinst die vaccinatie met zich meebrengt. In dat opzicht hangt de legitimiteit van een strikter beleid samen met (a) de toegevoegde waarde van het nog verder verhogen van de vaccinatiegraad, (b) de waargenomen werkzaamheid van vaccins en (c) de waargemen kans op ernstige ziekte, die bepaald wordt door het bedreigend karakter van een variant en (d) de waargenomen kans dat het gezondheidszorgsysteem onder druk komt te staan.

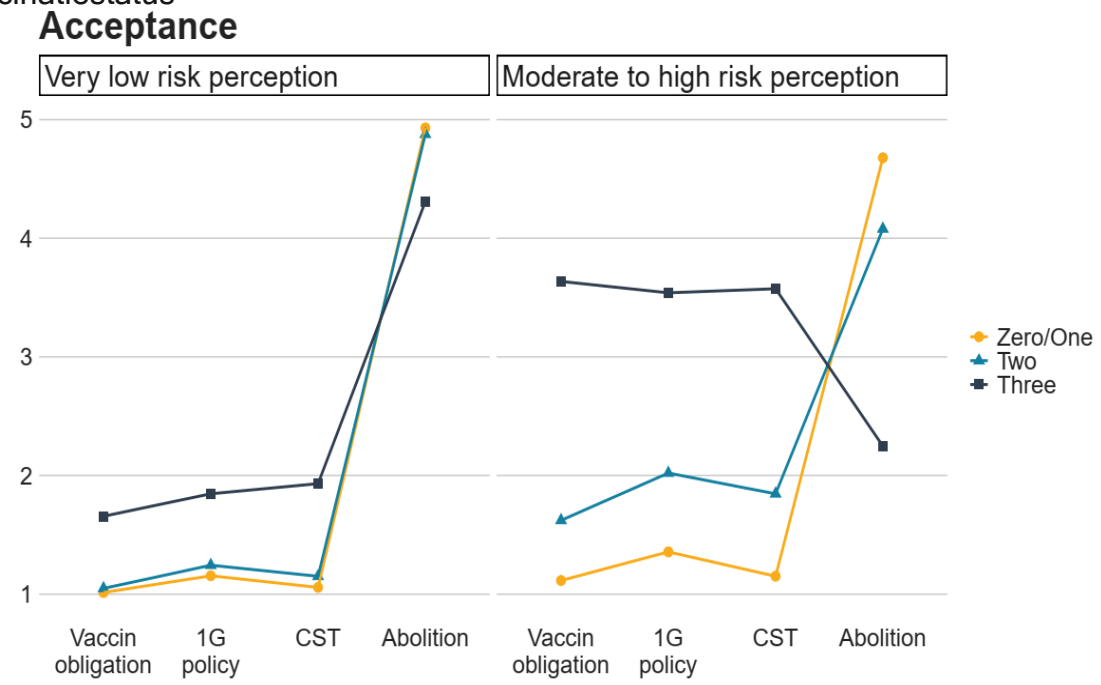
Conclusie: Het draagvlak voor een strikter beleid (1G of vaccinatieplicht) is bij ongevaccineerden en partieel gevaccineerden laag, zelfs als ze de risico's op ernstige ziekte als hoog inschatten. Zij verkiezen dat het CST op de schop gaat omdat dit de kortste route is naar een beter welbevinden in hun ogen. Gevaccineerden met een hoog risicobesef zijn wel voorstander van een strikter beleid. Het draagvlak voor een strikter beleid is globaal gedaald omdat de mildere omicronvariant als minder ziekmakend wordt ingeschat. Als de ingeschatte risico's met de opkomst van een nieuwe, meer ziekmakende variant opnieuw toenemen valt te verwachten dat het draagvlak voor een strikter beleid opnieuw zal toenemen, in het bijzonder bij volledig gevaccineerden. Het lagere risicobesef en de lagere neiging om met een risico rekening te houden bij ongevaccineerde en partieel gevaccineerde personen doet echter vermoeden dat de bedreiging van een nieuwe variant erg hoog moet zijn om ook bij deze groepen draagvlak te genereren. In het algemeen is het cruciaal om gevaccineerde personen niet langer als een homogene groep te behandelen omdat partieel gevaccineerden een ander antwoordpatroon laten zien dan volledig gevaccineerde personen.

[2] Merk op dat dit niet gaat over eenzelfde groep mensen die gevolgd werd over tijd. Verschillen over tijd weerspiegelen mogelijks dus niet alleen intra-individuele verschillen, maar ook verschillen in de samenstelling van de steekproef (zie ook appendix voor methodologische consideraties).

[3] Bij het nagaan van verschillen tussen diverse groepen van gevaccineerde en niet-gevaccineerde personen werd uitgezuiverd voor de rol van andere relevante socio-demografische karakteristieken, zoals leeftijd, geslacht, en opleidingsniveau (zie ook appendix voor methodologische consideraties).

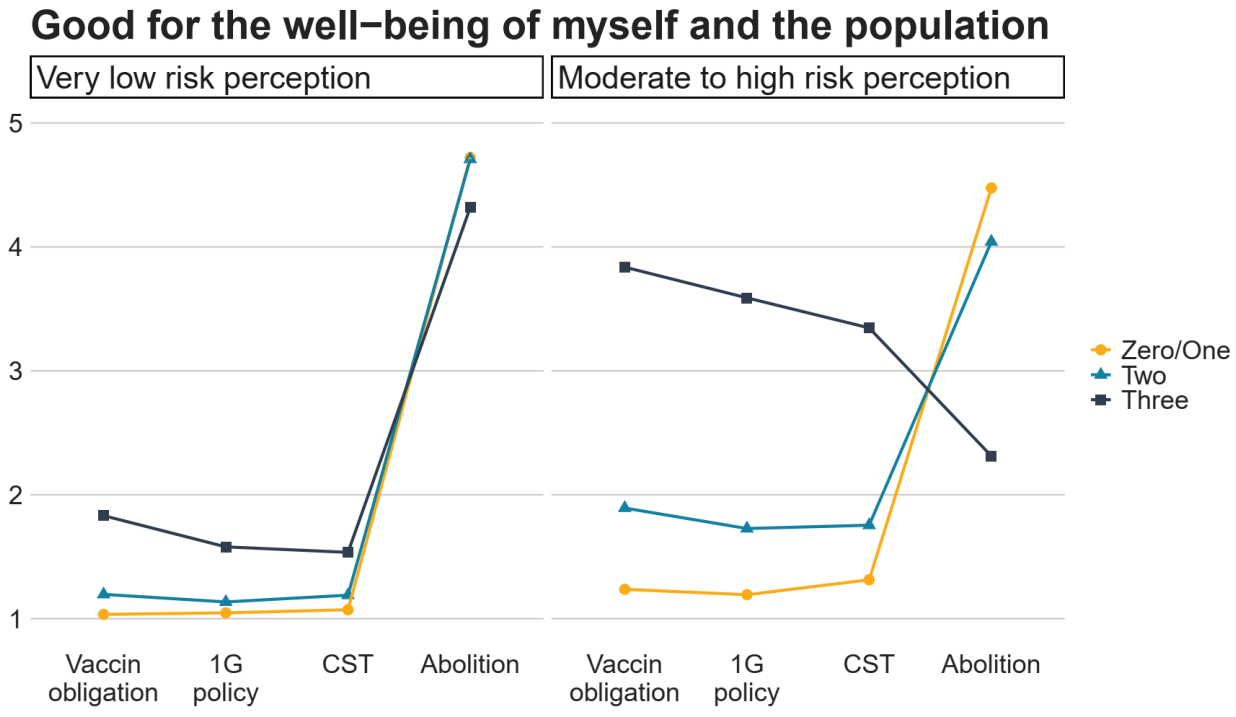
Figuur 1a.

Draagvlak voor diverse beleidskeuzes in functie van risico-inschatting en vaccinatiestatus



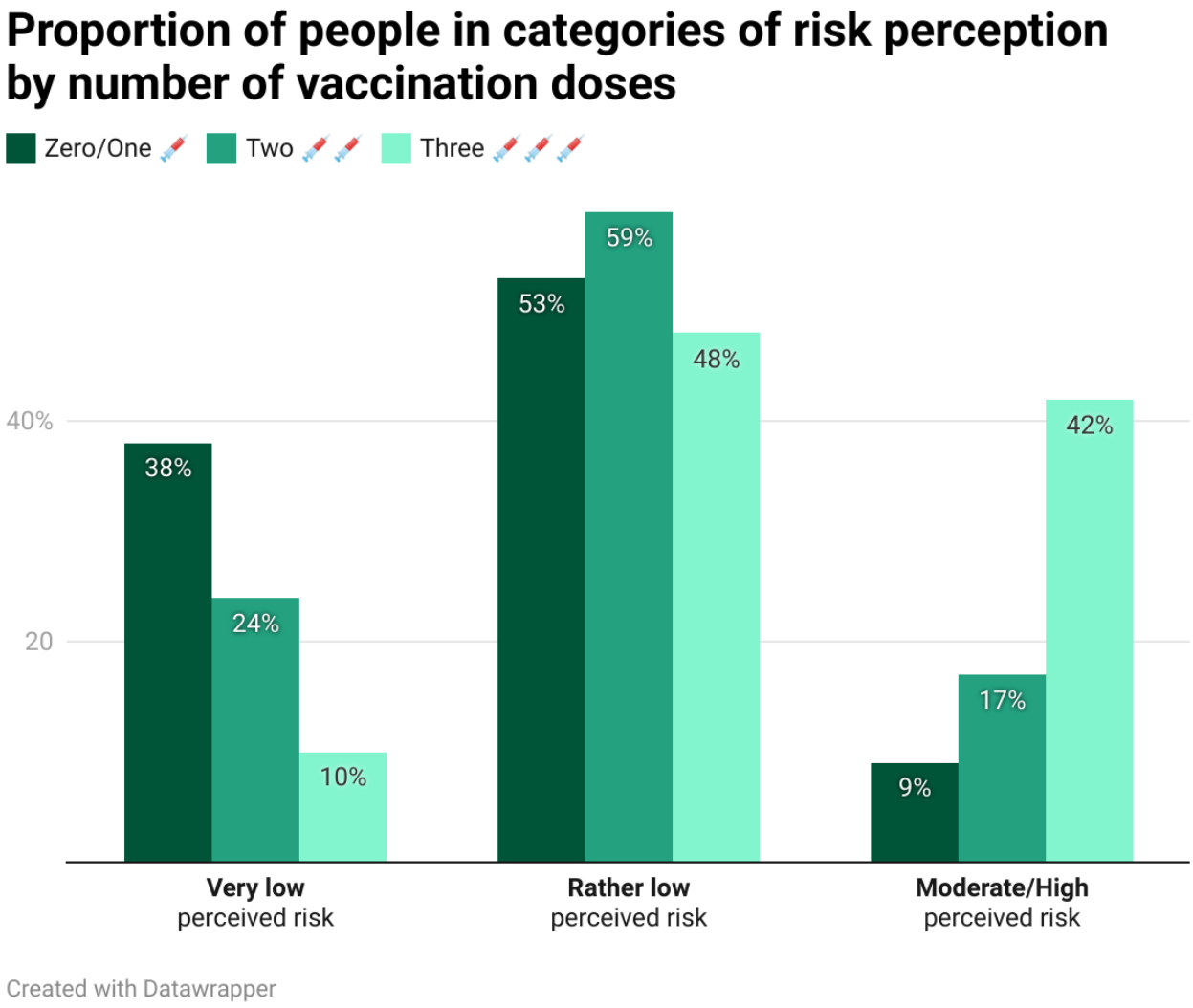
Figuur 1b.

Ingeschatte effect op welbevinden van diverse beleidskeuzes in functie van risico-inschatting en vaccinatiestatus



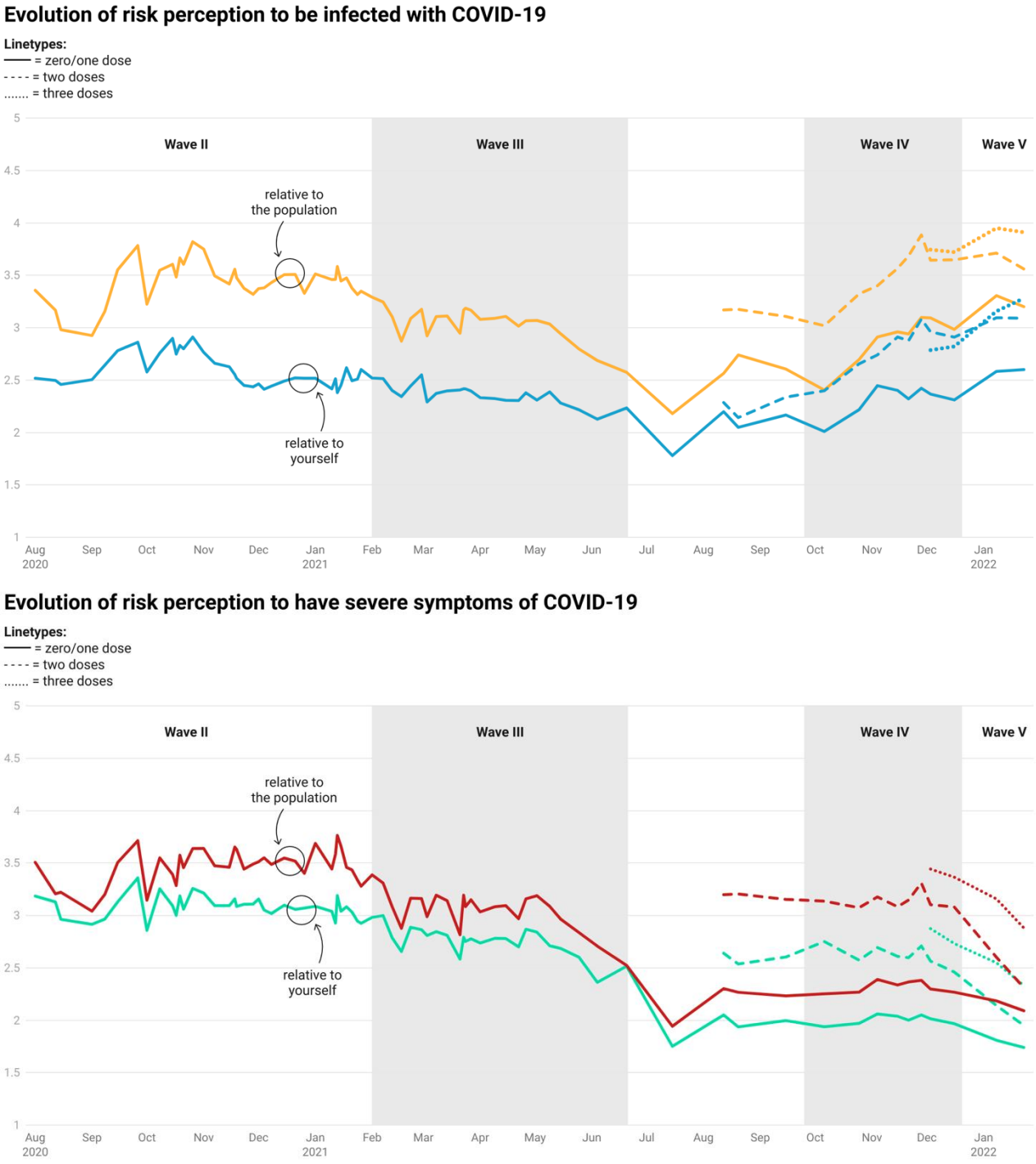
Tabel 1

Ingeschatte risico's op ernstige ziekte in functie van aantal vaccinaties

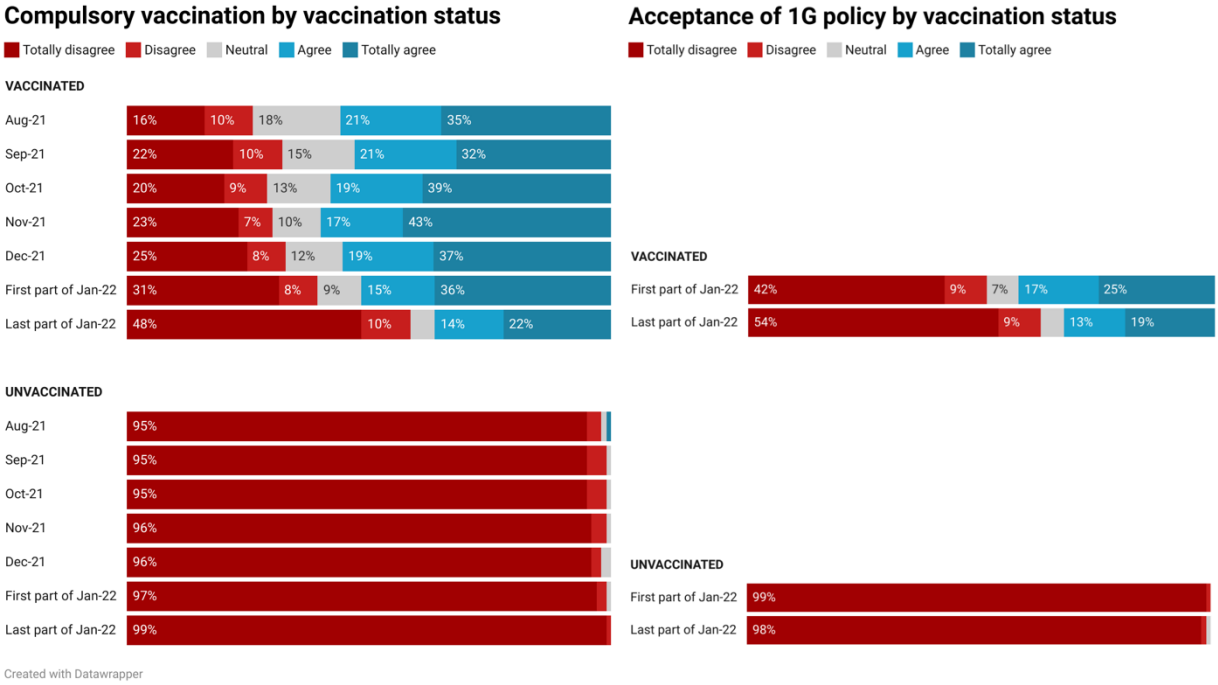


Figuur 2.

Evoluties in risicoperceptie met 'kans op besmetting' (boven) en 'ingeschatte ernst besmetting' (onder) voor zichzelf en voor de populatie in functie van het aantal vaccinaties.



Figuur 3
Evolutie in draagvlak voor verplichte vaccinatie en 1G-beleid in functie van vaccinatiestatus



Vraag 2: Welke psychologische voor- en nadelen gaan gepaard met verschillende beleidskeuzes en welke beleidsoptie moedigt aan tot vaccinatie?

Om beter te begrijpen waarom enkel gevaccineerden met een hoog risicobesef voorstander zijn voor striktere beleidsopties en een hoger welbevinden anticiperen, terwijl ongevaccineerden en partieel gevaccineerden de afschaffing van het CST verkiezen, gaan we dieper in op de verwachte effecten van verschillende beleidskeuzes op diverse cruciale psychologisch parameters.

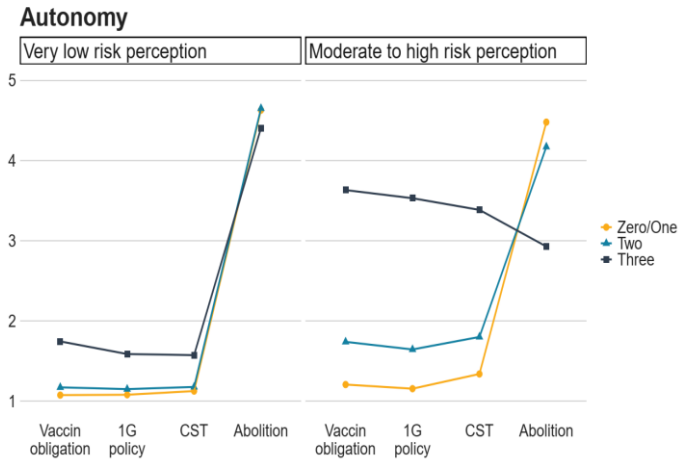
- Autonomie, verbondenheid, en zorgen: Het welbevinden is afhankelijk van de mate waarin burgers keuze en vrijheid ervaren (autonomie), een goede relatie voelen met andere personen en groepen (verbondenheid) en niet bezorgd hoeven te zijn over hun eigen gezondheid en die van naasten (zorgen). Ongevaccineerden, partieel gevaccineerden en volwaardig gevaccineerde personen met een lage risico-inschatting verwachten dat het afschaffen van het CST het meest gunstige effect heeft op hun autonomie (figuur 4a), een belangrijke stap vormt naar een leven zonder beperkingen (figuur 4b), het minste spanningen met zich mee zal brengen (figuur 4c) en de cohesie tussen groepen zal versterken (figuur 4d). Ze anticiperen ook de

minste zorgen rond hun gezondheid bij het afschaffen van het CST, terwijl ze – in het bijzonder ongevaccineerde personen - vooral zorgen verwachten te hebben als vaccinatie wordt verplicht (figuur 4e). Het patroon van resultaten voor gevaccineerde personen met hoge risico-inschatting vertoont het spiegeldbeeld: ze zien verplichte vaccinatie als een eerste stap naar een leven zonder beperkingen, verwachten dat verplichte vaccinatie bijdraagt tot hun autonomie en sociale cohesie, en dat het hun zorgen om hun gezondheid zal verminderen. Het CST vandaag afschaffen, daarentegen, zou hun zorgen doen toenemen.

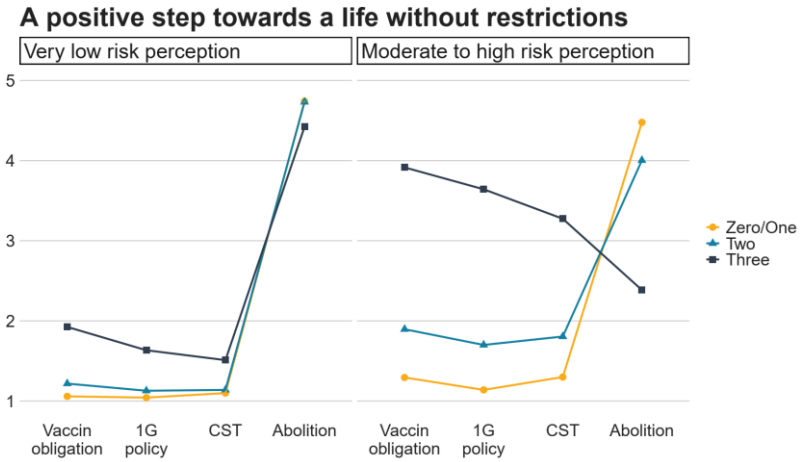
- Vertrouwen in de politiek: Gevaccineerde personen met een hoog risicobesef zouden hun vertrouwen in de politiek (figuur 4f) verliezen als het CST wordt afgeschaft en vinden de keuze voor striktere beleidsopties zowel helderder (figuur 4g) als eerlijker (figuur 4h). Alle andere groepen zouden dan weer net hun vertrouwen verliezen indien de regering het CST beleid handhaaft of een strikter beleid gaat voeren. De afschaffing van het CST vinden ze de meest heldere en duidelijke beleidskeuze. Zo'n strikter beleid zou de idee bij hen versterken dat het vaccinatiebeleid de farma-industrie dient (figuur 3i), een idee dat nog sterker aanwezig is bij ongevaccineerde personen.

Conclusie: Deze resultaten zijn een directe weerspiegeling van onze gepolariseerde samenleving, waarbij verschillende groepen de huidige situatie en de verschillende beleidsopties als erg verschillend inschatten. Gevaccineerde personen met een hoge risico-inschatting zien zowel voordelen op het vlak van autonomie, verbondenheid als gezondheidszorgen als er een strikter beleid wordt gevoerd. Vermoedelijk hebben zorgen omtrent de gezondheid bij deze groep een sterkere impact op hun welbevinden. Andere factoren, zoals autonomie en verbondenheid, spelen dan weer een sterkere rol bij de andere groepen, die de tijd rijp achten voor de afschaffing van het CST. Het beleid staat opnieuw voor een aartsmoeilijke keuze: wat er ook wordt beslist, het vertrouwen in de politiek zal er bij sommige groepen bij inschieten.

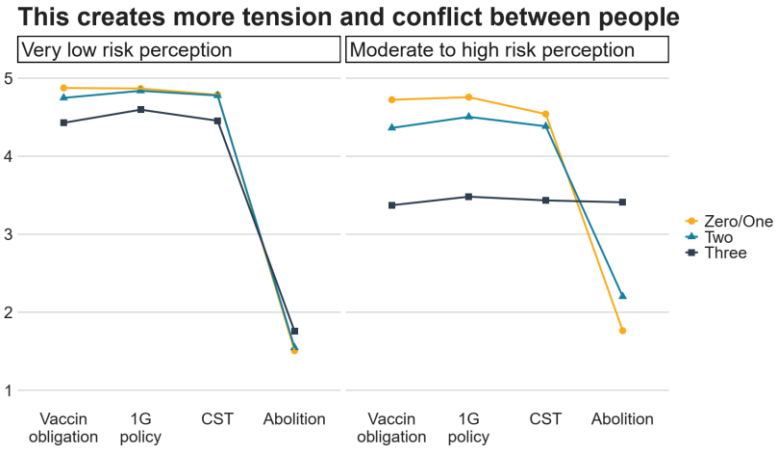
Figuur 4a. Ingeschatte effect op autonomie van diverse beleidskeuzes in functie van risico-inschatting en vaccinatiestatus.



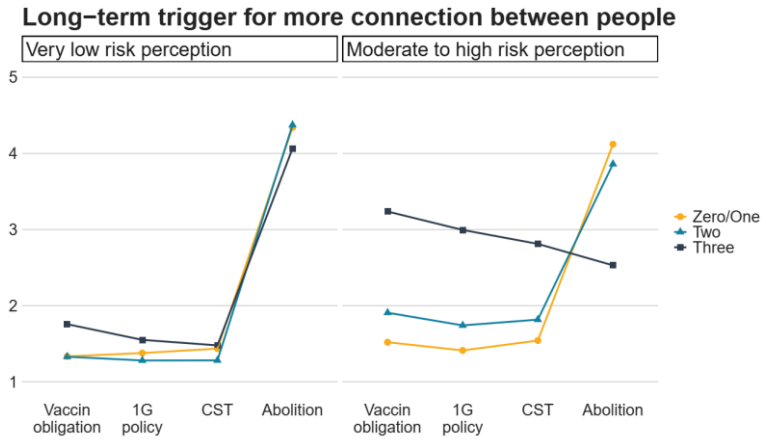
Figuur 4b. Ingeschatte effect op ervaren vrijheid na invoering van diverse beleidskeuzes in functie van risico-inschatting en vaccinatiestatus.



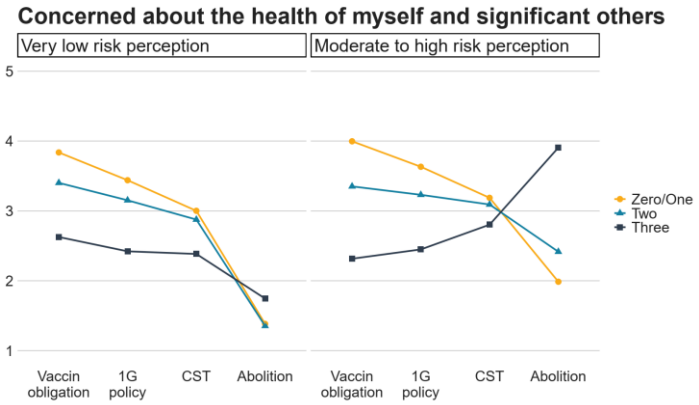
Figuur 4c. Ingeschatte effect op spanningen en conflict van diverse beleidskeuzes in functie van risico-inschatting en vaccinatiestatus.



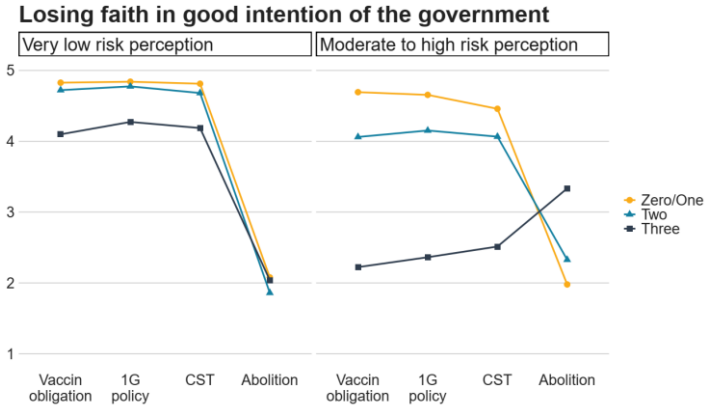
Figuur 4d. Ingeschatte effect op sociale cohesie van diverse beleidskeuzes in functie van risico-inschatting en vaccinatiestatus.



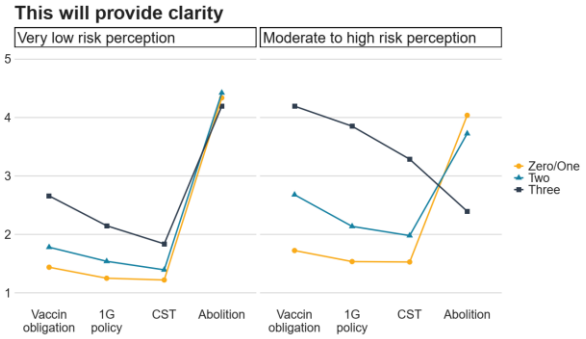
Figuur 4e. Ingeschatte effect op bezorgdheid voor gezondheid van diverse beleidskeuzes in functie van risico-inschatting en vaccinatiestatus.



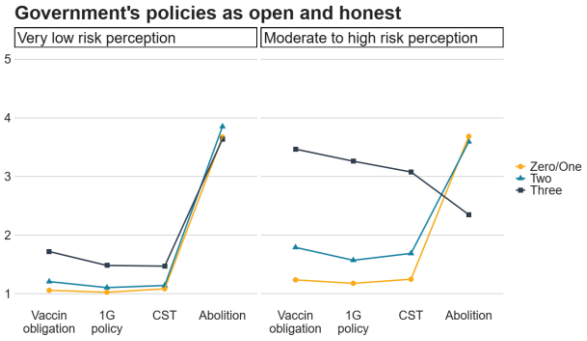
Figuur 4f. Ingeschatte effect op vertrouwen in de overheid van diverse beleidskeuzes in functie van risico-inschatting en vaccinatiestatus.



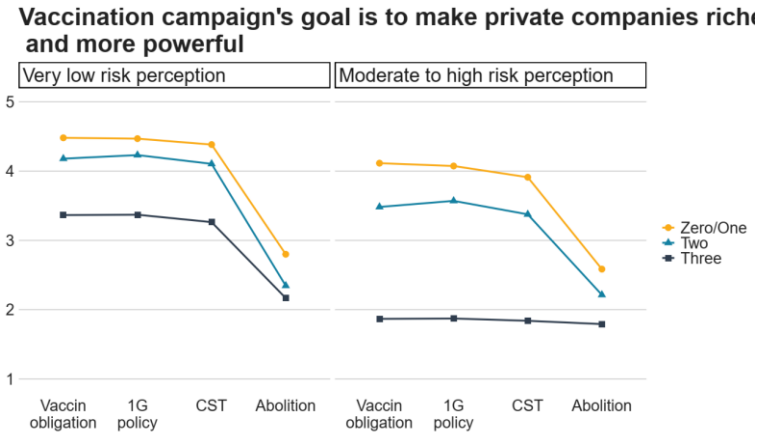
Figuur 4g. Ingeschatte effect op helderheid van diverse beleidskeuzes in functie van risico-inschatting en vaccinatiestatus.



Figuur 4h. Ingeschatte effect op eerlijkheid van diverse beleidskeuzes in functie van risico-inschatting en vaccinatiestatus.



Figuur 4i. Ingeschatte effect op het imago van de privébedrijven van diverse beleidskeuzes in functie van risico-inschatting en vaccinatiestatus.



Vraag 3: Welke zijn de verschillen tussen een 1G-beleid en verplichte vaccinatie en zetten sommige verschillen aan tot vaccinatie?

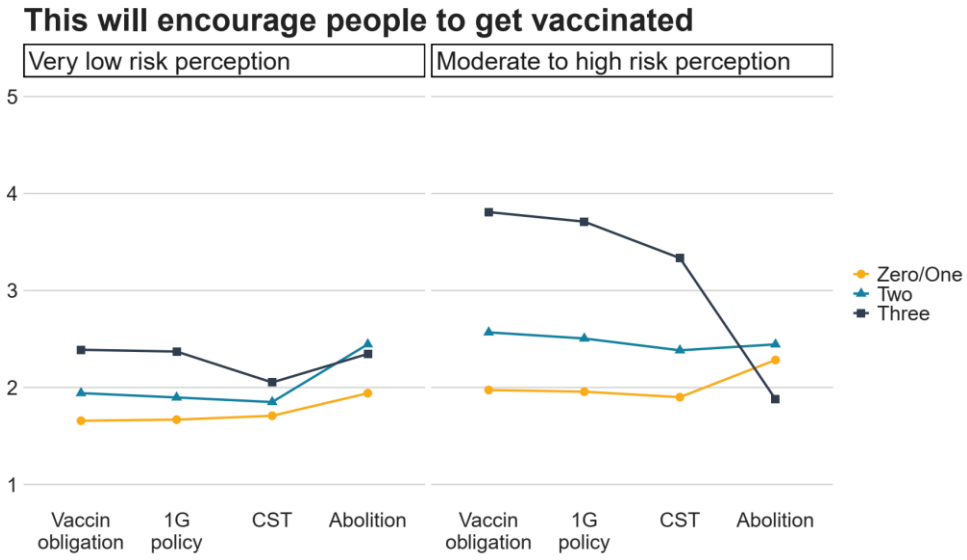
- Vaccinatiepas vs. prikplicht: Een meer gedetailleerde analyse van de resultaten voor een vaccinatiepas- en vaccinatieplichtbeleid geeft aan dat er psychologisch betekenisvolle, maar statisch relatief kleine verschillen zijn tussen beide opties, althans bij de groep gevaccineerden met hoog risicobesef. In het geval van een prikplicht, in vergelijking met een 1G-beleid, (a) verwacht deze groep een beter welzijn, (b) ziet ze verplichte vaccinatie als een meer cruciale stap naar een leven zonder beperkingen, (c) anticipeert op langere termijn meer sociale cohesie en (d) verwacht ze minder bezorgdheid over gezondheid en vindt ze dit beleid (e) zowel eerlijker als duidelijker. Alle groepen geven aan dat een prikplicht het voordeel heeft van de duidelijkheid ten opzichte van een vaccinatiepas.

- Vaccinatie-intentie: De vraag welke beleidsoptie mensen zou aanzetten tot vaccinatie wordt ook erg verschillend ingeschat (figuur 4). In het algemeen wordt de kans hiertoe als laag ingeschat, behalve door gevaccineerden met een matig tot hoog risicobesef die er vanuit gaan dat een strikter beleid zal aanzetten tot vaccinatie. Opvallend is dat ongevaccineerden en partieel gevaccineerden een grotere bereidheid hebben tot vaccinatie als het CST wordt afgeschaft. Onder die omstandigheden ervaren ze meer volwaardige vrijheid om zich al dan niet te laten vaccineren, terwijl het CST, een vaccinatiepas of vaccinatieplicht hen hiertoe verleidt of zelfs dwingt.

Conclusie: Verplichte vaccinatie blijkt bij gevaccineerden met een hoog risicobesef op meer bijval te kunnen rekenen dan een vaccinatiepas. De verschillen zijn klein en subtiel maar psychologisch betekenisvol, waarbij vooral de langetermijnvoordelen hoger worden ingeschat (i.c., meer welzijn, sociale cohesie, minder zorgen, minder beperkingen). Terwijl risicobewuste gevaccineerden voordelen zien van een strikter beleid om een betere vaccinatiegraad te bereiken, zien ongevaccineerden en partieel gevaccineerden dit helemaal anders. Noch een vaccinatieplicht, noch een vaccinatiepas, maar wel het afschaffen van het CST zou hen motiveren tot vaccinatie. Het afschaffen van het CST zorgt vermoedelijk voor de nodige fysieke en psychologische ruimte om zelf tot de beslissing te komen om zich te laten vaccineren.

Figuur 5.

Ingeschatte effect op vaccinatiebereidheid van diverse beleidskeuzes in functie van risico-inschatting en vaccinatiestatus.



Vraag 4: Welke factoren remmen ongevaccineerden af om zich te laten vaccineren? Hangen deze samen met de attitude ten opzichte van een prikplicht?

Context studie

Ongevaccineerde personen werd gevraagd waarom ze alsnog bereid zouden zijn om zich te laten vaccineren en wat hen afremt om dit te doen. Diverse motivationele aspecten werden hierbij bevraagd:

Motivatie

- **Vrijwillige of autonome motivatie:** geeft aan in hoeverre iemand volledig overtuigd is van de meerwaarde en noodzaak van vaccinatie, bijvoorbeeld omdat het bescherming biedt voor zichzelf, voor zijn/haar naasten, of voor de bevolking.
- **'Moet'-ivatie**: geeft aan in hoeverre men zich verplicht voelt om zich te laten vaccineren, bijvoorbeeld omdat anderen dat van ons verlangen of om kritiek te vermijden.
- **Stigma:** geeft aan in hoeverre men vindt dat een Covid-besmetting en ernstige ziekte gepaard gaat met een negatief, stigmatiserend beeld dat men wenst te vermijden.

Obstakels

- **Wantrouwen** drukt de mate uit waarin mensen de doeltreffendheid van het vaccin of de persoon die de vaccinatie aanbeveelt, wantrouwen.
- **Moeilijkheid (inspanning)** geeft aan hoeveel inspanning of moeite het kost om zich te laten vaccineren.
- **Weerstand (oppositie)** drukt de mate van verzet uit tegen de autoriteiten, die worden gezien als een bron van inmenging in de individuele vrijheid. Dit wantrouwen is gebaseerd op het idee dat de maatregelen die zij nemen buitensporig zijn.
- **Spijt** geeft weer in welke mate men de beslissing tot vaccinatie zou betreuren indien men aan nevenwerkingen blijkt te lijden.
- **Externe druk** geeft weer in welke mate men druk (bijv. kritiek, veroordeling, verbod) ervaart uit de omgeving om zich niet te vaccineren.

Ongevaccineerden vormen een heterogene groep: de obstakels om zich te laten vaccineren kunnen erg divers zijn. Om een vollediger beeld te krijgen van de diverse redenen waarom

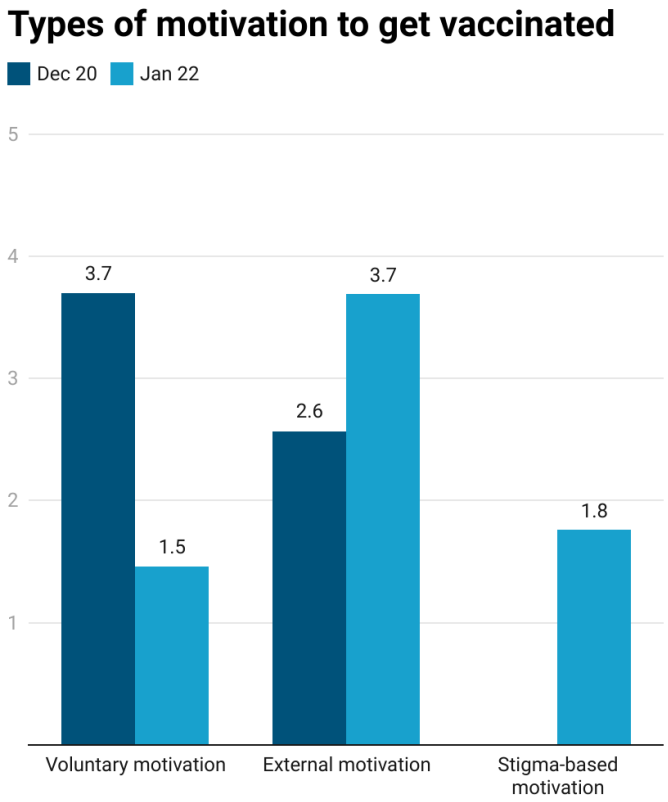
ongevaccineerden zich vandaag niet laten vaccineren, werden deze uitgebreid bevraagd. De gemiddelde resultaten worden vergeleken met een grote steekproef van ongevaccineerden personen, die werd verzameld in december 2020 (zie rapport 18). Op dat ogenblik was de vaccinatiecampagne nog niet opgestart. Figuur 6 geeft aan dat er sterke, gemiddelde verschillen zijn. Ongevaccineerden vandaag scoren lager op vrijwillige motivatie, ervaren meer druk om zich te laten vaccineren, rapporteren meer wantrouwen en gaan meer in opstandig verzet tegen de aanbeveling tot vaccinatie. Ongevaccineerden vinden niet dat zich laten vaccineren een grote inspanning vergt. Het stigma dat met een coronabesmetting en -ziekte gepaard gaat speelt slechts een minimale rol in hun beslissing om zich alsnog te vaccineren. De meeste verklaren ook weinig druk te ervaren van hun omgeving om zich niet te laten vaccineren. Van groter belang zijn geanticipeerde gevoelens van spijt wanneer na hun beslissing om zich te laten vaccineren zou blijken dat men ernstige nevenwerkingen zou ervaren. Dit vormt een sterk obstakel tot vaccinatie.

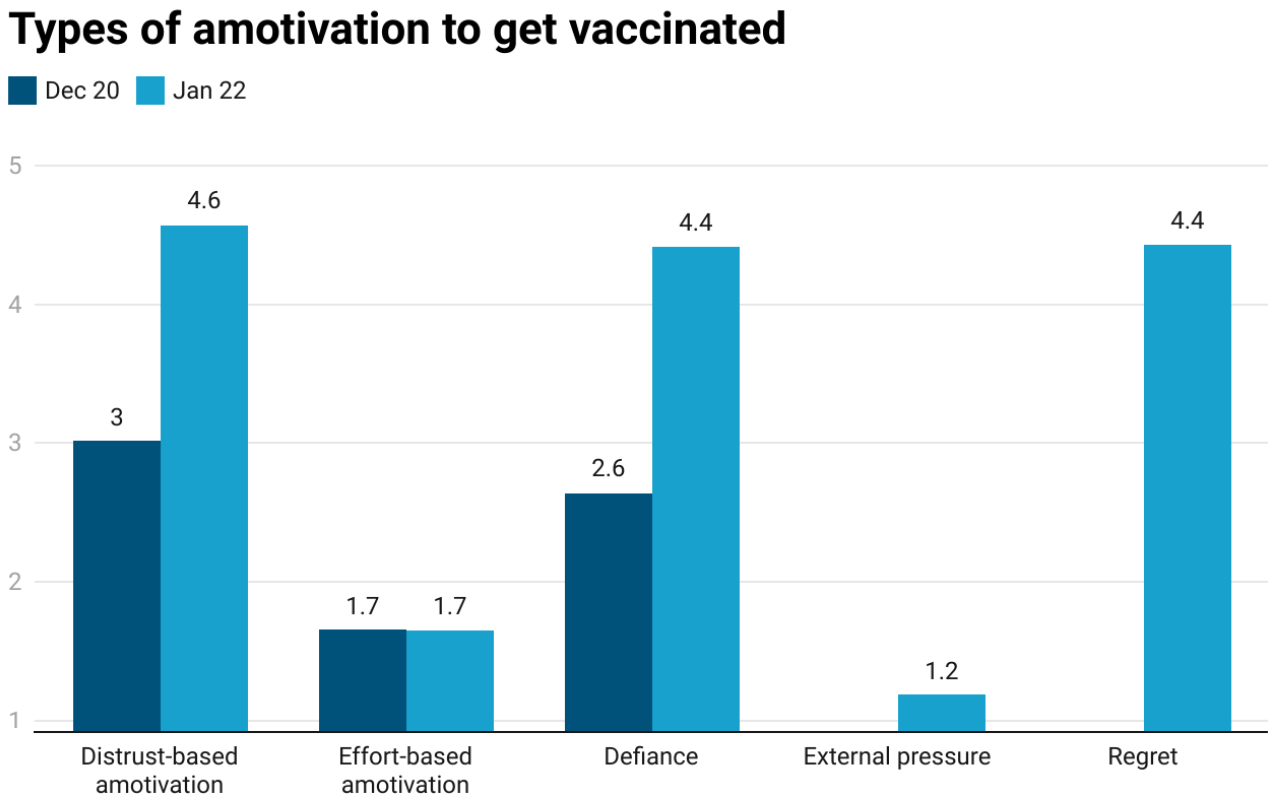
Welke motieven en obstakels primeren hangt samen met de bevraagde doelgroep. Deze is noodzakelijk selectief, waarbij bijvoorbeeld minder goed geïnformeerde personen minder deelnemen aan de bevraging (zie in appendix voor methodologische overwegingen). Geslacht vertoont een vrij systematisch effect: vrouwen rapporteren minder vrijwillige motivatie, meer wantrouwen en meer spijt dan mannen. Hoger opgeleide personen scoren ook iets hoger op vrijwillige motivatie, iets lager op opstandig verzet en ervaren vaccinatie minder als een inspanning in vergelijking met lager opgeleide personen.

Conclusie: Ongevaccineerde personen in 2022 rapporteren minder vrijwillige motivatie en meer obstakels dan ongevaccineerde personen in 2020, voor de aanvang van de vaccinatiecampagne. Ongevaccineerde personen vormen een heterogene groep, waarbij een waaier aan diverse obstakels een rol speelt. Maatwerk is dan ook noodzakelijk als pogingen zouden worden ondernomen om ongevaccineerden tot vaccinatie te motiveren.

Figuur 6

Gemiddeld voorkomen diverse types (gebrekkige) motivatie in december 2020 en januari 2022





Vraag 5: Wat is nog een motiverend en verbindend alternatief?

Ongevaccineerde personen voelen zich bedreigd in hun autonomie en voelen zich uitgesloten van andere groepen (zie rapport 39). Belangrijke aspecten van hun welbevinden staan dus onder druk. Tegelijkertijd rapporteren ze gemiddeld minder risicobesef (figuur 2) en zijn ze minder geneigd om zich te laten vaccineren indien ze risicobesef hebben in vergelijking met gevaccineerde personen. Ook zijn ze sterk gekant tegen een 1G-beleid of verplichte vaccinatie, waardoor hun autonomie en verbondenheid nog verder in het gedrang komt en er veel kans ontstaat dat ze hun hakken in het zand zetten. Tegelijkertijd leeft bij gevaccineerden de bezorgdheid hoe de situatie zal evolueren indien de gezondheidszorg bij een nieuwe, bedreigende variant opnieuw onder druk komt te staan en niet-covid zorg wordt uitgesteld. Tegen deze achtergrond rijst de vraag welk alternatief zowel motiverend als verbindend kan zijn? We doen hierbij een voorstel.

- Wat? Uitnodiging van elke ongevaccineerde tot een verplicht gesprek met een gezondheidswerker; uit voorgaande bevragingen (zie rapport 31) blijkt dat ongevaccineerde personen graag een één-op-één gesprek hebben met een gezondheidswerker (55%) of hun huisarts (53%) en dat ze graag een specifiek antwoord krijgen op hun zorgen en vragen (58%).

- Doelstelling? De ongevaccineerde personen ondersteunen bij het nemen van een **geïnformeerde beslissing**. Om dit doel te bereiken is het cruciaal dat gezondheidswerkers de volgende doelstellingen nastreven:

Gewenste werkwijze	Ongewenste werkwijze
Verbinden = begrijpen obstakels vanuit nieuwsgierige grondhouding	Culpabiliseren en uitsluiten vanuit een beoordelende houding
Informeren = risicos uitleggen en effecten vaccinatie toelichten	Verleiden, dwingen
Helpen = beantwoorden vragen en zorgen	Overtuigen of bekeren

- Signaal? Door te investeren in dergelijke één-op-één gesprekken zendt de samenleving een krachtig signaal uit van zorgzaamheid en verbinding naar ongevaccineerden. Ongevaccineerden worden ook in hun autonomie ondersteund, maar tegelijkertijd wordt de nodige houvast gegeven zodat ze een weloverwogen beslissing nemen. Dit moet het vertrouwen versterken naar gevaccineerden dat de overheid ook om hen bekommerd is en niet lichtzinnig omgaat met de beslissing om zich niet te laten vaccineren.

- Gespreksstijl? Om dit doel te bereiken is een autonomieondersteunende gespreksstijl cruciaal. Het ondersteunen van de autonomie van een ongevaccineerde komt niet neer op het manipuleren van de persoon om een doel te bereiken die de gezondheidswerker prioritair acht (i.c., vaccinatie), maar het ondersteunen van het beslissingsproces waarbij ongevaccineerden een goed beeld krijgen van (a) hun risico's en (b) de voor- en nadelen van vaccinatie (zie

Vansteenkiste et al., 2012). Cruciaal bij dit alles is een procesgerichte in plaats van een uitkomstgerichte en instrumentele benadering. Concreet betekent dit dat het succes van deze beleidskeuze niet mag bepaald worden op basis van het aantal personen die zich alsnog laat vaccineren. Deze gesprekken zijn waardevol op zich omdat ze het wederzijds begrip en helderheid beogen op een ogenblik dat de samenleving sterk is gepolariseerd. Indien gewenst kan de ongevaccineerde persoon een tweede maal op gesprek komen als een nieuwe variant zou opduiken, die tot een herziening van de beslissing kan leiden. Een gezondheidswerker vraagt het mandaat tot zo'n tweede gesprek zodat het ritme van de ongevaccineerde wordt gevolgd.

- Valkuilen? Deze beleidskeuze dient verder verfijnd te worden, aangezien er diverse obstakels kunnen voorkomen.
    - Kadering: Als deze beleidskeuze wordt genomen, is het cruciaal dat goed gecommuniceerd wordt over het doel van deze gesprekken. De verplichting tot gesprek kan op zich complotdenken aanwakkeren.
    - Training: Omdat gezondheidswerkers deze gesprekken op een meer resultaatgerichte manier dreigen in te vullen, dienen ze goed getraind te worden in de door ons voorgestelde benadering. Anders dreigt het gesprek te verzanden in een strijd, die mensen verder uit elkaar drijft.

In het algemeen bepleiten we de verdere studie van de cruciale contextuele voorwaarden, waaronder deze beleidskeuze kans op slagen heeft. In toekomstige bevragingen kunnen diverse motivationele en psychologische aspecten hieromtrent diepgaander worden bestudeerd.

Conclusie: In de huidige gepolariseerde samenleving is een krachtig signaal van toenadering en verbinding noodzakelijk. Daarom is het nuttig om te investeren in één-op-één gesprekken tussen ongevaccineerden en een vertrouwensvolle gezondheidswerker (bijv. huisarts). Deze gesprekken mogen niet geïnstrumentaliseerd worden om de vaccinatiegraad te verhogen, maar dienen een doel op zich: in dialoog gaan met ongevaccineerden over hun obstakels tot vaccinatie en hun goed informeren over hun risico's en de voor- en nadelen van vaccinatie. Het einddoel is een geïnformeerde beslissing van de ongevaccineerde, mogelijk gemaakt door een zorgzame en autonomieondersteunende gezondheidsmedewerker.

Appendix: Methodologische kanttekeningen bij de Motivatiebarometer

Binnen de Motivatiebarometer worden in functie van de evolutie van de pandemie op geregelde tijdstippen meetgolven uitgezet. Ook al zijn er voor elke meetgolf vele duizenden respondenten uit Nederlandstalig en Franstalig België, toch zijn de resultaten niet representatief voor de gehele bevolking. De belangrijkste reden hiervoor is dat deelname berust op een beslissing van de respondent zelf. Hierdoor treedt *zelfselectie* op. Dit betekent dat bepaalde antwoordpatronen relatief meer kunnen voorkomen omdat mensen met bepaalde kenmerken aan de bevraging deelnemen. Deze zelfselectie kan gedreven zijn door situationele, psychologische of sociodemografische elementen. Respondenten zijn bijvoorbeeld mensen met een computer, tablet of smartphone en internetverbinding, met interesse voor (aspecten van) het COVID-19 beleid, met motivatie om de lijst in te vullen, met een bepaalde overtuiging voor of tegen bepaalde maatregelen, met een begrip voor de opgestelde vragen, etc. Dergelijke zelfselectie zich ook voordoen als representatieve steekproeven worden gesampled via een panelstudie daar ook psychologische of situationele factoren de instroom van deelnemers kunnen beïnvloeden. Deze zelfselectie kan enerzijds tot op zekere hoogte gecorrigeerd worden via statistische methoden, maar legt anderzijds ook beperkingen op aan wat we uit dit survey-onderzoek kunnen concluderen. We bespreken hier beide aspecten.

Correctiemogelijkheden

<u>Verspreiding</u>

Om zelfselectie zo veel mogelijk tegen te gaan, is het belangrijk dat mensen uit alle lagen van de bevolking met de uitnodiging tot deelname in contact komen en hierop ingaan. Om deze reden worden de uitnodigingen langs zo veel mogelijk kanalen verspreid, zoals nieuwswebsites, een brede reeks kranten, en internetkanalen zoals Facebook en Twitter. Helaas zullen mensen die geen “mainstream” nieuwskanalen volgen en/of geen sociale media volgen niet bereikt worden. Omdat dezelfde verspreidingskanalen doorheen het gehele onderzoek worden gehanteerd, blijft de sociodemografische samenstelling globaal stabiel over de meetgolven heen.

<u>Weging</u>

Het niet-representatieve karakter van de respondenten uit zich onder andere in hun sociodemografische kenmerken zoals leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, en landsregio. Aangezien de sociodemografische samenstelling van de hele Belgische populatie goed gekend is (stabel.fgov.be), kunnen de antwoorden van bepaalde types respondenten meer of minder gewicht gegeven worden in de analyses om op die wijze de ware sociodemografische kenmerken van de populatie te benaderen. Dergelijke wegingsprocedures worden gehanteerd binnen de Motivatiebarometer. Dergelijke weging corrigeert echter niet voor mogelijk relevante variabelen waarvan de verdeling minder goed gekend is over de verschillende geledingen van de populatie (bijv. percentage ouders met jonge, schoolgaande kinderen, vaccinatiestatus van de respondenten, etc.) of voor het feit

dat psychologische kenmerken de zelfselectie drijven (bijv. motivatie of ergernis van deelnemers).

Conclusies

Omdat correctiemogelijkheden voor zelfselectiebias beperkt zijn, is het van belang goed af te lijnen welk soort conclusies met meer of minder zekerheid kunnen getrokken worden.

Relatief zekere conclusies

Uitspraken over de structurele verbanden tussen gemeten psychologische variabelen (bijv. communicatiestijl, gedrag, motivatie, vaccinatie, welbevinden, en vertrouwen in het beleid) of tussen sociodemografische en psychologische variabelen (bijv. leeftijd en motivatie) zijn minder beïnvloed door het niet-representatieve karakter van de data. Dit betreft:

- Toetsing van de interne coherentie (i.c., betrouwbaarheid) en validiteit (bijv. interne en constructvaliditeit) van constructen;
- Cross-sectionele (dynamische) relaties tussen variabelen;
- Longitudinale verbanden bij dezelfde mensen;
- Relatieve verschillen tussen gemeten uitkomsten in experimentele designs;

Het onderzoeken van deze structurele verbanden tussen verschillende variabelen laat ons toe om hypothesen te toetsen die afgeleid zijn uit sterk gevalideerde theoretische denkkaders. Op basis daarvan kunnen we een betekenisvol *psychologisch narratief* ontwikkelen (bv. over de rol van risicoperceptie voor de motivatie, over verandering in draagvlak voor bepaalde maatregelen, etc.) dat duiding en houvast biedt aan de bevolking en het beleid en dat omwille van de empirische basis anekdotische indrukken overstijgt.

Conclusies die voorzichtigheid vereisen

Het niet-representatieve karakter van de steekproeven bemoeilijkt het doen van betrouwbare uitspraken over

- De (absolute) mate waarin bepaalde kenmerken in de populatie als geheel aanwezig zijn (bijv. percentage draagvlak voor verplichte vaccinatie; het percentage deelnemers dat positief staat t.a.v. de coronapas (CST), etc.).
- De relatieve mate waarin bepaalde kenmerken (bijv. vertrouwen in de politiek, welbevinden) bij subpopulaties aanwezig zijn (bijv. gevaccineerden vs. ongevaccineerden; jongere vs. oudere deelnemers).

Op die manier kunnen bepaalde cijfers over- of onderschattingen inhouden van wat er zich in de werkelijkheid afspeelt. Bij het doen van dergelijke uitspraken leggen we hierom de nodige voorzichtigheid aan de dag door:

- De aandacht te vestigen op de *evoluties* doorheen de tijd in de gemeten kenmerken (bijv. daling/stijging in motivatie) veeleer dan op het procentueel voorkomen van deze kenmerken op zich.
- De resultaten in functie van relevante kenmerken die niet in de weging worden meegenomen (bijv. vaccinatiestatus) *apart te presenteren*. Hierbij wordt de aandacht gevestigd op het verschil en de effectgrootte van dit verschil veeleer dan op het differentieel voorkomen van bepaalde kenmerken.
- In onze communicatie over de resultaten in de media de psychologische duiding zoveel mogelijk in de verf te zetten (bijv. een daling van motivatie is toe te schrijven aan een daling in risicobesef).

CONTACT INFORMATIE

- **Hoofdonderzoeker:**
  Prof. Dr. Maarten Vansteenkiste (Maarten.Vansteenkiste@ugent.be)

- **Mede-onderzoekers:**
  Prof. Dr. Omer Van den Bergh (Omer.Vandenbergh@kuleuven.be)
  Prof. Dr. Olivier Klein (Olivier.Klein@ulb.be)
  Prof. Dr. Olivier Luminet (Olivier. Luminet@uclouvain.be)
  Prof. Dr. Vincent Yzerbyt (Vincent.Yzerbyt@uclouvain.be)

- **Ontwikkeling en verspreiding van de vragenlijst:**
  Drs. Sofie Morbee (Sofie.Morbee@ugent.be)
  Drs. Pascaline Van Oost (Pascaline.Vanoost@uclouvain.be)

- **Gegevens en analyse:**
  Drs. Joachim Waterschoot (Joachim.Waterschoot@ugent.be)
  Dr. Mathias Schmitz (Mathias.Schmitz@uclouvain.be)

www.motivationbarometer.com

Motivation BAROMETER

Vaccinatieplicht, 1G-beleid of een alternatieve route?

Een psychologisch perspectief

Prof. Dr. Maarten Vansteenkiste

Motivation
BAROMETER



UNIVERSITEIT GENT

Vakgroep Ontwikkelings-, Persoonlijkheids- en Sociale psychologie
– Onderzoeksgroep Ontwikkelingspsychologie

Motivation BAROMETER


Prof. Dr. Maarten Vansteenkiste


Drs. Joachim Waterschoot


Dra. Sofie Morbée


Prof. Dr. Omer Van den Bergh


Prof. Dr. Olivier Klein


Prof. Dr. Olivier Luminet


Prof. Dr. Vincent Yzerbyt


Dra. Pascaline Van Oost


Dr. Mathias Schmitz

UNIVERSITEIT GENT

KU LEUVEN

ULB UNIVERSITÉ LIBRE DE BRUXELLES

UCLouvain

WWW.MOTIVATIONBAROMETER.COM SINCE 19/03/2020

283346 number of participants in Flanders	**670** days of measurement	**25%** Motivation barometer in Flanders
82652 number of participants in Wallonia	**99** waves of measurement	**36%** Motivation barometer in Wallonia
365998 number of total participants	**70%** being vaccinated	**29%** Motivation barometer in Belgium









UNIVERSITEIT GENT

Motivation BAROMETER

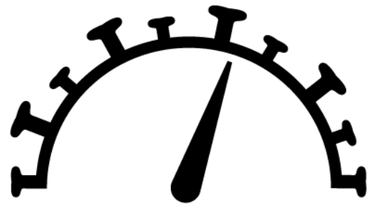
KERNVRAGEN

1. Wat motiveert en weerhoudt iemand om zich te laten vaccineren?
2. Wat is het psychologisch profiel van ongevaccineerden en hoe verschilt dit van gevaccineerden?
3. Bestaat er vandaag een draagvlak voor verplichte vaccinatie of een 1G-beleid of moet het CST op de schop?

Uitsmijter

Vraag #1:

Wat motiveert en weerhoudt iemand om zich te vaccineren?

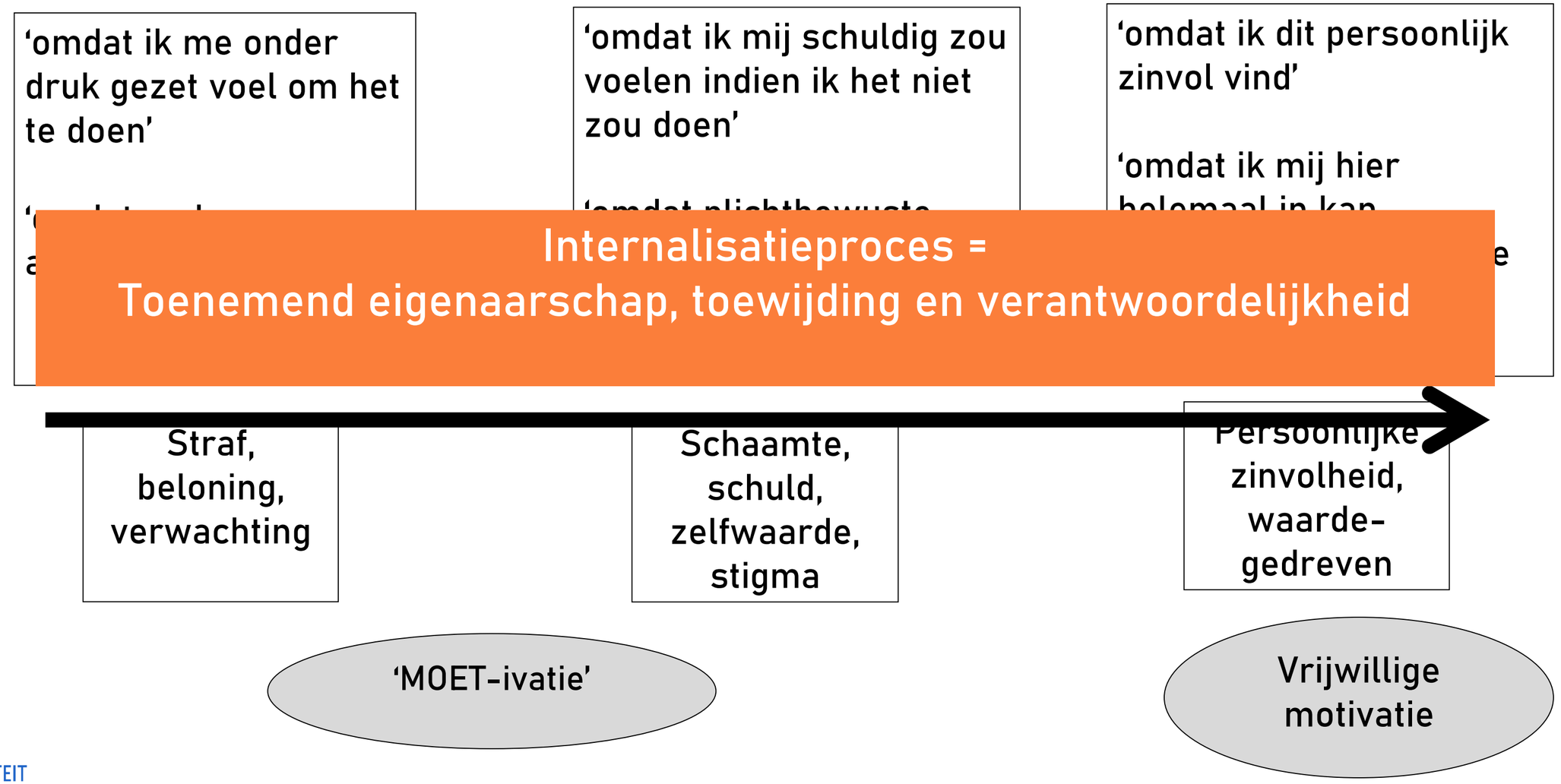


Motivation

BAROMETER

MOTIVATIE VOOR VACCINATIE

⇒ “Wat is jouw motivatie om je te laten vaccineren?”



UNIVERSITEIT GENT

Motivation BAROMETER

GEBREK AAN MOTIVATIE VOOR VACCINATIE

⇒ “Waarom zou je je NIET laten vaccineren?”

‘omdat ik er niet de inspanning voor kan opbrengen’ ‘omdat ik niet weet hoe ik aan de nodige info kan geraken’	‘omdat de overheid zich niet moet bemoeien met wat ik doe’ ‘omdat de COVID-19	‘omdat ik twijfel of het onderzoek naar de werking van het vaccin wel grondig genoeg gebeurd is’ vaccin’	‘omdat ik wil vermijden om spijt te hebben omwille van mogelijke bijwerkingen’
Moeite – bekwaamheid	Opstandig verzet	Wantrouwen	Spijt

Grote diversiteit aan obstakels, waarbij zich niet vaccineren wel vaker een weloverwogen keuze is

UNIVERSITEIT GENT

Motivation BAROMETER

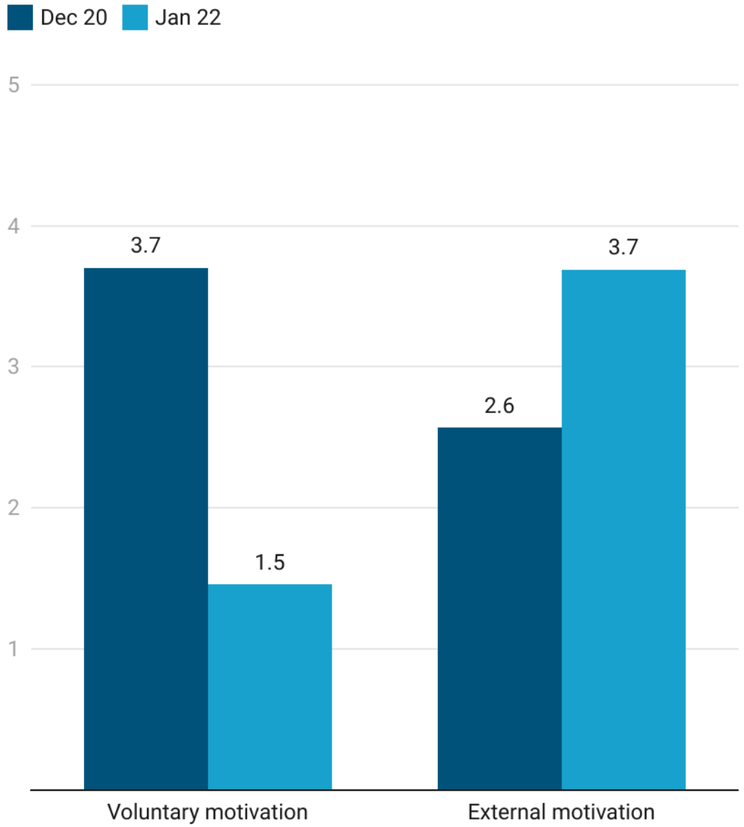
Wat is het motivatieprofiel van ongevaccineerden vandaag in vergelijking met december 2020?

GHENT UNIVERSITY

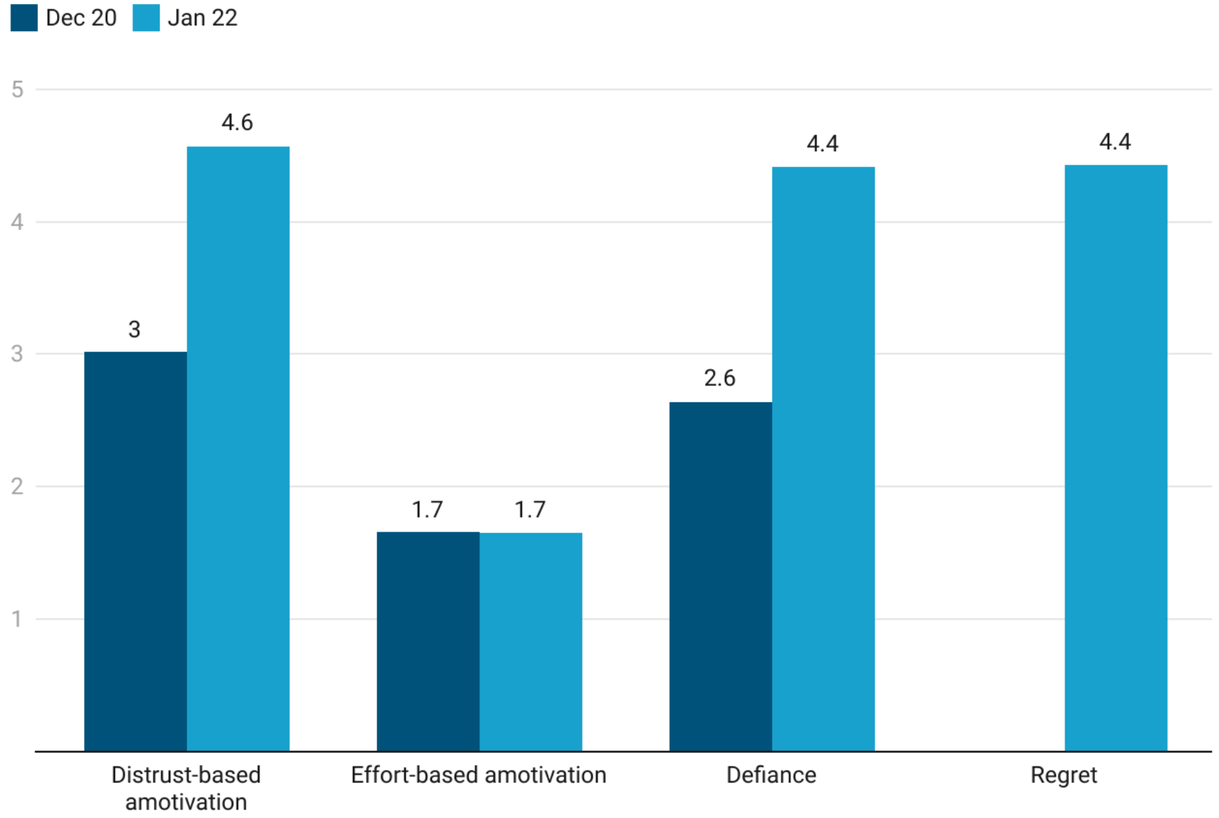


- Report #18 & #40
- December 2020 & Januari 2022
- *N* = 6065 & 16892

Types of motivation to get vaccinated



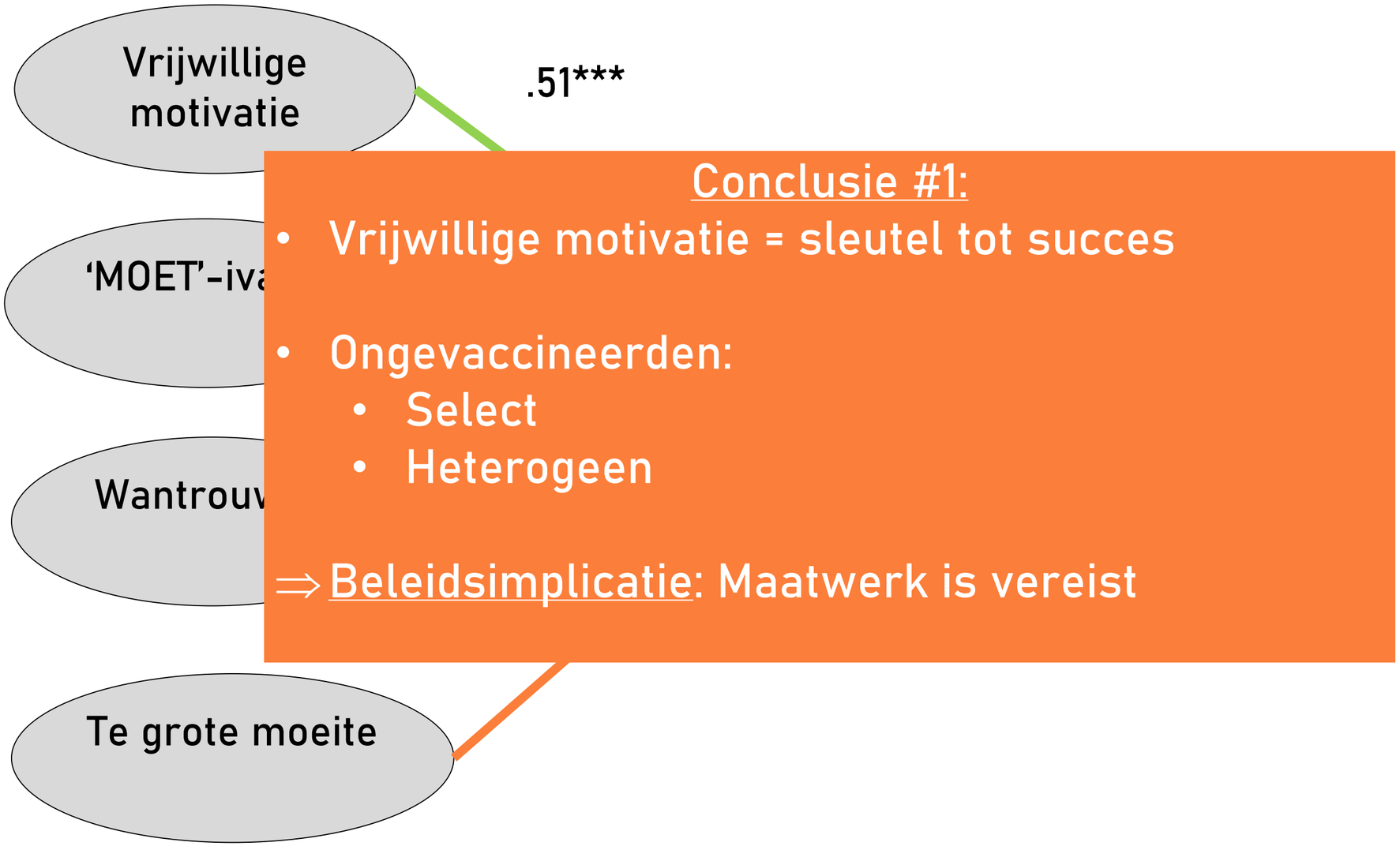
Types of amotivation to get vaccinated



UNIVERSITEIT GENT

Motivation BAROMETER

LONGITUDINALE SAMENHANG TUSSEN MOTIVATIE EN EFFECTIEVE VACCINATIE



Conclusie #1:

- Vrijwillige motivatie = sleutel tot succes
- Ongevaccineerden:
  - Select
  - Heterogeen

⇒ Beleidsimplicatie: Maatwerk is vereist

GHENT UNIVERSITY

Schmitz, M., Luminet, O., Klein, O., Morbée, S., Van den Bergh, O., Van Oost, P., ... & Vansteenkiste, M. (2021). Predicting vaccine uptake during COVID-19 crisis: A motivational approach. *Vaccine*.

Vraag #2:

Wat is het profiel van ongevaccineerden en hoe verschilt deze van gevaccineerden?

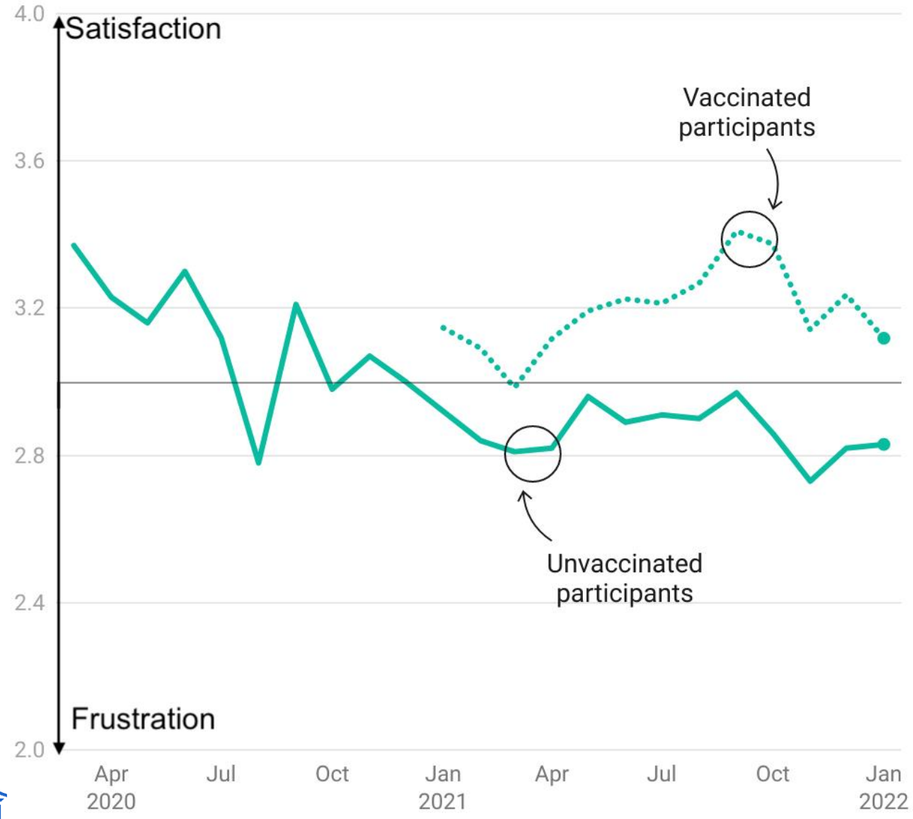
Motivation

BAROMETER

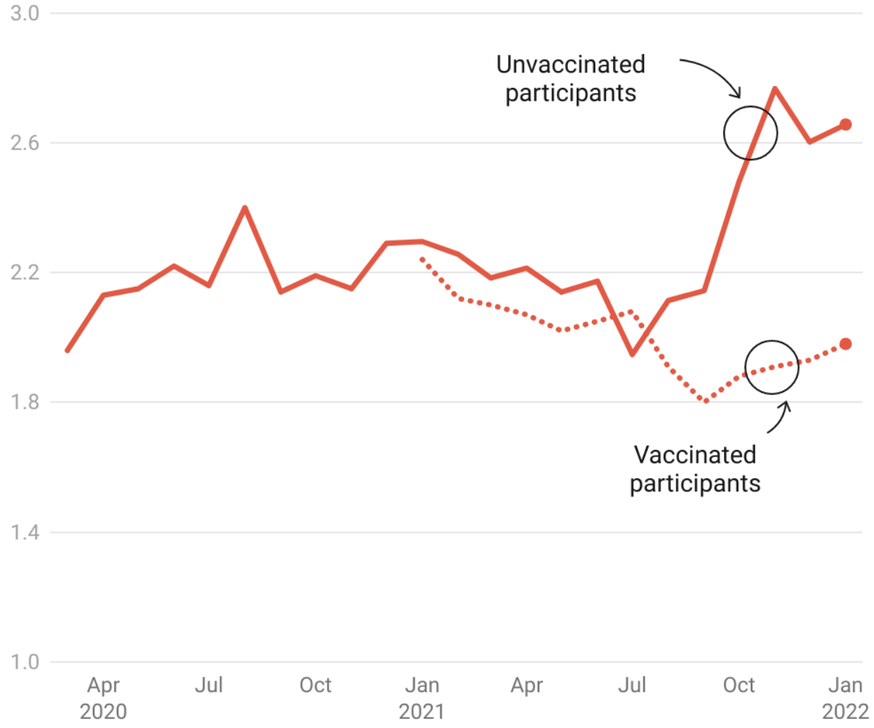


- Report #39
- Januari 2022
- *N* = 11919

EVOLUTIE ERVAREN AUTONOMIE



EVOLUTIE ERVAREN UITSLUITING

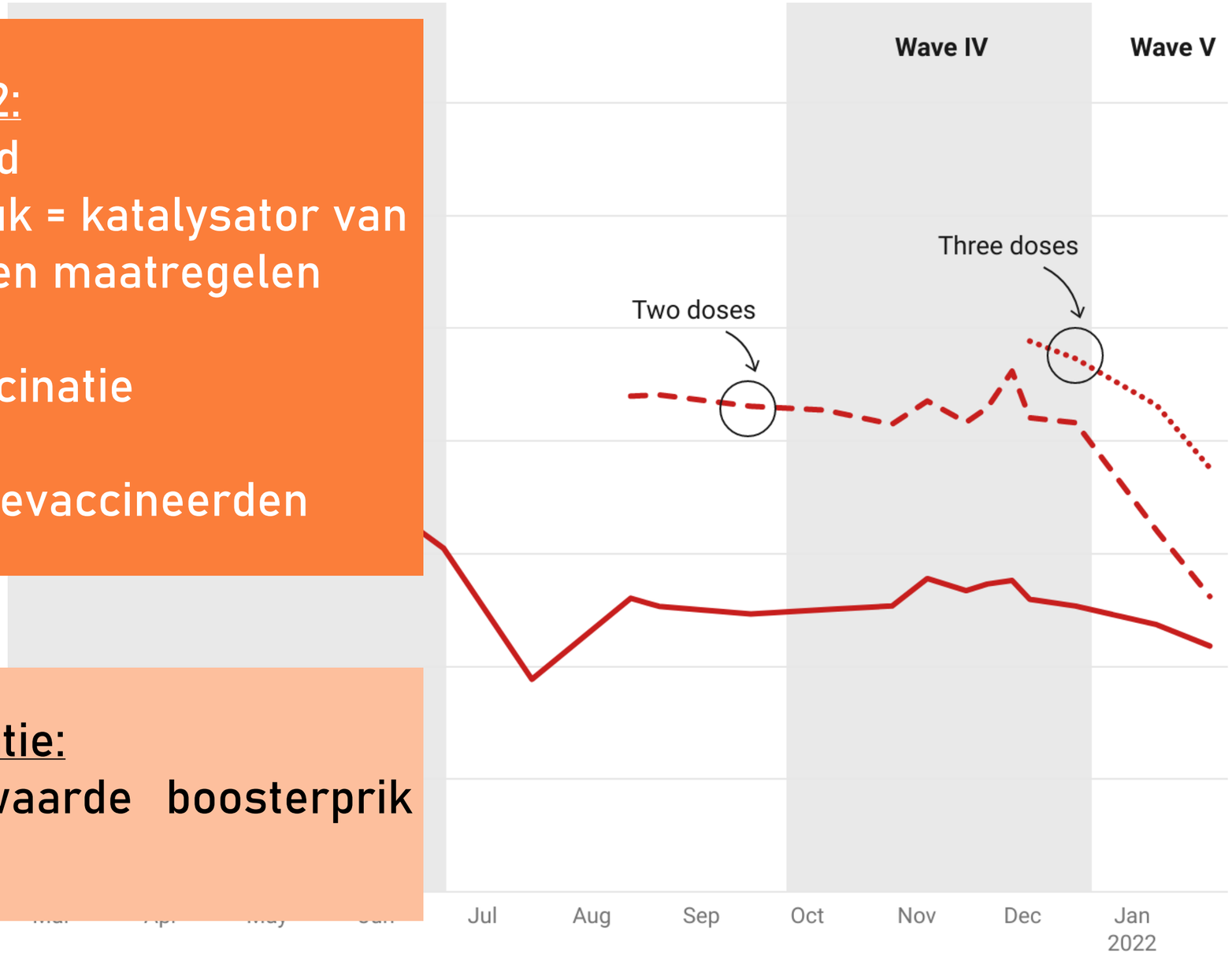


UNIVERSITEIT GENT

Motivation BAROMETER

- Report #40 (in progress)

RISICOPERCEPTIE OM ERNSTIG ZIEK TE WORDEN



Conclusie #2:

- Autonomie en verbondenheid ongevaccineerden onder druk = katalysator van protestacties & minder volgen maatregelen
- Risicobesef = motor van vaccinatie
  - Algemene daling
  - Volwaardig vs. partieel gevaccineerden

Beleidsimplicatie:

- Communicatie over meerwaarde boosterprik noodzakelijk

UNIVERSITEIT GENT

Motivation BAROMETER

Vraag #3:

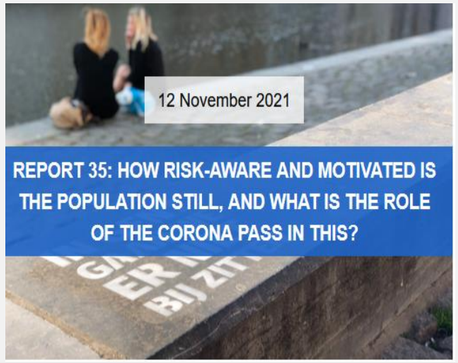
Bestaat er vandaag een draagvlak voor verplichte vaccinatie, CST, of een 1G-beleid?

Motivation

BAROMETER



- Report #33
- Augustus 2021
- *N* = 7285



- Report #35
- November 2021
- *N* = 12788

Sociale context

CST
1G-beleid
Verplichte vaccinatie

Psychologische betekenis



Gevolgen

- Hogere legitimiteit (acceptatie)
- Potentieel tot verbinding
- Verzet (reactantie)
- Uitsluiting (polarisatie)

UNIVERSITEIT GENT

Motivation BAROMETER



- Report #39
- Januari 2022
- *N* = 11919



Veiligheidsverhogend

gezondheidswinst

(a) Waargenomen w

(b) Waargenomen ka variant

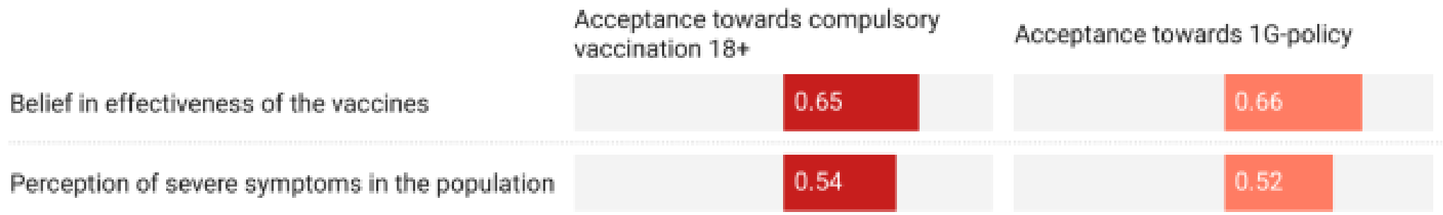
(c) Toevoegde waard

Beleidsimplicatie:

Kader 1G-beleid of verplichte vaccinatie als noodzakelijk veiligheidstools

⇔ 'poort naar de vrijheid' of 'vaccinatie-instrument'

Samenhang tussen risicoperceptie en geloof in effectiviteit van de vaccins en draagvlak voor verplichte vaccinatie en 1G-beleid



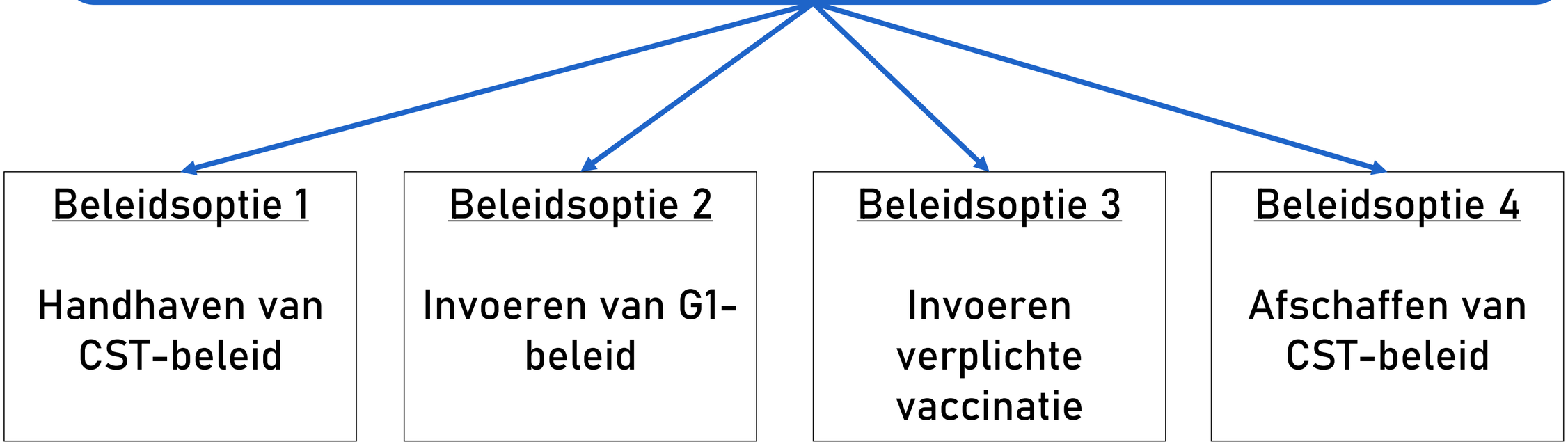
UNIVERSITEIT GENT

Motivation BAROMETER

Wat is de volgende zinvolle beleidsstap volgens respondenten?

GHENT UNIVERSITY

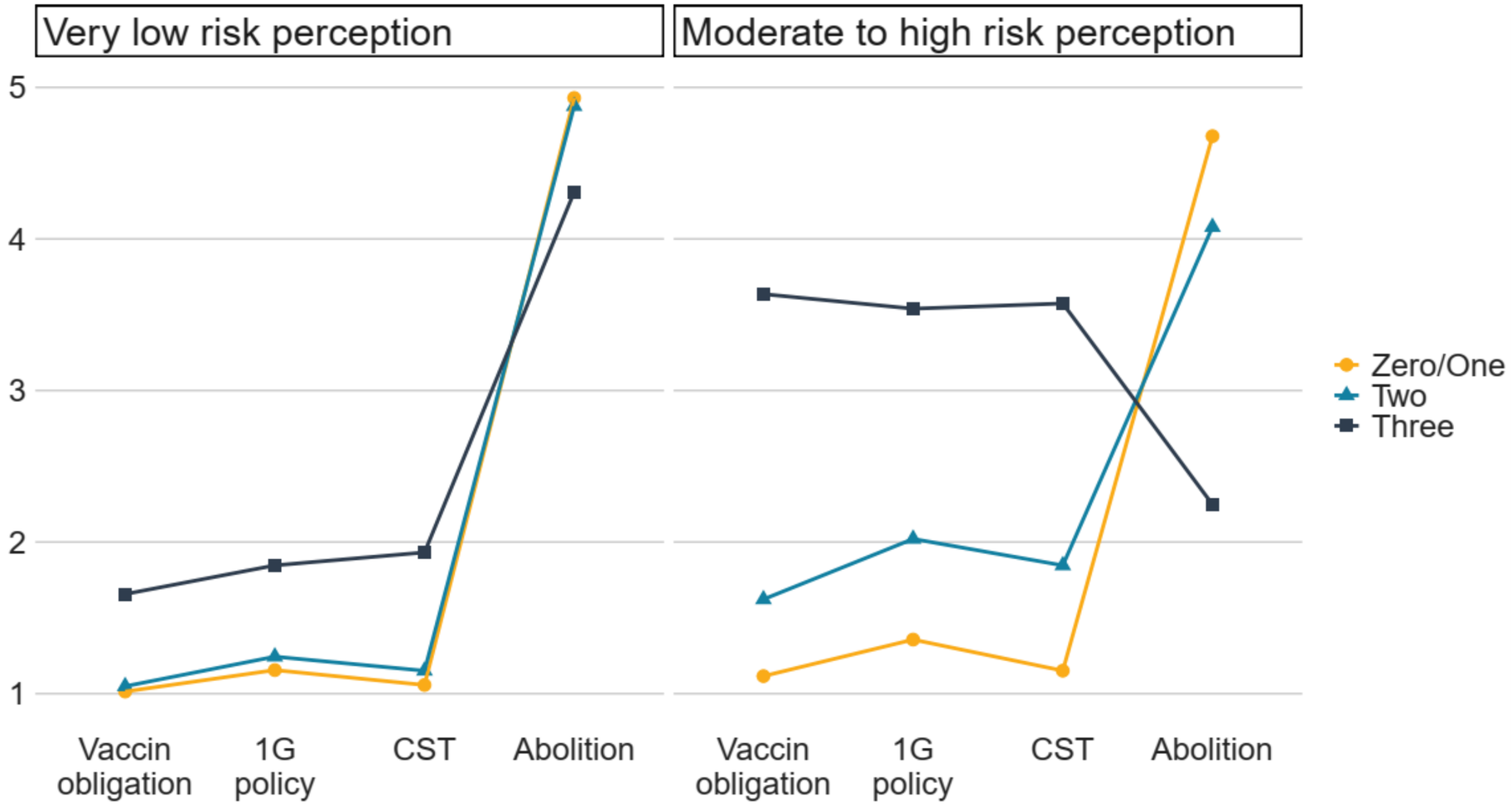
Studie van vier beleidskeuzes via een binnen-persoonsdesign



EVALUATIE BELEIDSOPTIES

- Deelnemers (N = 16892; 34% ongevaccineerden) beoordelen de vier beleidsopties
- Relevante uitkomsten
  - ✓ Draagvlak
  - ✓ Ingeschatte psychologische voor- en nadelen
    - ❑ Welbevinden
    - ❑ Autonomie
    - ❑ Zorgen
    - ❑ Conflict
    - ❑ Politiek vertrouwen
    - ❑ ….

DRAAGVLAK BELEIDSOPTIES BIJ (ON)GEVACCINEERDEN IN FUNCTIE VAN RISICOBESEF

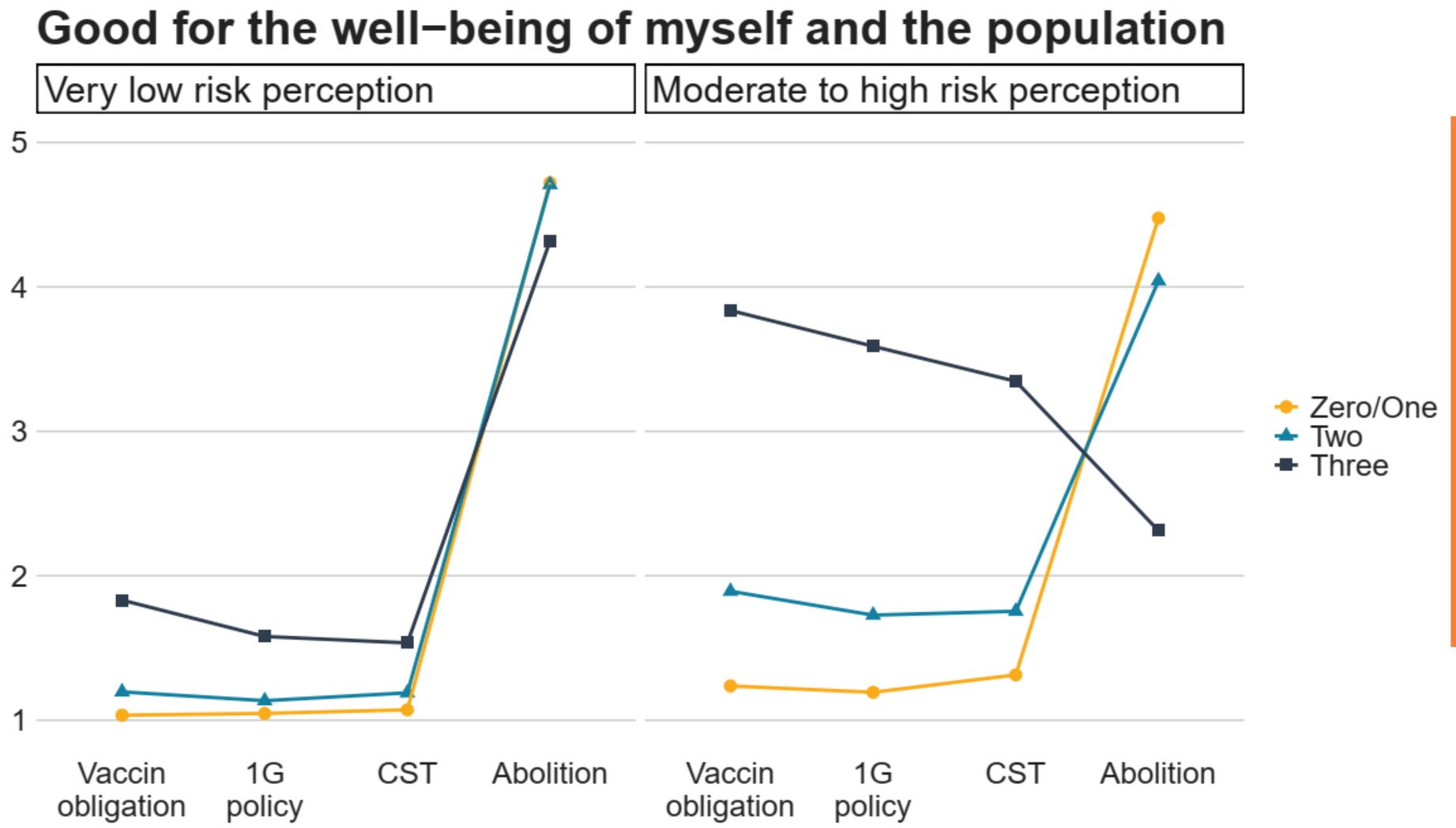


- Draagvlak voor een strikt beleid in één van de zes groepen
- 45% gevaccineerden heeft matig/hoog risicobesef
- Partieel & ongevaccineerden = lagere risicoresponsiviteit

UNIVERSITEIT GENT

Motivation BAROMETER

VERWACHTE WELBEVINDEN BIJ (ON)GEVACCINEERDEN IN FUNCTIE VAN RISICOBESEF

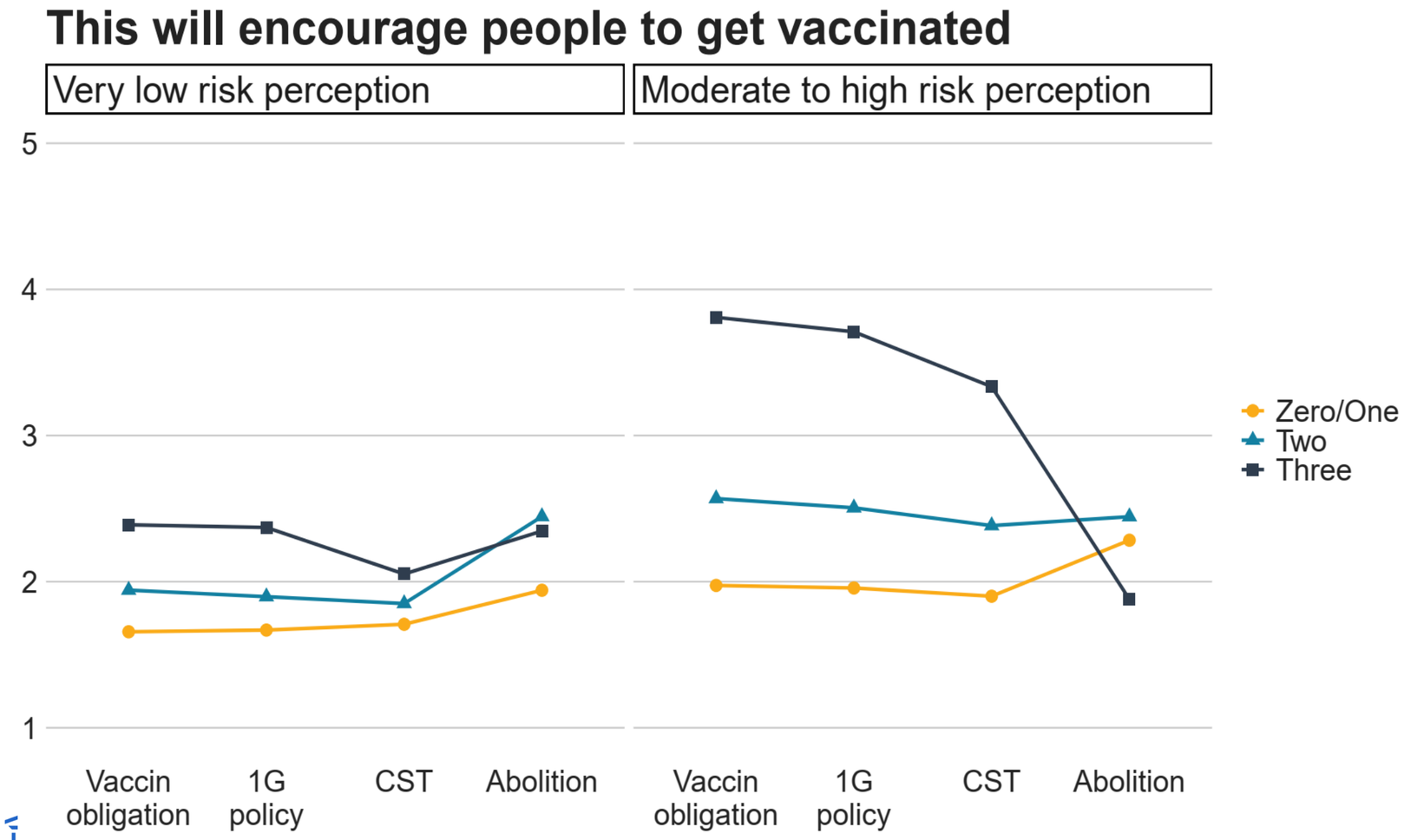


- Draagvlak beleidsoptie hangt samen met ingeschatte welzijnsvoordelen
- Resultaten wijzen op grote polarisatie

GHENT UNIVERSITY
UNIVERSITEIT GENT

Motivation BAROMETER

VERWACHTE EFFECT OP VACCINATIEGRAAD BIJ (ON)GEVACCINEERDEN IN FUNCTIE VAN RISICOBESEF

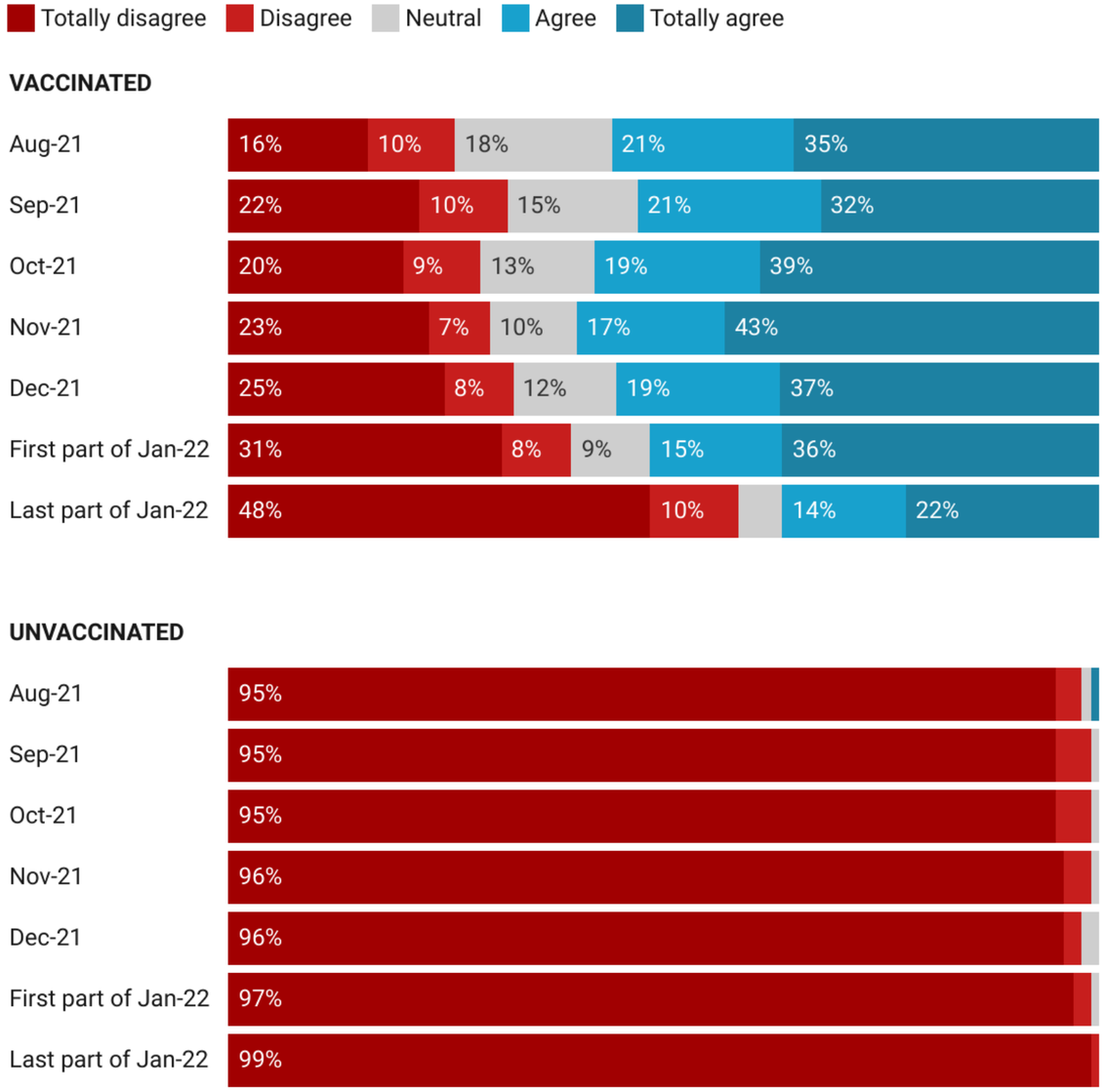


- Gevaccineerden denken dat strikter beleid bijdraagt tot vaccinatie
- Ongevaccinerden geven aan dat afschaffen CST vaccinatiegraad verhoogt

GHENT UNIVERSITY
UNIVERSITEIT GENT

Motivation BAROMETER

Compulsory vaccination by vaccination status



Created with Datawrapper



- Report #39
- Januari 2022
- *N* = 11919

- Draagvlak verplichte vaccinatie schommelt
- Verwachte gezondheidswinst voorspelt schommelingen

GHENT UNIVE

Motivation BAROMETER

Conclusie #3:

- Tweespalt: geen draagvlak voor een 1G-beleid of verplichte vaccinatie bij ongevaccineerden of partieel gevaccineerden ⇔ gevaccineerden met matig/hoog risicobesef
- Gevaccineerden met matig/hoog risicobesef = proportioneel grote groep

Beleidsimplicatie

- Onmiddellijke invoering 1G-beleid/prikplicht veroorzaakt psychologische schade
- Nieuwe golf kan risicobesef en draagvlak voor strikter beleid stuwen ⇔ verminderde risicoresponsiviteit ongevaccineeden

OVERZICHT: CRUCIALE VRAGEN

- VRAAG 1: Is het vandaag nog zinvol om ongevaccineerden te vaccineren?

  ⇒Vraag naar gezondheidswinst

- VRAAG 2: Lukt het überhaupt nog om een prikplicht of 1G-beleid te introduceren?

  ⇒Momentum voor prikplicht is gepasseerd; risicobesef en –responsiviteit = laag

  ⇒Prikplicht & 1G beleid zullen vandaag psychologische schade aanrichten

- VRAAG 3: Maar welk alternatief bestaat er nog?

Uitsmijter:

Een motiverend en verbindend alternatief voor verplichte vaccinatie en een 1G-beleid?

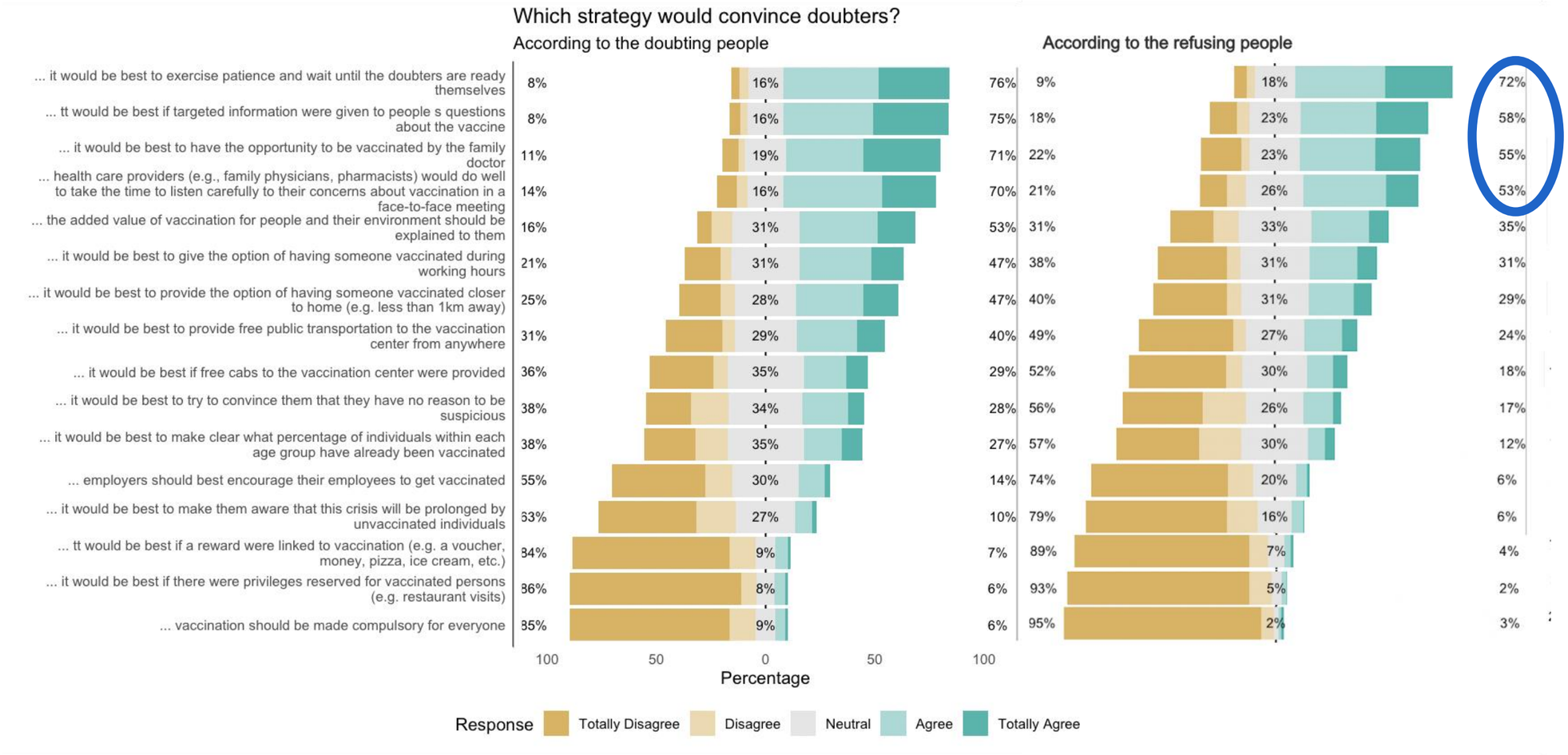
UNIVERSITEIT GENT

Motivation BAROMETER



- Report #31
- Juni 2021
- *N* = 14 274

GEPREFEREERDE MOTIVATIESTRATEGIEËN



UNIVERSITEIT GENT

Motivation BAROMETER

MOTIVEREND ALTERNATIEF

- Wat?
  - ✓ Verplicht gesprek met gezondheidswerker of huisarts
  - ✓ Gesprek = verplichting ⇔ uitkomst van gesprek = vrijblijvend

- Doelstelling? Ongevaccineerden aanmoedigen tot een geïnformeerde beslissing

Gewenste werkwijze	Ongewenste werkwijze
Verbinden = begrijpen obstakels	Culpabiliseren, veroordelen, uitstoten
Informeren = risico-inschatting & effecten vaccinatie	Verleiden, dwingen
Helpen = beantwoorden vragen & zorgen	Bekeren

Motivation BAROMETER

MOTIVEREND ALTERNATIEF

- Signaal?
  - ✓ Zorgzame samenleving, die wil verbinden
  - ✓ Waardering van autonomie ongevaccineerden

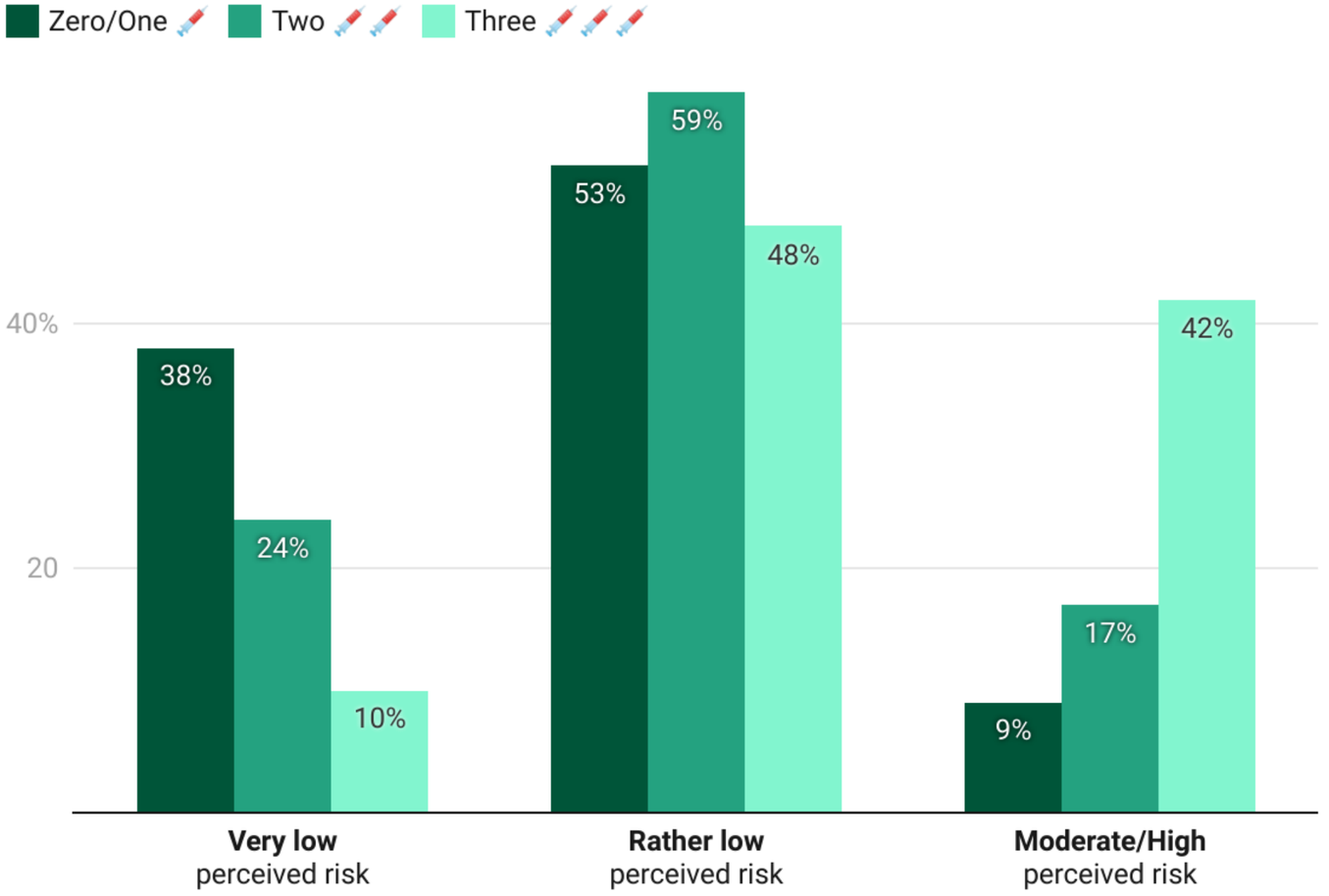
- Modaliteiten?
  - ✓ Uitnodiging tot tweede gesprek in najaar
  - ✓ In vaccinatiecentra of bij huisarts

- Hoe?
  - ✓ Belang van autonomieondersteunende gespreksstijl => training!
  - ✓ Autonomieondersteuning is geen manipulatie of nudging ⇔ risico van instrumentalisatie

Dank voor uw aandacht

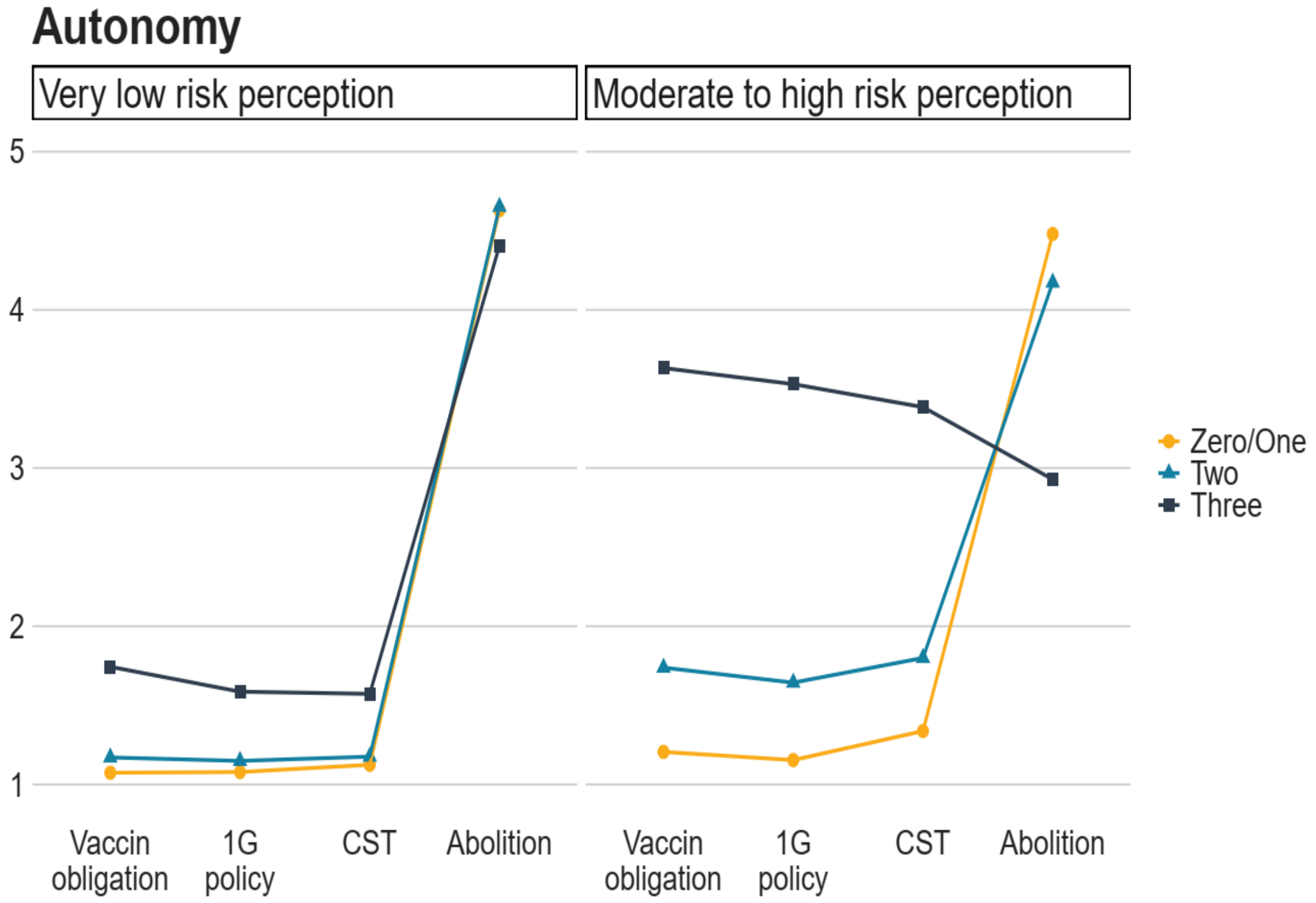
GHENT
UNIVERSITY

Proportion of people in categories of risk perception by number of vaccination doses



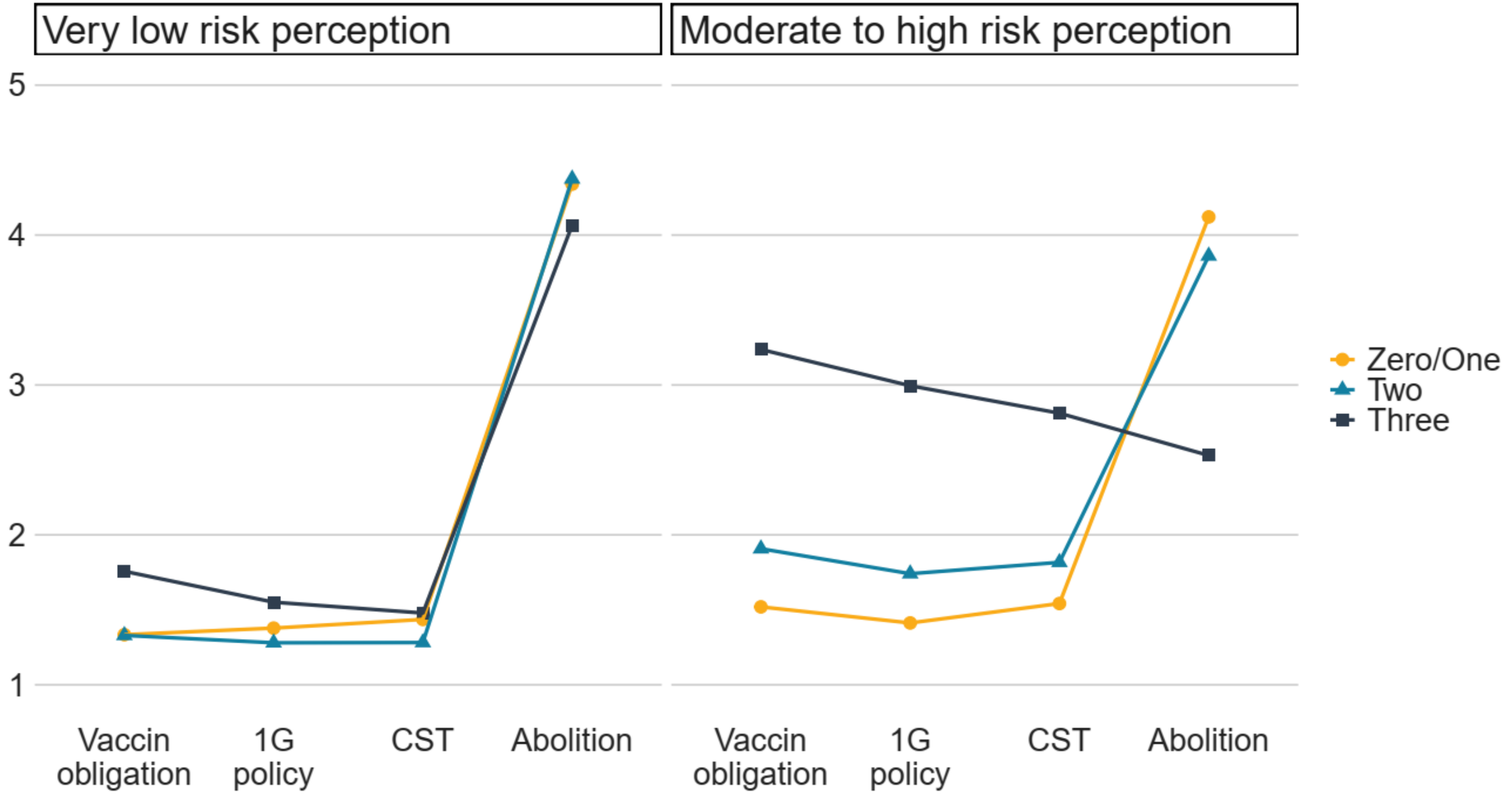
Created with Datawrapper

GHENT UNIVERSITY



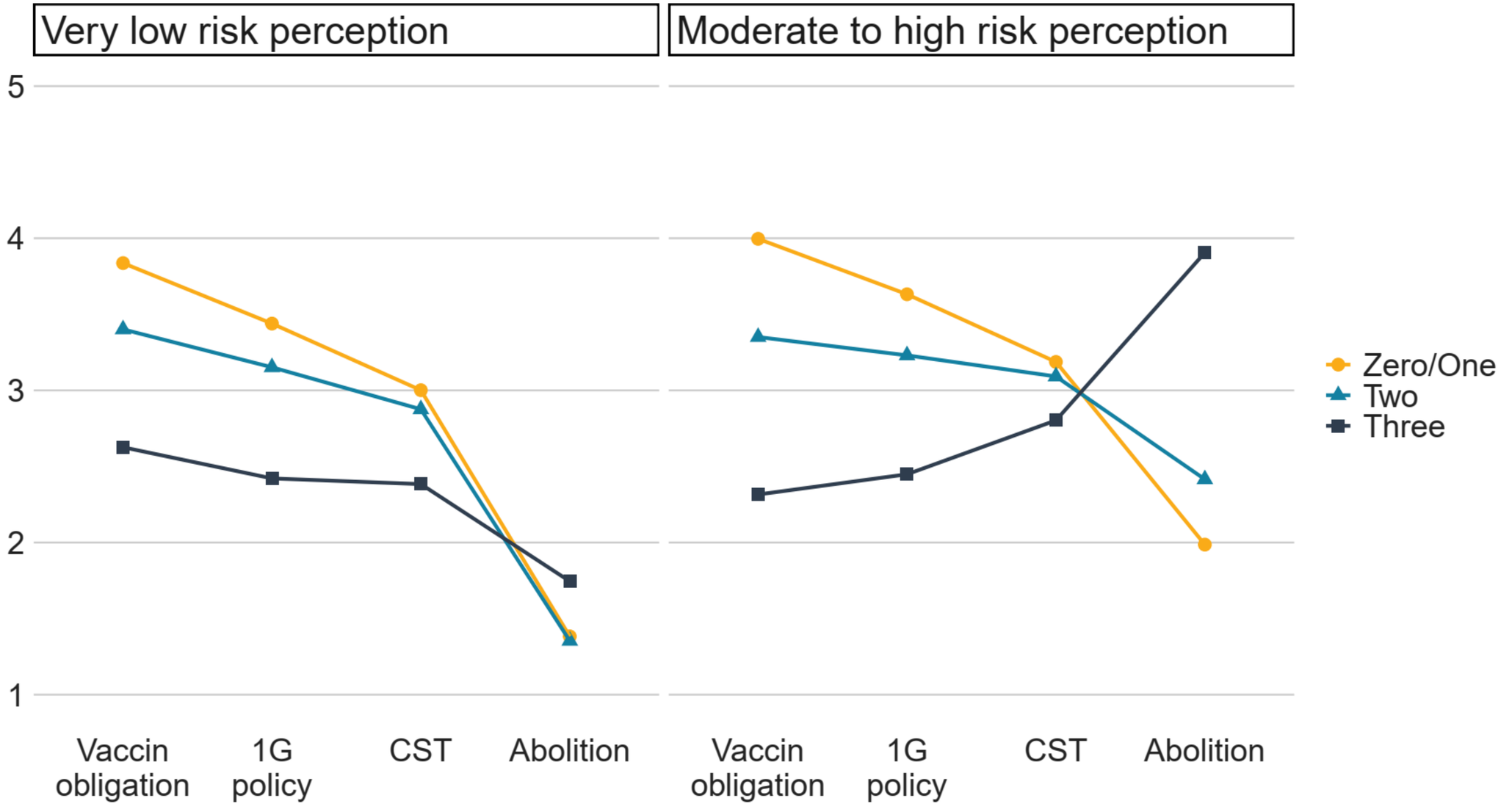
GHENT UNIVERSITY

Long−term trigger for more connection between people

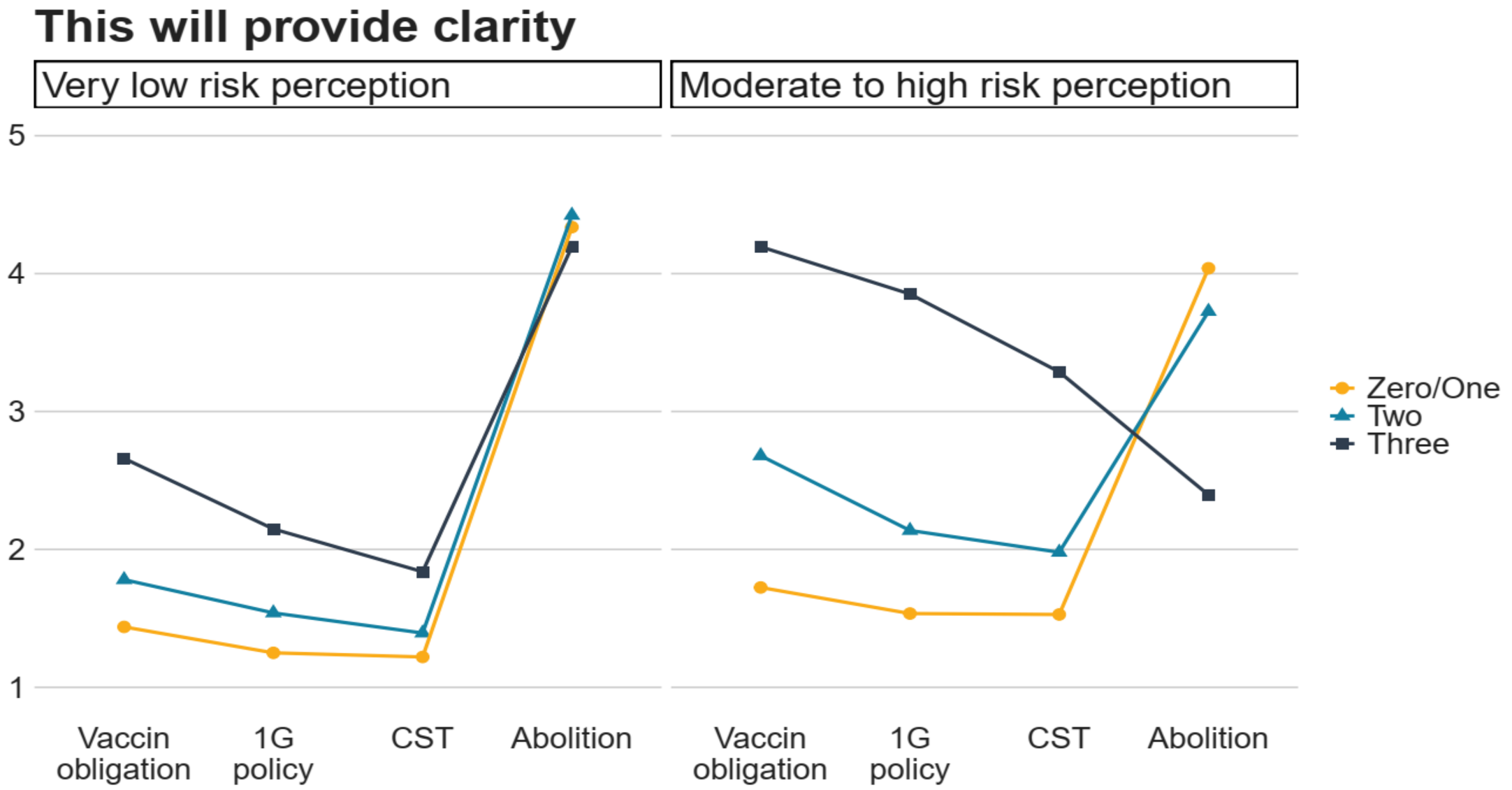


GHENT UNIVERSITY

Concerned about the health of myself and significant others

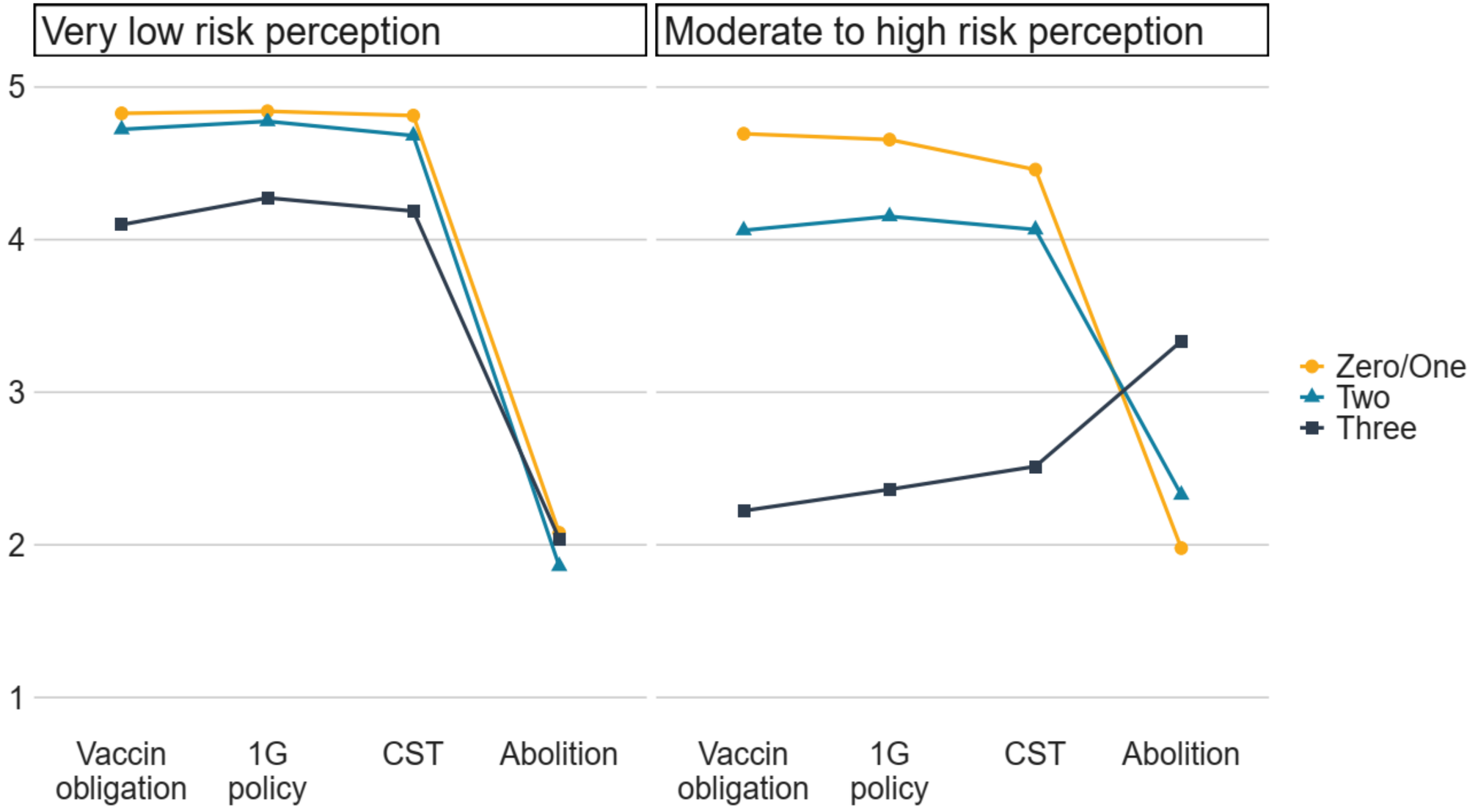


GHENT UNIVERSITY



GHENT UNIVERSITY

Losing faith in good intention of the government



GHENT UNIVERSITY

Grondrechten en vaccinatieplicht: via het hellend vlak de afgrond in

Vaccinatieplicht en de Belgische Grondwet

Auteur: Dr. Karin Verelst

(Ism drs. Jan De Groote)

kverelst@vub.ac.be;

Situering

- Docent filosofie EhB, onderzoeker interdisciplinair Centrum Leo Apostel VUB
- Achtergrond: moleculaire biologie en filosofie
- Expertise: wetenschapsfilosofie, rechtsfilosofie, critisch denken als methode
- regelmatige deelname a/h maatschappelijk debat (Geenvodjepapier, Wintermanifest)
- Interdisciplinaire aanpak, vertrekkend grondrechten => rechtshistorische en rechtsfilosofische insteek

Waarom vaccinatieplicht?

- Vaccinatie ≠ vaccinatieverplichting

In België 28/01: 88,6% (EU: 81,5%). In Vlaanderen: 94%!

- Rapport Coronacommisariaat: “een sterke medewerking van de bevolking” maar “tanende bereidheid voor boostercampagne”, terwijl effectiviteit afneemt en besmettingsgraad toeneemt.
- “Individuele vrijheid is een van onze fundamentele waarden. Zij kan alleen beperkt worden indien dit noodzakelijk is voor **het algemeen belang** (bv. Om de werking van de gezondheidsdiensten te vrijwaren) en om de gezondheid van de burgers te beschermen”.
- Maatregelen moeten “noodzakelijk/proportioneel” zijn: relevant, zijn er geen minder vergaande, is er sprake van **een dringende maatschappelijke nood**?

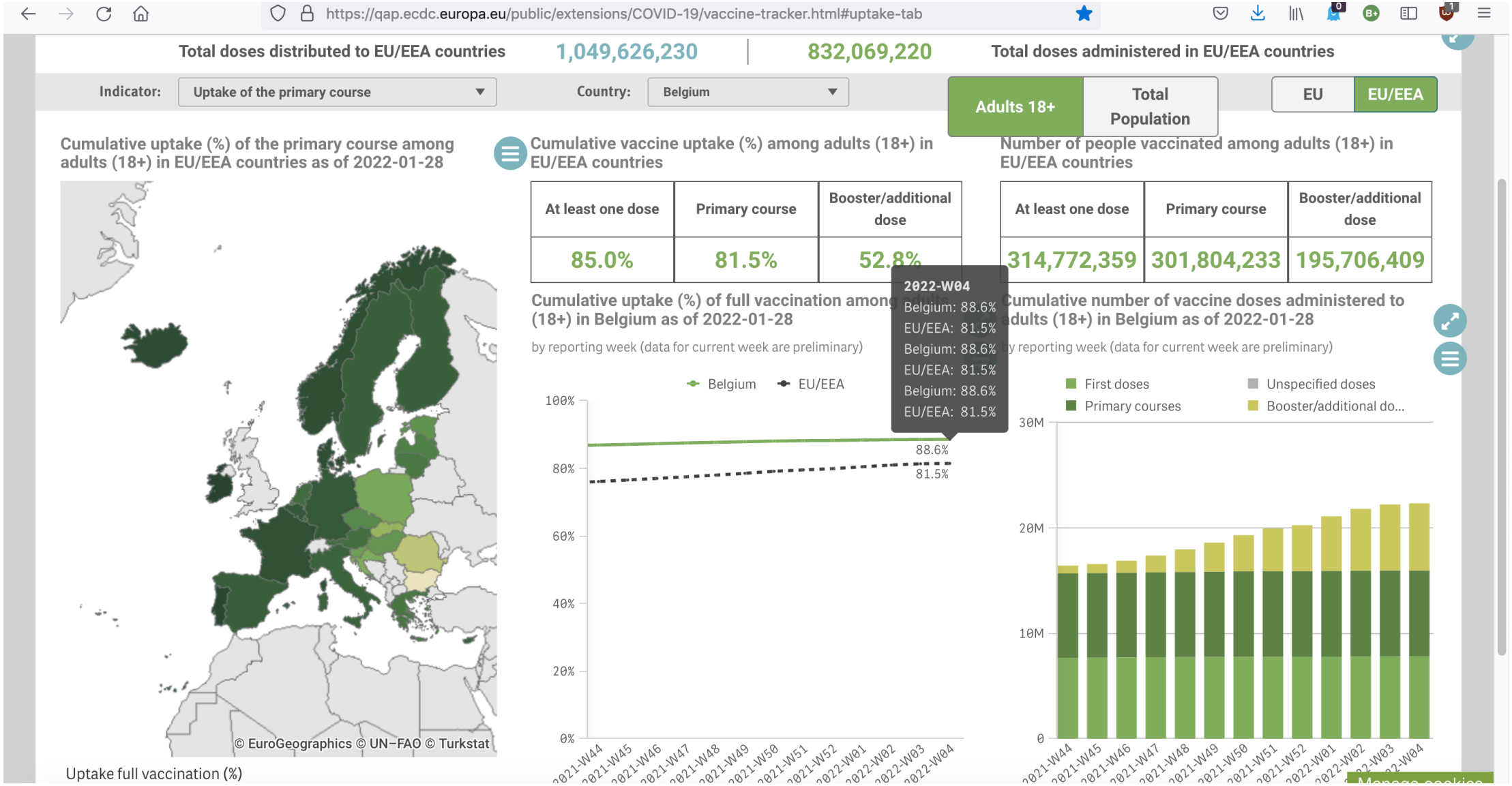
Het hellend vlak naar ‘1G’

- CST op basis van 3G: gevaccineerd, getest, genezen
- CST op basis van 2G: gevaccineerd, getest
- CST op basis van 1G: gevaccineerd

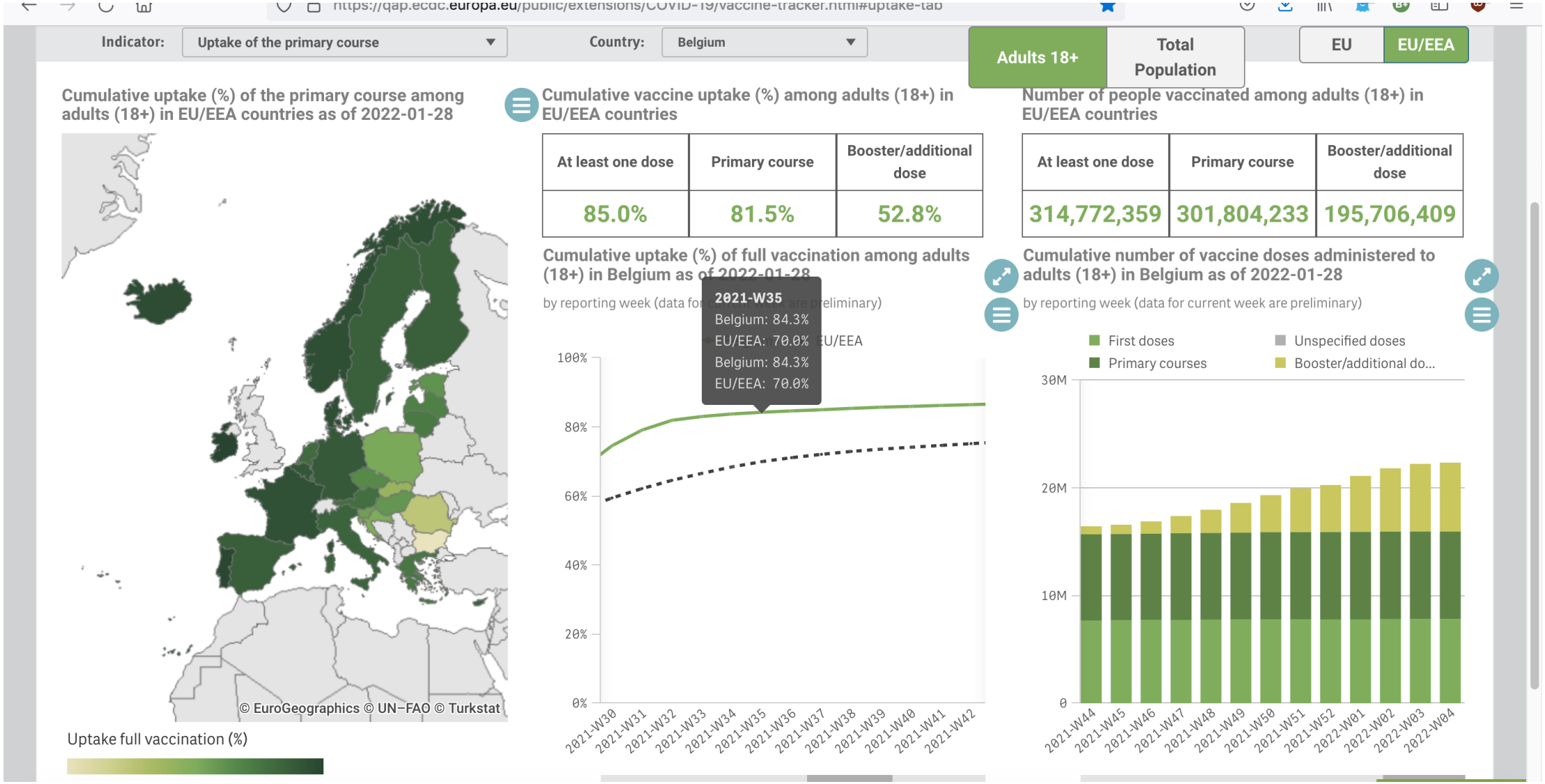
VDB op 9 september:*"We gaan voor een verplichting voor mensen die werken in de zorg,* ***maar de algemene verplichting is een debat dat ons niet vooruit helpt****. Wat doen we met mensen die het niet willen? Ze* ***in de gevangenis gooien of onder verdoving vaccineren?”***

VDB op 21 december:*“Vandenbroucke zegt onomwonden dat een dergelijk gebruik van* ***de coronapas een manier is om de vaccinatie onrechtstreeks te verplichten****. "Zeggen dat je met een vaccinatiecertificaat werkt, in plaats van met een vaccinatie- en testcertificaat, wat in een aantal landen al aan het gebeuren is, is eigenlijk een beetje een andere manier om het te verplichten."*

Vaccinatiegraad België week 4 2022



Vaccinatiegraad België week 35 2021



Hier stelt zich een ernstig juridisch probleem (**art. 10 & 11 GW**)
("segregerende bijwerkingen" (advies FIRM) = discriminatie)

- Alle zijn toepasselijk op *"horeca-aangelegenheden, sport- en fitnesscentra, massa-evenementen, proef- en pilootprojecten, dancings en discotheken, beurzen en congressen, voorzieningen die behoren tot de culturele, feestelijke en recreatieve sector en voorzieningen voor residentiële opvang van kwetsbare personen (o.a. ziekenhuizen en woonzorgcentra)."*
- *"niet belet dat personen elders hun sociaal leven beleven of dat zij toegang verkrijgen via een negatief testcertificaat (of, voor personen die recent besmet zijn geweest, via een herstelcertificaat)."*
- Dit valt allemaal weg met 1G! Ernstig probleem met **art. 23 GW**
- Advies FIRM: zou dan beter zijn gewoon te verplichten!
- In de recent door de GEMS voorgestelde "Coronabarometer" zit het CST ingebakken, volgens VDB "nog lang"

Juridische principes

in Westerse democratieën geldt voor medische behandelingen:

Principe van **“informed consent”** voor volwassen, wilsbekwame personen. Op basis van vrije wilsbeschikking en de integriteit van het eigen lichaam stemt men toe of niet (art. 22 GW, art. 8 EVRM ("private life", a concept which covers the physical and moral integrity of the person”, EHRM, X and Y 8979/80); art. 22 GW)

$\Rightarrow$ cfr. de wetgeving op patiëntenrechten in de verschillende EU-lidstaten, internationale verdragen. (BE: 22/08/2002, Hfst III, art.7, 8)

De “Integriteit van de persoon” is een fundamenteel grondrecht!

Bestaande vaccinverplichtingen

In België:

- Algemeen: poliovaccin uitsluitend voor kinderen (per definitie niet wilsbekwaam)
- Voor enkele *specifieke* beroepscategorieën: hepatits B en tetanus)

Cfr. Rechtspraak in verschillende EU landen (EHRM Vavricka 47621/13)

Noot: het poliovaccin is 99-100% effectief voor zeer lange tijd (3 dossisen) Cfr. CDC, “Polio Vaccine effectiveness and duration”

Coronavaccins “experimenteel” ?

Autorisation de Mise sur Marché conditionelle (AMM)

« Une fois qu'une AMM conditionnelle a été accordée, les laboratoires doivent fournir les données complémentaires provenant d'études nouvelles ou en cours dans des délais fixés par l’EMA pour confirmer le rapport bénéfice / risque positif. Une AMM conditionnelle est accordée pour un an et peut être renouvelée. Lorsque les autorités européennes ont reçu et évalué toutes les données complémentaires exigées, l’AMM conditionnelle peut être convertie en une AMM standard. »

« En cas d’urgence de santé publique, une AMM conditionnelle peut être accordée à un médicament ou à un vaccin. Cela peut se faire si la mise à disposition immédiate présente des avantages supérieurs au risque lié au fait que les données sont moins complètes qu’habituellement. C’est le cas pour les quatre vaccins contre le Covid-19 autorisés en Europe à ce jour. »

(Jean-Michel Dogné (specialist vaccinveiligheid EMA), RTBF 16 juli 2021)

$\Rightarrow$ Op zijn minst ruimte voor twijfel

$\Rightarrow$ Dwang tot behandeling in experimentele phase verboden (World Medical Association Verklaring van Helsinki, Sectie B, art. 20-22.

Publiek vs. Privaat

- Alle bestaande verplichte vaccins behoren tot het publieke domein
- De huidige, in de EU erkende, vaccins liggen onder octrooi
- Dit terwijl ze ook nagenoeg volledig met publiek geld zijn ontwikkeld
- (tot 97%, cfr. The Guardian, 15 april 2021)
- Dit is de hoofdreden waarom meer dan de helft van de wereld nog nauwelijks gevaccineerd is (cfr. Oxfam, 16 november 2021)
- Een overheid die gepatenteerde vaccins verplicht stelt een gigangtisch belangenconflict (Cfr. De Tijd, 28 juli 2021)
- De patenten lichten zou het vertrouwen in de publieke opinie enorm vergroten

Grondrechten beperken

Onder drie voorwaarden (in volgorde van belangrijkheid)

1. Legitimiteit: mag dit überhaupt?
2. Subsidiariteit: is er geen enkel alternatief?
3. Proportionaliteit: staat dit in redelijke verhouding?

Zowel het Coronacommisariaat, het Comité voor Bio-Ethiek, de Commissie Patiëntenrechten en het Federaal Instituut voor de Mensenrechten houden in hun adviezen in feite alleen rekening met punt 3.

Ze beroepen zich op art.8 EVRM, “algemeen belang” (volksgezondheid)

Grondrechten naar Belgisch recht

De beperkingen toelaatbaar onder art. 8 EVRM moeten wel de grenzen vastgelegd in de Belgische Grondwet respecteren. Die Grondwet is bovendien erg streng. Artikel 187 (Titel VII) zegt:

"***De Grondwet kan noch geheel, noch ten dele worden geschorst***."

Art. 187 is een amendement op de Grondwet van 1831 door het Henegouwse lid van het nationaal congres H. VAN SNICK. Het is **een politiek-juridisch unicum**.

"*Door middel van artikel 187 wilde de Grondwetgever uitsluiten dat de overheid een uitzonderingsregime in het leven zou roepen en de Grondwet buiten spel zetten in het hogere belang van de Natie*" (J. VELAERS en S. VAN DROOGHENBROECK, *L'article 187 de la constitution*, p. 4)

“Een golf van aanslagen overspoelt het land. Een nucleaire ramp doet het land op zijn grondvesten daveren. ***Een dodelijke, zeer besmettelijke pandemie verspreidt zich onder de bevolking****. Een hittegolf, of andere vormen van noodweer, maken massaal veel slachtoffers in de steden of op het platteland van het koninkrijk. [...] De politieke overheden, in de eerste plaats de federale overheid, moet de situatie onder ogen zien en alles in het werk stellen om de crisis het hoofd te bieden, met alle mogelijke middelen.* ***Met alle mogelijke middelen?*** *Wanneer een regering zich geconfronteerd ziet met dergelijke calamiteiten kan het verleidelijk zijn om uitzonderlijke maatregelen door het parlement te jagen, of, nog erger, ze zelf door te drukken.* ***Maatregelen die zodanig uitzonderlijk zijn dat ze in strijd zijn met de Grondwet****, meer bepaald met de grondrechten die daarin worden vastgelegd.* ***Artikel 187 van de Grondwet verzet zich*** *tegen een dergelijke oplossing*” (VERDUSSEN, *La Constitution*, p. 429)

De specifieke grondrechten, zoals vrijheid van onderwijs, vrijheid van meningsuiting, vrijheid van vereniging, etc. staan onder titel II, “De Belgen en hun rechten”. Art. 187 staat echter onder Titel VII, “Algemene Bepalingen”. Het vormt nl. de *garant* voor de rechten in Titel II.

- Artikel 33: **legitimiteits- en het legaliteitsbeginsel**
- Artikel 187: **verbod op algemene preventieve maatregelen**

Deze twee hangen samen (VELAERS, *De Grondwet,* III, p. 600)

Vanaf het moment dat **een dwangmaatregel een algemeen en preventief karakter** krijgt is er geen sprake meer van beperking maar van opschorting, omdat **het verbod de regel** wordt.

De artikelen die hier ter zake doen zijn art. 10 en 11 GW; ze verbieden elke vorm van discriminatie. Art. 22 beschermt de integriteit van de persoon. Artikel 23 legt de sociale, economische en culturele grondrechten vast.

- Algemene grondrechtenbeperkende maatregelen in naam van het algemeen belang ≈ het uitroepen van (vormen van) **noodtoestand**
- Dit is ook wat er in verschillende Europese landen (Spanje, Frankrijk,…) eerder gebeurde
- De algemeen aanvaarde interpretatie van art. 187 is dat de **juridische figuur van de "noodtoestand" in België ongrondwettig** is.
- België kan daarom geen beroep doen op art. 15 EVRM (J. VELAERS en S. VAN DROOGHENBROECK, “L’article 187”, "Woord vooraf," XI) !!!

<=> PANDEMIEWET: **“pandemische noodsituatie”**: met KB algemene grondrechtenbeperking mogelijk “in naam van het algemeen belang”

Voorgeschiedenis CST

Het EU COVID Certificate (Verordening EU 2021/953)

- **Directe of indirecte discriminatie moet worden voorkomen van personen die niet zijn gevaccineerd (…) Het bezit van een vaccinatiecertificaat, of het bezit van een vaccinatiecertificaat waarin een COVID-19-vaccin wordt vermeld, mag derhalve geen voorwaarde zijn voor de uitoefening van het recht van vrij verkeer,** en mag geen voorwaarde zijn om gebruik te maken van grensover schrijdende personenvervoersdiensten zoals het vervoer per vliegtuig, trein, touringcar of veerboot of enig andere vervoerswijze. **Daarnaast mag deze verordening niet zodanig worden uitgelegd dat zij een recht of een verplichting om te worden gevaccineerd in het leven roept. (§36)**

De **Raad van Europa** (Hoedster van het EVRM) had zich op 27 januari 2021 in een resolutie al resoluut tegen vaccinverplichting en vaccindiscriminatie uitgesproken:

- *“7.3.1* ***ensure*** *that citizens are informed* ***that the vaccination is not mandatory*** *and that no one is under political, social or other pressure to be vaccinated if they do not wish to do so;*
- *7.3.2* ***ensure that no one is discriminated against for not having been vaccinated****, due to possible health risks or not wanting to be vaccinated*

Het **Samenwerkingsaccoord** (20 juli 2021, art. 3, §6) bewijst lippendienst aan dit idee, maar laat toch toe dat het CST gebruikt wordt bij massa-evenementen, pilootprojecten, dancings en discotheken. In volgende decreten (29 oct. 2021) wordt het gebruik ervan systematisch uitgebreid. Door de invoering van de **Coronabarometer** zal het gebruik van het CST in de toekomstige wetgeving worden vastgelegd.

Het “vrijwaren van de zorg” argument

- Zeker tijdens de eerste en de tweede een acuut probleem: overvolle ICU’s, nauwelijks PBM’s of isolatiemogelijkheden, gebrek aan personeel in RVT’s en ziekenhuizen
- ICU/100000: NE: 7, BE 16, DUI 34 (VRTNWS, 31 mrt 2020)
- Ziekenhuizen verliezen geld aan bedden die ze moeten vrijhouden
- ∃al lang een structureel probleem: financiering ziekenhuizen en privatisering woonzorgcentra
- Structurele problemen van financiering van de gezondheidszorg niet “oplossen” met systematische grondwetsschendingen, maar met investeringen in personeel en infrastructuur !

Conclusie

1. Ondanks alle juridische spitstechnologie: algemene vaccinatieverplichting is in België ongrondwettelijk. Dat geldt ook voor ‘1G’

2. Vanuit ethisch en maatschappelijk oogpunt is het “een mijnenveld” dat voor nodeloze polarisering onder de bevolking zorgt. Men riskeert “vaccine hesitancy” in het algemeen te doen toenemen

3. Er zijn voldoende alternatieven: licht de patenten wereldwijd;

Referenties

- https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2020/03/31/waarom-nederland-zo-weinig-plaats-heeft-op-intensieve-zorg/
- https://www.rtbf.be/article/les-vaccins-contre-le-coronavirus-sont-ils-toujours-en-phase-3-les-vaccines-sont-ils-des-cobayes-10803945#ancre_titre2
- https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/comirnaty#authorisation-details-section
- https://ansm.sante.fr/dossiers-thematiques/covid-19-vaccins/covid-19-vaccins-autorises
- https://www.tijd.be/ondernemen/farma-biotech/pfizer-rekent-door-vaccinboost-op-80-miljard-dollar-omzet-in-2021/10322211.html
- https://www.oxfam.org/en/press-releases/pfizer-biontech-and-moderna-making-1000-profit-every-second-while-worlds-poorest
- https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2002082245&table_name=wet
- https://www.cdc.gov/vaccines/vpd/polio/hcp/effectiveness-duration-protection.html
- https://www.theguardian.com/science/2021/apr/15/oxfordastrazeneca-covid-vaccine-research-was-97-publicly-funded

Referenties

- https://qap.ecdc.europa.eu/public/extensions/COVID-19/vaccine-tracker.html#uptake-tab
- https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=1950110430&table_name=wet
- J. VELAERS en S. VAN DROOGHENBROECK, “L’article 187 de la constitution et la problématique de la protection des droit et libertés dans les états d’exception" in E. VANDENBOSSCHE (ed.), *Uitzonderlijke omstandigheden in het grondwettelijk recht*, Brugge, Die Keure, 2019
- J. VELAERS, *De Grondwet, een artikelsgewijze commentaar*, deel III, Brugge, Die Keure, 2019
- M. VERDUSSEN, *La Constitution Belge*, Le Cri, Bruxelles, 2004
- https://www.theguardian.com/commentisfree/2021/jun/22/covid-vaccines-mandatory-healthcare-sector-workers
- https://www.theguardian.com/commentisfree/2021/jun/22/covid-vaccines-mandatory-healthcare-sector-workers

FACULTY OF ENGINEERING AND ARCHITECTURE

DEPARTMENT ELECTRONICS AND INFORMATION SYSTEMS
RESEARCH GROUP AIDA-IDLAB

PARLIAMENTARY HEARING VACCINATION MANDATES

Prof. Dr. Ir. Tijl De Bie

GHENT UNIVERSITY

IDLab
INTERNET & DATA LAB

ARTIFICIAL INTELLIGENCE & DATA ANALYTICS

erc
European Research Council
Established by the European Commission

fwo

WHY DATA SCIENCE / AI?

GHENT UNIVERSITY

DATA & ARTIFICIAL INTELLIGENCE

Data:

- The most objective way of looking at reality

Artificial Intelligence:

- How to reason with knowledge
- How to learn from data

(I speak here as an independent scientist)

GHENT UNIVERSITY

TAKE-HOME MESSAGES

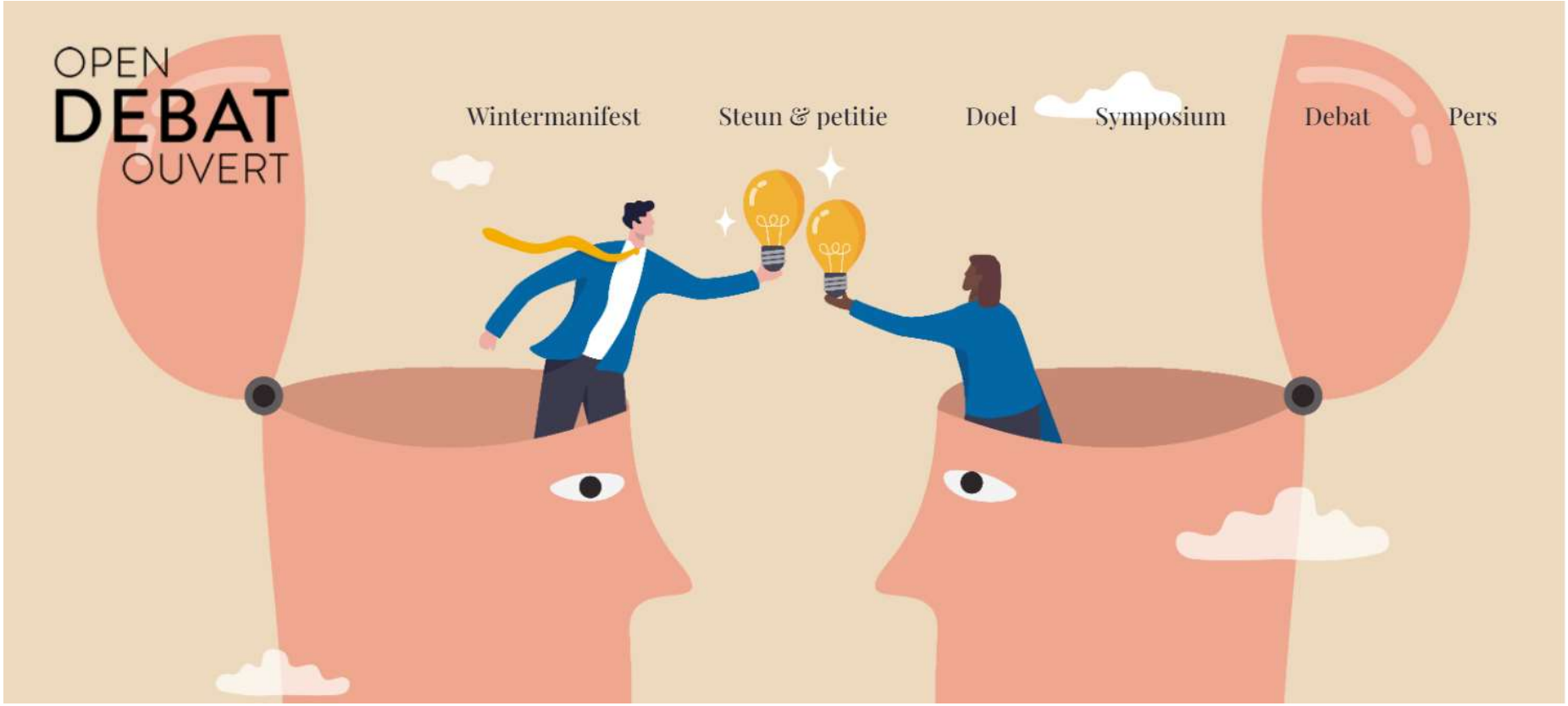
GHENT
UNIVERSITY

TAKE-HOME MESSAGES

- **Vaccination:**
  - Clear personal benefit for many people – most already understood!

- **Coercive measures for vaccination (mandate, 3/2/1G, CST/vaccination-pass):**
  - Limited *best-case* collective benefit
  - Even smaller *realistic* collective benefit
  - Disadvantages are:
    - Numerous & uncertain
    - Greatest for those whose vaccination yields the lowest *personal* as well as *collective* benefit

WINTER MANIFESTO



GHENT UNIVERSITY

Open-debat-ouvert.be/

PROPORTIONALITY ANALYSIS

GHENT UNIVERSITY

PERSONAL BENEFITS

[1-7, 28] **Substantial benefits for old or vulnerable without immunity**

See Profs. Schoofs, Neyts, André, Molenberghs, Gilbert,…

Yet:

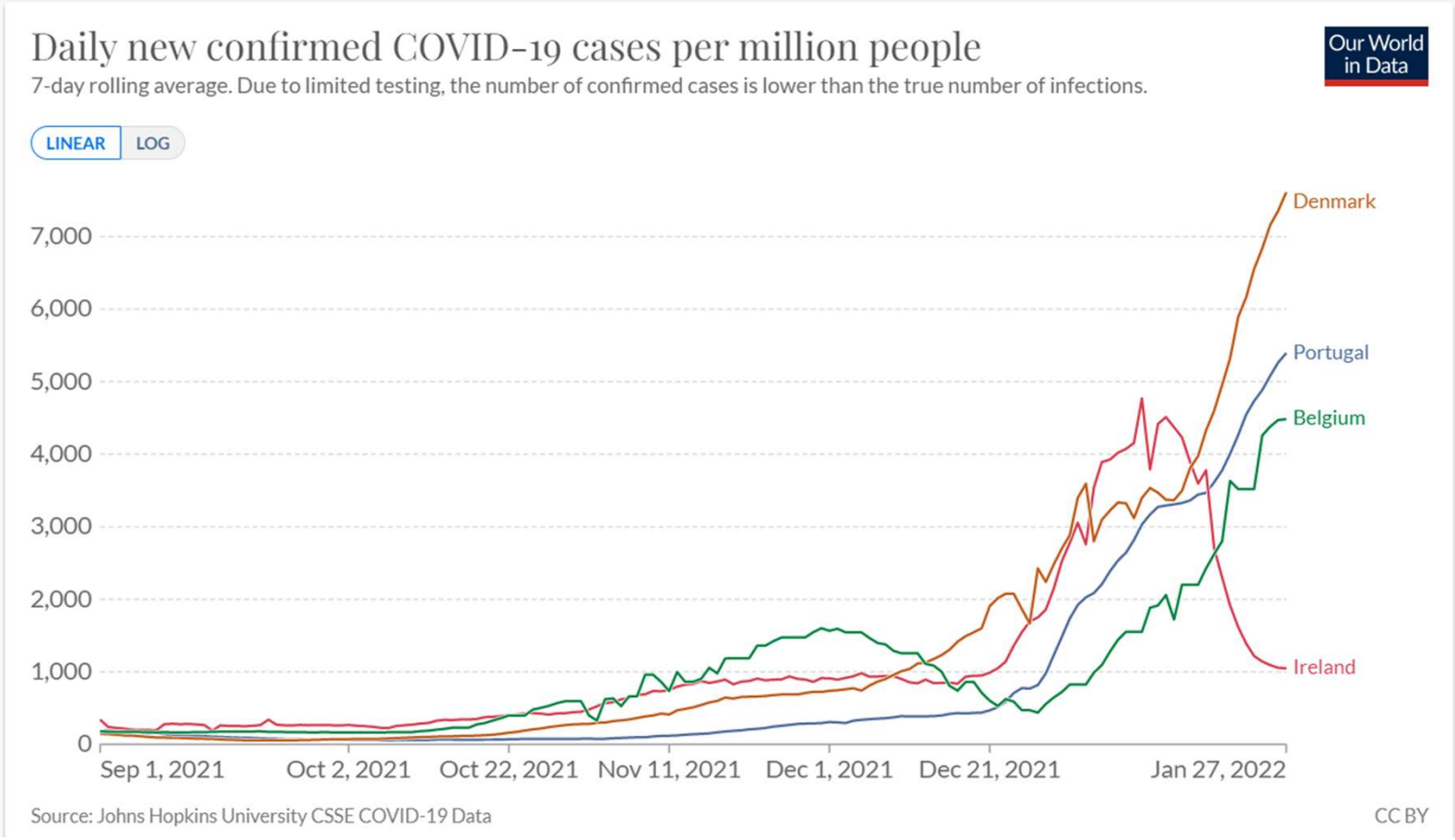
[8-12] – Unclear for healthy young people (particularly **children**)

[13-19, 38] – **Vaccine-induced immunity** safer to acquire, but *not proven to be superior*, to **infection-induced immunity**

GHENT UNIVERSITY

COLLECTIVE BENEFITS

- **Almost no impact on cases**



GHENT UNIVERSITY

COLLECTIVE BENEFITS

- **Almost no impact on cases**

[20]
  - Immunological understanding:
    - See Profs. Schoofs, Lambrecht, André,…

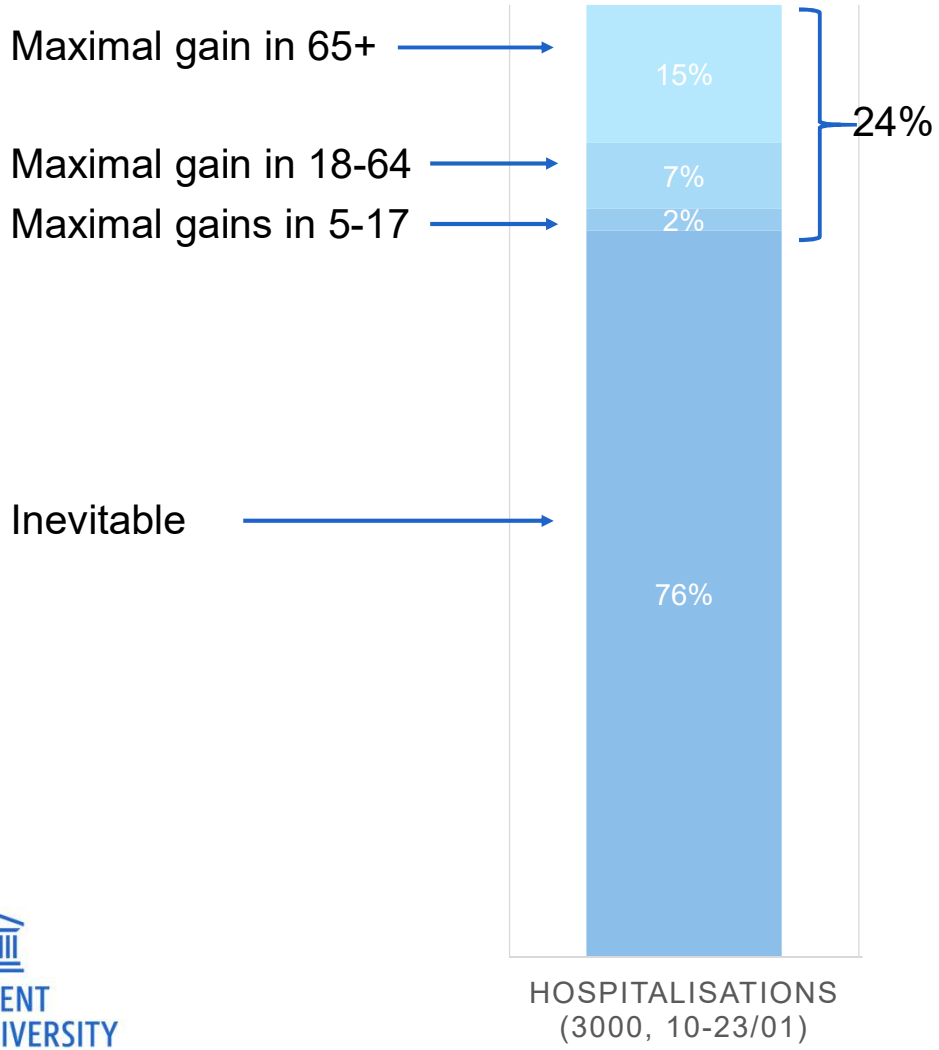
[1, 21-27]
  - Serology and epidemiological studies:
    - Vaccine effectiveness against susceptibility and transmission is limited

[4, 28-30]
  - In several countries:
    - Higher incidences among vaccinated than unvaccinated (Scotland, UK, Denmark, Belgium,…)

[7]
- **Positive impact on healthcare needs**

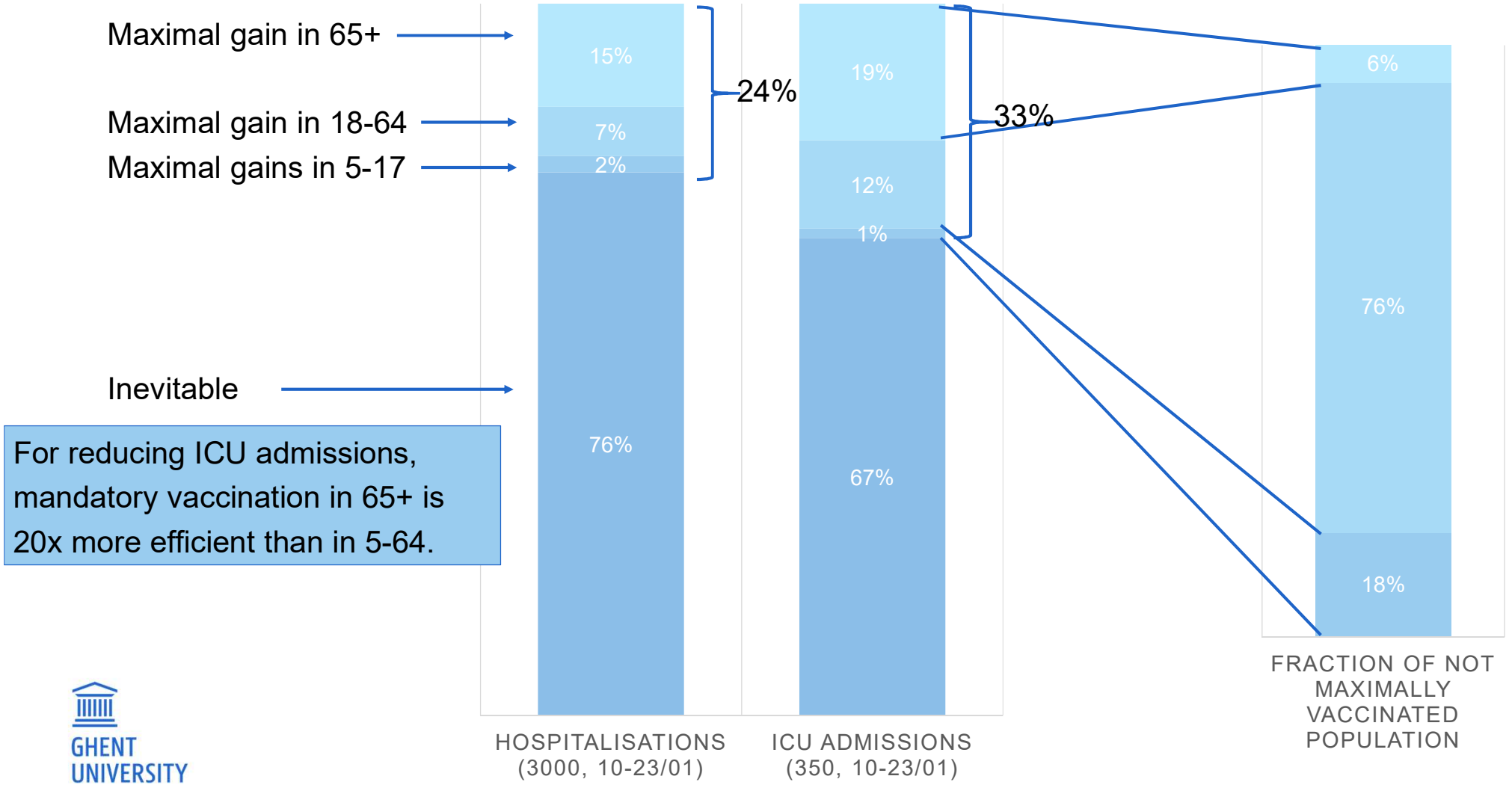
The main collective benefit

THEORETICALLY POSSIBLE GAIN - PAST 2 WEEKS [30,36]



GHENT UNIVERSITY

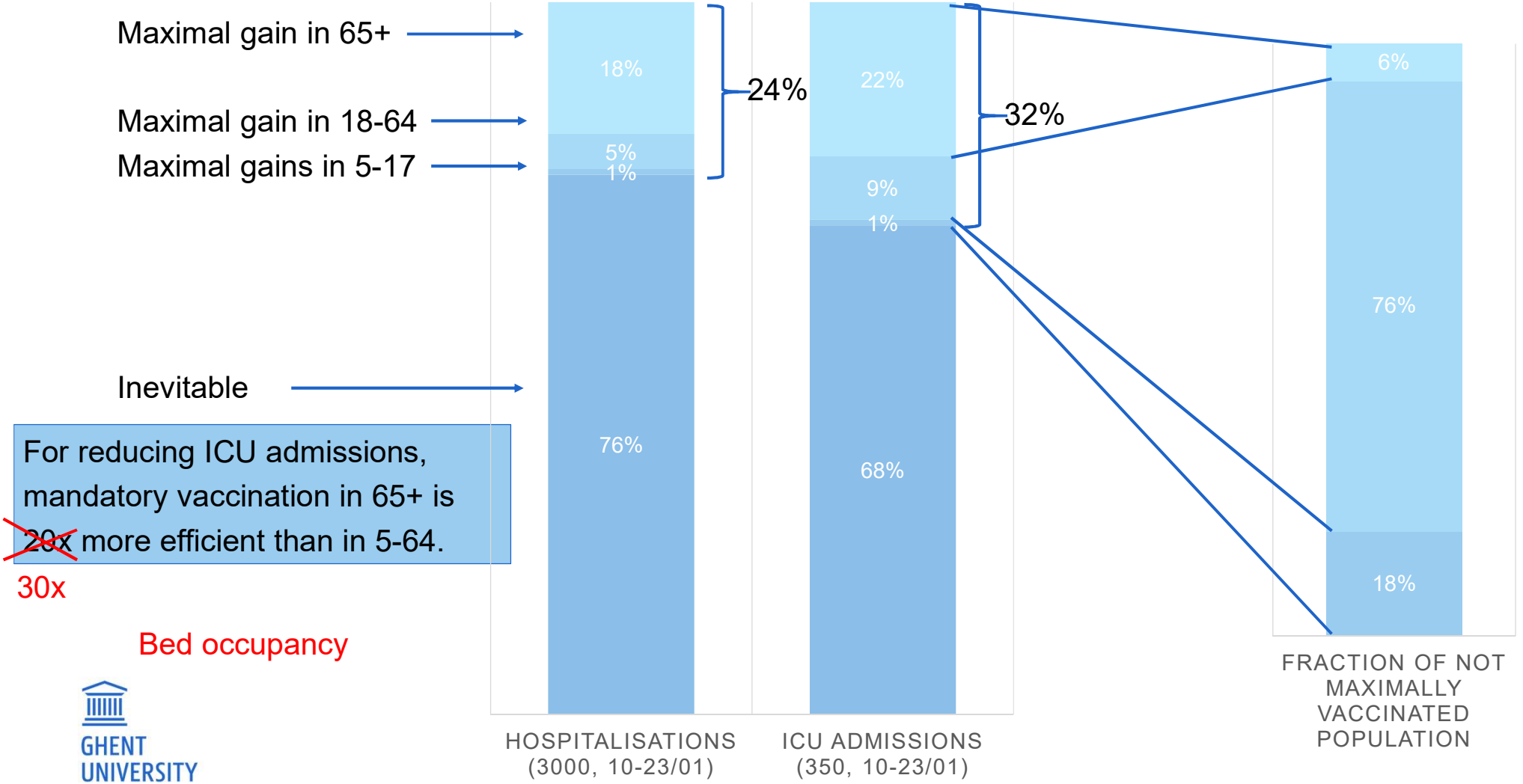
THEORETICALLY POSSIBLE GAIN - PAST 2 WEEKS [30,36]



For reducing ICU admissions, mandatory vaccination in 65+ is 20x more efficient than in 5-64.

GHENT UNIVERSITY

THEORETICALLY POSSIBLE GAIN - PAST 2 WEEKS [30,36]

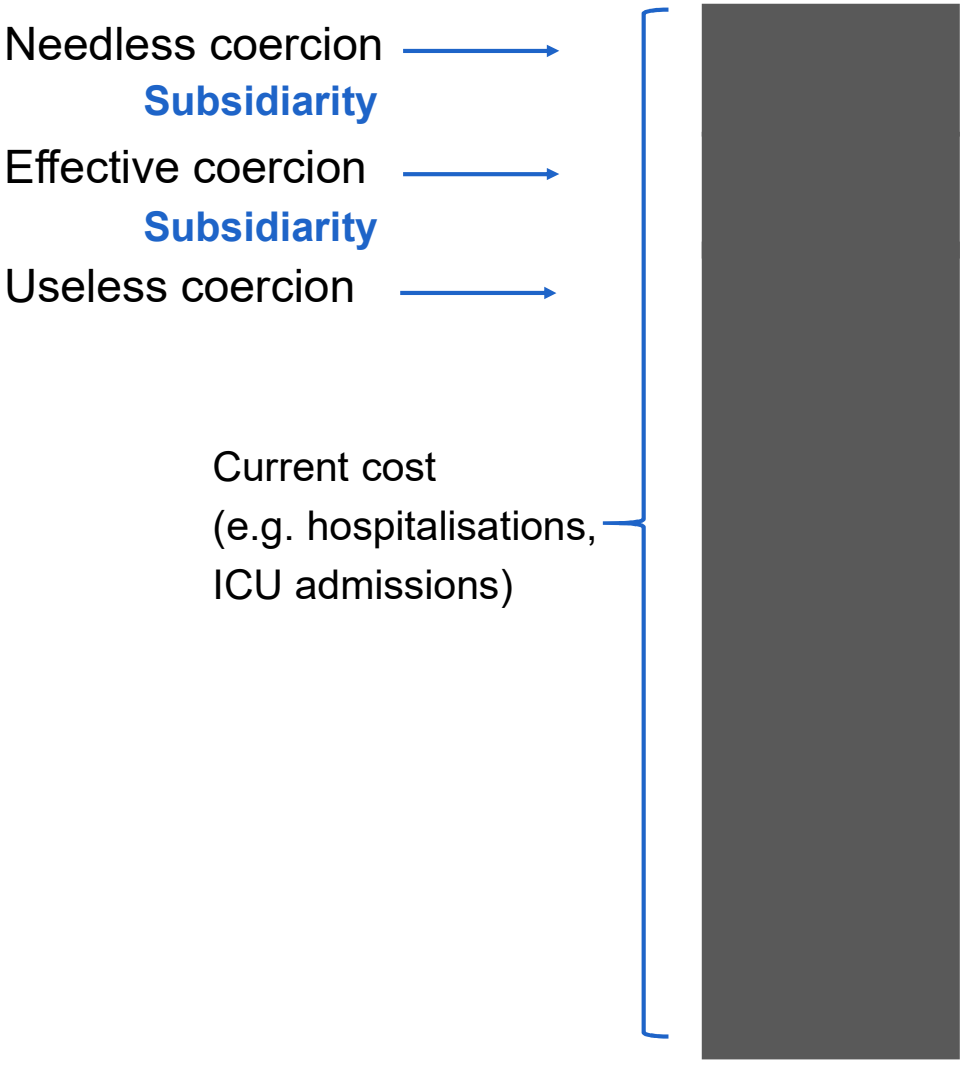


For reducing ICU admissions, mandatory vaccination in 65+ is ~~20x~~ 30x more efficient than in 5-64.

Bed occupancy

GHENT UNIVERSITY

REALISTIC VERSUS THEORETICAL BENEFIT



GHENT UNIVERSITY

REALISTIC VERSUS THEORETICAL BENEFIT

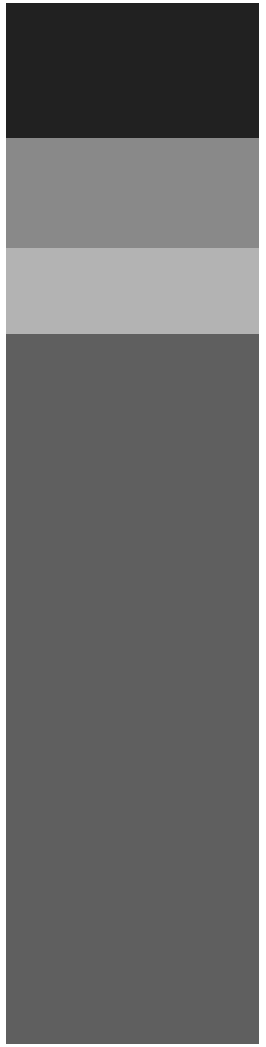
Previous slide about these 3 together!

Needless coercion → **Subsidiarity**

Effective coercion → **Subsidiarity**

Useless coercion →

Current cost (e.g. hospitalisations, ICU admissions)



- Achievable without coercive measures
- Achievable through coercive measures
- Impossible despite coercive measures
- Inevitable

Do you know the proportions?

GHENT UNIVERSITY

LEGAL OBSTACLES

- Foundations of a constitutional democracy

EPIDEMIOLOGICAL DISADVANTAGES

- **False feeling of safety**, cfr. CST (vulnerable!)
- **Segregation** by vaccinations status
  = epidemiologically bad idea
- Global vaccine **inequity** → new variants
- [Speculative: worse **immunity** if vaccinated before infection?]
- [Speculative: new **vaccine-evading variants**]

SOCIETAL DISADVANTAGES

- Segregation → **inequality**
- **Polarisation**, civil unrest
- Damaging **social fabric** (families, social groups)
- Undermining **trust** in government, science, healthcare, vaccination as a whole
- **Healthcare staff** leaving the sector
- The cost of **enforcement** and compliance
- **Punitive measures on the unwilling**

GHENT UNIVERSITY

Do you understand these disadvantages?

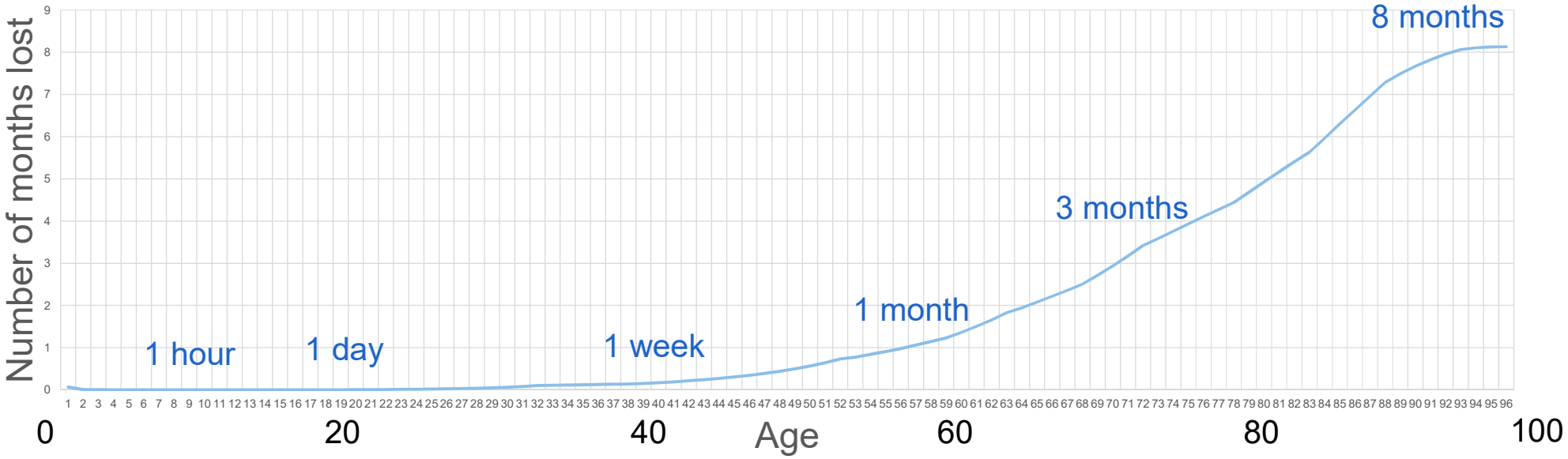
NECESSITY ANALYSIS

GHENT UNIVERSITY

MORTALITY COST IN 1ST WAVE

[31-35]

Wave 1 (IFR 1.2%): a COVID-infection led to the following reduction in life expectancy:



Neoplasms (C00-D48):

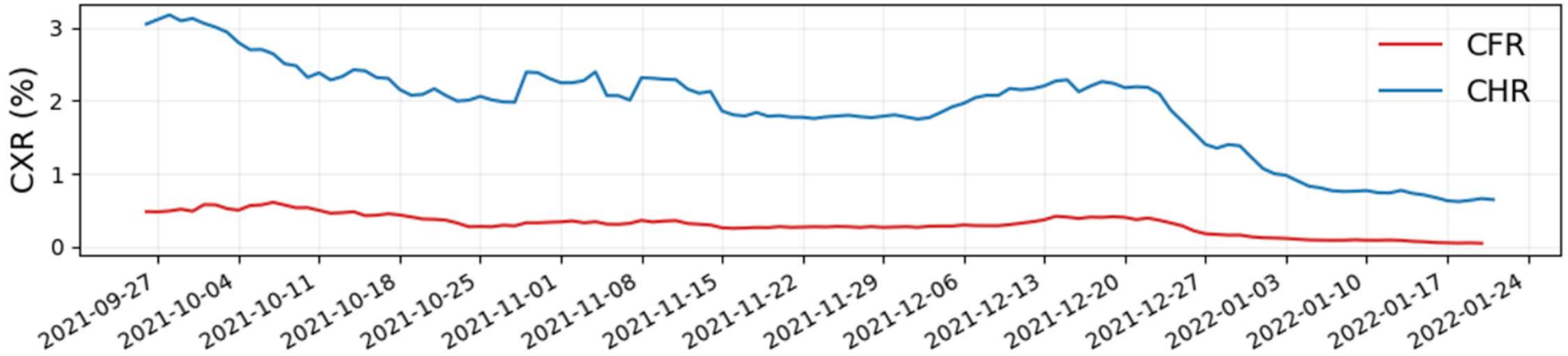
0,5 days | 1 day | 1 week | 2,5 weeks | 1 month | 1 month

External causes (V01-Y98):

2 days | 3 days | 1 week | 1 week | 5 days | 10 days

GHENT UNIVERSITY

CURRENT OMICRON WAVE



With Omicron:

- CHR<1%
- CFR~0.1%

IHR and IFR probably ~4x smaller

➔ IFR and number of life years lost > 40x smaller than in first wave.

GHENT UNIVERSITY

TAKE-HOME MESSAGES

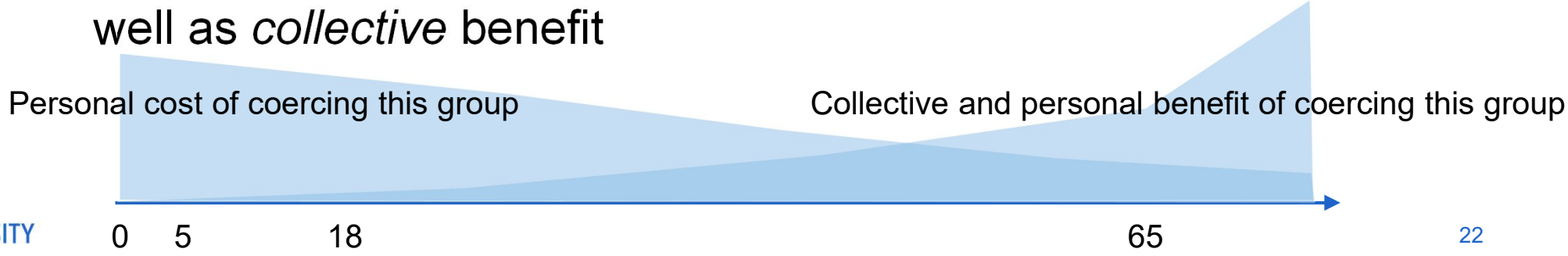
GHENT UNIVERSITY

TAKE-HOME MESSAGES

- **Vaccination:**
  - Clear personal benefit for many people – most already understood!

- **Coercive measures for vaccination (mandate, 3/2/1G, CST/vaccination-pass):**
  - Limited *best-case* collective benefit
  - Even smaller *realistic* collective benefit
  - Disadvantages are:
    - Numerous & uncertain
    - Greatest for those whose vaccination yields the lowest *personal* as well as *collective* benefit

Proportionality must be satisfied for each identifiable group.



GHENT UNIVERSITY

REFERENCES

1. https://github.com/goldingn/neuts2efficacy
2. https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.12.10.21267594v2.full
3. Neil Ferguson1, Azra Ghani, Wes Hinsley and Erik Volz on behalf of the Imperial College COVID-19 response team . Report 50 - Hospitalisation risk for Omicron cases in England. 22 December 2021. https://www.imperial.ac.uk/mrc-global-infectious-disease-analysis/covid-19/report-50-severity-omicron/
4. https://covid19danmark.dk/
5. Collie, Shirley, Jared Champion, Harry Moultrie, Linda-Gail Bekker, and Glenda Gray. "Effectiveness of BNT162b2 vaccine against omicron variant in South Africa." New England Journal of Medicine (2021). https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMc2119270
6. WHO, Enhancing response to Omicron SARS-CoV-2 variant, 21 January 2022. https://www.who.int/publications/m/item/enhancing-readiness-for-omicron-(b.1.1.529)-technical-brief-and-priority-actions-for-member-states
7. Bates, Timothy A., Savannah K. McBride, Hans C. Leier, Gaelen Guzman, Zoe L. Lyski, Devin Schoen, Bradie Winders et al. "Vaccination before or after SARS-CoV-2 infection leads to robust humoral response and antibodies that effectively neutralize variants." Science Immunology (2022): https://www.science.org/doi/10.1126/sciimmunol.abn8014
8. Sorg, Anna-Lisa, Markus Hufnagel, Maren Doenhardt, Natalie Diffloth, Horst Schroten, Ruediger von Kries, Reinhard Berner, and Jakob Peter Armann. "Risk of Hospitalization, severe disease, and mortality due to COVID-19 and PIMS-TS in children with SARS-CoV-2 infection in Germany." medRxiv (2021). https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.11.30.21267048v1
9. https://www.reuters.com/world/europe/sweden-decides-against-recommending-covid-vaccines-kids-aged-5-12-2022-01-27/
10. https://www.gov.uk/government/publications/jcvi-update-on-advice-for-covid-19-vaccination-of-children-and-young-people/jcvi-statement-on-covid-19-vaccination-of-children-and-young-people-22-december-2021
11. https://www.health.belgium.be/nl/advies-9680-vaccinatie-tegen-covid-19-voor-kinderen-van-5-11-jaar
12. https://www.health.belgium.be/nl/advies-9655-vaccinatie-tegen-sars-cov-2-vanaf-12-jaar
13. Goldberg, Yair, Micha Mandel, Yinon M. Bar-On, Omri Bodenheimer, Laurence Freedman, Nachman Ash, Sharon Alroy-Preis, Amit Huppert, and Ron Milo. "Protection and waning of natural and hybrid COVID-19 immunity." MedRxiv (2021). https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.12.04.21267114v1.full
14. Bates, Timothy A., Savannah K. McBride, Hans C. Leier, Gaelen Guzman, Zoe L. Lyski, Devin Schoen, Bradie Winders et al. "Vaccination before or after SARS-CoV-2 infection leads to robust humoral response and antibodies that effectively neutralize variants." Science Immunology (2022): eabn8014. https://www.science.org/doi/10.1126/sciimmunol.abn8014
15. Wadman, M. "Having SARS-CoV-2 once confers much greater immunity than a vaccine—but vaccination remains vital." Science 373, no. 6559 (2021): 1067-8. https://www.science.org/content/article/having-sars-cov-2-once-confers-much-greater-immunity-vaccine-vaccination-remains-vital
16. Wei, Jia, Philippa C. Matthews, Nicole Stoesser, Thomas Maddox, Luke Lorenzi, Ruth Studley, John I. Bell et al. "Anti-spike antibody response to natural SARS-CoV-2 infection in the general population." Nature communications 12, no. 1 (2021): 1-12. https://www.nature.com/articles/s41467-021-26479-2
17. Kojima, Noah, and Jeffrey D. Klausner. "Protective immunity after recovery from SARS-CoV-2 infection." The Lancet infectious diseases 22, no. 1 (2022): 12-14. https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(21)00676-9/fulltext
18. Havervall, Sebastian, Henry Ng, August Jernbom Falk, Nina Greilert-Norin, Anna Månberg, Ulrika Marking, Ida Laurén et al. "Robust humoral and cellular immune responses and low risk for reinfection at least 8 months following asymptomatic to mild COVID-19." Journal of internal medicine 291, no. 1 (2022): 72-80. https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/joim.13387
19. https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/conditionsanddiseases/bulletins/coronaviruscovid19infectionsurveycharacteristicsofpeopletestingpositiveforcovid19uk/17november2021
20. Krammer, Florian. "SARS-CoV-2 vaccines in development." Nature 586, no. 7830 (2020): 516-527. https://www.nature.com/articles/s41586-020-2798-3

GHENT UNIVERSITY

REFERENCES

21. Buchan, Sarah A., Hannah Chung, Kevin A. Brown, Peter C. Austin, Deshayne B. Fell, Jonathan Gubbay, Sharifa Nasreen et al. "Effectiveness of COVID-19 vaccines against Omicron or Delta infection." medRxiv (2022): 2021-12. https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.12.30.21268565v1.full-text
22. Lyngse, Frederik Plesner, Laust Hvas Mortensen, Matthew J. Denwood, Lasse Engbo Christiansen, Camilla Holten Møller, Robert Leo Skov, Katja Spiess et al. "SARS-CoV-2 Omicron VOC Transmission in Danish Households." medRxiv (2021). https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.12.27.21268278v1
23. https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.12.04.21267114v1.full
24. Rosanna C.Barnard,Nicholas G.Davies,Carl A.B.Pearson,Mark Jit, W. John Edmunds. ModellingthepotentialconsequencesoftheOmicronSARS-CoV-2 variant in England. https://cmmid.github.io/topics/covid19/reports/omicron_england/report_11_dec_2021.pdf
25. Gardner, Billy J., and A. Marm Kilpatrick. "Estimates of reduced vaccine effectiveness against hospitalization, infection, transmission and symptomatic disease of a new SARS-CoV-2 variant, Omicron (B. 1.1. 529), using neutralizing antibody titers." MedRxiv (2021). https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.12.10.21267594v2.full
26. Riemersma, Kasen K., Brittany E. Grogan, Amanda Kita-Yarbro, Peter Halfmann, Anna Kocharian, Kelsey R. Florek, Ryan Westergaard et al. "Shedding of infectious SARS-CoV-2 despite vaccination when the delta variant is prevalent-wisconsin, July 2021." MedRXiv (2021). https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.07.31.21261387v6.full
27. Franco-Paredes, Carlos. "Transmissibility of SARS-CoV-2 among fully vaccinated individuals." The Lancet Infectious Diseases 22, no. 1 (2022): 16. https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(21)00768-4/fulltext
28. UKHSA, COVID-19 vaccine surveillance report Week 3 https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1049160/Vaccine-surveillance-report-week-3-2022.pdf
29. Public Health Scotland. Public Health Scotland COVID-19 & Winter Statistical Report As at 17January 2022. https://publichealthscotland.scot/media/11223/22-01-19-covid19-winter_publication_report.pdf
30. Sciensano. COVID-19 WEKELIJKS EPIDEMIOLOGISCH BULLETIN (28 JANUARI 2022). https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/COVID-19_Weekly_report_NL.pdf
31. https://statbel.fgov.be/en/themes/population/mortality-life-expectancy-and-causes-death/causes-death#figures
32. Tijl De Bie. Perceptie van risico en rationaliteit ten tijde van COVID19. 10 juni 2021. https://www.doordenkers.be/2021/06/perceptie-van-risico-en-rationaliteit-ten-tijde-van-COVID19.html
33. Tijl De Bie. COVID19-risks in perspective. 28 January 2021. https://www.doordenkers.be/2021/01/COVID19-risks-in-perspective.html
34. https://github.com/mbevand/covid19-age-stratified-ifr
35. Tijl De Bie. COVID-19 risico's op basis van de meest recente serostudie van Van Damme en Theeten. 14 mei 2020. https://www.doordenkers.be/2020/05/covid-19-risicos-obv-de-meest-recente.html
36. Paul Mainwood. An analysis of how much boosters in the UK population, and in only the 65+ in the UK population, may have decreased hospitalisations during the Omicron wave. https://twitter.com/PaulMainwood/status/1487354537111437312
37. Thompson, Mark G., Edward Stenehjem, Shaun Grannis, Sarah W. Ball, Allison L. Naleway, Toan C. Ong, Malini B. DeSilva et al. "Effectiveness of Covid-19 vaccines in ambulatory and inpatient care settings." New England Journal of Medicine 385, no. 15 (2021): 1355-1371. https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2110362
38. Altarawneh, Heba, Hiam Chemaitelly, Patrick Tang, Mohammad Rubayet Hasan, Suelen Qassim, Houssein H. Ayoub, Sawsan AlMukdad et al. "Protection afforded by prior infection against SARS-CoV-2 reinfection with the Omicron variant." medRxiv (2022). https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2022.01.05.22268782v1.full.pdf

FACULTY OF ENGINEERING AND ARCHITECTURE

Tijl De Bie

Prof. Dr. Ir.

AIDA-IDLAB, DEPARTMENT OF ELECTRONICS AND INFORMATION SYSTEMS

tijl.debie@ugent.be
www.ugent.be/
www.aida.ugent.be/
www.doordenkers.be/

@tijldebie
tijldebie

Wintermanifest / Manifeste d'Hiver

open-debat-ouvert.be/
wintermanifest.be/
manifestedhiver.be/

@debat_open
opendebatouvert

GHENT UNIVERSITY

Verplichte vaccinatie, mensenrechtelijk bekeken

Prof.dr. Hendrik Vuye
Gewoon Hoogleraar UNamur

A. Toepasselijke rechtsnorm: artikel 8 EVRM

Recht op eerbiediging van privé-, familie- en gezinsleven

1. Een ieder heeft recht op respect voor zijn privé-leven, zijn familie- en gezinsleven, zijn woning en zijn correspondentie.

2. Geen inmenging van enig openbaar gezag is toegestaan in de uitoefening van dit recht, dan voor zover bij de wet is voorzien en in een democratische samenleving noodzakelijk is in het belang van de nationale veiligheid, de openbare veiligheid of het economisch welzijn van het land, het voorkomen van wanordelijkheden en strafbare feiten, de bescherming van de gezondheid of de goede zeden of voor de bescherming van de rechten en vrijheden van anderen.

A. Toepasselijke rechtsnorm: artikel 8 EVRM

Te beantwoorden vragen:

(1) is er een inmenging?

(2) is er een wettelijke basis?

(3) is er een legitiem doel?

(4) is de maatregel noodzakelijk in een democratische samenleving?

= een juridisch instrument, geen ethiek of filosofie !

= het gaat over rechten van burgers

B. EHRM, grote kamer, Vavřička e.a. t. Republiek Tsjechië, 8 april 2021

(1) is er een inmenging?

“… la vaccination obligatoire, en tant qu’intervention médicale non volontaire, constitue une ingérence dans l’exercice du droit au respect de la vie privée au sens de l’article 8 de la Convention” (§ 263)

B. EHRM, grote kamer, Vavřička e.a. t. Republiek Tsjechië, 8 april 2021

(2) is er een wettelijke basis?

“toute atteinte à un droit garanti par la Convention doit avoir une base en droit interne” (§ 266)

! Art. 22 Grondwet, bijvoorbeeld GwHof, 19 maart 2015, 40/2015, B.32.1:

“Het woord « wet » in artikel 22, eerste lid, van de Grondwet wijst op een wettelijke bepaling. Doordat die grondwetsbepaling aan de bevoegde wetgever de bevoegdheid voorbehoudt om vast te stellen in welke gevallen en onder welke voorwaarden afbreuk kan worden gedaan aan het recht op eerbiediging van het privéleven en het gezinsleven, waarborgt zij aan elke burger dat geen enkele inmenging in dat recht kan plaatsvinden dan krachtens regels die zijn aangenomen door een democratisch verkozen beraadslagende vergadering.

Een delegatie aan een andere macht is evenwel niet in strijd met het wettigheidsbeginsel voor zover de machtiging voldoende nauwkeurig is omschreven en betrekking heeft op de tenuitvoerlegging van maatregelen waarvan de essentiële elementen voorafgaandelijk door de wetgever zijn vastgesteld”.

B. EHRM, grote kamer, Vavřička e.a. t. Republiek Tsjechië, 8 april 2021

(3) is er een legitiem doel?

“Concernant les buts poursuivis par l’obligation vaccinale … l’objectif de la législation pertinente est la protection contre des maladies susceptibles de faire peser un risque grave sur la santé. Sont concernées aussi bien les personnes qui reçoivent les vaccins en question que celles qui ne peuvent pas se faire vacciner et qui se trouvent donc dans une situation de vulnérabilité, dépendant d’un taux élevé de vaccination qui serait atteint parmi l’ensemble de la population pour être protégées contre les maladies contagieuses en cause.

Cet objectif correspond aux buts que sont la protection de la santé et la protection des droits d’autrui, visés à l’article 8 de la Convention” (§ 272).

B. EHRM, grote kamer, Vavřička e.a. t. Republiek Tsjechië, 8 april 2021

(4) is de maatregel noodzakelijk in een democratische samenleving?

Wat het Hof niet heeft beslist?

- het is medisch verantwoord, dus het mag
- het is noodzakelijk in een democratische samenleving
- het is een positieve verplichting

B. EHRM, grote kamer, Vavřička e.a. t. Republiek Tsjechië, 8 april 2021

(4) is de maatregel noodzakelijk in een democratische samenleving?

(Poging tot) objectivering: is de beleidsruimte (“marge d’appréciation”) waar de overheid over beschikt groot of klein?

- intiem aspect van het mens-zijn (beperkte beleidsruimte) of een algemeen politieke kwestie (ruime beleidsruimte)

- grootste gemene deler (“commun dénominateur”): is er een consensus binnen de aangesloten landen?

indien ja: beperkte beleidsruimte

indien neen: ruime beleidsruimte

B. EHRM, grote kamer, Vavřička e.a. t. Republiek Tsjechië, 8 april 2021

Antwoord van de grote kamer:

- **intiem aspect van het mens-zijn: ja, maar** “Le poids de cette considération se trouve toutefois atténué par le fait qu’aucune vaccination n’a été ni n’aurait pu être administrée contre la volonté des requérants, car le droit interne pertinent ne permet pas de faire respecter par la force l’obligation en cause” (§ 276)

- **consensus (grootste gemene deler):**

ja: over de effectiviteit van vaccinatie (§ 277)

neen: over het te volgen model, aanbevelen of verplichten (§ 278)

Besluit grote kamer: ruime beleidsmarge wat het te volgen model betreft

B. EHRM, grote kamer, Vavřička e.a. t. Republiek Tsjechië, 8 april 2021

Is er een dwingende sociale noodwendigheid (“un besoin social impérieux”)?

Zijn er voldoende doorslaggevende motieven (“Motifs pertinents et suffisants”)? = een beslissing moet wetenschappelijk onderbouwd zijn en gemotiveerd zijn

“on peut considérer qu’en République tchèque l’obligation vaccinale constitue la réponse des autorités nationales au besoin social impérieux de protéger la santé individuelle et publique contre les maladies en question et d’éviter toute tendance à la baisse du taux de vaccination des enfants” (§ 284).

“La Cour admet dès lors que le choix du législateur tchèque d’opter pour une stratégie de vaccination obligatoire est étayé par des motifs pertinents et suffisants” (§ 289).

B. EHRM, grote kamer, Vavřička e.a. t. Republiek Tsjechië, 8 april 2021

Proportionaliteit: noodzakelijk in een democratische samenleving ("nécessité dans une société démocratique") (§ 290 e.v.)

- "noodzakelijk" betekent niet "nuttig"

- "concerne neuf maladies contre lesquelles la vaccination est estimée sûre et efficace par la communauté scientifique"

- "Le modèle tchèque a certes adopté l'obligation vaccinale, mais il ne s'agit pas d'une obligation absolue" = vrijstelling is mogelijk ("Il s'agit évidemment de rechercher au cas par cas d'éventuelles contre-indications").

- "aucune disposition ne permettant d'administrer un vaccin par la force"

- "la sanction peut être tenue pour relativement modérée puisqu'elle consiste en une amende administrative qui ne peut être infligée qu'une seule fois"

B. EHRM, grote kamer, Vavřička e.a. t. Republiek Tsjechië, 8 april 2021

- “La Cour prend note des garanties procédurales prévues par le droit national … la possibilité de former des recours administratifs mais aussi d’introduire des actions devant les juridictions administratives et, en fin de compte, devant la Cour constitutionnelle” (= niet alleen materiële, maar ook procedurele waarborgen)

- “Pour ce qui est de l’efficacité de la vaccination, la Cour renvoie là encore au consensus général existant au sujet de l’importance vitale de ce moyen de protéger la population contre des maladies susceptibles d’avoir de lourdes conséquences pour la santé de l’individu et, en cas de graves poussées épidémiques, de perturber la société”

- “La Cour observe de façon générale que la possibilité d’obtenir réparation en cas d’atteinte à la santé présente de fait un intérêt pour l’évaluation globale d’un régime de vaccination obligatoire”

B. EHRM, grote kamer, Vavřička e.a. t. Republiek Tsjechië, 8 april 2021

- “l’ampleur des ingérences litigieuses dans l’exercice par les requérants de leur droit au respect de la vie privée”

“La Cour admet que l’exclusion des requérants de l’école maternelle a impliqué pour ces jeunes enfants la perte d’une occasion cruciale de développer leur personnalité et de débuter l’acquisition d’importantes aptitudes relationnelles et facultés d’apprentissage dans un environnement formateur et pédagogique. Cette perte a toutefois été la conséquence directe du choix fait par leurs parents respectifs de refuser de se conformer à une obligation légale visant à protéger la santé, en particulier celle des enfants de cette tranche d’âge” (= “mesure de protection universellement appliquée, dans le cadre d’une obligation légale et au nom de la solidarité sociale, pour le bien du petit nombre d’enfants vulnérables qui ne peuvent pas bénéficier de la vaccination”)

“De plus, les effets subis par les enfants requérants ont été limités dans le temps. Lorsqu’ils ont atteint l’âge du début de la scolarité obligatoire, leur statut vaccinal n’a pas eu d’incidence sur leur admission à l’école élémentaire “

C. Interpretatie van het arrest in de huidige context

FIRM, Advies nr. 6/2021 van 7/12/2021

"De logica die het Europees Hof voor de Rechten van de Mens toepaste in het Vavřička-arrest is ook van toepassing op Covid-19, zeker nu een op vrijwilligheid gebaseerde vaccinatiecampagne niet lijkt te volstaan om groepsimmuniteit te bereiken tegen een ontegensprekelijk ernstige ziekte. **De overheid zou dan ook redelijkerwijze kunnen beslissen dat een algemene wettelijke vaccinatieverplichting noodzakelijk is om de volksgezondheid te beschermen"**

"Een gevangenisstraf is niet aangewezen, gezien de mogelijkheid van minder verregaande sancties zoals boetes of alternatieve maatregelen".

(https://federaalinstituutmensenrechten.be/file/cc73d96153bbd5448a56f19d925d05b1379c7f21/18a6537bd0db8f4346e9076e8a1d162f2492ba0e/lees-het-advies-over-vaccinatieplicht.pdf)

Nuanceringen in een Q&A:
https://www.federaalinstituutmensenrechten.be/nieuws/2021/12/20/qa-vaccinatieverplichting-en-mensenrechten

C. Interpretatie van het arrest in de huidige context

Arnaud Jansen, Yves Poullet (recteur UNamur), Erik Van den Haute (ULB), Thierry Leonard (USL-B)…
(https://www.lalibre.be/debats/opinions/2021/12/13/non-il-nest-pas-permis-de-rendre-la-vaccination-obligatoire-au-nom-des-droits-humains-X3DLUV26KFD4JHROTHV6YNBSU4/)

"Non, il n'est pas permis de rendre la vaccination obligatoire au nom des droits humains

L'"Institut fédéral pour la protection et la promotion des droits humains" a avancé le contraire dans un avis récent. Mais cet avis nous semble factuellement inexact, juridiquement partiel, voire partial, et scientifiquement indigent"

C. Interpretatie van het arrest in de huidige context

- **Het Hof formuleert geen rechtsregels, eerder casuïstiek: men moet rekening houden met de specifieke omstandigheden**

- werkzaamheid en veiligheid: “La Cour souligne d’emblée que la présente espèce porte sur la vaccination usuelle et de routine des enfants contre des maladies qui sont bien connues de la médecine” (§158: Remarque préliminaire)

- het arrest betreft een specifieke groep (kinderen inenten tegen kinderziektes)

- vaccinatie is eenmalig

- eenmalige en beperkte administratieve boete: “Le requérant fut condamné à payer une amende de 3 000 CZK ainsi que 500 CZK pour frais et dépens (la somme totale représentait l’équivalent de 110 EUR à l’époque)” (§ 23)

- beperkte impact van sociale uitsluiting: geen invloed op schoolplicht

- verhoopte resultaat: welke meerwaarde bekomt men voor het individu en/of voor de maatschappij?

D. Politieke beslissingen in een democratie: Alexis de Tocqueville

Wat is een intelligente politieke beslissing?

Alexis de Tocqueville: soms moet men kiezen tussen “efficiëntie” of “samenleving”

“Er zijn naties in Europa waar de inwoner zichzelf beschouwt als een soort kolonist die onverschillig staat tegenover het lot van de plaats waar hij woont”

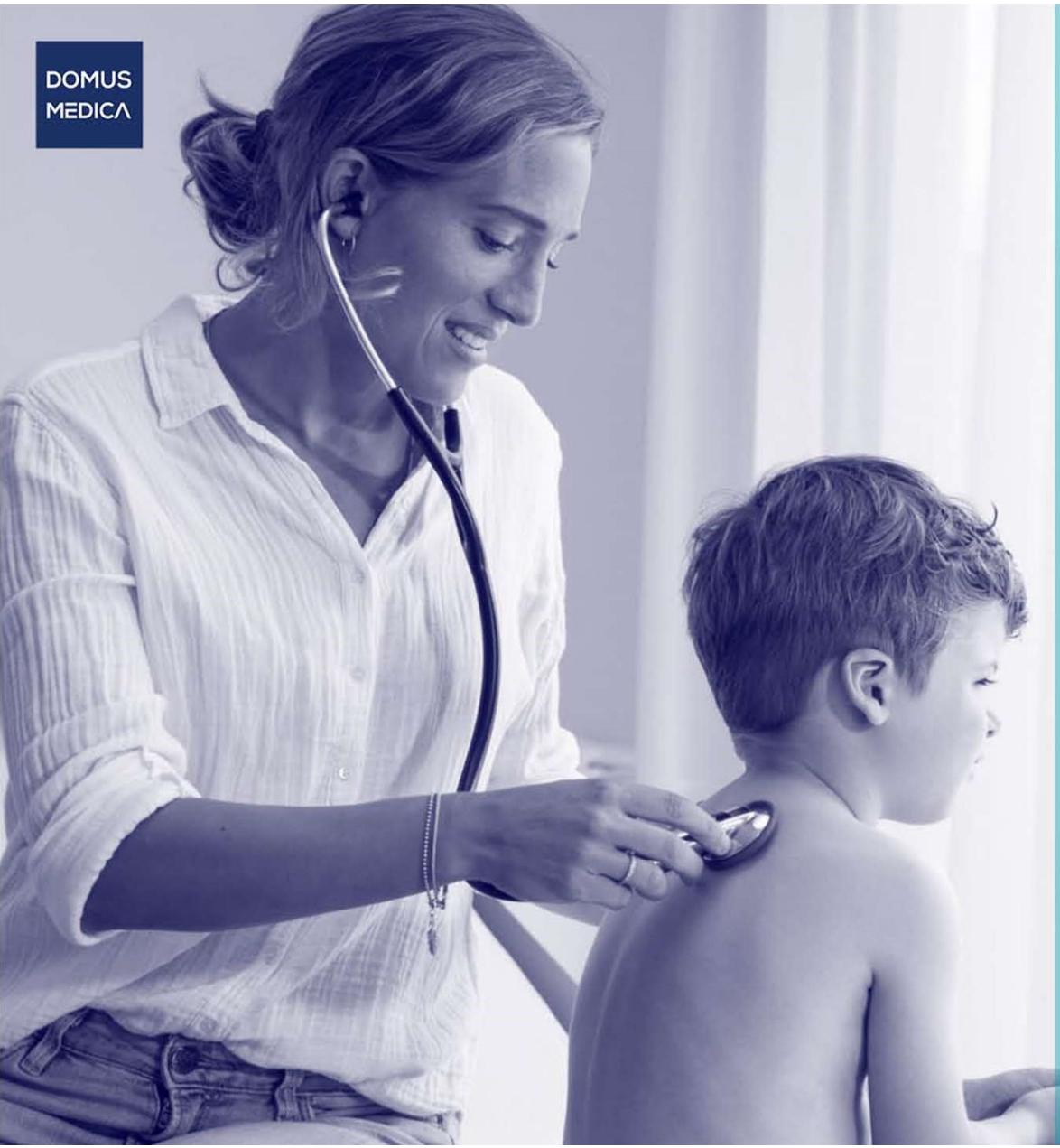
“Il y a de telles nations de l’Europe où l’habitant se considère comme une espèce de colon indifférent à la destinée du lieu qu’il habite”

De la démocratie en Amérique, I.I.5



Hoorzitting vaccinatieplicht

Dr. Roel Van Giel - Domus Medica



INHOUD

- Inleiding
- Impact zorg
- Huisartsen en vaccinatie
- Vaccinatieplicht



Pandemie

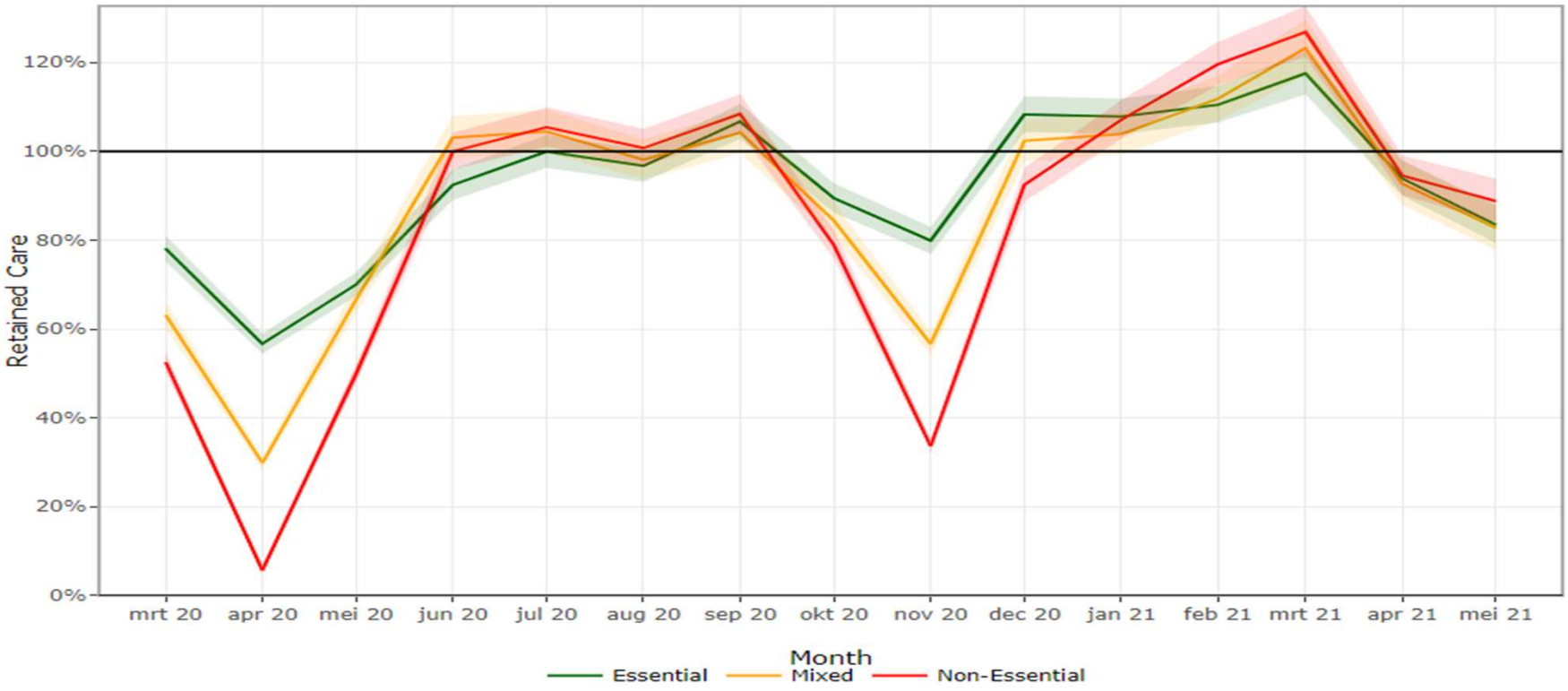
- **Heel veel verschillende aspecten :**
  - Viruscirculatie
  - Druk op zorgsysteem
  - Mentaal welzijn
  - Impact op onderwijs en leerachterstand
  - Economische factoren
  - …
- **Hoorzitting**
  - Focus 2 aspecten (niet door andere experten)
  - Wil niet zeggen andere aspecten minder belangrijk zijn
- **Polarisatie maatschappij**

Impact zorg

- **Impact virus**
  - Ziekte + long-covid/post-virale vermoeidheid
  - Mentaal welzijn aanwezigheid virus
- **Impact uitgestelde zorg**
  - Uitstel zorg :
    - Deel uitgestelde zorg negatieve impact
    - niet alle uitgestelde zorg moest ingehaald worden



Impact zorg : uitgestelde zorg



Het aantal uitgevoerde chirurgische verstrekkingen tijdens de COVID-19-periode t.e.m. mei 2021 t.o.v. referentiejaren 2018-2019. RIZIV

Impact zorg

- **Impact virus**
  - Ziekte + long-covid/post-virale vermoeidheid
  - Mentaal welzijn aanwezigheid virus
- **Impact uitgestelde zorg**
  - Uitstel zorg :
    - Deel uitgestelde zorg negatieve impact
    - niet alle uitgestelde zorg moest ingehaald worden
  - Kankerdiagnoses
    - Vooral 1ste golf
    - Latere diagnoses, verder gevorderd stadium



Impact zorg : zorgpersoneel

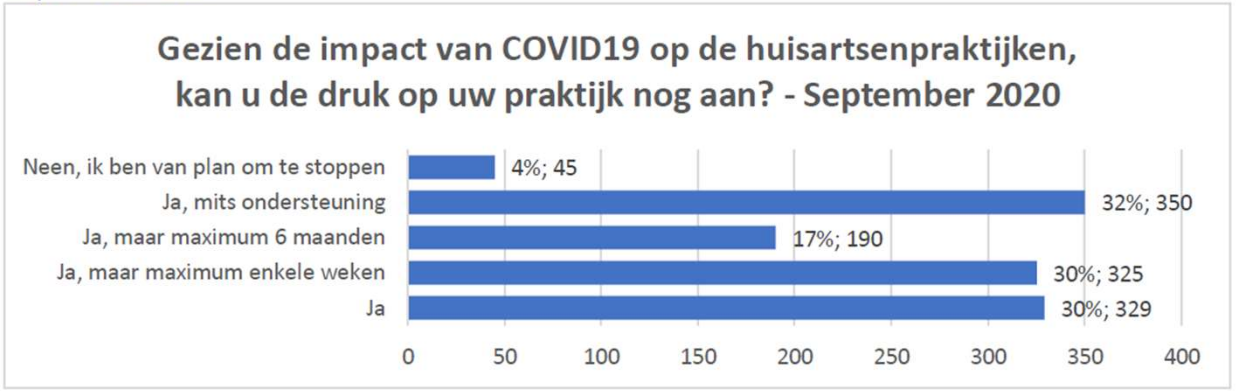


Peiling Domus Medica november 2021 (1169 antwoorden)

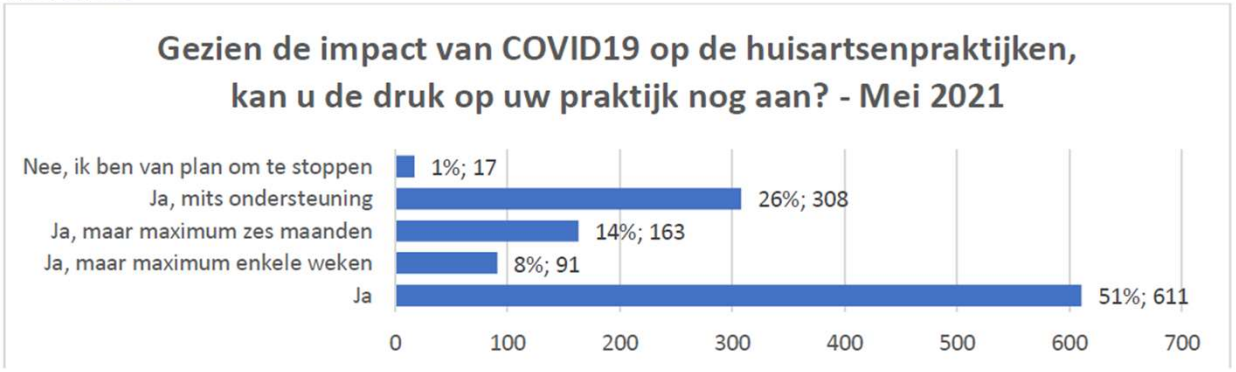
Impact zorg : zorgpersoneel

Vegelijking met vorige bevragingen:

September 2020



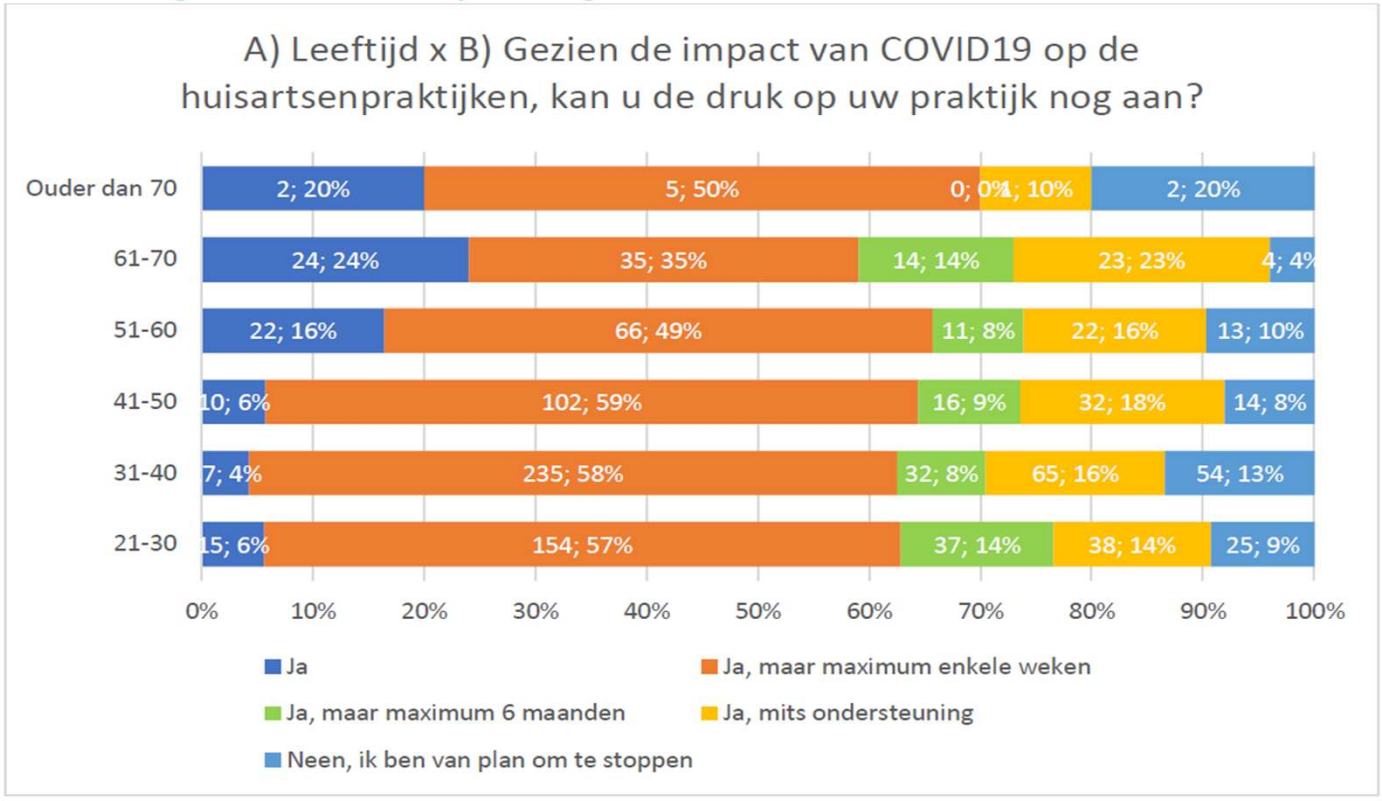
Mei 2021



Peiling Domus Medica november 2021 (1169 antwoorden)

Impact zorg : zorgpersoneel

Werkdruk gekruist met leeftijd en regio



Peiling Domus Medica november 2021 (1169 antwoorden)

Impact zorg

- **Toekomst**
  - Geen uitstel zorg meer volgende golven
  - Zorgorganisatie : winter/zomer
  - Max capaciteit
  - Opstellen code zwart
  - Investeer in zorgpersoneel





Vaccinatie

- Desinformatie
- Organisatie zorg : focus preventie
- Vertrouwenspersoon zorg

Vaccinatie

Tabel 1 : Nationale vaccinatie dekkingsgraad (gewogen gemiddelde), per ziekte (2009-2016)

Bronnen: officiële nationale schattingen (Sciensano) berekend op basis van regionale resultaten

Jaar	2009	2012	2016
Onderzoeken gebruikt voor de berekening van het nationale gemiddelde	VL2008 RW2009 Bxl2006	VL2012 RW2012 Bxl2012	VL2016 RW2015 Bxl2012 Bxl-Wall 2015-16 for MMR2
Polio 4	93,0%	92,0%	93,0%
DTP 4	93,0%	91,9%	92,7%
Pneumokokken (PCV) 3		93,3%	93,6%
Mazelen 1	94,5%	95,6%	95,7%
Mazelen 2	83,1%	85,0%	85,1%

Groen: bereikt de kritieke drempelwaarde en het nationale doel; Geel: bereikt de kritieke drempel, maar niet het nationale doel, of zeer dicht bij de kritieke drempelwaarde; Rood: ver van de drempel / doelstelling

Vaccinatie : Rol huisartsenpraktijken

- **Proefprojecten**
  - Proefprojecten verhogen primaire vaccinatiegraad
  - Proefprojecten booster



Proefprojecten verhogen primaire vaccinatiegraad

- **Probleem :**
  - Vaccinatiegraad 11 wijken in Genk scoort opvallend lager dan rest ELZ (10-17%)
  - Populatie : 21,000 inw
  - 4521 (zeer) laag inkomen
  - 6 huisartsenpraktijken
  - 2419 inw niet gevaccineerd
- **Opzet :**
  - Huisartsen leveren lijst van niet gevaccineerde patiënten. (vaccinatiebarometer)
  - Studenten geneeskunde bellen namens de huisarts met een semi- gestructureerd interview.
  - De stad Genk financiert ze als jobstudent.
  - ELZ verzorgt een opleiding in niet directieve communicatie techniek/fabels en feiten rond vaccinatie.



Proefprojecten verhogen primaire vaccinatiegraad

Resultaten?

39%	Van de 2.419 ptn werden telefonisch bereikt.
25%	Boekte direct een afspraak in
20%	Gaat zich later laten vaccineren (werk, vakantie, med. Ingreep...)
4%	Kreeg een afspraak met de HA voor overleg.
13%	Bleef twijfelen
31%	Blijft zich verzetten tegen vaccinatie

=45%



Proefprojecten verhogen primaire vaccinatiegraad

Waarom weigert men vaccin?

40,1%	Angst voor onmiddellijke nevenwerkingen
37%	Angst voor nevenwerkingen op lange termijn/wachtende op wetenschappelijke inzichten
25%	Vaccin is niet nodig / nuttig
25%	Praktische reden voor afwezigheid bij oproep
8%	Tegen elk overheidsinitiatief
7%	Omwille van vaccin type
3%	Zwangerschap / borstvoeding

=77% angst

=50%





Proefprojecten boostervaccinatie

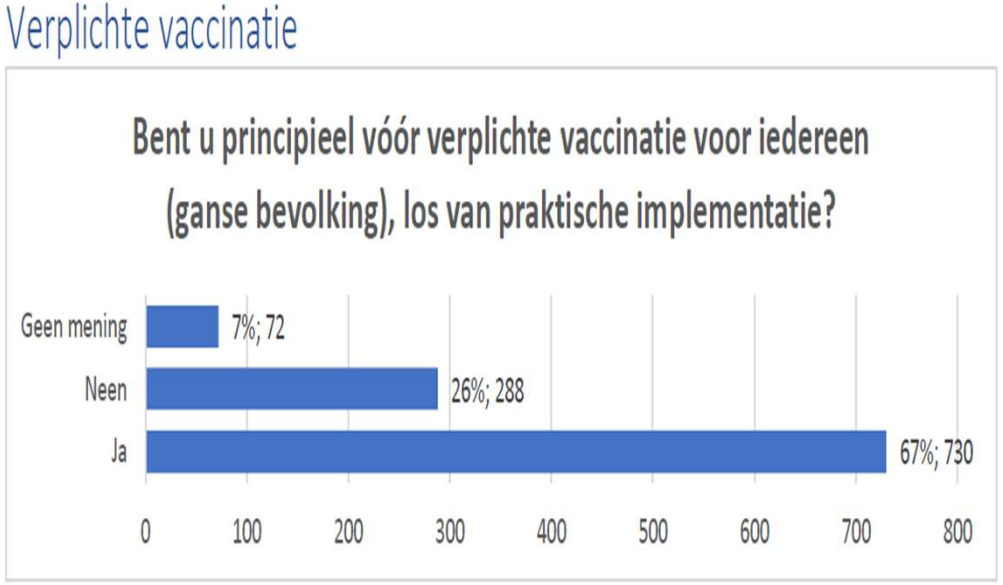
- **ELZ Kemp en Duin (Limburg)**
  - 4 aaneengesloten wijken, goed voor 14751 inwoners
  - 3 groepspraktijken en 1 solo-arts: samen 15 artsen met 12197 GMD's
- **1.350 ptn kwamen in aanmerking voor een booster. (65 + en risicopatiënten)**
  - Hiervan werden er 1.293 gevaccineerd (96%)
  - Reden niet vaccinatie:
    - Slechts 5 weigeringen, in buitenland, opnames in ziekenhuis of rusthuis, recente covid

Vaccinatie : Rol huisartsenpraktijken

- **Huisartsen zeer belangrijke rol**
- **Geef ze de tools !**
  - Performant EMD
    - Integratie vaccinnet
    - audits
  - Geïntegreerd call/recall systeem
  - Ondersteuning van de huisartsenpraktijk
    - Vb. ½ FTE praktijkassistent/VPK per 1000 GMD
- **Samenwerking met andere zorgverleners**
- **Doelstellingen op populatieniveau**



Verplichte vaccinatie



Peiling November 2021

Verplichte vaccinatie

- Beslis niet op basis van huidige toestand maar neem beslissing ikv verschillende scenario's en toekomstige pandemieën
- Vaccinatie staat nooit alleen maar is onderdeel van maatregelen om pandemie te beheren
- Omschrijf doel vaccinatie
- Uitstel zorg vermijden
  - Verplichte vaccinatie hele bevolking/deel bevolking afwegen tegen uitstel zorg
  - Maak een code zwart
- Belasting zorgpersoneel
- Bescherming kwetsbaren maatschappij
  - Hele maatschappij moet mee zorg dragen
- Hervorming zorgsysteem
  - Shift preventie zorg
  - Geef huisartsenpraktijken slagkracht
  - Pas financieringssystemen aan naar gemengde financieringssystemen




DOMUS
MEDICA
Bedankt

Hoorzitting in de Kamer van 2 februari 2022

Advies nr. 80 van 13 december 2021 betreffende de **ethische uitdagingen van een verplichte vaccinatie van de volwassen bevolking (18 jaar en ouder) tijdens een pandemie.**

Audition à la Chambre, 2 février 2022

Avis n° 80 relatif aux **enjeux éthiques liés à la vaccination obligatoire de la population adulte (18 ans et plus) en période de pandémie**

BELGISCH RAADGEVEND COMITÉ VOOR
Bio-ethiek

Galileelaan 5/2
1210 Brussel
www.health.belgium.be/bioeth
info.bioeth@health.fgov.be

COMITÉ CONSULTATIF DE
Bioéthique
DE BELGIQUE

Avenue Galilée 5/2
1210 Bruxelles
www.health.belgium.be/bioeth
info.bioeth@health.fgov.be

Affiliations / Affiliaties

❖ Virginie Pirard – Co-présidente (FR) de la Commission Restreinte "Vaccination"

Juriste et philosophe, Ethicienne

- Université Libre de Bruxelles, Centre de Philosophie
- Comité consultatif de Bioéthique
- WHO: WHO WG « Ethics & Monitored Emergency Use of Research Intervention (MEURI) »

March 2012 - July 31, 2021: Institut Pasteur (Paris)
L' Institut Pasteur est une fondation privée reconnue d'utilité publique (non-profit).
https://www.pasteur.fr/en/institut-pasteur

❖ Zeger Debyser – Co-voorzitter (NL) van de Beperkte Commissie "Vaccinatie"

Arts en viroloog

- KU Leuven
- Raadgevend Comité voor Bio-Ethiek

Specifiek karakter en bijzondere legitimiteit van RCB (ZB)

- apporter un « regard éthique »: pluraliste, indépendant, argumenté

  - 43 membres +35 suppléants
  - Fondé sur un accord de coopération (1993),
  - indépendant des Autorités qui l'ont créé
  - Peut être saisi par différentes autorités ou s'autosaisir

- valeurs fondamentales de l'éthique et les droits de l'homme

- een "ethische visie" verstrekken: pluralistisch, onafhankelijk en goed onderbouwd

  - 43 leden + 35 plaatsvervangers
  - Samenwerkingsovereenkomst (1993)
  - Onafhankelijk adviesorgaan
  - Op vraag of op eigen initiatief

- fundamentele ethische waarden en mensenrechten

BELGISCH RAADGEVEND COMITÉ VOOR
Bio-ethiek

COVID Vaccinatie : 3 adviezen en 1 briefadvies (VP)



Advies/Avis nr.75 (11/12 /2020)

- Ethische maatstaven voor de uitrol van de anti-COVID-19 vaccinatie ten voordele van de belgische bevolking
- repères éthiques en vue du déploiement de la vaccination anti-COVID-19 au bénéfice de la population belge



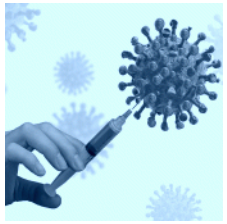
Advies/ avis nr.77 (10/05/21)

- Mise en place d'un pass corona
- Invoeren van een « coronapass »



Briefadvies/Avis par lettre nr.11 (13/12/2021)

- betreffende ethische uitdagingen van een COVID-19-vaccinatie bij kinderen van 5-11 jaar.
- Concernant les enjeux éthiques liés à une vaccination COVID-19 dans la population pédiatrique des 5-11

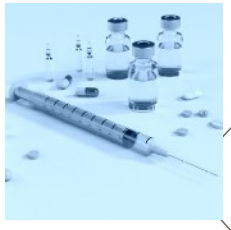


Advies/Avis nr. 80 (13/12/2021)

- de ethische uitdagingen van een verplichte vaccinatie van de volwassen bevolking (18 jaar en ouder) tijdens een pandemie
- Les enjeux éthiques liées à la mise en place d'une vaccination obligatoire à l'échelle de la population adulte (18 ans et plus) en période de pandémie

https://www.health.belgium.be/fr/comite-consultatif-de-bioethique-de-belgique

« Pandemics corpus » on Vaccination (VP)



- No other (ethically funded) choice than vaccination (« laisser faire le virus » is not an ethically-funded option)

- Health is not only an individual situation and includes the interdependance between citizens (especially when speaking about infectious diseases)

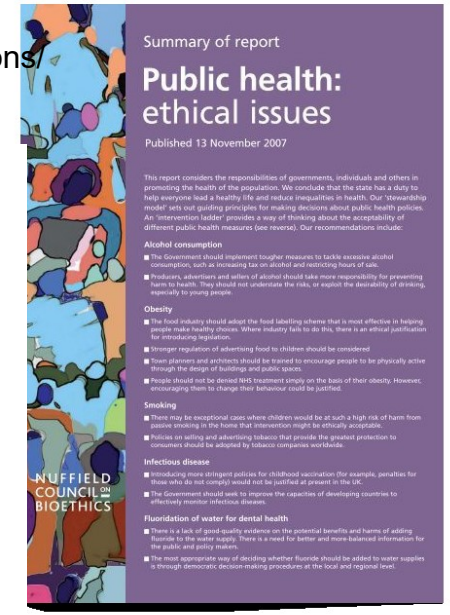
- Voluntary vaccination could be insufficient to maintain health care capacity and to mitigate consequences on the society → Need for a public debate about the different options (cf. Nuffield Council on Bioethics, Ladder of interventions)

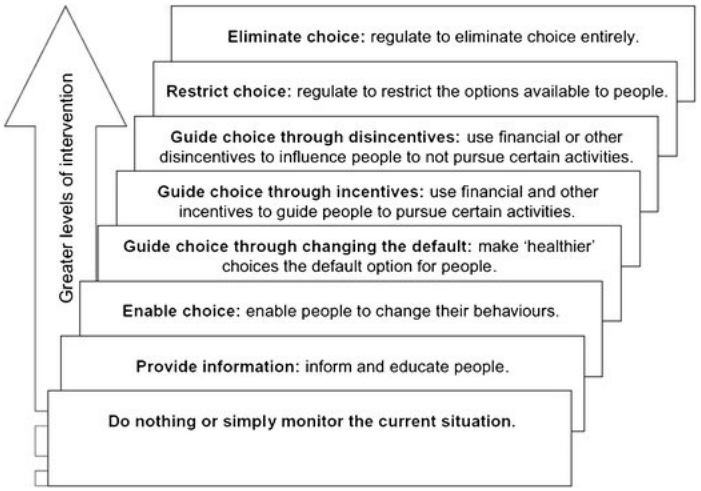
COMITÉ CONSULTATIF DE Bioéthique DE BELGIQUE

« Pandemics corpus »

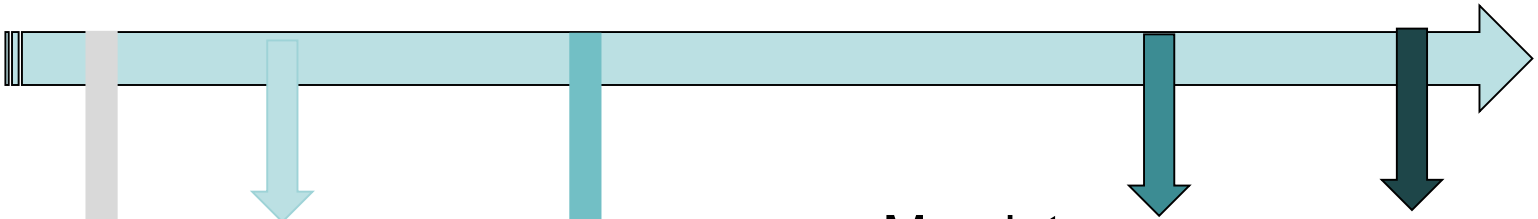
(VP)

Nuffield council on bioethics, 2007, p.42
https://www.nuffieldbioethics.org/publications/public-health.





Doing NOTHING



Provide information

Information + Free choice

Free choice + incentives

Mandatory vaccination for specific categories

Mandatory vaccination for all except med. Counterindications

« Pandemics corpus »/ CST (zd)



- Outil transitoire, vise à permettre la reprise d'une vie sociale dans un cadre plus sécurisé
- Doit intégrer différentes options et ne peut s'apparenter à une volonté détournée de forcer à la vaccination
- Jamais pour l'accès aux soins, à l'école et à l'alimentation

- Een tijdelijk overgangs-instrument, bedoeld om de hervatting van een sociaal leven in een veiligere omgeving mogelijk te maken
- Moet de verschillende opties integreren en mag niet worden gezien als een slinkse poging om vaccinatie af te dwingen
- Nooit voor toegang tot gezondsheidszorg, school en voedingswinkel

COMITÉ CONSULTATIF DE Bioéthique DE BELGIQUE

Focus (VP)

COMITÉ CONSULTATIF DE Bioéthique DE BELGIQUE

Avis n° 80 du 13 décembre 2021 relatif aux enjeux éthiques liés à la vaccination obligatoire de la population adulte (18 ans et plus) en période de pandémie

BELGISCH RAADGEVEND COMITÉ VOOR Bio-ethiek

Advies nr. 80 van 13 december 2021 betreffende de ethische uitdagingen van een verplichte vaccinatie van de volwassen bevolking (18 jaar en ouder) tijdens een pandemie.

Méthode de l'avis Nr. 80 (VP)

I. Prendre en compte les circonstances actuelles

II. Revisiter les réflexions du CCBB (Avis 48, 64, 75, 77, 78) à la lumière de ces circonstances spécifiques

→ **Recommandations et conclusions**

Werkwijze advies Nr.80

- Rekening houden met de huidige omstandigheden
- Actualisatie van de reflecties van het RCB (Adviezen 48, 64, 75, 77) in het licht van deze specifieke omstandigheden

→ **Aanbevelingen en besluiten**

I. Een huidige context gekenmerkt door wetenschappelijke feiten en onzekerheden (ZD)

I. Un contexte actuel marqué par des faits et des incertitudes

Huidige omstandigheden — Le contexte actuel

Feiten – Faits (ZD)

- Meer dan ¾ van de Belgische bevolking gevaccineerd (regionale verschillen)
- De huidige vaccins doen hospitalisatie en overlijden sterk dalen, maar het effect op transmissie is tijdelijk
- Dalende immuniteit noodzaakte derde prik (gebaseerd op Delta data)
- Omikron: ontsnapt deels aan immuniteit maar minder virulent

- Plus de ¾ de la population belge vaccinée (différences régionales)
- Les vaccins actuels réduisent fortement hospitalisation et mortalité mais l'effet sur la transmission est temporaire
- Immunité transitoire et nécessité un troisième dose (basé sur Delta data)
- Omikron; échappe partiellement à l'immunité mais moins virulent

Onzekerheden – incertitudes (ZD)

- over vaccins:
  - duur van de bescherming
  - aantal dosissen en herhaling
  - optimaal interval
  - Doelgroepen : de hele (18 +) bevolking of enkel aan risicogroepen ?
  - rol van natuurlijke infectie/hybride immuniteit
  - nieuwe varianten (omikron)

- sur les vaccins:
  - durée de la protection
  - nombre de doses et rappels
  - Interval optimal
  - Groupes cibles: toute la population adulte groupes à risques?
  - immunité naturelle/hybride
  - nouveaux variants (omicron)

- Impact van de nieuwe virusremmers
  (Paxlovid en Molnupiravir)

- Rôle des nouveaux antiviraux
  (Paxlovid en Molnupiravir)

COMITÉ CONSULTATIF DE Bioéthique DE BELGIQUE

L'hypothèse la plus probable - De meest waarschijnlijke hypothese (ZD)

- Evolutie: van de hypothese van « groepsimmuniteit » of « zero covid » naar die van een endemisch virus (« mee leren leven »)

Vaccinatie is :

- een essentieel onderdeel
- van een algemene strategie voor de korte, middellange en lange termijn
- die moet worden gecombineerd met andere maatregelen

- Évolution : de l'hypothèse de « « l' immunité de groupe »ou « zero covid» à celle d'un virus endémique (« vivre avec le virus »)

La vaccination est

- un élément essentiel
- dans une stratégie globale
- à court, moyen, et long terme
- à combiner avec d'autres mesures

Risico beperken – les risques à limiter(ZD)

- **voor ziekenhuis (ICU) opname en overlijd**en, (ook voor andere pathologie dan COVID-19);
- **ethische dilemma's voor zorgteams** (prioritering van zorg of triage);
- voor de **eerstelijnszorg**
- **intense viruscirculatie en nieuwe varianten.**

- **hospitalisation (SI) et décès**, y compris pour les personnes qui sont en attente de soins pour des pathologies autres que la COVID-19) ;
- le risque pour les équipes **soignantes de devoir faire face à des dilemmes éthiques** (priorisation des soins ou triage);
- **médecine de première ligne**
- **circulation rapide et intense du virus et nouveaux variants.**

II. Points d'appui au plan éthique (VP)

II. Ethische punten van ondersteuning

❖ La protection vaccinale comme patrimoine commun
Vaccinatiebescherming als "publiek goed"

- « *la protection collective que confère la vaccination est un* ***patrimoine commun*** *(ou un bien commun) qu'il convient, pour les autorités, de faire advenir, de soutenir et de maximiser en vertu du principe éthique de bienfaisance.* »

→ implique une responsabilité active des autorités
→ même lorsque l'immunité collective ne peut être atteinte

- Ce patrimoine commun n'est possible que sur la base du principe de solidarité (responsabilité sociale partagée)

- *"De collectieve bescherming die vaccinatie biedt is een* ***publiek goed*** *dat de overheid dient te bewerkstelligen, te ondersteunen en te maximaliseren op grond van het ethische beginsel van 'weldoen"*

→ Active verantwoordelijkheid van de overheid
→ Zelfs wanneer groepsimmuniteit niet kan worden bereikt

- Solidariteitsprincipe (gedeelde sociale verantwoordelijkheid)

COMITÉ CONSULTATIF DE Bioéthique DE BELGIQUE

❖ la solidarité comme valeur
het solidariteitsbeginsel

- « *Tous ne tomberont pas malades mais tous peuvent contribuer à la protection* »

- Base volontaire est prioritaire mais… peut être revisitée si insuffisante à protéger l'intérêt public et les personnes « fragiles »:
  - personnes à risque de formes graves
  - Personnes à distance des systèmes de soin
  - Personnes en attente de soin pour d'autres pathologies

- *"niet iedereen zal ziek worden, maar iedereen kan bijdragen tot bescherming".*

- Vrijwilligheid is prioritair maar… kan worden herzien indien dit niet volstaat voor de algemene bescherming en voor "kwetsbare' personen:
  - Mensen die het risico lopen op ernstige vormen van de ziekte
  - Mensen met een afstand tot de gezondheidszorg
  - Mensen die wachten op zorg voor andere ziekten

❖ Une balance « bénéfices/risques » surveillée et toujours favorable - een gecontroleerde gunstige risico/baten-verhouding

- Les risques d'effets secondaires entrent dans la balance (la vaccination est une prévention!)
- examen par les autorités de la balance B/R (AFMPS, EMA)
- Pas de changement fondamental dans la balance bénéfice/risque par catégorie d'age

- rekening houden met risico op bijwerkingen (vaccinatie is preventieve maatregel!)
- onderzoek van de risico/baten-verhouding door de autoriteiten (FAGG, EMA)
- geen fundamentele verandering in de risico/baten verhouding per leeftijdscategorie

❖ Transparence - Transparantie

- **Le recours à la vaccination doit être un choix énoncé de façon transparente par les autorités**

→ Le comité ne soutient pas l'usage du CST/1G (+ réévaluation CST actuel)

- **de keuze voor verplichte vaccinatie door de autoriteiten moet op transparante wijze gebeuren**

→ Het comité is tegen het gebruik van het CST of het vaccinatiebewijs ((1G) (+ herevalueren van het huidige CST)

❖ proportionalité, légalité et justice
proportionaliteit, wettelijkheid en rechtvaardigheid

A. Sanctions

- prévues par la loi
  Clairement définies
- Proportionnées
- Equitables

→ Pas de refus d'accès aux soins

→ Pas de contrainte physique

A. Sancties

- Bij wet bepaald
- Duidelijk omschreven
- Evenredig
- Fair

→ Geen weigering van zorg

→ Geen fysieke drang

B. Responsabilité de l'Etat et vaccination obligatoire –

- Aucun acte médical n'est dénué de risque à 100%
- Si vaccination obligatoire → mécanisme d'indemnisation efficient et rapide

B. Verantwoordelijkheid van de overheid en verplichte vaccinatie

- Geen enkele medische handeling is risicoloos
- Bij verplichte vaccinatie -> efficiënte en vlotte regeling voor schadevergoeding

C. choix des groupes cibles

- **Le CCB considère que rendre obligatoire la vaccination uniquement pour les groupes à risques pose problème au plan éthique**

→ **Difficultés:**

- Identification van patienten
- Protection de la vie privée
- pas basé sur la solidarité

C. keuze van doelgroepen

- **Het RCB meent dat enkel risicogroepen verplicht vaccineren problemen stelt**

→**Moeilijkheden:-**

- Identificatie van patiënten
- Bescherming van de persoonlijke levenssfeer
- Niet op solidariteit gebaseerd

III. Besluiten (ZD)

III. Conclusions

Conclusions ZD

- **Sur le principe,** le recours à la vaccination obligatoire pour la population adulte (sauf contre-indication médicales) **est éthiquement acceptable dans le cadre de la mise en place d'une stratégie globale de réduction des risques (vaccination + autres mesures)**

Si et seulement si:

Besluiten

- **In principe** is verplichte vaccinatie van de volwassen bevolking (met uitzondering van medische contra-indicaties) **ethisch aanvaardbaar in het kader van een globaal beleid gericht op risicobeperking (vaccinatie en andere maatregelen)**

Als en alleen als:

COMITÉ CONSULTATIF DE Bioéthique DE BELGIQUE

Conclusions

Si et seulement si:

- ✓ Schéma vaccinal défini et consolidé sur base d'un consensus scientifique robuste (+ articulation autres mesures)
- ✓ Cela concerne l'ensemble de la population adulte
- ✓ Aucune modification importante de la balance B/R pour tous les âges
- ✓ Annoncé clairement et de façon transparente

Besluiten

Als en alleen als:

- ✓ Vaccinatieschema vastgesteld en geconsolideerd obv solide wetenschappelijke consensus (+ kader van andere maatregelen)
- ✓ Het de gehele volwassen bevolking betreft
- ✓ Geen belangrijke wijziging van de risico/baten-verhouding voor alle leeftijden
- ✓ Duidelijk en transparent aangekondigd

COMITÉ CONSULTATIF DE Bioéthique DE BELGIQUE

Conclusions

- ✓ **information du public:** Pourquoi? Comment? Quand? Qui pourra vérifier le certificat de vaccination? Quid si on ne met pas en place la vaccination obligatoire ?

- ✓ **LOI (soumise au débat parlementaire):**
  - Sanctions proportionnées et équitables (pas de contrainte physique, pas de refus de soins, …)
  - Régime d'indemnisation

Besluiten

- ✓ **Voorlichting v/h publiek:** Waarom? Hoe? Wanneer? Wie zal vaccinatiebewijs controleren? Wat gebeurt er indien geen verplichte vaccinatie? …

- ✓ **WET (na een parlementair debat:**
  - Evenredige en billijke sancties (geen fysieke dwang, geen weigering van zorg, …)
  - Schadevergoedingsstelsel

Conclusions finales

Slotbesluiten

*« Ten slotte beveelt het Comité aan dat de boodschappen inzake volksgezondheid op een duidelijke, begrijpelijke en **niet-polariserende** wijze worden overgebracht ten behoeve van de bevolking. (…) in een klimaat van vertrouwen, niet alleen in het kader van de vaccinatie tegen COVID-19, maar ook voor het vaccinatiebeleid in het algemeen. »*

*« Pour finir, le Comité recommande que les messages de santé publique soient dispensés selon un calendrier clair, compréhensible et **non polarisant** au bénéfice de la population. (…) dans un climat de confiance non seulement à l'égard de vaccination contre la COVID-19 mais aussi vis-à-vis de la politique générale de vaccination. »*

FACULTEIT GENEESKUNDE EN GEZONDHEIDSWETENSCHAPPEN

FACULTEIT RECHT EN CRIMINOLOGIE

HET JURIDISCH VRAAGSTUK VAN DE VACCINATIEPLICHT

Prof. dr. Tom Goffin

UNIVERSITEIT GENT

METAMEDICA

QUALITY & SAFETY GHENT
Expert centre for Quality and Safety in Primary Care

- Docent Gezondheidsrecht Universiteit Gent
  - Metamedica
  - Quality & Safety Ghent
- Voorzitter Federale Commissie “Rechten van de Patiënt”
- Lid met raadgevende stem Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek
- Expert “gezondheidsrecht” Hoge Gezondheidsraad
- GEMS+
- Voorbereidend werk “verplichte vaccinatie zorgpersoneel”
- Lid Werkgroep Organisatie Vaccinatie-strategie i.o.v. Taskforce Vaccinatie

UNIVERSITEIT GENT

VACCINATIEPLICHT – QUID?

METAMEDICA

QUALITY & SAFETY GHENT
Expert centre for Quality and Safety in Primary Care

WAT WORDT BEDOELD MET VACCINATIEPLICHT?

- Morele verplichting van de maatschappij via uitgebreide vaccinatiecampagnes, zonder juridische gevolgen
- Informatieplicht over de gevolgen van de weigering tot vaccinatie/ opkomstplicht
- Vaccinatievoorwaarde voor niet-essentiële activiteiten
- Vaccinatievoorwaarde voor essentiële activiteiten (onderwijs, arbeid, …)
- Expliciete vaccinatieplicht

JURIDISCHE RANDVOORWAARDEN

METAMEDICA

QUALITY & SAFETY GHENT
Expert centre for Quality and Safety in Primary Care

EHRM 8 APRIL 2021 VARICKA EA VS. TSJECHIË

- Art. 8 EVRM
  - Wettigheidsbeginsel
  - Legitimiteitsbeginsel
  - Proportionaliteits-/Noodzakelijkheidsbeginsel
    - Minst vergaande maatregelen
    - Dringende maatschappelijke nood

- Lidstaten best geplaatst om noodzaak van een maatregel te beoordelen
  - Sociale solidariteit
- Brede appreciatiemarge
- Omstandigheden specifiek

UNIVERSITEIT GENT

PROPORTIONALITEIT

METAMEDICA

QUALITY & SAFETY GHENT
Expert centre for Quality and Safety in Primary Care



UNIVERSITEIT GENT

Waarom?

- Advies Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek, 14 december 2015 betreffende de ethische aspecten van de vaccinatieverplichting
  1. Het beschermen van ieder individu tegen ziekte, hospitalisatie en overlijden
  2. Het beschermen van personen die aan bijzondere risico's zijn blootgesteld, of het beschermen van kwetsbare personen
  3. Het bereiken van groepsimmuniteit/ hoge graad van immuniteit

UNIVERSITEIT GENT

Wie?

- Gehele bevolking
- Bepaalde bevolkingsgroep
  - Minderjarigen
  - Meerderjarigen
  - Kwetsbare (oudere) personen
  - Groep binnen de maatschappij (bv. zorgpersoneel)

Hoe?

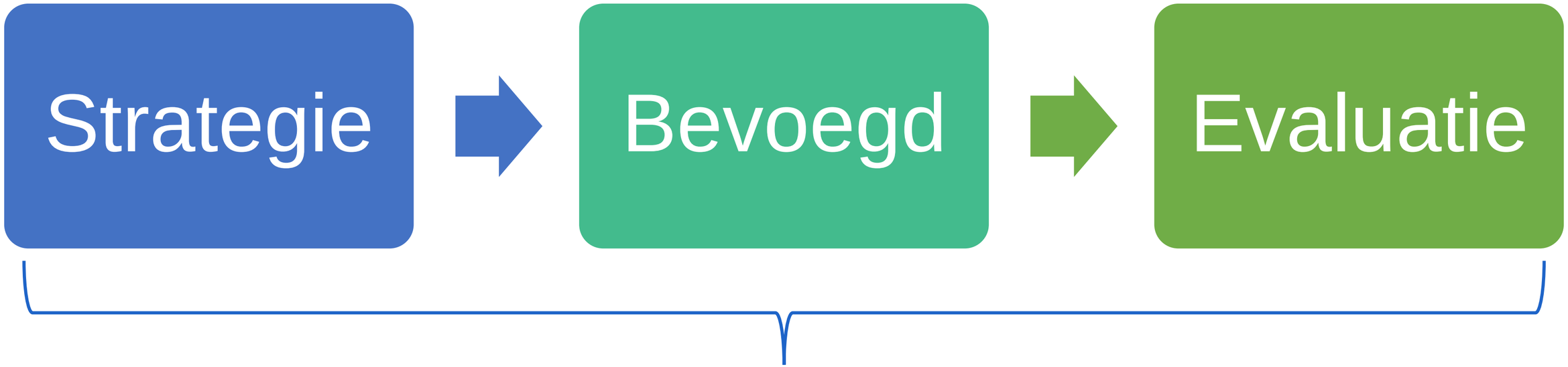
- Wat wordt er verplicht?
  - Eenmalige vaccinatie of booster?
- Wat voor mensen die om medische redenen niet kunnen gevaccineerd worden?
- Wat zijn de gevolgen en/of sancties van een niet-vaccinatie?
- Hoever is de verplichting tot het gebruik van het vaccin wetenschappelijk onderbouwd en gemotiveerd?
- Is er schadeloosstelling voorzien?

UNIVERSITEIT GENT

NOODZAKELIJKHEID

METAMEDICA

QUALITY & SAFETY GHENT
Expert centre for Quality and Safety in Primary Care



UNIVERSITEIT GENT

Strategie

- Minst vergaande maatregel
  - Informatie/sensibilisering ⟹ vertrouwen
  - Organisatie van de zorg

- Weloverwogen plaats binnen totale coronabeleid

UNIVERSITEIT GENT

Bevoegd

- Exclusieve federale bevoegdheid
  - Art. 5, § 1, I, 8° Bijzondere wet hervorming der instellingen - nationale maatregelen inzake profylaxis
    - D.i. verplichte inentingen
- Elk binnen eigen bevoegdheid
  - Wet van 4 augustus 1996 betreffende het welzijn van de werknemers bij de uitvoering van hun werk
  - Decreet van 21 februari 2019 betreffende de versteviging van de kwaliteit en de toegankelijkheid van de opvang van jonge kinderen in de Franse Gemeenschap

UNIVERSITEIT GENT

Evaluatie

- Continue noodzakelijkheid
- Voortschrijdend wetenschappelijk inzicht

- Systeem vereist om maatregelen op geregelde tijdstippen te evalueren
  - Moet minst vergaande maatregel blijven
  - Effectiviteit

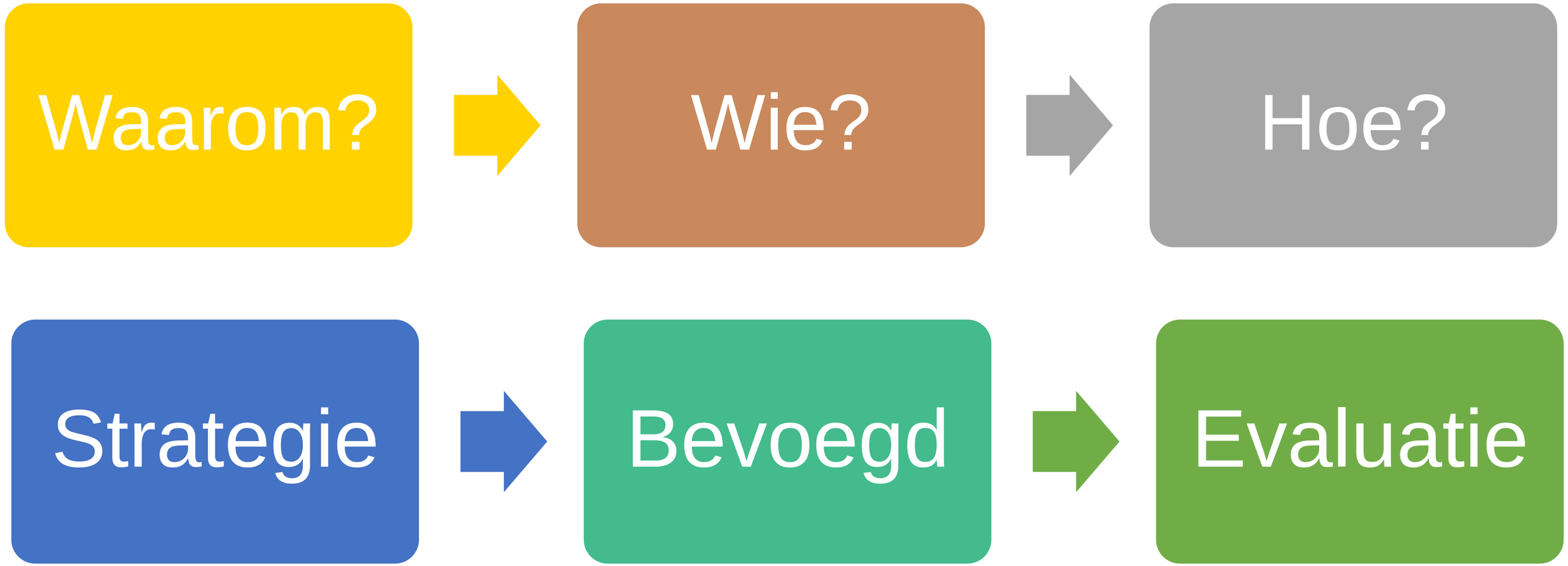
UNIVERSITEIT GENT

BESLUIT

METAMEDICA

QUALITY & SAFETY GHENT
Expert centre for Quality and Safety in Primary Care

VACCINATIEPLICHT PRO OF CONTRA?



UNIVERSITEIT GENT

Prof. dr. Tom Goffin
Vakgroep Volksgezondheid en eerstelijnszorg
Faculteit Geneeskunde en
Gezondheidswetenschappen
tom.goffin@ugent.be

Twitter: @tom_goffin
LinkedIn: Tom Goffin

UNIVERSITEIT GENT

METAMEDICA

QUALITY & SAFETY GHENT
Expert centre for Quality and Safety in Primary Care

Unia, > 25 jaar ervaring in België

Unia monitort de maatschappelijke gevolgen van de coronamaatregelen	Meldingen: 36% van de meldingen die Unia de voorbije 2 jaar ontving betreffen Covid	Unia analyseert de maatregelen in een perspectief van mensenrechten en antidiscriminatie

CONVENTION ON THE RIGHTS OF PERSONS WITH DISABILITIES

NATIONS UNIES DROITS DE L'HOMME HAUT-COMMISSARIAT

Els KEYTSMAN & Patrick CHARLIER, directeurs

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS, 2 février 2022

Cijfers

Jaar	Alle meldingen	Covid meldingen	Non-Covid meldingen	% aandeel Covid meldingen
2020 (1/2/20 - 31/12/20)	8868	2268	6600	25,6
2021	10610	4315	6295	40,7
2022 (1/1/22 - 31/1/22)	1384	922	462	66,6
	20862	**7505***	**13357**	**36,0**

	COVID Marc Noppen covid niet gevaccineerde moeilijk maken	305
sep/21	uitspraak media CORONA-Persconferentie-Uitspraken Alexander De Croo tav niet-gevaccineerden	269
mei/20	COVID-19 - Reactie van burgers ouder dan 65 die als "risicogroep" worden bestempeld, louter op grond van hun leeftijd en niet van hun gezondheidstoestand.	266

Aandachtspunten over twee dimensies: Wettelijk kader + maatschappelijke impact

Vooreerst een noodzakelijk voorwoord over de doelstellingen van de hier besproken maatregelen

1. **RISICOGROEPEN vaccineren?**
2. **IEDEREEN vaccineren?**
3. **OP DE WERKPLEK vaccineren?**
4. **Vaccineren of de vaccinatiestatus CONTROLEREN?**

Voorwoord

- **Waartoe engageren overheden zich als het gaat om het recht op gezondheid?**
  - Een positieve verplichting voor overheden
  - Gezondheid = Preventie, Bescherming, Toegang tot gezondheid, Vrije keuze + Gezondheid in de breedste zin van het woord (*Care*)
  - ➢ Gaat dit dezelfde kant op?

- **Er zijn inherente spanningen aan de bescherming van dit recht, vooral in tijden van pandemie:**
  - Recht op fysieke integriteit VS verspreiding van het virus en druk op de gezondheidszorg
  - Individuele vrijheid VS volksgezondheid

Vaccinatie van risicogroepen

Welk kader?

- Containerbegrip & drie lagen van kwetsbaarheid die kunnen oplopen
- Proportionaliteit & vaccinatiegraad van deze groepen
- Dagelijkse controle & sancties

Welke maatschappelijke impact?

- Verspreidingseffect naar nabije omgeving
- *Nothing about us without us*

Vaccinatie op de werkplek

Welk kader?

- WIE? Per sector en/of per beroep?
- Continuïteit van de openbare dienst
- Proportionaliteit met betrekking tot quarantaineregels en andere werkpost
- Rol van arbeidsgeneesheer

Welke maatschappelijke impact?

- In welke mate zijn een herstelcertificaat, een PCR-test EN voorzorgsmaatregelen (*cheese*) minder veilig dan vaccinatie?
- Verspreidingseffect naar andere beroepen (gevangenispersoneel? administratief personeel?...)
- Uitzonderingen
- Consensus nodig tussen de sociale partners

Algemene vaccinatieplicht

Welk kader?

- Legitimiteit, noodzaak en proportionaliteit VS Varianten, effectiviteit van vaccin in de tijd
- Verplichte vaccinatie: quid dagelijkse controle van vaccinatiestatus? Sancties?
- Arrest EHRM over verplichte vaccinatie van kinderen

Welke maatschappelijke impact?

- Vermindert last individuele beslissing maar maximale druk op niet-gevaccineerden (One size fits…)
- Wordt gezien als verlichting van druk op zorgpersoneel
- Algemene vaccinatie gezien als positief in vergelijking met vaccinatie pas? Quid controle?
- Verspreidingseffect? Eerste stap naar verplichte kindervaccinatie?

Pass vaccinal comme incitant à la vaccination?

Quel Cadre?

- Pass = le « moyen du moyen » de lutter contre l'épidémie
- Le moyen le moins attentatoire? Circulation des données? Proportionnalité vu le taux de vaccination ?...
- Contrôles d'identité pratiqués par des personnes privées & non formées
- Pass vaccinal comme le CST: rôle du Parlement?
- Tache d'huile: à partir de quel âge?
- Quel recours contre les contrôles abusifs et les utilisations illégales du Pass? Cf CST

Quel impact sociétal?

- Risques de profilage discriminatoire
- Au nom de la sécurité, on contrôle tout le monde – on passe de la précaution à la prédiction
- Quid de l'écartement du certificat de rétablissement et le test PCR? Or le testing joue un rôle d' égalisateur sociétal à un moment T

… Test de la mesure à un temps T et dans l'état actuel de nos connaissances

- Objectif de la mesure?
- Cette mesure est-elle nécessaire pour atteindre cet objectif?
- Les moyens proposés pour atteindre cet objectfs sont-il proportionnés?
- N'exsite-il pas des moyens moins attentatoires aux droits fondamentaux? Ou des combinaisons de moyens?
- Légalité? Prévisibilité? Lisibilité?
- Quel controle de l'effectivité? Qui? Comment?
- Existe-t-il des dérogations possibles?
- Quelles sanctions et quels effets sur les plus précarisés?
- Quels recours accessibles et connus contre les sanctions prévues?
- Quel impact de la mesure en terme de stigmatisation?
- Quel impact en terme de polarisation?

… Test de la mesure à un temps T et dans l'état actuel de nos connaissances

	Nécessité	Porportionnalité	Légalité	Controle de l'effectivité	Sanctions & Recours	Stigmatisation	Polarisation	Dérogation
Vax catégorielle								
Vax Généralisée								
Pass Vaccinal								
Vax Pro								

Conclusion

Obligation vaccinale = restriction importante & irréversible des droits fondamentaux et irréversible

Il faut pouvoir démontrer qu'adopter cette mesure permet un gain significatif en termes de capacité à atteindre les objectifs fixés.

Politique de réduction des risques avec les personnes concernées

Les mesures doivent être limitées dans le temps et il faut prévoir une réévaluation régulière de leur nécessité et de leur proportionnalité.

UNIA

unia.be

Obligation vaccinale, pass vaccinal, CST ou levée du CST:

Une approche psychologique

VINCENT YZERBYT

PROFESSEUR DE PSYCHOLOGIE SOCIALE (UCLOUVAIN)

PSYCHO & CORONA ET BAROMÈTRE DE LA MOTIVATION

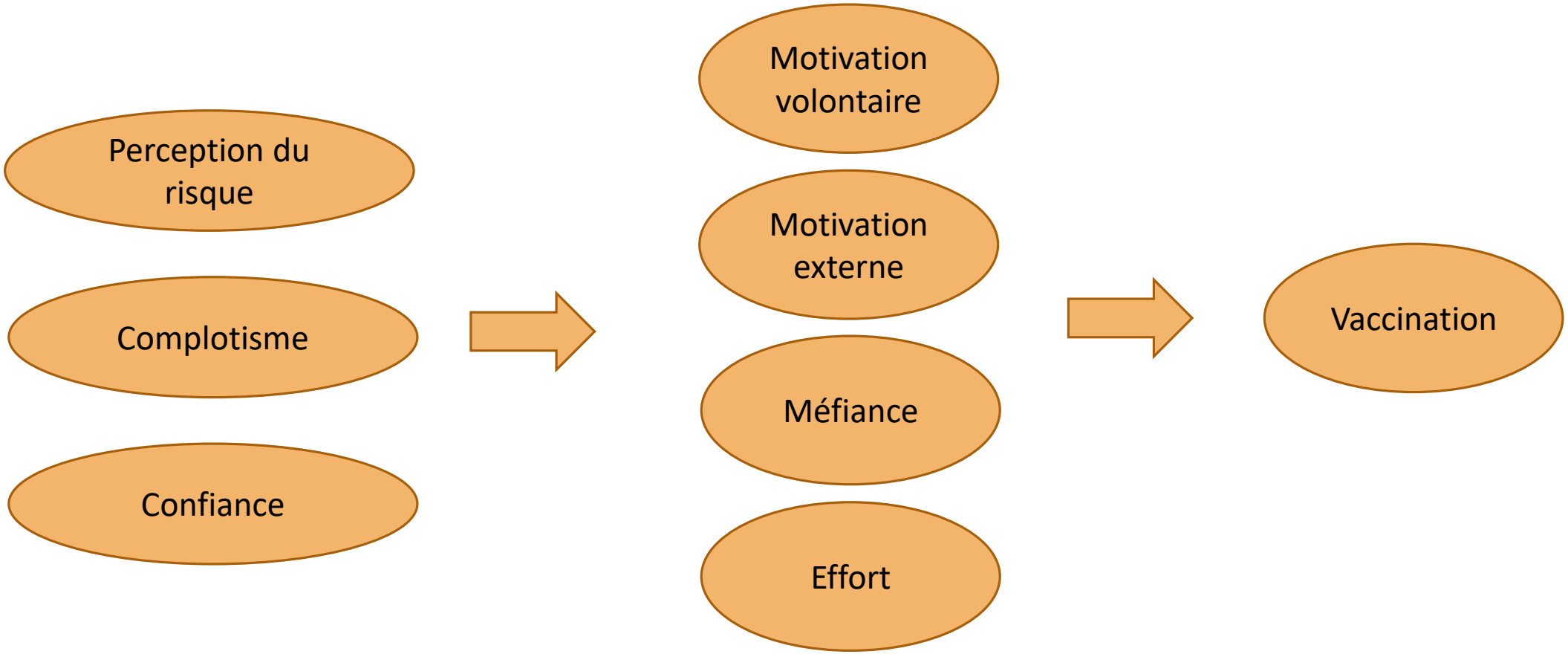
AUDITION À LA COMMISSION SANTÉ 2 FÉVRIER 2022

Quatre questions centrales

- Comment les personnes se positionnent-elles **aujourd'hui** face à la vaccination et quid **d'autres scénarios** ?
- **L'hésitation vaccinale**: dans et au-delà de notre baromètre ?
- **La bataille de l'information** : Travailler la confiance !
- L'approche **individualisée** et l'engagement **collectif**

Comment les personnes se positionnent-elles aujourd’hui face à la vaccination et quid d’autres scénarios ?

Les motivations à (ne pas) se faire vacciner



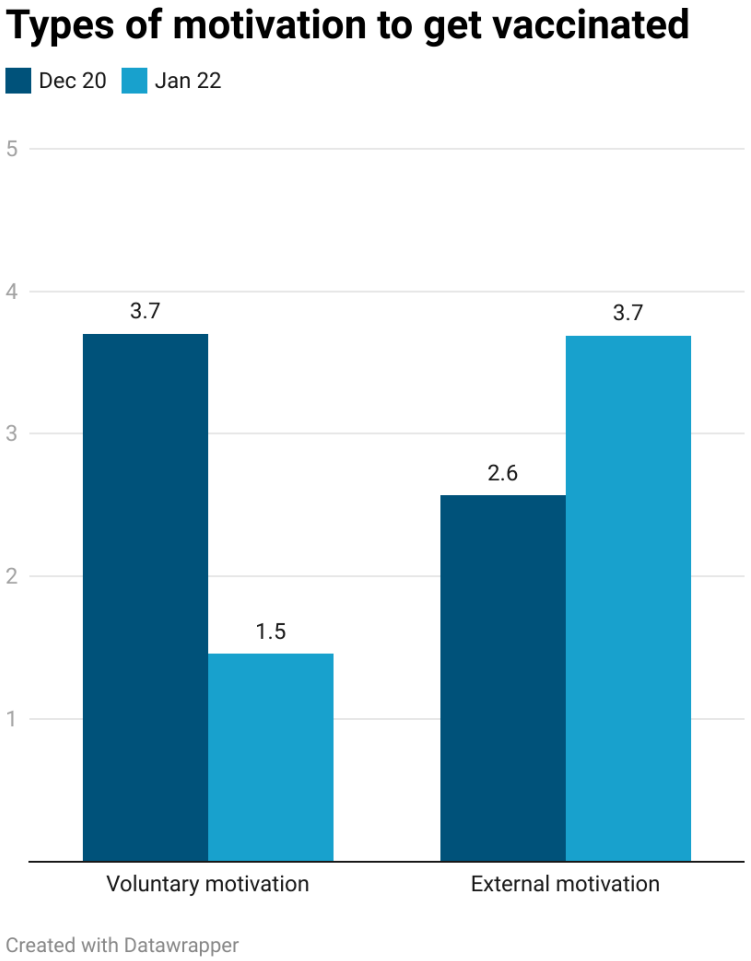
Van Oost, P, Yzerbyt, V., Morbée, S., Van den Bergh, O., Van Oost, P., ... & Klein, O. (2022). The relation between conspiracism, government trust and Covid-19 vaccination intentions.

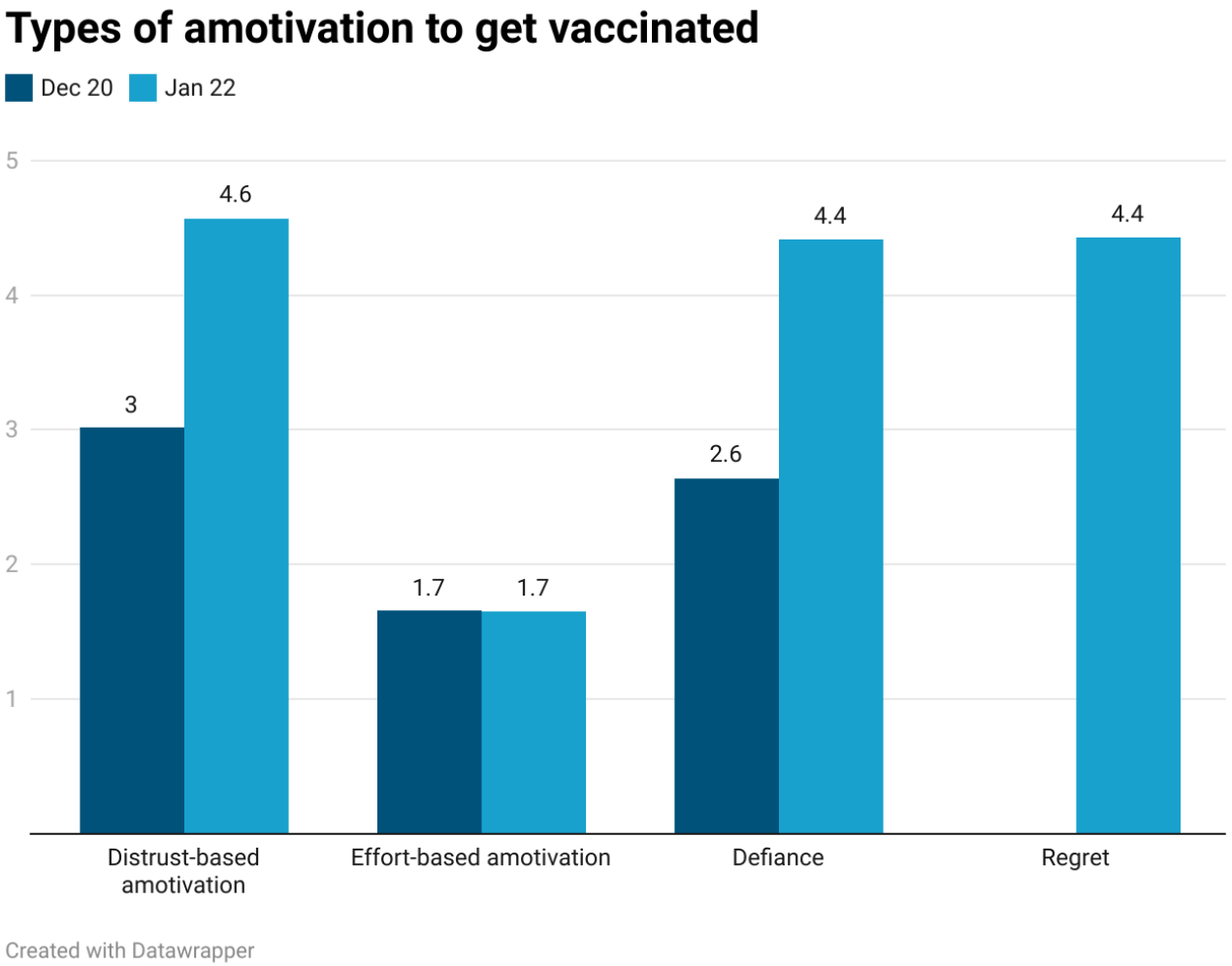
Schmitz, M., Luminet, O., Klein, O., Morbée, S., Van den Bergh, O., Van Oost, P., ... & Vansteenkiste, M. (2021). Predicting vaccine uptake during COVID-19 crisis: A motivational approach. *Vaccine*.

Peu à peu, le profil motivationnel des non-vaccinés s'est modifié.
Evolution entre Décembre 2020 et Janvier 2022



- Report #18 & #40
- December 2020 & Januari 2022
- *N* = 6065 & 16892





Quelles positions face aux divers scénarios ?

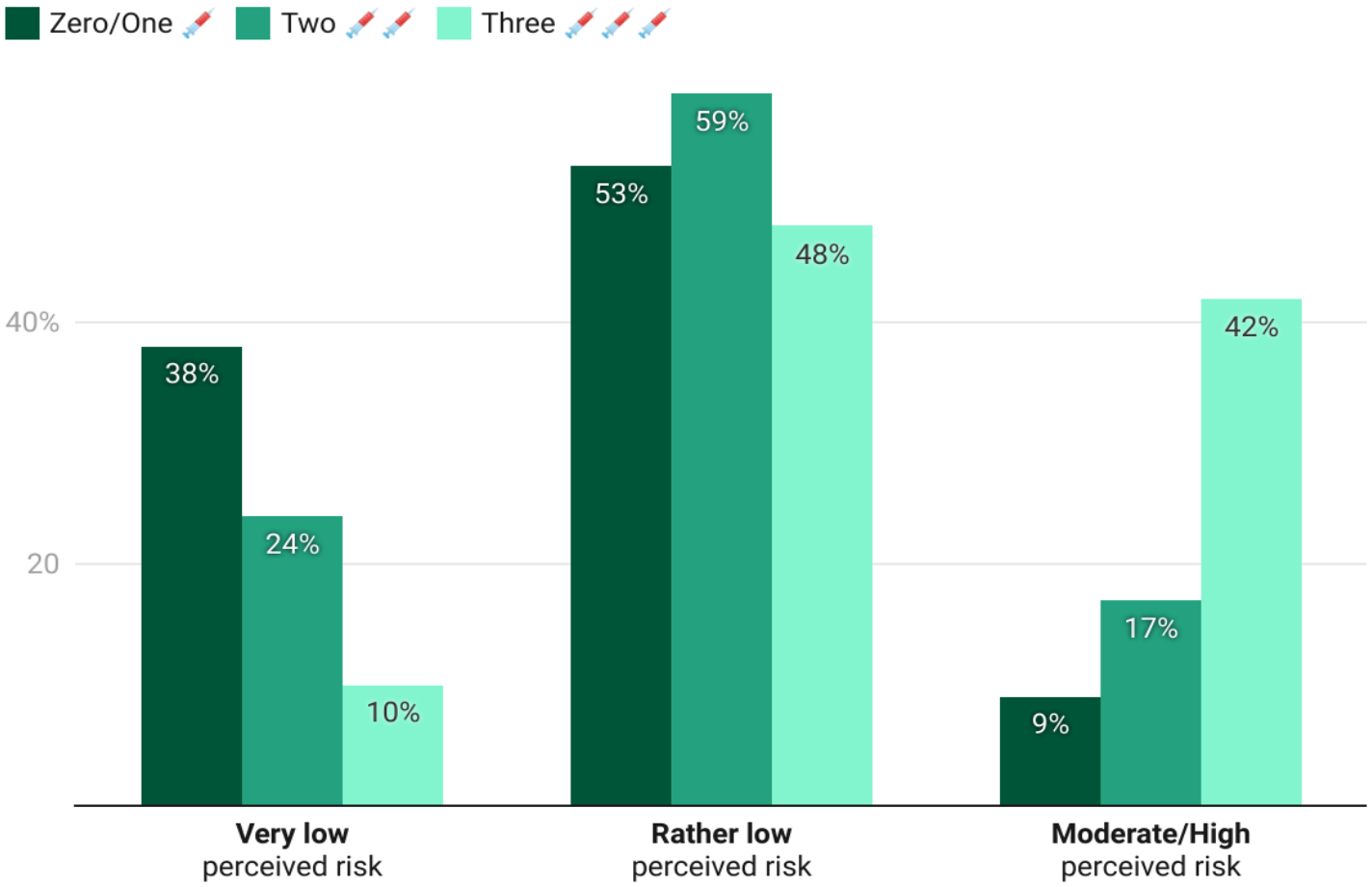
- La dernière étude du Baromètre réalisée du 22 au 24 janvier (N = 16891)
- 4 scénarios possibles de gestion de la pandémie

Obligation vaccinale	1G = Pass vaccinal	Maintien du CST	Levée du CST

- Mesures d'acceptation et de bien-être
- Mais aussi sur
  - autonomie, inquiétudes, clarté des mesures, potentiel de conflit, confiance, sentiment de sécurité,

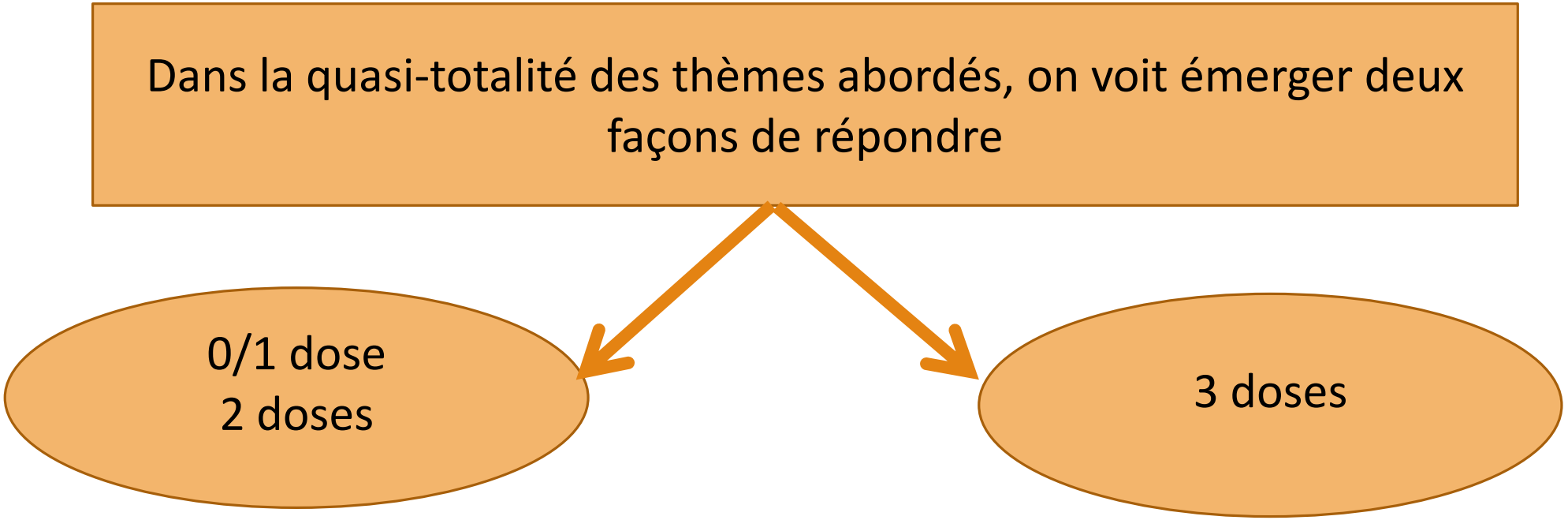
UCLouvain

Proportion of people in categories of risk perception by number of vaccination doses



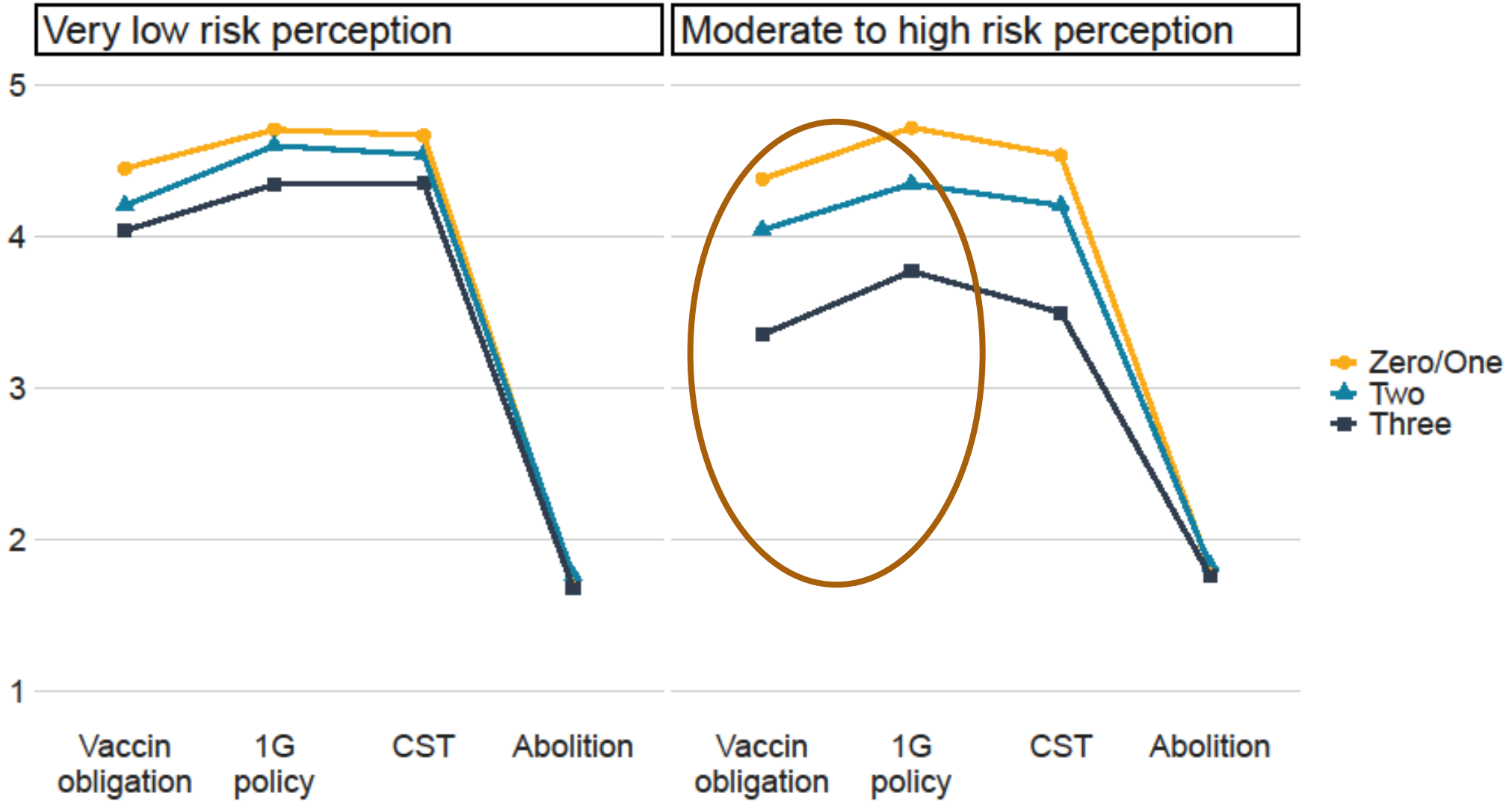
Created with Datawrapper

Quelles positions face aux divers scénarios ?



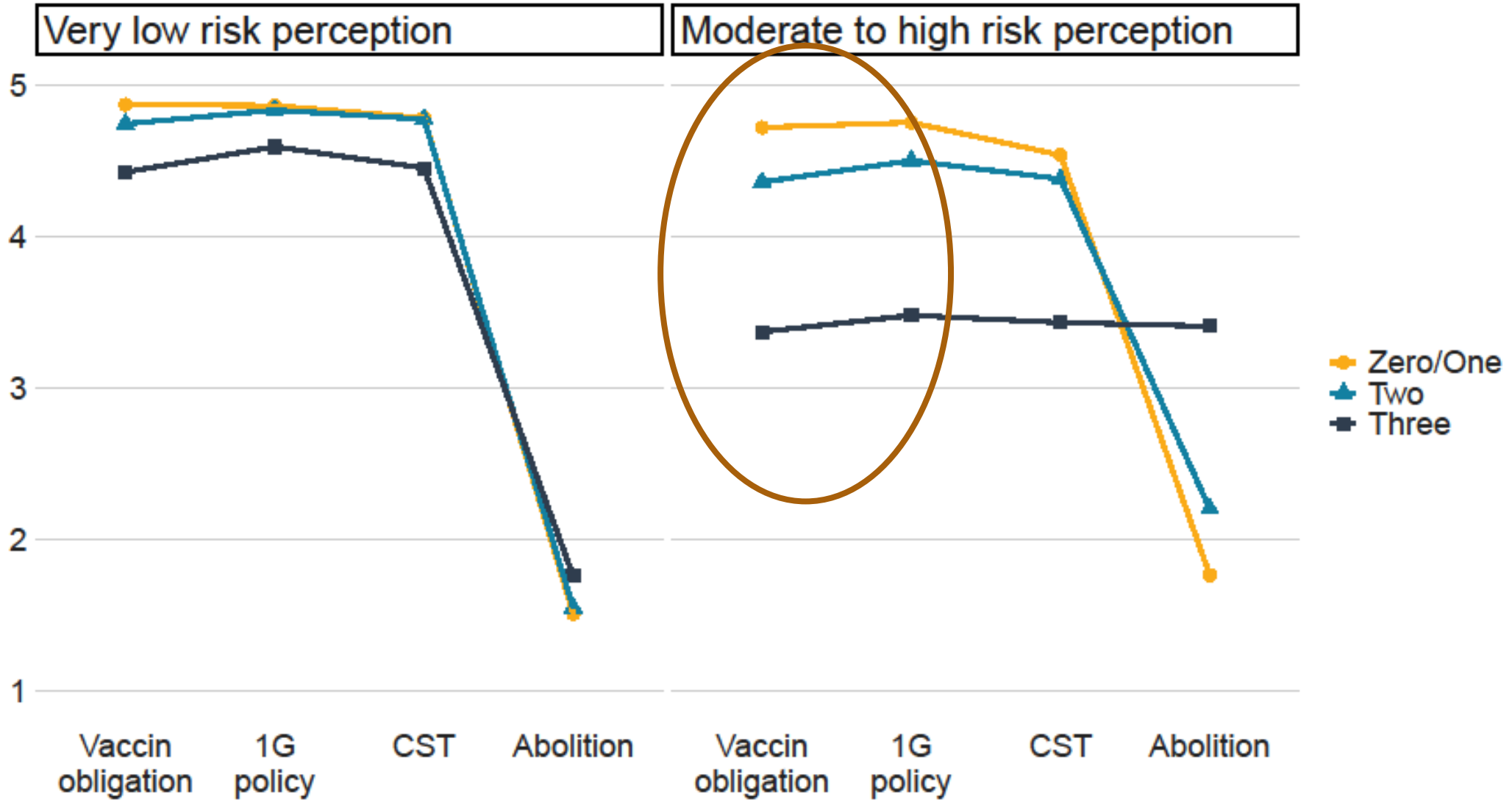
UCLouvain

Veiled way to convince people to be vaccinated



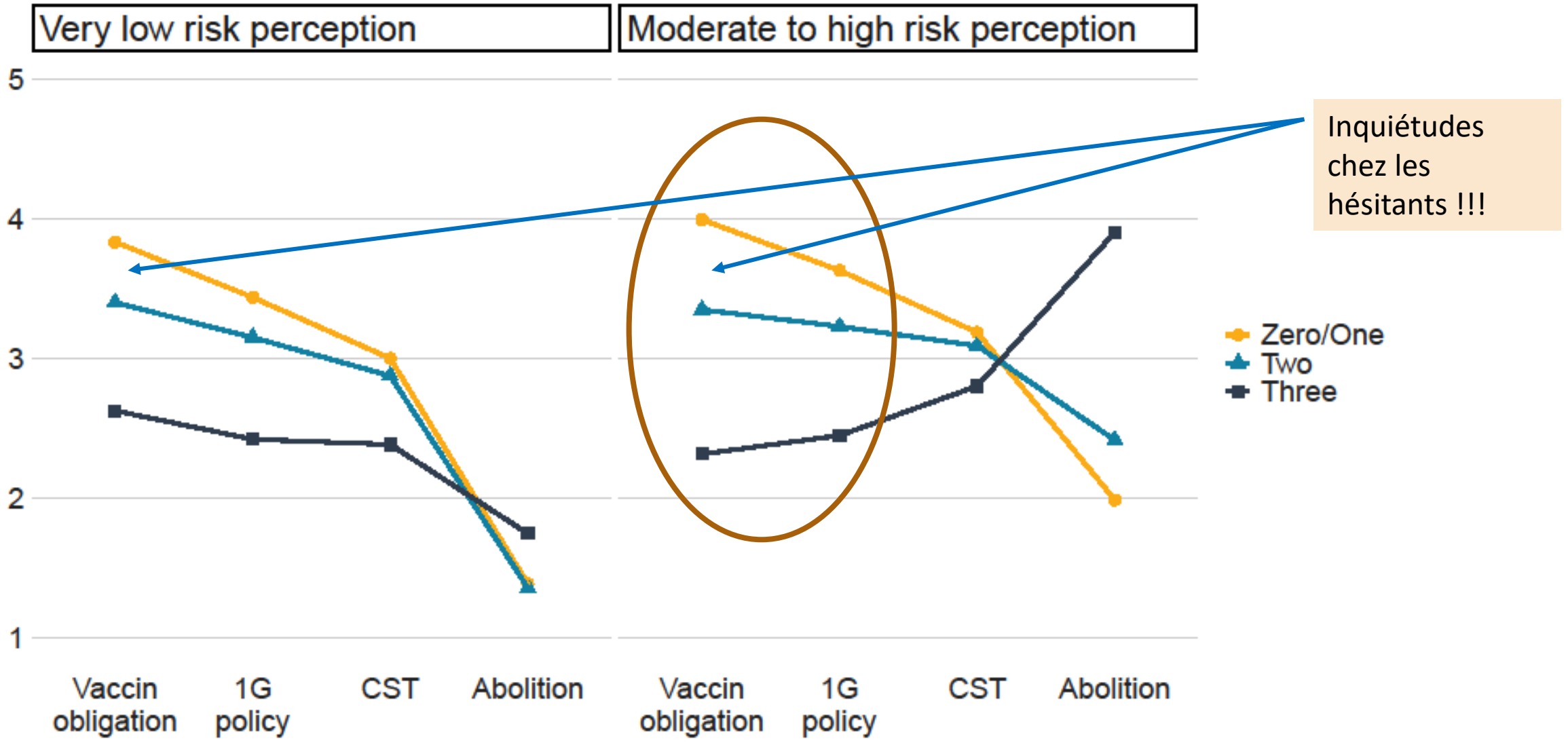
UCLouvain

This creates more tension and conflict between people



UCLouvain

Concerned about the health of myself and significant others



Quels messages ?

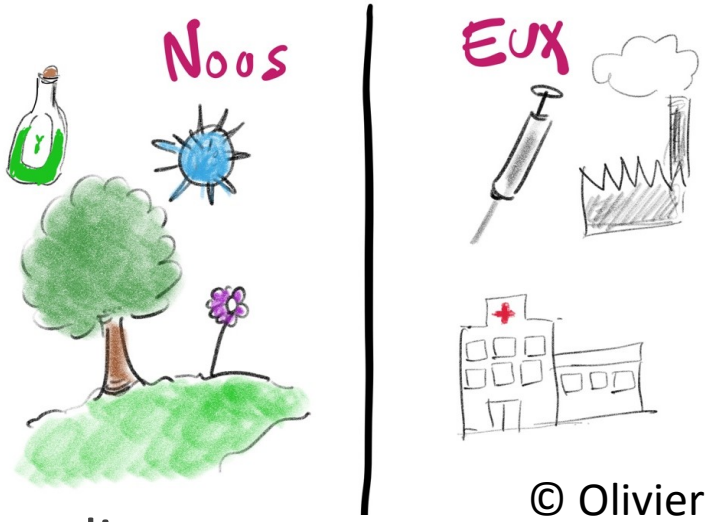
- Les **non-vaccinés** voient le plus souvent les conséquences d'une infection comme faibles à modérées et ne réagissent pas autrement même s'ils voient des conséquences graves.
- Les **vaccinés une dose ou deux doses** présentent un profil similaire aux non-vaccinés
- En revanche, les **vaccinés 3 doses** sont plus nombreux à percevoir des conséquences graves et se démarquent dans leur lecture de la situation
- La mesure globalement la moins apprécié est le **pass vaccinal,** car plus hypocrite, moins claire et vue comme source de tensions et de conflit.
- **L'obligation généralisée** préoccupe les non-vaccinés au niveau de leur santé

Quels messages ?

- Au plan psychologique, le **momentum** pour l'obligation vaccinale généralisé est passé
- Pour qu'une obligation **généralisée** soit perçue comme **légitime**, il faudrait plus
  - de sévérité (perçue) dans les conséquences d'une infection (notamment COVID long)
  - d'efficacité des vaccins
  - d'informations sur les retombées extra-COVID (médicales et non médicales)
- Pour que cette information **soit entendue par la population**, il y a besoin d'
  - un sentiment de prise en compte de l'intérêt individuel et collectif (cohésion)
  - une confiance envers les autorités (les experts et les professionnels des soins de santé sont bien évalués mais les politiques peuvent mieux faire)
- Les mêmes ingrédients prévalent pour **le respect des gestes barrières**

Les non-vaccinés : dans et au-delà de notre baromètre ?

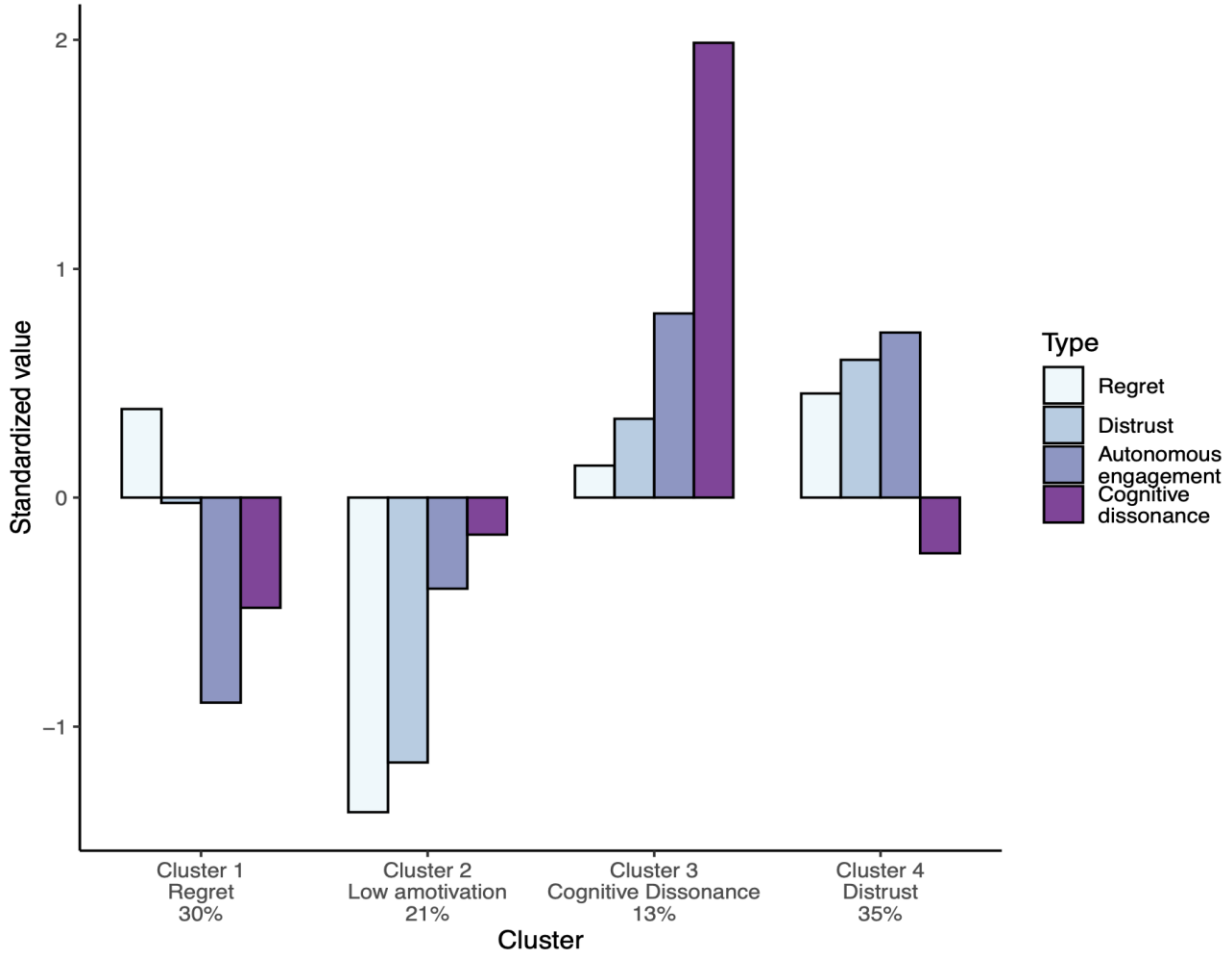
Différents profils…



© Olivier Klein

- Les vaccinés et les non-vaccinés
- La tentation est de voir deux groupes homogènes
- Or, les vaccinés ne sont pas tous sur la même ligne
- Et les non-vaccinés rassemblent eux aussi des groupes divers
- Pour être plus à l'écoute, notamment face aux personnes non-vaccinés
  - On peut regarder un ensemble de **dynamiques psychologiques** au sein du baromètre:
    - **Ainsi, même si on est non-vacciné, plus on perçoit du risque plus on prône le vaccin**
  - On doit aussi être attentif à ce qui se passe en dehors des données d'enquête

Différents profils… dans le baromètre



1 : Regret anticipé
« je ne voudrais pas prendre le risque… »
« Je m'en voudrais si… »

3: Dissonance cognitive
« Les gens me critiqueraient.. »
« Je perdrais la face si… »

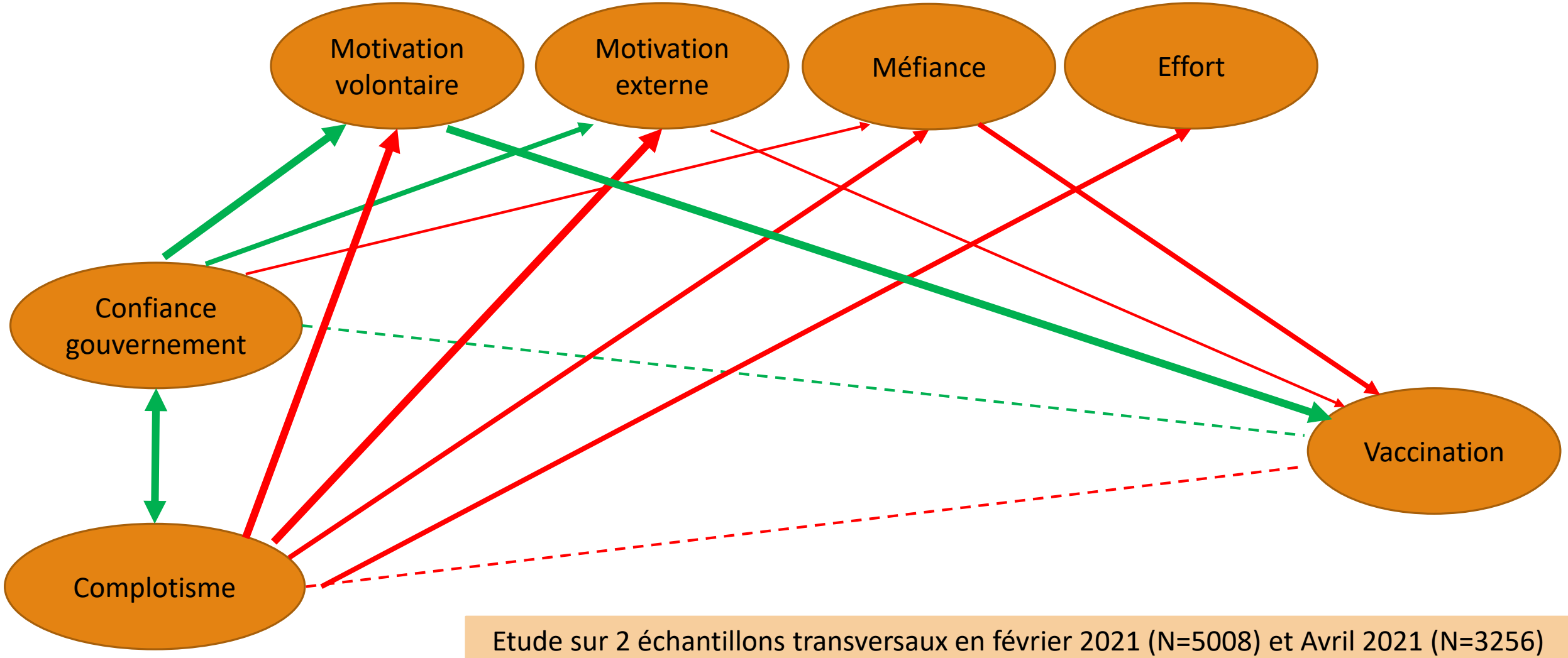
2: Circonstances actuelles mais moins de résistance

4. Méfiance et défiance
« ce vaccin n'est pas totalement éprouvé.. »
« les autorités n'ont pas à me dicter ma conduite.. »

Différents profils… en dehors

- Des répondants ne sont pas pris en compte dans le baromètre
- Que peut-on en dire ?
  - Quelques études qualitatives
    - Exemple: Maes, R. (2021). La spirale de la désaffiliation, in *Revue Nouvelle, 6,* pp 1-6.
  - Plusieurs aspects font écho aux profils observés dans notre baromètre
    - Des personnes qui ont des doutes
      - des effets ou de la technologie des vaccins
- Mais surtout des personnes qui se sentent « **désaffiliées** » et qui
  - se méfient du système de soins de santé : rejet , tromperie, coûts, report de soins car d'autres urgences dont problèmes financiers
  - ont perdu confiance dans la plupart des canaux sauf… des intervenants sociaux ou des médecins qui se mettent à l'écoute

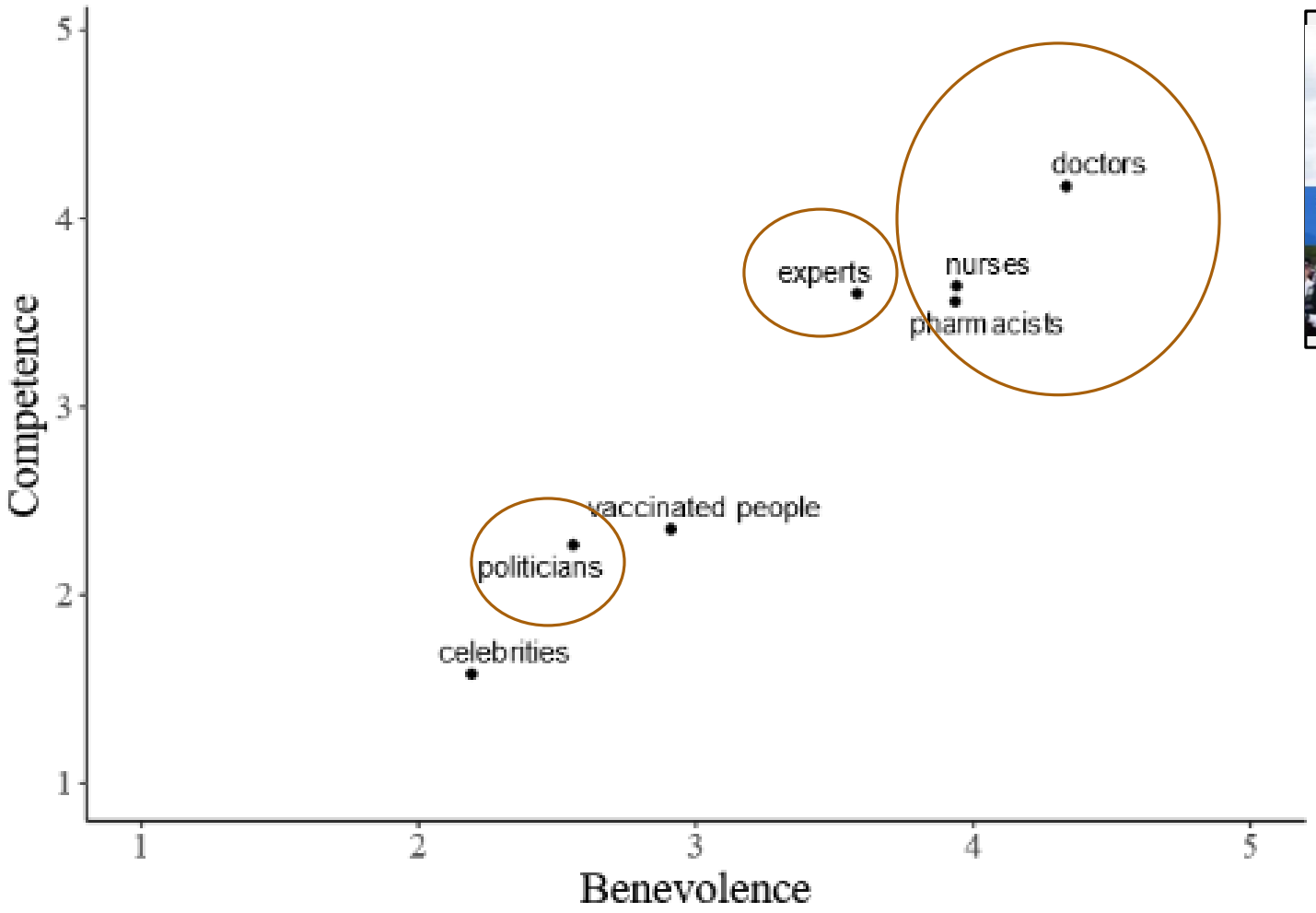
La bataille de l’information : Travailler la confiance !



Etude sur 2 échantillons transversaux en février 2021 (N=5008) et Avril 2021 (N=3256)

Van Oost, P, Yzerbyt, V., Morbée, S., Van den Bergh, O., Van Oost, P., ... & Klein, O. (submitted). The relation between conspiracism, government trust and Covid-19 vaccination intentions.

Compétence et Bienveillance perçues
Composantes de base de la confiance envers différentes sources





- Rapport #23
- Février 2021
- *N* = 9253

La confiance au cœur de l'information…

- Une question concerne la prolifération des fake news et le complotisme
- Idéalement, s'en prendre aux 'producteurs' plutôt qu'aux 'consommateurs'
- Fournir des informations sous forme '**accessible**' qui éclairent sur
  - La **sévérité des conséquences** directes (formes graves, hospitalisations, décès, COVID longs)
  - **L'efficacité des vaccins** (notamment l'arrivée de nouveaux vaccins)
  - Les **implications sociétales** (la santé mentale, le report d'autres soins, la charge financière, etc.)
- Rendre les mesures très **cohérentes** (baromètre, approche contextuelle, etc.)
- Recourir aux et renforcer les **canaux d'information directs**
  - Les professionnels des soins de santé … MAIS aussi les travailleurs sociaux

L’approche **individualisée** et l’engagement **collectif**

L’obligation n’est pas la panacée… mais

- Plusieurs avantages psychologiques (notamment par rapport au pass vaccinal).
  - Indique de façon claire quelle est **l’option par défaut** choisie par la société
  - **Conforte la toute grande majorité** de la population qui s’est vaccinée
  - Se révèle moins « **hypocrite** » dans le message aux non-vaccinés
  - Alimente moins les **conflits sociaux**
  - Diminue le problème du **regret anticipé**.
  - Affranchit des **pressions sociales** et minimise la **dissonance**
- **Si le momentum pour l’obligation est passé…** L’intérêt majeur du débat actuel est **d’anticiper** : un aspect qui a cruellement manqué dans cette gestion
  - Quid si un variant plus grave émerge ?
  - Permet d’informer la population au long cours sur les vertus de la vaccination
  - Permet d’examiner la responsabilité de la puissance publique

Obligation: autonomie et cohésion sociale

- **Entretemps**, comment atteindre les HESITANTS sans une bataille avec les ANTI
  - **Obligation** de **choix vaccinal : se présenter pour conversation individualisée**
  - Respect de **l'autonomie**
  - **Décision informée** de se vacciner ou non
- **IMPORTANT** : les avantages psychologiques mentionnés plus haut **demeurent**
- Psychologiquement, permet aussi d'avancer sur **l'obligation du personnel soins de santé**, soutenue par la population
- En revanche, la proposition requiert beaucoup de prudence
  - Recueillir des données sur conditions de recevabilité et de réalisation
  - Impliquer les professionnels de santé (absolument les MG) et les organisations de terrain (Mutuelles, FSS, etc.)
  - Débloquer des moyens financiers et logistiques en suffisance : prévention pour MG

Take-home message

- Les **facteurs psychologiques** déterminant la vaccination s'appuient sur la gravité des conséquences d'une infection et l'efficacité du vaccin
- Comment les personnes se positionnent-elles **aujourd'hui** face à la vaccination et quid **d'autres scénarios** ?
  - Si le momentum est passé pour une vaccination obligatoire, les autres options (pass et CST) sont les plus dommageables pour la cohésion sociale
- **L'hésitation vaccinale**: plusieurs profils avec des clefs d'entrée différentes ?
- **La bataille de l'information** : Travailler la confiance, surtout au plan politique !
- Une approche **individualisée** associée à l'envoi **d'un message collectif**

UNIVERSITEIT GENT

KU LEUVEN

Motivation BAROMETER

ULB UNIVERSITÉ LIBRE DE BRUXELLES

UCLouvain











Prof. Dr. Maarten Vansteenkiste

Drs. Joachim Waterschoot

Dra. Sofie Morbée

Prof. Dr. Omer Van den Bergh

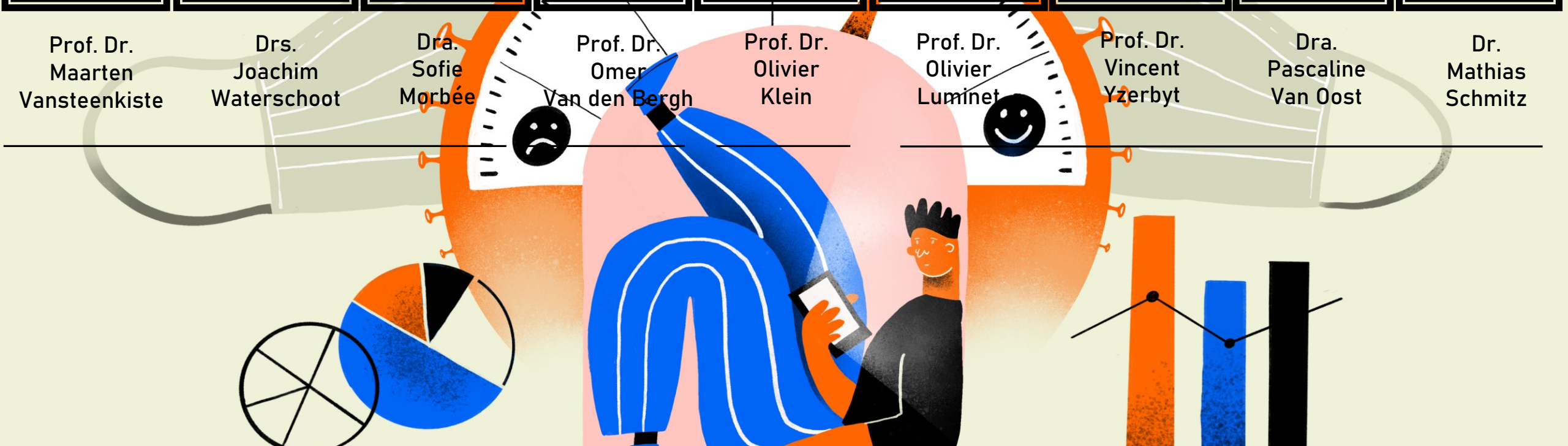
Prof. Dr. Olivier Klein

Prof. Dr. Olivier Luminet

Prof. Dr. Vincent Yzerbyt

Dra. Pascaline Van Oost

Dr. Mathias Schmitz





L’obligation vaccinale

Audition parlementaire – 2 février 2022

Vanessa De Greef

L’obligation vaccinale dans le cadre des droits fondamentaux

1. Quels sont les droits fondamentaux concernés et quel est le devoir d’action de l’Etat ?
2. Quelles sont les conditions d’existence d’une obligation vaccinale ?
3. Quelle est la position de la LDH ?

1. Quels sont les droits fondamentaux concernés et quel devoir d'action de l'Etat ?

- Droit au respect de la vie privée et familiale

- Droit à la santé et droit à la vie

« La vaccination de masse est reconnu comme le moyen le plus efficace et le plus rentable de lutter contre les maladies infectieuses et épidémiques. Cet objectif est d'autant plus important à atteindre que l'Europe connaît une recrudescence de ce type de maladies infectieuses et épidémiques » (CEDS 11 §3, Conclusions Belgique, 2002).

- Autres droits fondamentaux ?

Cass., 18 décembre 2013, n°P.13.0708.F

« L'arrêt donne à connaître que les dispositions qui rendent obligatoire la vaccination antipoliomyélitique ont pour effet de porter une atteinte limitée aux principes d'inviolabilité et d'intégrité du corps humain, et qu'elles sont mises en œuvre dans le seul but d'assurer la protection de la santé et proportionnées à leur objectif »

La loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient « n'a pas le même objet qu'une disposition telle que l'article 1er de la loi sanitaire [loi sur laquelle le pouvoir exécutif se fonde pour adopter l'arrêté d'exécution relatif à la vaccination obligatoire antipoliomyélitique] qui, en vue de prévenir ou de combattre une maladie transmissible présentant un danger général, prévoit la possibilité d'imposer un traitement fondé sur des *impératifs de protection de la santé publique, laquelle participe de l'ordre public* »

Cour EDH, Vavřička et autres c. République tchèque, 8 avril 2021

- « 288. (…) Lorsqu'il apparaît qu'une politique de vaccination volontaire est insuffisante pour l'obtention et la préservation de l'immunité de groupe, ou que l'immunité de groupe n'est pas pertinente compte tenu de la nature de la maladie (s'il s'agit par exemple du tétanos), les autorités nationales peuvent raisonnablement mettre en place une politique de vaccination obligatoire afin d'atteindre un niveau approprié de protection contre les maladies graves (…) ».

2. Quelles sont les conditions d'existence d'une obligation vaccinale ?

- 1 texte législatif
- 1 objectif légitime
- Test de proportionnalité

→ Alternatives moins attentatoires ?

→ Le moyen rencontre-t-il l'objectif poursuivi ?

→ Proportionnalité au sens strict

Un texte législatif de l'autorité fédérale

1. Obligation vaccinale contre la poliomyélite

- Arrêté royal du 26 octobre 1966 rendant obligatoire la vaccination antipoliomyélitique

- Une loi est préférable car il s'agit de dépenses obligatoires pour les communes (avis du Conseil d'Etat)

2. Obligations particulières pour certaines catégories de travailleurs (hépatite B, tuberculose, tétanos)

- *Code du bien-être au travail*
- *Un avis du Conseil supérieur pour la prévention et la protection au travail du 15/09/98*

Objectif légitime : la protection de la santé (publique)

Il faut préciser davantage l'objectif lié à la vaccination (et apporter les justifications nécessaires).

Exemples :

- Réduction de la transmission
- Réduction des formes graves de la maladie
- Protection du système de soins de santé et des lits accessibles aux vaccinés et non-vaccinés
- Possibilité de soigner les patients sans lien avec le Covid-19
- Protection de la santé de « publics » en particulier (si ce sont des travailleurs, attention aux organes à consulter)

Test de proportionnalité

Quelles sont les alternatives les moins attentatoires ?

- **Evaluation** des mesures adoptées (ex. campagne de vaccination volontaire, CST, fermeture et régulation des secteurs, autres mesures de prévention).
- Explication et **justification des mesures non souhaitées** (ex. confinement, fermeture de secteurs, etc.) ou **qui sont combinées** (baromètre, ventilation, autres mesures de prévention, etc.).
- Pass vaccinal ?
- Obligation ciblée (ex. publics fragiles, + de 50 ans, fonctionnaires) ?
- Perspectives à prendre en considération : le traitement, la sortie de la pandémie ?

Arrêt Cour d'appel de Liège, 7 janvier 2022, RG n°2021/RF/24

- Les personnes vaccinées et non vaccinées sont dans des situations différentes et il serait discriminatoire de les traiter de la même façon.
- « La différence entre les personnes vaccinées et non vaccinées est atténuée par le fait qu'ont également accès au *Covid Safe Ticket* les personnes guéries ou encore les personnes ayant réalisé un test dans les 24 ou 48 heures. Cette différence telle qu'atténuée est donc proportionnée aux objectif poursuivis ».

Autres critères à prendre en considération dans le cadre du test de proportionnalité

- Innocuité des vaccins (quid de la procédure conditionnelle de l'AEM?)
- Vérification des contre-indications
- Garanties procédurales (recours) + procédure de réparation du préjudice
- Sanctions proportionnelles (+ qui les contrôle ?)
- Données pertinentes obtenues d'experts nationaux et internationaux qui justifient le recours à cette obligation
- Débat public
- Gratuité des vaccins « usuels »
- Calendrier vaccinal
- Quid de la durée de l'obligation ?
- Organes dont l'avis doit être pris en compte (adapter la loi sanitaire du 1er septembre 1945)

Le moyen (l'obligation vaccinale) rencontre-t-il l'objectif poursuivi ?

Effet de la force obligatoire d'une norme

Réception de la vaccination obligatoire :

Potentiellement meilleure quand le taux de vaccination est faible

Evénements indésirables créent une opposition à ce type de vaccination

Importance d'expliquer l'avantage d'une vaccination obligatoire

Dépend du public à vacciner (hésitants/ antivax/ etc).

Peut avoir un impact sur d'autres vaccinations volontaires et le respect des autres mesures de prévention

Quid des vaccinations existantes en Belgique ?

3. Quelle est la position de la LDH ?

Recherche de conciliation entre les droits fondamentaux

Dimension collective et individuelle des DF

Dimension universelle des DF → accès à la vaccination

Importance de la communication sur la vaccination (//11-2 CSE), y compris p/r aux jeunes (éducation à la vaccination)

A priori, opposition au pass vaccinal qui s'apparenterait à une obligation vaccinale déguisée + responsabilité de l'Etat différente

Vigilance sur le CST

L'obligation vaccinale « entre » dans le cadre des droits fondamentaux

Questionnement par rapport au timing

Vrai débat public : mise en place de formes de démocratie délibérati (ex. assemblées citoyennes ti au sort, sondages délibérati panels citoyens, G100 ou G1 recours à des plateformes en l de *crowdsourcing*

Importance de la justification de l'obligation vaccinale et de l'évaluation des autres moyens

Point de veille sur la proportionnalité de la mesure, y compris sur les contre-indications et les sanctions

Demander l'avis de l'APD dès qu'il y a un traitement de données

ANNEXES

Extraits de la décision n° 2022-835 DC du 21 janvier 2022 du Conseil constitutionnel français.

Extraits de l'arrêt Vavřička et autres c. République tchèque du 8 avril 2021 de la Cour européenne des droits de l'Homme.

Conseil constitutionnel français, décision n° 2022-835 DC du 21 janvier 2022 (extraits)

14. Il n'appartient pas au Conseil constitutionnel, qui ne dispose pas d'un pouvoir général d'appréciation et de décision de même nature que celui du Parlement, **de remettre en cause l'appréciation par le législateur de ce risque ni de rechercher si l'objectif de protection de la santé aurait pu être atteint par d'autres voies**, dès lors que, comme c'est le cas en l'espèce, ni cette appréciation ni les modalités retenues par la loi, qui impose de mettre fin aux mesures qu'elle permet dès qu'elles ne sont plus nécessaires, ne sont **pas, en l'état des connaissances, manifestement inadéquates** au regard de l'objectif poursuivi et de la situation présente.

17. En outre, les mesures contestées ne peuvent être prises que dans l'intérêt de la santé publique et aux seules fins de lutter contre l'épidémie de covid-19 **et si la situation sanitaire le justifie au regard de** la circulation virale ou de ses conséquences sur le système de santé, appréciées en tenant compte des indicateurs sanitaires tels que le taux de vaccination, le taux de positivité des tests de dépistage, le taux d'incidence ou le taux de saturation des lits de réanimation. **Elles doivent être strictement proportionnées aux risques sanitaires encourus et appropriées aux circonstances de temps et de lieu. Il y est mis fin sans délai lorsqu'elles ne sont plus nécessaires.**

- **41.** Les dispositions contestées se bornent à permettre à l'exploitant d'un lieu dont l'accès est soumis à la présentation d'un « passe » vaccinal ou sanitaire de demander à une personne qui souhaite y accéder de produire un document officiel comportant sa photographie, aux seules fins de vérifier la concordance entre les éléments d'identité mentionnés sur ces documents. **Le refus de la personne de produire un tel document ne peut avoir pour autre conséquence que l'impossibilité pour elle d'accéder à ce lieu.**
- **42. Dès lors, les dispositions contestées ne délèguent pas des compétences de police administrative générale inhérentes à l'exercice de la « force publique » nécessaire à la garantie des droits.** Le grief tiré de la méconnaissance des exigences découlant de l'article 12 de la Déclaration de 1789 doit donc être écarté.
- **43.** En deuxième lieu, d'une part, en adoptant les dispositions contestées, le législateur a entendu assurer l'effectivité de l'obligation de détention d'un « passe » vaccinal ou sanitaire pour l'accès à certains lieux. Il a ainsi poursuivi l'objectif de valeur constitutionnelle de protection de la santé.
- **44.** D'autre part, en application de ces dispositions, la personne contrôlée ne peut se voir inviter à produire qu'un document officiel comportant sa photographie et des éléments d'identité figurant également sur son « passe » vaccinal ou sanitaire. **Il est fait interdiction aux personnes et services autorisés à demander la production d'un tel document de le conserver ou de le réutiliser** ainsi que les informations qu'il contient, sous peine de sanctions pénales.
- **45.** Le grief tiré de la méconnaissance du droit au respect de la vie privée doit dès lors être écarté.
- **46.** En dernier lieu, la mise en œuvre des dispositions contestées ne saurait, sans méconnaître le principe d'égalité devant la loi, s'opérer qu'en se fondant sur des critères **excluant toute discrimination de quelque nature que ce soit entre les personnes.**

Cour EDH, Vavřička et autres c. République tchèque, 8 avril 2021 (extraits)

- ***Sur la nécessité dans une société démocratique***

1. Les principes généraux et la marge d'appréciation (extraits)

« La Cour a jugé que les questions de santé publique relèvent en principe de la **marge d'appréciation des autorités nationales**, qui sont les mieux placées pour apprécier les priorités, l'utilisation des ressources disponibles et les besoins de la société »

2. La marge d'appréciation en l'espèce (extraits)

- 276. La présente espèce concernant une intervention médicale obligatoire, l'obligation vaccinale peut être considérée comme étant liée à la jouissance effective par l'individu de ses droits d'ordre intime (*Solomakhin*, précité, § 33). Le poids de cette considération se trouve toutefois atténué par le fait qu'aucune vaccination n'a été ni n'aurait pu être administrée contre la volonté des requérants, car **le droit interne pertinent ne permet pas de faire respecter par la force** l'obligation en cause.
- 277. Sur l'existence d'un consensus, la Cour distingue deux aspects. En premier lieu, il y a parmi les Parties contractantes un consensus général, fermement soutenu par les organismes internationaux spécialisés, revenant à considérer que **la vaccination est l'une des interventions médicales qui présentent le plus d'efficacité et le rapport coût-efficacité le plus favorable** et que chaque État doit s'employer à atteindre le taux de vaccination le plus élevé possible parmi sa population (paragraphe 135 ci-dessus). Partant, l'importance relative de l'intérêt en jeu ne fait pas de doute.

- 278. En second lieu, pour ce qui concerne le meilleur moyen de protéger les intérêts en jeu, la Cour constate **l'absence de consensus quant à un modèle unique**. En fait, il existe parmi les Parties contractantes à la Convention tout un éventail de politiques relatives à la vaccination des enfants, qui va du modèle reposant entièrement sur les recommandations aux modèles qui érigent en obligation légale le fait de veiller à la vaccination complète des enfants, en passant par ceux qui imposent une ou plusieurs vaccinations obligatoires.
- 279. (…) la Cour observe à cet égard que le changement récemment intervenu dans la politique de l'Allemagne a été précédé par un vaste débat sur le sujet au sein de la société et du Parlement. Elle estime toutefois que le caractère sensible reconnu à ce problème ne se limite pas au point de vue des personnes hostiles à l'obligation vaccinale. **Comme le soutient le gouvernement défendeur, il doit également être considéré sous l'angle de l'importance que revêt la solidarité sociale, l'objet de l'obligation en cause étant de protéger la santé de tous les membres de la société, en particulier des personnes qui sont particulièrement vulnérables face à certaines maladies et pour lesquelles le reste de la population est invité à prendre un risque minime en se faisant vacciner** (voir, à cet égard, la Résolution 1845 (2011) de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe, citée au paragraphe 143 ci-dessus).

3. Besoin social impérieux (extraits)

- 282. Il y a lieu à cet égard de rappeler que les dispositions pertinentes de la Convention, notamment les articles 2 et 8, font peser sur les États contractants une obligation positive de prendre les mesures nécessaires à la protection de la vie et de la santé des personnes relevant de leur juridiction
- 284. À la lumière de ces arguments ainsi que de la position clairement adoptée par les organes spécialisés en la matière, on peut considérer qu'en République tchèque l'obligation vaccinale constitue la réponse des autorités nationales au besoin social impérieux de protéger la santé individuelle et publique contre les maladies en question et d'éviter toute tendance à la baisse du taux de vaccination des enfants.

4. Motifs pertinents et suffisants

- 285. Concernant les motifs avancés pour justifier le caractère obligatoire de la vaccination en République tchèque, la Cour a déjà reconnu les solides raisons de santé publique qui sous-tendent ce choix politique, notamment au regard de l'efficacité et de l'innocuité de la vaccination infantile. De même, elle a reconnu l'existence d'un consensus général favorable à l'objectif, pour chaque État, d'atteindre le niveau de couverture vaccinale le plus élevé possible. Si les requérants soutiennent que les autorités n'ont pas établi que l'obligation d'accepter les vaccinations requises était nécessaire et justifiée (paragraphe 175 ci-dessus), la Cour considère que le Gouvernement a clairement exposé les motifs de ce choix. De plus, elle prend note de la conclusion formulée par la Cour constitutionnelle tchèque selon laquelle les données pertinentes obtenues d'experts nationaux et internationaux en la matière justifient la poursuite de cette politique (paragraphe 91 ci-dessus). Bien que le régime de vaccination obligatoire ne soit ni le modèle unique ni le modèle le plus répandu parmi les États européens, la Cour rappelle que, pour les questions de santé publique, ce sont **les autorités nationales qui sont les mieux placées pour apprécier les priorités, l'utilisation des ressources disponibles et les besoins de la société**. Tous ces aspects sont pertinents dans le présent contexte et relèvent de l'ample marge d'appréciation que la Cour doit accorder à l'État défendeur.

- 288. Il s'ensuit qu'il existe pour les États une obligation de placer l'intérêt supérieur de l'enfant, et également des enfants en tant que groupe, au centre de toutes les décisions touchant à leur santé et à leur développement. Concernant la vaccination, l'objectif doit être de veiller à ce que tout enfant soit protégé **contre les maladies graves** (paragraphe 133 ci-dessus). Dans la grande majorité des cas, cet objectif est atteint par l'administration aux enfants, dès leur plus jeune âge, de tous les vaccins prévus dans le programme vaccinal. Ceux qui ne peuvent pas recevoir ce traitement sont protégés indirectement contre les maladies contagieuses tant que, au sein de leur communauté, la couverture vaccinale est maintenue au niveau requis ; autrement dit, leur protection réside dans l'immunité de groupe. **Ainsi, lorsqu'il apparaît qu'une politique de vaccination volontaire est insuffisante pour l'obtention et la préservation de l'immunité de groupe, ou que l'immunité de groupe n'est pas pertinente compte tenu de la nature de la maladie (s'il s'agit par exemple du tétanos), les autorités nationales peuvent raisonnablement mettre en place une politique de vaccination obligatoire afin d'atteindre un niveau approprié de protection contre les maladies graves.** Pour la Cour, la politique de santé de l'État défendeur repose sur de telles considérations, raison pour laquelle elle peut être tenue pour compatible avec l'intérêt supérieur des enfants, qui est au centre de l'attention de cette politique (voir l'observation générale no 15 du Comité des droits de l'enfant de l'ONU, paragraphe 133 ci-dessus ; voir aussi, à ce sujet, les conclusions de la Cour constitutionnelle italienne et l'arrêt de la Cour d'appel d'Angleterre et du pays de Galles, paragraphes 109 et 128 ci-dessus).
- 289. La Cour admet dès lors que le choix du législateur tchèque d'opter pour une stratégie de vaccination obligatoire est étayé par des **motifs pertinents et suffisants.**

5. Proportionnalité (extraits)

- 290. La Cour doit pour finir apprécier la proportionnalité des ingérences litigieuses à la lumière du but poursuivi.
- 291. Elle examinera tout d'abord les caractéristiques pertinentes du régime national. L'obligation vaccinale concerne neuf maladies contre lesquelles la vaccination est estimée sûre et efficace par la communauté scientifique, qui porte le même jugement sur la dixième vaccination, administrée aux enfants présentant des indications médicales spécifiques (paragraphe 76 ci-dessus). Le modèle tchèque a certes adopté l'obligation vaccinale, mais il ne s'agit pas d'une obligation absolue. Une dispense est accordée notamment aux enfants qui présentent une contre-indication permanente à la vaccination. (…)

5. Proportionnalité (extraits)

- 290. La Cour doit pour finir apprécier la proportionnalité des ingérences litigieuses à la lumière du but poursuivi.
- 291. Elle examinera tout d'abord les caractéristiques pertinentes du régime national. L'obligation vaccinale concerne neuf maladies contre lesquelles la vaccination est estimée sûre et efficace par la communauté scientifique, qui porte le même jugement sur la dixième vaccination, administrée aux enfants présentant des indications médicales spécifiques (paragraphe 76 ci-dessus). Le modèle tchèque a certes adopté l'obligation vaccinale, mais il ne s'agit pas d'une obligation absolue. Une dispense est accordée notamment aux enfants qui présentent une contre-indication permanente à la vaccination. (…)
- 293. Si dans l'État défendeur la vaccination est une obligation légale, la Cour rappelle qu'il n'est pas possible d'en imposer directement l'observation, aucune disposition ne permettant d'administrer un vaccin par la force. Comme dans les dispositifs adoptés au sein des États intervenants, l'application de sanctions est employée comme méthode indirecte pour faire respecter cette obligation. En République tchèque, la sanction peut être tenue pour relativement modérée puisqu'elle consiste en une amende administrative qui ne peut être infligée qu'une seule fois. Dans le cas de M. Vavřička, bien que celui-ci ait déclaré que l'amende était d'un montant élevé pour lui compte tenu du contexte (paragraphe 162 ci-dessus), la Cour note que ce montant se situait vers la limite inférieure du barème pertinent et elle estime que l'amende ne saurait être considérée comme ayant été excessivement lourde ou sévère.

- 294. Concernant les enfants requérants, la Cour voit leur non-admission à l'école maternelle comme une « ingérence » au sens de l'article 8 § 2 de la Convention. Les requérants la perçoivent comme une forme de sanction ou de peine qu'on leur aurait infligée. La Cour considère cependant que la conséquence – qui était clairement prévue par les textes législatifs – du manquement à **l'obligation légale** générale en question, qui visait en particulier à préserver la santé des jeunes enfants, était **de nature essentiellement protectrice, et non punitive** (voir aussi le paragraphe 61 ci-dessus). Elle se penchera sur la portée de la non-admission des enfants requérants à l'école maternelle lorsqu'elle évaluera l'ampleur de l'ingérence dans l'exercice de leur droit au respect de la vie privée (paragraphes 306 et 307 ci-dessous).
- 295. La Cour prend note des **garanties procédurales** prévues par le droit national. Comme le montre le déroulement des procédures internes engagées par les requérants, ceux-ci ont eu la **possibilité de former des recours administratifs mais aussi d'introduire des actions devant les juridictions administratives** et, en fin de compte, devant la Cour constitutionnelle. Il leur a donc été loisible de contester les conséquences ayant découlé de leur non-respect de l'obligation vaccinale. Alors que les requérants critiquent les voies de recours en question, la Cour observe qu'il serait injuste de dire, de la jurisprudence de la Cour constitutionnelle en particulier, qu'elle est purement formelle ou qu'elle évite tout contrôle sur le fond de l'obligation vaccinale du point de vue des droits fondamentaux.

- 298. Concernant la **transparence du régime national et le point de savoir dans quelle mesure les autorités encouragent le débat public**, la Cour observe que la publication des comptes rendus des réunions de la CNV sur le site du ministère de la Santé ménage à cet égard une certaine transparence (paragraphe 154 ci-dessus). S'agissant de la participation des citoyens, le Gouvernement a exposé que le fait que la CNV fût constituée uniquement d'experts était conforme à la pratique de nombreux États européens. **La Cour prend note de l'initiative lancée en 2015 pour constituer une tribune de débat public sur la politique de vaccination mettant en contact des experts médicaux et des membres de la société civile** (paragraphe 156 ci-dessus), bien que les requérants et le tiers intervenant ROZALIO aient indiqué que les réunions de cette commission étaient rares et qu'il n'y en avait plus eu depuis 2018. On ne saurait affirmer que le dispositif en vigueur, dans le cadre duquel la politique à mener est confiée à un organe spécialisé fonctionnant sous l'égide du ministère de la Santé conformément au modèle choisi par le législateur, auquel il doit en définitive rendre des comptes, pâtit d'un **important défaut de transparence** propre à remettre en question la validité de la politique de vaccination suivie par la République tchèque.
- 299. En dehors de leurs observations sur les aspects institutionnels du système national, **les requérants contestent également l'efficacité et l'innocuité des vaccins et expriment de vives préoccupations au sujet de potentiels effets néfastes sur la santé, y compris à long terme**. La Cour prend note tout d'abord des explications du Gouvernement selon lesquelles le régime national laisse une certaine latitude dans le choix du vaccin, bien que **seuls les vaccins usuels soient gratuits**, le coût des autres produits étant à la charge des parents. Une certaine latitude est également ménagée en ce qui concerne le calendrier vaccinal, tant que l'enfant a reçu tous les vaccins à l'âge défini (paragraphes 76 et 203 ci-dessus).
- 300. Pour ce qui est de l'efficacité de la vaccination, la Cour renvoie là encore au consensus général existant au sujet de l'importance vitale de ce moyen de protéger la population contre des maladies susceptibles d'avoir de lourdes conséquences pour la santé de l'individu et, en cas de graves poussées épidémiques, de perturber la société (paragraphe 135 ci-dessus).

- **301. En ce qui concerne l'innocuité, il n'est pas contesté que les vaccins, bien que totalement sûrs pour la grande majorité des patients, puissent dans de rares cas s'avérer néfastes pour un individu et causer à celui-ci des dommages graves et durables pour sa santé.** Il est déjà arrivé que des griefs relatifs à de telles situations fassent l'objet de procédures fondées sur la Convention (voir, en particulier, *Association of Parents c. Royaume-Uni*, no 7154/75, décision de la Commission du 12 juillet 1978, DR 14, p. 31, et *Baytüre et autres*, décision précitée, § 28). Lors de l'audience qui s'est tenue dans la présente affaire, le Gouvernement a indiqué que, sur environ 100 000 enfants vaccinés chaque année en République tchèque (soit 300 000 vaccinations), on dénombre cinq ou six cas de dommages graves et potentiellement permanents pour la santé. Compte tenu de ce risque très rare mais indéniablement très sérieux pour la santé d'un individu, les organes de la Convention ont souligné qu'il est important de prendre les précautions qui s'imposent avant la vaccination (*Solomakhin*, précité, § 36, *Baytüre et autres*, décision précitée, § 29, et *Association of Parents*, décision précitée, pp. 37-38). Il s'agit évidemment de **rechercher au cas par cas d'éventuelles contre-indications**. Il s'agit également de contrôler l'innocuité des vaccins utilisés. Pour la Cour, il n'y a lieu sur aucun de ces aspects de remettre en question le caractère adéquat du régime national. Les professionnels de santé ne réalisent une vaccination qu'en l'absence de contre-indication, ce point étant vérifié en amont dans le cadre d'un protocole de routine. **Les vaccins doivent être homologués par l'Agence nationale de contrôle des médicaments et tous les professionnels de santé concernés sont tenus à une obligation spécifique de signaler tout effet secondaire grave ou non prévisible suspecté (paragraphes 78 et 79 ci-dessus).** Il s'ensuit que **l'innocuité des vaccins employés est soumise à un contrôle permanent des autorités compétentes.**
- 302. Concernant la possibilité d'obtenir réparation sur le fondement de la responsabilité sans faute, ou responsabilité objective, pour une atteinte à la santé causée par la vaccination – point également soulevé par les requérants –, la Cour rappelle avoir déjà examiné une affaire qui posait la question de l'indemnisation pour une atteinte de ce type, bien que le vaccin en cause fût recommandé mais non obligatoire dans le pays qui était concerné (*Baytüre et autres*, décision précitée, §§ 28-30). **La Cour observe de façon générale que la possibilité d'obtenir réparation en cas d'atteinte à la santé présente de fait un intérêt pour l'évaluation globale d'un régime de vaccination obligatoire,** et elle renvoie à cet égard à l'*obiter dictum* de la Cour constitutionnelle tchèque (paragraphe 90 ci-dessus). (…)

- 303. La Cour est par ailleurs appelée à se pencher sur l'ampleur des ingérences litigieuses dans l'exercice par les requérants de leur droit au respect de la vie privée. (…)
- 306. La Cour admet que l'exclusion des requérants de l'école maternelle a impliqué pour ces jeunes enfants la perte d'une occasion cruciale de développer leur personnalité et de débuter l'acquisition d'importantes aptitudes relationnelles et facultés d'apprentissage dans un environnement formateur et pédagogique. **Cette perte a toutefois été la conséquence directe du choix fait par leurs parents respectifs de refuser de se conformer à une obligation légale visant à protéger la santé, en particulier celle des enfants de cette tranche d'âge.** (…) **Pour la Cour, on ne saurait estimer disproportionné le fait qu'un État exige, de la part de ceux pour qui la vaccination représente un risque lointain pour la santé, d'accepter cette mesure de protection universellement appliquée, dans le cadre d'une obligation légale et au nom de la solidarité sociale, pour le bien du petit nombre d'enfants vulnérables qui ne peuvent pas bénéficier de la vaccination.** Aux yeux de la Cour, il était valablement et légitimement loisible au législateur tchèque d'opérer ce choix, qui est pleinement compatible avec les raisons qui sous-tendent la protection de la santé de la population. L'existence théorique de moyens moins intrusifs qui, selon les requérants, permettent d'atteindre cet objectif ne change rien à cette conclusion.
- 307. Par ailleurs, sans minimiser la perte d'une chance éducative par les requérants, la Cour observe que ceux-ci n'ont pas été privés de toute possibilité de développement personnel, social et intellectuel, même si leurs parents ont dû consentir des efforts et des frais supplémentaires, voire considérables. De plus, **les effets subis par les enfants requérants ont été limités dans le temps.** Lorsqu'ils ont atteint l'âge du début de la scolarité obligatoire, leur statut vaccinal n'a pas eu d'incidence sur leur admission à l'école élémentaire (paragraphe 82 ci-dessus). En ce qui concerne le souhait particulier que nourrissait Mme Novotná de recevoir un enseignement conforme à une philosophie pédagogique particulière, la requérante n'a pas contredit la déclaration du Gouvernement selon laquelle elle aurait eu la possibilité d'accéder à une telle scolarité même sans avoir fréquenté une école maternelle appliquant la pédagogie en question.
- 308. **Enfin, les requérants plaident que le système était incohérent en ce que les jeunes enfants devaient être vaccinés alors que cette exigence ne s'appliquait pas au personnel des écoles maternelles**. La Cour prend toutefois note de la réponse du Gouvernement selon laquelle l'obligation vaccinale générale, qui consiste en l'administration de premières séries de vaccins puis de rappels, s'applique à toute personne qui réside en République tchèque à titre permanent ou pour une longue durée (paragraphes 11 et 77 ci-dessus), de sorte que les membres du personnel concerné avaient en principe reçu tous les vaccins requis par la loi à l'époque pertinente.
- 309. Pour ces raisons, la Cour considère que les mesures dont se plaignent les requérants, évaluées dans le contexte du régime national, se situent dans un rapport de proportionnalité raisonnable avec les buts légitimes poursuivis par l'État défendeur à travers l'obligation vaccinale.

Vaccinatieplicht. Juridische kanttekeningen.

1. Artikel 8 EVRM geldt als basis. **Daarbij geldt de vrijheid als basis, dan pas komt de uitzondering**. De vrijheid luidt: “Eenieder heeft recht op zijn privéleven, zijn familie- en gezinsleven, zijn woning en zijn correspondentie.” *The right to be let alone*, Warren en Brandeis, Harvard Law Review, 1890. De uitzondering van de tweede alinea is er om de regel te bevestigen door hem tegelijk te amenderen. Drie grote clusters: (a) uitzondering bij wet voorzien; (b) noodzakelijk in een democratische samenleving; (c) in het belang van de nationale veiligheid, de openbare veiligheid of het economisch welzijn van het land, het voorkomen van wanordelijkheden en strafbare feiten, de bescherming van de gezondheid en de goede zeden of voor de bescherming van de rechten en vrijheden van anderen.

2. Het is bekend dat de lidstaten (anders dan in US Supreme Court) over een **appreciatiemarge** beschikken. Kan vrij ruim zijn, vergt wel een duidelijke argumentatie. Voorbeeld Sayhin vs Turkije, EHRM 2005, waar (toen) voor de toelaatbaarheid van het verbod op het dragen van een hoofddoek door een studente in de geneeskunde naar het politieke model van Turkije werd gekeken. Idem voor bijvoorbeeld Frankrijk.

3. Concept **noodzakelijk in een democratische samenleving** verdient een genuanceerde analyse.

   Vooreerst is 'noodzakelijk' meer dan 'nuttig', maar indien niet nuttig, is een maatregel zeker niet noodzakelijk. Het nut kan m.i. niet worden in vraag gesteld bij vaccinatie van (vooral oudere) volwassenen, wel voor vaccinatie van kinderen en de cst-pas.

   Vervolgens kan eenzelfde maatregel één probleem oplossen (bijvoorbeeld op het vlak van volksgezondheid) maar tegelijk voor onrust in de samenleving zorgen, voor economische, onderwijskundige of psychologische problemen. Hier ligt een mogelijk probleem voor vaccinatieplicht maar ook voor cst.

4. **Arrest Vavricka** (EHRM, 8 april 2021) moet in concreto worden bekeken en geeft geen vrijbrief voor elke vorm van vaccinatieplicht. Ging over vaccinatie van kinderen tegen polio, hepatitis B en tetanus, met een uitspraak die er kwam in de coronatijd.

   Alleszins is m.b.t. coronavaccinatie een ruime (niet noodzakelijk exhaustieve) medisch-wetenschappelijke analyse nodig. Quid met het concept 'wetenschappelijke consensus'? Quid met vrijstellingen/uitzonderingen?

   Verder dienen ook de sancties proportioneel te zijn, met grote aandacht voor de preventieve werking. Als een maatregel geen preventieve werking heeft en enkel tot straffen leidt, is er een probleem van doelmatigheid.

5. **Recente geschiedenis van de beperkingen**: openbare veiligheid na het keerpunt *nine eleven* (2001), bijvoorbeeld op het vlak van art. 8 en art. 9 EVRM.

   De ranking tussen de regel en de uitzonderingen keerde op korte tijd vrij drastisch om. Kritiek van juristen, maar ook van politieke historici zoals Quentin Skinner die zich vanuit filosofisch oogpunt vragen stelde over het behoud van de 'harde kern' van de vrijheden. Een continu prioritair 'groot doel' riskeert de fijnmazige aanpak van onder meer artikel 8, 2 in het gedrang te brengen.

6. **Precedentwaarde van een ruim pakket aan uitzonderingen op het grondrecht.** Mensenrechten vinden vooral verdedigers wanneer ze niet onmiddellijk in gevaar zijn. Kunnen andere hedendaagse dossiers die in de toekomst ook tot uitzonderingen kunnen leiden? Voorbeeld: gezondheid en de klimaatproblematiek, veiligheid en de migratieproblematiek.

   Risico dat sommige grondrechten op die manier belangrijker worden dan andere, terwijl ze zich tot elkaar niet hiërarchisch verhouden maar allemaal een onderdeel van één gebouw (zie René Cassin, 1887-1971, mede-opsteller van de UVRM).

7. **Afdwingbaarheid** van een mogelijke verplichting. Dit blijft een secundaire, maar vanuit juridisch oogpunt toch ook belangrijke vraag. Een wet die niet kan worden afgedwongen, verwordt onrechtstreeks tot *soft law* en ondergraaft de geloofwaardigheid van het systeem. Een gedeeltelijke, gammele afdwingbaarheid creëert dan weer ongelijkheid, met dezelfde negatieve gevolgen.

8. **Algemeen en persoonlijk belang.** Een valse tegenstelling. Het algemeen belang bestaat wel degelijk (contra: Salomon Kleerekoper 1893-1970) maar moet worden gezien in samenhang met het persoonlijk belang. Niet als een alternatief ervoor, wat historisch onder meer bij J.J. Rousseau te veel het geval was. Hij liet de politieke vrijheid te veel op de individuele primeren. In ieder geval vergt de afweging algemeen/persoonlijk belang een genuanceerde aanpak met aandacht voor proportionaliteit en subsidiariteit.

9. **Gevaar: groeiende vermenging recht en moraal.**

   Het verband tussen 'schuld' en 'eigen verantwoordelijkheid' tegenover 'recht op zorg' is erg gevaarlijk, en riskeert 'deugdzaamheid' als een voorwaarde voor fundamentele rechten te plaatsen.

   Moeilijk te kaderen binnen EVRM. Grondrechten kunnen wel worden ingeperkt, maar zijn niet 'voorwaardelijk'.

   Klassiek verschil tussen *forum internum* en *forum externum* moet behouden blijven. Grondrechten zijn er ook voor 'slechte' mensen.

10. Zowel een **vaccinatieplicht** als cst (**simulatio**?) lijken mij op dit moment vanuit een juridisch oogpunt moeilijk verdedigbaar.

    Ook de 'verplichte vaccinatiekeuze' met het noodzakelijke langsgaan bij een arts botst met het beginsel ven 'herrschaftsfreie Kommunikation' (Jürgen Habermas).

    De 'juiste' mensen proberen te overtuigen lijkt veel belangrijker.

Rik Torfs
2 februari 2022

Commission santé : obligation vaccinale (2 février 2022)

Carla Nagels, professeure de criminologie à l'ULB

Sociologue et criminologue : angle d'attaque

Je pars du principe que mon intervention porte sur la possibilité d'augmenter le taux de vaccination, non sur la pertinence de cette augmentation ce qui ne relève pas de ma compétence n'étant ni épidémiologiste, ni virologue, ni médecin.

Plusieurs points :

Qui a le plus souffert du COVID ?

Qui a le plus souffert des différentes mesures mises en place pour lutter contre la COVID ?

Qui sont les vaccinés-non-vaccinés ? Pourquoi ne se font-ils pas vaccinés ?

Les différentes stratégies pour augmenter le taux de vaccination et leurs inconvénients respectifs ?

1. Qui a le plus souffert du COVID ? surtout 1ère vague qui a été analysée par la communauté scientifique

Source :

« The Income Gradient in Mortality during the Covid-19 Crisis: Evidence from Belgium", André Decoster, Thomas Mintet, Johannes Spinnenwijn (sept 2020)

« A world apart: Levels and determinants of excess mortality due to COVID-19 in care homes: The case of the Belgian region of Wallonia during the spring 2020 wave", O.Hardy, D. Dubourg, M. Bourguignon, S. Dellicour, T. Eggerickx, M. Gilbert, J.-P. Sanderson, A. Scohy, E. Vandael, J.-M. Decroly, *Demographic Research*, 2021, 55, 33, 1011-1040.

Panorama de la Santé 2021, Les indicateurs de l'OCDE

Sans conteste les personnes âgées de plus de 65 ans. **Mais parmi celles-ci le facteur socio-économique est un facteur discriminant**. Si on estime pour ce groupe d'âge la surmortalité liée au COVID, pour les revenus les plus bas il est de 326/100.000 alors qu'il n'est que de 131/100.000 pour les plus hauts revenus.

Evidemment ce facteur discriminant n'est pas nouveau. Ainsi, avant la COVID, la différence de mortalité entre les bas revenus et les hauts revenus pour les + de 65 ans était de 596/100.000 personnes. Mais pendant la COVID ce chiffre est passé à 791.

Il est évident que cette tendance se marque également géographiquement puisque ce sont les communes les plus pauvres qui ont enregistré un taux de surmortalité le plus élevé (et plus élevé qu'avant la COVID). Parmi les personnes âgées, le niveau d'éducation et l'origine ethnique discriminent aussi négativement la surmortalité ce qui parait se retrouver dans tous les pays de l'OCDE.

Ces différences sont nettement moins tranchées pour les personnes âgées qui résidaient dans des homes même si celles-ci ont payé un très lourd tribu lors du 1er confinement.

Enfin, une catégorie socio-professionnelle sort du lot pour les personnes plus jeunes : il y a une surmortalité parmi les professionnels des soins de santé et des services sociaux chez les 40-64 ans.

2. Qui a le plus souffert des mesures de lutte contre la COVID ?

Sources :

« COVID-19 crisis and the informal economy », OIT, 2020.

Roederer T., Mollo B., Vincent C., Nikolay B., Llosa A.E., Nesbitt R., et al., "Seroprevalence and risk factors of exposure to COVID-19 in homeless people in Paris, France: a cross-sectional study", *The Lancet Public Health*, 2021, 6.

Bajos N., Jusot F., Pailhé A., Spire A., Martin C., Meyer L., et al., "When lockdown policies amplify social inequalities in COVID-19 infections. Evidence from a cross-sectional population-based survey in France", *Public and Global Health*, 2020.

Connor J., Madhavan S., Mokashi M., Amanuel H., Johnson N.-R., Pace L.-E., et al., "Health risks and outcomes that disproportionately affect women during the Covid-19 pandemic: A review", *Soc Sci Med.***,** 2020, 266, 113364.

Lorant V., Smith P., Van den Broeck K., Nicaise P., *Psychological distress associated with the COVID-19 pandemic and suppression measures during the first wave in Belgium*, BMC Psychiatry, 2021, 21, 112.

Glowasz F., Klein O., Luminet O, Yzerbit V., « Enquête sur le vécu étudiant en temps de COVID », conférence de presse, 25 mars 2021.

Panorama de la Santé 2021, Les indicateurs de l'OCDE

Sans surprise, le **statut socio-économique** est à nouveau un facteur hautement discriminant. Les classes populaires ont plus que les autres perdu leur emploi ou se sont retrouvés en contact direct avec le virus puisqu'exerçant des « métiers essentiels ». Le secteur de l'économie informelle (14% du marché de l'emploi en Europe de l'Ouest selon l'organisation internationale du travail) a été laminé. Elles ont été aussi plus que les autres impactées par les mesures de confinement subissant des conditions de vie peu en accord avec le respect des mesures sanitaires (espaces de vie réduits, …).

Parmi ces classes populaires, les franges les plus marginalisées ont été le plus touchés, les sans-abris, les sans-papiers, les prostitué.e.s, les prisonniers, etc.

Deux autres catégories sociales semblent plus que les autres touchées par les mesures sanitaires : les femmes et les jeunes. Ceci se vérifie dans la littérature scientifique internationale également.

Toutes ces catégories rapportent de surcroît plus que les autres des effets catastrophiques en termes de santé mentale. Ainsi, en Belgique en mars 2021 la prévalence de la dépression était entre 30 et 80% plus élevée parmi les jeunes (OCDE) qu'avant la COVID, résultat confirmé par l'enquête menée parmi les étudiants en CF (23.000 étudiants de 18-25 ans) qui rapportent non seulement pour un peu moins de la moitié d'entre eux rencontrer des difficultés financières importantes mais se disent pour 55% d'entre eux aussi en état de dépression avérée.

En terme de statut socio-professionnel à nouveau, sans surprise, le personnel soignant et, dans une moindre mesure les travailleurs sociaux, rapportent plus que les autres professions des problèmes de stress, d'anxiété, de dépression et d'épuisement.

3. Qui sont les non-vaccinés ? Pourquoi ne se vaccinent-ils pas ? Que peut-on en déduire ?

Sources :

Ward J., Peretti-Watel P., « Comprendre la méfiance vis-à-vis des vaccins : des biais de perception aux controverses », *Revue française de sociologie*, 2020, 61, 2, 243-273.

Gagneux-Brunon A., Botelho-Nevers E., Bonneton M., Peretti-Watel P., Verger P., Launay O., Ward J., « Public opinion on a mandatory COVID-19 vaccination policy in France : a cross-sectional survey », *Clinical Microbiology and Infection*, 2021, https://doi.org/10.1016/j.cmi.2021.10.016

Bajos N., Spire A., Silberzan L. (EPICOV study group), "The social specificities of hostility toward vaccination against COVID 19 in France", *PLoS ONE*, 17, 1, https://doi.org/10.1371/journal.pone.0262192

Valckx S., Crèvecoeur J., Verelst Fr., Vranckx M., Hendrickx Gr., Hens N., Van Damme P. Pepermans K., Beutels Ph., Neyens T., "Individual factors influencing COVID-19 vaccine acceptance in between and during pandemic waves (july-december 2020)", *Vaccine*, 2022, 40, 1, 151-161.

Verger P., Fressard L., Collange F., Gautier A., Jestin C., Launay O., Raude J., Pulcini C., Peretti-Watel P., 2015, « Vaccine Hesitancy among General Practitioners and its Determinants During Controversies: A National Cross-Sectional Survey in France », *EBioMedicine*, 2, 8, 891-897.

Maes R., "La spirale de la désaffiliation", *La Revue Nouvelle*, 2021, 6, 6, 2-5.

Gauchat G., 2011, « The Cultural Authority of Science: Public Trust and Acceptance of Organized Science », *Public Understanding of Science*, 20, 6, 751-770.

Giddens A., 1991, *Modernity and Self-Identity: Self and Society in the Late Modern Age*, Cambridge (MA), Stanford University Press.

Castel R., 1995, *La métamorphose de la question sociale*, Paris, Fayard.

Baromètres de la motivation.

Il existe une longue tradition de recherche autour de la résistance à la vaccination et vous avez déjà ou vous allez avoir l'occasion d'entendre l'anthropologue Heidi Larson à ce sujet.

Je reviendrai pour ma part sur les résultats des enquêtes en population générale menées en France et en Belgique autour de la volonté de se faire vacciner ou non (et pourquoi) qui ont été menées avant ou au début de l'introduction des vaccins protégeant contre la COVID, en confrontant ces données à trois sources différentes : une recherche qualitative menée auprès de jeunes molenbeekois non-vaccinés (Maes) ; un article qui revendique une sociologie cognitive de la vaccination en différenciant deux types de profils de non-vaccinés (Peretti-Watel, Ward) et les différents baromètres de la motivation réalisés à intervalle régulier en Belgique.

Constats généraux :

1. Le profil sociologique des non-vaccinés :

- sans surprise **les personnes âgées** sont plus enclines à se faire vacciner de manière générale, et c'est encore plus vrai pour le vaccin COVID ce qui peut s'expliquer par le fait qu'elles sont plus à risque de développer des formes graves de la maladie ;

- les personnes **avec un faible niveau d'éducation sont plus méfiantes** vis-à-vis des vaccins en général, avec une différence moins marquée pour la COVID, ce qui peut s'expliquer par le fait qu'elles ont une perception de leur santé et de leur corps qui est plus distante de la médecine que celles avec un niveau d'éducation plus élevé ;
- **les ouvriers, indépendants et chômeurs sont plus méfiants** que les retraités et les étudiants
- **les personnes des minorités ethniques sont plus méfiantes** envers les vaccins en général et celui du COVID en particulier ce qui peut s'expliquer par le fait qu'elles ont moins confiance dans le système de santé et les professionnels de la santé (discrimination et mauvais traitements)
- **les femmes sont moins enclines à se faire vacciner en général et c'est encore plus vrai pour les vaccins COVID** et c'est spécialement vrai pour les femmes de 25 à 35 ans ce qui pourrait s'expliquer par le fait qu'elle estiment ne pas avoir assez de recul face au produit et craignent des effets secondaires à long terme sur la grossesse de leurs futurs enfants.
- **Il existe des différences significatives entre régions et quartiers** : en France les zones rurales sont moins vaccinées que les zones urbaines ; en Belgique la région bruxelloise est moins vaccinée que les deux autres régions et à l'intérieur de celle-ci ce sont bien les quartiers formant le croissant pauvre de Bruxelles qui ont le taux de vaccination le plus bas. Cela pourrait s'expliquer par le fait que ces zones et quartiers sont à une plus grande distance des institutions en général et des soins de santé en particulier.

2. Comment expliquer la méfiance envers les vaccins COVID?

- **Les raisons individuelles** les plus invoquées pour ne pas se faire vacciner sont la sécurité accordée aux vaccins, le peu de recul que l'on a puisqu'ils ont été développés et commercialisés en un temps record en comparaison avec d'autres vaccins et plus généralement le manque de confiance dans les firmes pharmaceutiques, voire dans les autorités de santé ;
- La variable explicative la plus pertinente relevée par toutes les enquêtes semble pourtant être le **manque de confiance qu'ont les non-vaccinés dans (l'action du) le gouvernement** ce qui peut s'expliquer par le fait que ce soit l'acteur principal de la stratégie de vaccination et que son attitude face à la dangerosité du virus puis face à la vaccination a changé radicalement en fonction de la période pandémique.

S'il est vrai que la majorité des non-vaccinés sont issus des classes populaires vivant dans des quartiers déshérités, ceux-ci peuvent néanmoins aussi avoir un profil sociologique différent. En atteste le fait qu'à Bruxelles, le taux de vaccination peut être plus bas dans certaines communes aisées que dans certains quartiers pauvres d'autres grandes villes.

Peretti-Watel et Ward (2020) nous invitent à distinguer au moins deux profils sociologiques très différents de non-vaccinés. Ceux qui sont méfiants envers la médecine et les vaccins en général (pauvres, isolés et peu éduqués) et ceux qui sont contre certains vaccins en particulier (plutôt des femmes, d'âge intermédiaire, avec un revenu et une éducation plus élevée que la moyenne).

Ce deuxième profil a surtout émergé à partir des années 1990 et la mise en doute du bénéfice de certains types de vaccins contre l'hépatite B ou le papillomavirus. Ce profil là se renseigne en général auprès de son médecin généraliste avant de se faire vacciner ou de vacciner ses enfants et ne peut donc pas être associé à un profil antiscience. Une enquête menée en 2014 en France métropolitaine auprès de médecins généralistes montrent d'ailleurs qu'un quart d'entre eux estiment que certains vaccins sont inutiles et qu'un tiers estiment que les adjuvants (aluminium) posent des complications à long terme (Verger et al., 2015).

Tenter de comprendre ces deux profils est absolument nécessaire pour réfléchir sérieusement à la stratégie choisie pour augmenter le taux de vaccination.

Le profil plutôt aisé qui refuse la vaccination contre la Covid 19 témoigne de la diffusion du santéisme dans notre société. Les individus sont de plus en plus poussés à devenir autonomes et responsables, à gérer eux-mêmes, à partir des informations expertes disponibles, leur vie et leur santé. Cette injonction à responsabiliser les patients est la mieux suivie par les personnes dotées d'un capital culturel important. Mais cet investissement personnel dans les décisions de santé peut paradoxalement amener à prendre des distances avec les injonctions des autorités sanitaires dans la mesure où ces nouveaux entrepreneurs de leur propre santé peuvent fonder leurs choix sur d'autres sources d'informations. Dans le cas de la covid, il est évident que la nouveauté du virus, la nouveauté du vaccin, le fait qu'il ne protège pas entièrement contre les contaminations et le développement de la maladie, le fait que l'on soit déjà à une quatrième dose pour les personnes les plus vulnérables ne fait qu'alimenter les controverses et n'incline pas ce profil à se faire vacciner.

Quant au profil majoritaire, celui issu des classes populaires, il peut s'appréhender à travers la théorie de l'aliénation (Gauchat, 2011) développée en sociologie du risque (Giddens, 1991). Celle-ci postule que notre société de modernité avancée s'est construite sur une économie de la connaissance, des bureaucraties de plus en plus complexes et des innovations technologiques. Notre vie quotidienne est de plus en plus dépendante de systèmes d'expertise distants ce qui crée un désenchâssement des relations sociales qui alimente un sentiment d'aliénation parmi les classes populaires qui subissent de plein fouet les risques d'incertitude liée à la complexification du monde (elles sont les plus vulnérables en termes économiques, écologiques, sociaux, etc.). Les jeunes molenbeekois non-vaccinés interrogés par Renaud Maes ne racontent pas autre chose. Ils expriment une réelle défiance envers le gouvernement et disent « ils nous ont enfermé et laissé crever (en faisant référence au confinement) et maintenant il faudrait qu'on bouge » et envers les institutions (les hôpitaux qui discriminent et escroquent les patients selon leur vécu; les mutuelles car ils ne sont pas en ordre de cotisation pour la plupart, le partage des données qui pourraient les amener à devoir régulariser des impayés). Ils ont l'habitude de reporter des soins de santé, n'ont pas de médecin généraliste et recourent en cas d'absolue nécessité aux urgences. « si je meurs, ce n'est pas grave, au fait ça me soulagerait et je suis sûr que ça soulagerait tout le monde ». En réalité, ils sont dans un processus de désafilliation sociale aboutie qui prend ses racines dans un ensemble d'expériences sociales douloureuses (relégation scolaire, exclusion du marché de l'emploi, contrôle des précaires, mépris social) qui ont été renforcées par l'épreuve du confinement, qu'ils ont vécu de manière extrêmement brutale. Par ailleurs, les discours stigmatisants dont ils ont fait - eux, leurs familles, leurs quartiers - l'objet pendant toute la pandémie (incidence du virus dans les quartiers populaires, non-respect des mesures sanitaires, et maintenant refus de vaccination) contribuent à alimenter leur sentiment qu'ils n'ont aucune place dans la société, que ce sont des inutiles au monde (Castel,1995). L'enjeu est de taille car ils sont évidemment nettement plus perméables aux discours négatifs à leur égard qu'aux discours plus nuancés par ailleurs peu publicisés.

La théorie de la stigmatisation (Goffman, 1975) bien connue en sociologie de la déviance et en criminologie montre qu'à force de stigmatiser quelqu'un, c'est-à-dire de lui assigner une étiquette qui a fait l'objet d'une disqualification sociale, il finit par se comporter comme tel. Il vaut mieux avoir une identité sociale négative, que pas d'identité sociale du tout. Or les discours des institutions n'ont eu de cesse depuis plusieurs mois de stigmatiser les non-vaccinés en les traitant d'égoïstes, d'irresponsables, de complotistes, … Et les discours sont devenus des actes

puisque des politiques discriminatoires ont bel et bien été mises en place avec l'instauration du covid safe ticket. Ces politiques ont vraisemblablement plutôt renforcé les non-vaccinés dans leur résistance à la vaccination que l'inverse, ce dont témoigne, entre autres, le peu de vaccination supplémentaire depuis l'instauration de cette mesure dans notre pays.

Les différents baromètres de la motivation qui ont été menés depuis le début de la pandémie permettent d'entrevoir comment la population de manière générale, et les vaccinés et non vaccinés en particulier, se positionnent sur différents sujets et comment ces positions évoluent dans le temps.

Premier enseignement : la population croit de moins en moins que l'approche choisie aide à résoudre le problème, tant chez les vaccinés que les non-vaccinés, même si des différences importantes existent entre les deux populations (42% versus 84% en janvier 2022). La confiance dans le gouvernement baisse également de manière linéaire pour atteindre son niveau le plus bas, tant chez les vaccinés que les non-vaccinés pour atteindre respectivement 67% et 97% des personnes vaccinées et non-vaccinées qui ne font pas confiance au gouvernement en janvier 2022.

Deuxième enseignement : les acteurs dans lesquels la population a confiance pour contrôler la pandémie restent les acteurs de première ligne : les médecins généralistes, les pharmaciens, les infirmiers. La confiance dans les experts, nettement plus élevée que la confiance dans le gouvernement, a aussi tendance à diminuer légèrement chez les vaccinés, alors qu'elle a toujours été basse chez les non-vaccinés.

Troisième enseignement : tant les vaccinés que les non-vaccinés estiment qu'il faut augmenter la capacité hospitalière et le personnel soignant.

Quatrième enseignement : si en septembre 2021 70% des vaccinés pensaient que le CST servaient à protéger la population contre les situations à haut risque de contamination, ils ne sont plus que 50% à le penser en novembre 2021. Les non-vaccinés n'y ont jamais cru. Tous estiment (et de plus en plus, janvier 2022) que cette mesure (ou le pass vaccinal) s'apparente à une obligation vaccinale déguisée (87% des vaccinés, 98% des non-vaccinés) et crée de tensions et des conflits (85% des vaccinés ; 99% des non-vaccinés).

Cinquième enseignement : en janvier 2022, 40% des vaccinés sont contre une obligation vaccinale ; 98% des non-vaccinés la rejettent.

Sixième enseignement : les non-vaccinés ont un sentiment d'autonomie de moins en moins fort, estiment que leurs relations sociales sont entravées et se sentent de plus en plus exclus des groupes auxquels ils aimeraient appartenir. Les écarts se sont creusés la dernière année entre vaccinés et non vaccinés (2,3 en janvier 2021 ; 2 pour les vaccinés versus 2,7 en janvier 2022) et surtout les jeunes semblent en souffrir.

Si les vaccinés paraissent de plus en plus se questionner sur le bienfondé de la gestion de l'épidémie, les non-vaccinés radicalisent leur position avec le temps et semblent se sentir de plus en plus exclus de la vie sociale. Ce qui confirme le processus de stigmatisation en cours.

4. Les différentes stratégies et leurs avantages et inconvénients respectifs

- L'obligation vaccinale : si la vaccination obligatoire aurait le mérite de mettre fin à une discrimination légale durement vécue par les non-vaccinés, cela ne veut pas encore dire qu'elle les motiverait à se faire vacciner pour autant. Les criminologues savent bien que ce

n’est pas parce qu’une loi est votée que pour autant elle est mise en œuvre et surtout respectée par la population. La mise en œuvre de cette loi risque d’être fastidieuse d’autant plus si elle ne s’adresse qu’aux adultes (les vaccins obligatoires sont suivis par l’ONE ce qui ne sera pas le cas) et on se rappellera que la majorité des non-vaccinés entretient un rapport distancié, voire carrément négatif, avec les institutions. Si des sanctions sont assorties au non-respect de la loi, encore faut-il qu’elles n’accentuent pas le processus de désafilliation sociale et de stigmatisation.

- Le pass vaccinal/CST : à la lecture des différents baromètres de la motivation, il apparaît que la population, tant les vaccinés que les non vaccinés, estiment qu’il s’agit d’une obligation vaccinale déguisée et crée des tensions et des conflits sociaux qui n’ont pas lieu d’être. Par ailleurs il ne peut que renforcer la stigmatisation des non-vaccinés, contreproductive en termes d’augmentation de la couverture vaccinale.

Afin d’augmenter la couverture vaccinale, il me semble que la meilleure stratégie serait d’investir dans une médecine de 1ère ligne, celle en qui les citoyens disent avoir le plus confiance. Dans les quartiers populaires où des structures médicales de proximité sont implantées de longue date, les taux de vaccination sont nettement plus élevés. C’est évidemment une stratégie à long terme mais, à mon sens, c’est la seule qui permettrait d’augmenter la couverture vaccinale. Ce serait un premier pas pour redonner confiance dans certaines institutions à une population qui se sent exclue et l’est de fait et, rêvons un peu, un premier pas vers une réaffiliation sociale en prenant en considération l’ensemble des processus de relégation que subit cette population au jour le jour, processus qui ont été exacerbés par la crise sanitaire.

VACCINATIEPLICHT?
EEN BREDER PERSPECTIEF



SAM BROKKEN

- Ex-Onderzoekshoofd & Lector Gezondheidswetenschappen (Hasselt)
- Ex-Lector Gezondheidszorg – (Brussel)
- MSc Public Health & Global Health- Robert Gordon University – (Aberdeen)
- Guest lecturer International Institute of Risk Management & Crisis Strategies – Covid 19 Advisory - Malaysia

MORTALITEIT EN PANDEMIE

"PANDEMIE?"

The term 'pandemic' has **no corresponding theoretical definition**.

Differences between pandemic definitions can often go unnoticed,
but in certain circumstances they can cause confusion between different stakeholders
(e.g. between scientists and governments, or governments and the public),
who may not have a shared background understanding of the term.

(Bron: SINGER, B. J., THOMPSON, R. N. & BONSALL, M. B. 2021.
The effect of the definition of 'pandemic' on quantitative assessments of infectious disease outbreak risk. *Scientific Reports,* 11**,** 2547.)

MORTALITEIT:
'PANDEMISCH PERSPECTIEF'

COVID-19 compared to other major viruses

VIRUS	YEAR IDENTIFIED	CASES	DEATHS	FATALITY RATE	NUMBER OF COUNTRIES
Marburg	1967	466	373	80%	11
Ebola*	1976	33,577	13,562	40.40%	9
Hendra	1994	7	4	57%	1
H5N1 Bird Flu	1997	861	455	52.80%	18
Nipah	1998	513	398	77.60%	2
SARS	2002	8,096	774	9.60%	29
H1N1**	2009	>762,630,000	284,500	0.02%	214#
MERS***	2012	2,494	858	34.40%	28
H7N9 Bird Flu	2013	1,568	616	39.30%	3
COVID-19*	2020	20,530	427	2.1%	27

*As of Feburary 4, 2020 **Between 2009 and 2010 ***As of November 2019

#Countries and overseas territories or communities

Sources: CDC; UN; WHO; New England Journal of Medicine; Malaysian Journal of Pathology; CGTN; Johns Hopkins University; The Lancet; Reuters, CIDRAP

BUSINESS INSIDER

MERS & COVID

"**MERS-CoV** first occurred in **2012** in Jordan and has been causing persistent endemics in countries within and sporadically spreading to countries outside the Middle East regions. The most recent laboratory-confirmed patients were reported by Riyadh on **28 March 2020**.

SARS-CoV-2 has emerged while humans continue to be threatened by MERS-CoV.

Uniquely, the recent ongoing pandemic is accompanied by an infodemic, which has caused additional worldwide panic.

Bron: ZHU, Z., LIAN, X., SU, X., WU, W., MARRARO, G. A. & ZENG, Y. 2020. From SARS and MERS to COVID-19: a brief summary and comparison of severe acute respiratory infections caused by three highly pathogenic human coronaviruses. *Respiratory Research,* 21, 224.

MORTALITEIT – SARS-COV-2

Infection Fatality Rate (Ioannidis 2020; 2021; Axfors & Ioannidis 2021)

- 0,23% (WHO aanvaard) => **0,15%** => (99,85%)
- *0,0013% onder 19j* - 0,0088% 20j – 29j
- *0,021% 30j -39j* - 0,042% 40j - 49j
- *0,14% 50j – 59j* - **0,65% 60j -69j**

Volgens Sorg et al. bij kinderen (2021):
- 0,0009% onder 11j met comorbiditeiten
- 0,0000% onder 11j zonder comorbiditeiten

•AXFORS, C., & IOANNIDIS, J. P. A. (2021). Infection fatality rate of COVID-19 in community-dwelling populations with emphasis on the elderly: An overview. *medRxiv*, 2021.2007.2008.21260210.

•IOANNIDIS J.P., (2020), Infection fatality rate of COVID-19 inferred from seroprevalence data. Bulletin of the World Health Organization. Article ID: BLT.20.265892

•IOANNIDIS, J. P. A. Reconciling estimates of global spread and infection fatality rates of COVID-19: an overview of systematic evaluations. *European Journal of Clinical Investigation, n/a*(n/a), e13554.

•SORG, A., HUFNAGEL, M., DOENHARDT, M., DIFFLOTH, N., SCHROTEN, H., V. KRIES, R., BERNER, R. & ARMANN, J. 2021. Risk of Hospitalization, severe disease, and mortality due to COVID-19 and PIMS-TS in children with SARS-CoV-2 infection in Germany. *medRxiv*, 2021.11.30.21267048.

CFR* VOOR INFLUENZA EN COVID-19

BIJ HOSPITALISATIE

- Overzichtsstudie in de Reviews Medical Virology (Pormohammad et al. 2021)
  - 157: Covid-19, 251: Influenza type A en 47 studies Influenza B

- ***Case Fatality Rate**:
  - **COVID-19: 6,5%** ($p < 0,001$)
  - **Influenza Type A: 6%** ($p < 0,001$)
  - Influenza Type B: 3% ($p < 0,001$)

RISICOGROEPEN

- Bepalende onderliggende aandoeningen: **obesitas, hypertensie, diabetes en cardiovasculaire voorgeschiedenis** (Ng et al. 2021; Thakur et al. 2021; Shams et al. 2022)
- **+60: risicogroep, boven 80 grootste kans op overlijden** (Bae et al. 2021; Silverio et al. 2021; Tiruneh et al. 2021)
- Risicogroepen: **preventie** (levensstijl, gezonde voeding, beweging).

BAE, S., KIM, S. R., KIM, M.-N., SHIM, W. J. & PARK, S.-M. 2021. Impact of cardiovascular disease and risk factors on fatal outcomes in patients with COVID-19 according to age: a systematic review and meta-analysis. *Heart,* 107**,** 373-380.

MEYER, P., THE IMPACT OF COVID-19 VACCINES ON ALL-CAUSE MORTALITY IN EU IN 2021: A MACHINE LEARNING PERSPECTIVE. Researchgate - preprint - University of Liège, 2022

NG, W. H., TIPIH, T., MAKOAH, N. A., VERMEULEN, J. G., GOEDHALS, D., SEMPA, J. B., BURT, F. J., TAYLOR, A. & MAHALINGAM, S. 2021. Comorbidities in SARS-CoV-2 Patients: a Systematic Review and Meta-Analysis. *mBio,* 12.

PORMOHAMMAD, A., GHORBANI, S., KHATAMI, A., RAZIZADEH, M. H., ALBORZI, E., ZAREI, M., IDROVO, J. P. & TURNER, R. J. 2021. Comparison of influenza type A and B with COVID-19: A global systematic review and meta-analysis on clinical, laboratory and radiographic findings. *Rev Med Virol,* 31**,** e2179.

SHAMS, M., BASATI, G., KALVANDI, G., ABDOLI, A. & TAVAN, H. 2022. Frequency of underlying diseases, symptoms and mortality rate of COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Reviews and Research in Medical Microbiology,* 33**,** e189-e197.

SILVERIO, A., DI MAIO, M., CITRO, R., ESPOSITO, L., IULIANO, G., BELLINO, M., BALDI, C., DE LUCA, G., CICCARELLI, M., VECCHIONE, C. & GALASSO, G. 2021. Cardiovascular risk factors and mortality in hospitalized patients with COVID-19: systematic review and meta-analysis of 45 studies and 18,300 patients. *BMC Cardiovascular Disorders,* 21**,** 23.
TIRUNEH, S. A., TESEMA, Z. T., AZANAW, M. M. & ANGAW, D. A. 2021. The effect of age on the incidence of COVID-19 complications: a systematic review and meta-analysis. *Systematic Reviews,* 10**,** 80.



DANS DER CIJFERS

EXPERIMENTELE DATA VS OBSERVATIONELE CORRELATIES

- Observationele inschattingen -> statistiche verhoudingen
  - Meer gevaccineerden -> minder overlijdens -> dus werken vaccins? (correlaties)
    - Vele variabelen worden niet altijd in rekening gebracht
  - Oversterfte vs overlijdens aan Covid?
    - Inadequate data-collectie, bias in registratie, met of aan Covid overleden?
    - Observationele data in veel landen ontoereikend
  - "Our conclusions differ for different age-categories investigated but, until a better predictive variable is found, **our results clearly suggest that the benefit-risk balance for the 0-44 years old is not in favor of those vaccines.**" (Meyer 2022)
  - Experimentele studies geven aan dat zowel na vaccin als natuurlijke infectie er een verminderde antistofwerking optrad (Andreano & Rappuoli 2021; Garcia-Beltran et al. 2021; Weisblum et al. 2020).

POUWELS, K. B., PRITCHARD, E., MATTHEWS, P. C., STOESSER, N., EYRE, D. W., VIHTA, K.-D., HOUSE, T., HAY, J., BELL, J. I., NEWTON, J. N., FARRAR, J., CROOK, D., COOK, D., ROURKE, E., STUDLEY, R., PETO, T. E. A., DIAMOND, I. & WALKER, A. S. 2021.

EFFECT OF DELTA VARIANT ON VIRAL BURDEN AND VACCINE EFFECTIVENESS AGAINST NEW SARS-COV-2 INFECTIONS IN THE UK. ***NATURE MEDICINE***.

"There is little alternative to using observational data to assess Vaccine Efficacy against new variants,

because additional placebo-controlled randomized trials would be unethical (although active comparator trials could still be performed).

However, there are many biases in observational analyses, particularly if symptomatic testing is non-random and related to perceived efficacy."

NATURE: "THE PANDEMIC'S TRUE DEATH TOLL: MILLIONS MORE THAN OFFICIAL COUNTS"

- **Oversterfte** als parameter! Goede indicator?
- Projecties van **6,5 miljoen tot 22 miljoen** Covid doden op basis van 'oversterfte'?
- De Nicola et al. (2022) = **oversterfte steeds overschat** => afgezet tegen gemiddelde van vorige jaren => onderschatting van de groeiende ouderenpopulatie (20% stijging in vier jaar tijd).
- **"Flawed figures": Neighbouring Belgium included deaths in the community and everyone who died after showing symptoms of the disease, even if they weren't diagnosed.**
- "**Models like this have the effect of putting a thin veneer of objectivity and science-y thinking over what's basically an op-ed,**"
- "**The process is intrinsically flawed**. The **data are a real mess** and so any modelling effort is going to be very speculative."

DOSHI, P., GODLEE, F. & ABBASI, K. 2022. COVID-19 VACCINES AND TREATMENTS: WE MUST HAVE RAW DATA, NOW. *BMJ,* 376**,** O102.

"The majority **of trials that underpinned regulatory approval** and government stockpiling of oseltamivir (**Tamiflu**) **were sponsored by the manufacturer**; most were unpublished, those that were published were ghostwritten by **writers paid by the manufacturer**, the people listed as principal authors lacked access to the raw data, and **academics who requested access to the data for independent analysis were denied**."

"**The errors of the last pandemic are being repeated**. Memories are short. Today, despite the global rollout of covid-19 vaccines and treatments, **the anonymised participant level data underlying the trials for these new products remain inaccessible to doctors, researchers, and the public—and are likely to remain that way for years to come**."

"**Pharmaceutical companies are reaping vast profits without adequate independent scrutiny of their scientific claims**. **The purpose of regulators is not to dance to the tune of rich global corporations and enrich them further; it is to protect the health of their populations. We need complete data transparency for all studies, we need it in the public interest, and we need it now.**"



DATA PUBLIC HEALTH SCOTLAND

(GEBASEERD OP TABEL 14
DATA-INTERVAL: 8 TOT 14 JANUARI 2022)

•ANDREANO, E. & RAPPUOLI, R. 2021. SARS-CoV-2 escaped natural immunity, raising questions about vaccines and therapies. *Nature Medicine,* 27**,** 759-761.

•DE NICOLA, G., KAUERMANN, G. & HÖHLE, M. 2022. On assessing excess mortality in Germany during the COVID-19 pandemic. *AStA Wirtschafts- und Sozialstatistisches Archiv*.

MEYER, P., THE IMPACT OF COVID-19 VACCINES ON ALL-CAUSE MORTALITY IN EU IN 2021: A MACHINE LEARNING PERSPECTIVE. Researchgate - preprint - University of Liège, 2022

https://www.nature.com/articles/d41586-022-00104-8?utm_term=Autofeed&utm_campaign=nature&utm_medium=Social&utm_source=Facebook&error=cookies_not_supported&code=1db4c114-5c07-43c9-9ed5-75126791304a&fbclid=IwAR2QK9cbnSROvMs5qLMi5ZAcOSRF6CFe9rN3EmGp6KnSY2MkzSidKXE3MYY#ref-CR1

•https://publichealthscotland.scot/media/11223/22-01-19-covid19-winter_publication_report.pdf



TRANSMISSIE

- Transmissie stoppen = viruscirculatie stoppen
- 3 maanden na dubbele vaccinatie is er nauwelijks nog effect m.b.t. Transmissie (Delta) (Eyre et al. 2022)
- WHO stelt zelf dat vaccins weinig bijdragen in voorkomen van transmissie, ook tegen Omicron (WHO 2022)
- Pfizer beschermt 41,1X minder tegen Omicron dan tegen de oorspronkelijke stam -> transmissie wordt dus nauwelijks nog tegengehouden. (Cele et al. 2022)
- De vele mutaties op Omicron zorgen voor het ontwijken van antistoffen naast sterk verhoogde transmissie onder zowel gevaccineerden als niet-gevaccineerden (Araf et al. 2022; Koley et al. 2022; Miller et al. 2022; Saxena et al. 2022)

ARAF, Y., AKTER, F., TANG, Y. D., FATEMI, R., PARVEZ, S. A., ZHENG, C. & HOSSAIN, G. 2022. Omicron variant of SARS-CoV-2: Genomics, transmissibility, and responses to current COVID-19 vaccines. *Journal of medical virology*.

EYRE, D. W., TAYLOR, D., PURVER, M., CHAPMAN, D., FOWLER, T., POUWELS, K. B., WALKER, A. S. & PETO, T. E. A. 2022. Effect of Covid-19 Vaccination on Transmission of Alpha and Delta Variants. *New England Journal of Medicine*.

KOLEY, T., KUMAR, M., GOSWAMI, A., ETHAYATHULLA, A. S. & HARIPRASAD, G. 2022. Structural modeling of Omicron spike protein and its complex with human ACE-2 receptor: Molecular basis for high transmissibility of the virus. *Biochemical and Biophysical Research Communications,* 592, 51-53.

MILLER, N. L., CLARK, T., RAMAN, R. & SASISEKHARAN, R. 2022. Insights on the mutational landscape of the SARS-CoV-2 Omicron variant receptor binding domain. Cell Reports Medicine, 100527.

SAXENA, S. K., KUMAR, S., ANSARI, S., PAWESKA, J. T., MAURYA, V. K., TRIPATHI, A. K. & ABDEL-MONEIM, A. S. 2022. Transmission dynamics and mutational prevalence of the novel SARS-CoV-2 Omicron Variant of Concern. *Journal of Medical Virology*.

World Health Organization. (2022). WHO SAGE roadmap for prioritizing uses of COVID-19 vaccines: an approach to optimize the global impact of COVID-19 vaccines, based on public health goals, global and national equity, and vaccine access and coverage scenarios

“IS VACCINATIEPLICHT NUTTIG ALS DE POPULATIETRANSMISSIE NAUWELIJKS WORDT AFGEREMD?”

VACCINATIE EN DOORBRAAKINFECTIES

- Doorbraakinfecties in Omicron bij 6 reizigers uit Duitsland (25-39j) met boostershot (mRNA). Virale lading even hoog als bij begin van de crisis. *"insufficient prevention of symptomatic infection in otherwise healthy individuals who had received three doses of COVID-19 mRNA vaccines*." (Kuhlmann et al. 2022)
- Omicron ontwijkt bijna volledig de Abs bij dubbel gevaccineerden (- 60 jaar en mRNA), er is wel kruisimmuniteit bij volledig gevaccineerden die eerdere infectie ook hebben doorgemaakt (Miyamoto et al. 2022). Na dubbele Pfizer-vaccinatie bleek maar 20% tot 24% (afhankelijk van de Omicron-variant) van de gevaccineerden over voldoende antistoffen te beschikken (Lu et al. 2021)
- VE met (derde) booster mRNA (Moderna – Pfizer) respectievelijk 46.38% en 43.22%. **Niet-gevaccineerden met eerdere infectie zijn beter beschermd (34%) dan dubbel gevaccineerden (22%)**, maar minder dan dan geboosterden. (Willett et al. 2022;)
  - Wat schrijft de **WHO** voor? **"To be approved**, vaccines are required to have a high **efficacy rate of 50%** or above"
- Post-booster doorbraakinfecties 87% (mRNA) (Young-Xu 2022)

KUHLMANN, C., MAYER, C. K., CLAASSEN, M., MAPONGA, T., BURGERS, W. A., KEETON, R., RIOU, C., SUTHERLAND, A. D., SULIMAN, T., SHAW, M. L. & PREISER, W. Breakthrough infections with SARS-CoV-2 omicron despite mRNA vaccine booster dose. *The Lancet*.

LU, L., MOK, B. W., CHEN, L. L., CHAN, J. M., TSANG, O. T., LAM, B. H., CHUANG, V. W., CHU, A. W., CHAN, W. M., IP, J. D., CHAN, B. P., ZHANG, R., YIP, C. C., CHENG, V. C., CHAN, K. H., JIN, D. Y., HUNG, I. F., YUEN, K. Y., CHEN, H. & TO, K. K. 2021. Neutralization of SARS-CoV-2 Omicron variant by sera from BNT162b2 or Coronavac vaccine recipients. *Clin Infect Dis*.

MIYAMOTO, S., ARASHIRO, T., ADACHI, Y., MORIYAMA, S., KINOSHITA, H., KANNO, T., SAITO, S., KATANO, H., IIDA, S., AINAI, A., KOTAKI, R., YAMADA, S., KURODA, Y., YAMAMOTO, T., ISHIJIMA, K., PARK, E.-S., INOUE, Y., KAKU, Y., TOBIUME, M., IWATA-YOSHIKAWA, N., SHIWA-SUDO, N., TOKUNAGA, K., OZONO, S., HEMMI, T., UENO, A., KISHIDA, N., WATANABE, S., NOJIMA, K., SEKI, Y., MIZUKAMI, T., HASEGAWA, H., EBIHARA, H., MAEDA, K., FUKUSHI, S., TAKAHASHI, Y. & SUZUKI, T. 2022. Vaccination-infection interval determines cross-neutralization potency to SARS-CoV-2 Omicron after breakthrough infection by other variants. *medRxiv*, 2021.12.28.21268481.

WHO 2022: https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/vaccine-efficacy-effectiveness-and-protection

WILLETT, B. J., GROVE, J., MACLEAN, O., WILKIE, C., LOGAN, N., DE LORENZO, G., FURNON, W., SCOTT, S., MANALI, M., SZEMIEL, A., ASHRAF, S., VINK, E., HARVEY, W., DAVIS, C., ORTON, R., HUGHES, J., HOLLAND, P., SILVA, S. V., PASCALL, D., PUXTY, K., DA SILVA FILIPE, A., YEBRA, G., SHAABAN, S., HOLDEN, M. T. G., PINTO, R. M., GUNSON, R., TEMPLETON, K., MURCIA, P., PATEL, A., INVESTIGATORS, T. C.-D. V., STUDY, C.-E. C., CONSORTIUM, T. C.-G. U., CONSORTIUM, T. G. P.-U. N. V., HAUGHNEY, J., ROBERTSON, D. L., PALMARINI, M., RAY, S. & THOMSON, E. C. 2022. The hyper-transmissible SARS-CoV-2 Omicron variant exhibits significant antigenic change, vaccine escape and a switch in cell entry mechanism. *medRxiv*, 2022.01.03.21268111.

YOUNG-XU, Y. 2022. Effectiveness of mRNA COVID-19 Vaccines against Omicron among Veterans. *medRxiv*, 2022.01.15.22269360.

NATUURLIJKE INFECTIE EN HERINFECTIE

90.4% langer dan 10 maanden bescherming (Delta) (Kojima et al. 2021)

Maar 0 – 2% doet een herinfecties (Alpha, Beta, Delta) (Kojima & Klausner 2021)

Natuurlijke infectie beschermt voor 90% met Abs tegen Alpha, Beta en Delta.
Voor 60% tegen Omicron (Altarawneh et al. 2022)

IgA (mucosale immuniteit, luchtwegen) wordt maar beperkter opgewekt door Pfizer (Azzi et al. 2022); Na natuurlijke infectie zijn zowel IgA als IgG sterk aanwezig (Han et al. 2021; Pandolfi & Chirumbolo).
Pandolfi & Chirumbolo (2022) stellen zich openlijk de vraag hoe je zo een 2G-beleid wil verantwoorden?

NATUURLIJKE INFECTIE EN HERINFECTIE

IgG bij natuurlijke infectie blijft langer aanwezig dan bij dubbel gevaccineerden (Pfizer) die eerder de ziekte al doormaakten. (Puya-Deghani-Mobaraki et al. 2022)

T-cel bescherming blijkt zowel bij niet-gevaccineerden (met infectie van de originele stam) als bij dubbele vaccinatie nog zeer goed te zijn. Respectievelijk 77% en 91% (Gao et al. 2022)

Doorgemaakte ziekte of vaccinatie leiden beiden tot evenwaardige T-cel bescherming tegen zware ziekte met Omicron. (Ahmed et al. 2022; Choi et al. 2022; Keeton et al. 2022)

Doorgemaakte ziekte leidt ook tot langdurige activatie van beenmerg-cellen (basis antistoffen), B-cel-immuniteit en voldoende IgA en IgG (Turner et al. 2021), zeker al tot 12 maanden na infectie (Shah et al. 2022)

AHMED, S. F., QUADEER, A. A. & MCKAY, M. R. 2022. SARS-CoV-2 T Cell Responses Elicited by COVID-19 Vaccines or Infection Are Expected to Remain Robust against Omicron. *Viruses,* 14, 79.

CHOI, S. J., KIM, D.-U., NOH, J. Y., KIM, S., PARK, S.-H., JEONG, H. W. & SHIN, E.-C. 2022. T cell epitopes in SARS-CoV-2 proteins are substantially conserved in the Omicron variant. *Cellular & Molecular Immunology*.

HAN, J., ZHANG, N., CHEN, D., GONG, Y., LI, G., KONG, Y., PU, L., CHEN, C., LIU, J., WANG, Q., ZHANG, J., ZHAO, X., DU, J., HAN, K., SONG, C., WANG, L., HUA, M., HAO, Y., SONG, R., SONG, Y., YU, F., YANG, S., XIONG, H., ZHANG, W., GAO, G. F., ZHANG, F., LI, A., ZENG, H. & BI, Y. 2022. Distinct durability of IgM/IgG antibody responses in COVID-19 patients with differing severity. *Science China Life Sciences,* 65, 223-226.

KOJIMA, N., SHRESTHA, N. K. & KLAUSNER, J. D. 2021. A Systematic Review of the Protective Effect of Prior SARS-CoV-2 Infection on Repeat Infection. *Evaluation & the Health Professions,* 44, 327-332.

KOJIMA, N. & KLAUSNER, J. D. Protective immunity after recovery from SARS-CoV-2 infection. *The Lancet Infectious Diseases*.

ALTARAWNEH, H., CHEMAITELLY, H., TANG, P., HASAN, M. R., QASSIM, S., AYOUB, H. H., ALMUKDAD, S., YASSINE, H. M., BENSLIMANE, F. M., KHATIB, H. A. A., COYLE, P., KANAANI, Z. A., KUWARI, E. A., JEREMIJENKO, A., KALEECKAL, A. H., LATIF, A. N., SHAIK, R. M., ABDUL RAHIM, H. F., NASRALLAH, G. K., AL KUWARI, M. G., BUTT, A. A., AL ROMAIHI, H. E., AL-THANI, M. H., KHAL, A. A., BERTOLLINI, R. & ABU-RADDAD, L. J. 2022. Protection afforded by prior infection against SARS-CoV-2 reinfection with the Omicron variant. *medRxiv*, 2022.01.05.22268782.

GAO, Y., CAI, C., GRIFONI, A., MÜLLER, T. R., NIESSL, J., OLOFSSON, A., HUMBERT, M., HANSSON, L., ÖSTERBORG, A., BERGMAN, P., CHEN, P., OLSSON, A., SANDBERG, J. K., WEISKOPF, D., PRICE, D. A., LJUNGGREN, H.-G., KARLSSON, A. C., SETTE, A., ALEMAN, S. & BUGGERT, M. 2022. Ancestral SARS-CoV-2-specific T cells cross-recognize the Omicron variant. *Nature Medicine*.

KEETON, R., TINCHO, M. B., NGOMTI, A., BAGUMA, R., BENEDE, N., SUZUKI, A., KHAN, K., CELE, S., BERNSTEIN, M., KARIM, F., MADZORERA, S. V., MOYO-GWETE, T., MENNEN, M., SKELEM, S., ADRIAANSE, M., MUTITHU, D., AREMU, O., STEK, C., DU BRUYN, E., VAN DER MESCHT, M. A., DE BEER, Z., DE VILLIERS, T. R., BODENSTEIN, A., VAN DEN BERG, G., MENDES, A., STRYDOM, A., VENTER, M., GIANDHARI, J., NAIDOO, Y., PILLAY, S., TEGALLY, H., GRIFONI, A., WEISKOPF, D., SETTE, A., WILKINSON, R. J., DE OLIVEIRA, T., BEKKER, L.-G., GRAY, G., UECKERMANN, V., ROSSOUW, T., BOSWELL, M. T., BIHMAN, J., MOORE, P. L., SIGAL, A., NTUSI, N. A. B., BURGERS, W. A. & RIOU, C. 2022. T cell responses to SARS-CoV-2 spike cross-recognize Omicron. *Nature*.

PANDOLFI, S. & CHIRUMBOLO, S. 2022. On reaching herd immunity during the COVID-19 pandemic and further issues. *J Med Virol,* 94, 24-25.

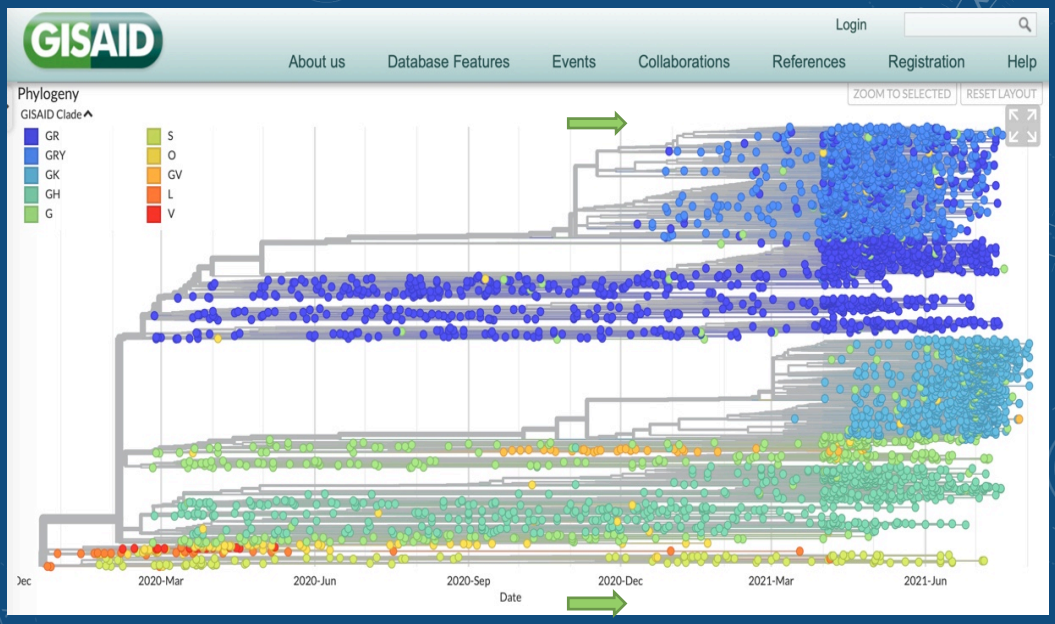
PUYA-DEHGANI-MOBARAKI, WANG, C., FLORIDI, A., FLORIDI, E. & ZAIDI, A. K. 2022. Long-Term Persistence of IgG Antibodies in recovered COVID-19 individuals at 18 months and the impact of two-dose BNT162b2 (Pfizer-BioNTech) mRNA vaccination on the antibody response. *medRxiv*, 2022.01.18.22269349.

SHAH, M. M., RASHEED, M. A. U., HARCOURT, J. L., ABEDI, G. R., STUMPF, M. M., KIRKING, H. L., TAMIN, A., MILLS, L., ARMSTRONG, M., SALVATORE, P. P., SURASI, K., SCOTT, S. E., KILLERBY, M. E., BRIGGS-HAGEN, M., SAYDAH, S., TATE, J. E., FRY, A. M., HALL, A. J., THORNBURG, N. J. & MIDGLEY, C. M. 2022. Twelve-month Follow-up of Early COVID-19 Cases in the United States: Cellular and Humoral Immune Longevity. *Open Forum Infectious Diseases*.

TURNER, J. S., KIM, W., KALAIDINA, E., GOSS, C. W., RAUSEO, A. M., SCHMITZ, A. J., HANSEN, L., HAILE, A., KLEBERT, M. K., PUSIC, I., O'HALLORAN, J. A., PRESTI, R. M. & ELLEBEDY, A. H. 2021. SARS-CoV-2 infection induces long-lived bone marrow plasma cells in humans. *Nature*.

INVLOED MASSAVACCINATIE ?

- Er zijn aanwijzingen dat, naast de natuurlijke selectie, er tevens een supplementaire selectiedruk ontstaat door de vaccins. => meer varianten (Van Egeren et al. 2021; Ko 2022)
- "Every preventive or therapeutic human intervention against a pathogen creates selective pressure that can lead to the emergence of escape variants and vaccines are no exception" (Focosi et al. 2022)
- "we reveal that the occurrence and frequency of vaccine-resistant mutations correlate strongly with the vaccination rates in Europe and America" (Wang et al. 2021)


GISAID
Login
About us
Database Features
Events
Collaborations
References
Registration
Help
Phylogeny
GISAID Clade
GR
GRY
GK
GH
G
S
O
GV
L
V
ZOOM TO SELECTED
RESET LAYOUT
2020-Mar
2020-Jun
2020-Sep
2020-Dec
2021-Mar
2021-Jun
Date


eos
WETENSCHAP
Neem vriendenabonnement
NIEUWSTE NUMMER • NATUUR & MILIEU • TECHNOLOGIE • GEZONDHEID • RUIMTE • NATUURWETENSCHAPPEN • GESCHIEDENIS • PSYCHE & BREIN • BLOGS • PODCAST • Meer
Gezondheid
Wat leert het lezen van het coronavirusgenoom ons?
'Zeker wanneer gevaccineerde mensen toch besmet worden, moeten we die virussen goed karakteriseren.'
viroloog Steven Van Gucht (Sciensano)
Toenemende mutatiedruk
Van Gucht wijst op het groeiend belang van genoomonderzoek naarmate meer mensen gevaccineerd zijn. 'Als de vaccinatiegraad toeneemt, neemt ook de druk toe op het virus om te muteren. Tot nog toe was die druk laag, omdat het virus in vrijwel iedereen een geschikte gastheer vond. Het risico bestaat dat het virus muteert op plaatsen waar de antistoffen binden. Er zijn een twintigtal antistofbindende plaatsen op het stekeleiwit, sommige belangrijker dan andere. 'Zeker wanneer gevaccineerde mensen toch besmet worden, moeten we die virussen goed karakteriseren en eventueel verder onderzoeken. Als zo'n virus kan ontsnappen aan de immuniteit en bovendien dominant dreigt te worden, kan het nodig zijn om de vaccins aan te passen. Die evoluties moeten we goed opvolgen.'
Dieter De Cleene
Meer artikels van deze auteur
Meer over de volgende onderwerpen:
Gezondheid
COVID-19
genoom
Gepubliceerd op:
15 januari 2021

FOCOSI, D., MAGGI, F. & CASADEVALL, A. 2022. Mucosal Vaccines, Sterilizing Immunity, and the Future of SARS-CoV-2 Virulence. *Viruses,* 14**,** 187.

KO, H. H. T. 2022. Transmissibility of SARS-CoV-2 among fully vaccinated individuals. *The Lancet Infectious Diseases,* 22**,** 17-18.

VAN EGEREN, D., NOVOKHODKO, A., STODDARD, M., TRAN, U., ZETTER, B., ROGERS, M., PENTELUTE, B. L., CARLSON, J. M., HIXON, M. & JOSEPH-MCCARTHY, D. 2021. Risk of rapid evolutionary escape from biomedical interventions targeting SARS-CoV-2 spike protein. *PloS one,* 16**,** e0250780.

WANG, R., CHEN, J. & WEI, G.-W. 2021. Mechanisms of SARS-CoV-2 Evolution Revealing Vaccine-Resistant Mutations in Europe and America. *The Journal of Physical Chemistry Letters,* 12**,** 11850-11857.

https://www.eoswetenschap.eu/gezondheid/wat-leert-het-lezen-van-het-coronavirusgenoom-ons

OVERZICHTSSTUDIES BIJWERKINGEN POST-VACCINATIE

- Auto-immuun hepatitis (Camacho-Dominguez et al. 2022)
- Lymfadenopathie **(tot 10% in populatie)** (Bshesh et al. 2022)
- Dermatologische auto-immuunreacties, dermotosen, angiopathie en heropvlakkering van oudere virale ziektebeelden zoals herpes zoster (Gambichler et al. 2022; Temiz et al. 2022)
- Onverwacht hoog aantal acute transversale myelitis (ruggenmergontsteking). Normale incidentie 0,003%, nu 1,2% tot 3,2% **(= x1066!)** (Roman et al. 2021; Nakano et al. 2022) (AZ en Pfizer)
- Venueze trombose tussen 0,02 en 0,15/100.000/maand (Mungmunpuntipantip & Wiwanitkit 2022), volgens Iba et al. (2022) 0,001% en 0,005%
- Meer dan 3 miljoen bijwerkingen geregistreerd bij Vigibase/WHO. Siddartha et al. (2021) vonden op vijf weken tijd 103.954 registraties waarvan 19.529 neurologische aandoeningen waren. 55 neurologische ziektebeelden die frequent terugkwamen konden aan de vaccinaties gelinkt.

BSHESH, K., KHAN, W., VATTOTH, A. L., JANJUA, E., NAUMAN, A., ALMASRI, M., ALI, A. M., RAMADORAI, V., MUSHANNEN, B. & SUBAIE, M. A. 2022. Lymphadenopathy Post-COVID-19 Vaccination with Increased FDG Uptake May Be Falsely Attributed to Oncological Disorders: A Systematic Review. *Journal of Medical Virology*.

CAMACHO-DOMÍNGUEZ, L., RODRÍGUEZ, Y., POLO, F., RESTREPO GUTIERREZ, J. C., ZAPATA, E., ROJAS, M. & ANAYA, J.-M. 2022. COVID-19 vaccine and autoimmunity. A new case of autoimmune hepatitis and review of the literature. *Journal of Translational Autoimmunity,* 5**,** 100140.
DASGUPTA, S., IANNUCCI, G., MAO, C., CLABBY, M. & OSTER, M. E. 2019. Myocarditis in the pediatric population: A review. *Congenital heart disease,* 14**,** 868-877.

GAMBICHLER, T., BOMS, S., SUSOK, L., DICKEL, H., FINIS, C., ABU RACHED, N., BARRAS, M., STÜCKER, M. & KASAKOVSKI, D. 2022. Cutaneous findings following COVID-19 vaccination: review of world literature and own experience. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology,* 36**,** 172-180.

NAKANO, H., YAMAGUCHI, K., KAWABATA, K., ASAKAWA, M. & MATSUMOTO, Y. 2021. Acute transverse myelitis after BNT162b2 vaccination against COVID-19: Report of a fatal case and review of the literature. *J Neurol Sci,* 434**,** 120102.

ROMÁN, G. C., GRACIA, F., TORRES, A., PALACIOS, A., GRACIA, K. & HARRIS, D. 2021. Acute Transverse Myelitis (ATM):Clinical Review of 43 Patients With COVID-19-Associated ATM and 3 Post-Vaccination ATM Serious Adverse Events With the ChAdOx1 nCoV-19 Vaccine (AZD1222). *Front Immunol,* 12**,** 653786.

TEMIZ, S. A., ABDELMAKSOUD, A., WOLLINA, U., KUTLU, O., DURSUN, R., PATIL, A., LOTTI, T., GOLDUST, M. & VESTITA, M. 2022. Cutaneous and allergic reactions due to COVID-19 vaccinations: A review. *Journal of cosmetic dermatology,* 21**,** 4-12.
VERD, S., FERNÁNDEZ-BERNABEU, M. & CARDO, E. 2022. The controversy surrounding vaccination of young people against COVID-19. *Acta Paediatrica,* 111**,** 187-188.

VACCINATIE KINDEREN EN JONGVOLWASSENEN?

- IFR onder 19j: 0,0013% (Axfors en Ioannidis 2021)
- CFR (Hospitalisaties) (Sorg et al. 2021)
  - Tot 17j: 0,0009%
  - onder 11j - 0% zonder co-morbiditeiten
  - 0,0003% met co-morbiditeiten
  - kinderen dragen nauwelijks bij aan transmissie en schoolsluiting is inefficiënt (Van der Hoek et al. 2020; Ludvigsson 2020; Afonso et al. 2022; Wu et al. 2022)
- **Argument**: long-covid/MIS-C? Incidentie: 0,002% tot 0,03% onder 21 (Dufort et al. 2020; Belay et al. 2021; Yousaf et al. 2022)

MYOCARDITIS BIJ JONGEREN (OSTER ET AL. 2022)

- Geschatte te verwachten incidentie: 0,001% (Di Filippo 2016; Nasreen et al. 2022) en 0,002% (Arola et al. 2017)
- Studie op een periode van 9 maanden:
- Binnen 7 dagen na vaccinatie
  - 12 – 15j: 70,7 per miljoen (Pfizer) = 0,007% (=X3.5)
  - 16 – 17j: 105,9 per miljoen (Pfizer) = 0,10% (=X50)
  - 18 – 24j: 52,4 per miljoen (Pfizer)/56,3 per miljoen (Moderna) = 0,005% (=X2.5)

- Myocarditis: potentieel levensbedreigend in sommige groepen van pediatrische patiënten => chronish => gedilateerde cardiomyopathie => hartfalen (Farinha et al 2016; Shaddy et al. 2017)
- Langetermijn gevolgen van pediatrische myocarditis zijn onvoldoende gekend (Dasgupta 2019)
- **Verd et al. (2021) vragen zich of het wel 'fair' is om kinderen te vaccineren tegen Covid-19 gezien het risico op myocarditis.**

Mortaliteit onder 19j: 0,0013% (Axfors & Ioannidis 2021)

AROLA, A., PIKKARAINEN, E., SIPILÄ, J. O., PYKÄRI, J., RAUTAVA, P. & KYTÖ, V. 2017. Occurrence and Features of Childhood Myocarditis: A Nationwide Study in Finland. *Journal of the American Heart Association,* 6, e005306

AFONSO, E. T., MARQUES, S. M., COSTA, L. D., FORTES, P. M., PEIXOTO, F., BICHUETTI-SILVA, D. C., AREDES, N. D., ROSSO, C. F., OLIVEIRA, F. D. S. & FIACCADORI, F. S. 2022. Secondary household transmission of SARS-CoV-2 among children and adolescents: Clinical and epidemiological aspects. *Pediatric Pulmonology,* 57, 162-175.

BELAY, E. D., ABRAMS, J., OSTER, M. E., GIOVANNI, J., PIERCE, T., MENG, L., PREZZATO, E., BALACHANDRAN, N., OPENSHAW, J. J., ROSEN, H. E., KIM, M., RICHARDSON, G., HAND, J., TOBIN-D'ANGELO, M., WILSON, S., HARTLEY, A., JONES, C., KOLSIN, J., MOHAMED, H., COLLES, Z., HAMMETT, T., PATEL, P., STIERMAN, B., CAMPBELL, A. P. & GODFRED-CATO, S. 2021. Trends in Geographic and Temporal Distribution of US Children With Multisystem Inflammatory Syndrome During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Pediatrics,* 175, 837-845.

DI FILIPPO, S. 2016. Improving outcomes of acute myocarditis in children. *Expert Review of Cardiovascular Therapy,* 14, 117-125.

DUFORT, E. M., KOUMANS, E. H., CHOW, E. J., ROSENTHAL, E. M., MUSE, A., ROWLANDS, J., BARRANCO, M. A., MAXTED, A. M., ROSENBERG, E. S., EASTON, D., UDO, T., KUMAR, J., PULVER, W., SMITH, L., HUTTON, B., BLOG, D. & ZUCKER, H. 2020. Multisystem Inflammatory Syndrome in Children in New York State. *New England Journal of Medicine,* 383, 347-358.

FARINHA, I. T. & MIRANDA, J. O. 2016. Myocarditis in Paediatric Patients: Unveiling the Progression to Dilated Cardiomyopathy and Heart Failure. *Journal of Cardiovascular Development and Disease,* 3, 31

LUDVIGSSON, J. F. 2020. Children are unlikely to be the main drivers of the COVID-19 pandemic - A systematic review. *Acta paediatrica (Oslo, Norway : 1992),* 109, 1525-1530.

NASREEN, S., CALZAVARA, A., BUCHAN, S. A., THAMPI, N., JOHNSON, C., WILSON, S. E., KWONG, J. C. & INVESTIGATORS, O. B. O. T. C. I. R. N. P. C. N. O. 2022. Background incidence rates of adverse events of special interest related to COVID-19 vaccines in Ontario, Canada, 2015 to 2020, to inform COVID-19 vaccine safety surveillance. *medRxiv*, 2022.01.12.22269169.

OSTER, M. E., SHAY, D. K., SU, J. R., GEE, J., CREECH, C. B., BRODER, K. R., EDWARDS, K., SOSLOW, J. H., DENDY, J. M., SCHLAUDECKER, E., LANG, S. M., BARNETT, E. D., RUBERG, F. L., SMITH, M. J., CAMPBELL, M. J., LOPES, R. D., SPERLING, L. S., BAUMBLATT, J. A., THOMPSON, D. L., MARQUEZ, P. L., STRID, P., WOO, J., PUGSLEY, R., REAGAN-STEINER, S., DESTEFANO, F. & SHIMABUKURO, T. T. 2022. Myocarditis Cases Reported After mRNA-Based COVID-19 Vaccination in the US From December 2020 to August 2021. *JAMA,* 327**,** 331-340.

SHADDY, R. E., GEORGE, A. T., JAECKLIN, T., LOCHLAINN, E. N., THAKUR, L., AGRAWAL, R., SOLAR-YOHAY, S., CHEN, F., ROSSANO, J. W., SEVERIN, T. & BURCH, M. 2018. Systematic Literature Review on the Incidence and Prevalence of Heart Failure in Children and Adolescents. *Pediatric Cardiology,* 39**,** 415-436.

SORG, A., HUFNAGEL, M., DOENHARDT, M., DIFFLOTH, N., SCHROTEN, H., V. KRIES, R., BERNER, R. & ARMANN, J. 2021. Risk of Hospitalization, severe disease, and mortality due to COVID-19 and PIMS-TS in children with SARS-CoV-2 infection in Germany. *medRxiv***,** 2021.11.30.21267048.

VAN DER HOEK et al., (2020), De rol van kinderen in de transmissie van SARS-CoV-2. Ned Tijdschr Geneeskd. 2020;164:D5140

WU, J. T., MEI, S., LUO, S., LEUNG, K., LIU, D., LV, Q., LIU, J., LI, Y., PREM, K., JIT, M., WENG, J., FENG, T., ZHENG, X. & LEUNG, G. M. 2022. A global assessment of the impact of school closure in reducing COVID-19 spread. *Philosophical Transactions of the Royal Society A: Mathematical, Physical and Engineering Sciences,* 380**,** 20210124.

YOUSAF, A. R., CORTESE, M. M., TAYLOR, A. W., BRODER, K. R., OSTER, M. E., WONG, J. M., GUH, A. Y., MCCORMICK, D. W., KAMIDANI, S., SCHLAUDECKER, E. P., EDWARDS, K., CREECH, C. B., STAAT, M. A., BELAY, E. D., MARQUEZ, P., SU, J. R., SALZMAN, M. B., THOMPSON, D., CAMPBELL, A. P. & GROUP, T. M.-C. I. A. 2022. Reported Cases of Multisystem Inflammatory Syndrome in Children (MIS-C) Aged 12–20 Years in the United States Who Received COVID-19 Vaccine, December 2020 through August 2021. *medRxiv***,** 2022.01.03.22268681.

KAN MEN VACCINATIEPLICHT INVOEREN ALS TRANSMISSIE MOGELIJK BLIJFT, DE VACCINS STEEDS ACHTERLOPEN OP DE FEITEN, WAARBIJ DE MORTALITEIT ONDER DE 60 ZEER BEPERKT IS EN WE DE RISICOGROEPEN KENNEN DIE WE PREVENTIEF KUNNEN BENADEREN?

IS VACCINATIEPLICHT NUTTIG ALS KINDEREN EN JONGEREN NAUWELIJKS BIJDRAGEN TOT TRANSMISSIE, NIET ONDERHEVIG ZIJN AAN MORTALITEIT EN WAARBIJ POST-VACCINATIE MYOCARDITIS HOGER IS DAN VERWACHT MAG WORDEN IN DEZE GROEP?

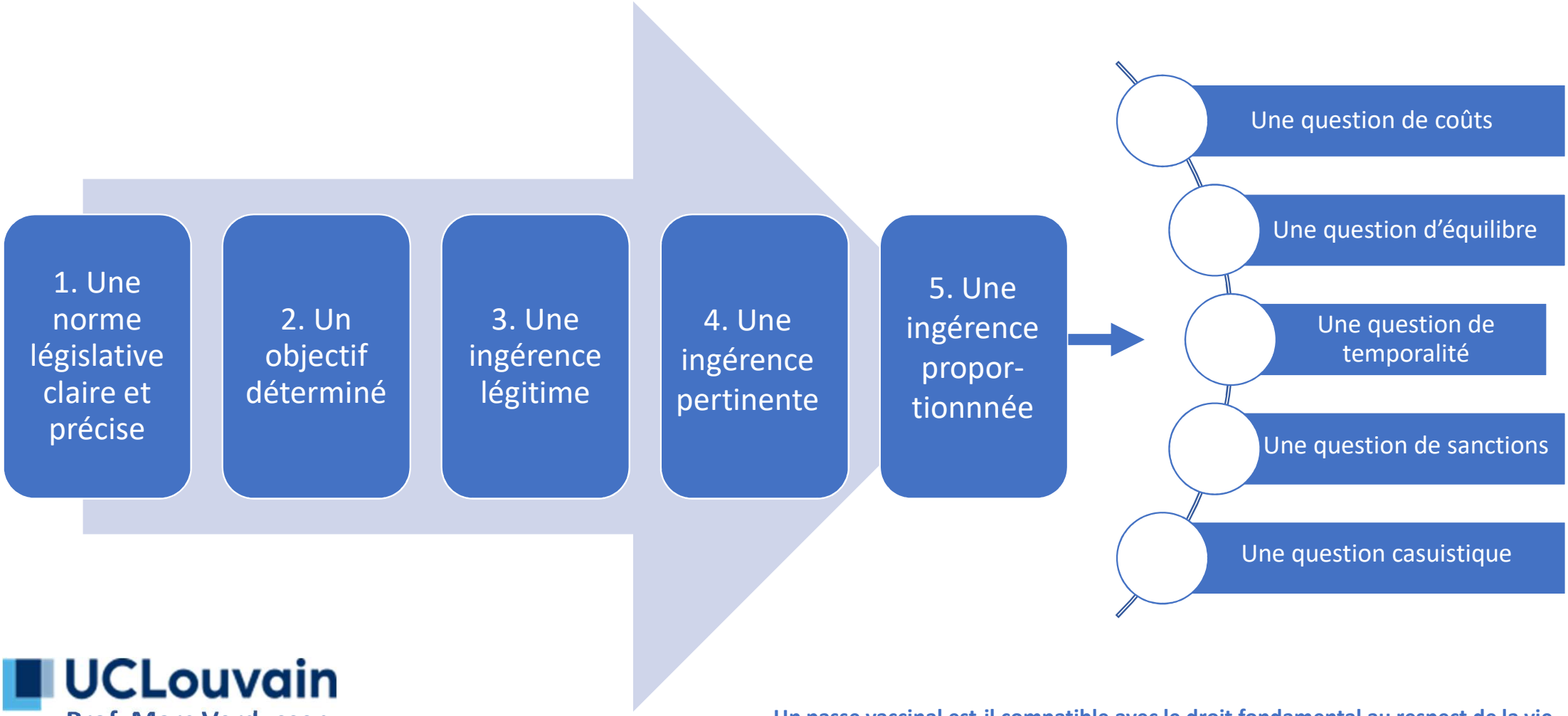


RENÉ DESCARTES

"If you would be a real seeker of truth, it is necessary that at least once in your life you doubt, as far as possible, all things."

"Pour atteindre la vérité, il faut une fois dans la vie se défaire de toutes les opinions qu'on a reçues, et reconstruire de nouveau tout le système de ses connaissances."

Une obligation vaccinale est-elle compatible avec le droit fondamental au respect de la vie privée ?



UCLouvain
Prof. Marc Verdussen
(SSH/JURI/PJPU/CRECO)

Un passe vaccinal est-il compatible avec le droit fondamental au respect de la vie privée ? Avec d'autres droits fondamentaux ? Les mêmes vérifications s'imposent.

Mandatory vaccination: opportunity and risk

Heidi J Larson, PhD

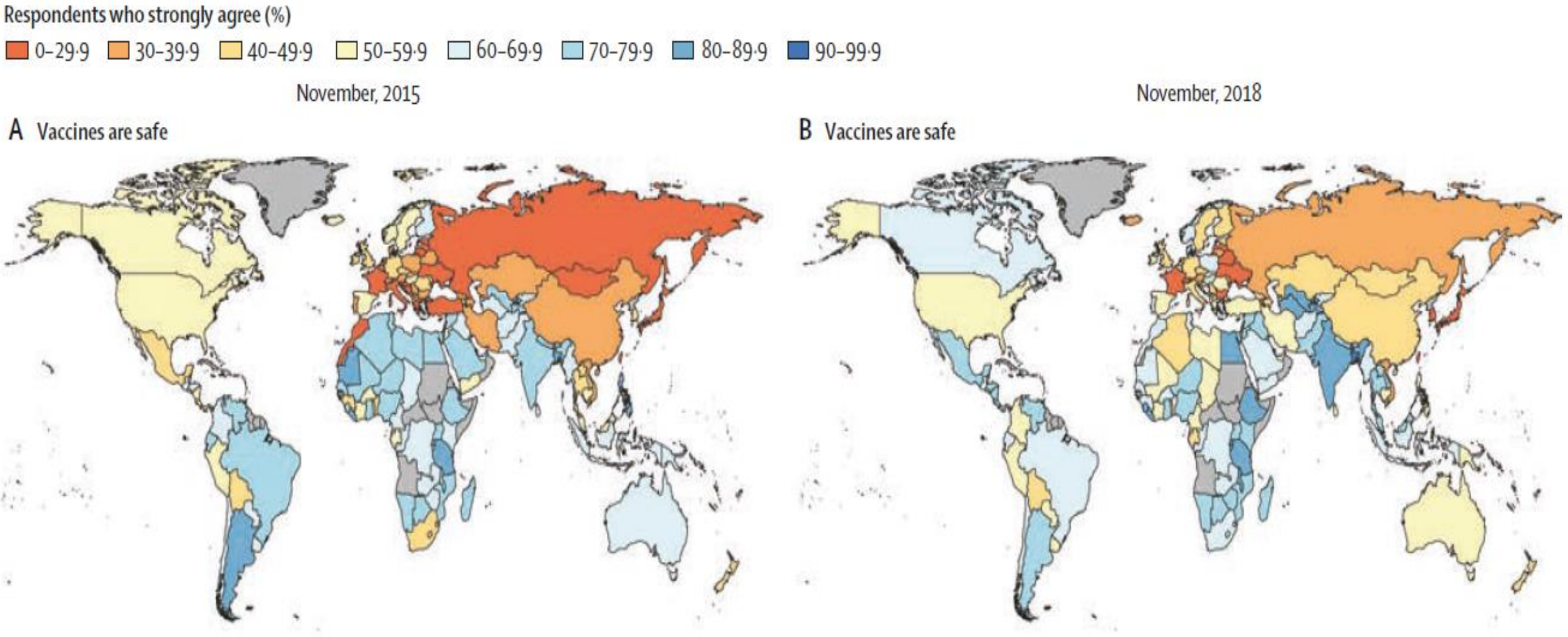
Professor of Anthropology, Risk and Decision Science

Director, The Vaccine Confidence Project

London School of Hygiene & Tropical Medicine

Guest Professor, University of Antwerp and KULeuven, Belgium

THE VACCINE CONFIDENCE PROJECT



Mapping global trends in vaccine confidence and investigating barriers to vaccine uptake: a large-scale retrospective temporal modelling study

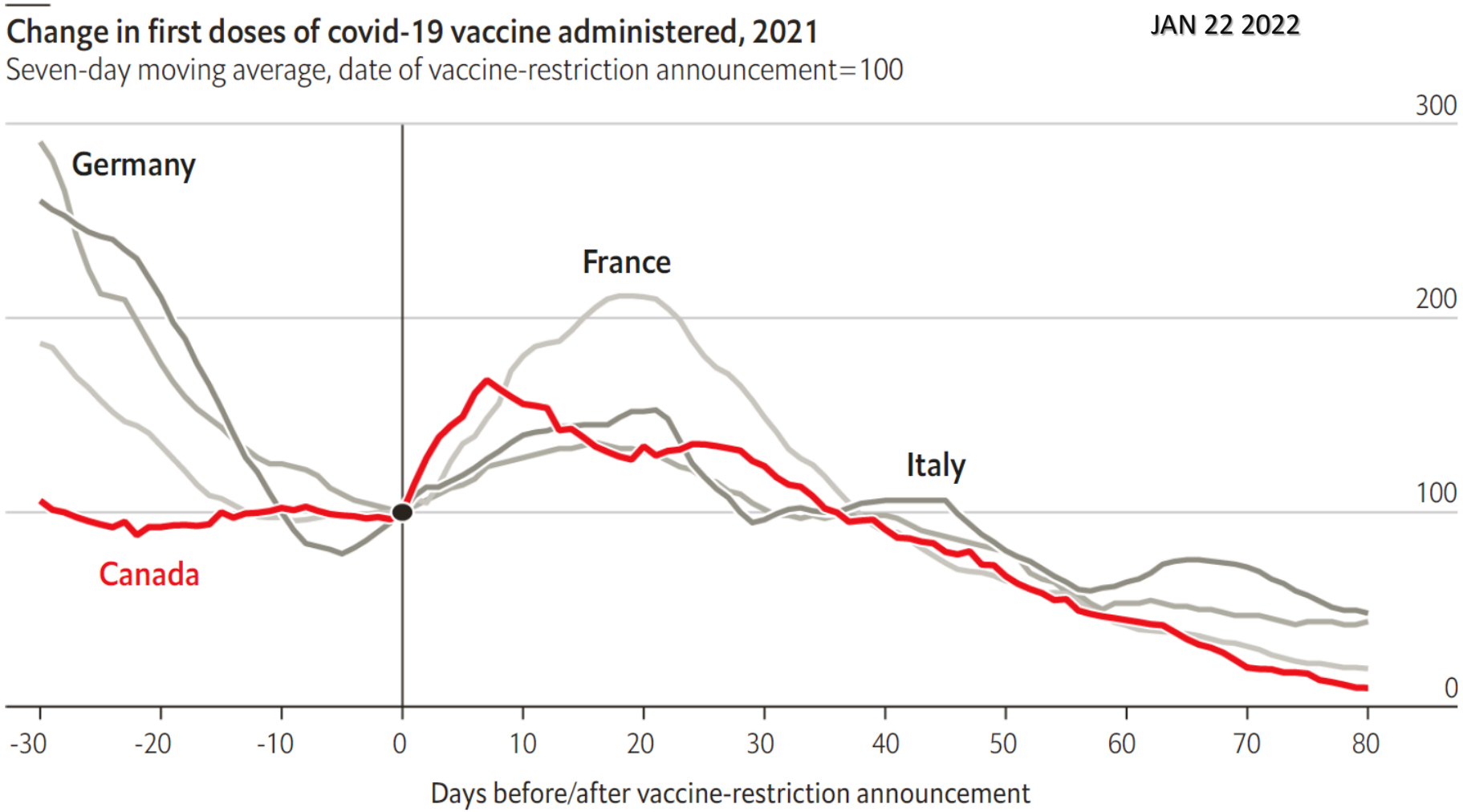
Alexandre de Figueiredo, Clarissa Simas*, Emilie Karafillakis, Pauline Paterson, Heidi J Larson*

The Lancet 2020, Vol 396(10255):67-934

Do vaccine mandates actually work?

The Canadian and European experiences suggest they do

JAN 22 2022



The Economist

A shot in the arm Do vaccine mandates actually work?

But, research on the French health pass found it

“encouraged vaccination of many who were hesitant or reluctant, but it has not reduced hesitancy itself”,

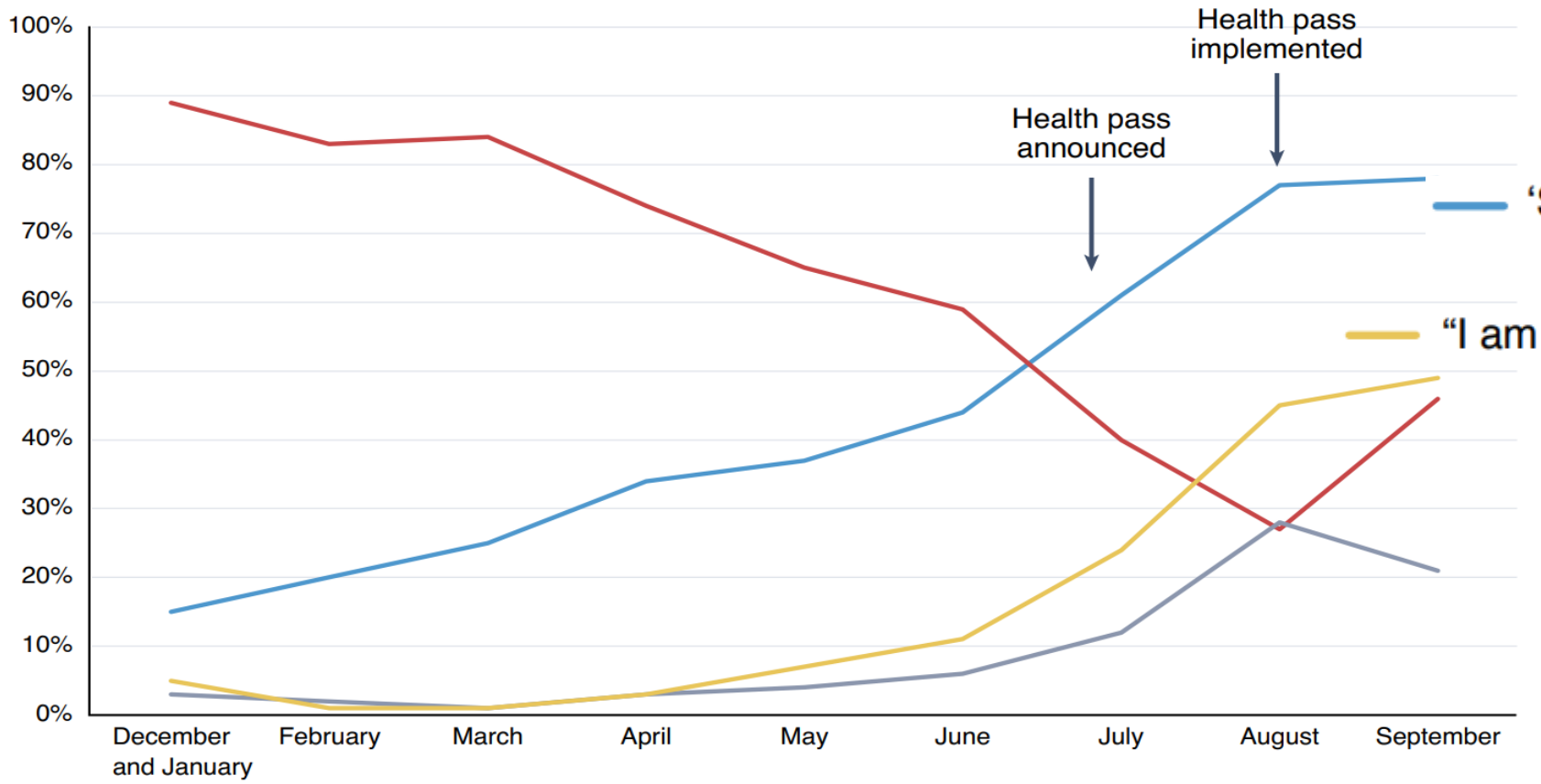
Ward et al. (2022) The French health pass holds lessons for mandatory COVID-19 vaccination

In a large-scale national survey in the UK of 17,611 adults (9 and 27 April 2021):

"**Change in inclination is strongly connected to stated vaccination intent and will therefore unlikely shift attitudes** among Black or Black British respondent, younger age groups, and non-English speakers"

deFigueiredo et al. (2021)P**otential impact of vaccine passports on inclination to accept COVID19 vaccinations** in the United Kingdom: Evidence from a large cross-sectional survey and modeling study

The French health pass holds lessons for mandatory COVID-19 vaccination



'Some' or 'a lot' of doubts or reticence at the time of vaccination
"I am angry to have had to be vaccinated"

'Some' or 'a lot' of doubts or reticence at the time of vaccination
Agreed with the statement: "I am relieved since I have been vaccinated"
Agreed with the statement: "I regret having been vaccinated"
Agreed with the statement "I am angry to have had to be vaccinated"

Ward et al. *Nature* 2022

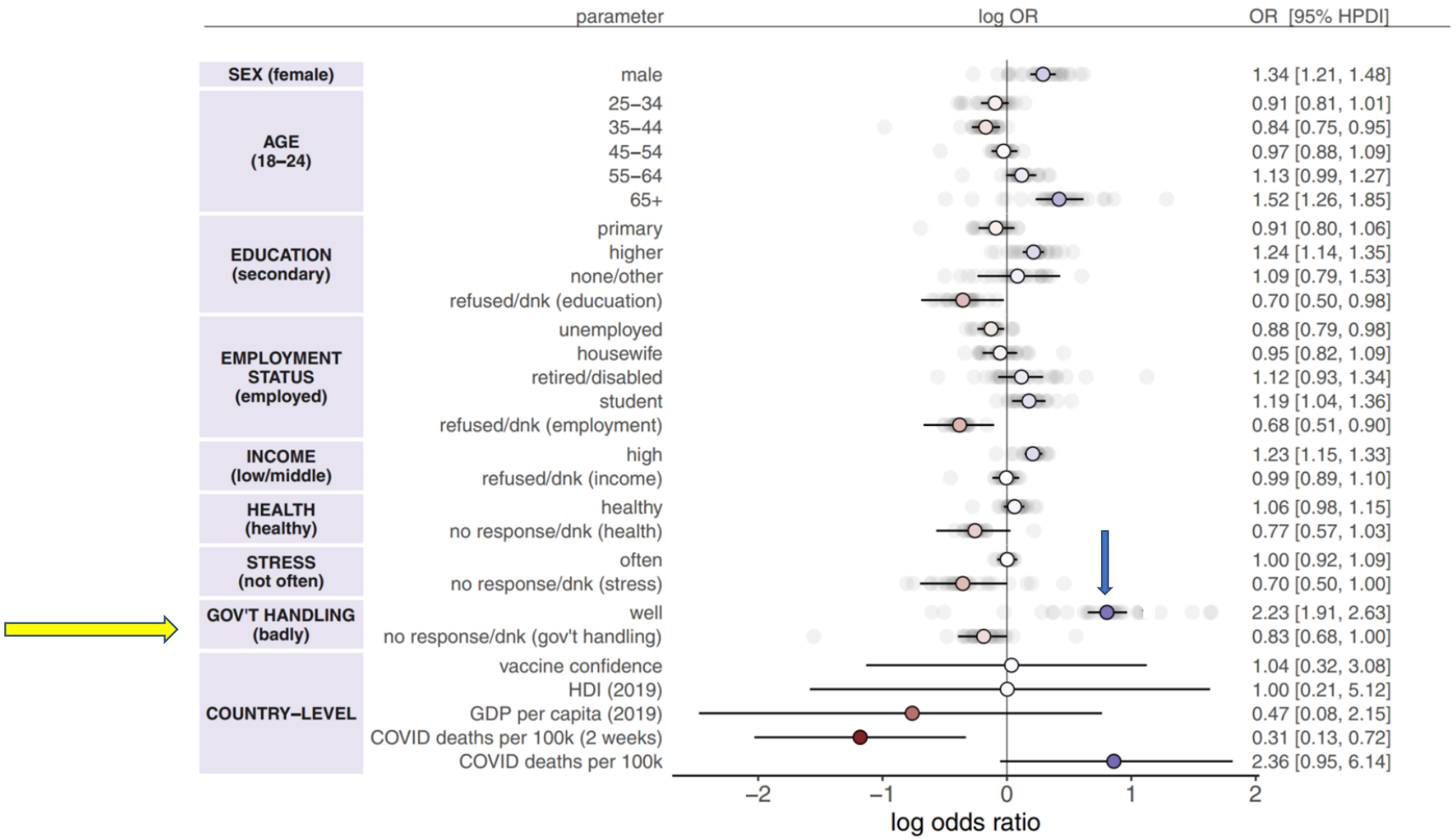
Effects of the health pass in France on three dimensions of vaccine hesitancy

From: The French health pass holds lessons for mandatory COVID-19 vaccination

Reason for vaccine hesitancy	Effects of health pass	Limits of health pass
Complacency (low risk perceptions, vaccination not perceived as an urgent issue)	Very effective in persuading the complacent to get vaccinated as the vaccine made it very convenient to maintain their normal activities.	Limited effect on underserved people who do not use activities covered by the health pass, including older people, people on low incomes, migrants, and homeless people.
Confidence (trust in the safety and efficacy of the vaccines, in the health system and in policy-makers)	Some reluctant people agreed to be vaccinated, despite their enduring doubts and hostility. Limited effect in overseas departments and regions where distrust of the state is greater.	Many people remain unconvinced, with strong criticism from opposition parties, protests in metropolitan France, and social uprisings in several overseas departments and regions.
Convenience (availability and accessibility of the vaccines, levels of health literacy, the appeal of immunization services)	The health pass was accompanied by increased availability, including more appointments in vaccination centers.	There have been insufficient outreach efforts in underserved communities to address barriers to vaccination.

Ward et al. (2022) The French health pass holds lessons for mandatory COVID-19 vaccination

determinants of intent to acept a COVID–19 vaccine (fixed–effects)



deFigueiredo A, Larson HJ. (2021) Exploratory study of the global intent to accept COVID-19 vaccinations

"**vaccine mandates should be accompanied by broader efforts to increase public trust and support**, and they should be as minimally coercive as is necessary, **otherwise they risk being repealed, with significant harms to public health.**"

Atwell, et al. (2018) Recent vaccine mandates in the United States, Europe and Australia: A comparative study

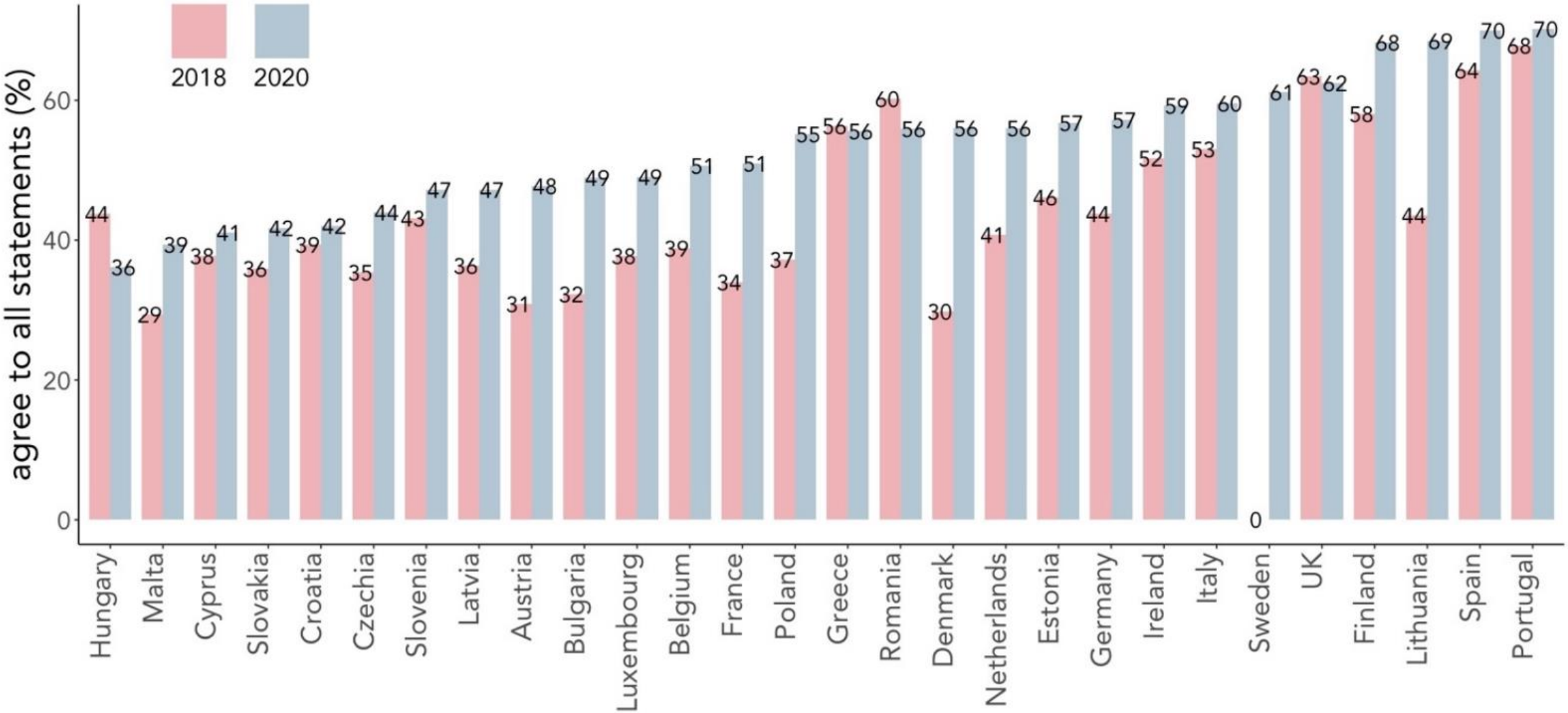
LANCET 3 February 2022

COVID-19 in Europe: new challenges for addressing vaccine hesitancy



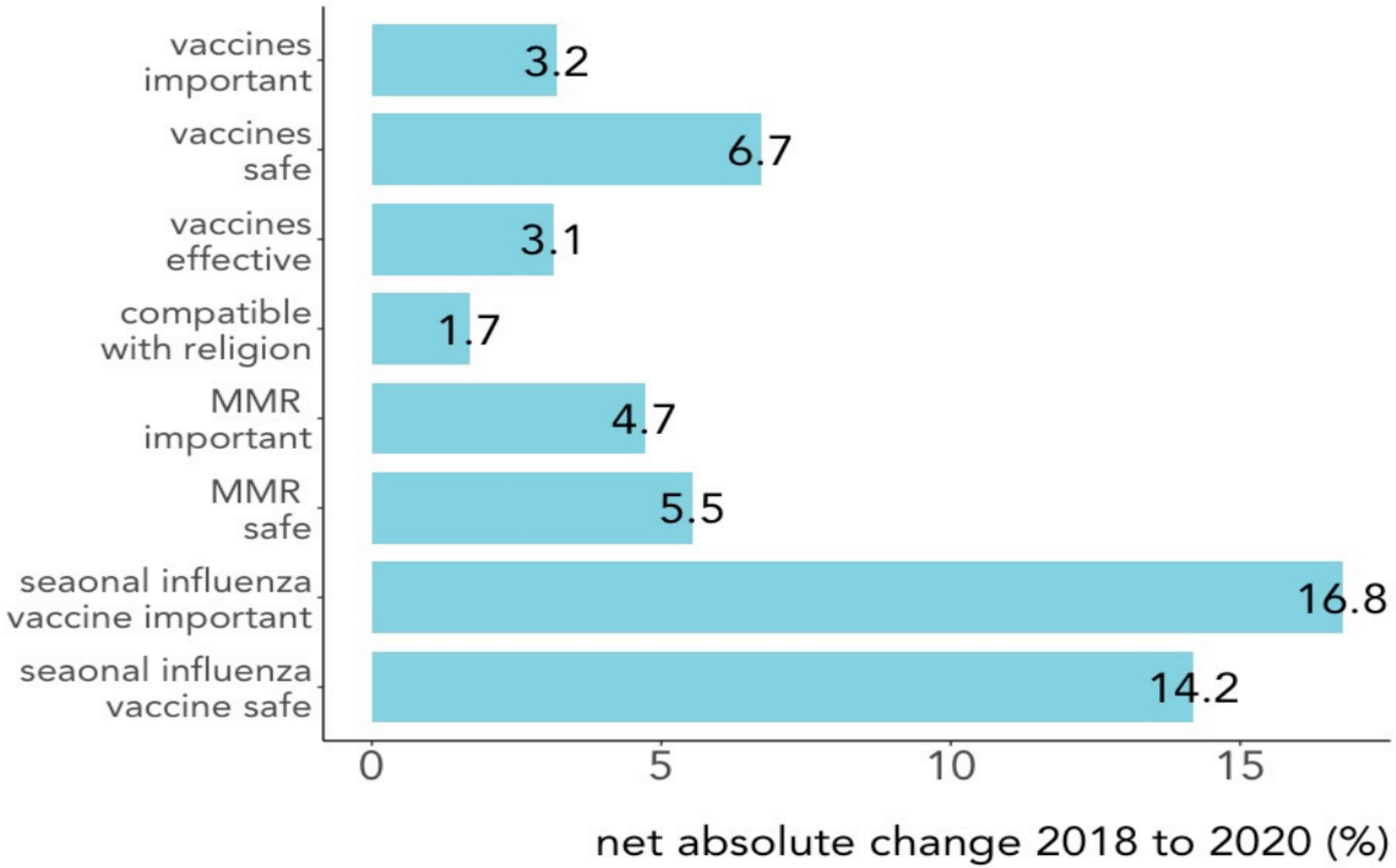
The use of top-down approaches and national vaccination or communication campaigns have done little to address specific concerns raised by specific communities…”

Overall vaccine confidence among the general public



https://ec.europa.eu/health/system/files/2020-12/2020_confidence_rep_en_0.pdf

Net change in respondents agreeing to each survey item across the EU, 2018 to 2020



https://ec.europa.eu/health/system/files/2020-12/2020_confidence_rep_en_0.pdf

Vaccination obligatoire et droits humains

Audition par la Commission de la Santé et de l'Egalité des Chances dans le cadre de la vaccination obligatoire

4 février 2022

Prof. Eva Brems, Présidente de l'IFDH

Federaal Instituut voor de bescherming en de bevordering van de Rechten van de Mens
Institut Fédéral pour la protection et la promotion des Droits Humains

Une obligation de vaccination est-elle compatible avec les droits humains? Et si oui, dans quelles conditions?

- *Avis 6/2021 du 8 décembre 2021*
- *Avis 3/2022 du 4 février 2022*

Structure de la présentation

- Le principe d'une obligation de vaccination
- La mise en œuvre d'une obligation de vaccination

Le principe d'une obligation de vaccination (1)

- Cour européenne des droits de l'homme, 8 avril 2021, **Vavřička et autres c. République Tchèque**
- Points principaux:
  1) Une ingérence à l'article 8 CEDH
  2) Légalité, proportionnalité et but légitime
  3) But légitime: protection contre des maladies qui présentent un risque grave pour la santé
  4) Une ample marge d'appréciation en matière de politique de santé publique

Le principe d'une obligation de vaccination (2)

5) Les autorités nationales peuvent raisonnablement mettre en place une vaccination obligatoire afin d'atteindre **un niveau approprié de protection contre des maladies graves**

   ⇒ Pas uniquement pour l'obtention d'une immunité de groupe (ex: tétanos)

6) Autres éléments:
   - sécurité et efficacité ont été scientifiquement prouvées
   - contrôle permanent des effets graves possibles sur la santé
   - exception pour des raisons médicales
   - système de compensation

Le principe d'une obligation de vaccination (3)

- La CEDH permet le principe d'une obligation de vaccination
- Néanmoins: une telle décision ne peut être prise par le Parlement qu'après un **examen minutieux des intérêts en cause**
- Le Parlement doit tenir compte:
  - des connaissances scientifiques actuelles et fiables sur l'ampleur des risques pour la santé
  - des risques pour les droits et intérêts mis en cause par la nécessité d'adopter d'éventuelles nouvelles mesures sanitaires
- Une obligation pourrait être limitée aux groupes à haut risque (sur la base de données scientifiques)

La mise en œuvre d'une obligation de vaccination (1)

- Une administration forcée violerait les droits humains
- Les sanctions doivent respecter le **principe de proportionnalité**
- Une peine de prison serait manifestement disproportionnée
- Une sanction financière ne peut pas avoir un impact disproportionné sur les personnes en situation de précarité
- Nécessité d'une **évaluation parlementaire** de la proportionnalité de l'obligation de vaccination après six moins

La mise en œuvre d'une obligation de vaccination (2)

Une obligation de vaccination ne peut pas être sanctionnée indirectement via un pass de vaccination 1G:

1) Disproportionnalité dans le temps
2) Pas d'exceptions
3) Pas de rapport raisonnable entre les moyens et l'objectif poursuivi

$\Rightarrow$ un pass sanitaire ne peut être utilisé que comme une mesure de sécurité sanitaire, et non comme un mécanisme de 'sanction'

$\Rightarrow$ **nécessité d'évaluer l'efficacité et la proportionnalité du CST**

- **Conclusions**
  - Nécessité d’un examen minutieux des intérêts en cause en tenant compte des connaissances scientifiques actuelles et fiables
  - Les sanctions doivent être proportionnées
  - Un pass sanitaire ne peut être utilisé comme un mécanisme de sanction
  - Nécessité d’évaluer l’efficacité et la proportionnalité du CST
- **Questions?**



Academic Children Hospital Queen Fabiola, Brussels

ULB UNIVERSITÉ LIBRE DE BRUXELLES

bacmol

Molecular Bacteriology Laboratory

Prof Pierre Smeesters, MD, PhD

Belgian Paediatricians, Paediatric Covid-19 task force

Conflict of interest

- No conflict

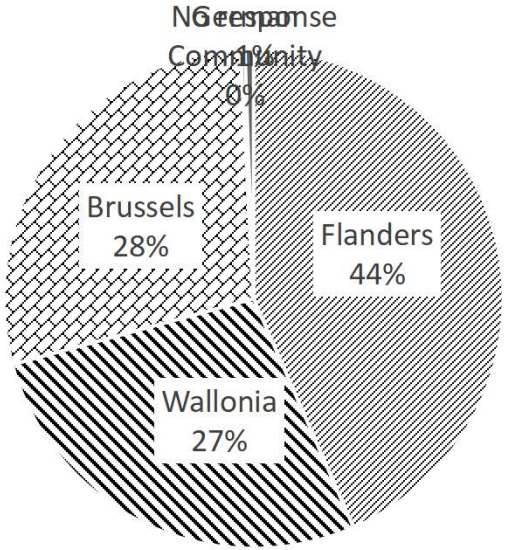
Online Survey January 31- February 2, 2022

9 questions sent to Belgian Universities and paediatric professional associations:

1. Where is **located** your main professional activity?
2. What is your **profession**?
3. Are you in favour of **mandatory vaccination** for children aged **5-11** years old?
4. Are you in favour of **mandatory vaccination** for teenagers aged **12-18** years old?
5. Are you in favour of **mandatory vaccination** for all adults **above 18** years old?
6. Are you in favour of **mandatory vaccination** for adults **above 40** years old?
7. Are you in favour of **mandatory vaccination** for adults **above 50** years old?
8. Are you in favour of **mandatory vaccination** for **any specific group** that has not be mentioned above? If yes, please specify which one below.
9. Would you like to share any **comments / ideas / suggestions** regarding mandatory vaccination ?

Online Survey January 31- February 2, 2022

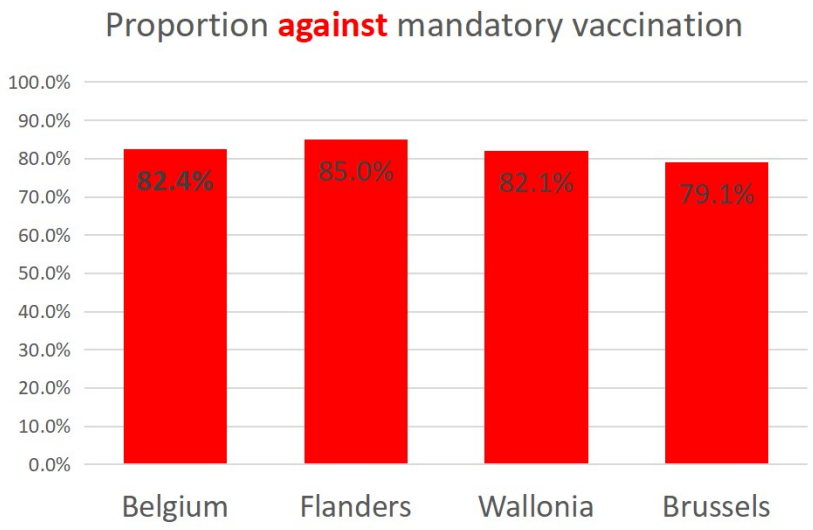
- 725 paediatricians, neonatologists and pediatric assistants



Work place

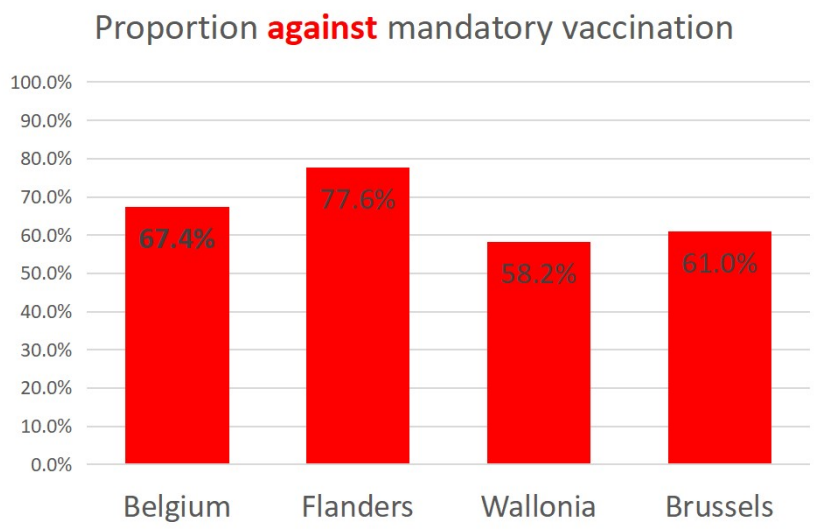
- "Just a survey"
- Sampling representativity uncertain
- But high numbers (close to 50% active paediatricians)

5-11 years old children



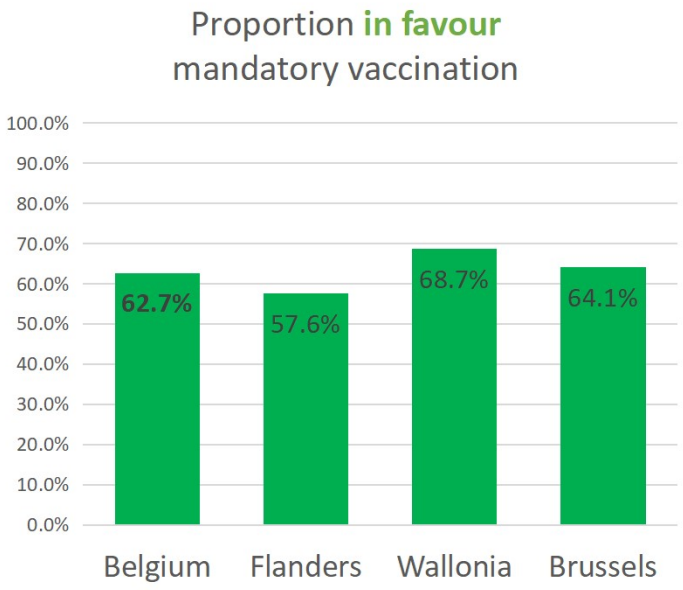
N responders = 721

12-18 years old teenagers



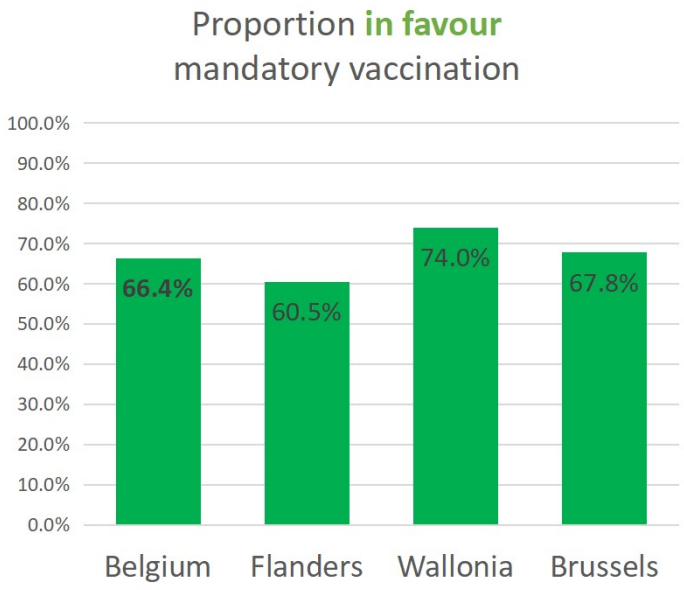
N responders = 720

Adults > 18 years old



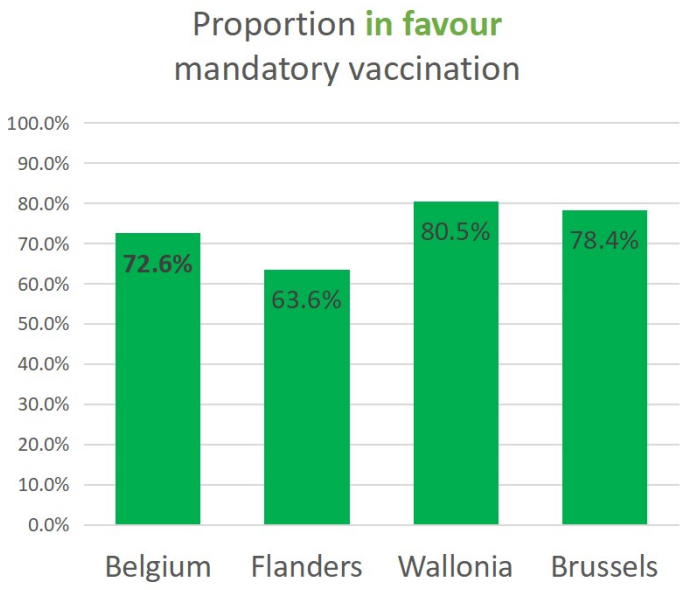
N responders = 721

Adults > 40 years old



N responders = 718

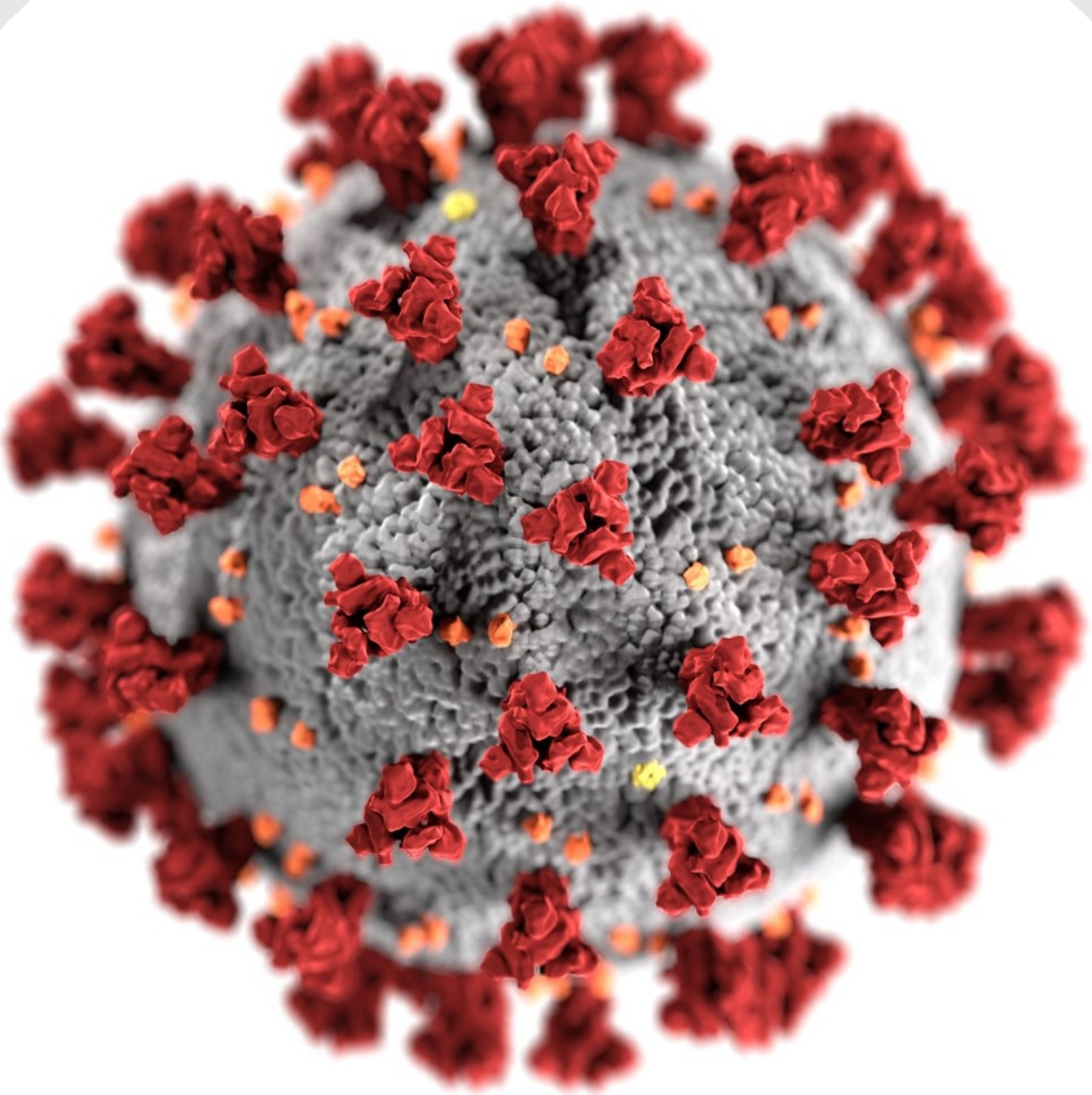
Adults > 50 years old



N responders = 718

370 comments received

- Some believe that mandatory vaccination should be also the case for:
  - Health care workers, Public service, Teachers
  - High risk patients (diabetes, obesity, immunocompromised,…)
  - Older than 60-65 years old
- But also many (contrasted) comments on:
  - Should be mandatory!
  - Should certainly not be mandatory!
  - Bad timing. Too late.
  - Too many uncertainties on transmission, Omicron and future variants
  - Mandatory vaccination would damage trust




OPENING MIXTURE
POCK
COW
The Cow-Pock — or — the Wonderful Effects of the New Inoculation! — Vide the Publications of ye Anti Vaccine Society.

Not new…

World Health Organization

Health Topics | Countries | Newsroom | Emergencies | Data | About WHO

Home / Newsroom / Spotlight / Ten threats to global health in 2019



Vaccine hesitancy

Vaccine hesitancy – the reluctance or refusal to vaccinate despite the availability of vaccines – threatens to reverse progress made in tackling vaccine-preventable diseases. Vaccination is one of the most cost-effective ways of avoiding disease – it currently prevents 2-3 million deaths a year, and a further 1.5 million could be avoided if global coverage of vaccinations improved.

BMJ

BMJ 2011;342:d2479 doi: 10.1136/bmj.d2479

"Vaccine hesitancy" means scientists need to be more honest about risks

Matthew Limb

New Decade of Vaccines 5

Addressing the vaccine confidence gap

Heidi J Larson, Louis Z Cooper, Juhani Eskola, Samuel L Katz, Scott Ratzan

Lancet 2011; 378: 526–35

Vaccines—often lauded as one of the greatest public health interventions—are

THE LANCET

Liberty has its responsibilities

Holding non-vaccinators liable for the harm they do

Arthur Caplan

Division of Medical Ethics; New York University Langone

SCIENCE VOL 344 25 APRIL 2014

Published by AAAS

EDITORIAL

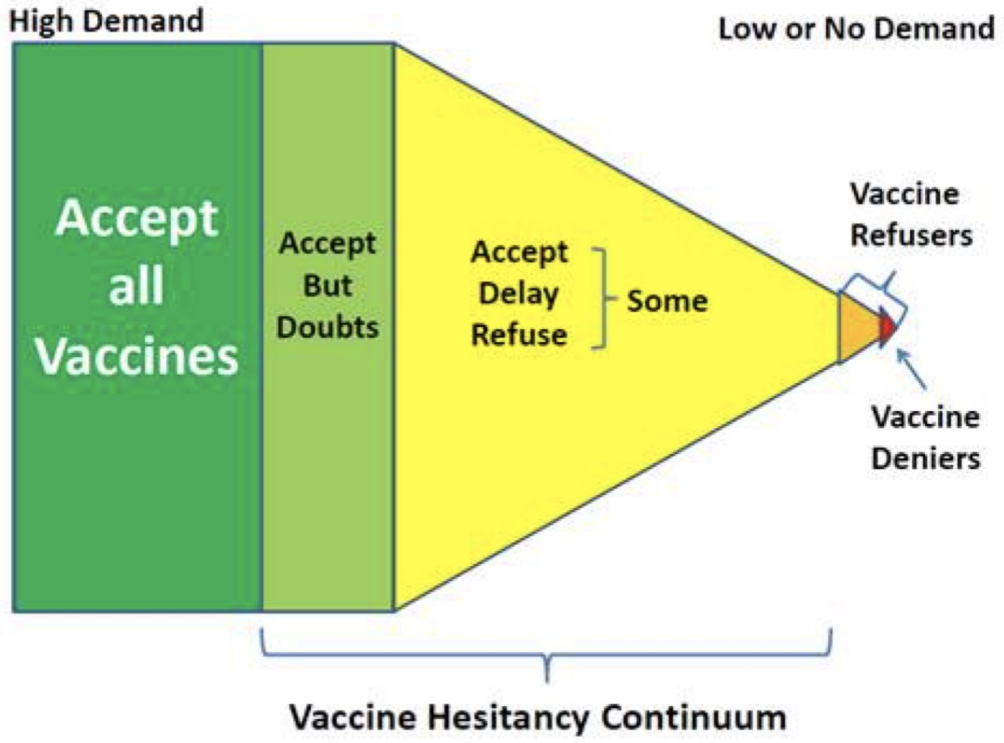
Addressing Vaccine Hesitancy

Barry R. Bloom is a professor at the Harvard School of Public Health, Boston, MA 02115. E-mail: bbloom@hsph.harvard.edu

LAST MONTH, THE WORLD HEALTH ORGANIZATION CERTIFIED INDIA AND SOUTHEAST ASIA AS BEING polio-free, an extraordinary achievement given that the polio vaccine was declared safe and effective only 59 years ago. Vaccines are one of the safest and most cost-effective medical interventions in history. By immunizing infants, children, and teenagers, vaccines protect the entire community. Nevertheless, there is a surge of outbreaks in vaccine-preventable diseases in the United States. What research is needed to reverse this trend?

2 frequent misconceptions

1) do not focus (only) on vaccine deniers



2 frequent misconceptions

2) do not underestimate vaccine hesitancy in HCW

RESEARCH ARTICLE

Prevalence and correlates of vaccine hesitancy among general practitioners: a cross-sectional telephone survey in France, April to July 2014

P Verger [1 2 3 4], F Collange [1 2 5], L Fressard [1 2 3], A Bocquier [1 2 3], A Gautier [6], C Pulcini [7 8], J Raude [9 10], P Peretti-Watel [1 2 3]

11% (95% CI: 9–12) moderately hesitant
3% (95% CI: 3–4) highly hesitant or opposed to vaccination

1/7 hesistant

2016

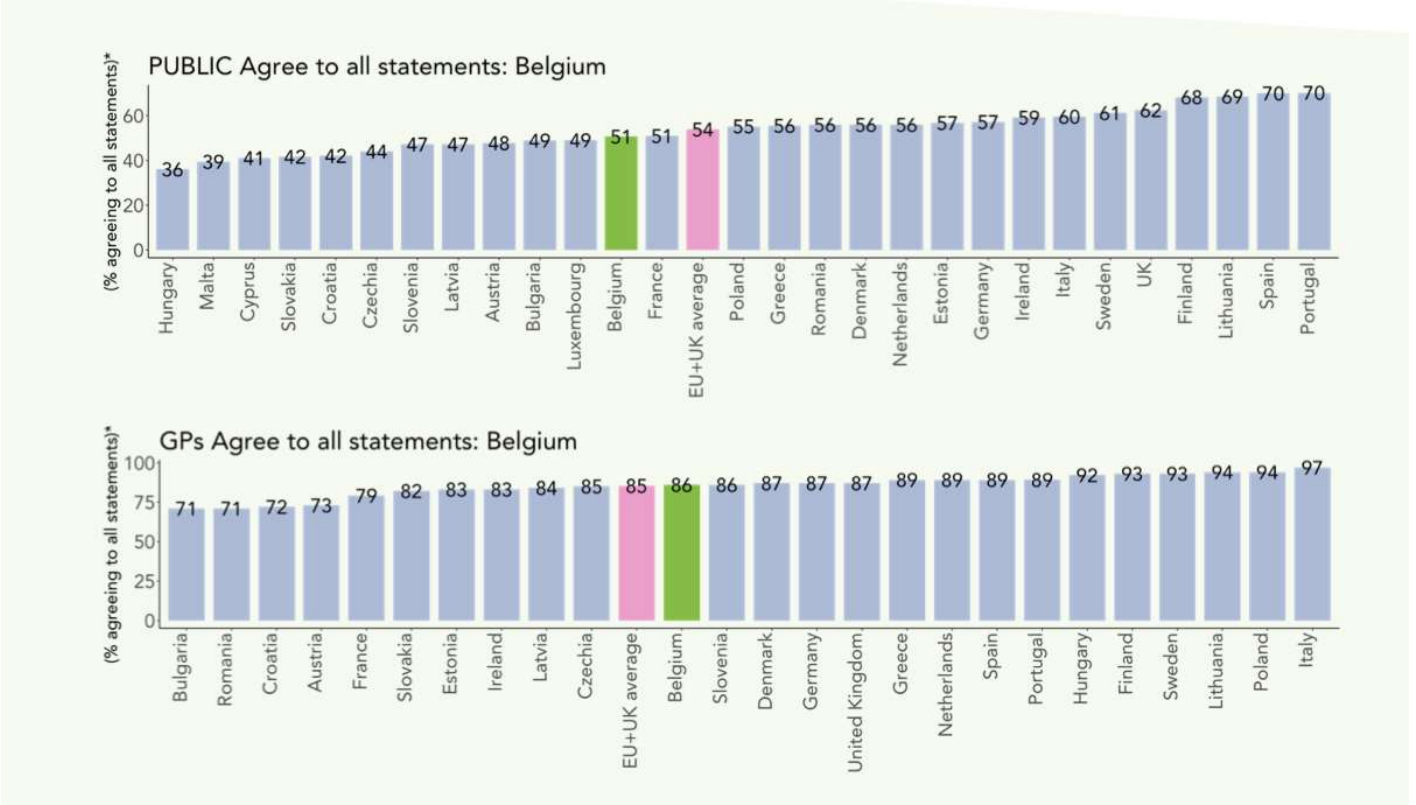
www.eurosurveillance.org

Similar unpublished results in Brussels…

Belgium

Vaccine confidence factsheet 2020

European Commission | VACCINE CONFIDENCE PROJECT



How can we do better?

1. Organize
2. Educate
3. Explain
4. Debunk

…

5. Obligate?

1)
Organize
Belgian complexity in prevention



Institutional simplification?

Academic centers of coordination for vaccine?

2) **Educate** (train the ambassadors)

School animation, Movies, Cartoons, Gamifications, Critical thinking



Dedicated teenager program



Continuous medical education on vaccination



2) **Educate** (train the ambassadors)



Prof Pierre Van Damme

Over het symposium

Valentijn Vaccinatiesymposium

Universiteit Antwerpen

20th edition this year



à l'unisson pour la vaccination

SYMPOSIUM VACCINATION DE SAINT VALENTIN

08/02/2019

GIEV

GROUPE INTERUNIVERSITAIRE D'EXPERTS EN **VACCINOLOGIE**

ULB UNIVERSITÉ LIBRE DE BRUXELLES

LIÈGE université

UCLouvain

2) **Educate**
(train the ambassadors)

Certificat inter-universitaire de vaccination

LIÈGE université

ULB UNIVERSITÉ LIBRE DE BRUXELLES

UCL Université catholique de Louvain

2021-2022, first edition



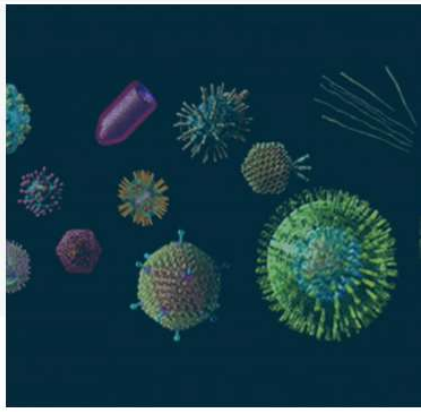
University of Antwerp

VACCINOLOGY | SUMMER SCHOOL

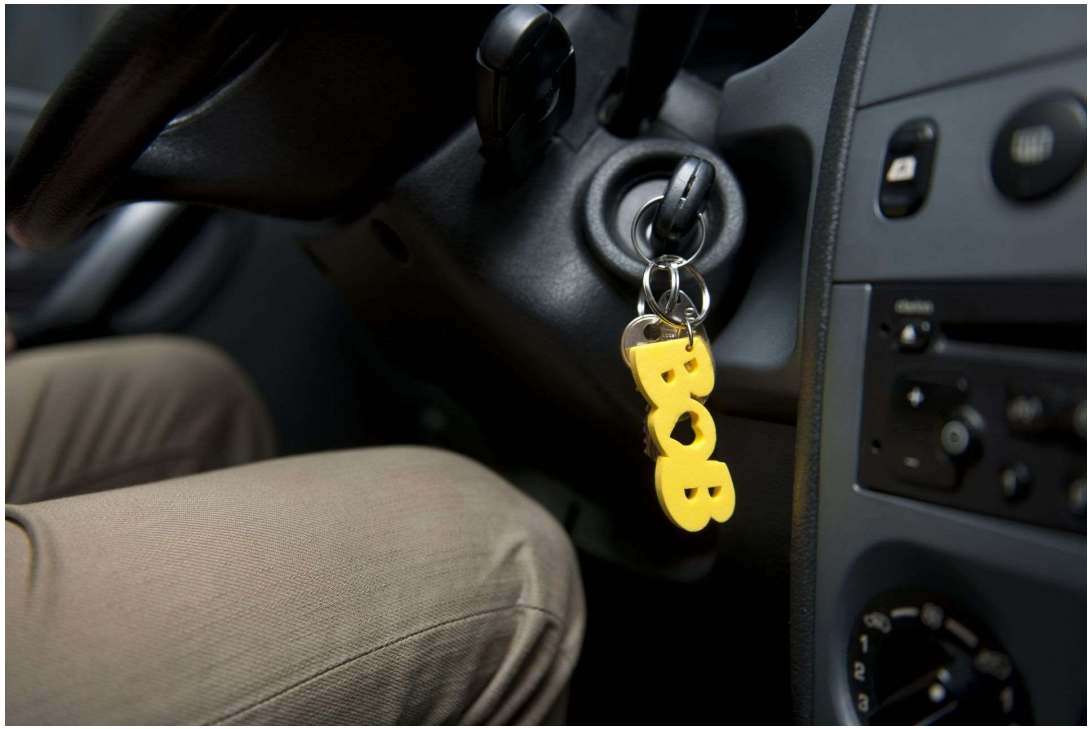
Programme Registration Before you come Your stay at UAntwerp

Vaccinology

Boost your knowledge and skills on vaccination, immunology and vaccine safety issues



3) **Explain**


BOB


LES IMAGES MÉDICALES
NE SONT PAS DES PHOTOS
DE VACANCES
Pas de rayons sans raisons
.be

3) **Explain**

'The hesitant' – those who have concerns about perceived safety issues and/or are unsure about needs, procedures and timings for immunisation.

'The unconcerned' – those for whom immunisation is considered a low priority with no real perception of risk from vaccine preventable diseases.

'The poorly reached' – those with limited or difficult access to services, related to social exclusion, poverty and, in the case of more integrated and affluent populations, factors related to convenience.

'The active resisters' – those with personal, cultural or religious beliefs which discourage or exclude vaccination.

3) **Explain**



On average, how long does a doctor let a patient talk about a vaccination question before interrupting him/her?

1. 10 seconds
2. 20 seconds
3. 1 minute
4. 2 minutes
5. 5 minutes

Marvel, *JAMA*, 1999

3) **Explain**



On average, how long does a doctor let a patient talk about a vaccination question before interrupting him/her?

1. 10 seconds
2. 23 seconds
3. 1 minute
4. 2 minutes
5. 5 minutes

Marvel, *JAMA*, 1999

3) **Explain**

Pre-conceptional or pregnancy related or any vaccine explanation/consultation?

- Specific RIZIV/INAMI convention for **long** vaccine related explanation/consultation?



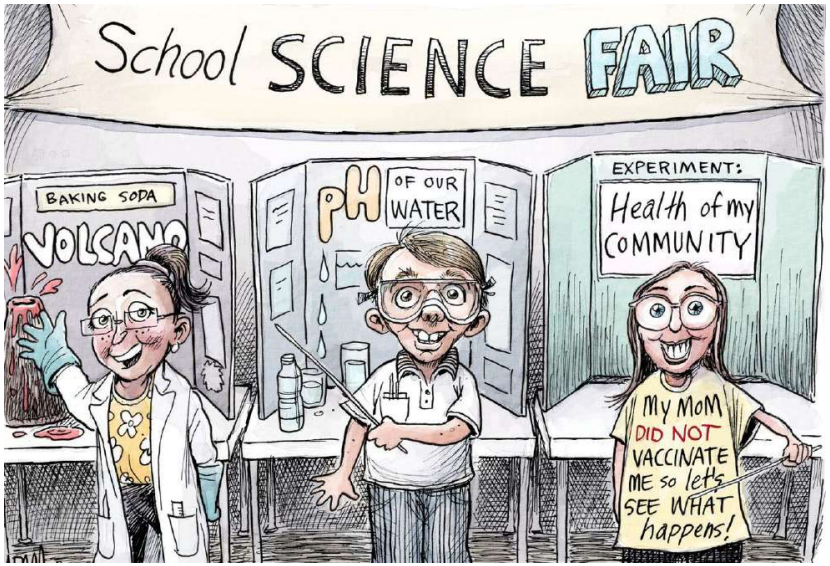
Focus group studies in Brussels
Castroviejo I, *et al*, Revue Médicale de Bruxelles, 2019

4) **Debunk**

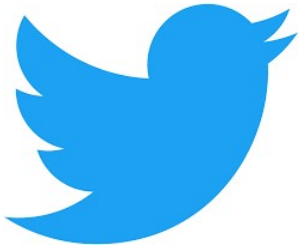
expose the falseness or hollowness of (an idea or belief).







4) **Debunk**





Algorithm…

5) **Obligate?**

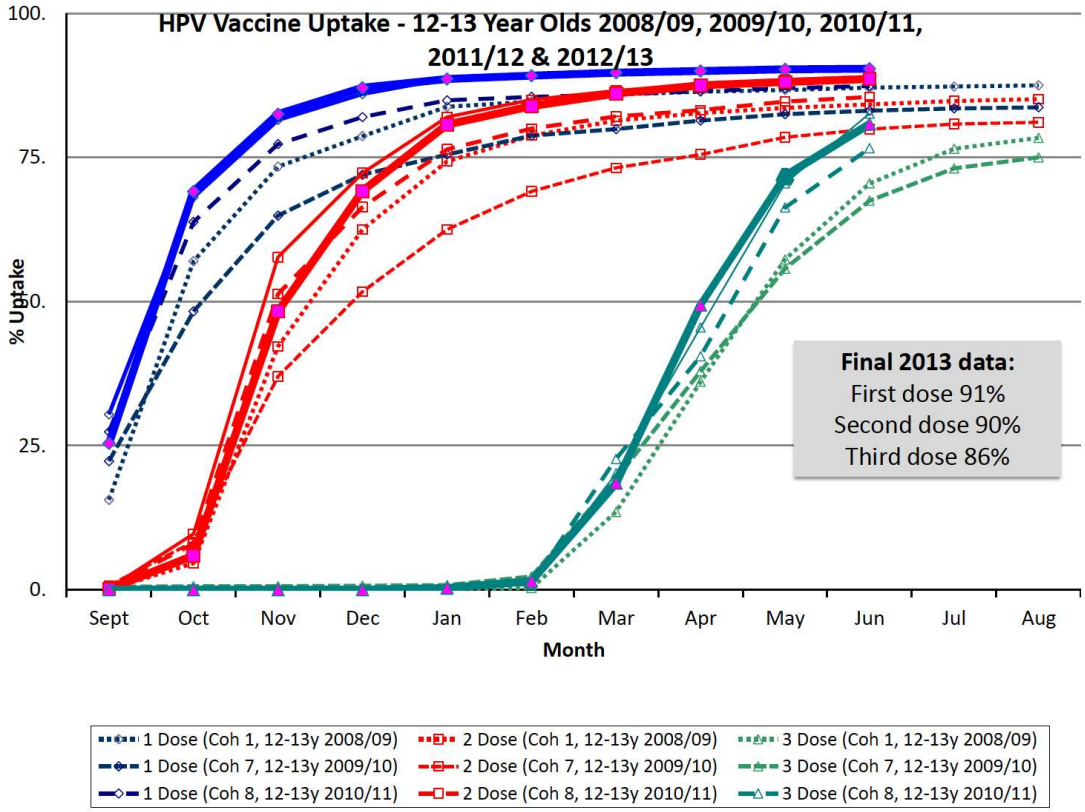


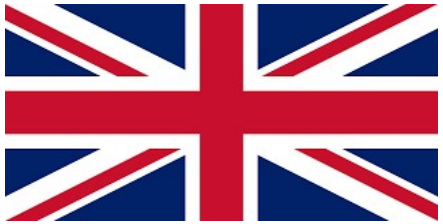
Comment la France est passée de trois à onze vaccins obligatoires

Les enfants nés à partir du 1er janvier 2018 devront être vaccinés contre onze maladies infectieuses pour aller à la crèche ou à l'école.

LE MONDE | 30.12.2017 à 09h12 • Mis à jour le 31.12.2017 à 06h51 |

5) **Obligate?**





HPV vaccine implementation in the UK

❖ Campaign started in September 2008.

❖ 75% national coverage in 3 months

=> **Focus group et patient partner during 3 years before the campaign.**

Research article | Open Access | Published: 15 January 2022

COVID-19 vaccine hesitancy in the UK: a longitudinal household cross-sectional study

Kausik Chaudhuri, Anindita Chakrabarti, Joht Singh Chandan & Siddhartha Bandyopadhyay

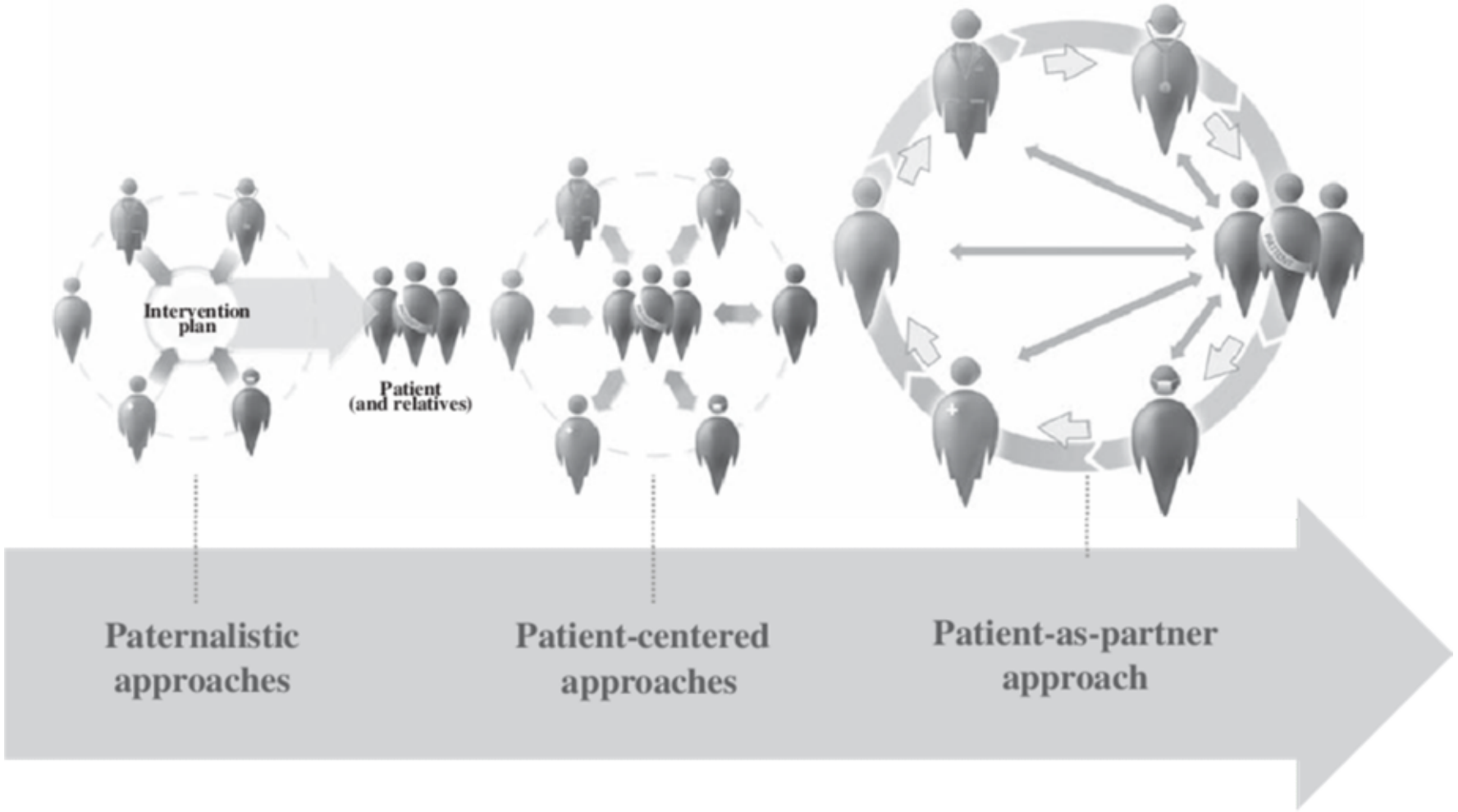
BMC Public Health **22**, Article number: 104 (2022) | Cite this article

877 Accesses | Metrics

Conclusions

These findings suggests that trust in public sector officials play a key factor in the low vaccination rates particularly seen in at-risk groups. Given the additional morbidity/mortality risk posed by COVID-19 to those from lower socio-economic or ethnic minority backgrounds, there needs to be urgent public health action to review how to tailor health promotion advice given to these groups and examine methods to improve trust in public sector officials and the government.

TRUST


Intervention plan
Patient (and relatives)
Paternalistic approaches
Patient-centered approaches
Patient-as-partner approach

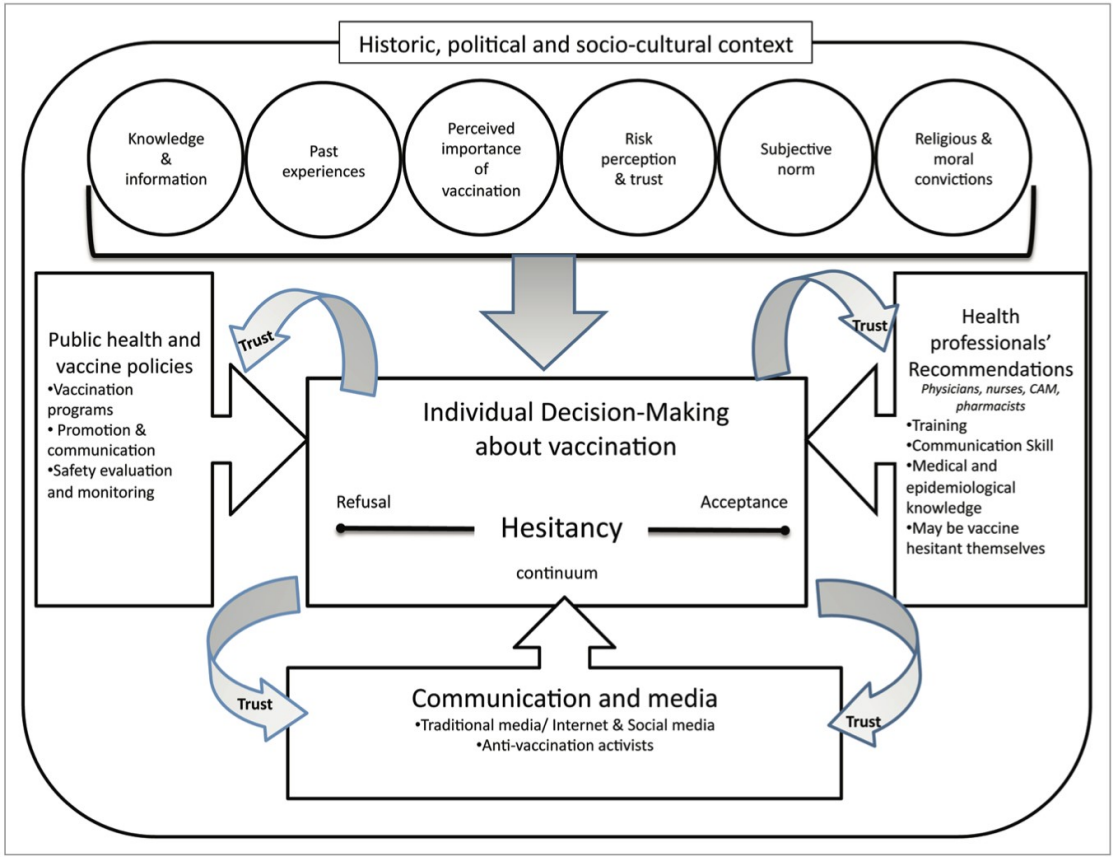
REVIEW

Human Vaccines & Immunotherapeutics 9:8, 1763–1773; August 2013; © 2013 Landes Bioscience

Vaccine hesitancy

An overview

Eve Dubé,[1,2,3,†,*] Caroline Laberge,[4] Maryse Guay,[2,4,5,6,†] Paul Bramadat,[7,†] Réal Roy,[7,†] and Julie Bettinger[8,9,†]



Conclusions

- Public health priority
- No simple answer to complex issues
- Building trust on the long term
- Multidisciplinarity
- Out of the box thinking



Hoge Gezondheidsraad
Conseil Supérieur de la Santé

Présentation Collège 02/02/2022

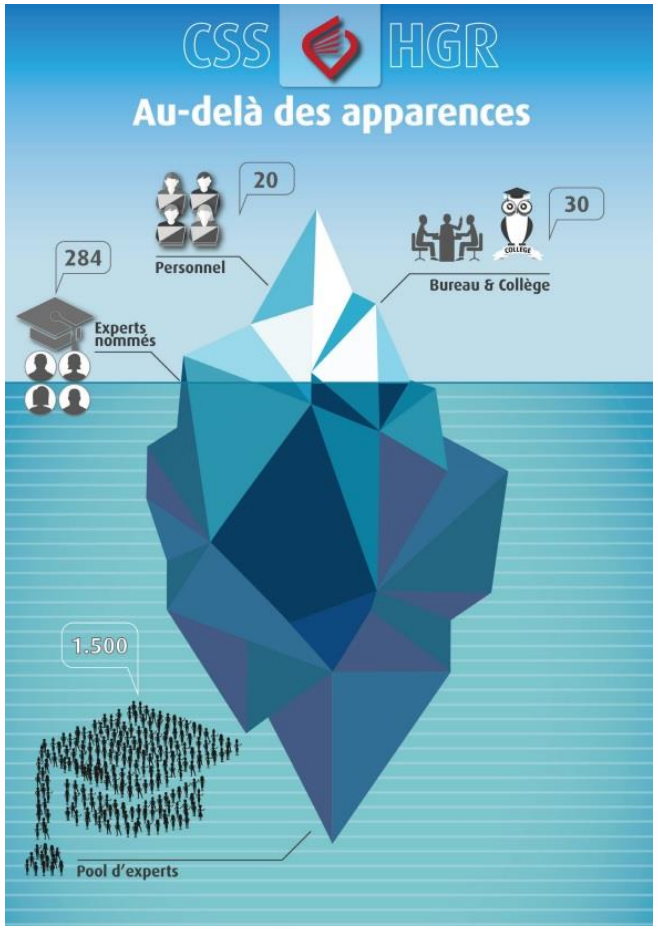
POSITION PAPER SHC 9689
CST – MANDATORY VACCINATION - OMICRON



Prof. J. Nève Bureau - Collège
Péters Fabrice - Mertens Veerle - Baltes Muriel – Jean-Jacques Dubois

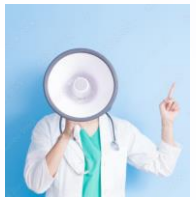
.be

POSITION PAPER SHC 9689
CST – MANDATORY VACCINATION - OMICRON



METHODOLOGY

STATE OF KNOWLEDGE AND POSITION PAPER OF THE SUPERIOR HEALTH COUNCIL no. 9689 → ~~AVIS~~
Key messages → ~~Recommandations~~
Bureau – Collège → ~~NITAG~~
Aide au débat politique à la Chambre le 04/02/2022



Covid Safe Ticket (3G: vaccinated, tested or cured - as applied now in Belgium vs 2G or 1G) and mandatory vaccination in the context of COVID-19 pandemic and Omicron.

- Synthèse de littérature (+/- 100 références) + (sondage 1.700 experts - 300 réponses) + Validation Collège
- Possibilité au NITAG de commenter, nuance, préciser les points scientifiques



POSITION PAPER SHC 9689
CST – MANDATORY VACCINATION - OMICRON

5 KEY MESSAGES – SCOPE ADULTS !

1) In view of the very high contagiousness of VOC Omicron and the Belgian vaccination coverage for the third dose, a lower severity of this variant **does not mean that the hospital system and the first line will not be severely put under pressure in the weeks and coming months**.

2) **Two doses of vaccine are not enough against the Omicron variant**. A first booster seems to restore the VE (death – ICU – hospitalization) against Omicron. There are more uncertainties regarding the VE against infections and transmission in the context of Omicron VOC. It has been shown that (current) vaccines can partially prevent transmission but the duration and amplitude of this effect is unknown and seems shorter. For adults and people with comorbidities in priority, risk communication activities emphasizing the continued importance of being fully vaccinated and seeking an additional or booster vaccine dose, remain of great importance.

3) To help control the COVID-19 pandemic, **a combination of actions and tools is required**. The current COVID-19 vaccines are highly effective. However, no single vaccine protects 100%. Therefore, besides vaccination, the SHC strongly insists on the importance of **non-pharmaceuticals interventions (NPIs)** such as maintaining hand hygiene, physical distancing, barrier measures and ventilation, including in public spaces with only vaccinated people. Reintroduction and strengthening of NPIs is necessary to reduce the ongoing Delta transmission, slow down the spread of the Omicron VOC and keep the COVID-19-related burden manageable.

POSITION PAPER SHC 9689
CST – MANDATORY VACCINATION - OMICRON

5 KEY MESSAGES – SCOPE ADULTS !

4) Planning for an **increasing health care capacity-flexibility** to treat the expected higher number of cases in hospital (not necessarily ICU units) and for the first line should be strongly considered.

5) Belgian model simulations on childhood and adult vaccination (by the SIMID consortium) should be adjusted as soon as more sufficient data are available.



POSITION PAPER SHC 9689
CST – MANDATORY VACCINATION - OMICRON

CST and MANDATORY COVID-19 VACCINATION – SCOPE ADULTS !

ELARGIR ET APAISER LE DEBAT POLITIQUE-SOCIAL DU MOMENT !!!
Working and reflexion for the future : Omicron of others VOC !!!

The use of a CST in Belgium, especially during the peak of the epidemic, does not automatically exclude the implementation of the obligation to vaccinate against COVID-19.

AND

The implementation of COVID-19 mandatory vaccination in Belgium does not automatically exclude the utilization of a CST, especially during the peak of the epidemic.

→ The effectiveness of such risk minimization measures should be assessed using the most optimal indicators

→ 1G France Belgique (pass vaccinal +++) n'est pas le 1G Hollandais (pass testing +++) !!!

→ 1G2 (vaccination + test), complex communication to the public

POSITION PAPER SHC 9689
CST – MANDATORY VACCINATION - OMICRON

CST – SCOPE ADULTS !

The effectiveness of such risk minimization measures should be assessed using the most optimal indicators

CST could increase vaccine uptake, but interpretation and transferability of findings need to be considered in the context of pre-existing levels of vaccine uptake and hesitancy, eligibility changes, and the pandemic trajectory. CST led to increased vaccinations 20 days before implementation in anticipation, with a lasting effect up to 40 days after. Countries with pre-intervention uptake that was below average had a more pronounced increase in daily vaccinations compared with those where uptake was already average or higher (which is actually the case in Belgium).

BUT

CST may be viewed less positively among socio-demographic groups that cluster in large urban areas
→ **Effect on non vaccinated ??? No ? – effect for booster ok**

CST could have a potential fallout for routine immunization programmes, especially those with low overall trust in vaccinations.
→ **Vaccination hesitancy ?, saturation of the messages ?, coherency ?, etc.**

CST may also result in a false sense of security, leading to the ill-advised abandonment or loosening of nonpharmacological measures for stemming the pandemic, such as social distancing, hand hygiene and mask wearing.
→ **Especially in the context of Omicron**

Finally, while it is acceptable to use means to induce (or nudge) people to be vaccinated, it is much questionable and less supported by the SHC experts to configure these nudging devices in such a way that they result in a hidden obligation.

POSITION PAPER SHC 9689
CST – MANDATORY VACCINATION - OMICRON

MANDATORY COVID-19 VACCINATION – SCOPE ADULTS !

The effectiveness of such risk minimization measures should be assessed using the most optimal indicators

In the context of COVID-19, the position of mandatory vaccination for HCWs is supported by the BACB and the SHC (CSS 9671, 2021; BACB 75, 2020).

The mandatory COVID-19 vaccination for minors is **outside the scope** of this POSITION PAPER at this stage of our scientific, ethical and legal knowledge on the subject.

****

The effects of mandatory COVID-19 vaccination on vaccination coverage and infections, hospitalizations or deaths in Belgium are unknown. It is almost impossible **to extrapolate the probable positive impact and the conclusions of publications (concerning other diseases, specific groups, in other countries, and in other contexts) to the Belgian situation facing a global COVID-19 pandemic**.

Countries that mandate vaccination without providing no-fault compensation schemes could be seen as abrogating the social contract.

POSITION PAPER SHC 9689
CST – MANDATORY VACCINATION - OMICRON

MANDATORY COVID-19 VACCINATION – SCOPE ADULTS !

The effectiveness of such risk minimization measures should be assessed using the most optimal indicators

Mandatory COVID-19 vaccination schedule should follow NITAG recommendations and should **be reviewed regularly by the Authorities**.

- **Doit-on toujours reporter des soins dans les hôpitaux pour des patients non COVID ?**
- **Le personnel de Santé peut-il supporter les vagues covid-19 qui arriveront ?**
- **Le coût-bénéfice (le prix de la liberté individuelle de ne pas se vacciner) entre vaccination et hospitalisation est-il supporté par la Société et donc l'Etat ?**
- Etc. ?

→ **Fonction des réponses dans le futur: on maintient, on adapte ou on arrête l'obligation vaccinale**

The control of the mandatory vaccination and the possible sanctions are political decisions and are outside the scope of this document.

POSITION PAPER SHC 9689
CST – MANDATORY VACCINATION - OMICRON

MANDATORY COVID-19 VACCINATION – SCOPE ADULTS !

The effectiveness of such risk minimization measures should be assessed using the most optimal indicators

If, by means of mandatory COVID-19 vaccination, the authorities decide to limit mortality, the vaccination obligation could be imposed, for example:

- for all people aged 65 and over

If, by means of mandatory COVID-19 vaccination, the authorities decide to limit the overloading of hospitals and the postponement of care, the vaccination obligation could be imposed, for example:

- for all people over 40 and

If by means of mandatory COVID-19 vaccination, the authorities decide to limit as much as possible the overload of consultations for respiratory infections at the level of the first line, the vaccination obligation could be imposed for example:

- for all people from 16 to 18 years old*.

For reasons of simplification, clarity and uniformity of political decisions at European and global level, the age limits could be adapted and are given for information only.

* It is important to consider the age of onset, severity, and frequency of the very rare side effects with current vaccines in the discussion. If severe side effects of vaccination are encountered in unfortunate individuals, more DALYs/QALYs would be lost if this concerns a young adult.



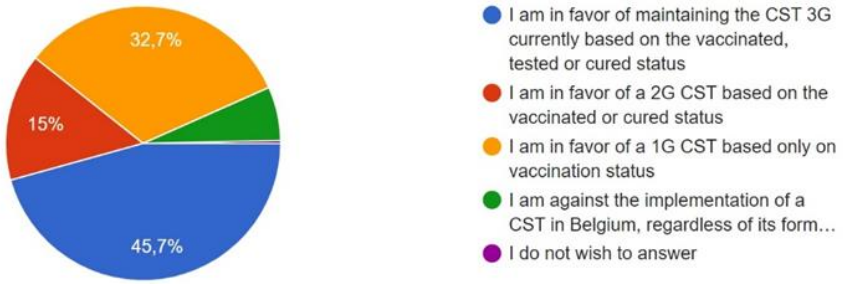

POSITION PAPER SHC 9689
CST – MANDATORY VACCINATION - OMICRON

SURVEY – SCOPE ADULTS – <u>image à un moment donné Delta et début Omicron</u>

300 Belgian scientists (expertise in a very broad range of topics, not necessarily infectious diseases/vaccines) out of 1,769 who are part of the SHC's network
Response rate of 17% for this online survey

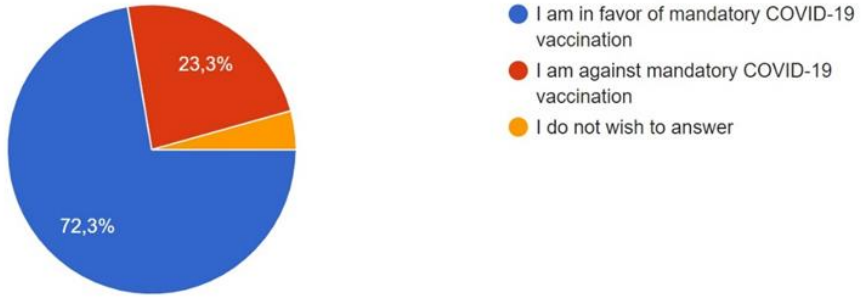
1) To fight against COVID-19 and as an expert of the Superior Health Council, I endorse the following statements in the current Belgian context and not necessarily for an indefinite period. Concerning CST:

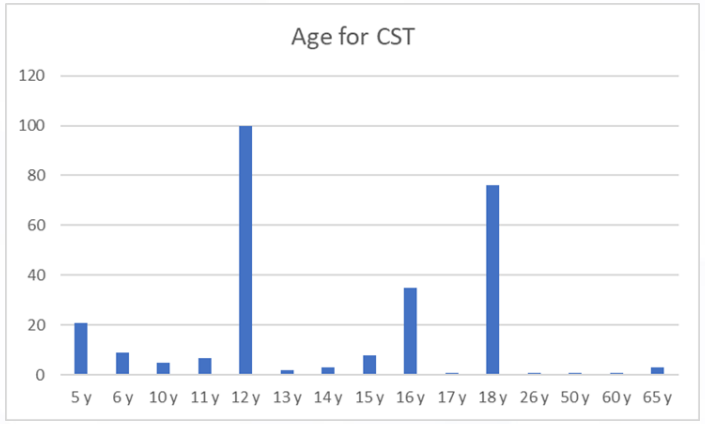
300 réponses



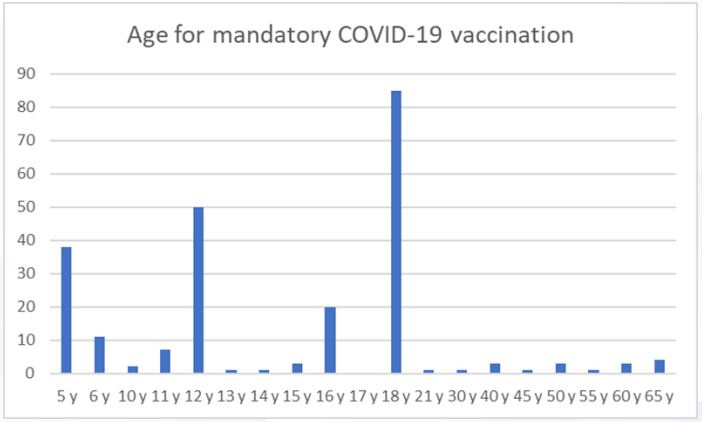
3) To fight against COVID-19 and as an expert of the Superior Health Council, I endorse the following statements in the current Belgian context and not necessarily for an indefinite period. Concerning mandatory COVID-19 vaccination:

300 réponses





<u>Many uncertainties were linked</u> to this new variant and
the positions could vary as these uncertainties concerning Omicron decrease



POSITION PAPER SHC 9689
CST – MANDATORY VACCINATION - OMICRON

SURVEY INTERPRETATION – SCOPE ADULTS !

93.4% of Belgian experts who responded to the online survey are, at least, in favor of maintaining the CST (45,7% for CST - 3G / 15% for CST - 2G / 32,7% for CST - 1G).
6.3% are against CST and 1 expert does not wish to answer.

The NITAG and the Committee have already recommended the application of CST for persons above 18 years and not below (CSS 9655 and 9680, 2021). According to some consulted experts, the application of CST would be acceptable from the age of 12.

*****

72.3% of Belgian experts who responded to the online survey are (**actually and not necessary for an indefinite period**) in favor of mandatory COVID-19 vaccination. 23.3% are against and 4.3% do not wish to answer.

According to the consulted experts, mandatory COVID-19 vaccination should apply from the age **of 16** (average and median supported by 54% of the experts) **or 18** (supported by 93% of the experts).


Vaccines
SAVE
Lives


VACCINES
SAVE
LIVES
Adobe Stock | #480567347



THANK YOU!

Superior Health Council

STATE OF KNOWLEDGE AND POSITION PAPER OF THE SUPERIOR HEALTH COUNCIL no. 9689

Covid Safe Ticket (3G: vaccinated, tested or cured - as applied now in Belgium vs 2G or 1G) and mandatory vaccination in the context of COVID-19 pandemic and Omicron

In this STATE OF KNOWLEDGE AND POSITION PAPER, which offers guidance to public health policy-makers, the Superior Health Council of Belgium provides some partial answers about the efficacy of Covid Safe Ticket (3G: vaccinated, tested or cured - as applied now in Belgium vs 2G or 1G) and mandatory vaccination on the immunization coverage in the context of COVID-19 pandemic and Omicron.

This version was validated by the Board and the Committee on 2/02/2022[1]

I INTRODUCTION

The Superior Health Council (SHC) received a request for advice from the Prime Minister and the Minister for Social Affairs and Public Health on November 26, 2021 on the efficacy of a Covid Safe Ticket (CST) or mandatory vaccination on the immunization coverage in the context of the COVID-19 pandemic and Omicron (see Annex 1 – official questions in Dutch).

Four specific questions have been posed to the National Immunization Technical Advisory Group (NITAG) in the context of Omicron:

1) Taking into account the current knowledge about the virus and the epidemic: what level of vaccination is required to ensure effective protection of citizens and population?
2) To what extent and under which conditions do the possible instruments to increase the vaccination coverage (CST, mandatory vaccination, others) contribute to better control of the epidemic, on the one hand in terms of virus circulation and on the other hand in terms of limiting the burden of disease, hospitalization and death?
3) Which potential do these instruments have in terms of potential easing of non-pharmaceutical interventions?
4) For the above questions, the state-of-the-art evidence in the field of vaccine effectiveness, the need for repeating doses, the extent to which cure leads to protection, the possible further epidemiological course from pandemic to endemism, possible new variants, etc. should also be taken into account.

All these questions are not directly related to the expertise of the NITAG-SHC or very difficult (impossible?) to answer now in the context of uncertainties and the evolution of Variants of Concern (VOC) such as Omicron.

[1] The Council reserves the right to make minor typographical amendments to this document at any time. On the other hand, amendments that alter its content are automatically included in an erratum. In this case, a new version of the advisory report is issued.

But, as also currently done in other countries, it seems advantageous to provide Belgian scientists the opportunity to express their opinion concerning the status and evolution of the Covid Safe Ticket (CST), based on the following options:

- CST - 3G (vaccinated, tested or cured - as applied now in Belgium),
- CST - 2G (vaccinated or cured),
- CST - 1G (vaccinated),

and/or

- mandatory COVID-19 vaccination.

In order to better support the answers that will be provided to the authorities by the SHC and the Belgian Advisory Committee on Bioethics (BACB) to these questions, the Board and the Committee decided to directly ask the SHC-experts' opinion in the form of an online survey regarding the extent of the CST system or the possibility of a mandatory COVID-19 vaccination in Belgium. 300 Belgian scientists (expertise in a very broad range of topics, not necessarily infectious diseases/vaccines) out of 1,769 who are part of the SHC's network of experts responded to the online survey.

For information, countries already making COVID-19 vaccines "mandatory" for all adults, government employees, public and private sector workers, health workers, other workers, children, elderly or entry to public venues, etc. are compiled by Reuters (31/12/2021):

https://www.reuters.com/business/healthcare-pharmaceuticals/countries-making-covid-19-vaccines-mandatory-2021-08-16/

II METHODOLOGY

The request was treated by the Board and the Committee in close relation with the President and some experts of the permanent group Vaccination (NITAG). The experts of the Board and the Committee provided a general and an *ad hoc* declaration of interests and the Committee on Deontology assessed the potential risk of conflicts of interest.

This advisory report is based on a review of the scientific literature published in both scientific peer-reviewed journals, preprint articles and reports from national and international organisations competent in this field, as well as on the opinion of the experts.

This STATE OF KNOWLEDGE AND POSITION PAPER was validated by the members of the Board and the Committee of the SHC.

III KEY MESSAGES

1) In view of the very high contagiousness of VOC Omicron and the Belgian vaccination coverage for the third dose, a lower severity of this variant does not mean that the hospital system and the first line will not be severely put under pressure in the weeks and coming months.

By combining estimates on the predicted penetration of Omicron based on S-gene-target failure (SGTF) data for Belgium with current estimated transmission dynamics in Belgium, **the model projects increasing numbers of infections and hospitalizations by the Omicron VOC in the coming weeks, with hospital admissions likely exceeding those observed in the fourth wave**. Although the relative risk of hospital admission per infection is estimated from international observations to be lower for Omicron than for Delta, **the expected high incidence of infections penetrating all age groups, could still cause a large burden on the healthcare system, both in primary care and in hospitals;** probably less marked in ICU (SIMID, 05/01/2022).

2) Two doses of vaccine are not enough against the Omicron variant. A first booster seems to restore the VE (death – ICU – hospitalization) against Omicron. There are more uncertainties regarding the VE against infections and transmission in the context of Omicron VOC. It has been shown that (current) vaccines can partially prevent transmission but the duration and amplitude of this effect is unknown and seems shorter. For adults and people with comorbidities in priority, **risk communication activities emphasizing the continued importance of being fully vaccinated and seeking an additional or booster vaccine dose, remain of great importance**.

3) To help control the COVID-19 pandemic, **a combination of actions and tools is required**. The current COVID-19 vaccines are highly effective against mortality, ICU and hospitalizations in the context of Omicron. However, no single vaccine protects 100%. Therefore, besides vaccination, the SHC strongly insists on the importance of non-pharmaceuticals interventions (NPIs) such as maintaining hand hygiene, physical distancing, barrier measures and ventilation, including public spaces with only vaccinated people. Reintroduction and strengthening of NPIs is necessary to reduce the ongoing Delta transmission, slow down the spread of the Omicron VOC and keep the COVID-19-related burden manageable.

4) **Planning for an increasing health care capacity-flexibility to treat the expected higher number of cases in hospital (not necessarily ICU units) and for the first line should be strongly considered**.

5) Belgian model simulations on childhood and adult vaccination (by the SIMID consortium) should be adjusted as soon as more sufficient data are available.

6) Regarding CST or mandatory COVID-19 vaccination

The SHC finds relevant to use the most optimal means to induce (or nudge) people to be vaccinated (as confirmed by the scale established by the Nuffield Council on Bioethics). The strategies aimed, for example, to use other risk reduction tools (such as the CST) to effectively improve vaccine uptake and the epidemiological situation should also be communicated in a transparent manner. **The effectiveness of such risk minimization measures should be assessed using the most optimal indicators**.

The use of a CST in Belgium, especially during the peak of the epidemic, does not automatically exclude the implementation of the obligation to vaccinate against COVID-19.

AND

The implementation of COVID-19 mandatory vaccination in Belgium does not automatically exclude the utilization of a CST, especially during the peak of the epidemic.

COVIS SAFE TICKET (CST)

CST could increase vaccine uptake, but interpretation and transferability of findings need to be considered in the context of pre-existing levels of vaccine uptake and hesitancy, eligibility changes, and the pandemic trajectory. CST led to increased vaccinations 20 days before implementation in anticipation, with a lasting effect up to 40 days after. Countries with pre-intervention uptake that was below average had a more pronounced increase in daily vaccinations compared with those where uptake was already average or higher (which is actually the case in Belgium).

BUT

CST may be viewed less positively among socio-demographic groups that cluster in large urban areas.

CST could have a potential fallout for routine immunization programmes, especially those with low overall trust in vaccinations.

CST may also result in a false sense of security, leading to the ill-advised abandonment or loosening of nonpharmacological measures for stemming the pandemic, such as social distancing, hand hygiene and mask wearing.

Finally, while it is acceptable to use means to induce (or nudge) people to be vaccinated, **it is much questionable and less supported by the SHC experts to configure these nudging devices in such a way that they result in a hidden obligation**.

MANDATORY COVID-19 VACCINATION FOR ADULTS

In the context of COVID-19, the position of mandatory vaccination for HCWs is supported by the BACB and the SHC (CSS 9671, 2021; BACB 75, 2020).

The mandatory COVID-19 vaccination for minors is outside the scope of this POSITION PAPER at this stage of our scientific, ethical and legal knowledge on the subject.

Like the BACB and other experts groups, the SHC estimates that mandatory vaccination, if it's retained by the authorities, should be a decision expressed in a transparent manner by the authorities. Transparent communication, societal debate and political arbitrages are necessary to implement a fair and manageable level of coercion for COVID-19 vaccination of adults in Belgium.

The effects of mandatory COVID-19 vaccination on vaccination coverage and the effect of vaccination coverage on infections, hospitalizations or deaths in Belgium are unknown. It is almost impossible to extrapolate the probable positive (weak ?) impact and the conclusions of publications (concerning other diseases, specific groups, in other countries, and in other contexts) to the Belgian situation facing a global COVID-19 pandemic. **Countries that mandate vaccination without providing no-fault compensation schemes could be seen as abrogating the social contract**.

BUT

If, by means of mandatory COVID-19 vaccination, the authorities decide to limit mortality, the vaccination obligation could be imposed, for example:

- for all people aged 65 and over

If, by means of mandatory COVID-19 vaccination, the authorities decide to limit the overloading of hospitals and the postponement of care, the vaccination obligation could be imposed, for example:

- for all people over 40 and over

If by means of mandatory COVID-19 vaccination, the authorities decide to try to limit as much as possible the overload of consultations for respiratory infections at the level of the first line, the vaccination obligation could be imposed for example:

- for all people from 16 to 18 years old*

For reasons of simplification, clarity and uniformity of political decisions at European and global level, the age limits could be adapted and are given for information only.

Mandatory COVID-19 vaccination schedule should follow NITAG recommendations and should be reviewed regularly by the Authorities.

The control of the mandatory vaccination, the possible sanctions and the no-fault compensation are political decisions and are outside the scope of this document.

* It is important to consider the age of onset, severity, and frequency of the very rare side effects with current vaccines in the discussion. If severe side effects of vaccination are encountered in unfortunate individuals, more DALYs/QALYs would be lost if this concerns a young adult.

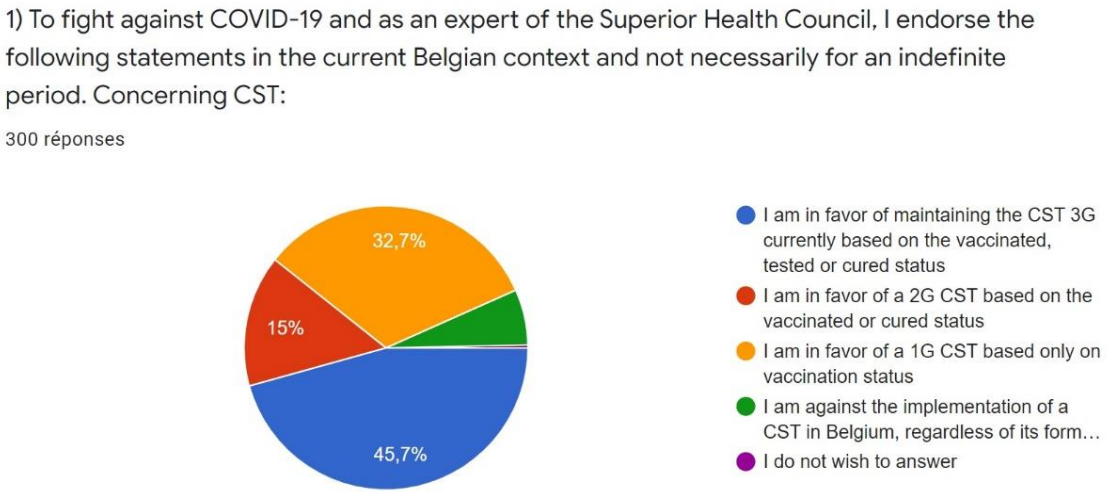
7) SHC-experts network opinion to support these positions

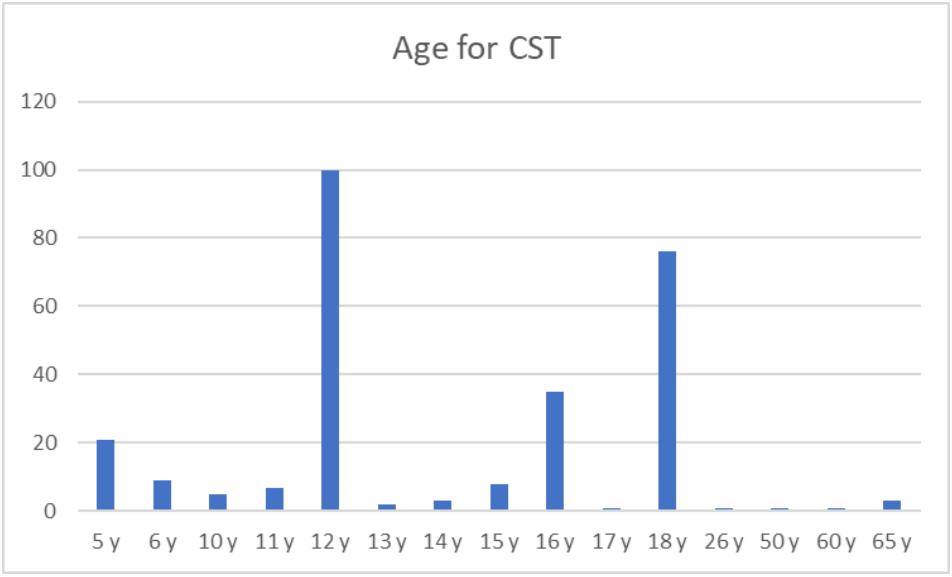
Responses to this online survey were collected during the transition phase between the Delta variant and the appearance of the Omicron variant. Many uncertainties were linked to this new variant and the positions could vary as these uncertainties concerning Omicron decrease.

300 Belgian scientists (expertise in a very broad range of topics, not necessarily infectious diseases/vaccines) out of 1,769 who are part of the SHC's network of experts responded to the online survey.

93.4% of Belgian experts who responded to the online survey are, at least, in favor of maintaining the CST (45,7% for CST - 3G / 15% for CST - 2G / 32,7% for CST - 1G). 6.3% are against CST and 1 expert does not wish to answer.

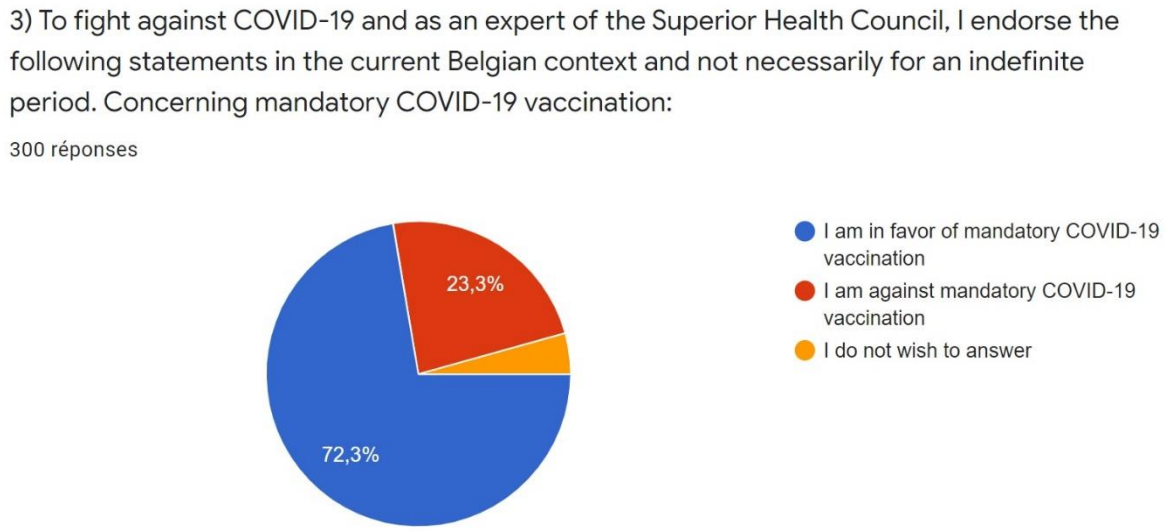
The NITAG and the Committee have already recommended the application of CST for persons above 18 years and not below (CSS 9655 and 9680, 2021). According to some consulted experts, the application of CST would be acceptable from the age of 12.

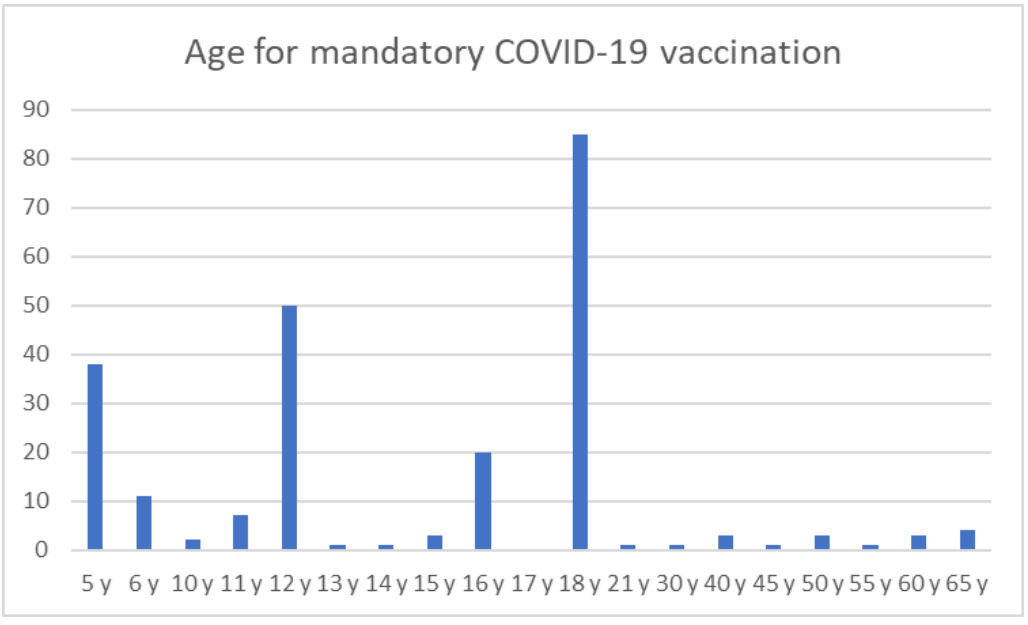




72.3% of Belgian experts who responded to the online survey are (actually and not necessary for an indefinite period) in favor of mandatory COVID-19 vaccination. 23.3% are against and 4.3% do not wish to answer.

According to the consulted experts, mandatory COVID-19 vaccination should apply from the **age of 16** (average and median supported by 54% of the experts) **or 18** (supported by 93% of the experts).





IV ELABORATION AND ARGUMENTATION

Keywords

Keywords	Sleutelwoorden	Mots clés	Schlüsselwörter
Prevention	Preventie	Prévention	Verhütung
Covid Safe Ticket	Covid Safe Ticket	Covid Safe Ticket	Covid Safe Ticket
COVID-19	COVID-19	COVID-19	COVID-19
Mandatory vaccination	Verplichte vaccinatie	Vaccination obligatoire	Obligatorische Impfung

List of abbreviations used

BACB	Belgian Advisory Committee on Bioethics
BTI	Breakthrough infections
CI	Confidence Interval
COVID-19	Coronavirus disease 2019
CST	Covid Safe Ticket
ECDC	European Center for Disease Prevention and Control
GEMS	*Groupe d'Experts de stratégie de crise pour le Covid-19 / Groep van Experts voor Managementstrategie van COVID-19* - BE
GP	General Practitioner
HBV	Hepatitis B virus
HCSP	*Haut Conseil de santé Publique - FR*
HCP	Healthcare Personnel
HCW	Health Care Workers
HPV	Human Papillomavirus
ICU	Intensive Care Unit
mAb	Monoclonal antibody
NPI	Non-pharmaceutical interventions
NITAG	National Immunization Technical Advisory Group
OR	Odds Ratio
PCR	Polymerase Chain Reaction
RBD	Receptor Binding Protein
SAR	Secondary Attack Rate
SARS-CoV-2	Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2
SGTF	S-gene target failure
SHC	Superior Health Council
SIMID	Simulation Models of Infectious Diseases
VOC	Variant Of Concern
VOI	Variants of Interest
VE	Vaccine effectiveness
WHO	World Health Organization

1 Taking into account the current knowledge about the virus and the epidemic: what level of vaccination is required to ensure effective protection of citizens and population?

1.1 General concept of herd immunity

Herd immunity (also called herd effect, community immunity, population immunity, or mass immunity) is a form of indirect protection from infectious disease that can occur with some diseases when a sufficient percentage of a population has become immune to an infection, whether through previous infections or vaccination (Lee, 2016) thereby reducing the likelihood of infection for individuals who lack immunity. Herd immunity was recognized as a naturally occurring phenomenon in the 1930s when it was observed that after a significant number of children had become immune to measles, the number of new infections temporarily decreased (Sencer et al., 1967; JID, 2004).

In the context of the **Delta variant**, based on current evidence, when considering reopening strategies, policy-makers in countries with low seroprevalence or a high proportion of children should not assume that even vaccination of all (100%) adults will be sufficient to reach the herd immunity threshold. However, vaccination could still dramatically reduce the impact of Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) infection on resulting disease within a population, particularly among groups at higher risk. This emphasizes the importance, particularly in regions with limited vaccine-rollout capabilities and low seroprevalence, of public health measures and vaccination campaigns focused on reducing future COVID-19 disease burden, instead of relying on an assumption that transmission will necessarily be eliminated through vaccination (Hodgson et al., 2021). In the context of the **Delta variant**, more than 82 to 85% of the population, including children, would have to be immunized to achieve herd protection. Even without herd protection, vaccines are highly effective in reducing the number of deaths (Mancuso et al., 2021; McBryde et al., 2021; Burki, 2021). **These conclusions based on models at the time of the Delta variant no longer appear to hold with partial data of vaccine efficacy against transmission with Omicron.**

However, in a recent communication published in Nature, Aschwanden C. explains that even with vaccination efforts in full force, the theoretical threshold for vanquishing COVID-19 seems to be out of reach. That threshold is generally achievable with high vaccination rates and many scientists had thought that once people started being immunized “en masse”, herd immunity would permit society to return to normal. As the pandemic enters its second year, this thinking has begun to shift. Long-term prospects for the pandemic probably include COVID-19 becoming an epidemic (endemic ?) disease, much like influenza. But in the near-term, scientists are contemplating a new normal that does not include herd immunity. Some of the reasons behind this near-term mindset, and what they mean for the next year of the pandemic, are (Aschwanden, 2021) the following:

- It has been shown that (current) vaccines can partially prevent transmission but the duration and the amplitude of this effect is unknown[2];
- vaccine roll-out is (worldwide) uneven;
- new variants (more transmissible and resistant to vaccines - such as Omicron) change the herd immunity equation;
- immunity might not last forever;
- vaccines might change human behavior (e.g., if more people are vaccinated, they will increase their interactions).

[2] https://erictopol.substack.com/p/where-do-we-stand-with-omicron

If herd immunity against COVID-19 is not achievable: what level of vaccination is then required to ensure effective protection of the citizens by reducing the impact of SARS-CoV-2 infection (Delta variant) on disease, death and the overload of the health care system?

1.2. Belgian model simulations: Technical note: SARS-CoV-2 variants and vaccination in Belgium (v2022-01-05 - by the SIMID consortium)

The SIMID consortium prepared a new technical note (v2022-01-05) containing the model estimates of hospital admissions and load by stochastic dynamic transmission model using observational data up to January 3rd, 2022.

All projections are based on currently available information, which may need to be adapted as more information on Omicron becomes available in the coming days and weeks. The uncertainties associated with this model are further developed in the reference text.

The full document from January 2022 (v2022-01-05) is available here.
https://covid-en-wetenschap.github.io/assets/20220105_technical_note_SIMID.pdf

Conclusions

They explored the impact of the Omicron VOC for Belgium with a country-specific stochastic transmission model that incorporates infection- and vaccine-induced immunity levels in the population given the ongoing COVID-19 pandemic. By combining estimates on the predicted penetration of Omicron based on S-gene-target failure data for Belgium with current estimated transmission dynamics in Belgium, the model projects increasing numbers of infections and hospitalizations by the Omicron VOC in the coming weeks, **with hospital admissions likely exceeding those observed in the fourth wave**.

Although the relative risk of hospital admission per infection is estimated from international observations to be lower for Omicron than for Delta, the expected high incidence of infections penetrating all age groups, **could still cause a large burden on the healthcare system, both in primary care and in hospitals**.

They estimated the increase in transmissibility of Omicron relative to Delta based on S-gene-target failure (SGTF) data from Belgium between 30% and 80%, depending on the assumptions for vaccine-related protection against Omicron. In addition, the latest model calibration resulted in a much faster transition to the pre-symptomatic infectious stage after infection with Omicron, relative to Delta. This aligns with a shorter serial interval for Omicron, as reported by Kim et al. (2021, preprint), hence the transmission advantage of Omicron in our projections is not only based on immune escape and increased infectiousness.

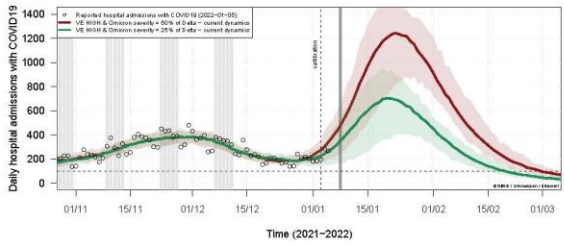
In this technical note it is particularly difficult to properly calibrate the model and define scenarios for the following reasons: (1) The Omicron VOC has only become completely dominant near the end of the Christmas holiday period and the observed hospital admissions (to which the model is calibrated) during that period were a result of (mostly) Delta infections and (to a much lesser extent) Omicron infections acquired before and at the start of the holiday period; (2) social contact behaviour is known to be very different during holiday versus non-holiday periods, not only in terms of numbers, but also in terms of age-specificity, and we are currently only starting to observe the impact of infections that occurred during the Christmas holidays on hospital admissions (to which the model is calibrated, note also that recent data on serology in unvaccinated persons are not available as an additional source for calibration); (3) We currently have no observations on hospital admissions caused by infections acquired in a non-holiday period (with associated non-holiday contact behavior) while Omicron is the dominant VOC in Belgium, which would allow us to establish the relationship between age-

specific contacts, infections and hospital admissions that is representative of the period for which projections are made in this technical note; (4) policy makers made important changes to the rules of quarantine and isolation from 10th January onwards, which is likely to alter the transmission dynamics in comparison to the previous months, over and above the expected changes instigated by the full dominance of Omicron in Belgium.

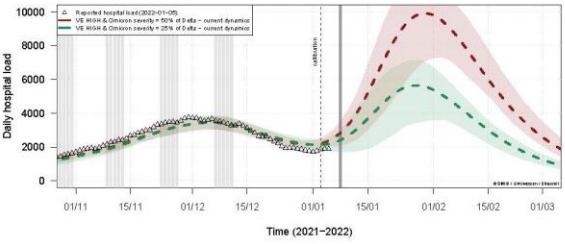
Model results

The following figures depict the results of our scenario analyses with respect to social mixing and vaccine uptake. All projections show a large 95% credible interval and should therefore be interpreted with great caution.

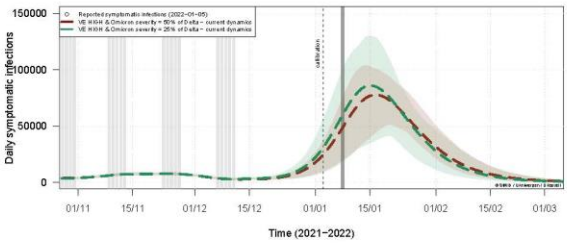
Scenario analysis: using the HIGH vaccine efficacy assumption and current dynamics.



(a) Daily hospital admissions with COVID-19



(b) Daily hospital load

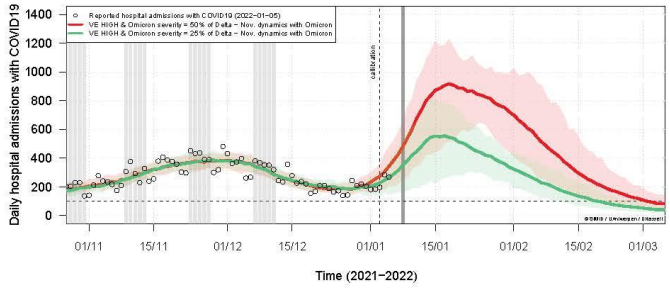


(c) Daily number of new symptomatic infections

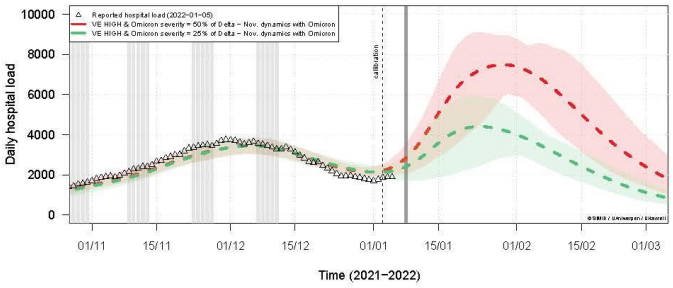
Figure 2: Model projections for Belgium on daily hospital admissions, hospital load and symptomatic infections for different assumptions on Omicron VOC severity against hospitalisations. These projections are based on the current dynamics, based on social contact data from December 2021, with Omicron but during a school-holiday. The results are summarized by the mean (line) and 95% point-wise credible intervals (shaded area) of 25 model runs.

8

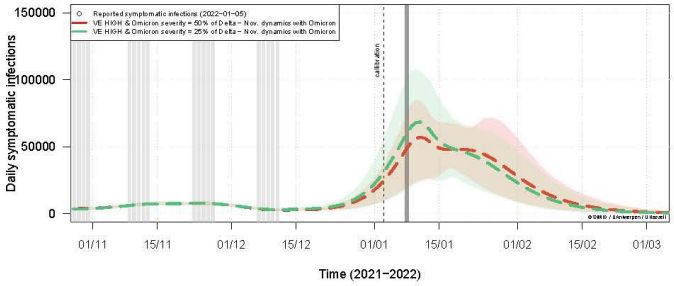
Scenario analysis: using the HIGH vaccine efficacy assumption and November behaviour with Omicron as proxy.



(a) Daily hospital admissions with COVID-19



(b) Daily hospital load



(c) Daily number of new symptomatic infections

Figure 3: Model projections for Belgium of daily hospital admissions, hospital load and symptomatic infections using different assumptions on Omicron VOC severity. These projections are based on a change in social contact behaviour from 8th of January towards the risk behaviour we estimated for November 2021 with general transmission and severity assumptions for Omicron. See "Model input and assumptions 10." for pros and cons. The results are summarized by the mean (line) and 95% point-wise credible intervals (shaded area) of 25 model runs.

1.3. French model simulations in the context of Omicron

https://modelisation-covid19.pasteur.fr/variant/InstitutPasteur_Complement_Analyse_Impact_Omicron_20220107.pdf

« Le 07/01/2022, l'Institut Pasteur présente des projections pour trois scénarios différents concernant l'avantage de transmission et la sévérité d'Omicron par rapport à Delta. Dans le Scénario 1 qui paraît actuellement le plus probable, le variant Omicron est caractérisé par une sévérité basse (**réduction de 77% de la probabilité d'hospitalisation lorsqu'on est infecté par rapport à Delta**) mais une transmissibilité haute.

○ Dans le Scénario 1, sous des hypothèses optimistes concernant l'efficacité vaccinale, le pic d'hospitalisations pourrait atteindre 5.200 hospitalisations quotidiennes sans réduction des taux de transmission le 3 janvier. Dans les scénarios plus probables où les Français réduisent leurs contacts de 10 % et 20 %, ce pic passerait à 3.600 (-29 %) et 2.500 (-52 %) hospitalisations journalières, respectivement. Dans les scénarios où les taux de transmission sont réduits de 0 %, 10 % et 20 % début janvier, il faudrait respectivement 32.000, 23.000 (-27 %) et 17.000 (-46 %) lits d'hospitalisations conventionnelles et 6.000, 4.700 (-23 %) et 3.900 (-36 %) lits de soins critiques au pic de l'épidémie. Avec une réduction de 10 % des taux de transmission à compter du 3 janvier, les besoins de lits d'hospitalisation conventionnelle pourraient passer de 23.000 lits pour une durée moyenne de séjour de 6 jours pour les patients Omicron à 18.000 (-22 %) et 15.000 (-34 %) lits si l'on réussissait à réduire cette durée à 4 et 3 jours, respectivement.

○ Dans le Scénario 1, sous des hypothèses plus pessimistes concernant l'efficacité vaccinale, le pic des admissions à l'hôpital serait de 7.200, 5.200 (-28 %) et 3.500 (-52 %), respectivement, si les taux de transmission sont réduits de 0 %, 10 % et 20 % début janvier. Au pic, il faudrait 43.000, 32.000 (-26 %) et 22.000 (-49 %) lits d'hospitalisations conventionnelles et 7.800, 6.000 (-23 %) et 4.400 (-44 %) lits de soins critiques.

○ Des changements dans les hypothèses concernant l'avantage de transmission et la sévérité d'Omicron peuvent impacter de façon importante les projections, avec des projections substantiellement dégradées lorsque le risque d'hospitalisation est plus élevé.

CONCLUSIONS

Based on current evidences and considering the characteristics of the Delta variant (and the uncertainties of the Omicron VOC, **especially on transmission, waning immunity of previously infected persons and waning of vaccine effectiveness**) as well as the efficacy of the different types of vaccines on the market **against transmission**, obtaining a COVID-19 vaccination threshold **resulting in herd immunity is not feasible and should not guide political decisions in this area**.

Nevertheless, reduction of mortality, protection of vulnerable people (aged and/or with comorbidities) and avoiding health care system overload are still achievable goals in Belgium.

1) In the context **of the Delta variant and according to the Belgian models** (SHC 9680, 2021) - which is no longer the case now. **The conclusions were** :

- a vaccination coverage of 95% in the entire Belgian population **over the age of 18 years** would prevent at least 30% of hospitalizations;
- a vaccination coverage of at least 90% in each **18+** age cohort has similar potential compared to introducing widespread (80%) vaccination of children aged 5 to 11 years;
- a combined strategy, through which both universal vaccination of children is introduced and vaccine uptake in adults is increased to 90-95% could have (according to the models) an added benefit relative to either strategy on its own.

2) In the context **of the Omicron VOC**,

All projections are based on currently available information, which may need to be adapted as more information on Omicron becomes available in the coming weeks, pending age-specific data on hospitalizations.

By combining estimates on the predicted penetration of Omicron based on S-gene-target failure data for Belgium with current estimated transmission dynamics in Belgium, the model projects **increasing numbers of infections and hospitalizations by the Omicron VOC in the coming weeks, with hospital admissions likely exceeding those observed in the fourth wave**.

Although the relative risk of hospital admission per infection is estimated from international observations to be lower for Omicron than for Delta, the expected high incidence of infections penetrating all age groups, **could still cause a large burden on the healthcare system, both in primary care and in hospitals**.

2 To what extent and under what conditions do the possible instruments (CST, mandatory vaccination, others) to increase the vaccination coverage contribute to better control of the epidemic, on the one hand in terms of virus circulation, on the other hand in terms of limiting the burden of disease, hospitalization and death?

The ethical aspects for the establishment of a CST or mandatory COVID-19 vaccination in Belgium fall under the competence of the BACB. In view of the close collaboration between the SHC and the BACB on this subject, this advisory report of the SHC will not enter into these considerations and the Council supports the positions currently defended by the BACB in this matter.

Avis n° 75 du 11 décembre 2020 du Comité consultatif de Bioéthique de Belgique relatif aux repères éthiques en vue du déploiement de la vaccination anti-COVID-19 au bénéfice de la population belge.
https://www.health.belgium.be/fr/avis-ndeg-75-reperes-ethiques-en-vue-du-deploiement-de-la-vaccination-anti-covid-19-au-benefice-de

Avis n° 77 du Comité consultatif de Bioéthique de Belgique relatif aux considérations éthiques et sociétales liées à la mise en place d'un « pass corona » et d'autres mesures transitoires d'assouplissement des contraintes sanitaires.
https://www.health.belgium.be/fr/avis-ndeg-77-du-10-mai-2021-conclusions-et-recommandations-mise-en-place-dun-pass-corona

Avis par lettre n° 11 du 13 décembre 2021 du Comité consultatif de Bioéthique de Belgique relatif aux enjeux éthiques liés à une vaccination COVID-19 dans la population pédiatrique des 5-11 ans.
https://www.health.belgium.be/fr/avis-par-lettre-ndeg-11-vaccination-covid-19-de-la-population-pediatrique-5-11-ans

Avis n° 80 du Comité consultatif de Bioéthique relatif aux enjeux ethiques liés à la vaccination obligatoire de la population adulte (18 ans et plus) en période de pandémie.
https://www.health.belgium.be/fr/avis-ndeg-80-vaccination-obligatoire-en-periode-de-pandemie

2.1. Some publications on CST

The World Health Organization (WHO) has produced guidance (operational and ethical aspects) about the implementation of a CST (WHO, 27/08/2021). In opinion n° 77, the BACB presents ethical and societal considerations linked to the implementation of a "corona pass" and other transitional measures to relax health constraints in Belgium (BACB 77, 2021).

To our knowledge, there are very few publications which demonstrate the real effectiveness of the implementation of the CST on vaccination coverage.

In Israel, Waitzberg et al. (2021) highlight the fact that in practice, there will be gaps between the CST regulations and implementation. While some places might require a CST without legal need, others will not implement it despite a legal obligation. **The CST regulations should have standardized epidemiological criteria, be implemented gradually, remain flexible, and change according to the epidemiological risks**. Waitzberg et al. do not study the efficacy of CST on vaccination coverage.

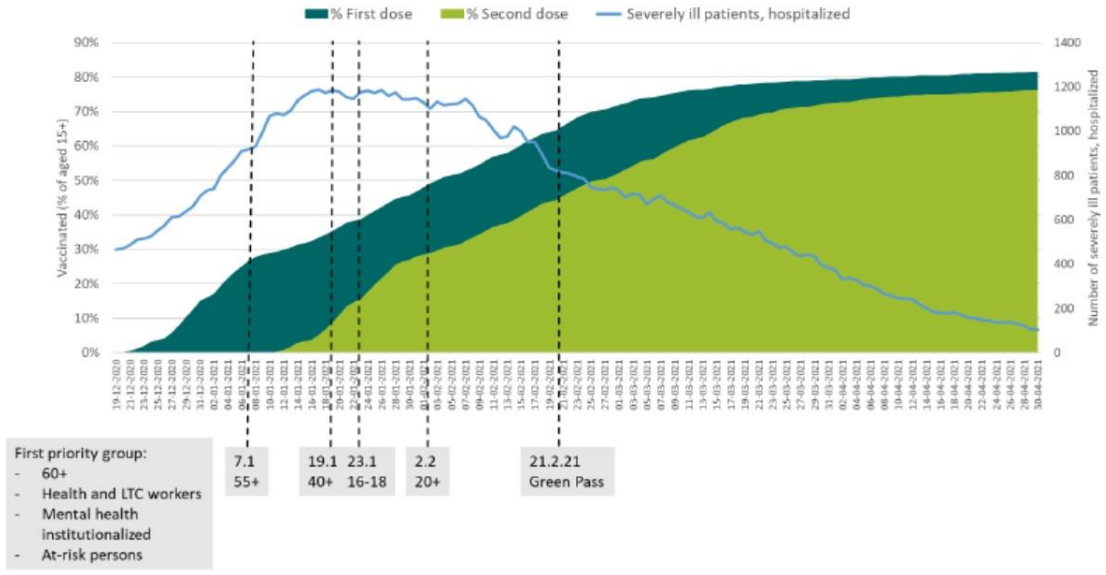


Figure 1. Vaccination rollout, hospitalized, prioritisation, and implementation of the Green Pass. (Sources: authors' own compilation based on https://datadashboard.health.gov.il/COVID-19/general, accessed on 18 October 2021 and [12]; Note: vaccination rates for the population aged 15+ for whom the vaccine was approved by the manufacturer.

In Israel, the most prominent dates were the 17th of January 2021 when exemption from quarantine was officially declared for vaccinated persons who were in contact with an infected person or returned from travel abroad; and the 21st of February 2021 when the 'Green pass' was officially implemented. **After the 17th of January there was a peak in second dose vaccinations, rising to over 200 000 per day. High vaccination rates continued following the highest daily number of new confirmed cases since the pandemic began** (10 117 cases or 1088 cases per million on the 18th of January) **and highest fatality rate was reported on the 24th of January.** Saban et al. conclude that incentive schemes which impose limitations on those who choose not to get vaccinated may motivate some people to take action. Policy-makers should use a measured approach to protect public health, with minimum infringement on citizens' rights. Providing transparent and culturally appropriate information on immunization and ensuring maximal and equitable access to COVID-19 vaccines may help build trust (Saban et al., 2021).

In the UK, de Figueiredo et al. (2021) have conducted a large-scale national survey of 17 611 adults between 9 and 27 April 2021 to study the impact of the introduction of vaccine passports on inclination to accept COVID-19 vaccines and identify the differential impact of passports on uptake inclination across socio-demographic groups. They found that a large minority of respondents report that vaccination passports for domestic use (46.5%) or international travel (42.0%) would make them no more or less inclined to accept a COVID-19 vaccine and a sizeable minority of respondents also state that they would 'definitely' accept a COVID-19 vaccine and that vaccine passports would make them more inclined to get vaccinated (48.8% for domestic use and 42.9% for international travel). **However, they found that the introduction of vaccine passports will likely lower inclination to accept a COVID-19 vaccine once baseline vaccination intent has been adjusted for**. This decrease is larger if passports were required for domestic use rather than for facilitating international travel. Being male (Odds Ratio - OR 0.87; 0.76 to 0.99) and having degree qualifications (OR 0.84; 0.72 to 0.94) is associated with a decreased inclination to get vaccinated if passports were required for domestic use (while accounting for baseline vaccination intent), while Christians (OR 1.23; 1.08 to 1.41) have an increased inclination over atheists or agnostics. Change in inclination is strongly connected to stated vaccination intent and will therefore unlikely shift attitudes among black or black British respondents, younger age groups, and non-English speakers. These findings should be interpreted in light of sub-national trends in uptake rates across the UK, as these results suggest that passports **may be viewed less positively among socio-demographic groups that cluster in large urban areas**. The authors call for further evidence on the impact of vaccine certification and **the potential fallout for routine immunization programmes** in both the UK and in wider global settings, especially those with low overall trust in vaccinations.

CST may also result **in a false sense of security**, leading to the ill-advised abandonment or loosening of non-pharmacological measures for stemming the pandemic, such as social distancing, hand hygiene and mask wearing (Montanari et al., 2021).

Mills and Rüttenauer (2021) investigate the effect of mandatory COVID-19 certificates on vaccine uptake. They designed a synthetic control model comparing six countries (Denmark, Israel, Italy, France, Germany, and Switzerland) that introduced certification (April–August, 2021), with 19 control countries with synthetic-control modelling of six countries. Using daily data on cases, deaths, vaccinations, and country-specific information, they produced a counterfactual trend estimating what might have happened in similar circumstances if certificates were not introduced. The main outcome was the amount of daily COVID-19 vaccine doses that were administered. They found that **COVID-19 certification led to increased vaccinations 20 days before implementation in anticipation, with a lasting effect up to 40 days after**. Countries with pre-intervention uptake that was below average had a more pronounced increase in daily vaccinations compared with those whose uptake was already average or higher. In France, doses exceeded 55.672 (95% Confidence Interval (CI) 49.668–73.707) vaccines per million or, in absolute terms, 3.761.440 (3.355.761–4.979.952) doses before mandatory certification and 72.151 (37.940–114.140) per million after certification. **They found no effect in countries that already had average uptake (Germany), or an unclear effect when certificates were introduced during a period of limited vaccine supply (Denmark)**. Increase in uptake was **highest for people younger than 30 years** after the introduction of certification. Access restrictions linked to certain settings (nightclubs and events with >1000 people) were associated with increased uptake in those younger than 20 years. When certification was extended to broader settings, uptake remained high in the youngest group, but increases were also observed in those aged 30–49 years. In conclusion, mandatory COVID-19 certification could increase vaccine uptake, but interpretation and transferability of findings need to be considered **in the context of pre-existing levels of vaccine uptake and hesitancy, eligibility changes, and the pandemic trajectory**.

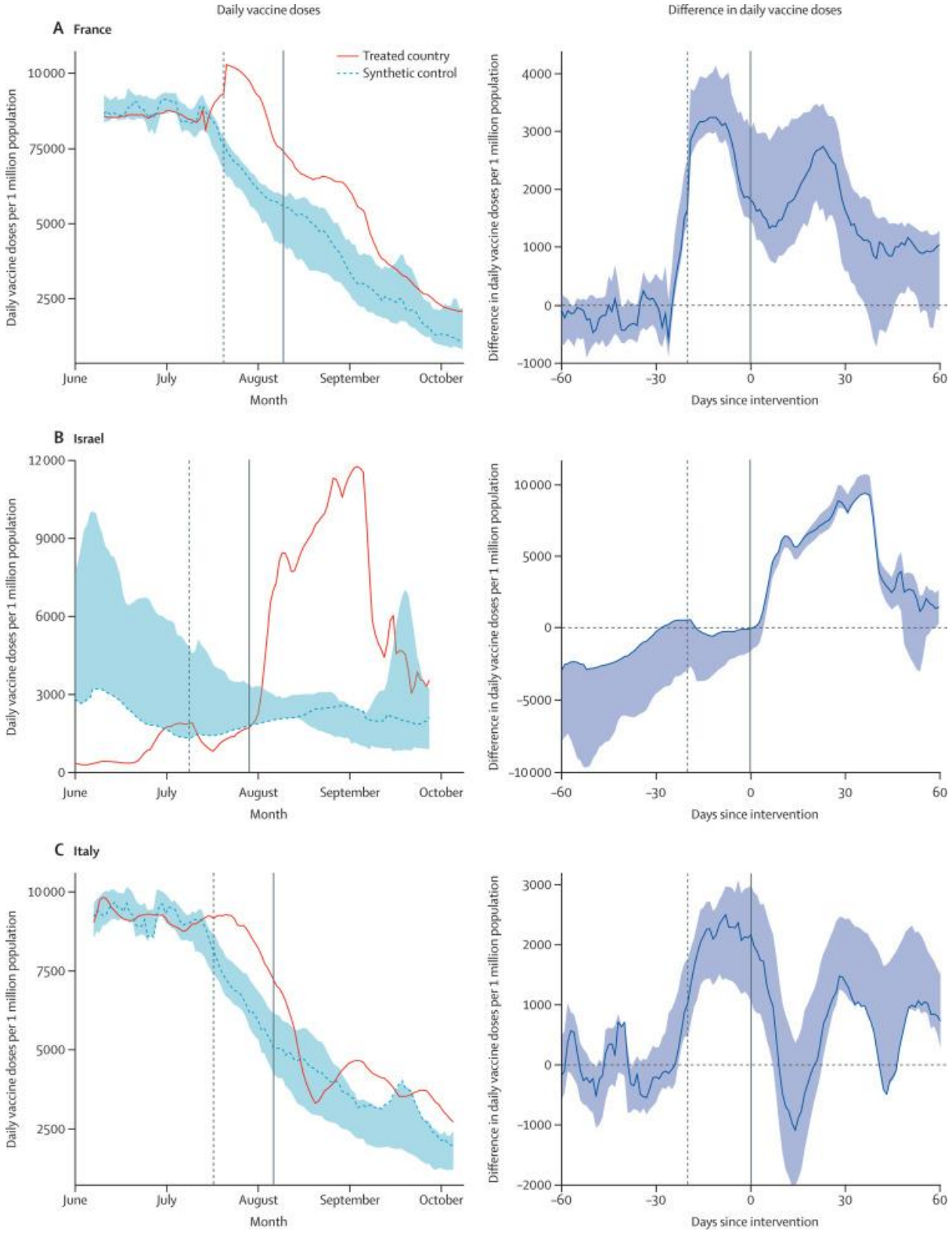


Figure 4: Daily new vaccinations in France, Israel, and Italy before and after the introduction of a mandatory COVID-19 certificate for various settings compared with a reweighted synthetic control group. Data are from Our World in Data and Oxford COVID-19 Government Response Tracker. Shaded areas represent 95% CIs based on a non-parametric bootstrap procedure (1000 runs). The solid vertical line indicates the introduction of COVID-19 certification and the dashed vertical line indicates the 20-days' backdated intervention (Mills and Rüttenauer, 2021).

In Belgium (Motivation Barometer - November 12 and 16, 2021):

• **Motivation and behavior**: A significant proportion of a large sample[3] remains voluntarily motivated to follow the measures, even though fewer measures apply today (e.g., no restrictions in private contacts) or are more non-committal (e.g., recommendation of telecommuting). The gap in motivation between vaccinated and unvaccinated individuals is reflected in differences in adherence to the measures. At the same time, it appears that unvaccinated persons are more faithful to basic measures (mouth mask requirement, keeping their distance, decontamination) today than in the summer months. Moreover, there is also considerable motivational support among them for telework, ventilation, and following quarantine measures.

• **Risk awareness**: There are several reasons to be concerned about the fate of the unvaccinated. They rate the risks of infection - despite their unvaccinated status - as lower. Moreover, they are less susceptible to the motivating power of such a perception of risk. Even though unvaccinated people are not blind to the risks of serious infection, the awareness contributes less to the motivation to take action. At the same time, risk awareness is also rising among them in recent weeks.

• **Events with 'Covid Safe Ticket'**: Vaccinated individuals adapt their behavior according to the circumstances. They rate events with a 'Covid Safe Ticket' as less risky than events without a 'Covid Safe Ticket', so they are somewhat looser in following through. They will then shake hands, hug or kiss more, but remain more cautious than unvaccinated people. The latter are less cautious because they rate the risks of serious infection as lower, regardless of the use of a 'Covid Safe Ticket'.

• **Support for 'Covid Safe Ticket' and mandatory vaccination**: Opinions about the 'Covid Safe Ticket' remain divided between vaccinated and unvaccinated individuals. While unvaccinated individuals strongly reject the 'Covid Safe Ticket', they are more accepting of its use if it serves to increase safety. Vaccinated individuals increasingly fear that the 'Covid Safe Ticket' can lead to tensions, but also increasingly recognize that it is not a foolproof safety tool. Support for mandatory vaccination among +18 year old increases slightly among vaccinated individuals.

• **Uncertainty**: The growing uncertainty requires a clear plan for the winter. Thanks to a good interpretation of the current evolution of the situation, people will better understand what is happening which will make them accept the situation more easily.

• **Attitude towards stricter measures**: In general, public opinion is still (fairly) supportive of all sorts of stricter measures, but this support is waning as more intrusion is made into people's private lives and into the lives of children from the age of 9.

• **Vaccine pass and covid pass**: It is already known that the initially high level of support for the use of the covid pass has declined in recent months (see report 35, Motivation Barometer), but support for the covid pass remains reasonably strong and certainly broader than for the introduction of a stricter vaccine pass. An analysis of the significance attributed to the two passes sheds light on this point. The vaccine pass is perceived even more strongly as a polarizing instrument than the covid pass, and more as a means of forcing non-vaccinated people to be vaccinated. Another reason for the reduced support for the vaccine pass is

[3] Description of samples (collected at three measurement points between October 5 and November 8, 2021: measurement point 1 (October 5-11) = 4171; measurement point 2 (October 25 - 30) = 5330; measurement point 3 (November 1 - 8) = 3287 (page 3 report 35 for more description).
Description of samples (collected on November 15 and 16) = 2594 (page 3 report 36 for more description).

probably that its introduction implicitly weakens the value of the PCR test. Until now, the PCR test has been presented as an essential, safety-enhancing tool.

CONCLUSIONS

Based on our current knowledge, there are very few publications which demonstrate the real effectiveness of the implementation of the CST on vaccination coverage.

CST could increase vaccine uptake, but interpretation and transferability of findings need to be considered in the context of pre-existing levels of vaccine uptake and hesitancy, eligibility changes, and the pandemic trajectory.

CST led to increased vaccinations 20 days before implementation in anticipation, with a lasting effect up to 40 days after. Countries with pre-intervention uptake that was below average had a more pronounced increase in daily vaccinations **compared with those where uptake was already average or higher (which is actually the case in Belgium)**.

BUT

CST may be viewed less positively among socio-demographic groups that cluster in large urban areas.

CST could have a potential fallout for routine immunization programmes, especially those with low overall trust in vaccinations.

CST may also result in a false sense of security, leading to the ill-advised abandonment or loosening of nonpharmacological measures for stemming the pandemic, such as social distancing, hand hygiene and mask wearing.

*****

The SHC finds relevant to use the most optimal means to induce (or nudge) people to be vaccinated (as confirmed by the scale established by the Nuffield Council on Bioethics).

The strategies aimed, for example, at use other risk reduction tools (such as the CST) to effectively improve vaccine uptake and the epidemiological situation should also be communicated in a transparent manner. The effectiveness of such risk minimization measures should be assessed using the most optimal indicators.

While it is acceptable to use means to induce (or nudge) people to be vaccinated, it is much questionable and less supported by the SHC experts (see point 2.7.) **to configure these nudging devices in such a way that they result in a hidden obligation**.

Like the BACB and other Belgian experts groups, the SHC estimates that compulsory vaccination, if it proves necessary and is retained by the authorities, should be a decision expressed in a transparent manner by the authorities.

*****

The use of a CST in Belgium, especially during the peak of the epidemic, does not automatically exclude the implementation of the obligation to vaccinate against COVID-19.

2.2. Acceptance of mandatory vaccination in general

Despite the growing resonance of anti-vaccination movements and according to the assessed studies in a systematic review (2018; especially European - 12 studies and North American - 10 studies), **the majority of the population seems to be in favor of mandatory vaccination policies**. Although attitudes differed among studies (countries, context), diseases and groups involved (Health Care Workers (HCWs), children, etc.).

In Italy, according to two studies, the majority of healthcare personnel and doctors thought that mandatory vaccination should be maintained. Among those opposed, the most common opinions were that refusing childhood vaccination is a parental right and that the public is sufficiently aware of the importance of vaccination to allow an abrogation of the obligation, suggesting that mandatory vaccination may be perceived as an outdated policy which has served its purpose and is no longer necessary. **A French study showed only 42% of General Practitioners (GPs) and pediatricians were in favor of mandatory immunization, although in the same study, 56.5% of the general population was in favor of mandatory vaccination. The authors of this study suggested mandatory immunization may not encourage the information of patients and dialogue with healthcare professionals**. The opinion of HCWs on mandatory vaccination is crucial, especially considering studies have shown parents and patients rely on them as their main source of information regarding vaccination and doctors' attitudes seem to be a determining factor in convincing patients: one of the main reasons stated by parents for refusing vaccines for their children is that their GP did not offer it to them (Gualano et al., 2019).

2.3. Efficacy of mandatory vaccination for HCWs in general

In the United States, the first institution to make influenza vaccination a 'fitness-for-duty' condition for all HCWs seems to have been Virginia Mason Medical Center, Seattle, Washington, United States, effective from 2005, achieving rates of 98%. **Subsequent mandatory programes in the United States have increased influenza coverage rates from 71% in 2007 to 98% in 2008 and from 69% in 2009 to 96% in 2010**. These policies have occasionally met intense resistance by individual HCWs and their associations in the United States and the promising results may not be easy to replicate in all settings or in all European countries.

Firing or resignation of the HCW have been reported in the United States, with rates of 0.02% to 0.15% (Kitt et al., 2021) but not in Europe. Even in European countries with mandatory policies, these policies may not be fully implemented in practice and it is uncertain whether HCWs have ever paid fines for non-compliance.

Galanakis et al. (2013) conclude that there is a moral imperative for HCWs to be immune and for healthcare institutions to ensure HCW vaccination, in particular for those working in settings with high-risk groups of patients. If voluntary uptake of vaccination by HCWs is not optimal, patients' welfare, public health and also the HCW's own health interests should outweigh concerns about individual autonomy: fair mandatory vaccination policies for HCWs might be acceptable. Differences in diseases, patient and HCW groups at risk and available vaccines should be taken into consideration when adopting the optimal policy. Practical arguments and stepwise implementation are summarized in the following table:

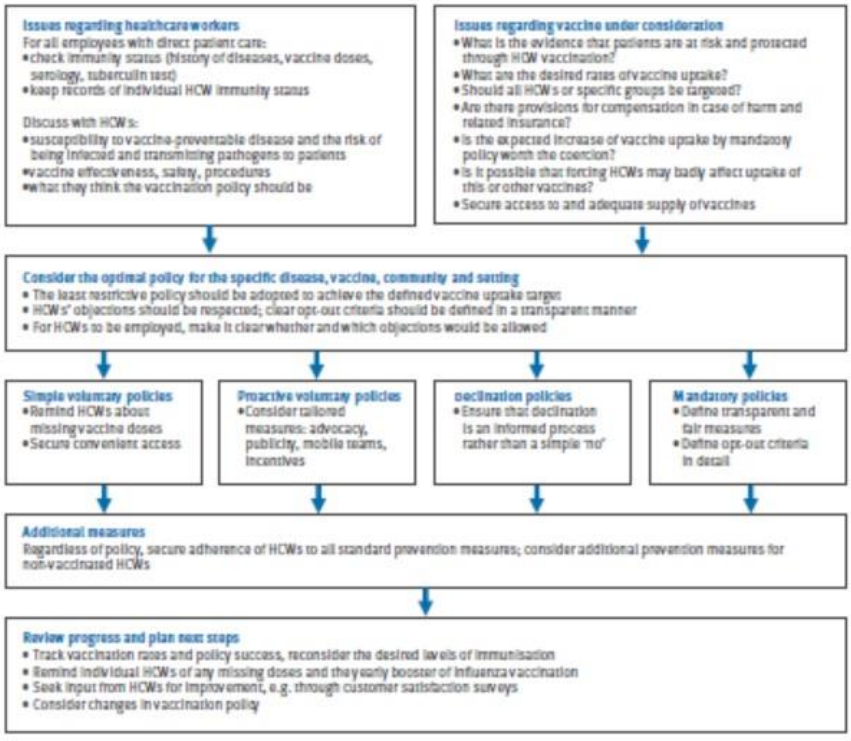
TABLE 1

Practical arguments for and against mandatory vaccination for healthcare workers as a means to protect patients' health

Argument	For mandatory vaccination	Against mandatory vaccination
Effectiveness	Although protection is difficult to study in all settings, reason and existing data support benefit for patients through HCW vaccination.	Solid evidence for patients' benefit is missing, as are risk assessments for specific groups of HCWs, settings and diseases.
Necessity	Experience has shown well that only mandatory vaccination can achieve high vaccination rates.	Voluntary vaccine uptake rates among HCWs may not be high enough, but are not negligible and may become even higher without a need for mandates. It is questionable whether any increase by coercion would be worth the cost of conflict. Regardless of HCW vaccination, patients will continue to be exposed.
False sense of security	Over-stressing vaccination does not devalue other preventive measures. HCWs should adhere to all appropriate preventive measures.	Over-stressing mandatory vaccination might create a false sense of security and divert focus from other important preventive measures, e.g. hygiene, standard precautions or other interventions [12,23]. Studies to test this hypothesis have not been performed to date [26].
Administrative issues	Mandatory uptake facilitates a fair, simple and uniform policy of HCW vaccination.	Voluntary vaccination policies are closer to the principle of subsidiarity than authoritarian mandates.
Cost	Educational programmes to promote voluntary vaccination are costly and have not worked. Simple mandatory policies cost less.	Resources for enforcement and debate may be better devoted to educational programmes.
Coercion	Rules in healthcare settings are common and need not to be seen as coercion.	Enforcement and penalties may have a long-term detrimental effect on the employer–employee relationship, devalue HCWs who are allies in the promotion of vaccination and ultimately undermine uptake of the vaccine under consideration or of other vaccines [7,32]. HCWs declining vaccination have the right to expect that their opinion will be respected rather than being faced with infringement of the equal opportunity to work, and the challenge would be in convincing rather than forcing them [1,8]. Furthermore, use of coercion in HCW vaccination might suggest that HCWs are reluctant to be vaccinated themselves and might thus strengthen the arguments of vaccine sceptics.
Civil liberties	HCWs have a specific mission and obligations towards the common good.	Compulsory vaccination violates civil liberties.
Potential harm	Considerable side effects from vaccines are extremely rare.	Any harm from the vaccination is difficult to justify with mandatory policies and considerable insurance issues may emerge.

FIGURE

Proposed stepwise implementation of vaccination policies for healthcare workers upon employment and in controlling vaccine-preventable diseases



In Europe, answers were received for hepatitis B virus (HBV) from 21 countries (among them 19 EU Member States), representing 78% of the population and 60% of HCWs in the EU-28. HBV vaccination was mandatory for medical and nursing staff in 10 countries; for other paramedical staff, medical and nursing students in 9 countries; for paramedical students in 8 countries; for cleaning staff in 7 countries; and for technical staff in 5 countries; it was recommended in all but one other countries. A non-responder policy was present in 18 countries. HBV vaccination coverage (5 countries) was 70–95%. Sharps injuries were reported in 13 countries, nationwide in 7 of them; European-wide reporting was not mentioned by respondents. **These results show the variation in the implementation of EU legislation in the participating countries. More consultation between actors at EU level, including enhancing medical surveillance in occupational medicine could help to optimize policies in European countries in order to further reduce HBV transmission to HCWs** (De Schryver et al., 2020).

Dubov and Phung (2015) suggest that a successful strategy for policy-makers and others hoping to increase vaccination rates **is to design a "choice architecture" that influences behavior of healthcare professionals without foreclosing other options**. Nudges incentivize vaccinations and help better align vaccination intentions with near-term actions. As shown historically, there needs to be a push for high vaccination rates to reach herd immunity. Mandatory vaccination has proven to work and accomplish more vaccination, but causes disturbance in medical ethics for healthcare workers. **Mandatory vaccination can be positively enforced by nudge strategies adopted from behavioral economics research**.

Table 1
Cognitive biases involved in vaccination decision-making and potential nudges that may alleviate their effect.

Cognitive bias	Definition	Effect on vaccination decisions	Potential nudges
Omission bias	The tendency to prefer a potentially harmful inaction (omission) to a potentially less harmful act	Higher risk of catching a disease is preferable to suffering from vaccine side effects. Willingness to suffer longer from symptoms of a disease rather than the side effects of a vaccine	Pre-commitment devices (writing down date and time of the vaccination appointment)
Ambiguity aversion	The tendency to prefer a known risk (continue without treatment) to unknown risk (a confusing treatment)	Foregoing vaccination when the safety information appears to be inconsistent	Social norms
Present bias	The tendency to place more weight on costs and benefits today, and less weight on those realized in the future	The inconveniences of vaccination experienced in the present outweigh the benefits of future protection	Financial incentives, tax incentives
Availability bias	The tendency to judge occurrence of side effects as likely or frequent if it is easy to imagine or recall	The more vivid information about vaccine side-effects clouds the factual information about vaccine benefits	Vaccination message framing
Optimism bias	The tendency to be more optimistic about a particular health risk, believing it is greater for other people than for themselves	Chances of getting a disease are higher for other people than for oneself, therefore no felt urgency to vaccinate	Pre-commitment devices (writing down date and time of the vaccination appointment)
Naturalness bias	The tendency to prefer natural products or substances even when they are identical or worse than synthetic alternatives	Declination of synthetic treatments and belief in the natural immunity of the body	Emotional prompting
Protected values	Values absolutely held and not amenable to tradeoffs	Vaccinations are wrong	Nudges may backfire

With regards to HCW, there is a broad consensus among European experts that mandatory targeted vaccination would minimize risk of infection and transmission of vaccine-preventable diseases within the healthcare setting. **In general, it seems that support towards mandatory policies increases after their implementation, although other strategies must be implemented to improve attitudes and uptake among HCW, such as increasing staff education and providing proof of the efficacy, benefits, and safety of vaccines** (Gualano et al., 2019).

Gur-Arie et al. (2021) say that: ”Mandating COVID-19 vaccination of healthcare personnel (HCP) could maximize vaccine uptake, **but risks exacerbating breakdowns in trust between HCP and their institutions**. Ethical arguments for mandating COVID-19 vaccination of HCP appeal to their duties to ‘do no harm’ and to care for patients, but the fulfilment of these duties requires a safe working environment. **They argue for policies aimed at strengthening HCP’s trust in healthcare systems by addressing HCP concerns, including the institutional factors that have put them at risk of infection throughout the COVID-19 pandemic, before considering a COVID-19 vaccine mandate**.

2.4. Opinions about mandatory COVID-19 vaccination for HCWs

As the SARS-CoV-2 vaccines move closer to full licensure and the data on their excellent effectiveness against both symptomatic and asymptomatic COVID-19 infection emerge, the question of whether to implement a SARS-CoV-2 vaccination policy for HCWs as a condition of employment is becoming clearer. HCWs should not inadvertently spread contagious infections like measles and influenza to their patients and other HCWs. The time is coming to add COVID-19 to that list (Talbot, 2021).

There comes a time when a decision has to be made, even with imperfect or incomplete information. That time is now. Like care home workers and their counterparts in many European countries, in Sokol’s opinion, healthcare staff in the UK, unless exempt, should be subject to mandatory covid vaccination to protect the lives and health of those they treat (Sokol, 2021).

Gagneux-Brunon et al., 2021 believe conditions to recommend mandatory COVID-19 vaccine in HCWs according to the HCSP (*Haut Conseil de santé Publique*) framework are met. However, ethical issues such as autonomy are not yet fulfilled. Interventions aiming to help HCWs make an evidence based decision should be prioritized and should address concerns of all HCWs professional categories. In addition, incentives may also contribute to increase vaccine coverage in healthcare facilities. Alternatively to mandatory COVID-19 vaccination for all HCWs, the vaccine could only be required for HCWs in direct contact with vulnerable patients for whom evidence of sub-optimal effectiveness of COVID-19 vaccines is available. This would include solid organ transplant recipients, bone marrow transplant recipients, and patients with active malignancies as described in the cocooning strategy. In any case, a mandatory vaccination policy should be associated with adequate training of all HCW categories, aiming to discuss all concerns, with a thorough and transparent evaluation of its effectiveness and safety, and a large and reliable communication on its impact (Gagneux-Brunon et al., 2021).

Finally, some experts are against all forms of mandatory COVID-19 vaccination, even for HCWs (Khunti et al., 2021; Osbourne and Clark, 2021; Hayes and Pollock, 2021).

CONCLUSIONS

In the context of COVID-19, the position of mandatory vaccination for HCWs is supported by the BACB and the SHC (CSS 9671, 2021; BACB 75, 2020).

2.5. Efficacy of mandatory vaccination for children in general

These data are not related to the COVID-19 context.

Vanderslott and Marks (2021) present a comprehensive and updatable database of mandatory childhood vaccination policies worldwide, covering 149 countries. The list indicates whether a country has a mandatory vaccination policy and the strictness of the mandate on a scale ranging across three levels: mandatory, mandatory for school entry or recommended. Their findings show in-country variation in vaccination policy and a variation between vaccination in policy compared to in practice. They observe, particularly for high-income countries, **that the occurrence of recent outbreaks is a major factor for the introduction of mandatory vaccination**. Also, many low- and middle- income countries have resorted to mandatory vaccination policies because of **a lack of other policy options,** yet still have lower than targeted vaccination rates due to problems with vaccine supply, delivery, and access.

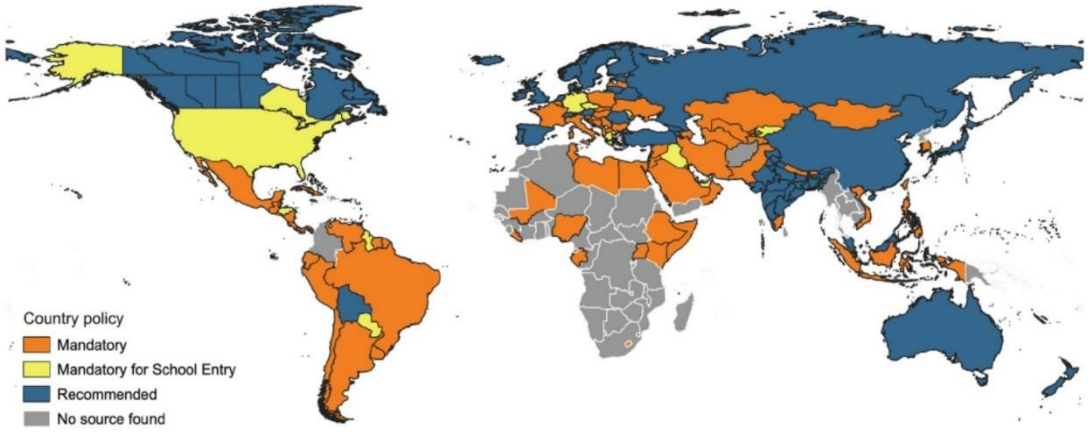


Fig. 1. Map of mandatory childhood vaccination worldwide (created with QGIS version 3.10 [74], QGIS.org, 2021 [51]).

Evidence of the positive effect of vaccine mandates and law enforcement comes mostly from the USA. One systematic review suggested that **the introduction or improved enforcement of school entry or middle school immunization mandates increases vaccine uptake** in the group to whom the mandate applies, both short-term and over time (Lee et al., 2016).

Difficulty with vaccine enforcement and strong opposition to compulsory vaccination are common in Europe and, for example, led to the abolishment of mandates in 1948 in England, where they had been introduced with the smallpox vaccination act in 1853. **As a consequence, little information is available on the impact of mandatory vaccination in Europe**. An EU funded project found that similar rates of vaccination coverage were obtained in countries adopting recommendation policies and in those adopting mandatory policies, which would suggest that mandatory vaccination is not a determinant of the level of vaccination coverage (http://www.assetscienceinsociety.eu/reports/page1.html). However, the data were likely to be affected by 'ecological fallacia'. In fact, simple comparisons of vaccination coverage between different countries may be affected by a series of confounding factors, such as the level of health literacy among the population or the efficiency of the country's vaccination system (Rezza, 2019).

European countries recommend or contemplate compulsory vaccines. Among them, eleven countries (35.4%) have mandatory vaccinations for at least one out of diphtheria, tetanus, pertussis, hepatitis B, poliovirus, haemophilus influenzae type b, measles, mumps, rubella and varicella vaccine for children (Bozzola et al., 2018).

Table 1 Information on policies of mandatory or recommended vaccinations of the European Countries

Country	Dhyptheria	Tetanus	Pertussis	Hepatitis B	HiB	Poliovirus	Measles	Mumbs	Rubella	Varicella
Austria	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
Belgium	R	R	R	R	R	Ma	R	R	R	R*
Bulgaria	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Nr
Croatia	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Nr
Cipro	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
Czech Republic	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	R
Denmark	R	R	R	R*	R	R	R	R	R	Nr
Estonia	R	R	R	R	R	R	R	R	R	Nr
Finland	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
France	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Nr
Germany	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
Greece	Ma	Ma	Ma	Ma	R	R	R	R	R	R
Hungary	Ma	R*	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Nr
Iceland	R	R	R	Nr	R	R	R	R	R	Nr
Ireland	R	R	R	R	R	R	R	R	R	Nr
Italy	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma
Latvia	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma
Lichteinstein	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
Lituania	R	R	R	R	R	R	R	R	R	Nr
Luxemburg	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
Malta	R	R	R	R	R	R	R	R	R	Nr
Netherlands	R	R	R	R	R	R	R	R	R	Nr
Norvegia	R	R	R	R	R	R	R	R	R	Nr
Poland	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	R*
Portugal	R	R	R	R	R	R	R	R	R	Nr
Romania	R	R	R	R	R	R	R	R	R	Nr
Slovakia	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Nr
Slovenia	R	R	R	R	R	R	R	R	R	Nr
Spain	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
Sweden	R	R	R	R	R	R	R	R	R	Nr
UK	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R*

Ma Mandatory, *R* Recommended, *Nr* Not recommended
R* recommended for specific groups only

Parents' attitudes towards mandatory vaccinations differed among studies, **with support ranging from 53% to 97% for different vaccination programs**. Stronger resistance emerged for the Human Papillomavirus (HPV) vaccine: the percentage of agreement for mandatory HPV vaccination ranged from 27% to 63.5%. Multiple studies analyzed parents' perceptions of the HPV vaccine, concluding that parents are more likely to refuse the HPV vaccine than any other adolescent vaccination. Among other factors determining vaccine hesitancy in parents, a frequent argument opposing mandatory HPV vaccination was considering HPV not transmissible by routine social contact. Moreover, several studies highlighted that knowledge on HPV vaccination is limited. Higher percentages of agreement were found when assessing young adults' attitudes towards HPV vaccination (from 35.7% in Hungary to 82.2% in Malaysia), although in the study by Tyrell et al. most girls opposing mandatory vaccination indicated that information was limited (Gualano et al., 2019).

In Italy, as for vaccination coverage since implementation of mandatory vaccination for children (new law which extended the number of mandatory vaccines from 4 to 10 and reinforced coercive measures introduced in July 2017), encouraging results have recently been reported. **An increase of 1% from June to October 2017 for the hexavalent (tetanus, diphtheria, pertussis, haemophilus influenza type B, hepatitis B, poliovirus) vaccine and of 2.9% for the measles-mumps-rubella vaccine have been observed** (Bozzola et al., 2018).

The new Italian law immediately showed promising results, leading to a 1.2% and 4.4% increase in vaccination coverage for the hexavalent and MMR vaccines, respectively. This trend persisted in 2018. **Interestingly, vaccination coverage increased also for those vaccines which are only recommended, such as the anti-pneumococcal and the antimeningococcal C vaccine**. An increase of vaccination coverage at 36 months and 5 years of age has also been observed over time. Whether, and to what extent, this was due also to other factors such as the public debate on vaccines raised in the media and/or to increased risk perception consequent to the epidemic wave of measles cannot be quantified and remains undefined. Although it is not possible to disentangle the role of other factors contributing to the positive outcome, consistently with the results of studies conducted in the USA, vaccine mandates appeared to be successful in increasing vaccination coverage in Italy. **The long-term sustainability of the effect of mandatory vaccination and the potential negative drawbacks of the coercive measures need to be evaluated to generate scientific evidence in public health** (Rezza, 2019).

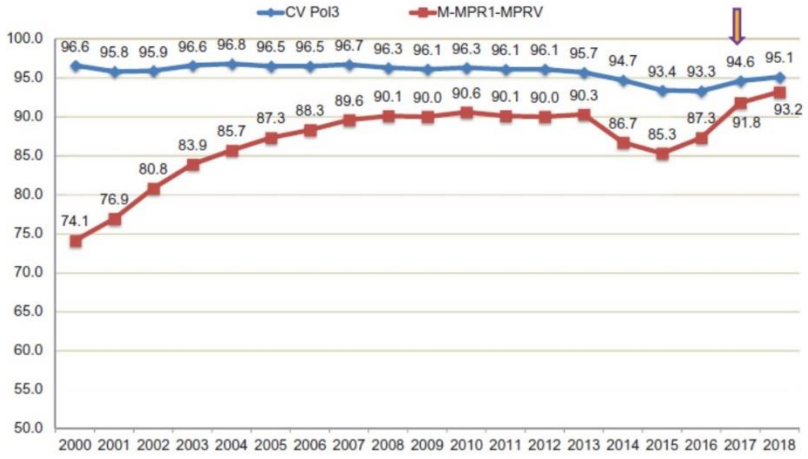


Figure 2. Long-term trend of vaccination coverage in Italy (Polio is used as a proxy of the hexavalent vaccine, and measles for the trivalent vaccine): 2000–2018 (Source: Italian ministry of health).

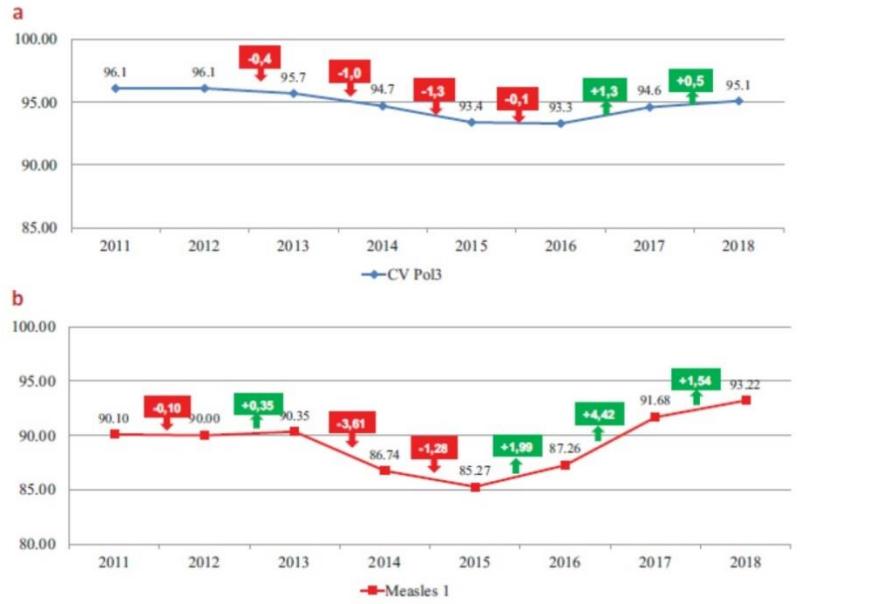


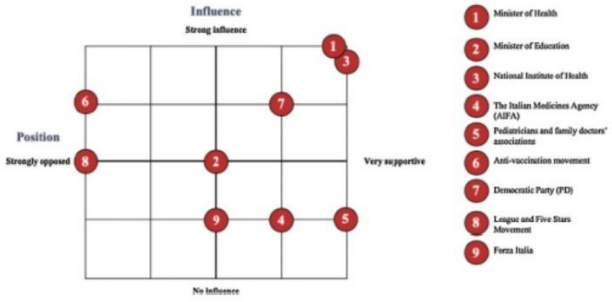
Figure 3. Proportional changes in vaccine coverage (2a: polio, and 2b: measles) in Italy, 2011–2018 (Source: Italian ministry of health).

Mandatory vaccination appears to have positive effects in countries with declining vaccination coverage such as Italy. However, the data should be interpreted with caution, since it is difficult to disentangle the impact of other factors such as measles outbreaks and media attention. Of course, it may not represent a universal 'panacea', and the decision to adopt coercive strategies should be made taking into account the specific geographical and cultural context, where other proactive measures may be usefully implemented as alternative options. **Maintaining high vaccine coverage without mandates would be ideal, but they may become necessary when low health literacy, high proportion of vaccine hesitants, and strong media pressure by the anti-vax minority threaten the health of the community. In any case, the approach should not be ideological and the outcomes should be scientifically assessed to provide evidence of the effects of the intervention** (Rezza, 2019; Casula and Toth, 2020).

Table 1
Vaccination coverage (2010-2019) - Vaccination on the 24th month.

	Mandatory vs. not mandatory before decree law no. 73/2017	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
diphtheria	Mandatory	96.4	96.3	96.2	95.7	94.7	93.3	93.6	94.6	95.1	95.0
tetanus	Mandatory	96.4	96.3	96.2	95.8	94.8	93.6	93.7	94.7	95.1	95.0
pertussis	Not mandatory	96.4	96.3	96.2	95.7	94.6	93.3	93.6	94.6	95.1	95.0
poliomyelitis	Mandatory	96.3	96.1	96.2	95.7	94.7	93.4	93.3	94.6	95.1	95.0
hepatitis B	Mandatory	95.8	96	96	95.6	94.6	93.2	93	94.4	94.9	94.9
Haemophilus influenzae type B (Hib)	Not mandatory	94.6	95.6	94.8	94.9	94.3	93	93.1	94.3	94.3	94.9
measles	Not mandatory	90.6	90.1	90	90.3	86.7	85.3	87.3	91.8	93.2	94.5
mumps	Not mandatory	90.6	90.1	90	90.3	86.7	85.2	87.2	91.8	93.2	94.4
rubella	Not mandatory	90.6	90.1	90	90.3	86.7	85.2	87.2	91.8	93.2	94.5
chickenpox	Not mandatory	n.a.	n.a.	n.a.	30.7	36.6	33.2	46.1	45.6	74.2	90.5

Source: EpiCentro (2020)



Graph 1. Positions of stakeholders and influence at a glance.

In France, three mandatory vaccines (against diphtheria, tetanus and poliomyelitis) co-existed with eight recommended vaccines (against MMR, pertussis, Streptococcus pneumoniae, hepatitis B (HepB), Neisseria meningiditis serogroup C (MenC) and Haemophilus influenza (Hib)) for routine childhood immunization up until 2017. However, **misperceptions in the population, i.e., that non-mandatory vaccines are less valuable, optional or not as safe and effective as the mandatory ones, resulted in insufficient and stagnating vaccine coverages of the recommended vaccines**. This growing vaccine hesitancy, as well as large outbreaks and deaths from measles, led to a change in French policy to extend the mandates to all 11 childhood vaccines (Lévy-Bruhl et al., 2018).

In Europe, mandatory vaccination was associated with a 3.71 (95% CI: 1.68 to 5.74) percentage point higher prevalence of measles vaccination and a 2.14 (95% CI: 0.13 to 4.15) percentage point higher prevalence of pertussis vaccination when compared with countries that did not have mandatory vaccination. Mandatory vaccination was only associated with decreased measles incidence for countries without non-medical exemptions (adjusted incidence rate ratio = 0.14; 95% CI: 0.05 to 0.36). They did not find a significant association between mandatory vaccination and pertussis incidence. Mandatory vaccination and the magnitude of fines were associated with higher vaccination coverage. Moreover, mandatory vaccination was associated with lower measles incidence for countries with mandatory vaccination without nonmedical exemptions (Vaz et al., 2020).

In conclusion for Europe, mandatory vaccination cannot be implemented under a uniform procedure and might not be a solution for all countries because of different target groups with differing ages and social, cultural, psychological, and educational backgrounds within the populations. During continuous large outbreaks it might be necessary, however, to temporarily control disease spread through vaccine mandates for children and highly exposed groups in educational and public health facilities in order to close vaccination gaps and stop transmission. As vaccination gaps in adolescents and young adults exist in several European countries, the introduction of mandates for the infant/childhood immunization programs might, however, not be suited to instantly close the immunity gaps in these age groups. Therefore, supplemental immunization activities are urgently needed to increase the coverages in these age groups. Importantly, these strategies need to be accompanied by advocacy, trust-supporting communication or electronic vaccination registries/recall facilities (Holzmann and Wiedermann, 2019).

Of the 62 countries identified by Attwell et al. (2019) with mandatory childhood vaccination policies, **they found evidence that only 7 (11%) had also implemented no-fault compensation schemes**. No-fault compensation schemes are one government approach to address unintended consequences of vaccination. Few countries have implemented these schemes, including those with mandatory vaccination policies. **Mandatory vaccination invokes a strong need to protect those who fall victim to extremely rare cases of provable no-fault vaccine injury**. Countries that mandate childhood vaccination without providing no-fault compensation schemes could be seen as abrogating the social contract. This is particularly important when public policies limit parental choice regarding whether to vaccinate (Attwell et al., 2019).

Gravagna et al. (2020) undertook a comprehensive assessment of national mandatory vaccination policies and identified a diversity of penalties in place to promote compliance. **Their results highlight the need to critically evaluate the implementation of non-compliance penalties in order to determine their effectiveness and to define best practices for sustaining high vaccination uptake worldwide**. Of 193 countries investigated, 54% (n = 105) had evidence of a nationwide mandate as of December 2018. The frequency, types, and severity of penalties varied widely across all regions. We found that 59% (n = 62) of countries with national mandates defined at least one penalty for non-compliance with a vaccine mandate. Among those, educational penalties (i.e., limiting a child's entry or ongoing access to school) were the most common (69%; n = 43), with most countries with educational penalties refusing school enrollment until vaccination requirements are met (81%; n = 35).

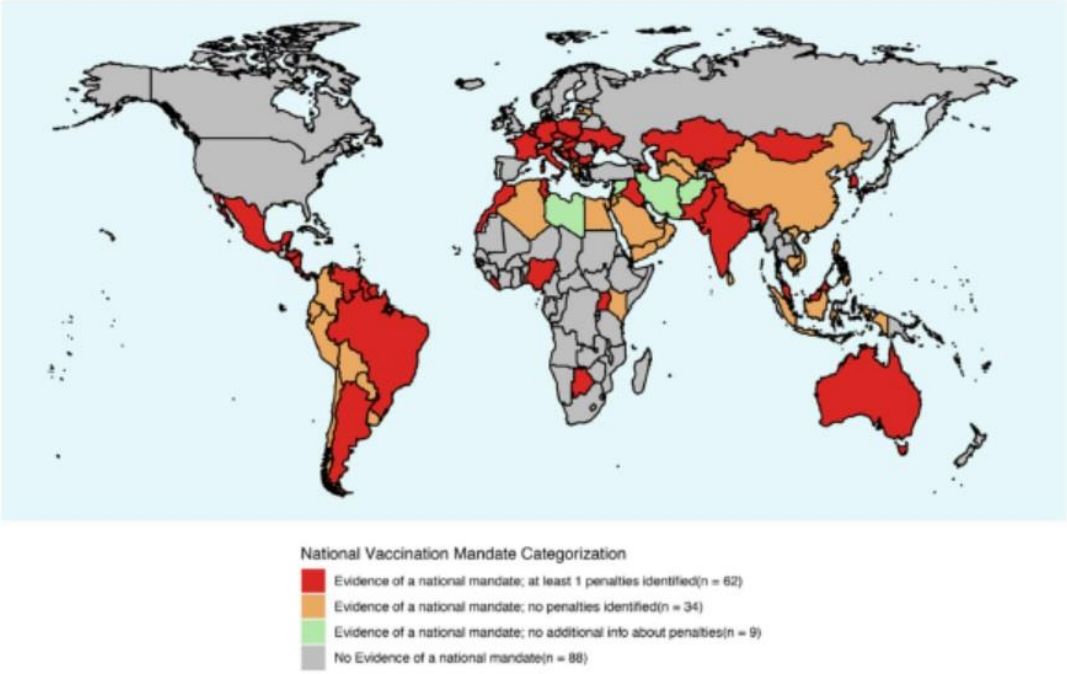


Fig. 3.
Distribution of national mandatory vaccination policies globally, further categorized based on whether evidence was obtained that the policy includes penalties for non-compliance.

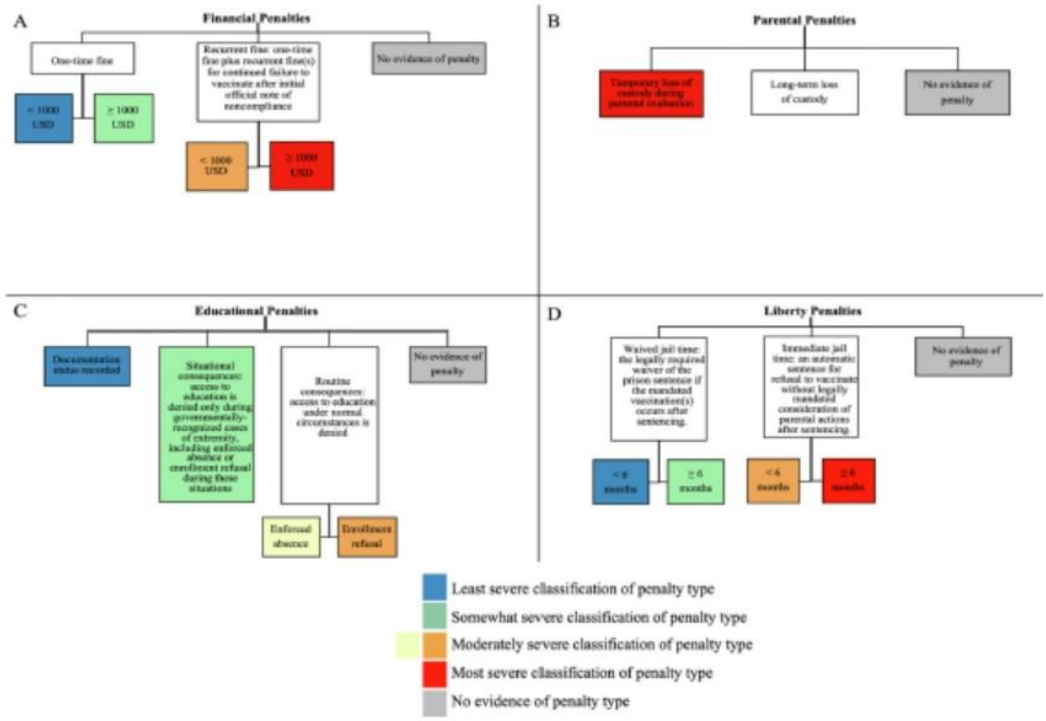


Fig. 2.
Classification scheme used in this global analysis of national mandatory vaccination policies to categorize the severity of each penalty type for: (a) financial penalties; (b) parental penalties; (c) educational penalties; (d) liberty penalties.

2.6. Mandatory COVID-19 vaccination (mainly data and opinions for adults)

For information, countries already making (or discussing) COVID-19 vaccines "mandatory" for all adults, government employees, public and private sector workers, health workers, other workers, children, elderly or entry to public venues, etc. are compiled by Reuters (31/12/2021): https://www.reuters.com/business/healthcare-pharmaceuticals/countries-making-covid-19-vaccines-mandatory-2021-08-16/

*****

In Germany (June 2020), Graeber et al. (2021) show that about 70% of adults would voluntarily get vaccinated against the coronavirus if a vaccine without side effects was available. About half of German residents are in favor and half are against, a policy of mandatory vaccination. The approval rate for mandatory vaccination is significantly higher among those who would get vaccinated voluntarily (around 60%) than among those who would not get vaccinated voluntarily (27%). The individual willingness to get vaccinated and acceptance of a policy of mandatory vaccination correlates systematically with socio-demographic and psychological characteristics of the respondents.

En France *(Ward et al., janvier 2022), l'INSERM a publié une note préliminaire avec les conclusions suivantes :*

« Seules 55 % des personnes interrogées utilisent l'application TousAntiCovid. Seuls un quart des répondants utilisent cette application afin de participer au contact tracing tandis que 32 % ne l'utilisent que pour le pass sanitaire. ***67 % des parents d'enfants âgés de 5 à 11 ans sont défavorables à la vaccination de ce groupe d'âge. Si l'on prend l'ensemble des personnes ayant des enfants à leur charge, 58 % d'entre elles sont défavorables à la vaccination des enfants de 5 à 11 ans****. Les attitudes à l'égard de la vaccination des enfants sont plus négatives chez les parents ayant des difficultés financières ».*

« 89,5% des répondants déclarent s'être fait vacciner ou avoir l'intention de le faire. ***Parmi les 10,5% restants, il est important de noter qu'une majorité semble s'être fait un avis définitif sur ce sujet (7 % sont « certains » de ne pas se faire vacciner contre 3,5 % qui ne le feront « probablement pas »)****. Les répondants qui refusent encore de se faire vacciner contre le Covid sont plus souvent des femmes, jeunes, se sentant proches de partis de la droite radicale et de la gauche radicale, ou ne se sentant proches d'aucun parti. Si l'on n'observe plus de différences très marquées en fonction du revenu mensuel,* ***les questions de ressources et d'accès aux soins semblent rester déterminantes****. Ainsi, ceux pour qui il est très facile d'acheter des médicaments s'ils en ont besoin ont plébiscité ce vaccin. Ils sont plus de 95 % à avoir été vaccinés ou à compter le faire. Cette proportion est seulement de 82 % chez ceux pour lesquels il est très difficile d'acheter ces médicaments. On trouve des écarts similaires entre ceux pour lesquels il est très facile de payer toutes les factures à la fin du mois et ceux pour lesquels c'est très difficile (92 % vs 79 %) ».*

In Belgium (winter 2020), autonomous motivation and distrust based amotivation contributed positively and negatively, respectively, to a) concurrent vaccination intentions, b) self-reported vaccination and c) subsequent subscription to a waitlist to obtain a vaccine. Participants' infection-related risk perception predicted more positive vaccination outcomes through fostering greater autonomous motivation for vaccination and lower distrust, whereas pandemic-related health concerns failed to yield such adaptive effects. The results emphasize the importance of fostering autonomous motivation for vaccination and handling distrust, both at the societal and face-to-face level (Schmitz et al., 2021).

POINT OF VIEW ON MANDATORY VACCINATION: WEIGHTING THE PROS AND CONS
Expert Group Psychology & Corona 12 January 2022.
https://fr.bfp-fbp.be/_files/ugd/990707_c780daa386e3404e93e24396366e4c4a.pdf

Summarizing viewpoint

This overview indicates that from a psychological perspective, there are benefits and costs associated with making vaccination compulsory. These relate to health but touch on other important psychological and societal outcomes such as trust in authorities, social cohesion, and people's sense of personal freedom. The various psychological dynamics may apply to different degrees to different subgroups in society, both among vaccinated and unvaccinated individuals.

Adopting a functional cost-benefit analysis, they estimate the advantages of mandatory vaccination to outweigh the disadvantages at this point. Yet, to avoid that disadvantages emerge, a careful communication is required. The following issues need to be considered.

- If vaccination becomes mandatory, the communication must clearly explain the objectives in terms of collective and individual health. Based on scientific studies, concrete and correct information is required such that people do understand how vaccination reduces the likelihood of infection and illness. This may help the population to understand that mandatory vaccination is the next legitimate step in handling this crisis. Of course, scientific findings may be hard to understand and there is no evidence that people who are strongly against vaccination will be convinced by scientific arguments. However, such arguments may help people respond to antivax arguments. It is in any case greatly important to ensure that only robust findings are being presented. There is little to gain with correct scientific information in communication at this stage, but a lot to lose with incorrect information.

- As clear communication rests upon clear decision-making, it needs to be clarified what is meant by 'mandatory vaccination': Does it involve the first & second dose, periodical booster vaccine and from which age on does it apply?

- To maximize ease of compliance, it may be useful to render it possible that primary health care workers can administer the vaccine at the occasion of routine consultations. An additional advantage of that would be that it would also allow people to get vaccinated without that being publicly known in their immediate surroundings, which may be helpful in the case of social pressures against vaccination.

- To preserve trust in authority figures, it is critical to make clear to the public that stability in the message (trust that the message will always be identical) needs being differentiated from stability of the authorities' purposes and intentions (trust that authorities will continue to strive for the right and safe approach during a volatile crisis). Stated differently, it is important to explain that continuously changing circumstances require continuous policy adaptations, and that being a good, trustworthy government includes giving citizens the guarantee that those adaptations will be carried through if and when they are needed. Of course, everything must be done to strike a balance between adaptation and being clear and consistent.

Moreover, Dubov and Phung (2015) say that: “Mandatory vaccination can be positively enforced by nudge strategies adopted from behavioural economics research”. Savulescu (2020) argues for COVID-19 that: ”Under conditions of risk or perceived risk of a novel vaccination, a system of payment for risk in vaccination may be superior. He defends a payment model against various objections, including that it constitutes coercion and undermines solidarity. He argues that payment can be in cash or in kind, and opportunity for altruistic vaccinations can be preserved by offering people who have been vaccinated the opportunity to donate any cash payment back to the health service”.

Attwell et al. (2019) say that: ”Mandatory vaccination invokes a strong need to protect those who fall victim to extremely rare cases of provable no-fault vaccine injury. Countries that mandate vaccination without providing no-fault compensation schemes could be seen as abrogating the social contract. This is particularly important when public policies limit parental choice regarding whether to vaccinate their children”.

Savulescu et al. (2021) say that for children and mandatory COVID-19 vaccination: ”Mandatory vaccination of children **for influenza with mild to moderate coercion could be justified**. This practice might include reasonably onerous opt-out procedures or perhaps modest fines. Alternatively, incentive schemes could be justified. Mandatory vaccination of children (or incentive schemes) **for COVID-19 is more difficult to justify**, given the lower disease severity compared with adults and uncertainty around the effectiveness and risk profile for children. However, the combination of COVID-19 and influenza poses a much greater threat to public health than either disease considered in isolation. Thus, if the case for mandatory COVID-19 vaccination for children is not strong, then the case for mandatory influenza vaccination for children is probably stronger than usual, because the need of vulnerable individuals to be protected from influenza is greater, as is the need to preserve hospital capacity. Even if there is some risk to the child, if that risk is sufficiently small, then parents may be free to impose that risk for the sake of others, and if necessary to protect the vulnerable, the state may justifiably impose some degree of coercion on parents. We need to make sure that the public health benefit is actually large enough to justify the imposition of the small risk. For instance, if children do not spread the virus to a significant degree, then the benefit to others of vaccinating children would also be reduced. And, if there are other policies, such as case identification and contact tracing, that decrease the need to vaccinate children, then these may be preferable. Ultimately, whether volunteering children for a novel vaccine for a disease that is not a major threat to them, or mandating a vaccine, or incentivizing it, depends on very precise information about the nature of the disease, its severity, spread, and the vaccine itself. But it also requires balancing self-interest and duty to others, and liberty with usefulness”.

With the analysis of some ethical criteria as a framework, Opel et al. (2020) conclude: “The only logical conclusion is that we currently know too little about the performance of any of the candidate COVID-19 vaccines or the epidemiology of SARS-CoV-2 in children to make any firm judgments about whether a COVID-19 vaccine should be mandatory in children. Yet, it is not too early to begin integrating these criteria into our planning to help ensure we get this decision right. Our nation's children deserve as much”.

CONCLUSIONS

There **are only few data** concerning the efficacy of mandatory COVID-19 vaccination for now. It is almost impossible to extrapolate the probable positive (weak ?) impact and the conclusions of publications (concerning other diseases, specific groups, in other countries, and in other contexts) to the Belgian situation facing a global COVID-19 pandemic.

The effects of mandatory COVID-19 vaccination on vaccination coverage and the effect of vaccination coverage on infections, hospitalizations or deaths in Belgium are unknown.

Transparent communication, societal debate and political arbitrages are necessary to implement a fair and manageable level of coercion for COVID-19 vaccination of adults in Belgium.

Countries that mandate vaccination without providing no-fault compensation schemes could be seen as abrogating the social contract.

*****

If, by means of mandatory COVID-19 vaccination, the authorities decide to limit mortality, the vaccination obligation could be imposed, for example: for all people aged 65 and over

If, by means of mandatory COVID-19 vaccination, the authorities decide to limit the overloading of hospitals and the postponement of care, the vaccination obligation could be imposed, for example: for all people over 40 and

If by means of mandatory COVID-19 vaccination, the authorities decide to limit as much as possible the overload of consultations for respiratory infections at the level of the first line, the mandatory vaccination could be imposed for example: for all people from 16 to 18 years old*.

The mandatory COVID-19 vaccination for minors is outside the scope of this POSITION PAPER at this stage of our scientific, ethical and legal knowledge on the subject.

*****

For reasons of simplification, clarity and uniformity of political decisions at European and global level, the age limits could be adapted and are given for information only.

Mandatory COVID-19 vaccination schedule should follow NITAG recommendations and should be reviewed regularly by the Authorities.

The implementation of COVID-19 mandatory vaccination in Belgium does not automatically exclude the utilization of a CST, especially during the peak of the epidemic.

The control of the mandatory vaccination, the possible sanctions and the no-fault compensation are political decisions and are outside the scope of this document.

* It is important to consider the age of onset, severity, and frequency of the very rare side effects with current vaccines in the discussion. If severe side effects of vaccination are encountered in unfortunate individuals, more DALYs/QALYs would be lost if this concerns a young adult.

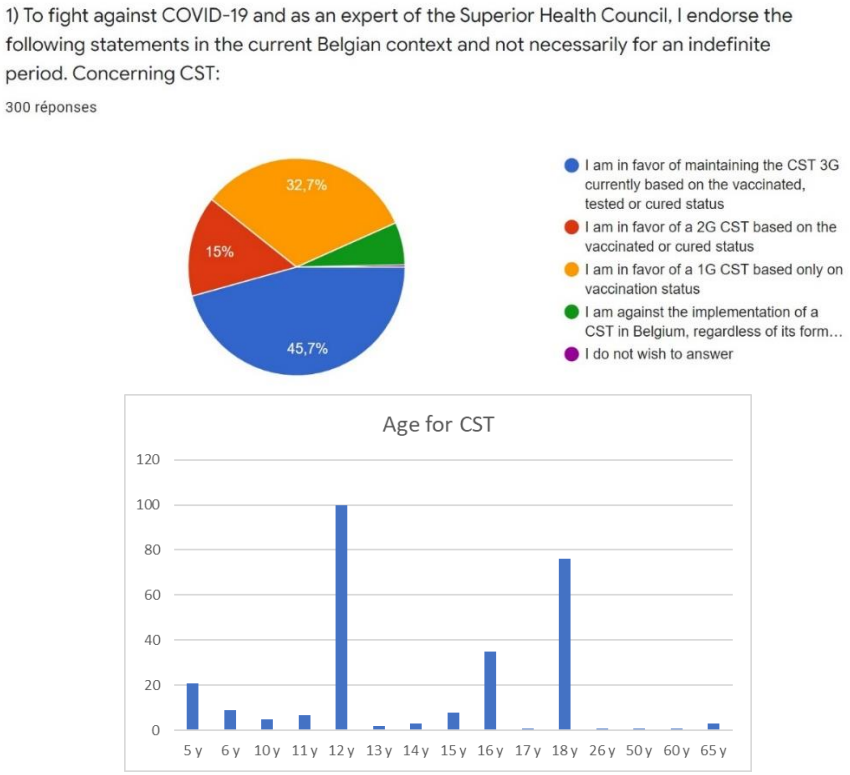
2.7. SHC-experts network opinion

In order to better support the answers that are provided to the authorities by the NITAG and the BACB to these questions, the Board and the Committee decided to directly ask the SHC-experts' opinion in the form of an online survey regarding the extent of the CST system or the possibility of a mandatory COVID-19 vaccination in Belgium. The online survey was sent on 20/12/2021 and closed on 16/01/2022. A reminder was also sent on 27/12/2021.

Responses to this online survey were collected during the transition phase between the Delta variant and the appearance of the Omicron variant. Many uncertainties were linked to this new variant and the positions could vary as these uncertainties concerning Omicron decrease.

300 Belgian scientists (expertise in a very broad range of topics, not necessarily infectious diseases/vaccines) out of 1,769 who are part of the SHC's network of experts responded to the online survey. This corresponds to a response rate of 17%.

The results are:



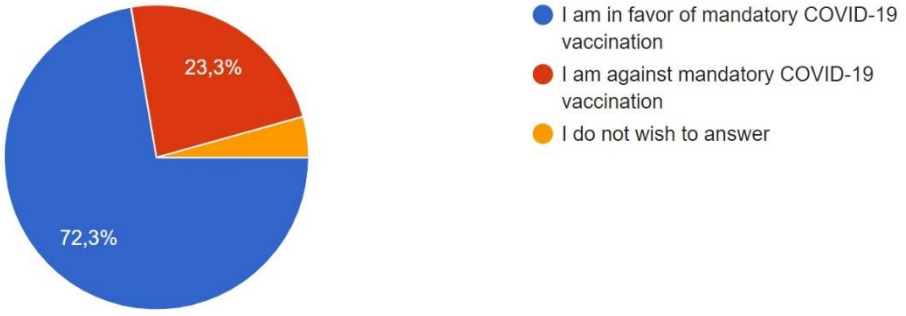
CONCLUSIONS

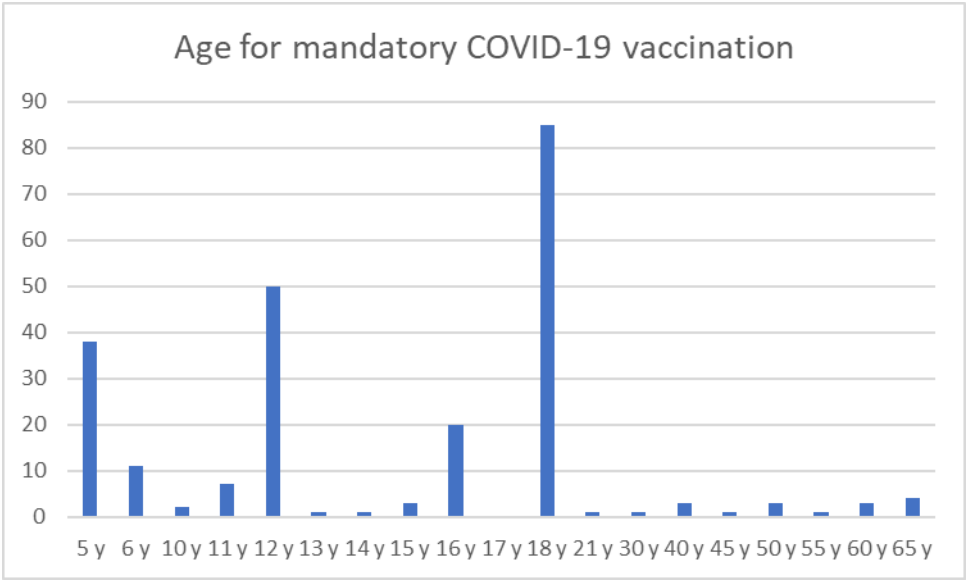
93.4% of Belgian experts who responded to the online survey are, at least, in favor of maintaining the CST (45,7% for CST - 3G / 15% for CST - 2G / 32,7% for CST - 1G).
6.3% are against CST and 1 expert does not wish to answer.

The NITAG and the Committee have already recommended the application of CST for persons above 18 years and not below (CSS 9655 and 9680, 2021). According to some consulted experts, the application of CST would be acceptable from the age of 12.

3) To fight against COVID-19 and as an expert of the Superior Health Council, I endorse the following statements in the current Belgian context and not necessarily for an indefinite period. Concerning mandatory COVID-19 vaccination:

300 réponses





CONCLUSIONS

72.3% of Belgian experts who responded to the online survey are (actually and not necessary for an indefinite period) in favor of mandatory COVID-19 vaccination.

23.3% are against and 4.3% do not wish to answer.

According to the consulted experts, mandatory COVID-19 vaccination should apply from the **age of 16** (average and median supported by 54% of the experts consulted in favor of compulsory vaccination) **or 18** (supported by 93% of the experts consulted in favor of compulsory vaccination).

3 What potential do these instruments have in terms of potential easing of non-pharmaceutical interventions?

CONCLUSIONS

At this stage of our knowledge and in view of the uncertainties linked to the new VOCs, it is impossible to answer this question.

To help control the COVID-19 pandemic, **a combination of actions and tools is required**. The current COVID-19 vaccines are highly effective. However, no single vaccine protects 100%. Therefore, besides vaccination, the SHC strongly supports the importance of non-pharmaceuticals interventions (NPIs) such as maintaining hand hygiene, physical distancing, barrier measures and ventilation, including in public spaces with only vaccinated people.

It is up to the GEMS (*Groupe d'Experts de stratégie de crise pour la COVID-19 - Groep van Experts voor Managementstrategie van COVID-19*) to guide the authorities regarding the implementation of these NPIs according to the evolution of viral circulation and the characteristics of contagiousness and virulence of VOCs, and this depending on the saturation of Belgian hospitals and the means made available to them.

According to the ECDC (15/12/2021):

- **Rapid reintroduction and strengthening of NPIs is necessary to reduce the ongoing Delta transmission, slow down the spread of the Omicron VOC and keep the COVID-19-related burden manageable**. It will slow the spread of the Omicron VOC, to allow countries to gain time for further vaccination roll-out and prevent a sudden high impact from the spread of this variant.

  These measures include avoiding large public or private gatherings, encouraging the use of face masks, reduced contacts between groups of individuals in social or work settings, teleworking, expanded testing, and strong contact tracing. Authorities should consider advising reduced interhousehold mixing and exercising additional caution during travel and/or where intergenerational mixing is foreseen during the holiday season. While the proportion of Omicron VOC cases remains low and resource capacity allows, contact tracing should be prioritized for probable or confirmed cases of Omicron VOC infection, irrespective of vaccination status, in a timely manner and as completely as possible.

- **Immediate planning for an increasing health care capacity to treat the expected higher number of cases should be considered**. Risk communication activities emphasizing the continued importance of being fully vaccinated and seeking an additional or booster vaccine dose, remain vital.

4 **For the above questions, the state-of-the-art evidence in the field of vaccine effectiveness, the need for repeat doses, the extent to which cure leads to protection, the possible further epidemiological course from pandemic to endemism, possible new variants, etc. should also be taken into account.**

CONCLUSIONS

At this stage of our knowledge and in view of the uncertainties linked to the new VOCs, it is impossible to answer this question.

5 What can we say about VOC Omicron?

In Belgium (11/01/2021), 1,378 sequences of positive SARS-CoV-2 samples collected between 27/12/2021 and 09/01/2022 have at this stage been analyzed in the context of baseline surveillance. For those samples, **Omicron represented 84.6% of the strains** analyzed (NRC UZ Leuven & KU Leuven, report 2021_63).

5.1 ECDC (15/12/2021) and CDC reports and communications (20/12/2021)

https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/ecdc-publishes-new-risk-assessment-further-emergence-omicron-variant

https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/variants/omicron-variant.html

Community transmission of Omicron VOC is already ongoing in EU/EEA countries (cases are detected through representative sampling within EU/EEA routine surveillance system) and further rapid increase in the Omicron VOC cases is expected in the next months. Based on modelling predictions, and depending on the growth advantage and level of immune escape, the Omicron VOC is likely to become the dominant variant in the EU/EEA within the first two months of 2022.

Even if the severity of disease caused by the Omicron VOC is equal or lower than the severity of the Delta VOC, the increased transmissibility and resulting exponential growth of cases will rapidly outweigh any benefits of a potentially reduced severity. Therefore, the Omicron VOC is considered likely to cause additional hospitalizations and fatalities, further to those already expected from previous forecasts that consider only the Delta VOC. **The overall level of risk to public health associated with the further emergence and spread of the SARS-CoV-2 Omicron VOC in the EU/EEA is assessed as VERY HIGH**.

Vaccination remains a key component of the multi-layered approach needed to reduce the impact of Omicron, while also addressing the ongoing circulation of the Delta variant. Booster doses will increase protection against severe outcomes from the Delta VOC and possibly from Omicron.

Early evidence from in vitro neutralization studies, not yet peer-reviewed, shows **a reduced neutralization capacity of sera from vaccine recipients and convalescent sera against the Omicron VOC** compared to other SARS-CoV-2 variants, although large uncertainties persist. In addition, there is still insufficient real-life data on the effectiveness of the vaccines authorized in the EU against the Omicron VOC. According to the evidence currently available, for severe outcomes caused by the Delta VOC and potentially the Omicron VOC, **booster doses will increase protection, with the population impact expected to be higher if the booster dose is given to most of the adult population within a short interval**. Data currently available support safe and effective administration of a booster dose as early as three months from completion of the primary vaccination.

The mathematical modelling results demonstrate **that strong and immediate reductions in contact rates are also required to avoid a high spike in cases caused by the Omicron VOC and to keep the COVID-19-related health and mortality burden manageable in the short-term, even with an immediate acceleration of vaccine roll-out**.

Without reduction of contact rates through the implementation of NPIs and increased booster vaccination, levels of transmission could rapidly overwhelm EU/EEA healthcare systems.

With Omicron, countries with higher (>80%) vaccine uptake for the total population could experience a manageable burden at current contact rates. However, this burden could become high if contact rates increase further, as might be expected given the end-of-year festive season.

Because vaccines offer high protection against severe outcomes of COVID-19 infection, a large number of COVID-19 hospital admissions will be unvaccinated individuals, in particular unvaccinated individuals in risk groups. However, since vaccine effectiveness (VE) against severe disease is not 100%, increased notification rates will also lead to an increased number of vaccinated individuals experiencing severe forms of disease requiring hospitalization. Together with waning immunity over time from vaccination, this explains the proportion of vaccinated individuals among hospitalized COVID-19 patients in some countries with high vaccine uptake.

Transmissibility

For now, the studies all indicate that the Omicron VOC has a growth advantage compared to other variants, including the Delta VOC. However, uncertainties still remain regarding current estimates of transmissibility and further studies are needed to provide reliable estimates of the transmissibility of the variant overall, and in relation to measures in place in different community settings (ECDC, 15/12/2021).

The Omicron variant likely will spread more easily than the original SARS-CoV-2 virus and how easily Omicron spreads compared to Delta remains unknown. CDC expects that anyone with Omicron infection can spread the virus to others, even if they are vaccinated or don't have symptoms (CDC, 20/12/2021).

Severity

Current estimates of the Omicron VOC severity are still uncertain and further studies, including longer-term follow up by age group, previous infection, and vaccination status of cases identified, are needed to provide more reliable estimates (ECDC, 15/12/2021).

More data are needed to know if Omicron infections, and especially reinfections and breakthrough infections (BTIs) in people who are fully vaccinated, cause more severe illness or death than infection with other variants (CDC, 20/12/2021).

Potential for immune escape

Omicron is the most genetically divergent SARS-CoV-2 variant detected in significant numbers to date during the pandemic. This has raised concerns that it may be associated with a substantial reduction in the effectiveness of vaccines and monoclonal antibody therapies, as well as with an increased risk of SARS-CoV-2 reinfections.

Non-peer-reviewed, preprint data currently available suggest that the neutralization capacity of vaccinee (primary course) and convalescent sera against Omicron are significantly reduced relative to previous SARS-CoV-2 VOC. However, there is evidence that virus neutralization by sera from individuals who have experienced a combination of infection and full vaccination (primary course), or vaccinated individuals who have received boosters, remain at least partially effective in neutralizing Omicron in vitro.

These early neutralization data provide an indication that there may be reduced VE, particularly with regards to the prevention of infection. However, results need to be confirmed with larger sample sizes and by additional laboratories for patients with different

clinical profiles (brand of vaccine, additional vaccine doses, severity of infection) and sampling intervals following infection and/or vaccination.

It is difficult to directly translate in vitro neutralization data to clinical outcomes such as protection from infection or severe disease, for which robust VE and breakthrough infection data are required in clinical settings.

So far, no absolute antibody titer threshold has been established as a correlate of protection for SARS-CoV-2. Lower neutralizing antibody titers in serum sampled three to six months after infection or vaccination may be compensated by the persistence of virus-specific, long-lived B cells that are able to rapidly expand during subsequent infection to generate higher neutralizing antibody titers. Furthermore, the impact of conserved non-neutralizing antibodies or memory T cell responses is not evaluated by in vitro neutralization studies, although it is likely that they contribute to protection from severe disease.

Current vaccines are expected to protect against severe illness, hospitalizations, and deaths due to infection with the Omicron variant. However, BTIs in people who are fully vaccinated are likely to occur. With other variants, like Delta, vaccines have remained effective at preventing severe illness, hospitalizations, and death. The recent emergence of Omicron further **emphasizes the importance of vaccination and boosters** (CDC, 20/12/2021).

Treatments

Scientists are working to determine how well existing treatments for COVID-19 work. Based on the changed genetic make-up of Omicron, some treatments are likely to remain effective while others may be less effective (CDC, 20/12/2021).

5.2 UK Technical briefing (14/01/2021)

https://www.gov.uk/government/publications/investigation-of-sars-cov-2-variants-technical-briefings

CAUTION: This report has been published to share the detailed variant surveillance analyses which contribute to the Omicron risk assessment. This specialist technical briefing contains early data and analysis on emerging variants and findings have a high level of uncertainty. This technical briefing uses a data cut-off of 10 January 2022 to allow time for analyses.

Genomic diversity

There is as yet little diversity within the Omicron BA.1 clade. Two acquired mutations in spike have been noted in the UK data set, A701V and R346K. The growth rate of Omicron with these mutations is not greater than the rest of the Omicron clade. Omicron also contains the clade BA.2. This is being separately monitored and assessed from a technical perspective and is included in overall Omicron case counts.

Severity

Reduction in the relative risk of hospitalization in adults

Multiple laboratory studies indicate considerable change in phenotype **including changes in cell entry and fusogenesis**, although these cannot be directly correlated to virulence. Preliminary animal studies are consistent **with reduced virulence**. Iterated UK analyses (more than one study) find a reduction in the relative risk of hospitalization for adult Omicron cases compared to Delta. This is consistent with data from South Africa. Available data suggests that the observed reduction in risk of hospitalization in adults is likely to be partly a reduction in intrinsic severity of the virus and partly to protection provided by prior infection.

Infection severity in children: Insufficient data

Increased numbers of hospital admissions in young children are reported in the UK and some other countries although early data suggests that admitted children are not severely unwell. Further analyses are required to compare the risk of hospitalisation between Omicron and Delta, and to assess the clinical nature of the illness in children.

Symptoms

Symptoms in NHS Test and Trace data, loss of smell or taste was reported less often by Omicron cases than Delta cases (13% of Omicron cases, 34% of Delta cases, OR: 0.22, 95% CI: 0.21-0.23). Sore throat was reported more often by Omicron cases (53% of Omicron cases, 34% of Delta cases, OR: 1.93, 95% CI: 1.88-1.98): note, however, that another recent study observed increase in sore throat also being reported amongst those who test negative for SARS-CoV-2 so this may be an incidental finding.

Vaccine effectiveness

In updated population data analysis, vaccine protection against mild disease has largely disappeared by 20 weeks after vaccination with a 2-dose primary course of vaccination. **After a booster dose, protection initially increases to around 65 to 70% but drops to 45 to 50% from 10+ weeks**. It is therefore likely that current vaccines offer limited long-term protection against infection or transmission. **Protection against severe disease is much higher – after a booster dose vaccine effectiveness against hospitalization is estimated at 92% and remains high at 83% 10+ weeks after the booster dose**. This data will also appear in the weekly COVID-19 vaccine surveillance report published routinely on a Thursday.

SIREN study

In the SIREN study, a large cohort of healthcare workers are tested regularly by polymerase chain reaction (PCR) to detect asymptomatic infection in addition to normal testing practices for symptomatic infection. Updated analysis shows the additional incremental benefit from each vaccine exposure including for boosters, even in those who have had prior infection.

Updated risk assessment

An updated risk assessment for Omicron VOC-21NOV-01 (B.1.1.529) has been published.

https://www.gov.uk/government/publications/investigation-of-sars-cov-2-variants-of-concern-variant-risk-assessments

12 January 2022 — Risk assessment for SARS-CoV-2 variant: Omicron VOC-21NOV-01 (B.1.1.529) — UK Health Security Agency

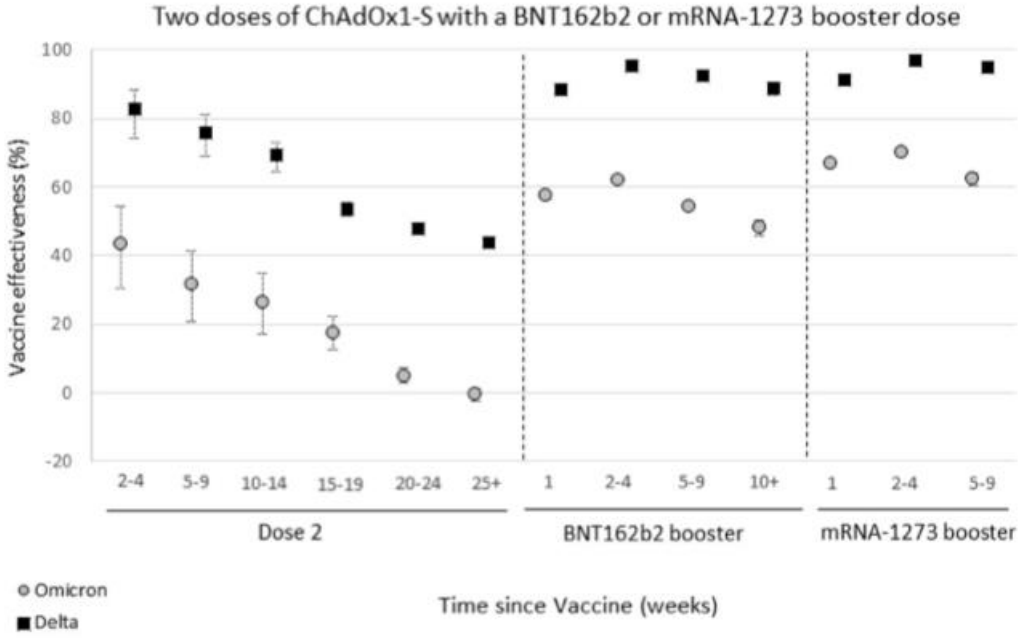
Indicator	Red, amber, or green status*	Confidence level	Assessment and rationale
Growth advantage	Red	High	**Omicron is the dominant circulating variant** Omicron displayed a pronounced growth advantage in the UK and rapidly rose to dominance. This growth advantage is also apparent in other countries with equivalent surveillance. We have high confidence that immune evasion is a substantial contributor to the growth advantage, but the very high growth rate and laboratory findings raise the possibility that other properties may also be contributing.
Transmissibility	Amber	Low	**Omicron is at least as transmissible as Delta** Increased transmissibility compared to Delta is biologically plausible. There are extensive changes to the receptor binding domain and other regions of spike, and increased ACE2 binding is measured in some assays. Several studies find that Omicron can use the endosomal pathway as an additional cell entry pathway although the clinical significance of this is unclear. There is evidence for increased replication of Omicron over Delta in upper airway cells in vitro. Generation time and transmissibility as distinct properties of Omicron still require further confirmatory analysis.
Immune evasion (including natural and vaccine derived immunity)	Red	High	**Omicron displays substantial immune evasion properties in the current population context** Neutralisation data, real world vaccine effectiveness against symptomatic disease, and reinfection rate all confirm substantial immune evasion properties. Whilst vaccine effectiveness (VE) is lower for Omicron than Delta after 2 doses of vaccine, boosting returns it to a higher level. Early data on hospitalisations following confirmed symptomatic infection indicates the VE against hospitalisation is high after 3 doses. Waning of vaccine effectiveness against symptomatic infection occurs more rapidly with Omicron than Delta. Further data is required to assess the duration of protection against hospitalisation.
Infection severity (adults)	Green	High	**Reduction in the relative risk of hospitalisation** Multiple laboratory studies indicate considerable change in phenotype including changes in cell entry and fusogenesis, although these cannot be directly correlated to virulence. Preliminary animal studies are consistent with reduced virulence. Iterated UK analyses (more than one study) find a reduction in the relative risk of hospitalisation for adult Omicron cases compared to Delta. This is consistent with data from South Africa. Available data suggests that the observed reduction in risk of hospitalisation in adults is likely to be partly a reduction in intrinsic severity of the virus and partly to protection provided by prior infection.
Infection severity (children)	Amber	Low	**Insufficient data** Increased numbers of hospital admissions in young children are reported in the UK and some other countries although early data suggests that admitted children are not severely unwell. Further analyses are required to compare the risk of hospitalisation between Omicron and Delta, and to assess the clinical nature of the illness in children.

* Refer to scale and confidence grading slide.

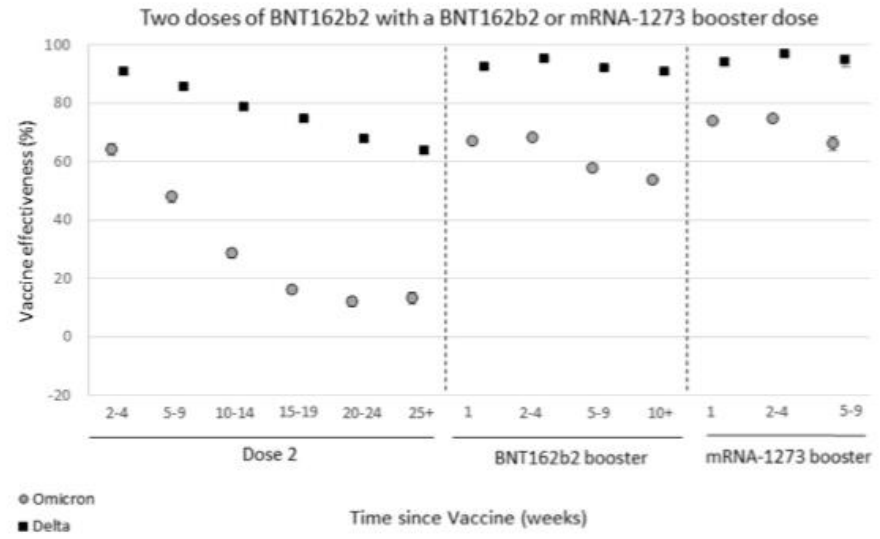
Figure 11. Vaccine effectiveness against symptomatic diseases by period after dose 1 and dose 2 for Delta (black squares) and Omicron (grey circles) for (a) recipients of 2 doses of AstraZeneca (ChAdOx1-S) vaccine as the primary course and Pfizer (BNT162b2) or Moderna (mRNA-1273) as a booster; (b) recipients of 2 doses of Pfizer vaccine as the primary course and Pfizer or Moderna as a booster, and (c) recipients of 2 doses of Moderna as a primary course (insufficient data for boosters after a Moderna primary course)

Supplementary data is not available for this figure.

(a)



(b)



(c)

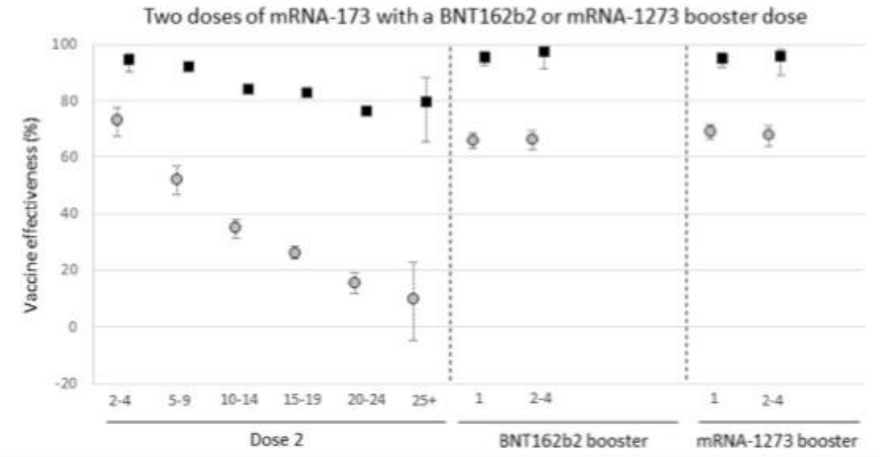


Table 2. Hazard ratios and vaccine effectiveness against hospitalisation (all vaccine brands combined). OR = odds ratio, HR = hazards ratio, VE = vaccine effectiveness

Dose	Interval after dose (weeks)	OR v symptomatic disease	HR vs hospitalisation	VE vs hospitalisation
1	4+	0.74 (0.72-0.76)	0.57 (0.38-0.85)	58% (37-72)
2	2 to 24	0.81 (0.8-0.82)	0.45 (0.36-0.56)	64% (54-71)
2	25+	0.94 (0.92-0.95)	0.6 (0.49-0.74)	44% (30-54)
3	2 to 4	0.32 (0.31-0.33)	0.26 (0.19-0.35)	92% (89-94)
3	5 to 9	0.42 (0.41-0.43)	0.29 (0.23-0.37)	88% (84-91)
3	10+	0.5 (0.49-0.51)	0.34 (0.26-0.44)	83% (78-87)

5.3 Publications and preprints on Omicron

CAUTION : Preprints are preliminary reports of studies that have not been certified by peer review. They should not be relied on to guide clinical practice or health-related behavior and should not be reported in news media as established information.

Pathophysiology

Kandeel et al. (2021) say with a genetic study that it is possible, given their close relationship to the Alpha variety, that Omicron has been around for much longer than predicted, even though they created a separate monophyletic group. Wei et al. (2021) identified 45 point mutations that Omicron acquired since divergence from the B.1.1 lineage. They found that the Omicron spike protein sequence was subjected to stronger positive selection than that of any reported SARS-CoV-2 variants known to evolve persistently in human hosts, suggesting a possibility of host-jumping. **Collectively, their results suggest that the progenitor of Omicron jumped from humans to mice, rapidly accumulated mutations conducive to infecting that host, then jumped back into humans, indicating an interspecies evolutionary trajectory for the Omicron outbreak**. Cameroni et al. (2021) seem to confirm this as well.

Zhao et al. (2021) investigate the virological characteristics of Omicron variant and compared it with the Delta variant. Omicron variant replicated more slowly than the Delta variant in transmembrane serine protease 2 (TMPRSS2)-overexpressing VeroE6 (VeroE6/TMPRSS2) cells. Their results suggest that **Omicron variant infection is not enhanced by TMPRSS2 but is largely mediated via the endocytic pathway. The difference in entry pathway between Omicron and Delta variant may have implication on the clinical manifestations or disease severity.**

In a preprint, Meng et al. (2021) demonstrate significantly lower infectivity of lung organoids and Calu-3 lung cells expressing endogenous levels of ACE2 and TMPRSS2 but similar infection as compared to Delta when using H1299 lung epithelial cells. Importantly, fusogenicity of the Omicron spike is impaired, leading to marked reduction in syncitia formation. **These observations indicate that Omicron has gained immune evasion properties whilst possibly modulating properties associated with replication and pathogenicity**.

In a preprint, Syed et al. (2022) examined mutations in all four structural proteins and found that Omicron showed 3-fold higher capsid assembly and cell entry relative to Delta, a property conferred by S and N protein mutations. 38 antisera samples from individuals vaccinated with Pfizer/BioNTech, Moderna, Johnson & Johnson vaccines and convalescent sera from unvaccinated COVID-19 survivors had 15-fold lower efficacy to prevent cell transduction by VLPs containing the Omicron mutations relative to the ancestral B.1 spike protein. A third dose of Pfizer vaccine elicited substantially higher neutralization titers against Omicron, resulting in detectable neutralizing antibodies in 8 out of 8 subjects compared to 1 out of 8 pre-boost. Furthermore, the monoclonal antibody (mAb) therapeutics Casirivimab and Imdevimab had robust neutralization activity against B.1, B.1.1 or Delta VLPs but no detectable neutralization of Omicron VLPs. **The results suggest that Omicron is more efficient at assembly and cell entry compared to Delta, and the antibody response triggered by existing vaccines or previous infection, at least prior to boost, will have limited ability to neutralize Omicron. In addition, some currently available mAbs will not be useful in treating Omicron-infected patients.**

Transmissibility

Gu et al. (2021) report detection of SARS-CoV-2 Omicron variant (B.1.1.529) in an asymptomatic, fully vaccinated traveler in a quarantine hotel in Hong Kong, China. **The Omicron variant was also detected in a fully vaccinated traveler staying in a room across the corridor from the index patient, suggesting transmission despite strict quarantine precautions**.

In a preprint, Pulliam et al. (2021) **suggest that the Omicron variant is associated with substantial ability to evade immunity from prior infection on a population-level evidence**. In contrast, there is no population-wide epidemiological evidence of immune escape associated with the Beta or Delta variants. This finding has important implications for public health planning, particularly in countries like South Africa with high rates of immunity from prior infection.

In a preprint, Viana et al. (2021) estimated that Omicron had a growth advantage of 0.24 (95% CI: 0.16-0.33) per day over Delta in Gauteng, South Africa. This corresponds to a 5.4-fold (95% CI: 3.1-10.1) weekly increase in cases compared to Delta. The growth advantage of Omicron is likely to be mediated by an increase relative to other variants of its intrinsic transmissibility, an increase relative to other variants in its capacity to infect, and be transmitted from, previously infected and vaccinated individuals; or both. Genotypic and phenotypic data suggest that Omicron has the capacity for substantial evasion of neutralizing antibody responses, and modelling suggests **that immune evasion could be a major driver of the observed transmission dynamics**. Close monitoring of the spread of Omicron in countries outside southern Africa will be necessary to better understand its transmissibility and the capacity of this variant to evade post-infection and vaccine-elicited immunity. Neutralizing antibodies are only one component of the immune protection from vaccines and prior infection, and **the cellular immune response is predicted to be less affected by the mutations in Omicron**.

In a mathematical model, Chen et al. (2021) present a comprehensive quantitative analysis of Omicron's infectivity, vaccine-breakthrough, and antibody resistance. An artificial intelligence model, which has been trained with tens of thousands of experimental data points and extensively validated by experimental data on SARS-CoV-2, reveals **that Omicron may be over ten times more contagious than the original virus or about twice as infectious as the Delta variant**. Based on 132 three-dimensional (3D) structures of antibody-RBD complexes, they unveiled **that Omicron may be twice more likely to escape current vaccines than the Delta variant**. The Food and Drug Administration-approved mAbs from Eli Lilly may be seriously compromised. Omicron may also diminish the efficacy of mAbs from Celltrion and Rockefeller University. However, its impact to Regeneron mAb cocktail appears to be mild.

In a preprint, Plesner Lyngse et al. (2021) estimated the transmission dynamics following the spread of Omicron VOC within Danish households during December 2021. They used data from Danish registers to estimate the household secondary attack rate (SAR). Among 11,937 households (2,225 with the Omicron VOC), they identified 6,397 secondary infections during a 1-7 day follow-up period. The SAR was 31% and 21% in households with the Omicron and Delta VOC, respectively. They found an increased transmission for unvaccinated individuals, and a reduced transmission for booster-vaccinated individuals, compared to fully vaccinated individuals. Comparing households infected with the Omicron to Delta VOC, they found an 1.17 (95%-CI: 0.99-1.38) times higher SAR for unvaccinated, 2.61 times (95%-CI: 2.34-2.90) higher for fully vaccinated and 3.66 (95%-CI: 2.65-5.05) times higher for booster-vaccinated individuals, demonstrating strong evidence of immune evasiveness of the Omicron VOC. **Their findings confirm that the rapid spread of the Omicron VOC primarily can be ascribed to the immune evasiveness rather than an inherent increase in the basic transmissibility.**

Severity

Mahase (24/12/2021) says that someone infected with the Omicron variant of SARS-CoV-2 is estimated to be between 31% and 45% less likely to attend emergency care than if they had been infected with the Delta variant and 50-70% less likely to be admitted to hospital, analysis by the UK Health Security Agency[4]. But the agency said the findings, which exclude people with previous SARS-CoV-2 infection, **are preliminary and highly uncertain** because of the small numbers of hospital cases of Omicron, an inability to effectively measure all previous infections, and the limited spread of Omicron into older age groups. It also emphasized that although a smaller proportion of people with Omicron could end up in hospital than with previous variants, **the actual number becoming seriously ill and needing hospital care could be huge, because of the variant's increased transmissibility**. Within 28 days of an Omicron diagnosis, **14 people were reported to have died, ranging in age from 52 to 96 years old**. The analysis, published on 23 December, also found that Omicron **was more likely than previous variants to reinfect people who have previously had COVID-19, with 9.5% of those infected having a history of past infection**. Looking at VE, the UK report said that the **data are continuing to show lower effectiveness against symptomatic Omicron**. Evidence indicates that although two doses of vaccine are less effective against Omicron than against the previously dominant Delta variant, **a booster dose improves protection. But this extra protection may wane more rapidly against Omicron than Delta, being about 15-25% lower from 10 weeks after the booster**. It's still too early to estimate VE against hospital admissions, but the agency said that this was more likely to be sustained, particularly after a booster. The agency's findings are consistent with three recent studies, not yet peer-reviewed, from researchers in England, Scotland, and South Africa, which all concluded **that Omicron carried a lower risk of hospital admission than Delta** (WHO report 50, 2021; Sheikh et al., 2021; Wolter et al., 2021; Christie, 2021).

In a preprint, Ahmad et al. (2021) extracted a real-time feed of Omicron samples from hospitals across Greater Manchester, an area of the UK with a population size of approximately three million individuals. Omicron hospital samples are growing exponentially across Greater Manchester (doubling time 2.7 days (95% CI: 2.1 to 3.7)). The proportion of Omicron in hospital samples follows a similar trajectory to the SGTF proportion in cases, but with a two-day offset. This is consistent with the delay from testing positive to hospital admission, **implying a similar proportion of Omicron cases are converting to hospital admissions as for Delta cases**. Comparing the Greater Manchester data to national hospitalization data, similar trends are observed. **Therefore, there is no signal of a substantial reduction in hospital admission risk with Omicron, and Omicron epidemics are likely to place a substantial burden on public health infrastructure**. Some studies suggest that Omicron may have a reduction in severity relative to Delta, with estimates between a 20% severity reduction to 80%. **Whilst a significant reduction in severity, this will not be substantial enough to remove the burden on already stressed public health systems**.

[4] UK Health Security Agency. SARS-CoV-2 variants of concern and variants under investigation in England: technical briefing 33. Dec 2021.
https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1043680/technical-briefing-33.pdf.

Immunological data

Wang et al. (2021) indicated that the mean neutralization ED50 of the sera against Omicron decreased to 66, which is about 8.4-folds compared to the D614G reference strain (ED50 = 556), whereas the neutralization activity of other VOC and Variants of Interest (VOI) pseudotyped viruses decreased only about 1.2–4.5-folds. The finding from this in vitro assay suggest that **Omicron variant may lead to more significant escape from immune protection elicited by previous SARS-CoV-2 infection and perhaps even by existing COVID-19 vaccines.**

In a preprint, Aggarwal et al. (2021) assessed the impact of Omicron infection on the ability of: serum from vaccinated and / or previously infected individuals; concentrated human IgG from plasma donors, and licensed mAb therapies to neutralize virus in vitro. There was a 17 to 22-fold reduction in neutralization titers across all donors who had a detectable neutralizing antibody titre to the Omicron variant. Concentrated pooled human IgG from convalescent and vaccinated donors had greater breadth of neutralization, although the potency was still reduced 16-fold. Of all therapeutic antibodies tested, significant neutralization of the Omicron variant was only observed for Sotrovimab, with other mAbs unable to neutralize Omicron in vitro. **These results have implications for ongoing therapy of individuals infected with the Omicron variant**.

In a preprint, Cele et al. (2021) show that high neutralization capacity elicited by a combination of infection and vaccination, and possibly boosting, **could maintain reasonable effectiveness against Omicron**. A waning neutralization response is likely to decrease VE below these estimates. **However, since protection from severe disease requires lower neutralization levels and involves T cell immunity, such protection may be maintained.**

In a preprint, Wilhelm et al. (2021) indicate that in contrast to the currently circulating Delta variant, **the neutralization efficacy of vaccine-elicited sera against Omicron was severely reduced highlighting T-cell mediated immunity as essential barrier to prevent severe COVID-19**. Since SARS-CoV-2 Omicron was resistant to casirivimab and imdevimab, genotyping of SARS-CoV-2 may be needed before initiating mAb treatment. Variant-specific vaccines and mAb agents may be required to treat COVID-19 due to Omicron and other emerging VOC.

In a preprint, Redd et al. (2021) examined if the previously identified viral epitopes targeted by CD8+ T-cells in these individuals (n=52 distinct epitopes) are mutated in the newly described Omicron VOC (n=50 mutations). Within this population, only one low-prevalence epitope from the spike protein restricted to two HLA alleles and found in 2/30 (7%) individuals contained a single amino acid change associated with the Omicron VOC. **These data suggest that virtually all individuals with existing anti-SARS-CoV-2 CD8+ T-cell responses should recognize the Omicron VOC, and that SARS-CoV-2 has not evolved extensive T-cell escape mutations at this time**.

In a preprint, Schubert et al. (2021) demonstrate that Omicron RBD showed a weaker binding to ACE2 compared to Beta and Delta, arguing that improved ACE2 binding is not a likely driver of Omicron evolution. Serum antibody titers were significantly lower against Omicron RBD compared to the original Wuhan strain. However, a difference of 2.5 times was observed in RBD binding while in other studies the neutralization of Omicron SARS-CoV-2 was reduced by a magnitude of 10x and more. These results indicate an immune escape focused on neutralizing antibodies. **The reduced binding of sera to Omicron RBD adds evidence that current vaccination protocols may be less efficient against the Omicron variant.**

In a preprint, Carreno et al. (2021) investigated the neutralizing and binding activity of sera from convalescent, mRNA double vaccinated, mRNA boosted as well as convalescent double vaccinated and convalescent boosted individuals against wild type, B.1.351 and B.1.1.529 (Omicron) SARS-CoV-2 isolates. Neutralizing activity of sera from convalescent and double vaccinated participants was undetectable to very low against B.1.1.529 while neutralizing activity of sera from individuals who had been exposed to spike three or four times was maintained, albeit at strongly reduced levels. Binding to the B.1.1.529 receptor binding domain (RBD) and N35 terminal domain was reduced in convalescent not vaccinated but was mostly retained in vaccinated individuals. **Importantly, these data adds to the growing body of evidence suggesting that B.1.1.529 specific vaccines are urgently needed**.

In a preprint, Lu et al. (2021) found that immune sera from BNT162b2 and Coronavac recipients had substantially reduced neutralizing antibody titers against the Omicron variant. There was no statistically significant difference between the geometric mean neutralization titers against Omicron variant strains with or without spike R346K mutation. These data suggest also **that the Omicron variant may be associated with lower COVID-19 VE**.

In a preprint, Lechemere et al. (2021) compared neutralizing antibody responses between unvaccinated and COVID-19 double vaccinated individuals (including both AZD1222 and BNT162b2 vaccinees) who have been infected with the Delta (B.1.617.2) variant. Rapid production of Spike-reactive IgG was observed in the vaccinated group providing evidence of effective vaccine priming. Overall, **potent cross-neutralizing activity against current SARS-CoV-2 VOCs was observed in the BTI group compared to the infection group, including neutralization of the Omicron (B.1.1.529) variant**. This study provides important insights into population immunity where transmission levels remain high and in the context of new or emerging VOC.

Booster efficacy

Garcia-Beltran et al. (2022) measured the neutralization potency of sera from 88 mRNA-1273, 111 BNT162b, and 40 Ad26.COV2.S vaccine recipients against wild-type, Delta, and Omicron SARS-CoV-2 pseudoviruses. They included individuals that received their primary series recently (<3 months), distantly (6–12 months), or an additional "booster" dose, while accounting for prior SARS-CoV-2 infection. Remarkably, neutralization of Omicron was undetectable in most vaccinees. However, individuals boosted with mRNA vaccines exhibited potent neutralization of Omicron, only 4–6-fold lower than wild type, suggesting enhanced cross-reactivity of neutralizing antibody responses. In addition, they find that Omicron pseudovirus infects more efficiently than other variants tested. **Overall, this study highlights the importance of additional mRNA doses to broaden neutralizing antibody responses against highly divergent SARS-CoV-2 variants. Two doses of mRNA-based vaccines elicit poor neutralization of Omicron. Three mRNA vaccine doses elicit potent variant cross-neutralization, including Omicron. The Omicron pseudovirus infects cells more efficiently than other SARS-CoV-2 variants.** Due to the presence of B and T cell memory responses in vaccinated individuals, and since 80% of the epitopes in the spike protein recognized by CD8+ T cells are unaffected by Omicron mutations, two doses may yet induce protection against severe disease (Ledford, 2022).

In a recent real live study from the CDC, Thompson et al. (CDC, 21/01/2022) observed that VE was significantly higher among patients who received their second mRNA COVID-19 vaccine dose <180 days before medical encounters compared with those vaccinated ≥180 days earlier. During both Delta- and Omicron-predominant periods, receipt of a third vaccine dose was highly effective at preventing COVID-19–associated emergency department and urgent care encounters (94% and 82%, respectively) and preventing COVID-19–associated hospitalizations (94% and 90%, respectively) for adults. They concluded that all unvaccinated persons should start vaccination as soon as possible. All adults who have received mRNA vaccines during their primary COVID-19 vaccination series should receive a third dose when eligible, and eligible persons should stay up to date with COVID-19 vaccinations.

In a preprint, Ai et al. (2021) demonstrate that vaccine-induced immune protection might more likely be escaped by Omicron compared to prototypes and other VOCs. After two doses of inactivated whole-virion vaccines as the "priming" shot, **a third heterologous protein subunit vaccine and a homologous inactivated vaccine booster could improve neutralization against Omicron**.

In a preprint, Nemet et al. (2021) demonstrate low neutralization efficiency against Delta and wild-type for vaccines with more than 5 months following the second BNT162b2 dose, with no neutralization efficiency against Omicron. We demonstrate the importance of a third dose, by **showing a 100-fold increase in neutralization efficiency of Omicron following a third dose, with a 4-fold reduced neutralization compared to that against the Delta VOC**. The durability of the effect of the third dose is yet to be determined.

In a preprint, Doria-Rose et al. (2021) assess the potential risk of this variant to existing vaccines, serum samples from mRNA-1273 vaccine recipients were tested for neutralizing activity against Omicron and compared to neutralization titers against D614G and Beta in live virus and pseudovirus assays. Omicron was 41-84-fold less sensitive to neutralization than D614G and 5.3-7.4-fold less sensitive than Beta when assayed with serum samples obtained 4 weeks after 2 standard inoculations with 100 µg mRNA-1273. **A 50 µg boost increased Omicron neutralization titers and may substantially reduce the risk of symptomatic vaccine breakthrough infections**.

In a preprint, Schmidt et al. (2021) show that Omicron exhibits similar distribution of sequence changes and neutralization resistance as does a laboratory-designed neutralization-resistant

spike protein, suggesting natural evolutionary pressure to evade the human antibody response. **Currently available mRNA vaccine boosters, that may promote antibody affinity maturation, significantly ameliorate SARSCoV-2 neutralizing antibody titers.**

In a preprint, Gruell et al. (2021) assessed serum neutralizing capacity in longitudinal cohorts of vaccinated and convalescent individuals, as well as mAb activity against Omicron using pseudovirus neutralization assays. They report a near-complete lack of neutralizing activity against Omicron in polyclonal sera after two doses of the BNT162b2 vaccine, in convalescent individuals, as well as resistance to different monoclonal antibodies in clinical use. However, mRNA booster immunizations in vaccinated and convalescent individuals resulted in a significant increase of serum neutralizing activity against Omicron. **The study demonstrates that booster immunizations will be critical to substantially improve the humoral immune response against the Omicron variant.**

In a preprint, Amir et al. (2021) compare the real-world effectiveness of a fresh booster dose with that of a fresh 2-dose vaccine. They conduct a quasi-experimental study that compares populations that were eligible to receive the vaccine at different times due to age cutoff policies. **The analysis shows that a fresh booster increases protection against confirmed infection by 3.7 (95% CI: 2.7 to 5.2) fold compared to a fresh 2-dose vaccine in Israel**.

In a preprint, Eggink et al. (2021) show in the Netherlands a large decrease in protection from vaccine- or infection-induced immunity against SARS-CoV-2 infections caused by the Omicron variant compared with the Delta variant. This is in concordance with in vitro studies that showed a 30-40-fold reduction in neutralization of the Omicron variant with convalescent sera or sera of fully vaccinated individuals. Booster vaccination appears to show a smaller reduction in neutralization sensitivity. The UK showed a substantial reduction in VE against infection with the Omicron variant compared with Delta after primary vaccination. After booster vaccination, the vaccine effectiveness against Omicron infection increased but was still lower than against Delta. Their data show an OR of around 5 suggesting a significant reduction in VE. **This emphasizes the urgent need for booster vaccination and will warrant implementing NPIs** to prevent overflooding of hospital care if COVID-19 severity is not reduced to a great extent.

In a preprint, Gardner and Kilpatrick (2021) review some studies and conclude that **there was insufficient data to estimate VE for a single vaccine across variants**, especially for higher levels of immune evasion (>7-fold reductions in neutralizing antibody titers) observed with the Omicron variant (40-fold). Instead, they leveraged variation among both vaccines and virus variants to estimate VE - neutralizing antibody titer relationships across a 30 to 100-fold range of neutralizing antibody titers reduction. **Omicron increased the risk of hospitalization four to five-fold and increased the risk of symptomatic disease seven to ten-fold for mRNA vaccinees**, with similar relative effects for recently vaccinated, or individuals with waned antibody titers. **Third doses restored titers and protection to levels similar to waned immunity against Delta**. Overall, these analyses indicate that VE against severe disease is significantly diminished for waned individuals, and protection against infection, symptomatic disease and transmission is nearly eliminated. **However, third doses significantly ameliorate these reductions but only restore protection to levels equivalent to waned protection against the Delta variant**. The invasion of Omicron is likely to result in widespread infection, and substantial hospitalizations unless widespread boosting of immunity occurs.

In a preprint, Levine-Tiefenbrun et al. (2021) analyses Ct values of SARS-CoV-2 qRT-PCR tests of over 22,000 infections during a Delta-variant-dominant period in Israel. They found that this viral-load reduction effectiveness significantly declines within months post the booster dose. Adjusting for age, sex and calendric date, Ct values of RdRp gene initially increased by 2.7 [CI: 2.3-3.0] relative to unvaccinated in the first month post the booster dose, **yet then**

decayed to a difference of 1.3 [CI: 0.7-1.9] in the second month and became small and insignificant in the third to fourth months. The rate and magnitude of this post-booster decline in viral-load reduction effectiveness mirror those observed post the second vaccine. These results suggest rapid waning of the booster's effectiveness in reducing infectiousness, possibly affecting community-level spread of the virus.

Vaccine effectiveness (VE) against infection and Breakthrough infections (BTI)

In a preprint, Hansen et al. (2021) show original research results with early estimates from Danish nationwide databases of **VE against infection** with the novel SARS-CoV-2 Omicron variant (B.1.1.529) up to five months after a primary vaccination series with the BNT162b2 or mRNA-1273 vaccines. The study provides evidence of protection against infection with the Omicron variant after completion of a primary vaccination series with the BNT162b2 or mRNA-1273 vaccines. In particular, they found a VE against the Omicron variant of 55.2% (95% CI: 23.5 to 73.7%) and 36.7% (95% CI: -69.9 to 76.4%) for the BNT162b2 and mRNA-1273 vaccines, respectively, in the first month after primary vaccination. However, the VE is significantly lower than that against Delta infection and declines rapidly over just a few months. The VE is re-established upon revaccination with the BNT162b2 vaccine (54.6%, 95% CI: 30.4% to 70.4%).

In a preprint, Goga et al. (2021), illustrate more BTIs but reassuringly less severe COVID-19 with Omicron. Reinfections and Omicron-driven primary infections were likely driven by high population SARS-CoV-2 seroprevalence, waning VE over time, increased Omicron infectivity, Omicron immune evasion or a combination of these and need further investigation. Follow-up of this cohort will continue and reports will be updated, as time and infections accrue. A total of 40 538 BTIs were observed, with 609 during the Beta period, 22 279 during Delta and 17 650 during Omicron. By 15 December 2021, daily infections during Omicron were three times that seen during the peak observed during Delta. However, unlike the Delta period, with Omicron there was a clear and early de-coupling of hospitalization from cases as a percentage of the Delta peak curves. Omicron significantly infected a greater proportion of HCW in the 18-30 year age group, compared with the 55+ age group. There were 1 914 BTI-related hospitalizations - 77, 1 429 and 408 in the Beta (89 days), Delta (180 days) and Omicron (30 days) periods, respectively. During Omicron, 91% hospitalized HCWs required general ward care, 6% high care and 3% intensive care, compared with 89% general ward care, 4% high care and 7% intensive care, during Delta and 78% general care, 7% high care and 16% intensive care during Beta ($p<0.001$). During Beta and Delta 43% of hospitalized HCWs needed supplementary oxygen and 7-8% needed ventilation, compared with 16% and 0.2% respectively during the Omicron period ($p<0.001$). Median length of hospitalization was significantly lower with Omicron compared with Beta and Delta (3 days compared with 5-6 days, $p<0.001$).

Bates et al. (2021) show substantial boosting of humoral immunity after BTI, despite predominantly mild disease. Boosting was most notable for IgA, possibly due to the differences in route of exposure between vaccination and natural infection. In addition, breakthrough sera demonstrated improved variant cross-neutralization, and Delta BTIs in particular exhibited improved potency against Delta vs WA1, suggesting that the protective immune response may be broadened through development of variant boosters with antigenic inserts matching the emerging SARS-CoV-2 variants. Limitations of this study include the small number of samples and the difference in time from initial vaccination to serum collection between the breakthrough and control groups. **Emerging evidence suggests the development of variant cross-neutralizing antibody responses**.

Omicron and children

In a preprint, Cloete et al. (2021) describe the rapid rise in pediatric COVID-19-associated hospitalizations in Tshwane District in the Gauteng Province of South Africa – one of the first known epicenters of the new Omicron variant of the SARS-CoV-2 virus. The clinical picture as well as the steep increase in pediatric positivity rates and hospitalizations are described in detail from the perspective of a large South African health district, providing a broad overview on how the Omicron variant affects the pediatric population. During a six-week period 6,287 pediatric (≤19 years) COVID-19 cases were recorded in Tshwane District, of these 462 (7.2%) were hospitalized in 42 hospitals (18% of overall admissions). The number of pediatric cases was higher than in the prior 3 waves, uncharacteristically preceding adult hospitalizations. Of the 75 viral specimens sequenced from the district, 99% were Omicron. Detailed clinical information obtained from 139 of 183 (76%) admitted children (≤13 years; including all public sector hospitalizations) indicated that young children (0-4 years) were most affected (62%). Symptoms included fever (47%), cough (40%), vomiting (24%), difficulty in breathing (23%), diarrhoea (20%) and convulsions (20%). Length of hospital stay was short (mean 3.2 days), and in 44% COVID-19 was the primary diagnosis. **Most children received standard ward care (92%), with 31 (25%) receiving oxygen therapy. Seven children (6%) were ventilated; four children died, all related to complex underlying copathologies**. All children and the majority of parents for whom data were available were unvaccinated. Rapid increases in pediatric COVID-19 cases and hospitalizations mirror high community transmission of SARS-CoV-2 (Omicron variant) in Tshwane District, South Africa. Continued monitoring is needed to understand the long-term impact of the Omicron variant on children.

But researchers again caution **that this does not necessarily mean that children are more vulnerable to Omicron than they were to Delta or other variants**. Experts note that children have lower rates of previous coronavirus infection and vaccination than adults, meaning that their levels of pre-existing immunity are not as high. Higher rates of hospitalization in children **during the early stages of an outbreak could also reflect more hospital capacity, affording the luxury of keeping a child in for observation who might otherwise be sent home** (Ledford, 2021).

CONCLUSIONS

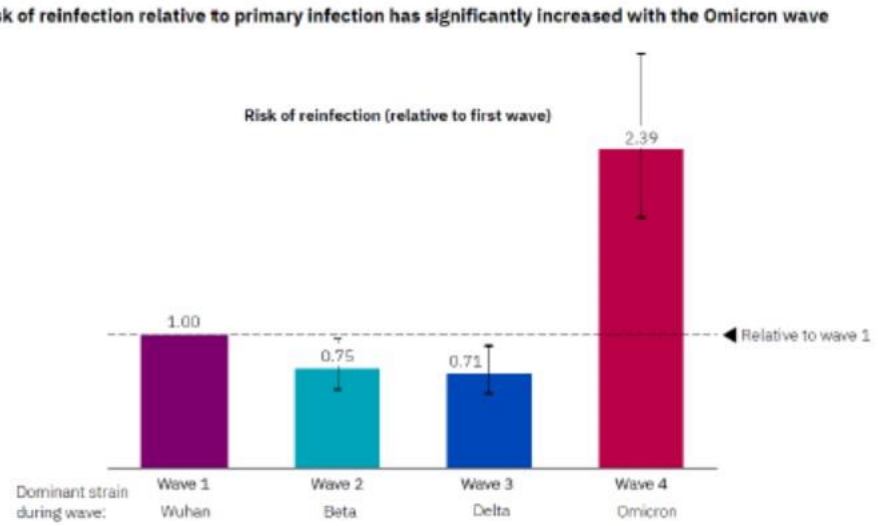
At this stage of our knowledge

Transmissibility

For now, the studies all indicate that the Omicron VOC has a growth advantage compared to other variants, including the Delta VOC. Persons with Omicron infection can spread the virus to others, even if they are vaccinated or don't have symptoms.

Omicron may be over ten times more contagious than the original virus or about 2-3 times more infectious than the Delta variant. Omicron cases are doubling every two to four days — a much shorter time than Delta needed to double. Omicron was 3.2 times as likely to cause a household infection as Delta was.

There is sufficient evidence of **a reduced immunity by a previous SARS-CoV-2 infection against Omicron**, compared to Delta, from both *in vitro* neutralization studies and epidemiological evaluations (Sciensano, 03/01/2022).



The rapid spread of the Omicron VOC primarily can be ascribed to the immune evasiveness rather than an inherent increase in the basic transmissibility.

Severity

Data on symptoms of Omicron infections are still limited, **but seem to indicate that the presentation is compatible with a common cold for most patients**. There is also emerging evidence that Omicron tends not to burrow deep into the lungs as much as previous variants (Sciensano, 03/01/2022).

A growing body of evidence from South Africa, Denmark and the UK suggests the risk of admission to hospital with Omicron is between 15-80% lower compared with Delta.

- South Africa's National Institute for Communicable Diseases finds suspected Omicron cases were 80% less likely to be hospitalized, but the analysis does not account for vaccination status. Nevertheless, South African excess deaths almost doubled in the week ending

November 28, 2021 from the preceding seven-day period as a new coronavirus variant spread across the country. The rise, while reflecting only a week of data, contrasts with hospitalization data that show that most admissions have mild forms of the coronavirus.
https://www.samrc.ac.za/reports/report-weekly-deaths-south-africa

- A report by London's Imperial College found that those infected with Omicron were 40-45% less likely to be admitted to the hospital for one night or more, compared with the Delta variant, while a major analysis by the UK Health Security Agency found they are 50-70% less likely to need hospital care.

- Preliminary research from Public Health Scotland found that people who were infected with the Omicron variant in November and December 2021 were about two-thirds less likely to be hospitalized, compared with the Delta variant.

- Data from Denmark suggest that those testing positive to Omicron were three times less likely to be hospitalized.

In view of the very high contagiousness of Omicron and the Belgian vaccination coverage for the third dose, a lower severity of this variant does not mean that the hospital system (not necessarily ICU units) and the first line will not be put under pressure in the weeks and coming months (SIMID, 05/01/2022).

Vaccination

These early neutralization data provide an indication that there **may be reduced VE, particularly with regards to the prevention of infection**. However, results need to be confirmed with larger sample sizes and by additional laboratories for patients with different clinical profiles (brand of vaccine, additional vaccine doses, severity of infection) and sampling intervals following infection and/or vaccination. It is difficult to directly translate in vitro neutralization data to clinical outcomes such as protection from infection or severe disease, for which robust VE and BTI data are required in clinical settings. So far, no absolute antibody titer threshold has been established as a correlate of protection for SARS-CoV-2. Lower neutralizing antibody titers in serum sampled three to six months after infection or vaccination may be compensated by the persistence of virus-specific, long-living B cells that are able to rapidly expand during subsequent infection to generate higher neutralizing antibody titers. Furthermore, the impact of conserved non-neutralizing antibodies or memory T cell responses is not evaluated by in vitro neutralization studies, although it is likely that they contribute to protection from severe disease.

Current vaccines (base schedules and first booster) are expected to protect against severe illness, hospitalizations, and deaths due to infection with the Omicron variant. However, BTIs in people who are fully vaccinated are likely to occur. With other variants, like Delta, vaccines have remained effective at preventing severe illness, hospitalizations, and death.

Real-world studies **on infections** seem to support the results of immunological data.

- In South Africa, researchers found that two doses of Comirnaty® had effectiveness against Omicron infection of just 33%. Against other variants, they found an effectiveness of 80%. Preliminary studies suggest that two doses of Comirnaty® had effectiveness of 70% against hospitalization during the omicron wave.

- In Great Britain, the risk of presentation to emergency care or hospital admission with Omicron was approximately half of that with Delta (Hazard Ratio 0.53, 95% CI: 0.50 to 0.57). The risk of hospital admission from emergency departments with Omicron was approximately

one-third of that with Delta (Hazard Ratio 0.33, 95% CI: 0.30 to 0.37). In this analysis, the risk of hospitalization is lower for Omicron cases after 2 and 3 doses of vaccine, with an 81% (77 to 85%) reduction in the risk of hospitalization after 3 doses compared to unvaccinated Omicron cases. VE against symptomatic disease continues to be lower for Omicron than for Delta with waning by 10 weeks after dose 3. After 3 doses of vaccine, the risk of hospitalization for a symptomatic case identified with Omicron through community testing was estimated to be reduced by 68% (42 to 82%) when compared to similar individuals with Omicron who were not vaccinated (after adjusting for age, gender, previous positive test, region, ethnicity, clinically extremely vulnerable status, risk group status and period). Combined with the protection against becoming a symptomatic case, this gives a vaccine effectiveness against hospitalization of 88% (78 to 93%) for Omicron after 3 doses of vaccine. Although waning is seen in the effectiveness against symptomatic disease, there is insufficient data to assess the duration of protection against hospitalization, which is expected to last longer.

The VE against hospitalization for Omicron remains still high after a booster (~80%) and there is more and more evidence of less severity, but there is currently still a high burden on the hospitals (with a high ICU occupancy) in Belgium and even a small percentage of a very large number of infections is still a threat to the health care system. In addition, it is expected that Omicron will have a high burden on the primary care and the test & trace system (Sciensano, 03/01/2022).

The duration of the protective effect of vaccines against Omicron is currently unknown, and the rapid waning effectiveness of the second dose against Omicron infection as well as data from neutralization assays on the booster raise concerns about the longevity of the booster response (Sciensano, 03/01/2022).

In a recent real live study from the CDC, Thompson et al. (CDC, 21/01/2022) observed that VE was significantly higher among patients who received their second mRNA COVID-19 vaccine dose <180 days before medical encounters compared with those vaccinated ≥180 days earlier. During both Delta- and Omicron-predominant periods, receipt of a third vaccine dose was highly effective at preventing COVID-19–associated emergency department and urgent care encounters (94% and 82%, respectively) and preventing COVID-19–associated hospitalizations (94% and 90%, respectively) for adults. They concluded that all unvaccinated persons should start vaccination as soon as possible. All adults who have received mRNA vaccines during their primary COVID-19 vaccination series should receive a third dose when eligible, and eligible persons should stay up to date with COVID-19 vaccinations.

Omicron and children

It is not yet known whether the variant poses a higher risk to infants and children compared to previous variants. Scientists are closely monitoring regions of the world where the Omicron variant is spreading widely, including South Africa and the UK, to better understand its effect on children.

V COMPOSITION OF THE WORKING GROUP

The composition of the Committee and that of the Board as well as the list of experts appointed by Royal Decree are available on the following website: About us.

Their general declarations of interests can be viewed on the SHC website (site: conflicts of interest).

The scientific secretariat of the board and the Committee were supported by Fabrice PETERS, Veerle MERTENS, Muriel BALTES and Jean-Jacques DUBOIS.

VI REFERENCES

- Abrams S, et al. (2021) Modeling the early phase of the Belgian COVID-19 epidemic using a stochastic compartmental model and studying its implied future trajectories. Epidemics. 100449.

- Aggarwal A., Alberto Ospina Stella, Gregory Walker, Anouschka Akerman, Vanessa Milogiannakis, Fabienne Brilot, Supavadee Amatayakul-Chantler, Nathan Roth, Germano Coppola, Peter Schofield, Jennifer Jackson, Jake Y. Henry, Ohan Mazigi, David Langley, Yonghui Lu, Charles Forster, Samantha McAllery, Vennila Mathivanan, Christina Fichter, Alexandra Carey Hoppe, Mee Ling Munier, Hans-Martin Jack, Deborah Cromer, David Darley, Gail Matthews, Daniel Christ, David Khoury, Miles Davenport, William Rawlinson, Anthony D. Kelleher, Stuart Turville. SARS-CoV-2 Omicron: evasion of potent humoral responses and resistance to clinical immunotherapeutics relative to viral variants of concern. medRxiv 2021.12.14.21267772; doi: https://doi.org/10.1101/2021.12.14.21267772

- Ai J, Zhang H, Zhang Y, Lin K, Zhang Y, Wu J, Wan Y, Huang Y, Song J, Fu Z, Wang H, Guo J, Jiang N, Fan M, Zhou Y, Zhao Y, Zhang Q, Liu Q, Lv J, Li P, Qiu C, Zhang W. Omicron variant showed lower neutralizing sensitivity than other SARS-CoV-2 variants to immune sera elicited by vaccines after boost. Emerg Microbes Infect. 2021 Dec 22:1-24. doi: 10.1080/22221751.2021.2022440. Epub ahead of print. PMID: 34935594.

- Ahmad S., Benjamin Brown, Andre Charlett et al. Early signals of Omicron severity in sentinel UK hospitals, 28 December 2021, PREPRINT (Version 1) available at Research Square [https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-1203019/v1].

- Amir O., Yair Goldberg, Micha Mandel, Yinon M. Bar-On, Omri Bodenheimer, Nachman Ash, Sharon Alroy-Preis, Amit Huppert, Ron Milo. Protection following BNT162b2 booster substantially exceeds that of a fresh 2-dose vaccine: a quasi-experimental study. medRxiv 2021.12.19.21267933; doi: https://doi.org/10.1101/2021.12.19.21267933

- Aschwanden C. Five reasons why COVID herd immunity is probably impossible: Even with vaccination efforts in full force, the theoretical threshold for vanquishing COVID-19 looks to be out of reach. Nature 2021;591:520-2.

- Bates TA, McBride SK, Winders B, et al. Antibody Response and Variant Cross-Neutralization After SARS-CoV-2 Breakthrough Infection. JAMA. Published online December 16, 2021. doi:10.1001/jama.2021.22898

- Bozzola E, Spina G, Russo R, Bozzola M, Corsello G, Villani A. Mandatory vaccinations in European countries, undocumented information, false news and the impact on vaccination uptake: the position of the Italian pediatric society. Ital J Pediatr 2018;44:67.

- Burki TK. Lifting of COVID-19 restrictions in the UK and the Delta variant. The Lancet 2021;9:E85.

- Cameroni E, Saliba C, Bowen JE, Rosen LE, Culap K, Pinto D, De Marco A, Zepeda SK, di Iulio J, Zatta F, Kaiser H, Noack J, Farhat N, Czudnochowski N, Havenar-Daughton C, Sprouse KR, Dillen JR, Powell AE, Chen A, Maher C, Yin L, Sun D, Soriaga L, Gustafsson C, Franko NM, Logue J, Iqbal NT, Mazzitelli I, Geffner J, Grifantini R, Chu H, Gori A, Riva A, Giannini O, Ceschi A, Ferrari P, Franzetti-Pellanda A, Garzoni C, Hebner C, Purcell LA, Piccoli L, Pizzuto MS, Walls AC, Telenti A, Virgin HW, Lanzavecchia A, Veesler D, Snell G, Corti D. Broadly neutralizing antibodies overcome SARS-CoV-2 Omicron antigenic shift. bioRxiv [Preprint]. 2021 Dec 14:2021.12.12.472269. doi: 10.1101/2021.12.12.472269. PMID: 34931194; PMCID: PMC8687478.

- Carreño J.M., Hala Alshammary, Johnstone Tcheou, Gagandeep Singh, Ariel Raskin, Hisaaki Kawabata, Levy Sominsky, Jordan Clark, Daniel C. Adelsberg, Dominika Bielak, Ana Silvia Gonzalez-Reiche, PSP/PARIS Study Group, Komal Srivastava, Emilia Mia Sordillo, Goran Bajic, Harm van Bakel, Viviana Simon, Florian Krammer. Activity of convalescent and vaccine serum against a B.1.1.529 variant SARS-CoV-2 isolate. medRxiv 2021.12.20.21268134; doi: https://doi.org/10.1101/2021.12.20.21268134

- Casulaa M, Tothb F. The 2017 Italian reform on mandatory childhood vaccinations: Analysis of the policy process and early implementation. Health Policy 2021;125:7-11.

- Cele S, Jackson L, Khan K, Khoury DS, Moyo-Gwete T, Tegally H, Scheepers C, Amoako D, Karim F, Bernstein M, Lustig G, Archary D, Smith M, Ganga Y, Jule Z, Reedoy K, Cromer D, San JE, Hwa SH, Giandhari J, Blackburn JM, Gosnell BI, Karim SSA, Hanekom W; NGS-SA; COMMIT-KZN Team, von Gottberg A, Bhiman J, Lessells RJ, Moosa MS, Davenport MP, de Oliveira T, Moore PL, Sigal A. SARS-CoV-2 Omicron has extensive but incomplete escape of Pfizer BNT162b2 elicited neutralization and requires ACE2 for infection. medRxiv [Preprint]. 2021 Dec 11:2021.12.08.21267417. doi: 10.1101/2021.12.08.21267417. PMID: 34909788; PMCID: PMC8669855.

- Chen J, Wang R, Gilby NB, Wei GW. Omicron (B.1.1.529): Infectivity, vaccine breakthrough, and antibody resistance. ArXiv [Preprint]. 2021 Dec 1:arXiv:2112.01318v1. PMID: 34873578; PMCID: PMC8647651.

- Christie B. Covid-19: Early studies give hope omicron is milder than other variants. BMJ. 2021 Dec 23;375:n3144. doi: 10.1136/bmj.n3144. PMID: 34949600.

- Cloete J., Annelet Kruger, Maureen Masha, Nicolette M du Plessis, Dini Mawela, Mphailele Tshukudu, Tabea Manyane, Lekwetji Komane, Marietjie Venter, Waasila Jassat, Ameena Goga, Ute Feucht. Rapid rise in paediatric COVID-19 hospitalisations during the early stages of the Omicron wave, Tshwane District, South Africa. medRxiv 2021.12.21.21268108; doi: https://doi.org/10.1101/2021.12.21.21268108

- Coletti, P., Wambua, J., Gimma, A. et al. CoMix: comparing mixing patterns in the Belgian population during and after lockdown. Sci Rep 10, 21885 (2020). https://doi.org/10.1038/s41598-020-78540-7Dawood FS, Porucznik CA, Veguilla V, et al. Incidence rates, household infection risk, and clinical characteristics of SARS-CoV2

infection among children and adults in Utah and New York City, New York. JAMA Pediatr 2021. https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/2785007

- Comité Consultatif de Bioéthique de Belgique. Avis n° 75 du 11 décembre 2020 relatif aux repères éthiques en vue du déploiement de la vaccination anti-COVID-19 au bénéfice de la population belge. https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/210212_avis_75_reperes_ethiques_vaccination_anti-covid-19.pdf

- Comité Consultatif de Bioéthique de Belgique. Avis n° 77 du Comité consultatif de Bioéthique de Belgique relatif aux considérations éthiques et sociétales liées à la mise en place d'un « pass corona » et d'autres mesures transitoires d'assouplissement des contraintes sanitaires. https://www.health.belgium.be/fr/avis-ndeg-77-du-10-mai-2021-conclusions-et-recommandations-mise-en-place-dun-pass-corona

- Comité Consultatif de Bioéthique de Belgique. Avis par lettre n° 11 du 13 décembre 2021 du Comité consultatif de Bioéthique de Belgique relatif aux enjeux éthiques liés à une vaccination COVID-19 dans la population pédiatrique des 5-11 ans. https://www.health.belgium.be/fr/avis-par-lettre-ndeg-11-vaccination-covid-19-de-la-population-pediatrique-5-11-ans

- Comité Consultatif de Bioéthique de Belgique. Avis n° 80 du Comité consultatif de Bioéthique relatif aux enjeux ethiques liés à la vaccination obligatoire de la population adulte (18 ans et plus) en période de pandémie. https://www.health.belgium.be/fr/avis-ndeg-80-vaccination-obligatoire-en-periode-de-pandemie

- Conseil Supérieur de la Santé. Vaccination contre le COVID-19 pour le personnel de santé : Besoin d'un encadrement supplémentaire en matière d'obligation ? Bruxelles: CSS; 2021. Avis n° 9671.

- de Figueiredo A, Larson HJ, Reicher SD. The potential impact of vaccine passports on inclination to accept COVID-19 vaccinations in the United Kingdom: Evidence from a large cross-sectional survey and modeling study. EClinicalMedicine. 2021 Oct;40:101109. doi: 10.1016/j.eclinm.2021.101109. Epub 2021 Sep 9. PMID: 34522870; PMCID: PMC8428473.

- Doria-Rose NA, Shen X, Schmidt SD, O'Dell S, McDanal C, Feng W, Tong J, Eaton A, Maglinao M, Tang H, Atmar RL, Lyke KE, Wang L, Zhang Y, Gaudinski MR, Black WP, Gordon I, Guech M, Ledgerwood JE, Misasi JN, Widge A, Roberts PC, Beigel J, Korber B, Pajon R, Mascola JR, Montefiori DC. Booster of mRNA-1273 Vaccine Reduces SARS-CoV-2 Omicron Escape from Neutralizing Antibodies. medRxiv [Preprint]. 2021 Dec 15:2021.12.15.21267805. doi: 10.1101/2021.12.15.21267805. PMID: 34931200; PMCID: PMC8687471.

- Dubov A, Phung C. Nudges or mandates? The ethics of mandatory flu vaccination. Vaccine 2015;33:2530-5.

- ECDC - European Centre for Disease Prevention and Control. Assessment of the further emergence and potential impact of the SARS-CoV-2 Omicron variant of concern in the context of ongoing transmission of the Delta variant of concern in the EU/EEA, 18th update - 15 December 2021. ECDC: Stockholm; 2021.

- Eggink D., Stijn P. Andeweg, Harry Vennema, Noortje van Maarseveen, Klaas Vermaas, Boris Vlaemynck, Raf Schepers, Arianne B. van Gageldonk-Lafeber, Susan van den Hof, Chantal B.E.M. Reusken, Mirjam J. Knol. Increased risk of infection with SARS-CoV-2 Omicron compared to Delta in vaccinated and previously infected individuals, the Netherlands, 22 November to 19 December 2021. medRxiv 2021.12.20.21268121; doi: https://doi.org/10.1101/2021.12.20.21268121

- Gagneux-Brunon A, Botelho-Nevers E, Launay O. Are the conditions met to make COVID-19 vaccination mandatory for healthcare professionals? ScienceDirect 2021;51:507-9.

- Galanakis E, Jansen A, Lopalco PL, Giesecke J. Ethics of mandatory vaccination for healthcare workers. Euro Surveill 2013;18.

- Garcia-Beltran WF, Kerri J. St. Denis, Angelique Hoelzemer, Evan C. Lam, Adam D. Nitido, Maegan L. Sheehan, Cristhian Berrios, Onosereme Ofoman, Christina C. Chang, Blake M. Hauser, Jared Feldman, Alex L. Roederer, David J. Gregory, Mark C. Poznansky, Aaron G. Schmidt, A. John Iafrate, Vivek Naranbhai, Alejandro B. Balazs. mRNA-based COVID-19 vaccine boosters induce neutralizing immunity against SARS-CoV-2 Omicron variant, Cell, 2022, ISSN 0092-8674, https://doi.org/10.1016/j.cell.2021.12.033.

- Gardner B. J. and A. Marm Kilpatrick. Estimates of reduced vaccine effectiveness against hospitalization, infection, transmission and symptomatic disease of a new SARS-CoV-2 variant, Omicron (B.1.1.529), using neutralizing antibody titers. medRxiv 2021.12.10.21267594; doi: https://doi.org/10.1101/2021.12.10.21267594

- Goga A., Linda-Gail Bekker, Nigel Garrett, Tarylee Reddy, Nonhlanhla Yende-Zuma, Lara Fairall, Harry Moultrie, Azwidihwi Takalani, Valentina Trivella, Mark Faesen, Veronique Bailey, Ishen Seocharan, Glenda E Gray. Breakthrough Covid-19 infections during periods of circulating Beta, Delta and Omicron variants of concern, among health care workers in the Sisonke Ad26.COV2.S vaccine trial, South Africa. medRxiv 2021.12.21.21268171; doi: https://doi.org/10.1101/2021.12.21.21268171

- Gravagna K, Beckerb A, Valeris-Chacinc R, Mohammeda I, Tambea S, Awand FA. et al. Global assessment of national mandatory vaccination policies and consequences of non-compliance. Vaccine 2020;38:7865-73.

- Graeber D, Schmidt-Petri C, Schro¨der C, (2021). Attitudes on voluntary and mandatory vaccination against COVID-19: Evidence from Germany. PLoS ONE 16(5): e0248372. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0248372

- Gruell H., Kanika Vanshylla, Pinkus Tober-Lau, David Hillus, Philipp Schommers, Clara Lehmann, Florian Kurth, Leif E. Sander, Florian Klein. mRNA booster immunization elicits potent neutralizing serum activity against the SARS-CoV-2 Omicron variant. medRxiv 2021.12.14.21267769; doi: https://doi.org/10.1101/2021.12.14.21267769

- Gualano MR, Olivero E, Voglino G, Corezzi M, Rossello P, Vicentini C et al. Knowledge, attitudes and beliefs towards compulsory vaccination: a systematic review. Hum Vaccin Immunother 2019;15:918-31.

- Gu H, Krishnan P, Ng DYM, Chang LDJ, Liu GYZ, Cheng SSM, Hui MMY, Fan MCY, Wan JHL, Lau LHK, Cowling BJ, Peiris M, Poon LLM. Probable Transmission of SARS-CoV-2 Omicron Variant in Quarantine Hotel, Hong Kong, China, November 2021. Emerg Infect Dis. 2021 Dec 3;28(2). doi: 10.3201/eid2802.212422. Epub ahead of print. PMID: 34860154.

- Gur-Arie R, Jamrozik E, Kingori P. No Jab, No Job? Ethical Issues in Mandatory COVID-19 Vaccination of Healthcare Personnel. BMJ Glob Health 2021;6:e004877.

- Hansen C. H., Astrid Blicher Schelde, Ida Rask Moustsen-Helm, Hanne-Dorthe Emborg, Tyra Grove Krause, Kåre Mølbak, Palle Valentiner-Branth. Vaccine effectiveness against SARS-CoV-2 infection with the Omicron or Delta variants following a two-dose or booster BNT162b2 or mRNA-1273 vaccination series: A Danish cohort study. medRxiv 2021.12.20.21267966; doi: https://doi.org/10.1101/2021.12.20.21267966

- Hayes L, Pollock A M. Mandatory covid-19 vaccination for care home workers BMJ 2021; 374 :n1684 doi:10.1136/bmj.n1684.

- Hodgson D, Flasche S, Jit M, Kucharski AJ. CMMID COVID-19 Working Group. The potential for vaccination-induced herd immunity against the SARS-CoV-2 B.1.1.7 variant. Euro Surveill 2021;26:2100428.

- Holzmann H, Wiedermann U. Mandatory vaccination: suited to enhance vaccination coverage in Europe? Euro Surveill 2019;24:1900376.

- INSERM – Ward et al. Enquête SLAVACO Vague 3 - SESSTIM : Vaccination des enfants, intentions de vaccination contre le Covid et usage de l'application TousAntiCovid. Janvier 2022. http://www.orspaca.org/notes-strategiques/engu%C3%AAte-slavaco-vague-3-sesstim-vaccination-des-enfants-intentions-de-vaccination

- INSTITUT PASTEUR - COMPLÉMENT D'ANALYSE. Impact du variant Omicron sur l'épidémie COVID-19 et son contrôle en France métropolitaine durant l'hiver 2021-2022. 7 janvier 2022. https://modelisation-covid19.pasteur.fr/variant/InstitutPasteur_Complement_Analyse_Impact_Omicron_20220107.pdf

- JID - Evolution of Measles Elimination Strategies in the United States, The Journal of Infectious Diseases, Volume 189, Issue Supplement_1, May 2004, Pages S17–S22, https://doi.org/10.1086/377694

- Kandeel M, Mohamed MEM, Abd El-Lateef HM, Venugopala KN, El-Beltagi HS. Omicron variant genome evolution and phylogenetics. J Med Virol. 2021 Dec 10. doi: 10.1002/jmv.27515. Epub ahead of print. PMID: 34888894.

- Kim et al. (2021). Serial interval and basic reproduction number of SARS-CoV-2 Omicron variant in South Korea. MedRxiv, 2021.

- Kitt E, Burt S, Price SM, Satchell L, Offit PA, Sammons JS et al. Implementation of a Mandatory Influenza Vaccine Policy: A 10-Year Experience. Clin Infect Dis 2021;73:e290-e6.

- Khunti K, Kamal A, Pareek M, Griffiths A. Should vaccination for healthcare workers be mandatory? J R Soc Med 2021;114:235-6.

- Lechmere T, Snell LB, Graham C, Seow J, Shalim ZA, Charalampous T, et al. Broad neutralization of SARS-CoV-2 variants, including omicron, following breakthrough infection with delta in COVID-19 vaccinated individuals [Internet]. Infectious Diseases (except HIV/AIDS); 2021 Dec [cited 2021 Dec 24]. Available from: http://medrxiv.org/lookup/doi/10.1101/2021.12.01.21266982

- Lee, Brian K. "herd immunity". Encyclopedia Britannica, 3 Mar. 2016, https://www.britannica.com/science/herd-immunity. Accessed 21 December 2021.

- Lee C, Robinson JL. Systematic review of the effect of immunization mandates on uptake of routine childhood immunizations. J Infect. 2016;72:659–666.

- Ledford H. How severe are Omicron infections? Nature. 2021 Dec;600(7890):577-578. doi: 10.1038/d41586-021-03794-8. PMID: 34934198.

- Ledford H. 'Killer' immune cells still recognize Omicron variant. Nature. 2022 Jan;601(7893):307. doi: 10.1038/d41586-022-00063-0. PMID: 35017690.

- Lévy-Bruhl D, Desenclos JC, Quelet S, Bourdillon F. Extension of French vaccination mandates: from the recommendation of the Steering Committee of the Citizen Consultation on Vaccination to the law. Euro Surveill. 2018;23(17):18-00048. https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2018.23.17.18-00048

- Levine-Tiefenbrun M., Idan Yelin, Hillel Alapi, Esma Herzel, Jacob Kuint, Gabriel Chodick, Sivan Gazit, Tal Patalon, Roy Kishony. Waning of SARS-CoV-2 booster viral-load reduction effectiveness. medRxiv 2021.12.27.21268424; doi: https://doi.org/10.1101/2021.12.27.21268424

- Lu L, Mok BW, Chen LL, Chan JM, Tsang OT, Lam BH, Chuang VW, Chu AW, Chan WM, Ip JD, Chan BP, Zhang R, Yip CC, Cheng VC, Chan KH, Jin DY, Hung IF, Yuen KY, Chen H, To KK. Neutralization of SARS-CoV-2 Omicron variant by sera from BNT162b2 or Coronavac vaccine recipients. Clin Infect Dis. 2021 Dec 16:ciab1041. doi: 10.1093/cid/ciab1041. Epub ahead of print. PMID: 34915551.

- Mancuso M, Eikenberry SE, Gumel AB. Will vaccine-derived protective immunity curtail COVID-19 variants in the US? ScienceDirect 2021;6:1110-34.

- McBryde ES, Meehan MT, Caldwell JM, Adekunle AI, Ogunlade ST, Kuddus MdA et al. Modelling direct and herd protection effects of vaccination against the SARS-CoV-2 Delta variant in Australia. Med J Aust 2021;2015:427-32.

- Meng Bo, Isabella A.T.M Ferreira, Adam Abdullahi, Steven A. Kemp, Niluka Goonawardane, Guido Papa, Saman Fatihi, Oscar J. Charles, Dami A. Collier, CITIID-NIHR BioResource COVID-19 Collaboration, The Genotype to Phenotype Japan (G2P-Japan) Consortium, Jinwook Choi, Joo Hyeon Lee, Petra Mlcochova, Leo James, Rainer Doffinger, Lipi Thukral, Kei Sato, Ravindra K. Gupta. SARS-CoV-2 Omicron spike mediated immune escape, infectivity and cell-cell fusion. bioRxiv 2021.12.17.473248; doi: https://doi.org/10.1101/2021.12.17.473248

- Mills MC, Rüttenauer T. The effect of mandatory COVID-19 certificates on vaccine uptake: synthetic-control modelling of six countries. Lancet Public Health. 2021 Dec 13:S2468-2667(21)00273-5. doi: 10.1016/S2468-2667(21)00273-5. Epub ahead of print. PMID: 34914925; PMCID: PMC8668192.

- Montanari Vergallo G, Zaami S, Negro F, Brunetti P, Del Rio A, Marinelli E. Does the EU COVID Digital Certificate Strike a Reasonable Balance between Mobility Needs and Public Health? Medicina 2021;57:1077.

- Motivation Barometer (November 12, 2021). Is the population still conscious of the risks and motivated to follow the measures? What is the role of the COVID Pass in this? Ghent, Leuven, Louvain, Bruxelles, Belgium. Authors (in alphabetical order): Olivier Klein, Olivier Luminet, Sofie Morbée, Mathias Schmitz, Omer Van den Bergh, Pascaline Van Oost, Maarten Vansteenkiste, Joachim Waterschoot, Vincent Yzerbyt. Rapports - Le baromètre de la motivation (motivationbarometer.com).

- Motivation Barometer (November 16, 2021). On the eve of stricter measures: Attitudes toward the new measures and the vaccine pass. Ghent, Leuven, Louvain-la-Neuve, Brussels, Belgium. Authors (in alphabetical order): Olivier Klein, Olivier Luminet, Sofie Morbée, Mathias Schmitz, Omer Van den Bergh, Pascaline Van Oost, Maarten Vansteenkiste, Joachim Waterschoot, Vincent Yzerbyt. Rapports - Le baromètre de la motivation (motivationbarometer.com).

- Nemet Ital, Limor Kliker, Yaniv Lustig, Neta S. Zuckerman, Oran Erster, Carmit Cohen, Yitshak Kreiss, Sharon Alroy-Preis, Gili Regev-Yochay, Ella Mendelson, Michal Mandelboim. Third BNT162b2 vaccination neutralization of SARS-CoV-2 Omicron infection. medRxiv 2021.12.13.21267670; doi: https://doi.org/10.1101/2021.12.13.21267670.

- Opel DJ, Diekema DS, Friedman Ross L. Should We Mandate a COVID-19 Vaccine forChildren? JAMA Pediatr 2021;175:125-6.

- Osbourne RM, Clark SJ. Should the SARS-CoV-2 vaccine be mandatory for nurses? An ethical debate. Br J Nurs 2021;30:116-21.

- Plesner Lyngse F., Laust Hvas Mortensen, Matthew J. Denwood, Lasse Engbo Christiansen, Camilla Holten Møller, Robert Leo Skov, Katja Spiess, Anders Fomsgaard, Maria Magdalena Lassaunière, Morten Rasmussen, Marc Stegger, Claus Nielsen, Raphael Niklaus Sieber, Arieh Sierra Cohen, Frederik Trier Møller, Maria Overvad, Kåre Mølbak, Tyra Grove Krause, Carsten Thure Kirkeby. SARS-CoV-2 Omicron VOC Transmission in Danish Households. medRxiv 2021.12.27.21268278; doi: https://doi.org/10.1101/2021.12.27.21268278

- Pulliam JRC, Schalkwyk C van, Govender N, Gottberg A von, Cohen C, Groome MJ, et al. Increased risk of SARS-CoV-2 reinfection associated with emergence of the Omicron variant in South Africa [Internet]. 2021 Dec [cited 2021 Dec 3] p. 2021.11.11.21266068. Available from: https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.11.11.21266068v2

- Redd AD, Nardin A, Kared H, Bloch EM, Abel B, Pekosz A, Laeyendecker O, Fehlings M, Quinn TC, Tobian AA. Minimal cross-over between mutations associated with Omicron variant of SARS-CoV-2 and CD8+ T cell epitopes identified in COVID-19

convalescent individuals. bioRxiv [Preprint]. 2021 Dec 9:2021.12.06.471446. doi: 10.1101/2021.12.06.471446. PMID: 34909772; PMCID: PMC8669839.

- Rezza G. Mandatory vaccination for infants and children: the Italian experience. Pathog Glob Health 2019;113:291-96.

- Saban M, Myers V, Shetrit SB, Wilf-Miron R. Issues surrounding incentives and penalties for COVID-19 vaccination: The Israeli experience. Preventive Medicine 2021;153:106763.

- Savulescu J, Giubilini A, Danchin A. Global Ethical Considerations Regarding Mandatory Vaccination in Children. J Pediatr 2021;231:10-6.

- Savulescu J. Good reasons to vaccinate: mandatory or payment for risk?. J Med Ethics 2021;47:78-85.

- Schmidt F, Muecksch F, Weisblum Y, Silva JD, Bednarski E, Cho A, Wang Z, Gaebler C, Caskey M, Nussenzweig MC, Hatziioannou T, Bieniasz PD. Plasma neutralization properties of the SARS-CoV-2 Omicron variant. medRxiv [Preprint]. 2021 Dec 13:2021.12.12.21267646. doi: 10.1101/2021.12.12.21267646. PMID: 34931199; PMCID: PMC8687470.

- Schmitz M., Olivier Luminet, Olivier Klein, Sofie Morbée, Omer Van den Bergh, Pascaline Van Oost, Joachim Waterschoot, Vincent Yzerbyt, Maarten Vansteenkiste. Predicting Vaccine Uptake during COVID-19 Crisis: A Motivational Approach. Preprint : https://psyarxiv.com/3f4pb

- Schubert M., Federico Bertoglio, Stephan Steinke, Philip Alexander Heine, Mario Alberto Ynga-Durand, Fanglei Zuo, Likun Du, Janin Korn, Marko Milošević, Esther Veronika Wenzel, Henrike Maass, Fran Krstanović, Saskia Polten, Marina Pribanić-Matešić, Ilija Brizić, Antonio Piralla, Fausto Baldanti, Lennart Hammarström, Stefan Dübel, Alan Šustić, Harold Marcotte, Monika Strengert, Alen Protić, Qiang Pan-Hammarström, Luka Čičin-Šain, Michael Hust. Human serum from SARS-CoV-2 vaccinated and COVID-19 patients shows reduced binding to the RBD of SARS-CoV-2 Omicron variant. medRxiv 2021.12.10.21267523; doi: https://doi.org/10.1101/2021.12.10.21267523

- Sciensano - IMPACT DU VARIANT OMICRON SUR L'ISOLEMENT ET LA QUARANTAINE. RAG - 03/01/2022. https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/20220104_Advice_RAG_Omicron%20impact%20on%20Q%20and%20isolation_FR.pdf

- Sencer, et al. Epidemiologic Basis for Eradication of Measles in 1967: A Statement by the Public Health Service. Public Health Reports (1896-1970), vol. 82, no. 3, Association of Schools of Public Health, 1967, pp. 253–56, https://doi.org/10.2307/4592985.

- Sheikh, A, Kerr, S, Woolhouse, M, McMenamin, J & Robertson, C 2021 'Severity of Omicron variant of concern and vaccine effectiveness against symptomatic disease: national cohort with nested test negative design study in Scotland'. https://www.research.ed.ac.uk/en/publications/severity-of-omicron-variant-of-concern-and-vaccine-effectiveness-

- Sokol D. Covid-19 vaccination should be mandatory for healthcare workers. BMJ 2021;375:n2670.

- Syed A. M., Alison Ciling, Mir M. Khalid, Bharath Sreekumar, Pei-Yi Chen, G. Renuka Kumar, Ines Silva, Bilal Milbes, Noah Kojima, Victoria Hess, Maria Shacreaw, Lauren Lopez, Matthew Brobeck, Fred Turner, Lee Spraggon, Taha Y. Taha, Takako Tabata, Irene P. Chen, Melanie Ott, Jennifer A. Doudna. Omicron mutations enhance infectivity and reduce antibody neutralization of SARS-CoV-2 virus-like particles. medRxiv 2021.12.20.21268048; doi: https://doi.org/10.1101/2021.12.20.21268048

- Talbot TR. COVID-19 Vaccination of Health Care Personnel as a Condition of Employment: A Logical Addition to Institutional Safety Programs. JAMA. 2021 Jul 6;326(1):23-24. doi: 10.1001/jama.2021.8901. PMID: 34096978.

- Thompson MG, Natarajan K, Irving SA, et al. Effectiveness of a Third Dose of mRNA Vaccines Against COVID-19–Associated Emergency Department and Urgent Care Encounters and Hospitalizations Among Adults During Periods of Delta and Omicron Variant Predominance — VISION Network, 10 States, August 2021–January 2022. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. ePub: 21 January 2022. DOI: http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm7104e3external icon.

- Vanderslott S, Marks T. Charting mandatory childhood vaccination policies worldwide. ScienceDirect 2021;39:4054-62.

- Vaz OM, Ellingson MK, Weiss P, Jenness SM, Bardají A, Bednarczyk RA et al. Mandatory Vaccination in Europe. Pediatrics 2020;145:e20190620.

- Verelst, F., Hermans, L., Vercruysse, S. et al. SOCRATES-CoMix: a platform for timely and open-source contact mixing data during and in between COVID-19 surges and interventions in over 20 European countries. BMC Med 19, 254 (2021). https://doi.org/10.1186/s12916-021-02133-y

- Viana R., Sikhulile Moyo, Daniel G Amoako, Houriiyah Tegally, Cathrine Scheepers, Christian L Althaus, Ugochukwu J Anyaneji, et al. Rapid epidemic expansion of the SARS-CoV-2 Omicron variant in southern Africa. medRxiv 2021.12.19.21268028; doi: https://doi.org/10.1101/2021.12.19.21268028

- Waitzberg R, Triki N, Alroy-Preis S, Lotan T, Shiran L, Ash N. The Israeli Experience with the “Green Pass” Policy Highlights Issues to Be Considered by Policymakers in Other Countries. Int J Environ Res Public Health 2021;18:11212.

- Wei C, Shan KJ, Wang W, Zhang S, Huan Q, Qian W. Evidence for a mouse origin of the SARS-CoV-2 Omicron variant. J Genet Genomics. 2021 Dec 23:S1673-8527(21)00373-8. doi: 10.1016/j.jgg.2021.12.003. Epub ahead of print. PMID: 34954396.

- WHO - Digital Documentation of COVID-19 Certificates: Vaccination Status — Technical Specifications and Implementation Guidance, 27 August 2021. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

- WHO - WHO Collaborating Centre for Infectious Disease Modelling, MRC Centre for Global Infectious Disease Analysis, Jameel Institute, Imperial College London. Report 50: Hospitalisation risk for Omicron cases in England. Dec 2021.

https://www.imperial.ac.uk/mrc-global-infectious-disease-analysis/covid-19/report-50-severity-omicron.

- Wang Y, Zhang L, Li Q, Liang Z, Li T, Liu S, Cui Q, Nie J, Wu Q, Qu X, Huang W. The significant immune escape of pseudotyped SARS-CoV-2 variant Omicron. Emerg Microbes Infect. 2022 Dec;11(1):1-5. doi: 10.1080/22221751.2021.2017757. PMID: 34890524.

- Wilhelm Alexander, Marek Widera, Katharina Grikscheit, Tuna Toptan, Barbara Schenk, Christiane Pallas, Melinda Metzler, Niko Kohmer, Sebastian Hoehl, Fabian A. Helfritz, Timo Wolf, Udo Goetsch, Sandra Ciesek. Reduced Neutralization of SARS-CoV-2 Omicron Variant by Vaccine Sera and Monoclonal Antibodies. medRxiv 2021.12.07.21267432; doi: https://doi.org/10.1101/2021.12.07.21267432.

- Wolter N, Jassat W, Walaza S, et al. Early assessment of the clinical severity of the SARS-CoV-2 omicron variant. MedRxiv 2021. https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.12.21.21268116v1.

- Zhao H, Lu L, Peng Z, Chen LL, Meng X, Zhang C, Ip JD, Chan WM, Chu AW, Chan KH, Jin DY, Chen H, Yuen KY, To KK. SARS-CoV-2 Omicron variant shows less efficient replication and fusion activity when compared with delta variant in TMPRSS2-expressed cells. Emerg Microbes Infect. 2021 Dec 24:1-18. doi: 10.1080/22221751.2021.2023329. Epub ahead of print. PMID: 34951565.

VII APPENDIXES

Appendix 1*: official questions (in Dutch)

Beste allen,

Het Overlegcomité van 17 november 2021 vroeg aan het Coronacommissariaat om “na te gaan op welke manieren de vaccinatiegraad maximaal verhoogd kan worden. Hierbij dienen minstens de juridische, ethische en motivationele aspecten bekeken te worden.” Deze vraag kaderde in een debat binnen het Overlegcomité over de opportuniteit, haalbaarheid, voor- en nadelen, etc. van mogelijke pistes als overgang van een coronapas op basis van 3G (gevaccineerd, getest, genezen) naar 2G (gevaccineerd of genezen) of 1G (gevaccineerd), of de verplichte vaccinatie. Het Overlegcomité heeft ter zake nog geen oriëntaties genomen. Bovendien kunnen ook andere opties inzake het verhogen van de vaccinatiegraad overwogen worden, aanvullend op de reeds bestaande informatieve en communicatieve acties die door de overheden, gecoördineerd binnen de Taskforce Vaccinatie van het Commissariaat, worden ondernomen in het kader van de vaccinatiecampagne.

Het Coronacommissariaat onderscheidt, na overleg de voorbije dagen op politiek niveau over de aanpak en inhoud van de opdracht, volgende vraagstukken en wenst de beschikbare expertise en adviesorganen te valoriseren inzake deze kwesties. Deze aanpak en vragen zijn goedgekeurd door de Premier, voorzitter van het Overlegcomité en de federale minister van Volksgezondheid.

1) Epidemiologische impact: voor deze vragen wensen we graag beroep te doen op de Hoge Gezondheidsraad, die via de NITAG, advies levert in het kader van de vaccinatiecampagne

- Rekening houdend met de huidige kennis over het virus en de epidemie: welk niveau van vaccinatie is vereist om een effectieve bescherming van burgers en bevolking te verzekeren?
- In welke mate en onder welke voorwaarden dragen de mogelijke instrumenten tot verhoging van de vaccinatiegraad bij tot een betere beheersing van de epidemie, enerzijds op vlak van de viruscirculatie, anderzijds op vlak van de beperking van ziektelast, hospitalisatie en overlijden?
- Welk potentieel hebben deze instrumenten op het vlak van de mogelijke versoepeling van niet-farmaceutische interventies?
- Bij bovenstaande vragen dient ook rekening te worden gehouden met wat de state-of-the-art evidence is op vlak van vaccineffectiviteit, de nood aan herhaaldoses, de mate waarin genezing leidt tot bescherming, het mogelijks verder epidemiologisch verloop van pandemie naar endemie, mogelijke nieuwe varianten, etc.

2) Ethische, juridische en sociale overwegingen: voor deze vragen willen graag beroep te doen op het Comité voor Bio-Ethiek, die reeds eerder adviezen heeft geformuleerd inzake verplichte vaccinatie en de coronapas, alsook de Commissie Patiëntenrechten. Ik wijs erop dat de GEMS ook reeds adviezen heeft uitgebracht inzake deze elementen.

- Wat zijn de ethische, juridische en sociale overwegingen bij de mogelijke instrumenten?
- Wat zijn motivationele aspecten die in rekening moeten worden genomen?

3) Internationale vergelijking: voor deze analyse zouden we graag beroep doen op de FOD Volksgezondheid

- Welke beslissingen en beleidsintenties bestaan er binnen de WHO Euro (en eventueel daarbuiten) omtrent de mogelijke instrumenten, alsook welke argumenten worden daarbij

gehanteerd? Hoe wil men dit beleid operationaliseren op juridisch, technisch en handhavingsvlak?

4) Operationalisering: voor deze analyse zouden we graag beroep doen op de FOD Volksgezondheid, die voor bepaalde aspecten (handhaving) met de FOD Binnenlandse Zaken en de FOD Justitie kan afstemmen.

- Onder voorbehoud van eventuele beslissingen, wat zijn juridische, technische, communicatieve en handhavingsoverwegingen die in rekening moeten worden genomen? Welke zijn succes- en faalfactoren ter zake? En wat is de haalbaarheid om daarop een effectief antwoord te bieden?
- Welke ervaring hebben we ter zake met de verplichte polio-vaccinatie en welke lessen kunnen we trekken?

Het Coronacommissariaat vraagt, rekening houdend met de verwachtingen van het Overlegcomité, het advies ten laatste op 20 december te ontvangen, en zal op basis daarvan een geconsolideerd rapport aan het Overlegcomité overmaken. Qua aanpak is het mogelijk dat de verschillende adviesorganen deze opdrachten gezamenlijk opnemen, bv. in een gezamenlijke werkgroep, rekening houdend met de samenhang van de verschillende vragen.

Ik dank jullie alvast hartelijk voor uw antwoord en ben evident ter beschikking bij eventuele vragen of wens tot afstemming.

Pedro Facon
Regeringscommissaris COVID-19

About the Superior Health Council (SHC)

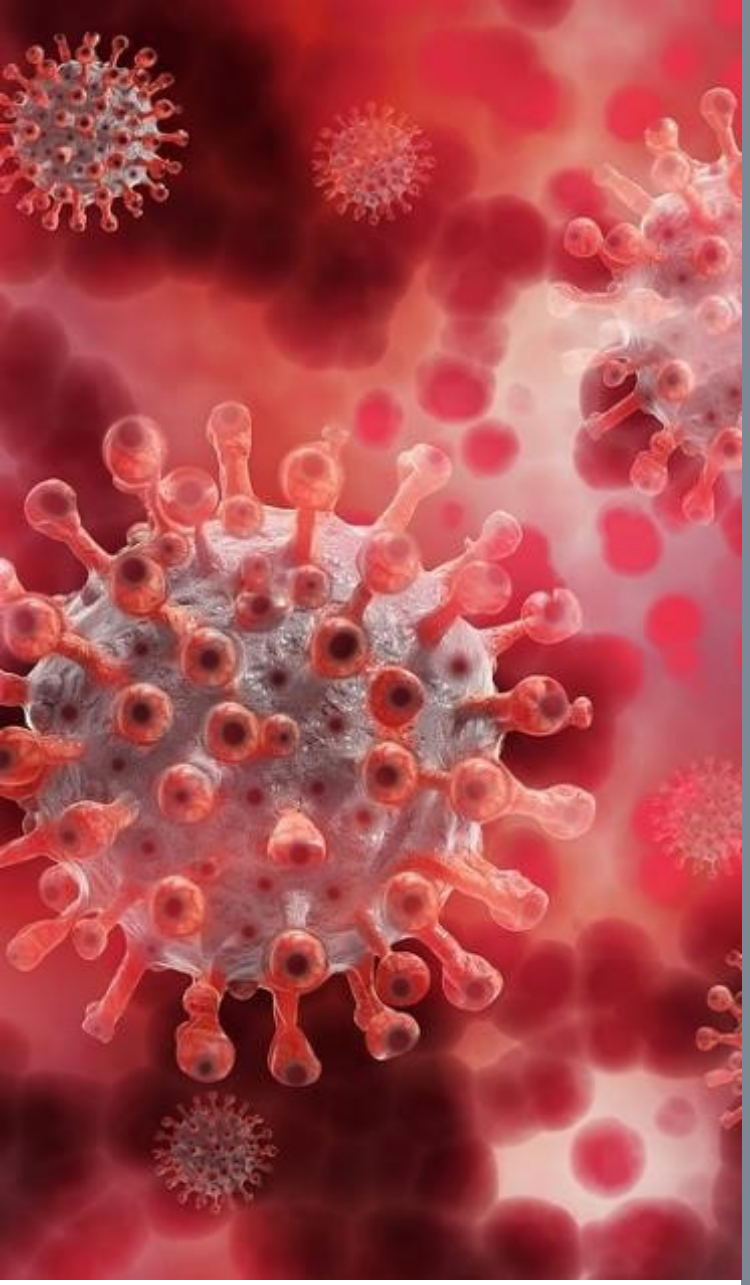
The Superior Health Council is a federal advisory body. Its secretariat is provided by the Federal Public Service Health, Food Chain Safety and Environment. It was founded in 1849 and provides scientific advisory reports on public health issues to the Ministers of Public Health and the Environment, their administration, and a few agencies. These advisory reports are drawn up on request or on the SHC's own initiative. The SHC aims at giving guidance to political decision-makers on public health matters. It does this on the basis of the most recent scientific knowledge.

Apart from its 25-member internal secretariat, the Council draws upon a vast network of over 500 experts (university professors, staff members of scientific institutions, stakeholders in the field, etc.), 300 of whom are appointed experts of the Council by Royal Decree. These experts meet in multidisciplinary working groups in order to write the advisory reports.

As an official body, the Superior Health Council takes the view that it is of key importance to guarantee that the scientific advisory reports it issues are neutral and impartial. In order to do so, it has provided itself with a structure, rules and procedures with which these requirements can be met efficiently at each stage of the coming into being of the advisory reports. The key stages in the latter process are: 1) the preliminary analysis of the request, 2) the appointing of the experts within the working groups, 3) the implementation of the procedures for managing potential conflicts of interest (based on the declaration of interest, the analysis of possible conflicts of interest, and a Committee on Professional Conduct) as well as the final endorsement of the advisory reports by the Board (ultimate decision-making body of the SHC, which consists of 30 members from the pool of appointed experts). This coherent set of procedures aims at allowing the SHC to issue advisory reports that are based on the highest level of scientific expertise available whilst maintaining all possible impartiality.

Once they have been endorsed by the Board, the advisory reports are sent to those who requested them as well as to the Minister of Public Health and are subsequently published on the SHC website (www.hgr-css.be). Some of them are also communicated to the press and to specific target groups (healthcare professionals, universities, politicians, consumer organisations, etc.).

In order to receive notification about the activities and publications of the SHC, please contact: info.hgr-css@health.belgium.be.



Regeringscommissariaat Corona
Commissariat Corona du Gouvernement

Hoorzitting over verplichte vaccinatie en coronacertificaat

Federaal Parlement

16/02/2022

Context

Opdracht vanwege Overlegcomité van 17/11/2021

Nota van 11/01/2022 aan het Overlegcomité

Aanvullende nota van 4/02/2022 aan het Overlegcomité

Opgesteld op basis van:

- aangevraagde adviezen bij Hoge Gezondheidsraad, Raadgevend Comité voor Bio-ethiek, Commissie Patiëntenrechten
- input vanwege FOD Volksgezondheid
- adviezen op eigen initiatief van UNIA, Federaal Instituut voor de Mensenrechten
- studies uit NL en FR inzake gebruik van coronacertificaat
- eigen beleidsvoorbereidende documenten van Coronacommissariaat en adviezen van GEMS (incl. Motivatiebarometer)

Algemene reflecties

Onderscheid tussen epidemiologische argumenten versus andere argumenten van diverse aard: volksgezondheid, ethiek, sociale overwegingen, juridische argumenten, operationele argumenten, etc. De afweging tussen deze elementen is politiek van aard. Het Commissariaat speelt daarin een ondersteunende rol ten aanzien van de federale regering, de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid en het Overlegcomité.

De wijze waarop we kijken, en wat we als voorzorg en proportioneel beschouwen, waarbij deze begrippen een andere betekenis heeft volgens de discipline en rol van waaruit men spreekt, wordt in sterke mate bepaald door de situatie waarin we ons bevinden. Belang om in termen van epidemiologische scenario's te denken, scenario's die kunnen variëren in termen van virulentie en verschalking en/of verval van immuniteit. Ook rekening houden met mogelijks evoluerende vaccinatiebereidheid.

Belang van transparantie, communicatie en dialoog tussen beleidsmakers en bevolking over deze scenario's, wat we weten en niet weten, de beleidsalternatieven, hun voor- en nadelen, alsook hun beperkingen.

Politieke oriëntatie inzake opportuniteit, inhoudelijke en procesmatige modaliteiten noodzakelijk om beleidsmatige en operationele paraatheid mogelijk te maken, in termen van juridisch kader, processen, handhaving, technologie, personeelscapaciteit, e.d.

Impact van ontwikkelingen in buurlanden en in Europese ruimte

Argumenten van het Commissariaat

Onzekerheden over de evolutie van het virus en de evolutie van de epidemie, zelfs in een verwachting van een transitie naar een endemische situatie.

Onzekerheden over de vaccinatie-effectiviteit: verschillende types van studies en observaties.

Onzekerheden over werking en evolutie van immuniteit en zijn vormen.

Verplichte vaccinatie als ‘last resort’

Coronacertificaat als sanitair veiligheidsinstrument in een context van niet-essentiële activiteiten als 1 mogelijk instrument binnen een beleidsmix (Zwitsers gatenkaasmodel). Beheersstrategie op basis van verdedigingslinies enerzijds en barometer/maatregelensets anderzijds.

Epidemiologisch beleid tekent zich uit binnen ruimer volksgezondheidsbeleid en overheidsbeleid, en binnen een maatschappelijke context.

Argumenten van het Commissariaat

Coronacertificaat is effectief, maar wisselend en evolutief, op vlak van bescherming tegen besmetting en transmissie, ernstige ziekte/hospitalisatie, overlijden, alsook verhoging vaccinatiegraad.

Maar ook negatieve externaliteiten in rekening brengen.

De relatieve toegevoegde waarde van een coronacertificaat, als vaccinatiecertificaat, of als 2G/3G, hangt ook af van de sterkte van andere verdedigingslinies.

Coronacertificaat en verplichte vaccinatie zijn niet wederzijds exclusief.

Epidemiologisch beleid tekent zich uit binnen ruimer volksgezondheidsbeleid en overheidsbeleid, en binnen een maatschappelijke context. Voorzorg en proportionaliteit.

ABVV-FGTB
Ensemble, on est plus forts
Samen sterk

Toelichting namens het ABVV naar aanleiding van de hoorzitting in de Kamer over de verplichte vaccinatie

1. Het ABVV heeft de vaccinatiestrategie steeds ondersteund en heeft gedurende de pandemie samen met de andere sociale partners steeds zijn verantwoordelijkheid opgenomen. Hetzij in de Hoge Raad van Preventie en Bescherming op het Werk door middel van de generieke gids en een gezamenlijke sensibiliseringscampagne, hetzij in de sectoren via sectorprotocollen, hetzij in de diverse beheerscomité van Fedris met betrekking tot de bepalingen over COVID als beroepsziekte, van de RVA in verband met de tijdelijke werkloosheid of in het beheerscomité van het RIZIV over de algehele gezondheidsproblematiek.

2. Het ABVV wenst dat zoveel mogelijk mensen zich laten vaccineren, want dit blijft de best beschikbare preventiemaatregel om de gezondheidscrisis in te dijken. In eigen land moeten extra-inspanningen geleverd worden om diegenen die zich nog niet lieten vaccineren gericht te benaderen en te overtuigen. Maar ook en vooral mondiaal moet de vaccinatie versneld worden, onder meer door de opheffing van de patenten voor coronavaccins en door de farmaceutische sector verplichtingen op te leggen om vaccins gratis ter beschikking te stellen. Om deze en toekomstige gezondheidscrisissen te lijf te gaan moet blijvend geïnvesteerd worden in de gezondheidszorg.

3. het ABVV spreekt zich niet uit omtrent het verplicht karakter van de vaccinatie, want dat is een politieke beslissing. Daarbij moeten wel verschillende elementen in ogenschouw genomen worden:

   - Is de maatregel proportioneel, feit is dat zelfs gevaccineerden het virus blijven doorgeven en dat het vaccin hoewel het zijn nut bewezen heeft, niet volledig zaligmakend is. Wat is de echte gezondheidswinst bij een eventuele verplichting, nu zoveel mensen reeds gevaccineerd zijn?
   - Risico op ondermijnen van draagvlak bij de bevolking.
   - Noodwendigheid in deze fase van de pandemie.
   - Respect voor de fundamentele rechten (lichamelijke integriteit, …)
   - Zijn er alternatieven, die effectiever zijn, zoals een coronapas voor specifieke activiteiten waaronder geen enkele voorwaarden arbeidsprestaties kunnen meegenomen worden. Ook het recht op privacy van de werknemers dient in afdoende mate te worden gewaarborgd.

   Het hoeft niet te verbazen dat voor ons vooral de gevolgen van een eventuele vaccinatieverplichting op het sociaal- en arbeidsrechtelijke vlak het belangrijkste zijn. Voor ons kan de sanctie als deze er moet zijn, nooit zover gaan dat iemand zijn beroepsactiviteit niet langer kan uitoefenen! Het recht om zijn werk te kunnen uitoefenen in veilige omstandigheden maakt dat sowieso veiligheidsmaatregelen noodzakelijk zijn en blijven, net omdat er ook overdracht van het virus mogelijk is als men gevaccineerd is.

4. Ondertussen is er natuurlijk al een precedent gecreëerd voor de personeelsleden van de zorgsector. Wij blijven overtuigd dat dit geen goede maatregel is om meerdere redenen:

   - één sector wordt geviseerd; op dit moment de verzorgenden, maar de consequentie van het advies van de RvS kan er op neerkomen dat ook andere personeelscategorieën dan de verzorgden zullen worden verplicht;
   - dit zal voor veel commotie zorgen op het terrein en dreigt daarmee het draagvlak van de vaccinatiestrategie aan te tasten;
   - en bovenal zijn de sociale gevolgen voor de betrokken personeelsleden buiten proportie,
   - de voorgestelde alternatieven van schorsing van contract of andere maatregelen overtuigen geenszins.

- bovendien zal het een negatieve impact hebben op de beschikbaarheid van personeel in de zorgsector, een sector die nota bene al met tekorten kampt.

De invoeringsdatum werd uitgesteld naar 1 juli, wij hopen zeer dat dit uitstel ook afstel betekent en dat de collega's die omwille van persoonlijke motieven zich niet lieten vaccineren alsnog hun plaats in de sector kunnen behouden en verder worden gestimuleerd en begeleid om zich vooralsnog te laten vaccineren, dit in overleg met de werknemersvertegenwoordigers in de sector.

Wij vragen met aandrang dat zowel de wetgever als de uitvoerende macht zijn positie heroverweegt, zeker in deze fase van de pandemie zou het zeer bitter zijn dat collega's in de zorgsector die 2 jaar in de frontlinie hebben gestaan op deze manier voor bewezen diensten zouden bedankt worden!

Namens het ABVV
Raf De Weerdt
Federaal secretaris

Vlaams netwerk van ondernemingen

Vaccinatie

Standpunt Voka Health Community – 23/02/2022

Covid-19 vaccinatie is veilig en een booster is aanbevolen voor volwassenen

— EMA en ADVIES VAN DE HOGE GEZONDHEIDSRAAD nr. 9683

De vaccinatieplicht voor zorgpersoneel is aanbevolen

— HGR en het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek

Het draagvlak voor vaccinatieplicht of dwingend CST lijkt afhankelijk van verloop van de pandemie

— Hans Maertens gedelegeerd bestuurder Voka

Vaccineer op de bedrijfsvloer

- **420.000 vaccins in zorg door externe diensten**
- **Specifieke doelgroepen bereiken**
- **Structureel inbedden**

Lessen voor de toekomst

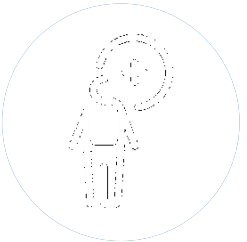
Aanbevelingen rond vaccinatie



Voorzie helder wettelijk kader voor vaccinatie(plicht)



Identificeer prioritaire groepen via populatiemanagement en wissel gegevens uit



Betrek reguliere kanalen: huisarts & bedrijfsarts

Vlaams netwerk van ondernemingen

Vaccinatie

Standpunt Voka Health Community – 23/02/2022

Standpunt Zorgnet-Icuro dd. 16.02.2022

Verplichte vaccinatie voor volwassenen: ja of nee?

Zorgnet-Icuro is voorstander van een verplichte vaccinatie voor alle medewerkers in de zorg, en bij uitbreiding voor alle volwassen Belgische burgers. En dit met ingang op het gepaste tijdstip. In die zin staan we dan ook achter het huidige wetsvoorstel van minister Vandenbroucke dat flexibiliteit geeft qua ingangsdatum, maar er wel voor zorgt dat er geen breed debat meer moet rond gevoerd worden als de nood hoog is.

Gepaard gaande met de opkomst van nieuwe varianten evolueren de wetenschappelijke inzichten over de effectiviteit van de vaccins voortdurend. Ongeveer één jaar na de start van de vaccinatiecampagne is het duidelijk dat vaccinatie een belangrijk, maar niet het enige wapen is in de strijd tegen het virus. De vaccins beschermen tegen ernstige ziekte, ziekenhuisopname en overlijden. Tijdens de vierde golf bleek bijvoorbeeld dat gevaccineerde 65-plussers vier keer minder kans hadden om opgenomen te worden op intensieve zorg. Toen zorgden de niet-gevaccineerden voor een disproportionele belasting van de intensieve zorg. In tegenstelling tot wat oorspronkelijk werd gehoopt, kunnen gevaccineerden wel nog besmet raken en die besmetting ook overdragen, maar is dat risico wel lager dan bij niet-gevaccineerden.

Het doel van elke zorgvoorziening en elke zorgverlener is om patiënten en bewoners zorg te verlenen die zo kwaliteitsvol mogelijk is. Ze zijn vaak kwetsbaar en we moeten hen zo goed mogelijk beschermen en mogelijke virusoverdracht maximaal voorkomen of het risico verminderen. Dit doel streeft elke zorgverlener na, het is inherent aan de job en het is een morele plicht om niets aan het toeval over te laten. Werkgevers in de zorg hebben ook de plicht om de gezondheid van de individuele medewerker, de zorgverlener zelf te beschermen. We moeten als zorgorganisatie immers beschikken over voldoende gezond personeel om de zorg voor anderen te kunnen blijven verzekeren. Een veilige werkomgeving is een belangrijke voorwaarde om ook een veilige zorgomgeving voor de patiënt, cliënt of bewoner te kunnen realiseren. Zorgverleners spelen een sleutelrol in de beheersing van de Covid-crisis; ze hebben ook een voorbeeldfunctie in de vaccinatiecampagne. Daarom is Zorgnet-Icuro voorstander van een verplichte vaccinatie voor alle medewerkers in de zorg. Die plicht mag niet beperkt blijven tot de gezondheidszorgberoepen, maar moet gelden voor iedereen die in de zorg werkt (keuken, schoonmaak, kappers enz…).

De langdurigheid van de pandemie en de bewezen effectiviteit van vaccinatie als een belangrijk instrument om de overbelasting van de zorg onder controle te houden, maken van Zorgnet-Icuro ook een voorstander van een vaccinatieplicht voor alle volwassen burgers. In het najaar zagen we dat een kleine groep niet-gevaccineerden een disproportioneel hoge druk zetten op het zorgsysteem. Dat zorgde in de zorg en in de bredere samenleving voor veel morele stress en ethisch onbehagen. De zorg heeft de plicht om iedereen even kwaliteitsvolle zorg te geven. Een toevloed van covid-patiënten leidde ertoe dat de zorg voor anderen moest uitgesteld worden. Dat scenario en die ethische spanning in de samenleving moeten we in de toekomst vermijden. We menen dat het recht op vrije keuze niet opweegt tegen de plicht tot een solidaire bijdrage in de beheersing van een pandemie met een hoge impact op de samenleving. Anders gezegd: de keuze voor niet-vaccinatie schaadt anderen, door een grotere kans op overdracht én een verhoogde druk op het zorgsysteem. Willen we als zorgsector in staat zijn om iedereen een zo kwaliteitsvolle zorg te blijven garanderen, dan zal iedereen daar zijn steentje moeten toe bijdragen.

Uiteraard beseffen we dat het opleggen van dergelijke verplichte inenting een inbreuk is op het zelfbeschikkingsrecht van elke persoon om te beslissen over zijn lichaam. Dat recht op fysieke integriteit is een fundamenteel recht in onze samenleving. Toch is het niet absoluut en zijn uitzonderingen mogelijk als daar een zeer goede verantwoording voor is. Wij menen dat het

waarborgen van het algemeen recht op kwaliteitsvolle gezondheidzorg voldoende opweegt tegen dat individuele recht.

Zorgnet-Icuro is de koepelorganisatie van de Vlaamse ziekenhuizen, voorzieningen uit de geestelijke gezondheidszorg en de social profit ouderenzorg. Meer dan 500 zorgorganisaties zijn lid bij Zorgnet-Icuro. Samen tellen ze meer dan 140.000 medewerkers.

Positon santhea concernant la vaccination obligatoire – 17.02.2022

Santhea est favorable à une vaccination obligatoire pour l'ensemble du personnel des institutions de soins de santé.

Au chevet des patients et des résidents, le personnel des institutions de soins de santé est particulièrement exposé à la COVID-19. Il est donc essentiel que les travailleurs se protègent et surtout, qu'ils protègent les personnes malades et fragiles avec lesquelles ils sont en contact permanent.

Un contact dans les soins entre la personne nécessitant des soins et le prestataire de soins est en soi un contact rapproché. Ce contact étroit comporte un risque plus élevé d'être un contact contaminé, avec des conséquences plus graves que dans un cadre ordinaire de la vie quotidienne. La personne nécessitant des soins est (généralement) une personne vulnérable qui a besoin d'une protection supplémentaire en cas de contamination. Mais elle peut aussi représenter un réel risque pour l'aidant. Il court un risque accru de contact contaminé avec une personne malade.

Nous ne sommes pas à l'abri d'un nouveau variant et d'une nouvelle vague suite à l'émergence de celui-ci. La question de la vaccination garde par conséquent tout son sens.

Il est indiscutable qu'une vaccination offre une protection contre la maladie causée par le virus. Il est également prouvé que la transmission du virus est limitée par la vaccination. Le vaccin constitue donc une protection positive à la fois contre la maladie causée par une contamination et contre la transmission de cette infection.

L'objectif de chaque établissement de santé, de chaque employeur, de chaque soignant, est de fournir aux patients et aux résidents des soins aussi qualitatifs que possible.

Les employeurs ont également pour devoir de protéger la santé de l'employé, quel qu'il soit, tant pour l'employé en tant que tel que pour assurer un personnel suffisant à la bonne continuité des soins.

Nous ne pouvons plus permettre qu'il existe une telle pression sur le système des soins et que des priorités doivent être établies en termes de soins à prodiguer.

Nous insistons par conséquent sur, d'une part, la nécessité d'étendre la vaccination obligatoire à tous les prestataires de soins, y compris les travailleurs indépendants, tant dans le secteur ambulatoire que dans les établissements de soins, et d'autre part, la nécessité d'imposer cette vaccination obligatoire à tout le personnel des institutions de soins (nettoyage, cuisine, administratif, etc.), et non uniquement au personnel soignant.

La vaccination d'une partie du personnel seulement réduirait l'efficacité de la mesure en termes de santé publique.

Elle constituerait également une forme d'iniquité au sein d'un personnel qui œuvre en équipe au quotidien. Pour nous, l'équité entre travailleurs est un enjeu fondamental.

Nous sommes conscients que l'introduction de cette obligation de vaccination, même limitée à un certain groupe cible, restreindra les droits individuels de ce groupe cible. Les droits individuels, tels que le respect de l'intégrité physique et le droit à la vie privée et familiale, sont des valeurs importantes protégées par la Constitution et la Convention européenne des droits de l'Homme. Néanmoins, ces droits ne sont pas absolus et peuvent être restreints pour le bien commun. La restriction des libertés individuelles au profit d'un intérêt général supérieur, ici l'intérêt sanitaire, est justifié, selon nous, dans le cas d'espèce.

Commission de la santé et de l'égalité des chances

Chambre des représentants

Obligation vaccinale et CST

Audition du 8 mars 2022

Elise Degrave

Professeure à l'Université de Namur

Chercheuse en droit public du numérique



1- Eléments essentiels du traitement:
Qui- a accès à quoi- pour quoi faire – pendant combien de temps
2- Demander l'avis de l'APD

BD vaccination

« Crash test » : ingérence dans le DF à la vie privée	« Crash test + »: encadrement de la base de données vaccination
1. Loi claire et prévisible	- Actuellement: acc. Coop. 12/03/2021 / Vaccinet - **Flandre** mais art. 10 (migration des données) → à revoir Loi + SPF santé (cfr BD grippe AR 3/11/2009) ?
2. Objectif déterminé	Cfr art. 4 acc. Coop.→ à revoir Finalités « déterminées » 1- Or liste « fourre-tout » (compar. décret français n° 2020-1690 art 1 II) 2- Finalité en soi (ex: Art. 4, §2, 11° « sensibilisation » des personnes vaccinées) 3- Tout dans cette loi (car actuellement: acc coop d'exécution du CST étend les finalités) 4- Distinguer au max (contrôle/gestion administrative/service au citoyen) → Quid « rappel de vaccination » ?
3. Objectif légitime	Art. 8 CEDH/ RGPD 9.2.i
4. Ingérence pertinente	1- Suffisamment de données /Pas trop de données Ex. Art. 3§2, AC: NIRN + bcp de données Ex2. Art. 6 §2, AC Durée de conservation « 30 ans au minimum » → à revoir
5. Ingérence nécessaire	2- Qui a accès ? **CSI** (compar. décret français: art 3 I et II) → à revoir



1- Eléments essentiels du traitement:
Qui- a accès à quoi- pour quoi faire – pendant combien de temps
2- Demander l'avis de l'APD

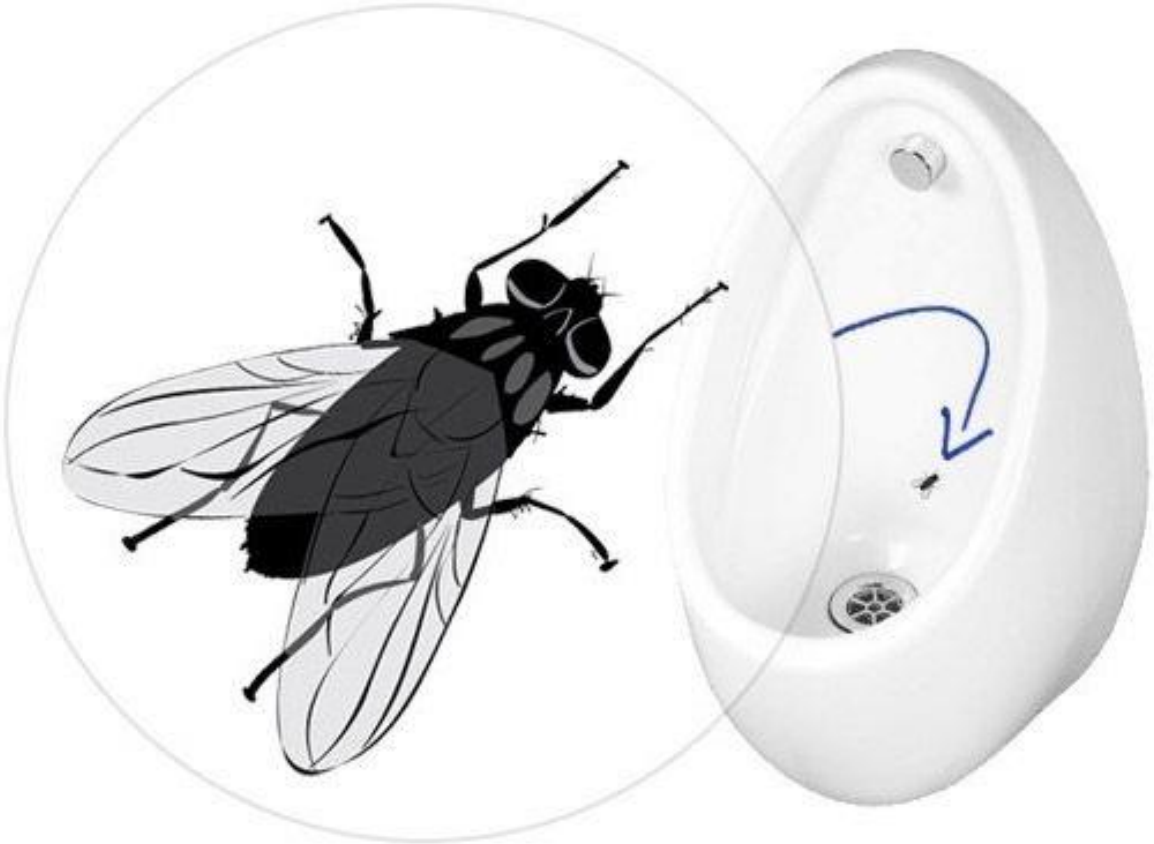
Obligation vacc.

« Crash test » ingérence dans le DF à la vie privée	« Crash test + »: encadrement de l'obligation vaccinale – sanction via les données à c. p. **Techniquement faisable/démocratiquement acceptable?**
1. Loi claire et prévisible	Chapitre 1. Obligation Chapitre 2. Mise en œuvre de l'obligation via des croisements de données
2. Objectif déterminé	Sanctionner le non respect de l'obligation vaccinale
3. Objectif légitime	Art. 8 CEDH/ RGPD 9.2.i
4. Ingérence pertinente 5. Ingérence nécessaire	1) Réutilisation de données : en principe interdit sauf si précisé dans les lois. (RGPD cons. 50) < Finalité « avantage » diff. Finalité « contrôle » → Base légale pour l'administration qui envoie la donnée + l'administration qui la reçoit 2) Exemples de sanctions décidées à l'étranger: • Canada: suspension des allocations de chômage./suspension du permis de conduire • Singapour: non remboursement des soins de santé dans les USI • Indonésie : suspension/refus du permis de conduire • Pakistan: isolement numérique (carte SIM bloquée)



1- Eléments essentiels du traitement:
Qui- a accès à quoi- pour quoi faire – pendant combien de temps
2- Demander l'avis de l'APD

« Crash test » ingérence dans le DF à la vie privée	« Crash test + »: encadrement du CST
1. Loi claire et prévisible	Adopter une loi CST < Base de données « test » de Sciensano (fédérlale) + Base de données « vaccination » (fédérale): sources authentiques de données
2. Objectif déterminé	- Sanitaire ? - Compliquer la vie des non-vaccinés pour pousser la vaccination ? (mais alors: pourquoi pas une obligation vaccinale ?)
3. Objectif légitime	Art. 8 CEDH/RGPD 9.2.i
4. Ingérence pertinente	- Dépend de l'objectif - Remise en question des bénéfices sur le plan épidémiologique
5. Ingérence nécessaire	1- Atteinte à plusieurs DF (égalité et non discrimination/ enseignement/culture/vie privée) 2- Pour les vaccinés et non vaccinés 3- Faux CST + faille de sécurité Covidscan (affaire pendante devant l'APD) 4- Jurisprudence critique (Namur-Liège/ Namur2) 5- Rôle du Parlement à long terme car « nudge »



Analyse: Base de données de contrôle d’une obligation vaccinale / pass vaccinal

ONLINE, 8 MARS 2022

Franck Dumortier

Franck.dumortier@vub.be

VUB VRIJE UNIVERSITEIT BRUSSEL

1. UNE BASE DE DONNÉES DE CONTRÔLE DE L’OBLIGATION VACCINALE ?

UNE BASE DE DONNÉES DE CONTRÔLE DE L'OBLIGATION VACCINALE ?

PRISE EN COMPTE DES ÉLÉMENTS ACTUELS

- Actuellement, la vaccination est soutenue par deux bases de données (AC du 12/03/2021):
  1. La BD des codes de vaccination: elle contient les données de l'ensemble de la population a priori vaccinable pour être invitée à se faire vacciner (les contre-indications ne sont pas reprises dans cette banque de données).
  2. La BD d'enregistrement de la vaccination (Vaccinnet): elle contient uniquement des données des personnes effectivement vaccinées.

- Actuellement, aucune BD ne permet, à elle seule, de connaître la raison pour laquelle des personnes ne sont pas partiellement/entièrement vaccinées (choix, contre-indication, rétablissement).

- L'AC du 12/03/2021 prévoit explicitement que les données collectées ne peuvent pas être utilisées à d'autres fins que celles prévues. Elles ne peuvent donc pas être réutilisées notamment à des fins policières ou pénales.

- + Déduire « automatiquement » les personnes ne respectant pas l'obligation vaccinale sur base des BD existantes conduirait à rendre « présumées suspectes » les personnes ayant des contre-indications.

UNE BASE DE DONNÉES DE CONTRÔLE DE L'OBLIGATION VACCINALE ?

CONDITIONS POUR UNE NOUVELLE BASE DE DONNÉES (1)

- Minimisation: cette BD ne devrait contenir que les données des personnes soumises à l'obligation vaccinale (pas celles de l'ensemble de la population vaccinable) et n'ayant pas complété leur schéma de vaccination, à l'exclusion des personnes pouvant justifier d'un certificat de contre-indication (et possiblement de ceux ayant un certificat de rétablissement dans un certain délai).

- Art. 22 Const: il faut une base légale formelle (sans doute une loi si finalité pénale)

- Sans doute application de la Directive Police & Justice: la BD aurait pour finalité la prévention et la détection d'infractions ainsi que l'exécution de sanctions administratives/pénales par les autorités compétentes.

- L'imposition de sanctions ne pourrait pas faire l'objet de décisions individuelles automatisées sans prévoir au minimum le droit d'obtenir une intervention humaine.

- Par défaut les droits des personnes concernées seraient fortement limités (droit d'accès indirect): aménagement nécessaire !

UNE BASE DE DONNÉES DE CONTRÔLE DE L'OBLIGATION VACCINALE ?

CONDITIONS POUR UNE NOUVELLE BASE DE DONNÉES (2)

- Vu que des données santé serait traitées sous l'empire de la Directive Police & Justice, il faudrait en outre justifier que ce traitement est « **d'une nécessité absolue** » (art. 10)

- L'exigence de proportionnalité « renforcée » imposerait aux autorités:
  - non seulement de justifier, à intervalles réguliers, que l'obligation vaccinale est proportionnée au regard de la situation concrète d'urgence épidémique
  - mais aussi de démontrer que le traitement mis en œuvre pour la faire respecter est la moins attentatoire possible.

- Or, une voie alternative et moins attentatoire existe : il pourrait être prévu que les forces de l'ordre puissent demander aux citoyens la production du certificat de vaccination (ou du certificat de rétablissement, voire même d'un certificat de contre-indication) à des fins de vérification du respect de l'obligation vaccinale, par exemple lors d'un contrôle d'identité.

- Dans cette voie alternative, importance d'assurer que les contrôles d'identité n'aient pas lieu de manière discriminatoire…

2. LES TRAITEMENTS DE DONNÉES DÉCOULANT D’UN PASS VACCINAL/IMMUNITAIRE

LES TRAITEMENTS DÉCOULANT D'UN PASS VACCINAL/IMMUNITAIRE

PRISE EN COMPTE DES ÉLÉMENTS ACTUELS

- Actuellement, au niveau européen, le Règlement (UE) 2021/953 permet à un citoyen d'obtenir trois catégories différentes de certificats de la part des autorités : un « certificat de vaccination », un « certificat de rétablissement » ou un « certificat de test ».

- Le COVID Safe Ticket (CST) est le résultat de la lecture du certificat COVID numérique de l'UE au moyen de l'application COVIDScan - par des organisateurs d'événements ou des gestionnaires de lieux - afin de conditionner l'accès à une série d'évènements, d'établissements et de facilités.

- En cas d'évolution négative de la pandémie, certains envisagent de transformer ce CST en « pass vaccinal » (et possiblement immunitaire) : il s'agirait du système CST duquel on enlèverait le « certificat de test » (et possiblement, le « certificat de rétablissement »). L'utilisation du « certificat de test » ne serait possible que pour les personnes disposant également d'un « certificat de de contre-indication ».

- 2 hypothèses peuvent être imaginées: pass vaccinal avec/sans obligation vaccinale

LES TRAITEMENTS DÉCOULANT D'UN PASS VACCINAL/IMMUNITAIRE

2 HYPOTHESES DIFFÉRENTES

Avec obligation vaccinale

- Objectif: réserver l'accès à certains lieux uniquement aux personnes respectant ladite obligation (ou non soumises à cette obligation).
- Catégories de données traitées:
  - Données concernant la santé
  - Données relatives à des infractions
- Application de l'article 10 de la loi du 30/07/2018
- Obligation de dénonciation ? (art. 30 CICr)

Sans obligation vaccinale

- Objectif: soit, a) il serait un incitant à la vaccination du citoyen, soit b) il viserait la diminution de la circulation du virus afin de limiter la pression sur les soins de santé tout en évitant, par la même occasion, la fermeture de certains secteurs et les annulations d'évènements.
- Catégories de données traitées: uniquement données concernant la santé
- Relève du même regime que le CST actuel

VUB VRIJE UNIVERSITEIT BRUSSEL

LES TRAITEMENTS DÉCOULANT D'UN PASS VACCINAL/IMMUNITAIRE

CONCLUSIONS

- Au vu des conséquences, si l'instauration d'un « pass vaccinal » au pour objectif le contrôle du respect de l'obligation vaccinale, on pourrait considérer qu'il s'agit davantage d'une mesure d' « information » au sens de l'article 28bis du code d'instruction criminelle destinée à rechercher les infractions et leurs auteurs.

- En toute logique, les seules personnes légitimes pour constater ces infractions seraient alors les forces de l'ordre. Pour cette raison, l'hypothèse 2 (pass vaccinal en l'absence d'obligation vaccinale) semble légalement plus vraisemblable.

- Néanmoins:
  - Il paraîtrait plus « transparent » de considérer qu'un pass vaccinal a pour objectif un incitant à la vaccination (en sus des objectifs sanitaires et économiques listés dans l'AC CST et les normes des entités fédérées)
  - Nécessité d'une ré-évaluation périodique afin de s'assurer que le pass vaccinal est efficace, nécessaire et proportionné par rapport à son objectif.

- Quelque soit l'option retenue par le législateur, obligation d'avis préalable de l'APD (+ indépendance)

Un grand merci pour votre attention !

Franck Dumortier

Franck.dumortier@vub.be

HET DENKEN MAG ZICH NOOIT ONDERWERPEN, NOCH AAN EEN DOGMA, NOCH AAN EEN PARTIJ, NOCH AAN EEN HARTSTOCHT, NOCH AAN EEN BELANG, NOCH AAN EEN VOOROORDEEL, NOCH AAN OM HET EVEN WAT, MAAR UITSLUITEND AAN DE FEITEN ZELF, WANT ZICH ONDERWERPEN BETE-KENT HET EINDE VAN ALLE DENKEN.

Henri Poincaré, °1854 Frankrijk

VRIJE UNIVERSITEIT BRUSSEL

VACCINATION OBLIGATOIRE
VERPLICHTE VACCINATIE

Prof. dr. Paul De Hert

HOORZITTING 8/3/2022
CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
KAMER V. VOLKSVERTEGENWOORDIGERS
COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE L'ÉGALITÉ DES CHANCES
COMMISSIE VOOR GEZONDHEID EN GELIJKE KANSEN

VUB VRIJE UNIVERSITEIT BRUSSEL

POURQUOI CETTE AUDIENCE?/WAAROM DEZE HOORZITTING?

Dans la situation actuelle, avec le passage au code jaune, la levée d'un certain nombre de restrictions et l'annonce des dernières pour le 25 mars, on peut se demander pourquoi le Parlement tient à nous entendre *maintenant*, surtout quand 31 sur 32 experts se sont déjà exprimés début février contre la vaccination obligatoire *contre le COVID*.

Je vois deux interprétations possibles : soit le Parlement est vraiment en retard d'une guerre, soit il choisit d'anticiper sur l'avenir et de tirer les leçons du passé. La deuxième option n'est pas exclusive de la première et offrant de toute façon des pistes de travail plus riches, je poursuis en ce sens.

Qu'est-ce que cela signifie de penser les choses pour l'avenir en ce sens ?

STRUCTURE DE LA PRESENTATION

Les Parlementaires veulent se doter d'outils pour les préparer des nouvelles épidémies, notamment sur le plan de la vaccination et du CST. J'organiserais donc mon argumentaire de la façon suivante, en développant une perspective générale sur le principe d'une vaccination obligatoire et en prenant la vaccination contre le covid comme une illustration de ce qu'il ne faut pas faire du point de vue du droit.

1. présentation générale des conditions pour imposer une restriction de nos libertés sur le plan juridique (avec explication des principes de proportionnalité, de prudence, etc.)

2. présentation générale des conditions pour imposer une vaccination obligatoire sur le plan juridique (avec focus sur **l'affaire Vavř ič ka et autres c. République tchèque, 8 avril 2021)** et ce que cela nous apprend sur le plan juridique pour des législations futures en matière de vaccination obligatoire face à des épidémies

3. illustration par le Covid

ARTICLE 8 DE LA CEDH: 3

1. CADRE GENERAL

L'**article 8** de la Convention européenne des droits de l'homme (**CEDH**) proclame le droit de toute personne au respect « de sa vie privée et familiale, de son domicile et de sa correspondance » mais organise un régime de restrictions si celles-ci sont « prévues par la loi » et « nécessaires, dans une société démocratique » et qui poursuivent un but légitime

-Les États contractants gardent une marge d'appréciation. Néanmoins, leur décision reste soumise au contrô le de la Cour

PREMIER PRINCIPE: L'INGÉRENCE ÉTAIT-ELLE « PRÉVUE PAR LA LOI » ?

SOURCE: GUIDE SUR L'ARTICLE 8 DE LA CEDH, 2020

Le principe de légalité exige

-que la législation interne doit ê tre claire, prévisible et suffisamment accessible

-que la législation offre en organise des garanties appropriées permettant d'assurer que les droits des intéressés découlant de l'article 8 seront respectés.

Il suffit à la Cour de constater que la mesure incriminée n'était pas « prévue par la loi » pour conclure à la violation de l'article 8 de la Convention. Il n'y a alors pas lieu d'examiner si l'ingérence en question poursuivait un « but légitime » ou si elle était « nécessaire, dans une société démocratique »

PRINCIPE DE LÉGALITÉ : ROLE DU PARLEMENT

LE PRINCIPE DE LÉGALITÉ EXIGE DES CONDITIONS EXPLICITÉ DE PROCÉDURE

Même si l'article 8 CEDH ne renferme aucune condition explicite de procédure, il faut que le processus décisionnel débouchant sur des mesures d'ingérence soit équitable et prévoit des garanties qui respectent les intérêt s de l'individu protégés par l'article 8

➔ La Cour a précisé quelles obligations procédurales découlant de l'article 8 sont particulièrement pertinentes pour déterminer la marge d'appréciation accordée à l'État membre.

Concernant les mesures générales adoptées par un gouvernement national, il ressort de la jurisprudence de la Cour que, pour déterminer la proportionnalité d'une mesure générale, la Cour doit commencer par étudier les choix législatifs à l'origine de la mesure. La qualité de l'examen parlementaire et judiciaire de la nécessité de la mesure réalisé au niveau national revêt une importance particulière à cet égard, y compris pour ce qui est de l'application de la marge d'appréciation pertinente. Il convient d'examiner les garanties procédurales dont dispose l'individu pour déterminer si l'État défendeur n'a pas fixé le cadre réglementaire en outrepassant sa marge d'appréciation. En particulier, la Cour doit rechercher si le processus décisionnel ayant débouché sur des mesures d'ingérence était équitable et respectait comme il se doit les intérêt s de l'individu protégés par l'article 8 (A.-M.V. c. Finlande, §§ 82-84).

DEUXIEME PRINCIPE: BUT LÉGITIME

L'INGÉRENCE POURSUIVAIT-ELLE UN BUT LÉGITIME ?

L'article 8 § 2 énumère les buts légitimes susceptibles de justifier une ingérence dans l'exercice des droits qu'il protège : celle-ci doit ê tre « nécessaire à la sécurité nationale, à la sûreté publique, au bien-ê tre économique du pays, à la défense de l'ordre et à la prévention des infractions pénales, à la protection de la santé ou de la morale, ou à la protection des droits et libertés d'autrui ».

La Cour a toutefois observé que sa pratique est d'ê tre plutô t succincte lorsqu'elle vérifie l'existence d'un but légitime, mais le but choisi est la base de départ pour le test de proportionalité structuré (voir ci-dessous)

TROISIEME PRINCIPE: PROPORTIONNALITÉ

L'INGÉRENCE EST-ELLE « NÉCESSAIRE DANS UNE SOCIÉTÉ DÉMOCRATIQUE » ?

-La notion de proportionalité est utilisé pour clarifier l'exigence qu'une loi qui prévoit des limitations à la vie privée soit « nécessaires, dans une société démocratique

➔Pour se révéler « nécessaire dans une société démocratique », dont tolérance et esprit d'ouverture constituent deux des caractéristiques, une atteinte à un droit protégé par la Convention doit notamment ê tre proportionnée au but légitime poursuivi (*Dudgeon c. Royaume-Uni*, § 51-53).

-La proportionnalité est le critère utilisé par les tribunaux dans le monde libéral-démocratique pour déterminer le caractère justifiable et légitime des mesures répressives de l'État.

-Le critère est adressé après l'analyse du critère de légalite & but légitime

-La proportionnalité ne requiert aucune "connaissance secrète" accessible uniquement aux initiés à cet égard. La proportionnalité est simplement une structure qui permet aux juges de s'engager dans le raisonnement pratique nécessaire pour évaluer le caractère justifiable d'une politique (Moller, 2022)

La proportionnalité exige 3 réponses

0. (que les mesures étatiques poursuivent un objectif légitime et que les mesures répondent à un 'beson social impérieux'),

1. qu'elles constituent un moyen approprié (pertinents et suffisants) pour atteindre cet objectif,

2. qu'elles soient nécessaires en ce sens qu'il ne doit pas exister d'alternative moins restrictive mais tout aussi efficace, et

3. qu'elles soient "proportionnées au sens strict", dont l'établissement nécessite un exercice de mise en balance entre la sévérité de la restriction et l'importance de l'intérêt public poursuivi.

3.1. la gravité de l'atteinte à la liberté (donc, en particulier, les charges que les mesures imposent sur la capacité des personnes à vivre librement leur vie)

3.2. l'importance de l'intérêt public concurrent (l'importance de la protection de la santé et de la vie)

3.3. le rapport entre les deux (pour déterminer si l'importance de l'intérêt public dans la protection de la santé et de la vie l'emporte sur la gravité de la restriction de la liberté).

PRINCIPE DE PROPORTIONALITÉ EN CRISE?

SOURCE: ERIC C, COURTS, PROPORTIONALITY AND COVID-19 LOCKDOWNS, 2021

"Unfortunately, several courts around the world have been watering down structured proportionality in the judicial review of COVID-19 emergency measures (…) ignoring wholesale the steps required by structured proportionality.

A public health emergency per se neither suspends entrenched fundamental rights nor invalidates the continued applicability of structured proportionality and similar doctrines in the countries that recognise them. The transparent analytical steps that these doctrines obligate authorities to openly undertake should not be sidestepped by public health officials or courts, especially in times of high stress and emotionality like the outbreak of a pandemic. To paraphrase the English Chief Justice Lord Hewart in R v Sussex Justices, ex parte McCarthy [1924] 1 KB 256: doing justice is not enough, even under a pandemic. Justice should be seen to be done through conspicuous and rigorous analyses of the legitimacy, rationality, and necessity of public health emergency measures that drastically restrict constitutionally protected rights and interests".

PRINCIPE DE PROPORTIONALITÉ EN CRISE?

SOURCE: K. MOLLER, 'THE PROPORTIONALITY OF LOCKDOWNS' , 2022

sur les 3 tabous ou pathologies qui ont conduit à une application affaiblie du critère de proportionnalité (en particulier les critères 3.1; 3.2 et 3.3): the mortality question, the age question and the hospitals being overburdened question

"Nor was there much public discussion about the harms of lockdowns, for example in the media. Rather, the focus both on the part of the governments as well as the public was continually on the other side of the balance, namely on questions such as the Sars-Cov-2 incidence, hospitalisations, death rates, long Covid, etc. This created an imbalanced picture which will have led many to believe that the protection of people from the virus was the only relevant factor in assessing the justification and proportionality of lockdowns". Cr3.1

"a taboo was quickly placed on one of the crucially important questions: the relevance of the age distribution of the people dying of Covid. Thus, it became publicly and politically impossible to openly and freely discuss whether the fact that the average age of people dying of Covid was in the low 80s was relevant in deciding what measures were justified. The reason given for this was that all lives were equally valuable and entitled to the same protection" Cr3.2

"it is not clear why the protection of the health service should be given priority over all other considerations. The idea is certainly psychologically understandable (…) It is simply not clear why the avoidance of this particular evil (hospitals being overburdened) should be prioritised over all others, including, for example, the avoidance of the evil of inflicting considerable developmental damage or trauma on children that will presumably burden many of them for the rest of their lives" Cr3.3.

➔ categorical preference to 'physical life' ('life') over 'living one's life' ('freedom")

PRINCIPE DE PRUDENCE, PRECAUTION, NON SAVOIR OU IGNORACE

SOURCE: L. LENAERTS, 'RECHTERS, VOORZORG, EVENREDIGHEID & VERPLICHTE VACCINATIE', 2021

Des principes qu'on ne trouve pas dans la CEDH mais qui jouent un role dans le débat

Certains magistrats appellent à un test de proportionnalité molle des mesures pandémiques au nom du principe de précaution et de non-savoir pour justifier (voir J. Velaers, "Constitutional lessons from the COVID-19 crisis", TBP 2021/9, 532-552).

Cette stratégie a été fortement critiquée

-des mesures restrictives ne peuvent jamais être fondées sur des considérations purement hypothétiques

➔Les juges ne doivent jamais invoquer l'ignorance au point d'utiliser des données purement hypothétiques à l'appui de leurs mesures.

Mais

Le principe de précaution peut justifier des mesures restrictives

- lorsqu'il s'avère impossible de déterminer avec certitude l'existence ou l'étendue du risque allégué,
- parce que les résultats des études (scientifiques) sont insuffisants, peu concluants ou inexacts,
- à condition qu'un dommage effectif à la santé publique reste probable en cas de réalisation du risque.

PRINCIPE DE PRUDENCE, PRECAUTION, NON SAVOIR OU IGNORACE

SOURCE: L. LENAERTS, 'RECHTERS, VOORZORG, EVENREDIGHEID & VERPLICHTE VACCINATIE', 2021

-Dans la loi sur les pandémies (exposé des motifs et avis n° 68.936), le principe de précaution est invoqué mais lié à juste titre au principe de proportionnalité :

➔cela exige que

- les actions n'aillent pas au-delà de ce qui est approprié et nécessaire pour atteindre les objectifs légitimes poursuivis par la réglementation en question,
- étant entendu que, s'il y a un choix entre plusieurs mesures appropriées, il faut choisir la moins onéreuse, et
- que les inconvénients causés ne doivent pas être disproportionnés par rapport à l'objectif poursuivi.

➔Le Conseil d'État a souligné que cela doit être vérifié de manière concrète lors de chaque décision de mise en œuvre ultérieure.

➔Le gouvernement a l'obligation de prouver l'adéquation et la nécessité des mesures. Cette dernière ne fait pas référence à la suppression de l'incertitude, mais à la question de savoir si le même résultat ne pourrait pas être atteint avec des mesures moins drastiques.

VACCINS EN DE MENSENRECHTEN ?

2. CADRE VACCINATION ET DROIT GENERAL

principes (K. Verelst, 2022; Tersago, 2021, V. De Greef, 2021)

- De wetgeving op het vlak van patiëntenrechten op nationaal en Europees niveau hanteert in dat verband het fundamentele principe van de vrije wilsbeschikking en de integriteit van het eigen lichaam. (Het verdrag Oviedo over MR en biomedische praktijken) Dit is des te meer het geval wanneer de behandeling zich nog in een experimentele fase bevindt, in welk geval elke vorm van dwang uitdrukkelijk wordt verboden

- Westerse democratieën na de Tweede Wereldoorlog eisen voor volwassen, wilsbekwame personen voor elke medische behandeling het principe van "*informed consent*" geldt.

- Toch neemt men aan dat individuele vrijheden en het recht op zelfbeschikking kunnen wijken voor the greater good, zijnde de volksgezondheid – of opnieuw, eerder het beheersbaar houden van de druk op de zorgsector:

- De weinige vaccinatieverplichtingen die bestaan gelden enkel voor kinderen -- per definitie niet wilsbekwame individuën -- en zeer specifieke beroepsgroepen.

ALLE VACCINS HETZELFDE? (MAZELEN, POLIO, GRIEP, ….

2. CADRE VACCINATION ET DROIT GENERAL

Toepassing (K. Verelst, 2022; Tersago, 2021, V. De Greef, 2021)

➔sinds 1960 een verplichte vaccinatie tegen kinderverlamming (polio) bestaat in België; een stabiel virus, in tegenstelling tot het coronavirus. Legaliteit, legitiem doel en aanvaardbaar IN HET LICHT VAN PROPORTIONALITEITSCRITERIUM

➔een discussie over verplicht vaccin tegen mazelen (la rougeole) is aanvaardbaar IN HET LICHT VAN PROPORTIONALITEITSCRITERIUM: opnieuw een stabiel virus, gevolgen ernstig vereist een hoge vaccinatiegraad (95%) (vgl Covid 60%), beschermt kinderen die na 12ma van geboorte geen antistoffen hebben

➔discussie over influenza vaccin: verplichting minder evident onder meer door jaarlijkse mutaties en beperkte gevolgen (ouderen): algehele plicht lijkt minder aanvaardbaar IN HET LICHT VAN PROPORTIONALITEITSCRITERIUM

IS 1e DEEL VAN PUZZEL: OOK NOG KIJKEN NAAR LEGALITEIT, WAARBORGEN, VOORZORGSBEGINSEL …..

L'AFFAIRE VAVŘ IČ KA ET AUTRES C. RÉPUBLIQUE TCHÈQUE, 8 AVRIL 202

VOORBEELD VAN INTEGRALE BENADERING BIJ VACCINATIE VAN KINDEREN

Une affaire de plusierus personnes contre la vaccination obligatoire en RT pour la tuberculose, la poliomyélite et l'hépatite B, la rougeole, les oreillons et la rubéole

La loi sur la protection de la santé publique (« loi PSP ») fait obligation à tous de se soumettre à un ensemble de vaccinations de routine suivant les modalités précises établies dans un texte réglementaire. Pour les enfants de moins de quinze ans, ce sont les représentants légaux (*zákonný zástupce*) qui ont la responsabilité de veiller au respect de cette obligation

Vavř ič ka refusait de faire vacciner seux enfants vacciner contre la poliomyélite, l'hépatite B et le tétanos et fut condamné à payer une amende de 110 EUR.

➔Il plaida que les règles en question étaient contraires à ses droits et libertés, en particulier au droit de refuser une intervention médicale (articles 5 et 6 de la Convention Oviedo sur les droits de l'homme et la biomédecine) et au droit d'avoir des convictions religieuses et philosophiques et de les manifester.

➔Il insista sur les effets secondaires avérés ou potentiels des vaccins. Il argua que le dernier cas de poliomyélite remontait à 1960, que l'hépatite B ne touchait que des catégories à haut risque et que le tétanos n'était pas transmissible entre les humains, de sorte selon lui qu'aucun risque pour la santé publique n'était en jeu dans sa cause

L'AFFAIRE VAVŘ IČ KA ET AUTRES C. RÉPUBLIQUE TCHÈQUE, 8 AVRIL 202

LE JUGEMENT

La Cour se réfère a un plan d'action mondial pour les vaccins (2013) de L'**Organisation mondiale de la Santé** (**OMS**), 'institution spécialisée de l'Organisation des Nations unies (ONU), qui a recommandé l'obtention d'un taux de couverture nationale d'au moins 90 % pour tous les vaccins qui font partie des programmes nationaux de vaccination! (§135).

Sur base de ce plan d'action elle laisse une marge d'appréciation considerable aux états même si elle avoue que manque de consensus parmi les états et que le modèle tchèque et la plus prescriptive en Europe. (§278) et même que le modèle tcheque est rare ('pas le modèle le plus répandu') (§285).

➔ Pas évident! Peter Gotzsche *Vaccines: truth, lies and controversy* (2020)

L'AFFAIRE VAVŘ IČ KA ET AUTRES C. RÉPUBLIQUE TCHÈQUE, 8 AVRIL 202

LE JUGEMENT: PAS DE PROBLEME AU NIVEAU DROITS DE L'HOMME?

La base légale tcheque: I. La loi PSP est détaillée et le system prévoit des garanties

Le but legitime et le besoin social impérieux: santé publique et solidarité sociale avec personnes qui sont particulièrement vulnérables face à certaines maladies et pour lesquelles le reste de la population est invité à prendre un risque minime en se faisant vacciner (§279) et risque que la couverture vaccinale

Motifs pertinents et suffisants: l'intérêt de l'enfant est supérieure. Si la vaccination volontaire est insuffisante (et l'immunité de groupe ne protège pas les enfants non vaccinés, un pas vers la vaccination obligatoire est pertinent et suffisant. ((§288)

Proportionalité stricte: les mesures ont un rapport de proportionnalité raisonable avec les buts légitimes et ceci pour plusieurs raisions (§290- 309)

Conclusions

"*On a récemment reçu une confirmation par la Cour Européenne des Droits de l'Homme qu'une obligation vaccinale ne posait pas de problème par rapport à l'ingérence que cela peut créer dans le droit au respect à la vie privée. Il y avait en effet un recours qui avait été introduit, et on a une confirmation où elle dit vraiment qu'il y a ici un concept de solidarité sociale, qui fait que l'objectif étant de protéger la santé de tous les membres de la société, une telle obligation peut se justifier, y compris pour protéger les plus faibles qui ne peuvent pas, eux, être vaccinés*", ajoute-t-elle.

Interview de Vanessa De Greef, chargée de recherche FNRS au Centre de Droit public de l'ULB et vice-présidente de la Ligue des Droits Humains

L'AFFAIRE VAVŘ IČ KA ET AUTRES C. RÉPUBLIQUE TCHÈQUE, 8 AVRIL 202

LECTURE CRITIQUE: ALGEMEEN

-Vavř ič ka arrest is van 8 april 2021 in volle polarisatie rond Covid met tussenkomsten van Duitsland, Slovakije en Frankrijk die heel duidelijk deur wilden openen voor Covid vaccinatie

-Vavř ič ka arrest is geen principsarrest want Hof benadrukt voortdurend dat het zich richt op één land, met een uniek systeem, en in een zaak over de vaccinatie van kinderen. HEBBEN HEEL HARD GETWIJFELD EN HOUDEN SLAG ONDER DE ARM OM IN EEN ANDER GEVAL ANDERS TE BESLISSEN

➔ZE HEBBEN TWEE DAGEN GEDELIBIREERD EN DAT IS LANG

-verplichte vaccinatie van kinderen in concrete omstandigheden voor het Hof wel door de beugel, wanneer vrijwillige vaccinatie niet zou volstaan of wanneer groepsimmuniteit niet kan worden bereikt

-Vavř ič ka arrest aanvaardt en onderstreept belang van Tsjechisch gewetensbezwaarde-clausle religieus of niet ('objection de conscience séculière) (§292) en gaat niet in op pogingen van Duitsland en Frankrijk om de vrijheid van gedachte, geweten en godsdienst (art. 9 EVRM) niet van toepassing te verklaren op de zaak van Vavř ič ka en de andere klagers

L'AFFAIRE VAVŘ IČ KA ET AUTRES C. RÉPUBLIQUE TCHÈQUE, 8 AVRIL 2021

LECTURE CRITIQUE: DE PROPORTIONALITEITSTOETS IN VAVŘ IČ KA

Verplichte vaccinatie kan mits voorwaarden, wanneer vrijwillige vaccinatie niet zou volstaan of wanneer groepsimmuniteit niet kan worden bereikt

-de proportionaliteitstest wordt alleszins ogenschijnlijk grondig gevoerd mèt schoonheidsfouten

➔De eerste stappen van de proportionaliteitsstructuur ('voldoende en pertinente motieven' en 'besoin impérieux') nogal oppervlakking zijn (alle vaccins op één hoop ipv onderzoek vaccin per vaccin)

➔Ook de vraag naar 'des alternatives moins restrictives' wordt oppervlakkig beantwoord. Experts zijn gehoord over de situatie in Tsjechië maar waarom vrijwillige vaccinatie er werkt en waarom de 'couverture vaccinale' in gevaar is, wordt niet aangetoond

➔categorical preference voor belang van het kind over 'living one's life' ('freedom") en dus geen balancing

➔Rechtsvergelijking veronachtzaamd maar wel verwijzing naar OMC rapport dat controversieel is

Het enige stuk dat werkelijk diepgaand is, is het laatste stuk van de proportionaliteitstest (proportionaliteit strictu sensu) over het afwegen van twee belangen en de verhouding van die twee belangen. Dat stuk krijgt ook het meeste aandacht (20 paragrafen!!)

WAT ZIJN DE LEERPUNTEN UIT DIE PROPORTIONALITEITSTEST STRICTU SENSU

L'AFFAIRE VAVŘÍČKA

VIER LEERPUNTEN /EISEN UIT DE PROPORTIONALITEITSTEST STRICTU SENSU

➔Het Hof vat aan met de stelling dat vaccins tegen deze kinderziektes wetenschappelijk als effectief en veilig worden beschouwd. (EIS1)

➔Het Hof erkent wel dat er ernstige bijwerkingen kunnen opduiken, maar zij acht dat voldoende gecompenseerd door de wettelijke verplichting eerst mogelijke contra-indicaties te controleren alvorens het vaccin toe te dienen (EIS2).

➔Moest het alsnog fout lopen, voorziet de Tsjechische wet in een foutloze aansprakelijkheid voor de staat (EIS3).

➔Daarenboven hecht het Hof in de proportionaliteitsbeoordeling veel gewicht aan het feit dat vaccins niet dwangmatig kunnen worden toegediend. De beperkte geldboete en de in tijd beperkte uitsluiting van kinderen tot de crèche en kleuterschool zijn weliswaar indirecte dwangmaatregelen, maar niet van die aard artikel 8 EVRM te schenden (EIS4)

ZEVEN EISEN AAN EEN WETTELIJK KADER VOOR VERPLICHTE VACCINATIE

BRON: BARKHUYSEN21 NJB COVID-19-VACCINATIEPLICHT/ TIJDIG REGELEN

1. Eis van activering op medische grond mits machtiging parlement (Daarmee is er de facto sprake van een instemmingsrecht van de Tweede Kamer met het daarbij horende democratische mandaat). Overheid moet geschiktheid en noodzaak bewijzen door aan te tonen dat resultaat niet kan bereikt worden met minder drastische methoden

2. Eis van veilige vaccins. Zolang de vaccins nog niet uitgebreid zijn getest voor kinderen, zou de plicht alleen moeten gelden voor volwassenen. PRINCIPE DE PRECAUTION: niet doen als je niet alles weet

3. Eis van keuzemogelijkheid mbt toe te dienen vaccin, zij het dat dit op eigen kosten is wanneer men niet van de gratis vaccintoediening gebruik maakt. (Cf. debat over Novavaxvaccin dat op een meer traditionele technologie berust, maar waarnaar ook nog verder onderzoek moet gebeuren).

4. Eis van eerste lijn inschakeling (geen vaccinatiecentra, maar bezoek huisarts) om omwille van kans op ernstige bijwerkingen eerst mogelijke contra-indicaties te controleren alvorens het vaccin toe te dienen

5. Eis van foutloze aansprakelijkheid voor de staat bij schade

VRIJSTELLING VOOR GEWETENSBEZWAARDE

BRON: BARKHUYSEN21 NJB COVID-19-VACCINATIEPLICHT/ TIJDIG REGELEN

6. Eis van niet-dwangmatigheid (geen geweld) gekoppeld aan beperkte sancties (via vaccinatiebewijs dat alleen mag gebruikt worden door publieke en private partijen op wettelijke basis)

7. Eis van gewetensbezwaarden-vrijstelling ('objection de conscience séculière') en oprichting administratieve autoritieit

> *"Verder is het van belang dat de regeling de rechten van gewetensbezwaarden zoveel mogelijk respecteert. Zij moeten daarom – net als personen die om medische reden geen vaccin kunnen verdragen – in aanmerking komen voor een uitzondering op de vaccinatieplicht. Daarvoor moeten zij wel een gemotiveerd verzoek doen bij een onafhankelijke commissie die uiteindelijk beslist over de erkenning . De drempel daarvoor moet niet te hoog zijn, maar het moet wel enige moeite kosten om een verzoek in te dienen en gehonoreerd te krijgen. Dit om zoveel mogelijk de echte gewetensbezwaarden te kunnen onderscheiden van personen die uit laksheid opteren voor een uitzondering op de vaccinatieplicht. Van erkende gewetensbezwaarden kan wel een recent test- of herstelbewijs worden gevraagd. Dit proces van de erkenning van gewetensbezwaren moet tijdig in gang kunnen worden gezet" (Barkhuysen).*

VRAGEN OVER COVID VACCINATIE

3. ILLUSTRATION PAR LE COVID

-La vaccination contre Covid est beaucoup moins efficace qu'on ne l'espérait : même les personnes vaccinées peuvent être infectées, tomber malades et transmettre le virus.

-Le fait que cette probabilité serait plus faible que chez les personnes non vaccinées n'est pas pertinent ici. Le fait est qu'une vaccination n'offre pas une protection complète et ne semble pas endiguer la propagation du virus Qu'est-ce qui va s'arrêter au 4ème booster, au 5ème, au 7ème, et s'il s'avère que cela ne fonctionne que pendant 3 mois ? allez-vous accélérer alors : cela déplace la ligne de base et ouvre la porte à la pharma ?

-La mesure n'est pas forcément adéquate parce que nous ignorions l'efficacité du vaccin; elle n'est pas adéquate parce que d'autres solutions existe et de nouveaux médicaments et méthodes de traitement sont en cours d'élaboration (game changer). La mesure n'est pas proportionnées parce qu'elle vise tout le monde, alors que seule une partie de la population était concernée par les formes graves contre lesquelles le vaccin semble protéger. On ne voit pas de décès en dessous de 60 ans, alors quel est l'intérêt de la vaccination. (l'argument de la solidarité sociale ne joue pas et avec les médicament à venir encore moins).

-Nous avons enduré le pire de la crise des covidés sans elle ; ce que l'on peut en tirer maintenant ne peut pas compenser les inconvénients (atteinte à l'intégrité physique, polarisation, ébranlement de la confiance dans les vaccins en général, etc.) Personne ne semble vraiment le demander désormais.

- Les doutes sont sont d'ordre général: également en ce qui concerne la vaccination des groupes cibles. La vaccination obligatoire des professionnels de santé repose principalement sur l'idée d'une protection contre la transmission, qui est désormais dépassée par les faits.

THANK YOU!

VUB VRIJE UNIVERSITEIT BRUSSEL

Augmenter le taux de vaccination par le biais de la vaccination obligatoire et/ou de la conversion de l'actuel instrument Covid Safe Ticket (3G) en un Certificat corona 2G ou 1G : opportunité, conditions préalables et points d'attention

11/01/2022

Note au Comité de concertation

1. Contexte

Le Comité de concertation du 17 novembre 2021 a demandé au Commissariat Corona de "considérer de quelles manières augmenter au maximum la couverture vaccinale, en prenant au moins en compte dans ce cadre les aspects juridiques, éthiques et motivationnels." Cette question s'inscrivait dans le cadre d'un débat au sein du Comité de concertation sur l'opportunité, la faisabilité, les avantages et les inconvénients, etc. de pistes possibles telles que le passage d'un Certificat corona basé 3G (basé sur trois groupes : vacciné, testé ou guéri) à 2G (basé sur deux groupes : vacciné ou guéri) ou à 1G (groupe 1 vacciné), ou à la vaccination obligatoire. Le Comité de concertation n'a pas encore pris d'orientation en la matière. En outre, d'autres options pour augmenter la couverture vaccinale peuvent également être envisagées, en plus des actions d'information et de communication déjà existantes entreprises par les autorités, coordonnées au sein de la Task Force Vaccination du Commissariat, dans le cadre de la campagne de vaccination.

Le Commissariat Corona, après avoir consulté ses ministres de tutelle sur l'approche et le contenu de la mission, a identifié les questions suivantes, pour lesquelles il a souhaité valoriser l'expertise et les organes consultatifs disponibles.

- Impact épidémiologique : pour ces questions, il a été fait appel au Conseil Supérieur de la Santé qui, par l'intermédiaire du NITAG, rend des avis dans le cadre de la campagne de vaccination :
  - Compte tenu des connaissances actuelles sur le virus et l'épidémie, quel est le niveau de vaccination nécessaire pour assurer une protection efficace des citoyens et de la population ?
  - Dans quelle mesure et sous quelles conditions les instruments possibles pour augmenter la couverture vaccinale contribuent-ils à une meilleure maîtrise de l'épidémie, d'une part en termes de circulation du virus, et d'autre part en termes de limitation du fardeau de la maladie, des hospitalisations et des décès ?
  - Quel est le potentiel de ces instruments en termes d'assouplissement éventuel des interventions non pharmaceutiques ?
  - Pour répondre aux questions ci-dessus, il faut également tenir compte des données scientifiques les plus récentes sur l'efficacité du vaccin, la nécessité de doses répétées, la mesure dans laquelle le rétablissement entraîne une protection, l'évolution épidémiologique possible de pandémie à endémie, les nouveaux variants possibles, etc.

- Considérations éthiques, juridiques et sociales : le Comité de bioéthique, qui a déjà émis précédemment des avis sur la vaccination obligatoire et le Certificat corona, ainsi que la Commission fédérale Droits du patient ont été consultés pour ces questions.
  - Quelles sont les considérations éthiques, juridiques et sociales concernant les instruments possibles ?

- Quels sont les aspects motivationnels qui doivent être pris en compte ?

- Comparaison internationale : pour cette analyse, il a été fait appel au SPF Santé publique.
  - Quelles sont les décisions et les intentions politiques au sein de l'OMS Europe (et peut-être au-delà) concernant les instruments possibles, et quels sont les arguments avancés dans ce cadre ? Comment cette politique sera-t-elle mise en œuvre aux niveaux juridique, technique et de l'application ?

- Opérationnalisation : pour cette analyse, nous souhaitons faire appel au SPF Santé publique, qui peut se coordonner avec le SPF Intérieur et le SPF Justice pour certains aspects (application).
  - Sous réserve de toute décision éventuelle, quelles sont les considérations juridiques, techniques, de communication et d'application à prendre en compte ? Quels sont les facteurs de réussite et d'échec en la matière ? Et quelle est la faisabilité pour y apporter une réponse efficace ?
  - Quelle expérience avons-nous en la matière avec la vaccination obligatoire contre la polio et quels enseignements pouvons-nous en tirer ?

Le Commissariat Corona a dès lors adressé un courrier aux organes consultatifs concernés et au SPF Santé publique le 26 novembre 2021. Ils ont été invités à rendre un avis au plus tard le 20 décembre 2021.

Le Comité consultatif de bioéthique a demandé au ministre fédéral de la Santé de confirmer officiellement la demande d'avis formulée par le Commissariat Corona, ce qui a été fait le 7 décembre.

Le Commissariat Corona a reçu les avis suivants :

- Le 7/12 : un avis d'initiative de l'Institut Fédéral pour la protection et la promotion des Droits Humains ;
- Le 20/12 : un avis de la Commission Droits du patient ;
- Le 20/12 : un avis du Comité consultatif de bioéthique ;
- Le 23/12 : un avis d'initiative d'UNIA.

Le 10/12/21, le Conseil Supérieur de la Santé a répondu par e-mail de manière succincte à plusieurs des questions qui lui ont été posées. Un avis n'a pas encore été reçu. Le 10/01/22, le Commissariat a été informé par le biais de la réunion préparatoire de la CIM Santé publique que le Conseil Supérieur de la Santé travaille encore à la rédaction d'un avis.

Le SPF Santé publique a fourni la contribution demandée sur la base des informations dont il disposait.

Le Commissariat Corona tient à remercier les organes consultatifs concernés et le SPF Santé publique pour leur contribution.

2. La vaccination comme ligne de défense importante dans la gestion du COVID-19

2.1. Stratégie de gestion, gestion des risques et lignes de défense

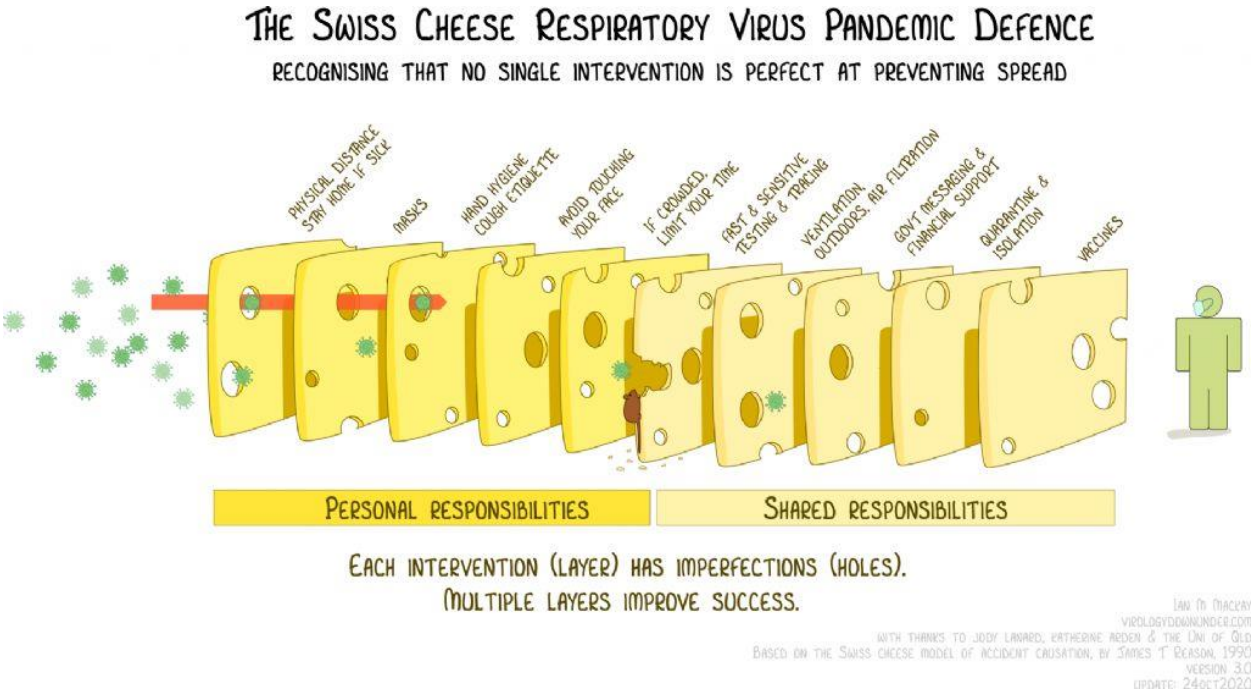
La stratégie de gestion de la politique belge en matière de COVID-19 consiste à gérer et à atténuer les risques en se basant sur les lignes de défense suivantes :

1. Surveillance et évaluation des risques ;
2. Interventions pharmaceutiques : vaccination et moyens thérapeutiques ;

3. Mesures préventives non pharmaceutiques : hygiène des mains et précautions à prendre lorsque l'on tousse, distance sociale et évitement des foules, port du masque, Certificat corona, autotest ;
4. Amélioration de la qualité de l'air en tenant compte du fait que la transmission est en grande mesure aérogène et pas seulement par gouttelettes comme on le pensait au début de la crise. De plus, il y a peu de preuves d'une transmission par contamination de surface comme on le pensait au début de la crise ;
5. Testing des personnes symptomatiques, des contacts à haut risque et des voyageurs de retour ;
6. Suivi des contacts via des centres d'appels et des travailleurs de terrain ;
7. Isolement des personnes contaminées et mise en quarantaine des contacts à haut risque ;
8. Gestion efficace des foyers ;
9. Communication : communication générale et communication des risques ;
10. Application des mesures.

Ces lignes de défense seront complétées, en fonction du niveau de risque épidémiologique et des décisions du Comité de concertation, par des mesures de sécurisation et de limitation de secteurs et/ou d'activités.

En tant que telle, cette stratégie de gestion s'inscrit dans le cadre du modèle suisse du « fromage à trous », qui reconnaît qu'il n'existe pas de mesures parfaites et efficaces à 100 % contre le virus, mais que c'est la combinaison de plusieurs lignes de défense qui peut offrir une protection optimale.



2.2. Efficacité de la vaccination

La vaccination a été mise en œuvre en tant que pilier central de la stratégie COVID-19 dès le début de l'année 2021.

La vaccination s'est avérée être une solide défense contre le COVID-19. En même temps, l'évolution du virus (avec les variants Alpha, Delta et plus récemment Omicron) et les évolutions des données et des connaissances scientifiques sur l'efficacité du vaccin en termes d'infection, de formes graves de la maladie

ou d'hospitalisation, ont permis de réaliser que 1. le vaccin protège principalement contre les formes graves de la maladie ou l'hospitalisation, mais moins contre la contamination, 2. que la protection, surtout en cas de contamination, diminue fortement et relativement rapidement après l'administration du vaccin, 3. qu'une vaccination de rappel est donc nécessaire, bien qu'à l'heure actuelle, on ne sache toujours pas quels groupes cibles devront recevoir ces vaccins de rappel, à quelle fréquence et de quelle manière, en raison du manque de clarté concernant l'évolution de l'efficacité des vaccins, mais aussi de l'incertitude concernant les futurs variants et leurs caractéristiques.

L'interaction entre contamination, maladie symptomatique, hospitalisation, admission en soins intensifs et décès évolue en fonction d'une combinaison de nouveaux variants et de leur degré de contagiosité et de gravité, de la couverture vaccinale de la population et de ses sous-populations, et de la nature et du volume des comportements des citoyens et de leurs contacts. Cette interaction ne s'est pas encore stabilisée dans la phase actuelle de l'épidémie et continuera à évoluer.

Nous présentons ci-après quelques données récentes importantes qui documentent les éléments ci-dessus.

1) Données scientifiques récentes sur l'efficacité du vaccin (voir dossier du Commissariat au Comité de concertation du 6/01/22)

- Efficacité du vaccin contre la contamination avec Omicron
  - Primary AZ + boost = 60% 2-4w after boost, waning
  - Primary PF + boost = 70% 2-4w after boost, waning
  - Primary = 60% after 2-4w, very fast waning

- Efficacité du vaccin contre l'hospitalisation avec Omicron

Table 6: Vaccine effectiveness against hospitalisation for Omicron (all vaccine brands combined). OR = odds ratio, HR = hazard ratio, VE = vaccine effectiveness (CI=Confidence interval)

Dose	Interval after dose	OR against symptomatic disease (95% CI)	HR against hospitalisation (95% CI)	VE against hospitalisation (95% CI)
1	4+ weeks	0.74 (0.70-0.77)	0.65 (0.30-1.42)	52% (-5-78)
2	2-24 weeks	0.82 (0.80-0.84)	0.33 (0.21-0.55)	72% (55-83)
2	25+ weeks	0.98 (0.95-1.00)	0.49 (0.30-0.81)	52% (21-71)
3	2+ weeks	0.37 (0.36-0.38)	0.32 (0.18-0.58)	88% (78-93)

Lors de l'analyse de ces chiffres, il faut toutefois tenir compte du fait que la durée ou la diminution éventuelle de l'efficacité du vaccin contre l'hospitalisation après la vaccination de rappel ne peuvent pas encore être déterminées, mais qu'elle devrait rester élevée pendant une période plus longue, tout comme lors de la série de vaccination primaire. C'est moins vrai pour Omicron que pour le variant Delta.

2) Données basées sur les tableaux d'incidence pour la contamination, l'hospitalisation et l'admission en soins intensifs en fonction du statut vaccinal contenus dans le rapport épidémiologique du RAG (tel que traité par le Commissariat)

Le tableau ci-dessous montre que l'incidence pour l'hospitalisation et, plus encore, pour l'admission en soins intensifs est significativement plus faible chez les personnes vaccinées que chez les personnes non vaccinées. Dans une bien moindre mesure, nous constatons également une incidence plus faible pour les contaminations chez les personnes non vaccinées. Il convient de noter que ce tableau ne constitue pas une preuve de l'efficacité du vaccin, car l'incidence est également influencée par le volume et la nature des comportements de contact, qui peuvent différer entre la population des personnes vaccinées et celle des personnes non vaccinées en raison d'une perception différente du risque ou de la motivation à suivre les mesures de protection. Plus important encore, les populations de vaccinés et de non-vaccinés ne sont pas parfaitement égales. La population des personnes vaccinées comprend davantage de personnes âgées et vulnérables, comme le montrent les données de la campagne de vaccination.

Il est également clair que les différences entre les personnes vaccinées et non vaccinées évoluent dans le temps. Cela peut être dû à l'évolution des niveaux de circulation du virus, aux changements de comportement dus à l'évolution de la perception du risque et de la motivation, à la diminution de l'efficacité du vaccin (« waning »), etc. Il convient également de noter que les données hebdomadaires ci-dessous incluent parfois des « small cells », ce qui peut entraîner des fluctuations arbitraires dans les données.

		Aantal maal lagere incidentie voor gevaccineerden en ***voor booster*** dan niet-gevaccineerden											
		04/10-17/10	18/10-31/10	25/10-07/11	1/11-14/11	08/11-21/11	15/11-28/11	22/11-05/12	29/11-12/12	06/12-19/12	13/12-26/12	20/12-02/01	27/12-09/01
3	Besmettingen 12-17	7,6 - 10	6,2	5,3	3,6	2,9	2,5	2,4	N/A	3,1	2,8	1,1	
4		***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	
1,3	Besmettingen 18-64	2,3 - 3,2	2,1	1,9	1,5	1,3	1,1	1,1	N/A	1,4	1,6	1,2	
		N/A	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***3,1***	
	Besmettingen 65-84	N/A	-1,2	-1,2	-1,2	0,9	0,8	0,8	N/A	1,6	2,7	1,3	
		N/A	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***2,8***	
	Besmettingen 85+	N/A	-1,2	-1,2	-1,2	1,7	1,7	1,6	N/A	2,1	2,7	1,7	
		N/A	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***1,7***	
	Nieuwe hospitalisaties 12-17	All	All	All	10,0	N/A	3,0	6,0	30,0	100,0	86,0	45,0	
		N/A	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	
	Nieuwe hospitalisaties 18-64	3,5 - 11	8,7	7,3	5,6	5,1	4,8	4,8	5,7	6,8	6,7	5,4	
		N/A	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***9,4***	***9,5***	
	Nieuwe hospitalisaties 65-84	2,7 – 3,5	3,2	2,7	3,3	3,4	2,7	2,6	4,1	5,3	2,0	1,6	
			N/A	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***14,4***	***12,9***	
	Nieuwe hospitalisaties 85+		1,5	1,8	2,2	2,4	2,6	2,7	3,8	4,8	1,6	2,0	
			N/A	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***6,9***	***7,3***	
	Nieuwe ICU-opnames 12-17		N/A	N/A	All	N/A	N/A	N/A	N/A	13,3	10,0	N/A	
			N/A	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	
	Nieuwe ICU-opnames 18-64		14,5	10,2	8,3	6,5	7,5	8,0	10,0	9,5	16,0	12,0	
			N/A	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***16,0***	***12,0***	
	Nieuwe ICU-opnames 65-84		4,4	4,7	5,5	5,0	4,4	4,5	4,7	6,7	4,7	2,5	
			N/A	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***19,3***	***18,3***	
	Nieuwe ICU-opnames 85+		2,3	1,6	2,3	7,3	11,0	4,5	3,2	3,2	2,2	1,3	
			N/A	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***27,5***	***N/A***	

3) Une étude de Sciensano (automne 2020) a montré que, grâce à la vaccination, 30.000 hospitalisations ont pu être évitées. La vaccination protège notre système de soins de santé de l'implosion, tant au niveau de la première ligne que des hôpitaux. 88 % des adultes en Belgique (et 77 % de tous les habitants) ont reçu une primo-vaccination contre le COVID-19. Avec ce taux de vaccination, notre pays se situe en tête du peloton européen, et notre taux de vaccination dépasse largement la moyenne

européenne de 68 %[1]. Actuellement, la vaccination de rappel bat son plein dans notre pays : 58 % des adultes ont déjà reçu une troisième dose (ou deuxième, dans le cas du vaccin Janssen).

2.3. Déroulement de la campagne de vaccination, points à risque et débat sur l'immunité collective

La campagne de vaccination a bénéficié d'un fort soutien populaire, appuyé par une stratégie, une organisation et un soutien solides de la part des autorités. La campagne des doses de rappel se déroule également sans problème, la Belgique étant en tête du peloton au niveau européen.

Les principaux risques en termes de couverture vaccinale concernent les domaines suivants :

- Certaines zones et/ou populations à faible couverture vaccinale ;
- Une éventuelle diminution de la volonté de certaines populations de participer à la campagne de rappel.

Tant au niveau fédéral qu'au niveau des entités fédérées, de nombreuses mesures ont été prises pour convaincre la population générale, et en particulier les groupes cibles vulnérables ou plus difficiles à atteindre, de se faire vacciner (par ex. campagnes médiatiques au niveau fédéral et menées par les entités fédérées, points de vaccination mobiles, implication des responsables population, médecins généralistes, pharmaciens et autres personnes de confiance, webinaires pour les prestataires de soins de santé et les vaccinateurs, communication multilingue, lignes d'information, instauration du CST, etc.) Ces mesures ont déjà été prises pendant une longue période et de manière intensive, et sont maintenant déployées pour la campagne de rappel destinée à la population générale.

Pourtant, la campagne de vaccination semble marquer le pas dans le domaine de la primo-vaccination, alors que le variant Omicron se propage à toute vitesse. Aujourd'hui, il représente plus de la moitié des contaminations, le ratio actuel est de 1,14 (+ 17 %), et en moyenne 16.000 personnes sont actuellement contaminées chaque jour (+ 104 %).

La couverture vaccinale de 70 % de la population totale qui était envisagée au début de la campagne de vaccination - sur la base d'avis du Conseil Supérieur de la Santé - pour obtenir l'immunité collective s'avère insuffisante plus d'un an et trois variants plus tard en raison de la contagiosité et de la gravité beaucoup plus élevées des variants par rapport au coronavirus original. Les données ci-dessus montrent également que les personnes qui ont été vaccinées peuvent encore transmettre le virus, et que l'immunité après la vaccination semble diminuer avec le temps. En outre, il est toujours possible que de nouveaux variants apparaissent. Il s'agit donc d'atteindre le niveau de vaccination le plus élevé possible.

Afin d'augmenter encore la couverture vaccinale, il a donc été demandé au Commissariat Corona s'il était opportun de modifier le Certificat corona actuel basé 3G (vacciné, testé, guéri) en 2G (vacciné ou guéri) ou 1G (vacciné), et/ou d'instaurer une vaccination générale obligatoire. Le Commissariat a utilisé pour ce faire les avis mentionnés plus haut et autres informations disponibles. Il a également examiné la manière dont la vaccination obligatoire contre la polio est gérée dans notre pays. Le présent document donne un bref aperçu de ces conseils et informations.

2.4. Vaccination versus infection récente

[1] https://vaccinetracker.ecdc.europa.eu/public/extensions/COVID-19/vaccine-tracker.html#uptake-tab

Dans le débat scientifique et public, à travers les variants et les vagues, on discute de la protection d'une infection récente et donc d'une immunité acquise par opposition à une immunité basée sur la vaccination. Le débat n'est pas clos : un certain nombre d'études scientifiques suggèrent que l'immunité après une infection avec Omicron est nettement plus faible.

- Étude de l'Imperial College à la mi-décembre 2021 : Omicron was associated with a 5.41 (95% CI: 4.87-6.00) fold higher risk of reinfection compared with Delta. This suggests relatively low remaining levels of immunity from prior infection. https://www.imperial.ac.uk/news/232698/omicron-largely-evades-immunity-from-past/ en https://www.imperial.ac.uk/mrc-global-infectious-disease-analysis/covid-19/report-49-Omicron/
- Étude d'Afrique du Sud début décembre 2021 (preprint) : Population-level evidence suggests that the Omicron variant is associated with substantial ability to evade immunity from prior infection. https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.11.11.21266068v2
- Dernière mise à jour de l'UKHSA (31 décembre 2021) : The population rate of people becoming infected with Omicron after having previously contracted COVID-19 has increased sharply. Of those with Omicron, 9.5% have had COVID-19 before, which is likely to be a substantial underestimate of the proportion of reinfections. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1044481/Technical-Briefing-31-Dec-2021-Omicron_severity_update.pdf

Il convient toutefois de noter qu'aujourd'hui, le RAG et le RMG acceptent, dans le cadre de la politique de quarantaine, qu'un test positif enregistré au cours des 150 derniers jours, faisant en sorte que l'on dispose d'un certificat de rétablissement, soit suffisant pour ne pas avoir à respecter l'obligation de quarantaine.

3. Arguments clés dans le débat sur la vaccination obligatoire ou l'utilisation d'un Certificat corona

3.1. Restriction de la liberté individuelle possible pour l'intérêt général…

La liberté individuelle est l'une de nos valeurs fondamentales. Elle ne peut être restreinte que si cela est nécessaire pour l'intérêt général (par exemple pour préserver le fonctionnement des services de santé) et pour protéger la santé des citoyens, y compris les personnes à risque et les patients en attente de soins pour d'autres pathologies.

Cela est également confirmé sur le plan juridique : la loi relative aux droits du patient (art. 8) stipule qu'un patient a le droit de consentir librement à toute intervention médicale. Toutefois, une obligation de vaccination ou des mesures de lutte contre la pandémie peuvent être imposées si cela est dans l'intérêt de la santé publique.

3.2. …Mais les mesures doivent être proportionnées/nécessaires !

Si les campagnes d'information et de sensibilisation et la vaccination volontaire ne suffisent pas à atteindre un taux de vaccination suffisamment élevé, des mesures supplémentaires peuvent être prises. La condition est qu'elles soient nécessaires/proportionnées : sont-elles pertinentes pour atteindre

l'objectif visé ? N'y a-t-il pas d'autres mesures qui constituent une moindre atteinte à la liberté individuelle ? En outre, il doit être question d'urgence sociétale.

Selon la Cour européenne des droits de l'homme, les États membres disposent d'une large marge d'appréciation à cet égard. Il existe un consensus général parmi les États membres, soutenus par des organismes internationaux spécialisés comme l'OMS, selon lequel la vaccination est l'une des interventions sanitaires les plus efficaces et les plus rentables et que chaque État devrait s'efforcer d'atteindre la couverture vaccinale la plus élevée possible au sein de sa population. Les États membres eux-mêmes ont le choix de la meilleure façon d'y parvenir.

Les mesures supplémentaires possibles peuvent être divisées en trois catégories de niveaux différents :

- Un Certificat corona pour les activités non « essentielles » ;
- Un Certificat corona pour les activités « essentielles » ;
- L'instauration d'une obligation générale de vaccination (voir point 4).

4. Certificat corona

Note : le Certificat corona 3G actuel est appelé Covid Safe Ticket dans la réglementation. Au vu des résultats scientifiques sur la protection contre la contamination, la désignation doit certainement être adaptée. Le Commissariat Corona recommande le nom de « Certificat corona ».

4.1. Un Certificat corona pour les activités non essentielles (3G, 2G ou 1G)

Avec la politique actuelle du CST 3G pour certaines activités non essentielles (par exemple, l'accès à l'horeca et aux centres de fitness, et la participation à des événements), les droits fondamentaux des personnes non vaccinées dans notre pays sont peu restreints, car il existe toujours des alternatives à l'obtention d'un CST valide (après rétablissement ou test négatif). Les tests sont l'un des piliers de la politique actuelle 3G. Cependant, avec l'émergence de variants plus contagieux et/ou virulents, la valeur du testing par rapport à la vaccination diminue et ne peut plus être considérée comme équivalente. En effet, il ne s'agit que d'un instantané, à un moment précis.

Plusieurs études scientifiques récentes, voir plus haut, montrent également que l'immunité contre Omicron est nettement plus faible après une infection. Par conséquent, le rétablissement, un autre pilier important d'une politique 3G ou 2G, perd également de sa valeur.

Si le Certificat corona devait être limité à une politique 2G (après rétablissement ou vaccination) ou 1G (uniquement après vaccination, ce qui signifie que l'on parle en fait d'un passeport vaccinal), les droits fondamentaux seraient davantage restreints.

La proportionnalité du Certificat corona doit être dès lors évaluée régulièrement. En outre, elle ne doit pas provoquer de faux sentiment de sécurité (voir plus haut) et doit toujours être combinée à d'autres mesures de protection (par exemple, masques, distanciation sociale, télétravail, ventilation, etc.)

Selon le Comité de bioéthique, un Certificat corona ne devrait jamais être utilisé comme une condition d'accès aux soins. En outre, le Comité et l'Institut Fédéral pour la protection et la promotion des Droits

Humains estiment qu'un Certificat corona avec 1G est en réalité une forme déguisée de vaccination obligatoire, et que le gouvernement devrait alors procéder en toute transparence à l'instauration d'une vaccination générale obligatoire.

Ces points de vue diffèrent de ceux de l'OMS et de la Commission fédérale Droits du patient. En effet, selon le principe juridique de proportionnalité mentionné plus haut, l'obligation générale de vaccination ne peut être introduite qu'en dernier recours pour augmenter le taux de vaccination, lorsque toutes les autres mesures visant à encourager la vaccination (y compris le Certificat corona) ont été épuisées (voir également plus loin).

4.2. Un Certificat corona pour les activités essentielles

Un Certificat corona (1G) pour l'accomplissement d'activités essentielles (par exemple, l'accès à l'enseignement, aux soins de santé, à l'exercice d'une profession/l'accès au lieu de travail) constitue une restriction beaucoup plus importante des droits de l'individu et touche également aux droits fondamentaux.

Un Certificat corona de ce genre doit avant tout servir un autre objectif : par exemple, la mise en place d'un environnement de soins sûr (voir le récent projet de loi sur la vaccination obligatoire du personnel soignant), la protection des travailleurs (la vaccination contre l'hépatite B pour les prestataires de soins – Code du bien-être au travail) ou la qualité de l'accueil des enfants (la vaccination des enfants dans les crèches agréées par l'ONE, imposée par la Communauté française).

Une telle mesure pour la population générale dans le seul but d'augmenter la couverture vaccinale serait disproportionnée.

4.3. L'utilisation du Certificat corona dans d'autres pays européens

Le SPF Santé publique a recueilli des informations sur l'utilisation du Certificat corona dans des pays européens. Dans de nombreux pays, il y a des évolutions concernant l'utilisation du Certificat corona. On constate que presque tous les pays utilisent plus ou moins un Certificat corona et qu'il y a une tendance à évoluer de 3G (avec des variations dans la nature et la validité du certificat de test) vers 2G, voire 1G. Plusieurs pays sont également en train de transformer leur Certificat corona de sorte que, dans certains cas (secteurs, niveaux épidémiologiques), il devra être combiné avec un certificat de test. En même temps, dans presque tous les pays, le Certificat corona fait l'objet de nombreux débats publics, de protestations, de procédures judiciaires et de décisions de justice, ce qui témoigne de son caractère sensible.

Un coup d'œil rapide sur les pays voisins (sous réserve de modifications) :

En Allemagne, la règle 2G est en vigueur depuis pas mal de temps déjà, et elle a été étendue à 2G+ : seules les personnes ayant reçu une dose de rappel sont autorisées à entrer dans les établissements horeca sans test. Les personnes qui ont été vaccinées mais n'ont pas reçu de dose de rappel doivent pouvoir présenter un test PCR récent, même si elles ont été récemment contaminées par le Covid. Avant, il suffisait d'être vacciné ou rétabli. Les personnes non vaccinées ne sont autorisées à se rendre au travail ou à prendre le train qu'avec un test négatif. L'Allemagne n'introduit pas d'obligation générale de vaccination parce que cela est trop difficile d'un point de vue juridique.

En France, les tests négatifs ne sont plus suffisants pour avoir accès à un événement ou à un établissement horeca. Une preuve de vaccination (c'est-à-dire la règle 1G) est nécessaire pour ce faire.

Les Pays-Bas utilisent également une carte d'accès corona (3G) dans le cadre de l'horeca, des événements, des vestiaires (lorsqu'on accompagne un enfant), etc.

5. Obligation de vaccination

5.1. Seulement en dernier recours

Une vaccination obligatoire généralisée des adultes dans notre pays serait la forme la plus poussée de restriction du droit à l'intégrité physique. Selon l'OMS et la Commission fédérale Droits du patient, la vaccination obligatoire ne devrait donc être utilisée qu'en dernier recours, lorsque toutes les autres mesures possibles sont insuffisantes pour lutter contre la pandémie et augmenter la couverture vaccinale. Et ce, donc, conformément au principe de proportionnalité.

5.2. Pas de violation de la Convention européenne des droits de l'homme, sous réserve du respect de certaines conditions

L'article 8 de la Convention européenne des droits de l'homme (ci-après CEDH) garantit le droit au respect de la vie privée et familiale et, par extension, le droit à l'intégrité physique. La question de savoir si une obligation générale de vaccination est une atteinte à la CEDH a récemment reçu une réponse de la Cour européenne des droits de l'homme dans un arrêt[2] sur les « vaccinations de routine », telles que celles contre la polio, l'hépatite B, le tétanos, la rougeole, les oreillons ou la rubéole.

La Cour a confirmé que l'article 8 de la CEDH n'est pas un droit absolu et que les restrictions imposées par les autorités sont autorisées dans les conditions suivantes :

a. La restriction est prévue par la loi (voir plus loin sous « cadre juridique ») ;

b. La restriction sert des objectifs légitimes ;

La Cour admet un double objectif légitime : la protection de la santé de tous ceux qui sont vaccinés, mais aussi le droit à la santé de ceux qui ne peuvent se faire vacciner.

c. le principe selon lequel la restriction doit être nécessaire/proportionnée s'applique également en l'occurrence.

Selon la Cour, l'obligation légale de vaccination peut constituer une restriction proportionnée du droit privé dans l'intérêt de la santé publique et des droits des autres personnes, notamment de celles qui ne peuvent se faire vacciner. La Cour considère que le fait de courir un risque minimal pour la santé par la vaccination est un acte de solidarité sociale.

Cependant, la proportionnalité de chaque mesure doit être régulièrement réévaluée pour voir si les circonstances épidémiologiques actuelles et les preuves scientifiques justifient le maintien des mesures.

[2] arrêt du 8 avril 2021

Les mesures visant à atteindre une couverture vaccinale suffisamment élevée devraient également toujours faire partie d'une stratégie globale de lutte contre le COVID-19.

5.3. Éthiquement justifiée sous certaines conditions

La vaccination obligatoire de tous les adultes (18 ans et plus) pour la protection de l'intérêt public et de la santé des citoyens, notamment des plus vulnérables, est éthiquement justifiée, selon le Comité de bioéthique, dans les conditions suivantes :

- Pour le moment, il existe des incertitudes scientifiques et pratiques quant à l'efficacité et à la durée de protection des vaccins contre les variants actuels et futurs éventuels, et à leur place dans l'approche préventive et curative du COVID-19. Ces incertitudes doivent d'abord être levées ;
- l'obligation de vaccination doit être générale et non limitée à certains groupes cibles (par exemple, les personnes âgées) ;
- la relation positive actuelle entre les risques et les avantages de la vaccination, sur la base de laquelle les vaccins ont été approuvés, doit continuer à être surveillée.

5.4. Mesures nécessaires lors de l'instauration de l'obligation générale de vaccination

Selon le Comité de bioéthique, si le gouvernement décide d'instaurer une vaccination générale obligatoire contre le COVID-19, il devrait prendre les mesures suivantes :

- Évaluer la **faisabilité** (quand peut-elle être instaurée ? quelles sont les moyens nécessaires pour l'opérationnalisation et l'application ?)
- prévoir un **cadre juridique** approprié, qui ait fait l'objet d'un débat public. Ce débat peut avoir lieu lors d'auditions interparlementaires avec les présidents des conseils ou dans le cadre d'un projet de participation citoyenne (par le biais de la Fondation Roi Baudouin, par exemple). Ce cadre juridique devrait déterminer :
    - comment et par qui le certificat de vaccination est délivré, quand et par qui il peut être demandé et contrôlé.
    - La façon dont les personnes qui ne peuvent se faire vacciner pour des raisons médicales seront prises en compte.
    - Quelles seront les sanctions en cas de refus de vaccination, et comment et par qui elles seront appliquées.

      Sont légalement et éthiquement inacceptables :

        - toute coercition physique pour soumettre une personne à la vaccination ;
        - toute mesure qui empêche une personne non vaccinée d'avoir accès aux soins de santé au seul motif de son statut vaccinal.

- Dans des cas exceptionnels, les vaccins peuvent provoquer des effets secondaires graves peu de temps après leur administration (moins de 8 semaines). Par conséquent, il convient de prévoir un **fonds qui** puisse indemniser les **dommages de santé résultant de l'administration d'un vaccin COVID-19**, si un lien médical entre le dommage et le vaccin COVID-19 est prouvé.
- le gouvernement devrait **informer largement** la population sur l'obligation de vaccination. Ces informations concernent non seulement la mesure elle-même, mais aussi son impact social, par

exemple les conséquences de la non-vaccination sur l'organisation des soins, au niveau des soins de première ligne et des hôpitaux. Cette communication doit être menée de manière claire, compréhensible et non polarisante.

- L'obligation générale de vacciner doit être une **mesure à long terme**. Imposer cette obligation à court terme, uniquement pour augmenter la couverture vaccinale, semble juridiquement disproportionné. Elle ne peut se justifier que si une nouvelle évolution épidémiologique crée un besoin social et aigu d'éviter une implosion des soins de santé, et s'il est scientifiquement prouvé que la vaccination fonctionne efficacement à cet égard (ce qui a été clairement démontré entre-temps).

5.5. Exemple d'une vaccination déjà obligatoire : la vaccination contre la polio

La vaccination des enfants contre la polio est actuellement la seule vaccination générale obligatoire en Belgique, depuis 1966.

- Suivi administratif de cette obligation

Lors de la dernière administration du vaccin, les parents reçoivent un certificat de vaccination. Ils doivent fournir cette preuve à la commune au plus tard lorsque leur enfant atteint l'âge de 18 mois.

Les communes doivent en assurer le suivi et signaler toute omission à l'inspecteur sanitaire. L'inspecteur sanitaire envoie ensuite trois mises en demeure. S'il n'y est pas donné suite, un rapport est soumis au parquet compétent. Celui-ci décide de poursuivre ou non les parents.

- Sanction en cas de non-vaccination : amende et peine d'emprisonnement

Les sanctions possibles sont une amende comprise entre 150 et 800 euros (à multiplier par un coefficient actuellement de 8) et une peine d'emprisonnement comprise entre huit jours et un mois.

- Chiffres pour 2020 et 2021

<u>Pour la Flandre et Bruxelles NL :</u>

	2020	2021 (1ère et 2ème trim.)
1e mise en demeure	3062	1836
2e mise en demeure	128	610
3e mise en demeure	55	90
PV	64	13
Annulation PV	6	

<u>Pour la Wallonie et Bruxelles FR :</u>

	2020	2021 (3 premiers trim.)
1e mise en demeure	5608	5111
2e mise en demeure	2005	1543
3e mise en demeure	925	733
PV	462	637
Annulation PV	100	123

Note : ces chiffres n'indiquent pas le nombre d'enfants non vaccinés, mais le nombre d'enfants pour lesquels les communes n'ont pas reçu de certificat de vaccination.

Pour environ 0,69 % des enfants francophones et 0,09 % des enfants néerlandophones, un dossier a été transmis au Ministère public en 2020. Nous ne disposons pas de chiffres sur le nombre de condamnations définitives. Après l'envoi des mises en demeure et du PV, le nombre de dossiers semble diminue de manière significative. La majorité des cas ont donc été causés par une négligence plutôt que par un véritable refus de faire vacciner l'enfant.

Les procédures pénales demandent beaucoup de temps et de moyens. Celles-ci pourraient être remplacées ou complétées par des amendes administratives. Un projet en la matière est actuellement en cours dans le cadre de la mise en place de la Commission de contrôle fédérale. Cette procédure peut facilement être étendue à la vaccination obligatoire contre le COVID-19.

5.6. L'obligation générale de vaccination dans d'autres pays européens

Depuis le milieu de l'année 2021, un vif débat politique et social s'est engagé dans plusieurs pays sur l'opportunité, la portée et les modalités d'une obligation de vaccination pour la population générale (nous faisons abstraction dans cette note de l'obligation de vaccination pour certains groupes, en particulier les prestataires de soins de santé). Plusieurs pays, notamment la Grèce et l'Autriche, ont déjà pris des décisions politiques ; l'Allemagne envisage elle aussi l'introduction de l'obligation de vaccination. D'autres pays ont lancé des discussions politiques.

Il convient de noter que l'obligation de vaccination soulève partout d'importantes questions éthiques, épidémiologiques, juridiques et pratiques dans le débat politique et social. En Autriche, où il a été décidé d'introduire l'obligation de vaccination, des doutes sont apparus récemment, tant pour des raisons épidémiologiques (évolution de l'efficacité du vaccin à la lumière des variants) que pour des raisons pratiques. En Allemagne, le débat politique est ralenti par des difficultés d'ordre légistique. Dans tous ces pays, cela s'accompagne également d'importantes discussions politiques.

L'Autriche est actuellement le seul pays européen qui prévoit d'introduire une obligation générale de vaccination à partir de l'âge de 14 ans. Le projet de loi a été présenté au début du mois de décembre, et l'intention est maintenant d'instaurer cette obligation à partir d'avril. Cette date a déjà été repoussée plusieurs fois en raison de problèmes juridiques et techniques. Ceux qui ne seraient pas en règle seront sanctionnés chaque trimestre par une amende pouvant atteindre 3.600 euros en cas de récidive. Le produit des amendes serait transféré aux hôpitaux, aux transports médicaux ou à l'aide sociale.

Certains États membres ont introduit une obligation pour une partie de la population :

- Grèce : obligation de vaccination pour les personnes âgées de plus de 60 ans, sous peine d'amende. Ceux qui n'auront pas reçu au moins une dose après le 16 janvier se verront infliger une amende de 100 euros par mois. Elle est perçue automatiquement. L'argent est reversé dans un fonds de santé pour maintenir en activité les hôpitaux grecs, qui souffrent aujourd'hui de la pression résultant du Covid. Entretemps, cette mesure a permis d'augmenter la couverture vaccinale dans cette tranche d'âge.
- Italie : obligation de vaccination pour les personnes de plus de 50 ans, les enseignants, le personnel dans le secteur des soins de santé, les militaires et les forces de l'ordre. Depuis octobre, les travailleurs du secteur privé italien doivent être vaccinés ou présenter un test PCR négatif s'ils veulent aller travailler.
- République tchèque : vaccination obligatoire à partir du 1er mars 2022 pour les personnes âgées de 60 ans et plus ; certaines professions plus exposées au Covid-19 : par exemple, les prestataires de soins de santé et de services sociaux, les pompiers, les militaires, la police, etc.
- Hongrie : vaccination obligatoire pour les prestataires de soins de santé. Les employeurs publics et privés ne relevant pas du secteur de la santé peuvent également exiger la vaccination de leurs travailleurs.

- France : obligation de vaccination pour les prestataires de soins de santé sous peine de licenciement.
- Lettonie : obligation de vaccination dans le secteur public (enseignement, services sociaux, administration, conseils, etc.) Les membres du Parlement sont également soumis à cette règle, sous peine de voir leur salaire suspendu.

Dans d'autres pays, le débat est en cours, par exemple au Royaume-Uni : jusqu'à récemment, il n'était pas question d'obligation générale de vacciner l'ensemble de la population au Royaume-Uni. L'apparition du variant Omicron hautement contagieux a ramené ce sujet sur le devant de la scène.

Dans certains pays européens, le sujet est très sensible et/ou le débat reste pour l'instant très limité. C'est le cas des pays scandinaves, de l'Estonie, des Pays-Bas, de l'Espagne, du Portugal, de la Suisse et de la Roumanie.

6. Remarques finales et suggestions du Commissariat Corona

Le Commissariat Corona a été chargé par le Comité de concertation de rassembler des arguments sur les instruments possibles pour augmenter la couverture vaccinale, avec une attention particulière pour les instruments politiques que sont l'obligation de vaccination et le Certificat corona. En guise de conclusion de cette note, le Commissariat Corona souhaite porter les remarques et suggestions suivantes à l'attention du Comité de concertation et du débat politique et social.

- La pandémie bat toujours son plein, avec un virus qui continue d'évoluer et qui présente de nouvelles caractéristiques en termes de contagiosité et de gravité, ce qui place la gestion de la pandémie de tous les pays devant l'incertitude scientifique quant à l'évolution des connaissances et des données scientifiques, les précautions à prendre en matière de politique de santé publique et autres considérations politiques. Une évolution vers une situation endémique est prévue et attendue, mais la voie qui y mènera, le timing et les modalités de cette situation endémique ne sont pas clairs.

- L'efficacité de la gestion d'une pandémie repose sur la combinaison d'instruments politiques, cf. le modèle suisse du « fromage à trous » mentionné plus haut. Il n'existe pas d'outils parfaits, ou totalement efficaces et sûrs. En particulier concernant la vaccination et les Certificat corona, les instruments examinés dans cette note, il convient de préciser aux décideurs politiques et à la population qu'aucun instrument ne conduit aujourd'hui à une situation totalement sûre pour les individus et les populations. Les instruments doivent donc être combinés et positionnés en conséquence. Une gestion appropriée des attentes et une communication adaptée des autorités sont nécessaires.

- Alors qu'au début de la crise, des mesures et des restrictions très drastiques étaient considérées comme plus acceptables par la population, les politiciens et le pouvoir judiciaire, tout au long de la crise, la demande de proportionnalité et de politiques fondées sur des données et des preuves s'est accrue. Des décisions judiciaires récentes le confirment. Il ne s'agit pas d'une situation unique à la Belgique, au contraire. Les décisions relatives aux instruments politiques dans le contexte de la gestion de la pandémie devraient donc faire l'objet d'une attention accrue.

- L'évolution vers une plus grande attention portée aux preuves et à la proportionnalité est renforcée par une impatience croissante au sein de la société et une certaine polarisation à l'égard de la politique COVID-19, comme le montre également, par exemple, le baromètre de motivation, qui révèle que, d'une part, il existe toujours un soutien important pour la politique, mais aussi un groupe significatif de la population qui ne comprend pas et/ou ne soutient pas la politique, ainsi que de grandes différences entre les personnes vaccinées et non vaccinées en ce qui concerne leur opinion sur la politique.

- Pour augmenter la couverture vaccinale, l'OMS Europe[3] met l'accent sur le dialogue et la lutte contre la désinformation. Par ailleurs, tout doit être fait pour que le seuil de vaccination soit le plus bas possible : accessibilité des centres de vaccination, approche adaptée aux groupes vulnérables, etc. La Task Force interfédérale Vaccination et les autorités compétentes déploient déjà des instruments très larges en la matière. Ces efforts se poursuivent, mais se heurtent aussi à des limites.

- L'OMS Europe considère la vaccination obligatoire comme le « dernier recours ». Même si une obligation générale de vaccination peut être éthiquement, socialement et juridiquement acceptable et proportionnée, voire souhaitable, comme en témoignent les avis reçus, les incertitudes sur l'évolution épidémiologique, la poursuite de la campagne de vaccination en termes de nécessité et de portée des doses répétées en vue de l'immunité collective, etc. rendent aujourd'hui difficile une décision sur l'opportunité, la portée et les modalités d'une obligation de vaccination. Plusieurs scénarios sur l'évolution épidémiologique et l'utilisation des vaccins pour protéger les individus et les populations sont envisageables.

- Néanmoins, il est recommandé d'avoir un débat politique et social sur l'opportunité, la portée et les modalités d'une obligation de vaccination, par exemple sur la base des scénarios possibles, où il est important d'étayer le débat avec les données scientifiques les plus récentes, fournies par exemple par les organes consultatifs qui ont été sollicités par le Commissariat Corona aux fins de cette note et/ou d'autres experts.

  Un tel débat peut avoir lieu au niveau politique, notamment au niveau du pouvoir législatif, comme l'a également suggéré précédemment le Comité de concertation. La vaccination obligatoire, en tant qu'instrument de prophylaxie nationale, est une compétence fédérale, mais elle touche évidemment aussi aux compétences et aux préoccupations des entités, de sorte qu'il faut s'attendre à ce que le débat se poursuive dans plusieurs parlements. Le Commissariat Corona estime qu'une initiative interparlementaire peut contribuer à un débat politique coordonné.

  En plus d'un débat politique, un débat social ou même une consultation sur cette question pourraient également être envisagés. Des organisations telles que par ex. la Fondation Roi Baudouin ont une grande expérience de ces processus de consultation sociale.

  Dans ce débat, le Commissariat estime que, compte tenu des données épidémiologiques (par exemple, la vulnérabilité de certaines sous-populations au sein de la population), on pourrait

[3] https://unric.org/en/who-mandatory-vaccinations-are-a-last-resort/

également répondre à l'avis du Comité de bioéthique de ne pas limiter l'obligation de vaccination à certaines tranches d'âge, comme c'est le cas dans plusieurs autres pays.

- Le débat sur le Certificat corona suscite, tout comme dans d'autres pays, un vif débat social et politique. Cela tient à la nature de l'instrument, qui est considéré comme une intrusion dans la liberté de l'individu. C'est également lié à sa genèse, puisque l'instrument, qui était très limité dans son champ d'application et dans le temps, a été progressivement élargi et étendu. Là encore, ce n'est pas propre à la Belgique, qui, dans une perspective comparative, ne va pas aussi loin ou n'est pas aussi pionnière que plusieurs autres pays européens. En outre, le caractère sensible est également lié au positionnement initial de l'instrument comme garantie d'activités sûres (« covid safe »), de sorte que certaines autres lignes de défense, comme le port du masque ou la qualité de l'air, ont été reléguées au second plan. Entre-temps, nous savons qu'un Certificat corona ne garantit pas l'absence de toute contamination, et que l'instrument devra être repositionné en cas d'utilisation ultérieure.

  Le Commissariat Corona estime qu'au lieu d'être un outil pour limiter le risque de contamination dans les activités de certains milieux (le Covid Safe Ticket initial), le Certificat corona pourrait avoir pour objectif principal de contribuer à un taux de vaccination plus élevé en raison de l'importance de la vaccination pour éviter la saturation du système de soins de santé et en particulier du système hospitalier. Dans ce cas, le Certificat corona doit bien entendu être conçu comme un certificat de vaccination (1G). Dans ce contexte, l'attestation de rétablissement sera abandonnée, ce qui peut également être étayé par les connaissances mentionnées plus haut sur la protection plus faible contre Omicron basée sur l'immunité fournie par une infection précédente. En outre, dans certains cas, par exemple en cas de forte circulation du virus, le certificat de vaccination peut être combiné avec un certificat de test, alors que ces certificats sont aujourd'hui interchangeables, ce qui est scientifiquement dépassé. Cette position du Commissariat Corona est également conforme à l'avis récent du GEMS.

  L'utilisation du Certificat corona peut être limitée et conditionnée par le gouvernement dans plusieurs domaines, dans le contexte d'un cadre juridique modifié. Premièrement, son utilisation peut être limitée en fonction de la situation épidémique, par exemple liée à certains niveaux de risque (voir également la discussion sur le baromètre) ou uniquement dans une situation d'urgence épidémique définie par la loi pandémie. Deuxièmement, l'utilisation peut être limitée à certains contextes, comme c'est déjà le cas aujourd'hui ; il est clair pour le Commissariat que, contrairement à ce qui se passe dans certains autres pays européens, un Certificat corona ne peut être utilisé dans le cadre d'activités essentielles.

  Dans la mesure où le gouvernement communique de manière transparente à ce sujet, cet instrument est, de l'avis du Commissariat, un instrument qui, s'il est correctement positionné dans un ensemble de politiques plus large, avec une évaluation et une communication correctes de l'efficacité et des limites des différents instruments politiques - où, par exemple, le port du masque et la qualité de l'air devraient être plus importants que le certificat - peut être proportionné et, dans l'état actuel des preuves et de la science, plus proportionné que l'obligation de vaccination. Par ailleurs, l'OMS Europe ne considère pas le Certificat corona comme une restriction de la liberté, mais comme une protection générale des libertés, afin que la vie sociale puisse être maintenue autant que possible.

  Bien entendu, l'instrument doit être adapté si de nouvelles preuves remettent en cause son efficacité.

Compte tenu des préoccupations politiques, sociales et juridiques que suscite l'outil qu'est le Certificat corona, un débat politique et social sur l'opportunité, le champ d'application et les modalités est évidemment souhaitable, cf. plus haut.

- Enfin, il convient de suivre de près les débats politiques, sociaux et juridiques dans d'autres pays afin d'éclairer le débat belge.

Verhogen van de vaccinatiegraad door verplichte vaccinatie en/of omvorming van het huidige Covid Safe Ticket-instrument (3G) naar een 2G of 1G coronacertificaat: opportuniteit, randvoorwaarden en aandachtspunten

11/01/2022

Nota aan het Overlegcomité

1. Context

Het Overlegcomité van 17 november 2021 vroeg aan het Coronacommissariaat om "na te gaan op welke manieren de vaccinatiegraad maximaal verhoogd kan worden. Hierbij dienen minstens de juridische, ethische en motivationele aspecten bekeken te worden." Deze vraag kaderde in een debat binnen het Overlegcomité over de opportuniteit, haalbaarheid, voor- en nadelen, etc. van mogelijke pistes als overgang van een coronacertificaat op basis van 3G (gevaccineerd, getest, genezen) naar 2G (gevaccineerd of genezen) of 1G (gevaccineerd), of de verplichte vaccinatie. Het Overlegcomité heeft ter zake nog geen oriëntaties genomen. Bovendien kunnen ook andere opties inzake het verhogen van de vaccinatiegraad overwogen worden, aanvullend op de reeds bestaande informatieve en communicatieve acties die door de overheden, gecoördineerd binnen de Taskforce Vaccinatie van het Commissariaat, worden ondernomen in het kader van de vaccinatiecampagne.

Het Coronacommissariaat heeft, na overleg met haar voogdijministers over de aanpak en inhoud van de opdracht, volgende vraagstukken onderscheiden, waarbij ze heeft gewenst de beschikbare expertise en adviesorganen te valoriseren.

- Epidemiologische impact: voor deze vragen werd beroep gedaan op de Hoge Gezondheidsraad, die via de NITAG, advies levert in het kader van de vaccinatiecampagne
  - Rekening houdend met de huidige kennis over het virus en de epidemie: welk niveau van vaccinatie is vereist om een effectieve bescherming van burgers en bevolking te verzekeren?
  - In welke mate en onder welke voorwaarden dragen de mogelijke instrumenten tot verhoging van de vaccinatiegraad bij tot een betere beheersing van de epidemie, enerzijds op vlak van de viruscirculatie, anderzijds op vlak van de beperking van ziektelast, hospitalisatie en overlijden?
  - Welk potentieel hebben deze instrumenten op het vlak van de mogelijke versoepeling van niet-farmaceutische interventies?
  - Bij bovenstaande vragen dient ook rekening te worden gehouden met wat de state-of-the-art evidence is op vlak van vaccineffectiviteit, de nood aan herhaaldoses, de mate waarin genezing leidt tot bescherming, het mogelijks verder epidemiologisch verloop van pandemie naar endemie, mogelijke nieuwe varianten, etc.

- Ethische, juridische en sociale overwegingen: voor deze vragen werd beroep gedaan op het Comité voor Bio-Ethiek, die reeds eerder adviezen heeft geformuleerd inzake verplichte vaccinatie en de coronapas, alsook de Commissie Patiëntenrechten.
  - Wat zijn de ethische, juridische en sociale overwegingen bij de mogelijke instrumenten?
  - Wat zijn motivationele aspecten die in rekening moeten worden genomen?

- Internationale vergelijking: voor deze analyse werd beroep gedaan op de FOD Volksgezondheid
  - Welke beslissingen en beleidsintenties bestaan er binnen de WHO Euro (en eventueel daarbuiten) omtrent de mogelijke instrumenten, alsook welke argumenten worden daarbij gehanteerd? Hoe wil men dit beleid operationaliseren op juridisch, technisch en handhavingsvlak?

- Operationalisering: voor deze analyse zouden we graag beroep doen op de FOD Volksgezondheid, die voor bepaalde aspecten (handhaving) met de FOD Binnenlandse Zaken en de FOD Justitie kan afstemmen.
  - Onder voorbehoud van eventuele beslissingen, wat zijn juridische, technische, communicatieve en handhavingsoverwegingen die in rekening moeten worden genomen? Welke zijn succes- en faalfactoren ter zake? En wat is de haalbaarheid om daarop een effectief antwoord te bieden?
  - Welke ervaring hebben we ter zake met de verplichte polio-vaccinatie en welke lessen kunnen we trekken?

De betrokken adviesorganen en de FOD Volksgezondheid werden aldus door de Coronacommissarias aangeschreven op 26 november. Ze kregen de vraag om ten laatste tegen 20 december 2021 een advies over te maken.

Het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek vroeg een formele bevestiging door de federale minister van Volksgezondheid over de door de Coronacommissaris gestelde adviesvraag, die op 7 december werd gegeven.

Het Coronacommisariaat ontving volgende adviezen:

- Op 7/12: een advies op eigen initiatief van het Federaal Instituut voor de bescherming en de bevordering van de Rechten van de Mens
- Op 20/12: een advies van de Commissie Rechten van de Patiënt
- Op 20/12: een advies van het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek
- Op 23/12: een adies op eigen initiatief van UNIA

De Hoge Gezondheidsraad antwoordde op 10/12/21 per mail beknopt op een aantal van de aan haar gestelde vragen. Een advies werd nog niet ontvangen. Op 10/01/22 werd het Commissariaat via de préparatoire vergadering van de IMC Volksgezondheid op de hoogte gesteld dat de Hoge Gezondheidsraad nog aan een advies werkt.

De FOD Volksgezondheid leverde de gevraagde input op basis van de haar beschikbare informatie.

Het Coronacommissariaat wenst de betrokken adviesorganen en de FOD Volksgezondheid te danken voor de geleverde input.

2. Vaccinatie als belangrijke verdedigingslinie in het COVID-19-beheer

2.1. Beheersstrategie, risicobeheer en verdedigingslinies

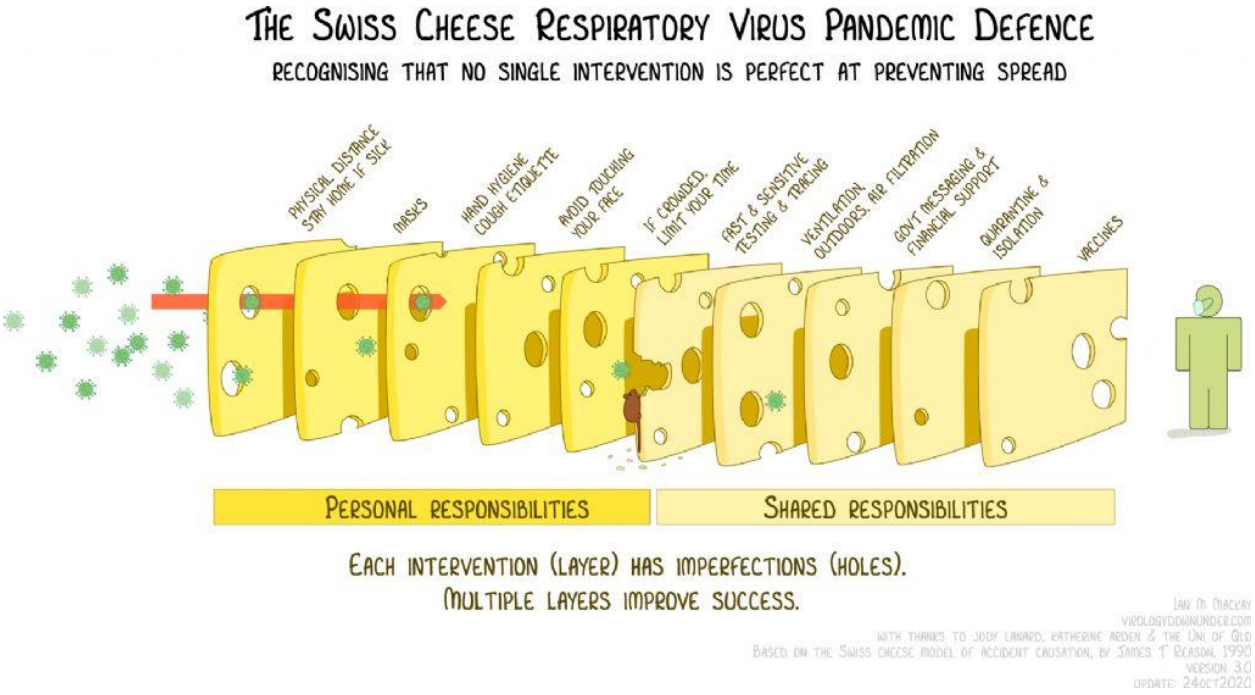
De beheersstrategie van het Belgisch COVID-19-beleid bestaat uit risicobeheer en mitigatie op basis van volgende verdedigingslinies.

1. Surveillance en risicoevaluatie
2. Farmaceutische interventies: vaccinatie en therapeutische middelen

3. Niet-farmaceutische preventieve maatregelen : hand- en hoesthygiëne, sociale afstand en vermijden van crowding, mondmaskerdracht, coronacertificaat, zelftesting
4. Verbeteren van luchtkwaliteit rekening houdend met de vaststelling dat de overdracht in grote mate aerogeen is en niet enkel droplet zoals bij aanvang van de crisis gedacht. Bovendien is er weinig aanwijzing van oppervlaktebesmetting zoals bij aanvang van de crisis gedacht.
5. Testing van symptomatische personen, hoogrisicocontacten en terugkerende reizigers
6. Contactopvolging via callcenters en veldwerkers
7. Isolatie van besmette personen en quarantaine van hoogrisicocontacten
8. Doeltreffend uitbraakmanagement
9. Communicatie: algemene communicatie en risicocommunicatie
10. Handhaving van maatregelen

Deze verdedigingslinies worden aangevuld met, in functie van het epidemiologisch risiconiveau en de beslissingen van het Overlegcomité, maatregelen die sectoren en/of activiteiten beveiligen en beperken.

Als zodanig schrijft het de beheersstrategie zich in in het zogenaamde Zwitsers gatenkaasmodel waarbij erkend wordt dat er geen perfecte maatregelen zijn die 100% effectief zijn tegen het virus, maar dat het de combinatie van meerdere beschermingslinies is die een optimale bescherming kan bieden.



2.2. Effectiviteit van vaccinatie

Vaccinatie werd vanaf begin 2021 geïmplementeerd als een centrale pijler binnen de COVID-19-strategie.

Vaccinatie heeft bewezen een sterke verdediging tegen COVID-19 te zijn. Tegelijkertijd hebben het evoluerende virus (met de varianten alfa, delta, en recenter omikron) en voortschrijdende data en wetenschappelijke inzichten over de vaccineffectiviteit op vlak van infectie, ernstige ziekte of hospitalisatie, tot het inzicht geleid dat 1. het vaccin vooral beschermt tegen ernstige ziekte of hospitalisatie beschermt, maar minder tegen besmetting, 2. dat de bescherming, vooral bij besmetting, sterk en relatief snel afneemt na toediening van het vaccin, 3. dat boostervaccinatie daarom noodzakelijk

is, waarbij vandaag nog onduidelijk is, door onduidelijkheid over de evoluerende vaccineffectiviteit, maar ook de onzekerheid over toekomstige varianten en hun kenmerken, welke doelgroepen volgens welke frequentie en modaliteiten deze boostervaccins zullen moeten krijgen.

De interactie tussen besmetting, symptomatische ziekte, hospitalisatie, ICU-opname, overlijden evolueert evolueert in functie van een combinatie van nieuwe varianten en zijn besmettelijkheid en ernstgraad, de vaccinatiegraad van de bevolking en zijn subpopulaties en de aard en het volume van het contactgedrag van burgers. Deze interactie is in de huidige fase van de epidemie nog niet gestabiliseerd en zal verder evolueren.

Hierna nemen we enkele belangrijke recente data op die bovenstaande elementen documenteren.

1) Recente wetenschappelijke data inzake vaccineffectiviteit (zie dossier Commissariaat aan Overlegcomité van 6/01/22

- Vaccineffectiviteit tegen besmetting met Omikron
  - Primary AZ + boost = 60% 2-4w after boost, waning
  - Primary PF + boost = 70% 2-4w after boost, waning
  - Primary = 60% after 2-4w, very fast waning

- Vaccineffectiviteit tegen hospitalisatie met Omikron

Table 6: Vaccine effectiveness against hospitalisation for Omicron (all vaccine brands combined). OR = odds ratio, HR = hazard ratio, VE = vaccine effectiveness (CI=Confidence interval)

Dose	Interval after dose	OR against symptomatic disease (95% CI)	HR against hospitalisation (95% CI)	VE against hospitalisation (95% CI)
1	4+ weeks	0.74 (0.70-0.77)	0.65 (0.30-1.42)	52% (-5-78)
2	2-24 weeks	0.82 (0.80-0.84)	0.33 (0.21-0.55)	72% (55-83)
2	25+ weeks	0.98 (0.95-1.00)	0.49 (0.30-0.81)	52% (21-71)
3	2+ weeks	0.37 (0.36-0.38)	0.32 (0.18-0.58)	88% (78-93)

Bij deze cijfers moet wel in rekening worden genomen dat de duurtijd of eventuele afname van de vaccineffectiviteit tegen ziekenhuisopname na de boostervaccinatie nog niet bepaald kan worden, maar wordt verwacht langer hoog te blijven, net als bij de primaire vaccinatieserie. Dit geldt voor Omikron minder dan voor de deltavariant.

2) Datareeksen op basis van de in het RAG-epidemiorapport opgenomen incidentietabellen voor besmetting, hospitalisatie en ICU-opname volgens vaccinatiestatus (eigen verwerking door Commissariaat)

Uit onderstaande tabel blijkt dat de incidentie voor ziekenhuis- en, nog sterker, ICU-opname duidelijk lager is bij gevaccineerden, als bij niet-gevaccineerden. In veel mindere mate zien we ook een lagere incidentie voor niet-gevaccineerden wat besmettingen betreft. Het dient opgemerkt dat deze tabel geen bewijs voor vaccineffectiviteit is, gezien incidentie mee beïnvloed wordt door het volume en de aard van het contactgedrag, wat door andere risicoperceptie of motivatie om beschermingsmaatregelen te volgen

kan verschillen tussen de populatie van gevaccineerden en niet-gevaccineerden. Nog belangrijker: de populatie van de gevaccineerden en niet-gevaccineerden zijn niet perfect gelijk. De populatie van gevaccineerden omvat meer oudere en kwetsbare personen, zo weten we uit de data van de vaccinatiecampagne.

Onderstaand is ook duidelijk dat de verschilfactor tussen gevaccineerden en niet-gevaccineerden doorheen de tijd evolueert. Dit kan het gevolg zijn van evoluerende niveaus van viruscirculatie, van wijzigend gedrag ten gevolge van evoluerende risicoperceptie en motivatie, afnemende vaccineffectiviteit ('waning'), etc. Er dient ook opgemerkt te worden dat de onderstaande weekdata soms 'small cells' omvatten, waardoor er arbitraire fluctuaties in de data kunnen zijn.

		Aantal maal lagere incidentie voor gevaccineerden en ***voor booster*** dan niet-gevaccineerden											
		04/10-17/10	18/10-31/10	25/10-07/11	1/11-14/11	08/11-21/11	15/11-28/11	22/11-05/12	29/11-12/12	06/12-19/12	13/12-26/12	20/12-02/01	27/12-09/01
3	Besmettingen 12-17	7,6 - 10	6,2	5,3	3,6	2,9	2,5	2,4	N/A	3,1	2,8	1,1	
4		***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	
1,3	18-64	2,3 - 3,2	2,1	1,9	1,5	1,3	1,1	1,1	N/A	1,4	1,6	1,2	
		N/A	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***3,1***	
	65-84	N/A	-1,2	-1,2	-1,2	0,9	0,8	0,8	N/A	1,6	2,7	1,3	
		N/A	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***2,8***	
	85+	N/A	-1,2	-1,2	-1,2	1,7	1,7	1,6	N/A	2,1	2,7	1,7	
		N/A	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***1,7***	
	Nieuwe hospitalisaties 12-17	All	All	All	10,0	N/A	3,0	6,0	30,0	100,0	86,0	45,0	
		N/A	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	
	18-64	3,5 - 11	8,7	7,3	5,6	5,1	4,8	4,8	5,7	6,8	6,7	5,4	
		N/A	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***9,4***	***9,5***	
	65-84	2,7 – 3,5	3,2	2,7	3,3	3,4	2,7	2,6	4,1	5,3	2,0	1,6	
			N/A	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***14,4***	***12,9***	
	85+		1,5	1,8	2,2	2,4	2,6	2,7	3,8	4,8	1,6	2,0	
			N/A	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***6,9***	***7,3***	
	Nieuwe ICU-opnames 12-17		N/A	N/A	All	N/A	N/A	N/A	N/A	13,3	10,0	N/A	
			N/A	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	
	18-64		14,5	10,2	8,3	6,5	7,5	8,0	10,0	9,5	16,0	12,0	
			N/A	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***16,0***	***12,0***	
	65-84		4,4	4,7	5,5	5,0	4,4	4,5	4,7	6,7	4,7	2,5	
			N/A	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***19,3***	***18,3***	
	85+		2,3	1,6	2,3	7,3	11,0	4,5	3,2	3,2	2,2	1,3	
			N/A	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***N/A***	***27,5***	***N/A***	

3) Uit een studie van Sciensano (najaar 2020) bleek dat dankzij vaccinatie 30.000 ziekenhuisopnames werden vermeden. Vaccinatie beschermt ons zorgsysteem tegen een implosie, zowel van de eerste lijn als de ziekenhuizen. 88% van de volwassenen kreeg in België (en 77% van alle Inwoners) een primo-vaccinatie tegen COVID-19. Met deze vaccinatiegraad bevindt ons land zich in de kop van het Europese peloton, en onze vaccinatiegraad overstijgt ruimschoots het Europese gemiddelde van 68%[1]. Momenteel is in ons land de boostervaccinatie volop aan de gang: 58% van de volwassenen kreeg reeds een derde (of tweede, bij het Janssen-vaccin) prik.

[1] https://vaccinetracker.ecdc.europa.eu/public/extensions/COVID-19/vaccine-tracker.html#uptake-tab

2.3. Verloop van de vaccinatiecampagne, risicopunten en debat over groepsimmuniteit

De vaccinatiecampagne heeft een sterke medewerking gekregen van de bevolking, mede ondersteund door een sterke overheidsstrategie, organisatie en ondersteuning. Ook de boosterdosiscampagne loopt vlot, waarbij België zich in de kop van het peloton op Europees niveau bevindt.

De belangrijkste risico's inzake vaccinatiegraad situeren zich op vlak van:

- Bepaalde gebieden en/of populaties met zwakke vaccinatiegraad
- Een eventueel tanende bereidheid van bepaalde populaties om deel te nemen aan de boostercampagne

Zowel op federaal als niveau van de deelstaten werden volop maatregelen genomen om algemene bevolking en vooral de kwetsbare of moeilijker bereikbare doelgroepen te overhalen om zich te laten vaccineren (bv mediacampagnes op federaal niveau en door de deelstaten, mobiele vaccinatiepunten, inschakelen van populatiemanagers, huisartsen, apothekers en andere vertrouwenspersonen, webinars voor de zorgverleners en vaccinatoren, meertalige communicatie, infolijnen, invoeren van het CST, enz). Deze maatregelen worden al geruime tijd en intensief genomen, en worden nu ook uitgerold voor de boostercampagne van de algemene bevolking,

Toch lijkt op gebied van primo-vaccinatie de vaccinatiecampagne te stokken, terwijl de Omikronvariant in volle opmars is. Vandaag is hij goed voor meer dan de helft van de besmettingen, De huidige ratio bedraagt 1,14 (+ 17%), en gemiddeld worden er nu dagelijks 16.000 mensen besmet (+ 104%).

De 70% vaccinatiegraad van de totale bevolking die in het begin van de vaccinatiecampagne – op basis van adviezen van de Hoge Gezondheidsraad – werd vooropgesteld om groepsimmuniteit te bereiken, blijkt een goed jaar en drie varianten later ontoereikend te zijn ten gevolge van de veel hogere besmettelijkheid en ernstgraad van de varianten ten opzichte van het oorspronkelijke coronavirus. Wie gevaccineerd is, kan, zo blijkt ook uit bovenstaande data, het virus nog doorgeven, en de immuniteit na vaccinatie blijkt af te nemen in de tijd. Bovendien is er nog kans dat er nieuwe varianten opduiken. Het komt er dus op aan om een zo hoog mogelijke vaccinatiegraad te bereiken.

Om de vaccinatiegraad nog verder te verhogen, werd aldus aan het Coronacommissariaat gevraagd of het opportuun zou zijn om het huidige coronacertificaat op basis van 3G (gevaccineerd, getest, genezen) om te vormen naar 2G (gevaccineerd of genezen) of 1G (gevaccineerd), en/of om de algemene verplichte vaccinatie in te voeren. Het Commissariaat gebruikte hiervoor de boven vermelde adviezen en andere beschikbare informatie. Verder bekeek het de manier waarop de verplichte polio-vaccinatie in ons land wordt aangepakt. Het huidige document geeft een beknopt overzicht van deze adviezen en informatie.

2.4. Vaccinatie versus eerder doorgemaakte infectie

In het wetenschappelijk en publiek debat is, over de varianten en golven heen, discussie over de effectiviteit van eerder doorgemaakte infectie en daardoor verworven immuniteit versus immuniteit op basis van vaccinatie. Dat debat is niet definitief afgerond: te noteren zijn een aantal wetenschappelijke studies die suggereren dat de immuniteit tegen Omicron na doorgemaakte infectie beduidend lager ligt.

- Studie Imperial College medio December 2021: Omicron was associated with a 5.41 (95% CI: 4.87-6.00) fold higher risk of reinfection compared with Delta. This suggests relatively low remaining levels of immunity from prior infection. https://www.imperial.ac.uk/news/232698/omicron-

largely-evades-immunity-from-past/ en https://www.imperial.ac.uk/mrc-global-infectious-disease-analysis/covid-19/report-49-Omicron/

- Studie uit Zuid-Afrika begin december 2021 (preprint): Population-level evidence suggests that the Omicron variant is associated with substantial ability to evade immunity from prior infection. https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.11.11.21266068v2
- Laatste UKHSA update (31 december 2021): The population rate of people becoming infected with Omicron after having previously contracted COVID-19 has increased sharply. Of those with Omicron, 9.5% have had COVID-19 before, which is likely to be a substantial underestimate of the proportion of reinfections. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1044481/Technical-Briefing-31-Dec-2021-Omicron_severity_update.pdf

Er dient wel te worden opgemerkt dat vandaag door RAG en RMG in het kader van het quarantainebeleid wordt aanvaard dat een geregistreerde positieve test in de voorbije 150 dagen, waardoor men over een herstelcertificaat beschikt, volstaat om de quarantaineverplichting niet te moeten naleven.

3. Centrale argumenten in het kader van het debat over verplichte vaccinatie of het gebruik van een Coronacertificaat

3.1. Beperking individuele vrijheid mogelijk voor het algemeen belang…

Individuele vrijheid is een van onze fundamentele waarden. Zij kan alleen worden beperkt indien dit noodzakelijk is voor het algemeen belang (bv. om de werking van de gezondheidsdiensten te vrijwaren) en om de gezondheid van de burgers te beschermen, met inbegrip van risicopersonen en patiënten die wachten op zorg voor andere aandoeningen.

Dit wordt ook op juridisch vlak bevestigd: de Wet Patiëntenrechten (art.8) bepaalt dat een patiënt de vrijheid heeft om al dan niet toe te stemmen met een medische interventie. Een verplichting tot vaccinatie of maatregelen ter bestrijding van de pandemie kunnen echter worden opgelegd, als dit gebeurt in het belang van de volksgezondheid.

3.2. …maar maatregelen moeten proportioneel/noodzakelijk zijn

Als de informatie- en sensibiliseringscampagnes en de vrijwillige vaccinatie niet volstaan om een voldoende hoge vaccinatiegraad te bekomen, kunnen bijkomende maatregelen genomen worden. Voorwaarde is wel dat ze noodzakelijk/proportioneel zijn: zijn ze relevant om het beoogde doel te bereiken? Kunnen er geen andere maatregelen worden genomen die een minder vergaande inbreuk op de individuele vrijheid vormen? Bovendien dient er sprake te zijn van een dringende maatschappelijke nood.

Het Europees Hof voor de Rechten van de Mens stelt dat de lidstaten hiervoor een ruime appreciatiemarge hebben. Tussen de lidstaten, hierin ondersteund door de gespecialiseerde internationale organen zoals de WHO, bestaat er een algemene consensus dat vaccinatie één van de meest succesvolle en kostenefficiënte gezondheidsinterventies is en dat iedere staat moet streven naar

de hoogst mogelijke vaccinatiegraad onder zijn bevolking. De lidstaten hebben zelf de keuze over hoe ze dit het beste denken te bereiken.

De mogelijke bijkomende maatregelen kunnen gradueel in drie categorieën worden opgedeeld:

- Een coronacertificaat voor niet-essentiële activiteiten
- Een coronacertificaat voor essentiële activiteiten
- de invoering van een algemene vaccinatieplicht (zie punt 4).

4. Coronacertificaat

Opmerking: het huidige 3G coronacertificaat wordt in de reglementering Covid Safe Ticket genoemd. Rekening houdend met de wetenschappelijke inzichten over de bescherming tegen besmetting, dient de benaming zeker bijgestuurd te worden. Het Coronacommissariaat beveelt de benaming coronacertificaat aan.

4.1. Een coronacertificaat voor niet-essentiële activiteiten (3G, 2G of 1G)

Met het huidige 3G CST-beleid voor bepaalde niet-essentiële activiteiten (bv. toegang tot horeca en fitnesscentra, en deelname aan evenementen) worden de fundamentele rechten van de niet-gevaccineerden in ons land weinig beperkt, omdat er nog alternatieven bestaan om een geldig CST te verkrijgen (na herstel of negatieve test). In het huidige 3G-beleid vormt testen één van de pijlers. Door de opkomst van meer besmettelijke en/of ziekmakende varianten neemt de de waarde van testing in vergelijking tot vaccinatie echter af, en kan het niet meer worden beschouwd als gelijkwaardig. Het is immer slechts een momentopname.

Een aantal recente wetenschappelijke studies, zie hoger, toont bovendien aan dat de immuniteit tegen Omikron na doorgemaakte infectie beduidend lager ligt. Hierdoor neemt ook herstel als andere belangrijke pijler in een 3G- of 2G-beleid in waarde af.

Als het coronacertificaat zou worden beperkt tot een 2G-beleid (na herstel of vaccinatie) of een 1G-beleid (enkel na vaccinatie, waardoor je eigenlijk van een vaccinatiepas spreekt) worden de fundamentele rechten meer beperkt.

De proportionaliteit van het coronacertificaat dient daarom regelmatig te worden geëvalueerd. Bovendien mag het geen vals gevoel van veiligheid veroorzaken (zie hoger), en moet het steeds gecombineerd worden met andere beschermingsmaatregelen (bv mondmaskers, sociale afstand, telewerk, ventilatie, enz.).

Volgens het Comité voor Bio-ethiek mag een coronacertificaat nooit worden gebruikt als voorwaarde voor de toegang tot zorg. Verder stelt het Comité en het Federaal Instituut voor de bescherming en de bevordering van de Rechten van de Mens dat een coronacertificaat met 1G eigenlijk een bedekte vorm van verplichte vaccinatie is, en dat de overheid dan in alle transparantie moet overgaan tot het invoeren van een algemene verplichte vaccinatie.

Deze standpunten wijken af van dat van de WHO en dat van de Federale Commissie Rechten van de Patiënt. Volgens het hoger genoemde juridische principe van de proportionaliteit kan namelijk de algemene vaccinatieplicht enkel als laatste redmiddel kan worden ingevoerd om de vaccinatiegraad te verhogen, als alle andere maatregelen die moeten aanzetten tot vaccinatie (waaronder het coronacertificaat) uitgeput zijn (zie ook verder).

4.2. Een coronacertificaat voor essentiële activiteiten

Een coronacertificaat (1G) voor de invulling van essentiële activiteiten (bv. toegang tot onderwijs, tot de zorg, tot uitoefening van een beroep/toegang tot de werkvloer) vormt een veel verdergaande inperking van de rechten van het individu en raakt ook aan grondrechten.

Een dergelijk coronacertificaat moet in de eerste plaats een ander doel beogen: bv. het bieden van een veilige zorgomgeving (zie het recente wetsontwerp inzake de verplichte vaccinatie voor het zorgpersoneel), de bescherming van werknemers (de vaccinatie tegen hepatitis B voor zorgverleners - Codex Welzijn op het Werk) of de kwaliteit van kinderopvang (de vaccinatie van kinderen in ONE-erkende crèches, opgelegd door de Franse Gemeenschap).

Een dergelijke maatregel voor de algemene bevolking met als enige doel de verhoging van de vaccinatiegraad zou niet proportioneel zijn.

4.3. Het gebruik van het coronacertificaat in andere Europese landen

De FOD Volksgezondheid verzamelde informatie over het gebruik van het coronacertificaat in Europese landen. In vele landen zijn er volop evoluties inzake het gebruik van het coronacertificaat. Vast te stellen valt dat quasi alle landen in meerdere of mindere mate een coronacertificaat gebruiken en dat er een evolutie is om van 3G (met variaties inzake aard en geldigheid van het testcertificaat) naar 2G of zelfs 1G te evolueren. Meerdere landen transformeren hun certificaat ook zo dat het in sommige gevallen (sectoren, epidemiologische niveaus) zal moeten gecombineerd worden met een testcertificaat. Tegelijkertijd is er in quasi alle landen veel maatschappelijk debat, alsook protest, alsook juridische procedures en rechterlijke uitspraken inzake het coronacertificaat, wat wijst op de gevoeligheid ervan.

Een snelle blik op de buurlanden (onder voorbehoud van tussentijdse wijzigingen):

In Duitsland is al geruime tijd de 2G-regel van kracht, en deze is nu uitgebreid naar 2G+: enkel mensen die een boosterprik kregen mogen zonder test binnen in horecazaken. Mensen die wel gevaccineerd zijn, maar nog geen boosterprik kregen, moeten een recente PCR-test kunnen tonen, zelfs al waren ze recent besmet met corona. Voordien volstond het om gevaccineerd of genezen te zijn. Ongevaccineerden mogen alleen met een negatieve test naar het werk of in de trein. Duitsland voert geen algemene vaccinatieplicht in, wegens juridisch te moeilijk.

In Frankrijk zijn negatieve tests niet meer voldoende om toegang te krijgen tot een evenement of horecagelegenheid. Daarvoor is een vaccinatiebewijs nodig (dus 1G-regel).

Ook Nederland maakt gebruik van een coronotoegangsbewijs (3G) in het kader van horeca, evenementen, kleedkamers (bij begeleiding kind), etc..

5. Vaccinatieplicht

5.1. Enkel als laatste redmiddel

Een algemene vaccinatieplicht van de volwassenen in ons land zou de meest vergaande vorm van inperking van het recht op fysieke integriteit zijn. Volgens de WHO en de Federale Commissie Rechten van de Patiënt dient verplichte vaccinatie daarom gebruikt te worden als een laatste redmiddel, wanneer alle andere mogelijke maatregelen onvoldoende zijn om de pandemie te bestrijden en de vaccinatiegraad te verhogen. Dit dus volgens het principe van de proportionaliteit.

5.2. Geen inbreuk op EVRM, mits respectering van bepaalde voorwaarden

Artikel 8 van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (hierna: EVRM) waarborgt het recht op eerbiediging van privé-, familie- en gezinsleven en bij uitbreiding het recht op fysieke integriteit waarborgt. De vraag of een algemene vaccinatieplicht een inbreuk vormt op het EVRM werd recent door het Europees Hof voor de Rechten van de Mens beantwoord, in het kader van een arrest[2] over "routinevaccinaties", zoals die tegen polio, hepatitis B, tetanus, mazelen, bof of rubella.

Het Hof bevestigde dat artikel 8 EVRM geen absoluut recht is en dat beperkingen door de overheid toegestaan zijn onder volgende voorwaarden:

a. De inperking is bij wet voorzien (zie verder bij ‘juridisch kader’);

b. De inperking dient legitieme doelen;

Het Hof aanvaardt een dubbel legitiem doel: de bescherming van de gezondheid voor iedereen die zich laat vaccineren, maar ook het recht op gezondheid van wie zich niet kan laten vaccineren.

c. ook hier geldt het principe dat de inperking noodzakelijk/ proportioneel moet zijn

Volgens het Hof kan de wettelijke verplichting tot vaccinatie een proportionele beperking van het privé recht vormen in het belang van de volksgezondheid en van de rechten van andere personen, in het bijzonder van personen die zich niet kunnen laten vaccineren. Het lopen van een miniem risico voor de gezondheid via vaccinatie beschouwt het Hof als een daad van sociale solidariteit.

De proportionaliteit van elke maatregel moet wel regelmatig opnieuw worden geëvalueerd, om na te gaan of de actuele epidemiologische omstandigheden en de wetenschappelijke evidentie het behoud van de maatregelen rechtvaardigen.

Maatregelen om een voldoende hoge vaccinatiegraad te bereiken, moeten ook steeds deel uit te maken van een totale strategie voor de bestrijding van COVID-19.

[2] arrest van 8 april 2021

5.3. Ethisch gerechtvaardigd onder bepaalde voorwaarden

De verplichte vaccinatie bij alle volwassenen (18 jaar en ouder) voor de bescherming van het algemeen belang en de gezondheid van de burgers, vooral van de meest kwetsbare personen, is volgens het Comité voor Bio-ethiek ethisch gerechtvaardigd, onder de volgende voorwaarden:

- Momenteel bestaan er nog wetenschappelijke en praktische onzekerheden over de werkzaamheid en de beschermingsduur van de vaccins tegen de huidige en eventuele toekomstige varianten, en hun plaats in de preventieve en curatieve aanpak van COVID-19. Deze onzekerheden moeten eerst worden uitgeklaard.
- de vaccinatieplicht moet algemeen zijn, en mag dus niet beperkt worden tot bepaalde doelgroepen (bv ouderen)
- de huidige positieve verhouding tussen de risico's en de voordelen van vaccinatie, op basis waarvan de vaccins werden goedgekeurd, moet verder worden opgevolgd

5.4. Noodzakelijke maatregelen bij de invoering van de algemene vaccinatieplicht

Als de overheid beslist om een algemene verplichte vaccinatie tegen COVID-19 in te voeren, moet ze daarbij volgens het Comité voor Bio-ethiek de volgende maatregelen nemen:

- Nagaan van de **uitvoerbaarheid** (wanneer kan het worden ingevoerd? welke middelen zijn nodig voor operationalisering en handhaving?)
- een passend **juridisch kader** voorzien, waarover een maatschappelijk debat wordt gevoerd. Dit debat kan plaatsvinden tijdens interparlementaire hoorzittingen met de voorzitters van de raden of in het kader van een project van burgerparticipatie (door bv de Koning Boudewijnstichting). Dit juridisch kader moet bepalen:
    - hoe en door welke instantie het vaccinatiebewijs wordt afgeleverd, wanneer en door wie het kan worden gevraagd en gecontroleerd.
    - Hoe er rekening zal worden gehouden met personen die zich om medische redenen niet kunnen laten vaccineren.
    - Wat de sancties zullen zijn bij weigering tot vaccinatie, en hoe en door wie deze zullen worden toegepast.

      Juridisch en ethisch onaanvaardbaar zijn :

        - elke fysieke dwang om een persoon te onderwerpen aan vaccinatie;
        - elke maatregel die de toegang van een niet-gevaccineerde persoon tot zorg verhindert, uitsluitend op grond van zijn vaccinatiestatus.

- Vaccins kunnen in uitzonderlijke gevallen kort na toediening (minder dan 8 weken) ernstige bijwerkingen veroorzaken. Daarom wordt er , best voorzien in een **Fonds dat gezondheidsschade na COVID-19 vaccinatie** kan vergoeden, als er een medisch verband tussen de schade en het COVID-19 vaccin wordt aangetoond.
- de overheid moet de bevolking **breed informeren** over de vaccinatieplicht. Deze informatie heeft niet enkel betrekking op de maatregel zelf, maar ook op de maatschappelijke impact ervan, bv. de gevolgen van het niet vaccineren op de organisatie van de zorg, binnen de eerstelijnszorg en

de ziekenhuizen. Deze communicatie moet op duidelijke, begrijpelijke en niet-polariserende wijze worden gevoerd.

- De algemene vaccinatieplicht moet een **maatregel op lange termijn** zijn. Het opleggen van deze verplichting op korte termijn, louter om de vaccinatiegraad te verhogen, lijkt juridisch disproportioneel. Het kan enkel worden verantwoord als er door een nieuwe epidemiologische evolutie een maatschappelijke en acute nood ontstaat om een implosie van de zorg te vermijden, en als het wetenschappelijk is aangetoond dat vaccinatie daarbij efficiënt werkt (wat ondertussen duidelijk is aangetoond).

5.5. Voorbeeld van een reeds verplichte vaccinatie: de polio-vaccinatie

Vaccinatie tegen polio van kinderen is momenteel de enige algemene verplichte vaccinatie in België, sinds 1966.

- Administratieve opvolging van deze verplichting

Bij de laatste toediening van het vaccin ontvangen de ouders een vaccinatiebewijs. Zij moeten dit bewijs aan de gemeente bezorgen ten laatste op het moment dat hun kind 18 maanden wordt.

De gemeenten moeten dit opvolgen en eventuele verzuimen melden aan de gezondheidsinspecteur. De gezondheidsinspecteur stuurt vervolgens drie aanmaningen. Als deze zonder gevolg blijven, wordt er een rapport overgemaakt aan het bevoegde parket. Dit beslist of het de ouders vervolgt of niet.

- Sanctie bij niet-vaccinatie: boete en gevangenisstraf

De mogelijke straffen zijn een boete van 150 tot 800 euro (te vermenigvuldigen met een coëfficiënt van momenteel 8) en een gevangenisstraf van acht dagen tot een maand.

- Cijfers voor 2020 en 2021

<u>Voor Vlaanderen en Brussel Nl. :</u>

	2020	2021 (1e en 2e trim)
1e aanmaning	3062	1836
2e aanmaning	128	610
3e aanmaning	55	90
PV	64	13
Annulatie PV	6	

<u>Voor Wallonië en Brussel Fr. :</u>

	2020	2021 (3 eerste trim.)
1e aanmaning	5608	5111
2e aanmaning	2005	1543
3e aanmaning	925	733
PV	462	637
Annulatie PV	100	123

Nota: de cijfers geven niet het aantal niet-gevaccineerde kinderen weer, maar het aantal kinderen waarvoor de gemeenten geen vaccinatiebewijs hebben ontvangen.

Voor ongeveer 0,69% van de Franstalige en 0,09% van de Nederlandstalige kinderen werd in 2020 een dossier naar het Openbaar ministerie doorgestuurd. We beschikken niet over cijfers over het aantal uiteindelijke veroordelingen. Na het versturen van de aanmaningen en het PV, blijkt het aantal dossiers sterk af te nemen. Het merendeel van de dossiers werd dus vooral veroorzaakt door nalatigheid, meer dan door een werkelijke weigering om het kind te laten vaccineren.

De strafrechtelijke procedures nemen veel tijd en middelen in beslag. Deze zouden kunnen worden vervangen door of aangevuld worden met administratieve geldboetes. In het kader van de implementatie van de Federale Controlecommissie loopt hieromtrent momenteel een project. Deze procedure kan eenvoudig worden uitgebreid naar de verplichte vaccinatie tegen COVID-19.

5.6. De algemene vaccinatieplicht in andere Europese landen

In diverse landen is er sinds midden 2021 een sterk politiek en maatschappelijk debat over de wenselijkheid, reikwijdte en modaliteiten van een vaccinatieplicht voor de algemene bevolking (we maken abstractie in deze nota van de vaccinatieverplichting voor bepaalde groepen, m.n. zorgverstrekkers). Een aantal landen, met name Griekenland en Oostenrijk, namen al politieke beslissingen; ook Duitsland overweegt een invoering van vaccinatieplicht. Andere landen lanceerden politieke besprekingen.

Op te merken valt dat de vaccinatieplicht in het politieke en maatschappelijke debat overal belangrijke ethische, epidemiologische, juridische en praktische bekommernissen oproept. In Oostenrijk, waar besloten werd tot invoering van vaccinatieplicht, is recent twijfel gerezen, zowel om epidemiologische redenen (evoluerende vaccineffectiviteit in het licht van varianten) als om praktische redenen. In Duitsland wordt het politieke debat vertraagd door wetgevingstechnische moeilijkheden. In al deze landen gaat dit ook gepaard met belangrijke politieke discussies.

Oostenrijk is momenteel het enige Europese land dat van plan is om een algemene vaccinatieplicht vanaf 14 jaar in te voeren. Het wetsvoorstel werd begin december ingediend, en bedoeling is om deze plicht nu in april door te voeren. Deze datum werd al een aantal malen naar achter geschoven, omwille van juridische en technische problemen. Wie niet in regel zou zijn, zal elk kwartaal worden bestraft met een boete die bij herhaalde overtredingen kan oplopen tot 3.600 euro. De opbrengst van de boetes zou worden overgemaakt naar ziekenhuizen, medisch vervoer of sociale bijstand.

Sommige lidstaten voerden een verplichting in voor een deel van de bevolking:

- Griekenland: vaccinatieplicht voor ouderen boven de 60 jaar, op straffe van boete. Wie na 16 januari niet minstens één prik heeft laten zetten, krijgt maandelijks een boete van 100 euro. Die wordt automatisch geïnd. Dat geld gaat naar een zorgfonds om Griekse ziekenhuizen, die nu zuchten onder de coronadruk, draaiende te kunnen houden. Deze maatregel zorgde ondertussen voor een verhoging van de vaccinatiegraad bij deze leeftijdsgroep.
- Italië: vaccinatieplicht voor 50+, leerkrachten, personeel in de gezondheidssector, militairen en ordediensten. Sinds oktober moeten Italiaanse werknemers in de privé-sector gevaccineerd zijn of een negatieve PCR-test kunnen voorleggen, als ze naar hun werk willen gaan.
- Tsjechië: vaccinatie verplicht vanaf 1 maart 2022 voor personen van 60 jaar en ouder; bepaalde beroepen die meer worden blootgesteld aan Covid-19: o.a. zorg- en sociale dienstverleners, brandweer, militairen, politie, enz.
- Hongarije: vaccinatieplicht voor zorgverleners. Ook publieke en private werkgevers buiten de zorg kunnen hun werknemers verplichten zich te laten vaccineren.
- Frankrijk: vaccinatieplicht voor zorgverleners, op straffe van ontslag
- Letland: vaccinatieplicht in de publieke sector (onderwijs, sociale diensten, overheid, raden, enz.). Leden van het parlement vallen ook onder deze regel, op straffe van opschorting van hun salaris.

In andere landen wordt het debat nog volop gevoerd, bv. het Verenigd Koninkrijk: van een algemene vaccinatieplicht voor de brede bevolking in het VK was tot voor kort geen sprake. Door de uitbraak van de zeer besmettelijke Omikronvariant komt dit weer naar boven.

In bepaalde Europese landen ligt het onderwerp zeer gevoelig en/of blijft het debat voorlopig zeer beperkt. Dit is het geval voor de Scandinavische landen, Estland, Nederland, Spanje, Portugal, Zwitserland en Roemenië.

6. Concluderende bemerkingen en suggesties van het Coronacommissariaat

Het Coronacommissariaat kreeg de opdracht van het Overlegcomité om argumenten samen te brengen inzake mogelijke instrumenten voor het verhogen van de vaccinatiegraad, met bijzondere aandacht voor de beleidsinstrumenten vaccinatieplicht en coronacertificaat. Bij wijze van afsluiting van deze nota wenst het Coronacommissariaat volgende bemerkingen en suggesties ter attentie van het Overlegcomité en het politieke en maatschappelijke debat brengen.

- De pandemie is nog volop van kracht, met een virus dat nog volop evolueert en nieuwe kenmerken inzake besmettelijkheid en ernstgraad vertoont, dat het pandemiebeheer van alle landen voor wetenschappelijke onzekerheid, voortschrijdend inzicht en evidentie, volksgezondheidsbeleidsmatige voorzorg en politieke afweging plaatst. Een evolutie naar een endemische situatie wordt voorspeld en verwacht, maar het is onduidelijk over het pad naar, de timing van en de modaliteiten van deze endemische situatie.

- De effectiviteit van het pandemiebeheer berust in de combinatie van beleidsinstrumenten, cf. het hoger vernoemde Zwitsers gatenkaas-model. Er zijn geen perfecte, of volledig effectieve en veilige instrumenten. In het bijzonder voor wat vaccinatie en coronacertificaten betreft, de in deze nota onderzochte instrumenten, dient aan de beleidsmakers en de bevolking duidelijk gemaakt te worden dat geen instrument vandaag tot een volledige veilige situatie leidt voor individuen en populaties. Instrumuenten dienen aldus gecombineerd te worden en zo gepositioneerd worden. Een gepast verwachtingsmanagement en overheidscommunicatie is vereist.

- Waar bij aanvang van de crisis zeer ingrijpende maatregelen en restricties meer aanvaardbaar werden geacht door de bevolking, de politiek en de rechterlijke macht, is er doorheen de crisis meer vraag naar proportionaliteit en data- en evidentie-gebaseerd beleid gekomen. Recente rechterlijke uitspraken bevestigen dit. Dit is geen unieke Belgische situatie, integendeel. Bij beslissingen over beleidsinstrumenten in het kader van het pandemiebeheer dient daar aldus steeds sterkere aandacht aan worden besteed.

- De evolutie naar meer aandacht voor evidentie en proportionaliteit wordt nog versterkt door een groeiend maatschappelijk ongeduld en een zekere polarisatie met betrekking tot het COVID-19-beleid, zo blijkt ook uit bv. de motivatiebarometer, die aantoont dat er enerzijds nog belangrijke steun is voor het beleid, maar ook een belangrijke groep van de bevolking die het beleid niet begrijpt en/of

steunt, alsook grote verschillen tussen gevaccineerde en niet-gevaccineerde personen inzake hun kijk op het beleid.

- Voor het verhogen van de vaccinatiegraad legt WHO Europa[3] de nadruk op dialoog en de strijd tegen desinformatie. Verder moet men ook alles doen om de drempel naar vaccinatie zo laag mogelijk te houden: toegankelijkheid van vaccinatiecentra, aangepaste aanpak voor kwetsbare groepen, enz. Door de interfederale Taskforce Vaccinatie en de bevoegde overheden worden ter zake reeds zeer ruime instrumenten ingezet. Deze inspanningen worden voortgezet, maar botsen ook op limieten.

- De WHO Europa noemt verplichte vaccinatie de 'last resort'. Zelfs al kan een algemene vaccinatieplicht ethisch, sociaal en juridisch aanvaardbaar en proportioneel, of zelfs gewenst zijn, zoals blijkt uit de ontvangen adviezen, de onzekerheden over het epidemiologisch verloop, de verdere vaccinatiecampagne in termen van noodzaak en reikwijdte van herhaaldoses met het oog op groepsimmuniteit, etc. maken een beslissing over de wenselijkheid, reikwijdte en modaliteiten van een vaccinatieplicht vandaag moeilijk. Meerdere scenario's over het epidemiologisch verloop en de inzet van vaccins met het oog op bescherming van individuen en populaties zijn denkbaar.

- Niettemin verdient het aanbeveling om een politiek en maatschappelijk debat te hebben over de wenselijkheid, reikwijdte en modaliteiten van een vaccinatieplicht, bijvoorbeeld op basis van de mogelijke scenario's, waarbij het dan van belang is om het debat goed te ondersteunen met wetenschappelijke state-of-the art evidentie, bv. door de adviesorganen die door het Coronacommissariaat met het oog op deze nota werden bevraagd en/of andere experten.

  Dergelijk debat kan enerzijds op politiek niveau gebeuren, met name op het niveau van de wetgevende macht, zoals eerder ook gesuggereerd door het Overlegcomité. Verplichte vaccinatie is als instrument van nationale profylaxis een federale bevoegdheid, maar raakt vanzelfsprekend ook aan bevoegdheden en bekommernissen van de entiteiten, waardoor het te verwachten is dat het debat zich in meerdere parlementen zal ontwikkelen. Het Coronacommissariaat meent dat een interparlementair initiatief kan bijdragen tot een gecoördineerd politiek debat.

  Naast een politiek debat kan ook overwogen worden om maatschappelijk debat of zelfs consultatie te voorzien inzake deze thematiek. Organisaties als bv. de Koning Boudewijnstichting hebben ruime ervaring met dergelijke maatschappelijke consultatieprocessen.

  In dit debat kan volgens het Commissariaat, rekening houdend met epidemiologische evidentie (bv. kwetsbaarheid van bepaalde deelpopulaties binnen de bevolking), ook gereageerd te worden op het advies van het Comité voor Bio-ethiek om vaccinatieplicht niet tot bepaalde leeftijdsgroepen te beperken, wat in diverse andere landen wel gebeurt.

- Het debat over het coronacertificaat lokt, net als in andere landen, sterk maatschappelijk en politiek debat op. Dat heeft te maken met de aard van het instrument dat als intrusief wordt beschouwd in de vrijheid van het individu. Het heeft eveneens te maken met de genese, waarbij het instrument, van

[3] https://unric.org/en/who-mandatory-vaccinations-are-a-last-resort/

zeer beperkt in reikwijdte en tijd, gaandeweg is verbreed en verlengd. Opnieuw, ook dat is niet uniek voor België, dat in vergelijkend perspectief minder verregaand of voorlopend is dan verschillende andere Europese landen. Verder heeft de gevoeligheid ook te maken met de initiële positionering van het instrument als een garantie voor veilige activiteiten ("covid safe"), waarbij ook bepaalde andere verdedigingslinies, zoals maskerdracht of luchtkwaliteit, naar de achtergrond verdwenen. Intussen weten we dat een coronacertificaat geen garantie is op het verhinderen van besmetting, waardoor het instrument geherpositioneerd moet worden in geval van verder gebruik.

Het Coronacommissariaat is van mening dat, in de plaats van een instrument om het risico op besmetting bij activiteiten in sommige settings te verzekeren (het initiële Covid Safe Ticket), een coronacertificaat als hoofddoel kan hebben om bij te dragen tot een hogere vaccinatiegraad omwille van het belang van vaccinatie om saturatie van het gezondheidszorgsysteem en in het bijzonder het ziekenhuissysteem te vermijden. In dat geval dient het coronacertificaat uiteraard als vaccinatiecertificaat worden geconcipieerd (1G). In deze context wordt het herstelcertificaat geschrapt, wat ook onderbouwd kan worden door de hoger vermelde inzichten over lagere bescherming tegen Omikron op basis van immuniteit door eerdere infectie. Verder kan in het beleidsinstrumentarium, in sommige gevallen, bv. bij hoge viruscirculatie, het vaccinatiecertificaat gecombineerd worden met een testcertificaat, waar deze certificaten vandaag inwisselbaar zijn, wat wetenschappelijk achterhaald is. Dit standpunt van het Coronacommissariaat is ook in lijn met recent GEMS-advies.

De inzet van het coronacertificaat kan, in het kader van een aangepast wettelijk kader, door de overheid beperkt en geconditioneerd worden op meerdere vlakken. Ten eerste kan het gebruik ervan worden beperkt al naargelang de epidemische situatie, bv. gelinkt aan bepaalde risiconiveaus (zie ook barometer-discussie) of enkel in een volgende de pandemiewet bepaalde epidemische noodsituatie. Ten tweede kan het gebruik worden beperkt tot bepaalde settings, zoals vandaag ook al het geval is; het is voor het Commissariaat duidelijk dat een coronacertificaat, in tegenstelling tot sommige andere Europese landen, niet gebruikt kan worden in het kader van essentiële activiteiten.

In de mate dat de overheid daar transparant over communiceert, is een dergelijk instrument volgens het Commissariaat een instrument dat, indien juist gepositioneerd binnen een ruimere beleidsmix met een juiste inschatting en communicatie van de effectiviteit en beperkingen van de diverse beleidsinstrumenten – waar bv. mondmaskerdracht en luchtkwaliteit meer prominent moeten zijn dan het certificaat –, proportioneel kan zijn, en, in de huidige stand van de evidentie en wetenschap, meer proportioneel dan vaccinatieplicht. De WHO Europa beschouwt een coronacertificaat overigens niet als een vrijheidsbeperking, maar als een algemene bescherming van de vrijheden, zodat het sociale leven zoveel mogelijk kan worden behouden.

Het instrument moet vanzelfsprekend worden bijgestuurd indien nieuwe evidentie de effectiviteit ervan in vraag stelt.

Gegeven de politieke, maatschappelijke en juridische bekommernissen inzake het coronacertificaat-instrument kan vanzelfsprekend even goed een politiek en maatschappelijk debat worden gehouden over de wenselijkheid, reikwijdte en modaliteiten, zie hoger.

- Tot slot is het aangewezen de politieke, maatschappelijke en juridische debatten in andere landen nauw op te volgen om als zodanig het Belgisch debat te informeren.

Vaccination obligatoire, Covid Safe Ticket et droits humains

Avis de l'Institut fédéral pour la protection et la promotion des droits humains

Avis n° 6/2021 du 7/12/2021

L'Institut fédéral pour la protection et la promotion des droits humains

L'Institut fédéral pour la protection et la promotion des droits humains (IFDH) a été créé par la loi du 12 mai 2019. L'objectif de l'IFDH est de contribuer à la protection et à la promotion des droits humains en Belgique. Le présent avis s'inscrit dans sa mission de conseil du gouvernement fédéral et du Parlement, sur toute question relative aux droits humains, soit à leur demande, soit de sa propre initiative, à l'instar du présent avis.

1. Introduction

Depuis mars 2020, la Belgique est confrontée à une crise sanitaire due à l'apparition du Covid-19. Des restrictions de liberté de longue durée ont été adoptées pour atténuer l'impact sur les soins de santé. En 2021, plusieurs vaccins ont apporté un moyen efficace de lutte contre le virus. La campagne de vaccination en Belgique a été organisée sur une base volontaire. Toutefois, la vaccination volontaire n'ayant pas suffi à empêcher la survenance d'une quatrième vague, il est de plus en plus évoqué de rendre la vaccination obligatoire. En ce qui concerne plus particulièrement le secteur de la santé, il a été décidé le 19 novembre 2021 que l'ensemble du personnel soignant doit être vacciné en date du 1er avril 2022. Depuis le 15 octobre (à Bruxelles) et le 1er novembre (en Flandre et en Wallonie), l'accès à plusieurs sortes de services est subordonné à la possession d'un Covid Safe Ticket, ce qui peut être considéré comme une forme de coercition indirecte à la vaccination.

Au regard des nombreuses questions que soulèvent ces mesures quant à leur compatibilité avec les droits humains, l'IFDH a pris la décision de délivrer cet avis de sa propre initiative. Tout d'abord, il analyse du point de vue des droits humains une éventuelle obligation générale de vaccination (2.) ainsi que l'obligation spécifique pour le personnel de santé (3.). Ensuite, il aborde le système du Covid Safe Ticket (4.). La conclusion est que ces mesures sont en principe conformes aux droits humains. Néanmoins, certaines remarques sur les droits humains sont formulées, avec des suggestions au gouvernement pour éviter un impact disproportionné de ces mesures dans leur application.

2. Une obligation générale de vaccination

Comment une obligation de vaccination s'articule-t-elle au regard des droits humains ? Dans l'arrêt *Vavřička* du 8 avril 2021, la Cour européenne des droits de l'homme a dû examiner l'obligation légale tchèque de vacciner les enfants contre neuf maladies contagieuses (dont la polio, le tétanos, l'hépatite B et la rougeole). Cette obligation était imposée sous peine d'une amende et en refusant aux enfants non vaccinés l'accès à l'école maternelle, qui n'est pas soumis à l'obligation scolaire.

Selon la Cour européenne, une telle obligation constituait une restriction au droit au respect de l'intégrité physique, qui est protégé par l'article 8 de la Convention européenne des droits de l'homme (CEDH). Ce droit n'étant pas absolu, il peut être restreint s'il existe une base légale à cette fin (principe de légalité), et à condition que cette restriction soit proportionnée (principe de proportionnalité) par rapport au but légitime poursuivi (principe de légitimité). Selon la Cour, l'obligation légale constitue une restriction proportionnée au regard de la protection de la santé publique et des droits d'autrui, notamment de ceux qui, pour des raisons médicales, ne peuvent être vaccinés (§ 272). En effet, selon la Cour, le fait d'encourir un risque minime pour la santé par la vaccination peut être considéré comme un acte de solidarité sociale qui peut être rendu obligatoire afin de protéger la santé d'autrui (§ 279). La Cour souligne qu'une autorité publique peut raisonnablement décider de rendre la vaccination obligatoire afin d'atteindre un niveau adéquat de protection contre une maladie grave lorsque la vaccination volontaire s'avère insuffisante pour obtenir une immunité de groupe (§ 288). Selon la Cour, il n'y a donc pas de violation de l'article 8 de la CEDH.

Bien que les droits humains s'adressent principalement aux pouvoirs publics, les citoyens d'une société démocratique ont également une certaine responsabilité dans la protection des droits humains de leurs semblables. **En se faisant vacciner, ils contribuent à la protection du droit à la vie et du droit à la santé d'autres personnes**. Le gouvernement peut décider de rendre cette responsabilité sociale partagée – la « solidarité sociale » – juridiquement contraignante, à condition de respecter les principes de proportionnalité et de légalité.

La logique appliquée par la Cour européenne des droits de l'homme dans l'arrêt *Vavřička* s'applique également au Covid-19, d'autant plus qu'une campagne de vaccination volontaire ne semble pas suffisante pour obtenir une immunité de groupe contre une maladie indéniablement grave. **Par conséquent, l'État pourrait raisonnablement décider qu'une obligation légale générale de vaccination est nécessaire pour protéger la santé publique[1].**

Observations

Le principe de proportionnalité doit être respecté dans la mise en œuvre d'une obligation légale de vaccination. L'arrêt *Vavřička* ne concernait par exemple pas l'exécution *manu militari* d'une obligation légale de vaccination, laquelle constituerait une ingérence beaucoup plus importante dans le droit au respect de l'intégrité physique et aurait, par conséquent, du mal à passer le test de proportionnalité. Les sanctions imposées en cas de non-respect de l'obligation légale de vaccination doivent également être proportionnées. **Une peine de prison n'est pas appropriée**, étant donné la possibilité de **mesures moins sévères telles que des amendes ou des mesures alternatives**. Dans la mesure où l'arrêt *Vavřička* portait spécifiquement sur l'exécution par voie d'amende, laquelle ne peut pas être

[1] Bien entendu, le gouvernement pourrait tout aussi bien décider de prendre des mesures qui constituent une restriction moins importante du droit au respect de l'intégrité physique, comme l'idée d'une obligation de se présenter dans un centre de vaccination, voir https://radio1.be/moraalfilosoof-patrick-loobuyck-opkomstplicht-een-optie-men-mag-nog-weigeren-maar-vooraf-wel-goed#podium19.

considérée selon la Cour européenne des droits de l'homme comme « excessivement sévère» (§ 293), il n'est pas exclu que la Cour soit plus mitigée face, par exemple, à une peine de prison.

Le principe de proportionnalité exige également que des **exceptions soient faites à l'obligation de vaccination**, en particulier pour les **personnes qui ne peuvent pas être vaccinées pour des raisons médicales.** Dans son appréciation de la proportionnalité dans l'arrêt *Vavřička*, la Cour européenne des droits de l'homme a tenu compte du fait qu'une telle exception à l'obligation de vaccination existait en cas de contre-indications médicales à la vaccination (§ 291).

Recommandations

Le gouvernement peut décider d'introduire une obligation générale de vaccination. Toutefois, une telle obligation doit être appliquée de manière proportionnée. Cela implique une préférence de principe pour l'exécution par une amende ou une mesure alternative plutôt que par l'emprisonnement.

Des exceptions à l'obligation de vaccination doivent être prévues, notamment pour les personnes qui ne peuvent pas être vaccinées pour des raisons médicales.

3. L'obligation de vaccination du personnel soignant

Pour les mêmes raisons que le gouvernement peut décider d'introduire une obligation générale de vaccination, il peut également décider d'introduire une obligation spécifique de vaccination pour le personnel soignant.

Bien que cela crée une différence de traitement entre le personnel soignant et le personnel non médical, cela ne semble pas être contraire au principe d'égalité. Ce principe permet une différence de traitement si elle est fondée sur un critère objectif et est raisonnablement justifiée, ce qui exige qu'il existe un rapport raisonnable de proportionnalité entre les moyens employés et l'objectif poursuivi[2] (dans ce cas, la protection de la santé publique). Une **telle justification raisonnable peut être trouvée dans le fait que le personnel de santé est en contact avec des personnes vulnérables sur une base quotidienne.** Le travailleur moyen non-vacciné du secteur de la santé présente donc un risque proportionnellement plus élevé pour la santé d'autrui que la personne non vaccinée moyenne qui ne travaille pas dans le secteur de la santé.

Observations

Ici également les sanctions doivent être proportionnées. Lorsqu'une sanction professionnelle a un impact sérieux sur la vie privée de la personne concernée, elle peut constituer une atteinte au droit au respect de la vie privée (article 8 de la CEDH)[3].

[2] Voir, par exemple, Cour constitutionnelle, 18 juin 2015, arrêt n° 91/2015, § B.5.1.
[3] Voir par exemple, Cour européenne des droits de l'homme (grande chambre), 25 septembre 2018, Denisov c. Ukraine, § 115-117.

Le principe de proportionnalité exige qu'en principe des sanctions moins lourdes (par exemple, transfert de poste, suspension, etc.) soient préférées au licenciement[4]. Le licenciement ne devrait être qu'un dernier recours, par exemple lorsque la nature du service ne permet pas d'appliquer des sanctions moins sévères ou lorsque des sanctions moins sévères n'ont pas un effet suffisant. Il convient également de tenir compte du fait que le licenciement peut avoir un impact négatif grave sur la jouissance du droit à un niveau de vie décent (article 11 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels), en particulier pour les personnes ayant un profil socio-économique vulnérable.

L'avant-projet de loi relatif à la vaccination obligatoire contre le COVID-19 des professionnels de santé, qui a été approuvé par le Conseil des ministres le 19 novembre 2021 et soumis à l'avis du Conseil d'État, répond dans une large mesure à ces préoccupations. Pendant les trois premiers mois, à partir du 1er janvier 2022, l'avant-projet prévoit que les professionnels de la santé ne peuvent continuer à exercer leur profession qu'à condition de disposer d'un certificat de test ou de rétablissement et de prendre les mesures de protection nécessaires (conformément aux directives applicables telles que déterminées par les autorités compétentes) (article 3, § 1). Si tel n'est pas le cas, les professionnels de la santé salariés ont la possibilité de suspendre leur contrat de travail, mais uniquement à condition qu'aucun travail adapté ne soit possible (article 3 § 2, premier alinéa). Le délai de trois mois peut être prolongé si le professionnel de santé s'est vu administrer la première dose d'un vaccin au plus tard le 31 mars 2022 (article 3, § 3, deuxième alinéa). A défaut, le contrat de travail est résilié de plein droit le 1er avril 2022 (article 3, § 4). Un système graduel similaire est prévu pour les professionnels de santé indépendants, dont les contrats de collaboration prendront fin de plein droit le 1er avril 2022 (article 10).

L'avant-projet prévoit donc un système de sanctions graduelles en cas de non-respect de l'obligation de vaccination (mesures de précaution, changement de poste, suspension et seulement ensuite licenciement). À première vue, cela semble répondre à la préoccupation selon laquelle le licenciement – ou la résiliation du contrat de coopération pour les professionnels de la santé indépendants – ne devrait être qu'un dernier recours. Il est important de noter que, comme indiqué dans l'exposé des motifs de l'avant-projet, ces trois mois seront utilisés pour mener des campagnes de sensibilisation supplémentaires afin de convaincre le personnel de santé de se faire vacciner et, dans la mesure du possible, éviter les licenciements effectifs.

Au regard du principe de proportionnalité, il est également important de noter que l'avant-projet prévoit que les travailleurs du secteur de la santé peuvent continuer à bénéficier, respectivement, de l'accès aux allocations de chômage (article 3, § 2, premier alinéa, et article 3, § 3, premier alinéa) ou au droit passerelle (article 10, § 2, premier alinéa, et article 10, § 3, deuxième alinéa). Cela constitue une garantie importante contre un impact disproportionné sur la jouissance du droit à un niveau de vie décent.

L'avant-projet ne prévoit actuellement aucune exception à l'obligation de vaccination. Toutefois, comme dans le cas d'une éventuelle obligation générale de vaccination (voir ci-dessus), l'IFDH est d'avis que, dans l'hypothèse d'une obligation de vaccination spécifique pour le personnel de santé, des

[4] Dans un avis partagé du Conseil national du travail, les organisations de travailleurs s'opposent à la possibilité de licenciement et soulignent la possibilité de transfert vers des postes ayant moins de contact avec les personnes vulnérables. Les organisations d'employeurs sont favorables à une suspension avec perte de salaire pour une durée maximale de six mois, avant de passer éventuellement à des sanctions plus lourdes comme le licenciement. Voir Conseil national du travail, 15 octobre 2021, avis n° 2246, pp. 16-18.

exceptions devraient être prévues, notamment pour les personnes qui, pour des raisons médicales, ne peuvent être vaccinées.

Recommandations

Le gouvernement peut décider d'introduire une obligation de vaccination spécifique pour le personnel de santé. Les sanctions d'une telle obligation doivent être proportionnées. Cela implique que le licenciement ne peut être qu'un ultime recours, et que des sanctions moins lourdes sont à privilégier.

Il convient de déployer le plus d'efforts possible pour sensibiliser les travailleurs de la santé afin de les convaincre de se faire vacciner et de prévenir ainsi le licenciement des travailleurs de la santé non vaccinés.

Des exceptions à l'obligation de vaccination doivent être prévues, notamment pour les personnes qui ne peuvent pas être vaccinées pour des raisons médicales.

4. Le Covid Safe Ticket

Dès lors qu'une obligation légale générale de vaccination est conforme au droit au respect de l'intégrité physique (article 8 de la CEDH), un raisonnement comparable s'applique certainement au système du Covid Safe Ticket (CST)[5]. Après tout, il s'agit d'une ingérence dans ce droit de moindre portée que dans le cas d'une obligation légale de vaccination.

L'impact sur l'exercice des autres droits humains est également limité. L'accord de coopération du 14 juillet 2021 relatif au CST contient une liste exhaustive des établissements et facilités dont l'accès des visiteurs peut être subordonné à un CST (article 12 § 1 et article 1 § 1, 21°) : établissements de l'horeca, centres de sport et de fitness, manifestations de masse, projets pilotes, dancings et discothèques, foires commerciales et congrès, établissements relevant des secteurs culturel, festif et récréatif, et établissements de soins résidentiels pour personnes vulnérables (par exemple, hôpitaux et centres de soins résidentiels).

Les restrictions aux activités de loisirs peuvent avoir un impact sur le droit d'établir des relations avec autrui, qui fait partie du droit au respect de la vie privée (article 8 de la CEDH)[6]. Toutefois, cet impact demeure limité, car il n'empêche pas les individus de vivre leur vie sociale ailleurs ou d'accéder à l'établissement via un certificat attestant d'un test négatif (ou, pour ceux qui ont récemment été infectés, via un certificat de rétablissement). Par ailleurs, dans l'arrêt *Vavřička*, une restriction beaucoup plus importante des droits humains – consistant à refuser aux enfants l'accès à l'école maternelle – a été acceptée par la Cour européenne des droits de l'homme (voir ci-dessus).

En matière d'établissements de soins résidentiels pour personnes vulnérables, les restrictions de visite peuvent aussi avoir un impact sur le droit au respect de la vie familiale, également protégé par l'article 8 de la CEDH. Toutefois, les risques pour la santé des personnes vulnérables y sont également les plus

[5] L'IFDH n'exprime son avis que dans les limites de son mandat, qui, par exemple, ne couvre pas la protection des données. En matière de protection des données, nous renvoyons aux avis n° 124/2021, n° 163/2021, n° 164/2021 et n° 170/2021 de l'Autorité de protection des données.

[6] Par exemple, Cour européenne des droits de l'homme (grande chambre), 7 février 2012, Von Hannover c. Allemagne (n° 2).

élevés. Par conséquent, ces restrictions peuvent également être considérées comme proportionnées malgré cet impact plus important. Il faut également tenir compte du fait que les visiteurs ont la possibilité d'accéder à ces installations grâce à un certificat attestant d'un test négatif récent.

Bien que le CST ne fasse pas disparaitre toute risque de contamination - le fait d'avoir un CST réduit le risque de transmission du virus mais ne l'élimine pas - le gouvernement peut raisonnablement supposer qu'il contribue suffisamment à réduire les risques d'infection. Le système du CST peut donc être considéré comme un moyen proportionné de protéger la santé publique tout en préservant le secteur des loisirs de nouvelles restrictions. Ni la section de législation du Conseil d'État dans un avis sur l'accord de coopération, ni les juges des pays voisins (en France et aux Pays-Bas) n'ont émis d'objections juridiques de principe à l'introduction du système du CST[7].

Le fait que le CST sous sa forme actuelle puisse être considéré comme proportionné ne signifie pas qu'une éventuelle expansion à d'autres secteurs (par exemple l'éducation, le marché du travail, ...) serait par définition proportionnée, compte tenu de l'impact éventuellement plus important sur certains droits humains (par exemple le droit à l'éducation, le droit au travail, ...). La proportionnalité d'une telle adaptation doit, si nécessaire, être examinée séparément. Il en va de même pour une éventuelle adaptation du système selon laquelle les personnes non vaccinées n'auraient plus la possibilité d'obtenir un CST par le biais d'un certificat négatif (le modèle dit 2G).

Observations

Le CST en tant que tel n'est pas en violation des droits humains. Cependant, il fait l'objet de certaines préoccupations en matière de droits humains concernant sa légalité et sa proportionnalité.

Une base juridique est nécessaire pour l'utilisation du CST. Il ne peut donc être demandé que dans des circonstances pour lesquelles il existe un motif légal (voir aussi l'article 12 § 2 Accord de coopération). Dans l'état actuel de la législation, cela signifie, par exemple, qu'un employeur ne peut pas demander son CST à un employé ou à un candidat à un emploi. Un CST ne peut être demandé à (un employé d') un fournisseur ou un prestataire de services. Un médecin ne peut pas demander son CST à un patient. Une personne qui organise une fête privée ne peut pas demander son CST à un visiteur (sauf si les règles pour les événements s'appliquent). **Le gouvernement doit informer correctement les citoyens du fait que le CST ne peut être demandé que dans les cas limités pour lesquels il existe un motif légal.**

La proportionnalité du maintien du système du CST doit être évaluée de manière régulière. Les Etats fédéraux peuvent introduire le CST dans la mesure où il est rendu nécessaire par les conditions épidémiologiques locales et en tenant compte du principe de proportionnalité (article 13bis § 1 de l'accord de coopération). Outre cette évaluation initiale, il est important d'évaluer régulièrement **si les conditions épidémiologiques locales justifient le maintien du système.**

Cette évaluation doit également tenir compte du fait que l'**impact des restrictions d'accès sur les droits humains des personnes concernées s'accentue avec le temps**[8]. Avec le temps, ces restrictions

[7] Voir cependant, a contrario, un récent arrêt du président du tribunal de première instance de Namur, 30 novembre 2021, A.S.B.L. Notre Bon Droit contre la Région wallonne.

[8] Voir également Comité consultatif de bioéthique de Belgique, 10 mai 2021, avis n° 77 relatif aux considérations éthiques et sociétales liées à la mise en place d'un "pass corona" et d'autres mesures transitoires d'assouplissement des contraintes sanitaires, p. 46, dans lequel le système d'un pass corona est déclaré admissible, mais uniquement dans la mesure où il constitue une mesure transitoire.

peuvent donc devenir disproportionnées, même si elles conservent une valeur ajoutée d'un point de vue épidémiologique. Dans ce cas, une obligation légale de vacciner pourrait être une alternative, qui serait plus efficace pour protéger la santé publique et sans les effets secondaires ségrégatifs du CST[9]. Bien qu'une telle obligation constituerait une ingérence plus forte (mais proportionnelle) dans le droit au respect de l'intégrité physique (voir ci-dessus), l'impact sur la jouissance d'autres droits humains serait plus limité que le maintien à long terme du CST.

Des mesures d'accompagnement peuvent empêcher le système du CST d'avoir un impact disproportionné sur des individus ou des groupes d'individus spécifiques.

Tout d'abord, il faut tenir compte de la difficulté pour les **personnes en situation d'illettrisme numérique** d'accéder aux services lorsqu'elles les réclament sur la base d'une vaccination, d'un test récent ou d'un rétablissement. Bien que l'accord de coopération prévoie également l'existence d'un CST papier, son obtention fait l'objet d'une barrière d'accès plus élevée par rapport à ceux qui peuvent présenter un certificat numérique via un smartphone. Il convient donc que les gouvernements prennent des mesures d'accompagnement pour faciliter l'accès à ces certificats papier.

Deuxièmement, le système CST a un impact plus important sur les **personnes qui ne peuvent pas être vaccinées**, par exemple pour des raisons de santé**.** Par rapport aux autres personnes non vaccinées, qui ont toujours le choix de se faire vacciner, elles n'ont d'autre choix que de se faire tester chaque fois qu'elles veulent accéder à l'un des services en question. Il est donc important que les gouvernements prennent des mesures d'accompagnement pour faciliter l'accessibilité des services pour ces personnes, par exemple en prévoyant des exemptions ou des possibilités suffisantes de dépistage gratuit.

Troisièmement, il convient de tenir compte des **personnes vulnérables vivant dans des établissements de soins résidentiels** qui, contrairement aux personnes souhaitant accéder à des installations de loisirs, n'ont souvent pas la possibilité de vivre leur vie sociale et familiale ailleurs. La CST a donc un impact non seulement sur le droit à la vie privée et familiale des visiteurs non vaccinés - qui peuvent toujours décider de se faire vacciner de toute façon - mais aussi sur celui des résidents eux-mêmes. Il convient donc de prendre des mesures d'accompagnement dans les établissements où de telles restrictions s'appliquent, par exemple en prévoyant des installations de dépistage facilement accessibles pour les membres non vaccinés de la famille des résidents, ou en prenant certaines mesures sanitaires afin que les visites puissent se dérouler dans des conditions sûres.

Recommandations

Le gouvernement doit informer correctement le citoyen du fait que le CST ne peut être demandé que dans les cas limitatifs pour lesquels il existe un motif légal.

La proportionnalité du maintien du système CST doit être évaluée régulièrement, à la fois à la lumière des conditions épidémiologiques locales et en raison de l'impact plus important des restrictions d'accès de longue durée sur les droits humains.

Des mesures d'accompagnement devraient être prises afin d'atténuer l'impact du système du CST sur les personnes qui ont moins de connaissances numériques, sur celles qui ne peuvent pas se faire

[9] Voir également, par exemple, l'analyse d'Unia : https://www.unia.be/fr/articles/vaccination-et-covid-safe-ticket-unia-analyse-les-motifs-dune-defiance-gran

vacciner, par exemple pour des raisons de santé, et sur les personnes vulnérables dans les établissements de soins résidentiels.

5. Conclusions et recommandations

L'IFDH est **d'avis qu'une obligation générale de vacciner, une obligation spécifique de vacciner le personnel de santé et le système CST sont ou seraient, en principe, conformes aux droits humains.** Toutefois, certaines réserves peuvent être formulées afin d'éviter que l'application de ces mesures ait un impact disproportionné sur certaines personnes ou certains groupes de personnes. Cela donne lieu aux recommandations suivantes :

Sur l'obligation générale de vacciner

1) Le gouvernement peut décider d'introduire une obligation générale de vaccination. Toutefois, une telle obligation doit être appliquée de manière proportionnée. Cela implique une préférence de principe pour l'exécution par une amende ou une mesure alternative plutôt que par l'emprisonnement.
2) Des exceptions à l'obligation de vaccination doivent être prévues, notamment pour les personnes qui ne peuvent pas être vaccinées pour des raisons médicales.

Concernant l'obligation de vacciner le personnel de santé

3) Le gouvernement peut décider d'introduire une obligation de vaccination spécifique pour le personnel de santé. Les sanctions d'une telle obligation doivent être proportionnées. Cela implique que le licenciement ne peut être qu'un ultime recours, et que des sanctions moins lourdes sont à privilégier.
4) Il convient de déployer le plus d'efforts possible pour sensibiliser les travailleurs de la santé afin de les convaincre de se faire vacciner et de prévenir ainsi le licenciement des travailleurs de la santé non vaccinés.
5) Des exceptions à l'obligation de vaccination doivent être prévues, notamment pour les personnes qui ne peuvent pas être vaccinées pour des raisons médicales.

Concernant le système CST

6) Le gouvernement doit informer correctement le citoyen du fait que le CST ne peut être demandé que dans les cas limitatifs pour lesquels il existe un motif légal.
7) La proportionnalité du maintien du système CST doit être évaluée régulièrement, à la fois à la lumière des conditions épidémiologiques locales et en raison de l'impact plus important des restrictions d'accès de longue durée sur les droits humains.
8) Des mesures d'accompagnement devraient être prises afin d'atténuer l'impact du système du CST sur les personnes qui ont moins de connaissances numériques, sur celles qui ne peuvent pas se faire vacciner, par exemple pour des raisons de santé, et sur les personnes vulnérables dans les établissements de soins résidentiels.

Vaccinatieplicht, Covid Safe Ticket en mensenrechten

Advies van het Federaal Instituut voor de bescherming en de bevordering van de Rechten van de Mens

Advies nr. 6/2021 van 7/12/2021

Het Federaal Instituut voor de bescherming en de bevordering van de Rechten van de Mens

Het Federaal Instituut voor de bescherming en de bevordering van de Rechten van de Mens (FIRM) werd opgericht bij wet van 12 mei 2019. Het FIRM heeft tot doel bij te dragen tot de bescherming en de bevordering van de rechten van de mens in België. Het voorliggend advies wordt verleend in uitvoering van de opdracht van het FIRM om advies te verstrekken aan de federale regering en aan de federale Kamers betreffende alle aangelegenheden die verband houden met de rechten van de mens, hetzij op verzoek, hetzij, zoals in dit geval, op eigen initiatief.

1. Inleiding

Sinds maart 2020 kampt België met een gezondheidscrisis ten gevolge van de uitbraak van Covid-19. Om de impact op de gezondheidszorg te verlichten, werden langdurige vrijheidsbeperkingen genomen. In 2021 zorgden verschillende vaccins voor een effectief middel ter beheersing van het virus. De vaccinatiecampagne in België werd georganiseerd op vrijwillige basis. Omdat vrijwillige vaccinaties echter niet volstonden om een vierde golf in de kiem te sporen, wordt steeds vaker geopperd om vaccinatie verplicht te maken. Specifiek wat betreft de zorgsector, werd op 19 november 2021 beslist dat alle zorgpersoneel vanaf 1 april 2022 gevaccineerd moet zijn. Sinds 15 oktober (in Brussel) en 1 november (Vlaanderen en Wallonië) wordt de toegang tot allerlei voorzieningen afhankelijk gemaakt van het beschikken over een zogenaamd Covid Safe Ticket, wat kan beschouwd worden als een vorm van indirecte vaccinatiedwang.

Omdat zulke maatregelen allerlei vragen doen rijzen betreffende hun verenigbaarheid met de mensenrechten, heeft het FIRM beslist om op eigen initiatief hierover dit advies te verstrekken. Eerst wordt een eventuele algemene vaccinatieverplichting (2.) en de specifieke verplichting voor zorgpersoneel (3.) geanalyseerd vanuit het oogpunt van de mensenrechten. Vervolgens wordt het systeem van het Covid Safe Ticket besproken (4.). De conclusie is dat deze maatregelen in principe in overeenstemming zijn met de mensenrechten. Desalniettemin worden telkens enkele mensenrechtelijke kanttekeningen gemaakt, met suggesties aan de overheid om te vermijden dat deze maatregelen via hun toepassing een disproportionele impact zouden hebben.

2. Een algemene vaccinatieplicht

Hoe verhoudt een vaccinatieverplichting zich tot de mensenrechten? In het Vavřička-arrest van 8 april 2021, moest het Europees Hof voor de Rechten van de Mens zich buigen over de in Tsjechië geldende wettelijke verplichting om kinderen in te enten voor negen besmettelijke ziekten (o.a. polio, tetanus, hepatitis B, mazelen). Deze verplichting werd afgedwongen met een boete en door niet-gevaccineerde kinderen de toegang tot het kleuteronderwijs, waarvoor geen leerplicht geldt, te ontzeggen.

Volgens het Europees Hof houdt een dergelijke verplichting een beperking in van het recht op de eerbiediging van de fysieke integriteit, dat beschermd wordt door artikel 8 van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (EVRM). Aangezien dit recht niet absoluut is, kan het beperkt worden als hiervoor een wettelijke basis voorhanden is (wettigheidsbeginsel), en op voorwaarde dat deze beperking proportioneel is (proportionaliteitsbeginsel) ten aanzien van het nagestreefde legitiem doel (legitimiteitsbeginsel). Volgens het Hof vormt de wettelijke verplichting een proportionele beperking vanuit het oogpunt van de bescherming van de volksgezondheid en van de rechten van andere personen, in het bijzonder van personen die zich omwille van medische redenen niet kunnen laten vaccineren (§ 272). Het lopen van een miniem risico voor de gezondheid via vaccinatie kan volgens het Hof immers beschouwd worden als een daad van sociale solidariteit die verplicht kan worden gesteld om de gezondheid van anderen te beschermen (§ 279). Het Hof benadrukt dat een overheid redelijkerwijze kan beslissen om vaccinatie te verplichten om zo een gepast niveau van bescherming te bereiken tegen ernstige ziekte wanneer vrijwillige vaccinaties onvoldoende blijken om groepsimmuniteit te bereiken (§ 288). Volgens het Hof is er daarom geen sprake van een schending van artikel 8 EVRM.

Hoewel mensenrechten zich in eerste instantie tot overheden richten, hebben ook burgers in een democratische samenleving dus een bepaalde verantwoordelijkheid voor de bescherming van de mensenrechten van hun medemens. **Door zich te laten vaccineren draagt men bij tot de bescherming van andermans recht op leven en recht op gezondheid**. De overheid kan oordelen dat deze maatschappelijk gedeelde verantwoordelijkheid – 'sociale solidariteit' – juridisch afdwingbaar gemaakt wordt, op voorwaarde dat hierbij het proportionaliteits- en het wettigheidsbeginsel worden gerespecteerd.

De logica die het Europees Hof voor de Rechten van de Mens toepaste in het Vavřička-arrest is ook van toepassing op Covid-19, zeker nu een op vrijwilligheid gebaseerde vaccinatiecampagne niet lijkt te volstaan om groepsimmuniteit te bereiken tegen een ontegensprekelijk ernstige ziekte. **De overheid zou dan ook redelijkerwijze kunnen beslissen dat een algemene wettelijke vaccinatieverplichting noodzakelijk is om de volksgezondheid te beschermen.**[1]

Kanttekeningen

Bij het afdwingen van de wettelijke vaccinatieverplichting moet het proportionaliteitsbeginsel gerespecteerd worden. Het Vavřička-arrest heeft bijvoorbeeld geen betrekking op het manu militari afdwingen van een wettelijke vaccinatieverplichting, wat een veel sterkere aantasting vormt van het recht op de eerbiediging van de fysieke integriteit en daardoor moeilijk de toets aan het proportionaliteitsbeginsel zou doorstaan. De sancties die op de niet-naleving van de wettelijke

[1] De overheid zou er natuurlijk evenzeer toe kunnen beslissen om maatregelen te nemen die een minder verregaande inperking vormen van het recht op de eerbiediging van de fysieke integriteit, zoals bijv. het idee van een opkomstplicht, zie https://radio1.be/moraalfilosoof-patrick-loobuyck-opkomstplicht-een-optie-men-mag-nog-weigeren-maar-vooraf-wel-goed#podium19.

vaccinatieplicht gesteld worden, moeten ook proportioneel zijn. **Een gevangenisstraf is niet aangewezen**, gezien de mogelijkheid van **minder verregaande sancties zoals boetes of alternatieve maatregelen**. Aangezien het Vavřička-arrest specifiek betrekking heeft op afdwinging via een boete, wat door het Europees Hof voor de Rechten van de Mens niet als 'onnodig zwaar' beschouwd wordt (§ 293), valt niet uit te sluiten dat het Hof wel over, bijvoorbeeld, een gevangenisstraf zou struikelen.

Het proportionaliteitsbeginsel vereist ook dat er voorzien wordt in **uitzonderingen op de vaccinatieverplichting**, in het bijzonder voor **personen die zich omwille van medische redenen niet kunnen laten vaccineren.** Het Europees Hof voor de Rechten van de Mens hield bij de proportionaliteitsbeoordeling in het Vavřička-arrest rekening met het feit dat een dergelijke uitzondering bestond op de vaccinatieverplichting in geval van medische contra-indicaties voor vaccinatie (§ 291).

Aanbevelingen

De overheid kan beslissen om een algemene vaccinatieverplichting in te voeren. Dergelijke verplichting moet echter op proportionele wijze afgedwongen worden. Dit houdt een principiële voorkeur in voor afdwinging via een boete of een alternatieve sanctie in plaats van via een gevangenisstraf.

Er moet voorzien worden in uitzonderingen op de vaccinatieverplichting, in het bijzonder voor personen die zich omwille van medische redenen niet kunnen laten vaccineren.

3. De vaccinatieverplichting voor zorgpersoneel

Omwille van dezelfde redenen waarom de overheid zou kunnen beslissen om een algemene vaccinatieverplichting in te voeren, kan ze ook beslissen om een specifieke vaccinatieverplichting in te voeren voor zorgpersoneel.

Hoewel dit een verschil in behandeling creëert tussen zorgpersoneel en niet-zorgpersoneel, lijkt dit niet in strijd te zijn met het gelijkheidsbeginsel. Dit beginsel laat immers een verschil in behandeling toe wanneer dit gebaseerd is op een objectief criterium en redelijk verantwoord is, wat vereist dat er een redelijk verband van evenredigheid bestaat tussen de aangewende middelen en het beoogde doel[2] (in dit geval de bescherming van de volksgezondheid). **Een dergelijke redelijke verantwoording kan gevonden worden in het feit dat zorgpersoneel op dagdagelijkse basis in contact komt met kwetsbare personen.** De gemiddelde niet-gevaccineerde zorgmedewerker vormt daardoor een verhoudingsgewijs groter risico voor andermans gezondheid dan de gemiddelde niet-gevaccineerde persoon die niet in de zorgsector werkt.

Kanttekeningen

Ook hier moet men nagaan of de sancties proportioneel zijn. Wanneer een professionele sanctie een ernstige impact heeft op het privéleven van de betrokkene, kan deze een aantasting vormen van het recht op eerbiediging van het privéleven (artikel 8 EVRM).[3] Het proportionaliteitsbeginsel vereist dat

[2] Zie bijv. Grondwettelijk Hof, 18 juni 2015, arrest nr. 91/2015, § B.5.1.
[3] Zie bijv. Europees Hof voor de Rechten van de Mens (Grote Kamer), 25 september 2018, Denisov t. Oekraïne, § 115-117.

in principe de voorkeur moet gegeven worden aan minder verregaande sancties (bijv. overplaatsing van functie, schorsing, enz.) alvorens tot ontslag wordt overgegaan.[4] Een ontslag zou enkel als laatste middel mogen dienen, bijv. wanneer de aard van de dienst minder verregaande sancties niet toelaat of wanneer minder verregaande sancties onvoldoende effect hebben. Hierbij dient ook rekening gehouden te worden met het feit dat een ontslag een ernstige negatieve impact kan hebben op het genot van het recht op een behoorlijke levensstandaard (artikel 11 Internationaal Verdrag inzake Economische, Sociale en Culturele Rechten), in het bijzonder voor personen met een kwetsbaar socio-economisch profiel.

Het voorontwerp van wet betreffende de verplichte vaccinatie tegen COVID-19 van gezondheidszorgbeoefenaars, dat goedgekeurd werd door de Ministerraad van 19 november 2021 en voor advies werd bezorgd aan de Raad van State, komt in belangrijke mate tegemoet aan deze bezorgdheden. Tijdens de eerste drie maanden, vanaf 1 januari 2022, voorziet het voorontwerp dat gezondheidszorgbeoefenaars enkel hun beroep kunnen blijven uitoefenen op voorwaarde dat zij beschikken over een test- of herstelcertificaat en dat zij de nodige beschermende maatregelen nemen (in overeenstemming met de geldende richtlijnen zoals bepaald door de bevoegde overheden) (artikel 3, § 1). Wanneer dit niet het geval is, bestaat voor gezondheidszorgbeoefenaars in loondienst de mogelijkheid tot schorsing van de arbeidsovereenkomst, maar enkel op voorwaarde dat er geen aangepast werk mogelijk is (artikel 3, § 2, eerste lid). De periode van drie maanden is verlengbaar indien de gezondheidszorgbeoefenaar uiterlijk op 31 maart 2022 een eerste dosis van een vaccin toegediend heeft gekregen (artikel 3, § 3, tweede lid). Zo niet wordt de arbeidsovereenkomst van rechtswege beëindigd op 1 april 2022 (artikel 3, § 4). Er wordt voorzien in een gelijkaardig trapsgewijs stelsel voor zelfstandige gezondheidszorgbeoefenaars, wiens samenwerkingsovereenkomsten van rechtswege worden beëindigd op 1 april 2022 (artikel 10).

Het voorontwerp voorziet dus in een trapsgewijs systeem van sancties op het niet-naleven van de vaccinatieverplichting (voorzorgsmaatregelen, verandering functie, schorsing en dan pas ontslag). Dit lijkt op het eerste gezicht tegemoet te komen aan de bezorgdheid dat ontslag – of beëindiging van samenwerkingsovereenkomst voor zelfstandige gezondheidszorgbeoefenaars – slechts een laatste middel mag zijn. Belangrijk daarbij is dat er, zoals bepaald wordt in de memorie van toelichting van het voorontwerp, van deze drie maanden gebruik gemaakt wordt om bijkomende sensibiliseringscampagnes te voeren om zorgpersoneel te overtuigen om zich alsnog te laten vaccineren en zo zoveel mogelijk te voorkomen dat het tot daadwerkelijke ontslagen komt.

Voor het proportionaliteitsbeginsel is ook van belang dat het voorontwerp bepaalt dat gezondheidszorgbeoefenaars zowel tijdens de periode van schorsing als na beëindiging van de arbeidsovereenkomst of samenwerkingsovereenkomst het recht behouden op, respectievelijk, een werkloosheidsuitkering (artikel 3, § 2, eerste lid, en artikel 3, § 3, eerste lid) of een overbruggingsrecht (artikel 10, § 2, eerste lid, en artikel 10, § 3, tweede lid). Dit vormt een belangrijke waarborg tegen een disproportionele impact op het genot van het recht op een behoorlijke levensstandaard.

Het voorontwerp voorziet op dit moment niet in uitzonderingen op de vaccinatieverplichting. Net zoals bij een eventuele algemene vaccinatieverplichting (zie hierboven), is het FIRM van oordeel dat er ook in geval van een specifieke vaccinatieverplichting voor zorgpersoneel voorzien moet worden in

[4] In een verdeeld advies van de Nationale Arbeidsraad spreken de werknemersorganisaties zich uit tegen de mogelijkheid tot ontslag en benadrukken de mogelijkheid van overplaatsing naar functies waar men minder in contact komt met kwetsbare personen. De werkgeversorganisaties zijn voorstander van een schorsing met verlies van loon voor maximum zes maanden, alvorens eventueel zou kunnen overgegaan worden tot verdergaande sancties zoals een ontslag. Zie Nationale Arbeidsraad, 15 oktober 2021, advies nr. 2246, p. 16-18.

uitzonderingen, in het bijzonder voor personen die zich omwille van medische redenen niet kunnen laten vaccineren.

Aanbevelingen

De overheid kan beslissen om een specifieke vaccinatieverplichting in te voeren voor zorgpersoneel. De sanctionering van dergelijke verplichting moet op proportionele wijze gebeuren. Dit vereist dat ontslag slechts een laatste middel kan zijn, en dat de voorkeur gegeven wordt aan minder verregaande sancties.

Er moet zoveel mogelijk ingezet worden op sensibilisering van zorgmedewerkers om hen te overtuigen zich te laten vaccineren en zo ontslagen van niet-gevaccineerde zorgmedewerkers te voorkomen.

Er moet voorzien worden in uitzonderingen op de vaccinatieverplichting, in het bijzonder voor personen die zich omwille van medische redenen niet kunnen laten vaccineren.

4. Het Covid Safe Ticket

Aangezien een algemene wettelijke vaccinatieverplichting in overeenstemming zou zijn met het recht op de eerbiediging van de fysieke integriteit (artikel 8 EVRM), geldt dit zeker voor het systeem van het Covid Safe Ticket (CST).[5] Hierbij is er immers sprake van een minder verregaande aantasting van dit recht dan in geval van een wettelijke verplichting.

De impact op de uitoefening van andere mensenrechten is ook beperkt. Het Samenwerkingsakkoord van 14 juli 2021 betreffende het CST bevat een limitatieve lijst van voorzieningen waarvan de toegang voor bezoekers afhankelijk kan gemaakt worden van een CST (artikel 12 § 1 en artikel 1 § 1, 21°): horeca-aangelegenheden, sport- en fitnesscentra, massa-evenementen, proef- en pilootprojecten, dancings en discotheken, beurzen en congressen, voorzieningen die behoren tot de culturele, feestelijke en recreatieve sector en voorzieningen voor residentiële opvang van kwetsbare personen (o.a. ziekenhuizen en woonzorgcentra).

Beperkingen op vrijetijdsbeleving kunnen een impact hebben op het recht om relaties aan te knopen met anderen, dat deel uitmaakt van het recht op eerbiediging van het privéleven (artikel 8 EVRM).[6] De impact van deze maatregel is echter beperkt, aangezien hij niet belet dat personen elders hun sociaal leven beleven of dat zij toegang verkrijgen via een negatief testcertificaat (of, voor personen die recent besmet zijn geweest, via een herstelcertificaat). Hierbij moet ook gewezen worden op het feit dat, in het Vavřička-arrest, de veel verregaandere beperking om kinderen de toegang tot het kleuteronderwijs te ontzeggen de toets van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens heeft doorstaan (zie hierboven).

Specifiek wat voorzieningen voor residentiële opvang van kwetsbare personen betreft, kunnen bezoekbeperkingen ook een impact hebben op het recht op eerbiediging van het familieleven (dat ook

[5] Het FIRM spreekt zich enkel uit binnen de grenzen van zijn mandaat, dat bijv. geen betrekking heeft op gegevensbescherming. Inzake gegevensbescherming verwijzen wij naar adviezen nr. 124/2021, nr. 163/2021, nr. 164/2021 en nr. 170/2021 van de Gegevensbeschermingsautoriteit.

[6] Bijv. Europees Hof voor de Rechten van de Mens (Grote Kamer), 7 februari 2012, Von Hannover t. Duitsland (No. 2).

beschermd wordt door artikel 8 EVRM). Tegelijkertijd is het risico voor de gezondheid van kwetsbare personen daar ook het grootst, waardoor zulke beperkingen wellicht ook als proportioneel beschouwd kunnen worden ondanks deze grotere impact. Hierbij moet ook rekening gehouden worden met het feit dat bezoekers over de mogelijkheid beschikken om via een recent negatief testcertificaat toegang te verkrijgen tot zulke voorzieningen.

Hoewel het CST niet sluitend is – het beschikken over een CST vermindert het risico dat men het virus overdraagt maar sluit het niet uit – kan de overheid redelijkerwijze aannemen dat het in voldoende mate bijdraagt tot het verminderen van het risicoop besmetting. Het systeem van het CST kan hierdoor beschouwd worden als een proportioneel middel om de volksgezondheid te beschermen en tegelijkertijd de vrijetijdssector te vrijwaren van verdergaande beperkingen. Noch de afdeling wetgeving van de Raad van State in een advies betreffende het Samenwerkingsakkoord, noch rechters in de buurlanden (in Frankrijk en Nederland) zagen principiële juridische bezwaren tegen de invoering van het systeem van het CST.[7]

Het feit dat het CST in zijn huidige vorm als proportioneel kan beschouwd worden, betekent overigens niet dat een eventuele uitbreiding naar andere sectoren (bijv. onderwijs, de arbeidsmarkt, …) ook per definitie proportioneel zou zijn, rekening houdend met de mogelijks grotere impact op bepaalde mensenrechten (bijv. recht op onderwijs, recht op werk, …). De proportionaliteit van een dergelijke aanpassing moet desgevallend afzonderlijk onderzocht worden. Hetzelfde geldt voor een eventuele aanpassing van het systeem waarbij niet-gevaccineerden niet meer over de mogelijkheid zouden beschikken om via een negatief certificaat een CST te verkrijgen (het zogenaamde 2G-model).

Kanttekeningen

Het CST is als dusdanig niet in strijd met de mensenrechten. Dat neemt niet weg dat er wel bepaalde mensenrechtelijke kanttekeningen bij kunnen geplaatst worden, wat betreft hun wettigheid en proportionaliteit.

Er is een wettelijke basis vereist voor het gebruik van het CST. Dit kan dan ook enkel gevraagd worden in de omstandigheden waarvoor een wettelijke grond bestaat (zie ook artikel 12 § 2 Samenwerkingsakkoord). In de huidige stand van de wetgeving, betekent dit bijvoorbeeld dat een werkgever geen CST mag vragen aan een werknemer of een sollicitant. Dat een CST niet gevraagd mag worden aan (een werknemer van) een leverancier of een dienstverlener. Dat een arts geen CST mag vragen aan een patiënt. Dat wie in privékring een feest organiseert aan de bezoekers geen CST mag vragen (tenzij de regels voor evenementen van toepassing zijn). **De overheid moet de burger goed informeren over het feit dat het CST enkel mag gevraagd worden in de limitatieve gevallen waarvoor een wettelijke grond bestaat.**

De proportionaliteit van het behoud van het systeem van het CST moet op regelmatige basis geëvalueerd worden. De deelstaten kunnen het CST invoeren voor zover dit vereist wordt door de lokale epidemiologische omstandigheden en rekening houdende met het principe van proportionaliteit (artikel 13bis, § 1 Samenwerkingsakkoord). Naast deze initiële evaluatie, is het belangrijk dat op regelmatige basis geëvalueerd wordt **of de lokale epidemiologische omstandigheden het behoud van het systeem rechtvaardigen.**

[7] Zie evenwel, a contrario, een recente uitspraak van de voorzitter van de Rechtbank van Eerste Aanleg van Namen, 30 november 2021, A.S.B.L. Notre Bon Droit t. het Waalse Gewest.

Bij deze evaluatie moet ook rekening gehouden worden met het feit dat **de impact van toegangsbeperkingen op de mensenrechten van de betrokkenen groter wordt naarmate deze langer gelden.**[8] Na verloop van tijd kunnen dergelijke beperkingen daarom disproportioneel worden, zelfs wanneer ze vanuit epidemiologisch standpunt een bepaalde meerwaarde zouden hebben. In dat geval zou een wettelijke vaccinatieverplichting een alternatief kunnen vormen, dat effectiever bijdraagt tot de bescherming van de volksgezondheid maar dan zonder de segregerende bijwerkingen.[9] Hoewel een dergelijke verplichting een sterkere (maar proportionele) inmenging zou uitmaken van het recht op eerbiediging van de fysieke integriteit (zie hierboven), zou de impact op het genot van andere mensenrechten beperkter zijn dan het langdurig behoud van het CST.

Flankerende maatregelen kunnen voorkomen dat het systeem van het CST een disproportionele impact heeft op specifieke personen of groepen van personen.

Ten eerste, moet er rekening gehouden worden met de moeilijkheden voor **personen die digitaal minder geletterd** zijn om toegang te verkrijgen tot voorzieningen wanneer ze daar op basis van vaccinatie, recente test of herstel aanspraak op maken. Hoewel het Samenwerkingsakkoord ook in een papieren CST voorziet, is het verkrijgen hiervan naar toegankelijkheid toe een hogere drempel dan voor degenen die via een smartphone een digitaal certificaat kunnen voorleggen. Het is daarom aangewezen dat overheden flankerende maatregelen nemen om de toegang tot dergelijke papieren certificaten te vergemakkelijken.

Ten tweede, heeft het systeem van het CST een grotere impact op **personen die zich**, bijv. omwille van gezondheidsredenen, **niet kunnen laten vaccineren.** In tegenstelling tot andere niet-gevaccineerde personen, die steeds de keuze hebben om zich alsnog te laten vaccineren, hebben zij immers geen keuze behalve zich telkens opnieuw te laten testen als zij toegang tot een van de voorzieningen in kwestie willen verkrijgen. Het is daarom belangrijk dat de overheid flankerende maatregelen neemt om de drempels voor deze personen te verlagen, bijv. door uitzonderingen of voldoende mogelijkheden tot gratis testen te voorzien.

Ten derde, moet rekening gehouden worden met **kwetsbare personen in voorzieningen voor residentiële opvang** die, in tegenstelling tot personen die toegang tot vrijetijdsvoorzieningen zoeken, vaak nietde mogelijkheid hebben om hun sociaal en familieleven elders te beleven. Het CST heeft daardoor niet enkel een impact op het recht op privé- en familieleven van niet-gevaccineerde bezoekers – die altijd kunnen beslissen om zich toch te laten vaccineren – maar ook op dat van de bewoners zelf. Het is dan ook aangewezen om flankerende maatregelen te nemen in voorzieningen waarin zulke beperkingen van kracht zijn, bijv. door laagdrempelige testmogelijkheden te voorzien voor niet-gevaccineerde familieleden van bewoners, of door bepaalde sanitaire maatregelen te nemen opdat bezoek in veilige omstandigheden kan plaatsvinden.

Aanbevelingen

[8] Zie ook Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek, 10 mei 2021, advies nr. 77 betreffende de ethische en maatschappelijke overwegingen bij het invoeren van een coronapas en andere overgangsmaatregelen om vrijheidsbeperkingen af te bouwen, p. 46, waarin het systeem van een coronapas als toelaatbaar bestempeld wordt, maar enkel voor zover het een overgangsmaatregel uitmaakt.
[9] Zie bijv. ook https://www.unia.be/nl/artikels/vaccinatiestrategie-en-covid-safe-ticket-vergroten-het-gevoel-van-wantrouwen.

De overheid moet de burger goed informeren over het feit dat het CST enkel gevraagd mag worden in de limitatieve gevallen waarvoor een wettelijke grond bestaat.

De proportionaliteit van het behoud van het systeem van het CST moet op regelmatige basis beoordeeld worden, zowel in het licht van de lokale epidemiologische omstandigheden als in het licht van de grotere impact op de mensenrechten naarmate toegangsbeperkingen langer in de tijd gelden.

Er moeten flankerende maatregelen genomen worden om de impact van het systeem van het CST te verzachten voor personen die digitaal minder geletterd zijn, voor personen die zich, bijv. omwille van gezondheidsredenen, niet kunnen laten vaccineren en voor kwetsbare personen in voorzieningen voor residentiële opvang.

5. Conclusies en aanbevelingen

Het FIRM is van oordeel dat **zowel een algemene vaccinatieverplichting, een specifieke vaccinatieverplichting voor zorgpersoneel als het systeem van het CST, in principe in overeenstemming (zouden) zijn met de mensenrechten.** Dit neemt echter niet weg dat er bepaalde kanttekeningen geplaatst kunnen worden, om te vermijden dat de toepassing van deze maatregelen een disproportionele impact zou hebben op bepaalde personen of groepen van personen. Dit geeft aanleiding tot de volgende aanbevelingen:

Betreffende een algemene vaccinatieverplichting

1) De overheid kan beslissen om een algemene vaccinatieverplichting in te voeren. Dergelijke verplichting moet echter op proportionele wijze afgedwongen worden. Dit houdt een principiële voorkeur in voor afdwinging via een boete of een alternatieve sanctie in plaats van via een gevangenisstraf.
2) Er moet voorzien worden in een uitzonderingen op de vaccinatieverplichting, in het bijzonder voor personen die zich omwille van medische redenen niet kunnen laten vaccineren.

Betreffende een vaccinatieverplichting voor het zorgpersoneel

3) De overheid kan beslissen om een specifieke vaccinatieverplichting in te voeren voor zorgpersoneel. De sanctionering van dergelijke verplichting moet op proportionele wijze gebeuren. Dit vereist dat ontslag slechts een laatste middel kan zijn, en dat de voorkeur gegeven wordt aan minder verregaande sancties.
4) Er moet zoveel mogelijk ingezet worden op sensibilisering van zorgmedewerkers om hen te overtuigen zich te laten vaccineren en zo ontslagen van niet-gevaccineerde zorgmedewerkers te voorkomen.
5) Er moet voorzien worden in uitzonderingen, in het bijzonder voor personen die zich omwille van medische redenen niet kunnen laten vaccineren.

Betreffende het systeem van het CST

6) De overheid moet de burger goed informeren over het feit dat het CST enkel gevraagd mag worden in de limitatieve gevallen waarvoor een wettelijke grond bestaat.
7) De proportionaliteit van het behoud van het systeem van het CST moet op regelmatige basis beoordeeld worden, zowel in het licht van de lokale epidemiologische omstandigheden als in

het licht van de grotere impact op de mensenrechten naarmate toegangsbeperkingen langer in de tijd gelden.

8) Er moeten flankerende maatregelen genomen worden om de impact van het systeem van het CST te verzachten voor personen die digitaal minder geletterd zijn, voor personen die zich, bijv. omwille van gezondheidsredenen, niet kunnen laten vaccineren en voor kwetsbare personen in voorzieningen voor residentiële opvang.

Table des matières

Périmètre de l'obligation de l'Etat en matière de droit à la santé et objectif légitime 2

Des moyens déployés et de la vaccination obligatoire en particulier 2

Vaccination obligatoire de groupes spécifiques vulnérables 3

Examen de la mesure 4

Choix de la sanction 6

Mesures de précaution 7

Mise en œuvre 7

Vaccination professionnelle 8

Quelle base juridique applicable ? 8

Quels sont les objectifs poursuivis par une obligation vaccinale en entreprise ? Sont-ils légitimes ? 9

Une obligation vaccinale en entreprise peut-elle être adéquate et proportionnée ? N'y a-t-il pas d'autres moyens ou conjonctions de moyens permettant d'atteindre les mêmes objectifs ? 13

Conclusion 18

Personnes de contact 19

Unia veut contribuer à la réflexion[1] en cours au sujet de la vaccination obligatoire contre le Covid en Belgique et ce à partir d'une double expertise. D'une part, celle spécifique à son identité d'organisme de promotion de l'égalité dont la mission est de lutter contre les discriminations et pour une société inclusive et, d'autre part, en convoquant son expertise en matière de droits fondamentaux en tant qu'Institution Nationale des Droits Humains[2].

Dans le cadre des consultations visant à définir une politique de vaccination intensive, Unia propose une analyse sur deux volets :

1. L'obligation vaccinale catégorielle visant certains groupes cibles définis comme vulnérables ;
2. L'obligation vaccinale professionnelle.

Cette note n'a, en revanche, pas pour ambition d'aborder la question de l'obligation générale de vaccination de la population, question sur laquelle d'autres institutions ont déjà remis un avis[3].

[1] Note rédigée le 21 décembre 2021

[2] Reconnue comme l'INDH belge (B) par GANHRI en mai 2018

[3] Comité consultatif de Bioéthique de Belgique, *Avis n°80 du 13 décembre 2021 relatif aux enjeux éthiques liés à la vaccination obligatoire de la population adulte (18 ans et plus) en période de pandémie*, 2021 ; IFDH, *La vaccination obligatoire n'est pas incompatible avec les droits humains*, 2021, Comité consultatif de Bioéthique de Belgique, Avis par lettre n° 11 - Vaccination COVID-19 de la population pédiatrique 5-11 ans, 2021

Périmètre de l'obligation de l'Etat en matière de droit à la santé et objectif légitime

En matière de droit à la santé[4], l'Etat est soumis à trois niveaux d'obligations à savoir respecter, protéger et mettre en œuvre le droit à la santé. Or,

- Le concept de santé est défini de manière large englobant une grande diversité de facteurs socioéconomiques tels que l'alimentation, le logement, des conditions de travail sûres et hygiéniques, un environnement sain,… La santé se comprend donc comme "un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité"[5].
- Ce droit comporte deux dimensions aujourd'hui en tension quand on parle de vaccination obligatoire, à savoir :
  - La liberté de contrôler son propre corps, de consentir à un traitement (droit au respect de l'intégrité physique) ;
  - Et le droit d'accéder à un système de protection de la santé[6] qui garantisse à chacun, sur un pied d'égalité, la possibilité de jouir du meilleur état de santé possible.
- En outre, le droit à la santé se traduit aussi par protection accrue des personnes en situation de handicap, mais figure aussi dans d'autres textes catégoriels[7].

Nul doute que la lutte contre la propagation du virus constitue un **objectif légitime** guidant les choix des mesures[8] prises en son nom. Outre la protection de la santé de chacun, un **second objectif** a vu le jour au regard de la gravité de la propagation de la maladie, à savoir le maintien de l'accès aux soins de santé non seulement pour les malades du Covid, mais aussi pour tous les autres.

Unia estime qu'il est important de clarifier le ou les objectifs précis poursuivis par la vaccination obligatoire à l'égard d'une partie de la population.

Des moyens déployés et de la vaccination obligatoire en particulier

De multiples moyens visant à attendre ces deux objectifs peuvent être et sont mis en œuvre par différents acteurs de la société : protection des travailleurs, ventilation, jauges adaptées aux lieux, conditions d'accès aux institutions de soins pour les visiteurs, distanciation sociale, port du masque,… Des scientifiques avancent aussi que la vaccination est un moyen parmi d'autres, choisi dans une perspective à court terme et qui donc devrait être comprise aussi en travaillant sur le plus long terme en associant les citoyens aux politiques de santé publique, en allant vers plus de

---

[4] Ce dernier est consacré dans de nombreux instruments internationaux dont le plus complet est déployé par l'art. 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels. Ce droit figure aussi dans d'autres textes nationaux et internationaux : art. 23 de la Constitution ; art. 35 de la Charte des droits fondamentaux de l'UE ; Partie I, §11 de la Charte sociale européenne révisée, etc.

[5] Préambule de la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé.

[6] L'Observation Générale E/C.12/2000/4 COMITÉ DES DROITS ÉCONOMIQUES, SOCIAUX ET CULTURELS E/C.12/2000/4 évoque quatre critères interdépendants et essentiels de mise en œuvre : la disponibilité des soins (en ce compris la mise à disposition de personnel qualifié), l'accessibilité (non-discrimination, accessibilité physique, accessibilité économique et à l'information), l'acceptabilité des soins par les citoyens et leur qualité

[7] Art. 5 de la Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale de 1965 ;
art. 11, §1, f) et art. 12 de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes de 1979 ; art. 24 de la Convention relative aux droits de l'enfant de 1989 ; partie I, §11 de la Charte sociale européenne révisée.

[8] Observation générale No 14 (2000) *Le droit au traitement suppose la mise en place d'un système de soins médicaux d'urgence en cas d'accidents, d'épidémies et de risques sanitaires analogues, ainsi que la fourniture de secours en cas de catastrophe et d'aide humanitaire dans les situations d'urgence. La lutte contre les maladies suppose des efforts individuels et communs de la part des États pour, notamment, assurer l'accès aux techniques nécessaires, appliquer et améliorer les méthodes de surveillance épidémiologique et de collecte de données désagrégées et mettre en place des programmes de vaccination et d'autres stratégies de lutte contre les maladies infectieuses ou améliorer les programmes existants*

proximité[9]. De fait, la **vaccination, obligatoire ou non constitue un moyen parmi d'autres** à la disposition des autorités et des citoyens pour lutter contre l'épidémie.

Il convient de mesurer alors la nécessité d'une l'obligation vaccinale au regard de sa propre efficacité mais aussi au regard de la proportionnalité de cette mesure : ***la vaccination obligatoire[10] de groupes cibles et/ou de professionnels permet-elle d'atteindre le/les objectifs définis ? Existe-t-il d'autres moyens d'atteindre les mêmes objectifs avec une/des mesures qui seraient moins attentatoire aux droits fondamentaux ? Cette mesure est-elle proportionnée au regard de l'objectif poursuivi ?***

Dans l'état actuel de nos connaissances, il est acquis qu'une vaccination à grande échelle de la population permettrait de limiter les formes graves de la maladie – et par conséquent la pression sur les institutions hospitalières et les travailleurs du secteur des soins. Néanmoins, l'efficacité du vaccin pour prévenir la transmission du virus pose question et ce d'autant plus que l'émergence d'un nouveau variant est susceptible de changer cette analyse. De plus, il semble que l'efficacité vaccinale baisse avec le temps. Ceci conduit à un renouvellement régulier de la campagne de vaccination.

Par conséquent :

- la vaccination obligatoire ne constitue pas en elle-même un objectif, contrairement à l'impression que peuvent donner experts et autorités,
- mais un moyen ;
- ce moyen permet de lutter contre les formes graves de la maladie, en ce compris le risque de mortalité, lesquelles impactent fortement la charge de travail des soignants et des structures qui y sont dédiées et obligent un report de soins importants ;
- et il est difficile dans l'état actuel de nos connaissances d'établir que la vaccination obligatoire mettrait un point final à la propagation du virus (objectif de cette mesure) ;
- une obligation vaccinale met donc en tension deux dimensions d'un même droit fondamental, à savoir le droit à l'intégrité physique qui implique de consentir à tout traitement et le droit à un accès à la santé[11].

Vaccination obligatoire de groupes spécifiques vulnérables

La vaccination contribue de manière significative à la lutte contre l'épidémie. Mais si la vaccination obligatoire représente une mesure de protection des personnes concernées, elle limite également le libre arbitre et le droit à la

[9] https://www.rtbf.be/info/societe/detail_coronavirus-l-obligation-vaccinale-est-une-solution-de-facilite-pour-l-epidemiologiste-marius-gilbert?id=10836694

[10] examen de compatibilité de l'obligation légale qui crée une distinction au regard des articles 10 et 11 de la Constitution selon la Cour Constitutionnelle, *« Les articles 10 et 11 de la Constitution garantissent le principe d'égalité et de non-discrimination. Ce principe n'exclut pas qu'une différence de traitement soit établie entre des catégories de personnes, pour autant qu'elle repose sur un critère objectif et qu'elle soit raisonnablement justifiée. L'existence d'une telle justification doit s'apprécier en tenant compte du but et des effets de la mesure critiquée, ainsi que de la nature des principes en cause; le principe d'égalité et de non-discrimination est violé lorsqu'il est établi qu'il n'existe pas de rapport raisonnable de proportionnalité entre les moyens employés et le but visé. »*[10]

[11] « *Le droit au traitement suppose la mise en place d'un système de soins médicaux d'urgence en cas d'accidents, d'épidémies et de risques sanitaires analogues, ainsi que la fourniture de secours en cas de catastrophe et d'aide humanitaire dans les situations d'urgence. La lutte contre les maladies suppose des efforts individuels et communs de la part des États pour, notamment, assurer l'accès aux techniques nécessaires, appliquer et améliorer les méthodes de surveillance épidémiologique et de collecte de données désagrégées et mettre en place des programmes de vaccination et d'autres stratégies de lutte contre les maladies infectieuses ou améliorer les programmes existants* » Comité des droits économiques, sociaux et culturels, *Observation Générale n°14 : Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint*, 11/08/2000, §16, E/C.12/2000/4.

vie privée de ces dernières. Or l'existence d'un objectif légitime n'est pas suffisante pour rendre la mesure automatiquement légale.

Examen de la mesure

En effet, sur base de l'objectif défini, une obligation vaccinale à l'égard d'une partie de la population sur base d'un critère comme l'âge ou la situation de vulnérabilité (en terme d'état de santé ou de handicap) ne pourrait en effet être envisagée que pour autant qu'il soit démontré :

- que cette obligation permet d'atteindre l'objectif poursuivi ;
- qu'elle n'aille pas au-delà de ce qu'exige la réalisation de l'objectif et qu'aucune autre mesure (ou combinaison de mesures) moins attentatoire aux droits fondamentaux ne permet d'atteindre cet objectif ;

Ceci appelle une série de remarques, de réflexions et de questions, témoins de la complexité inhérente à l'exercice :

1. Premièrement, sur la **définition et l'identification des catégories de population concernées**, en particulier pour le critère de la vulnérabilité – **attention aux « mots valises »** :

   A cet égard, Unia rappelle que le handicap ne doit pas être automatiquement considéré comme une situation de vulnérabilité en soi. Les personnes en situation de handicap ne sont pas nécessairement toutes plus fragiles (jeunes, sans comorbidité, etc). Cependant parce qu'elles ont parfois besoin d'assistance et de soins sans pouvoir garder la distanciation nécessaire, elles peuvent constituer un groupe plus à risque, comme par exemple dans le cas des personnes appelées "de grande dépendance".

   A cet égard, Unia appelle à bien distinguer les différentes « couches » de vulnérabilité (couches qui peuvent s'additionner) et auxquelles les personnes, en particulier celles en situation de handicap, peuvent être confrontées[12] :

   - des *vulnérabilités catégorielles*, telles celles auxquelles les instruments nationaux et internationaux de protection des droits humains font référence : l'âge, la situation de handicap, le genre, etc.
   - des *vulnérabilité intrinsèques* : à savoir les personnes avec des facteurs de comorbidités liés à l'état de santé, à des maladies génétiques, à l'âge, etc.
   - des *vulnérabilités contextuelles*, comprises comme par exemple celles qu'une personne en institution ou vivant en collectivité[13] subit en raison du contexte pandémique (détenus, personnes âgées en maison de repos, personnes en situation de handicap,…).

   La seule appartenance d'une personne à un groupe reconnu comme ayant des *vulnérabilités catégorielles* ne devrait pas être prise en compte pour une obligation vaccinale. Par contre, sous réserve de passer le test de nécessité et de proportionnalité, la vaccination obligatoire des personnes en situation de *vulnérabilité intrinsèque* ou *contextuelle* pourrait être envisagée.

   Enfin, il faut être conscient du risque «*d'effet de propagation des mesures* » par proximité. Rendre la vaccination obligatoire pour ces groupes pourrait rapidement mener à étendre la vaccination obligatoire à leur entourage (soignants à domicile, aide-ménagère, animateur en maison de repos, famille, …) Ce ne serait pas la première fois dans le cadre du Covid qu'une mesure, limitée au départ, se voit étendue dans le temps, dans l'espace et/ou dans ses modalités d'application. Nous pensons par exemple au *Pass sanitaire* devenu *Covid safe ticket*. Des balises strictes doivent dès lors être établies pour se prémunir d'un tel effet de propagation.

[12] Cette classification est reprise de I. HACHEZ et L. TRIAILLE, « Covid et handicaps au prisme des institutions et de la Désinstitutionalisation », *Revue Droits fondamentaux et pauvreté*, 2021/4, p. 22. A noter que les auteurs de cette classification l'assortissent de tempéraments.

[13] ou bénéficiant de soins à domicile réguliers

2. Deuxièmement, sur la **capacité de l'obligation vaccinale à atteindre l'objectif poursuivi** :

   Prendre en considération le taux de vaccination déjà atteint au sein des groupes-cibles envisagé est important afin de mesure si l'obligation vaccinale constitue une mesure capable d'atteindre l'objectif de lutte contre la propagation du virus et de maintien des capacités hospitalières. En effet, plus ce taux est élevé, moins l'introduction d'une obligation est-elle susceptible d'exercer une influence positive sur la lutte contre la pandémie à un niveau collectif, puisque elle instaure une obligation là où une marge de progression est possible, mais pour le moment réduite[14]:

   - Unia rappelle que le non recours aux droits, dont celui de la vaccination, n'est pas toujours le fruit d'une radicalisation anti-vaccination ou d'un manque de solidarité. Une partie de la population est, de fait, éloignée du système sanitaire. La défiance à l'égard du vaccin est intimement liée à celle à l'égard de l'hôpital, qu'on ne comprend pas ou dont on craint le coût[15]. Ou à la défiance par rapport aux institutions, aux corps intermédiaires, à l'Etat ;
   - Cette défiance a pu augmenter pendant la crise du Covid, durant laquelle certains se sont sentis peu écoutés ou abandonnés;
   - Une obligation vaccinale ne risque-t-elle pas de renforcer encore la méfiance de ces populations à l'égard des institutions en général et du système de santé en particulier ?

   Par ailleurs, la vaccination ne permet pas, à elle seule, d'assurer totalement la protection de la population et n'empêche pas non plus toute transmission de la maladie. C'est pour ce motif que la vaccination doit être envisagée en synergie avec d'autres mesures[16] et qu'il faut prendre en compte les raisons de l'hésitation vaccinale.

   L'hésitation vaccinale peut être influencée par les questions liées aux caractéristiques du vaccin (son développement du vaccin – le processus de vaccination) ou à des facteurs historiques, socioculturels, environnementaux. Ainsi se mêlent des préoccupations multiples liées aux systèmes de soins de santé, à la fiabilité du gouvernement[17] et aux mesures de santé publique, à l'influence des réseaux sociaux en matière de désinformation, aux incertitudes concernant le Covid lui-même, etc.

   Il faut alors s'interroger sur l'impact potentiel de l'introduction d'une obligation vaccinale à l'égard de segments de la population sur l'hésitation vaccinale et, plus largement, sur l'adhésion aux autres mesures (port du masque, distanciation, ventilation, lavage des mains, etc.). Puisqu'il semble que la pandémie est susceptible de s'inscrire dans la durée, une évaluation des effets à long terme devrait également être prise en compte, au-delà des bénéfices attendus à court terme d'une telle obligation.

   A contrario, étant donné l'impact des mutations du virus sur l'efficacité du vaccin et la baisse de l'immunité avec le temps, les campagnes sont destinées à se renouveler. S'il s'avère que la couverture vaccinale de la population diminue dans le futur, cette variable pourra également être prise en compte.

3. Troisièmement, sur la **proportionnalité**.
   En d'autres mots : une mesure (ou plusieurs mesures combinées) pourrait-elle permettre d'atteindre ce même objectif de protection du droit à la santé et de l'accès aux soins de santé sans limiter le droit d'une partie de la population au libre choix en matière de traitements médicaux ?

---

[14] https://covid-vaccinatie.be/fr.
[15] MAES, R., « La spirale de la désaffiliation », *La Revue Nouvelle*, 2021/6, p. 2.
[16] Voir à ce sujet le « modèle de l'emmental », DEMEURE, Y., « Qu'est-ce que le 'modèle de l'emmental' ? », *SciencePost.fr*, 2021.
[17] Impactées entre autre par l'histoire récente (la formule de la « grippette », le manque ou les défauts des masques, la valorisation du secteur des soins de santé,…).

Cette question est évidemment éminemment complexe et il n'est pas question ici d'y répondre dans un sens ou dans un autre, plutôt d'insister sur la nécessité de se la poser avant d'introduire une telle obligation.

Le test de proportionnalité devrait aussi prendre en compte, groupe-cible par groupe-cible, la balance entre les risques éventuels liés à la vaccination et les bénéfices attendus pour la personne elle-même.

La seule obligation vaccinale existante en Belgique, à l'heure actuelle, est celle pour le vaccin contre la poliomyélite. Mais cette maladie touche justement principalement les enfants de moins de cinq ans et entraîne une paralysie irréversible dans un cas sur 200[18]. De plus, cette maladie et le vaccin qui la préviennent sont nettement plus anciens et, par conséquent, mieux étudiés et mieux connus. La comparaison avec le Covid-19 et son vaccin doit donc être envisagée de manière prudente. Il ne nous parait pas qu'on puisse, en l'état actuel de la science, se baser sur la seule obligation vaccinale contre la poliomyélite pour l'étendre au vaccin contre le Covid.

En résumé, il s'agit de :

- **Définir précisément les groupes-cibles qui seraient visés par la mesure ;**
- **Envisager l'impact potentiel de l'obligation vaccinale de groupes-cibles sur l'hésitation vaccinale, sur la cohésion et sur la confiance par rapport à la vaccination et/ou aux autres mesures de lutte contre l'épidémie ;**
- **Prendre en compte, dans la mesure où les connaissances scientifiques le permettent, la balance entre les risques éventuels du vaccin et les bénéfices attendus pour les personnes appartenant aux groupes-cibles.**

Choix de la sanction

Il faut se méfier de l'instauration d'une sanction purement théorique, dont les autorités ne pourraient assurer la mise en œuvre concrète. Si 880 dossiers de refus de vaccin pour la polio avaient été enregistrés par les Parquets en 2019[19], on peut imaginer que le nombre de dossiers liés à un refus de vaccination pour le Covid-19 serait bien plus élevé. Les Parquets sont-ils à même d'absorber cette quantité de travail supplémentaire ?

En ce qui concerne le choix de la sanction en cas de refus de respecter l'obligation vaccinale, le législateur devrait s'interroger sur les effets potentiellement discriminatoires de certains types de mesures. Ainsi, une peine d'amende mensuelle, comme pratiqué par la Grèce, ouvrirait la voie à une forme de « luxe anti-vaccinal », accessible aux populations plus favorisées. Une telle distinction indirecte, sur base de la fortune, est-elle réellement défendable ? Et ne risque-t-elle pas de creuser plus encore les inégalités ? Ou même, dans le cas de sanctions punitives importantes, d'accroître la défiance par rapport aux autorités, voire par rapport au contrat social dans sa globalité ? Et ce alors même que plus que jamais la prévention prend toute son importance ?

En résumé, Unia propose de :

Veiller, dans l'hypothèse où une sanction serait prévue en cas de refus de vaccination, à ce que ladite sanction soit modérée et non discriminatoire.

Prendre en compte les effets indirectement discriminatoires sur les personnes précarisées dans l'hypothèse d'une sanction financière.

[18] OMS, *Poliomyélite*, 2019.
[19] https://www.rtbf.be/info/societe/detail_refus-du-vaccin-contre-la-polio-plus-de-cas-devant-la-justice?id=10348084

Mesures de précaution

Toute obligation vaccinale devrait faire l'objet d'un débat parlementaire. Unia voudrait aussi rappeler l'importance de mener de larges consultations préalables, notamment auprès des personnes concernées.

De plus, la situation étant susceptible d'évoluer au gré des variants (et de la dangerosité de ceux-ci), de l'efficacité des vaccins et des découvertes scientifiques futures, toute mesure imposant la vaccination devrait contenir une clause limitant cette obligation dans le temps.

Il faudrait, pour le même motif, procéder à l'évaluation régulière de la nécessité et de la proportionnalité de cette mesure et de son impact tant dans la lutte contre le virus que dans la société dans son ensemble.

Aucune mesure de vaccination obligatoire ne devrait être décrétée sans prévoir des exceptions pour les personnes qui ne peuvent être vaccinées, ainsi que les procédures ad hoc permettant aux personnes concernées de faire valoir ces exceptions. Il faudra à cet égard veiller à ce que la procédure mise en place pour démontrer l'impossibilité de se faire vacciner soit accessible, en ce compris financièrement. Par exemple, si des examens médicaux sont nécessaires pour prouver une condition de santé excluant la vaccination[20], le coût de ces examens devrait pouvoir être remboursé voire avancés pour les personnes qui ne disposent pas de ressources suffisantes.

Il s'agit en d'autres mots de :

- **Veiller à ce que toute obligation vaccinale d'une partie de la population fasse l'objet de débats parlementaires ;**
- **Veiller à une consultation approfondie des groupes-cibles concernés ;**
- **Prévoir une clause limitant dans le temps la durée de l'obligation vaccinale ;**
- **Procéder à une évaluation régulière de la nécessité et de la proportionnalité de cette mesure, ainsi que de son impact, tant dans la lutte contre le virus que dans la société dans son ensemble ;**
- **Prévoir des exceptions à l'obligation vaccinale pour les personnes ne pouvant se faire vacciner et la procédure ad hoc permettant aux personnes concernées de faire valoir cette exception. Prendre en charge le coût des éventuels examens médicaux requis, à tout le moins pour les personnes ne disposant pas de ressources suffisantes.**

Mise en œuvre

Unia a publié deux rapports sur Covid et droits humains[21]. Ceux se basent notamment, sur les nombreux signalements qui nous sont parvenus depuis février 2020. Forts de cette expérience, nous savons que toute mesure comporte des risques dans le cadre de sa mise en œuvre que ce soit en termes de discriminations ou de droits humains.

La mise en œuvre d'une obligation vaccinale pour certaines catégories de la population pourrait aussi soulever de nouvelles questions, liées entre autres au contrôle des individus. Des cas de pression à la vaccination dans certaines maisons de repos ont été rapportés à Unia. Demain, verrons-nous des personnes âgées non vaccinées refusées dans certaines maisons de repos ? Ou assisterons-nous à encore plus de refus de soins à l'égard de personnes non vaccinées, comme cela peut déjà s'observer?

Multiplier les lieux et les occasions de contrôle, en ce compris par des quidams, pourrait aussi entraîner une augmentation du profilage discriminatoire : puisqu'il n'est pas possible de contrôler l'ensemble de la population, les personnes chargées des contrôles pourraient être tentées de sélectionner leurs cibles en se basant sur des stéréotypes.

20

21 Unia, *COVID-19. Les droits humains mis à l'épreuve - 1er* rapport, 2020 ; Unia, *COVID-19. Les droits humains mis à l'épreuve – 2ème rapport*, 2021.

En résumé, il s'agit de :

Veiller à encadrer strictement les conditions de mise en œuvre de la mesure, afin d'éviter les applications abusives ou discriminatoires de la norme.

Vaccination professionnelle

Aujourd'hui, la vaccination contre le Covid-19 n'est pas obligatoire en Belgique. Un employeur ne peut donc pas imposer la vaccination contre le Covid-19 à ses travailleurs, quelle que soit leur profession. En outre, en vertu de l'application des CCT 38 et 95, un employeur ne peut s'enquérir lui-même du statut vaccinal de ses travailleurs.

Dans la plupart des cas, les employés ne sont par ailleurs pas obligés de communiquer leur statut vaccinal. Si le statut vaccinal des travailleurs lui est volontairement communiqué, un employeur ne peut utiliser les données concernant ce statut que dans le strict respect des conditions prévues par la loi sur la protection des données[22].

Néanmoins, l'avant-projet de loi relatif à la vaccination obligatoire des professionnels des soins de santé contre le COVID-19 en cours d'examen actuellement, mais aussi l'obligation vaccinale en entreprise établie dans d'autres pays européens, nous amènent à examiner dans quelle mesure les autorités peuvent-elles obliger certains professionnels ou secteurs professionnels à se faire vacciner contre le Covid-19.

L'orientation prise peut paraître logique. Protéger autant que possible les personnes vulnérables que sont les malades ou les résidents des maisons de repos ou dans une institution pour personnes handicapées est une obligation morale et professionnelle pour les soignants. Et il est légitime que les autorités assument leur propre responsabilité en établissant les règles nécessaires, en ce compris, le cas échéant, des obligations de vaccination. C'est le cas, par exemple aujourd'hui, concernant l'hépatite B pour le personnel médical ou le tétanos pour les employés qui travaillent dans le secteur des immondices.

Mais cette politique est-elle si évidente et fondée au regard du principe d'égalité et des règles de non-discrimination? De quelles façons la justifier sans discriminations entre professionnels, selon les secteurs, missions, statuts ? Quelle sera l'ampleur des sanctions, financièrement et en termes de conséquences sociales et professionnelles pour les personnes qui font le choix de refuser la vaccination Covid et/ou ses rappels?

Nous analysons ces enjeux au regard des législations antidiscrimination et à déterminer dans la situation actuelle les risques induits en terme de violation du principe d'égalité, dans le domaine de l'emploi.

D'autre part, il s'agit d'envisager, en vertu des circonstances changeantes, les balises à poser afin de concilier les enjeux individuels et collectifs.

Quelle base juridique applicable ?

Il existe une série de dispositions engageant l'Etat à assurer un obligation de moyens en matière de droit à la santé.

Le Pacte international relatif aux droits civils et politiques entre autre engage l'État à protéger le droit à la vie et à prendre des mesures à cette fin (« obligations positives »). Ces mesures doivent être appropriées pour faire face à certaines menaces contre le droit à la vie. Par conséquent, les autorités doivent, entre autres « Renforcer les services

[22] Art. 10 et 11 de la CCT 38 et Art 4(1)°15 du Règlement UE 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données) ; AUTORITÉ DE PROTECTION DES DONNÉES, Traitement de données de vaccination dans le cadre de la lutte contre le Covid-19, mise à jour du 29 janvier 2021, https://www.autoriteprotectiondonnees.be/citoyen/themes/covid-19/vaccination

d'urgence et de secours, tels que les pompiers, les services ambulanciers et la police » et « Élaborer des plans de gestion des urgences et des catastrophes afin d'être, le cas échéant, mieux préparé aux catastrophes naturelles et d'origine humaine. »[23]

L'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels engage également l'Etat à protéger le droit à la santé comme par exemple via « La création de conditions propres à assurer à tous des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie » . L' Observation générale N° 14 (2000) du Comité des droits de l'Homme entre autres identifie les différents types d'obligations positives de l'État. Il s'agit aussi avant tout d'une **obligation de moyens**. L'État se voit dans l'obligation de tout faire en son pouvoir pour prévenir la maladie et pour mettre en place les conditions de son traitement. Le droit à la vie et à la santé signifie donc aussi un droit à l'accès aux dispositifs de prévention et de soins.

D'autre part, la loi anti-discrimination du 10 mai 2007 stipule qu'une distinction (par exemple sur la base de l'état de santé) qui est imposée par ou en vertu d'une loi ne peut jamais donner lieu à une discrimination qui tombe sous le coup de cette loi. Néanmoins, il reste qu'un examen de compatibilité de l'obligation légale qui crée cette distinction au regard des articles 10 et 11 de la Constitution peut être mené. En effet, selon la Cour Constitutionnelle, *« Les articles 10 et 11 de la Constitution garantissent le principe d'égalité et de non-discrimination. Ce principe n'exclut pas qu'une différence de traitement soit établie entre des catégories de personnes, pour autant qu'elle repose sur un critère objectif et qu'elle soit raisonnablement justifiée.*

L'existence d'une telle justification doit s'apprécier en tenant compte du but et des effets de la mesure critiquée, ainsi que de la nature des principes en cause; le principe d'égalité et de non-discrimination est violé lorsqu'il est établi qu'il n'existe pas de rapport raisonnable de proportionnalité entre les moyens employés et le but visé. »[24]

Pour que la distinction opérée par une loi soit justifiée malgré le fait qu'elle rompe le principe d'égalité, il faut qu'elle soit justifiée par un but légitime, et que les moyens de réaliser ce but soient appropriés et nécessaires.

En résumé :

- **La loi AD ne s'applique pas quand la distinction est créée par une loi ;**
- **Mais la loi est soumise au contrôle de la Cour constitutionnelle qui vérifie sa conformité au principe d'égalité ;**
- **La Cour vérifie donc si son objectif est légitime et si elle utilise des moyens nécessaires adéquats et proportionnés pour atteindre cet objectif.**

Quels sont les objectifs poursuivis par une obligation vaccinale en entreprise ? Sont-ils légitimes ?

Nul doute que la lutte contre l'épidémie constitue un enjeu majeur et essentiel. Il s'agit donc d'un but légitime et nécessaire.

Néanmoins, la vaccination en entreprise ou dans les services publics est une mesure qui viserait des objectifs supplémentaires tels que :

L'argument de la continuité des services publics en période d'épidémie :

Une politique de vaccination professionnelle vise à éviter la propagation de la pandémie sur les lieux de travail mais est aussi à même d'assurer la continuité de services à la population.

[23] General Comment N°36 du Comité des Droits de l'Homme de l'ONU
[24] Cour constitutionnelle 18 juin 2015, n° 91/2015 entre autre

Pour rappel, le principe de continuité exige la permanence des services essentiels pour la vie sociale comme les services de sécurité (police, pompiers), de secours, les services de santé (hôpitaux), les services de communication et de radiodiffusion publique, certains services techniques (électricité, gaz, eau, déchets), etc. La continuité implique que tout service doive fonctionner de manière régulière, sans interruptions autres que celles prévues par la réglementation en vigueur et en fonction des besoins et des attentes des usagers[25].

Il peut également être considérée comme un corollaire de celui d'égalité, car la rupture du service pourrait introduire une discrimination entre ceux qui en bénéficient et ceux qui en sont privés[26].

Par conséquent, les autorités, pour garantir la continuité du service public, apprécient de manière discrétionnaire les mesures nécessaires à cette fin pourvu que ces mesures ne soient pas illégales ou manifestement déraisonnable[27].

Une loi visant à organiser la vaccination obligatoire pour certaines catégorie professionnelles devrait donc satisfaire à ces exigences et rester dans le cadre des moyens raisonnables pour garantir cet objectif.

Et donc :

- **Compte tenu du fait que derrière la notion de service public se cache une diversité de professionnels[28], l'obligation vaccinale prévue devrait adresser avec précaution la définition des professionnels concernés par l'obligation.**
- **Par ailleurs, l'usage seul du recours à l'obligation vaccinale, outre les questions posées par l'accès aux données privées et de santé des travailleurs, devrait impérativement être mis en balance avec l'examen de proportionnalité de la mesure au regard des autres moyens de protection contre la maladie.**
- **Enfin, l'effectivité de la mesure devrait être confrontée à la réalité en situation de pandémie au sein des services concernés : les règles de quarantaine différant entre les personnes vaccinées et non vaccinées, la continuité du service pourrait être assurée sauf à procéder de manière massive à l'écartement de nombreux travailleurs refusant la vaccination contre le Covid.[29]**

La protection des travailleurs.euses et de leurs proches :

Même si il est établi qu'un booster du vaccin contre le Covid s'avère nécessaire et qu'il nous est aujourd'hui très difficile d'établir son efficacité contre de nouveaux variants, les experts affirment que les vaccins autorisés par l'Agence Européenne du Médicament assurent une protection suffisante contre les effets graves du Covid. Ceci est à mettre en

[25] La principale controverse à laquelle donne lieu l'application du principe de continuité est celle de sa compatibilité avec le droit de grève dans les services publics, expression de la conflictualité sociale, notamment dans les transports en commun ou encore dans le milieu des soins de santé.

[26] Fanny Petit, Quels principes pour les services publics ? Egalité, continuité, adaptation, accessibilité, neutralité, transparence, confiance et fiabilité, AITEC (Association internationale de techniciens, experts et chercheurs), Services publics en Europe, 2005. Disponible sur : http://base.d-p-h.info/fr/fiches/dph/fiche-dph-6692.html

[27] J. SALMON, J. JAUMOTTE et E. THIBAUT, Le Conseil d'État de Belgique, vol. 1, Bruxelles, Bruylant, 2012, p. 809;

[28] Si l'on prend le cas d'une maison de repos, outre le personnel en contact direct avec la personne âgées, l'obligation vaccinale concernera-t-elle le personnel chargé de l'entretien, celui en cuisine, les animateurs externes ?

[29] Selon le VIF l'Express "Les chiffres ne sont malheureusement pas connus avec précision mais il semble qu'environ 97 % des médecins et 91 % du personnel infirmier de notre pays soient à ce jour vaccinés." et ces chiffres sont différents d'une région à l'autre et le Vif de citer les chiffres de Sciensano : "le pourcentage de personnes totalement vaccinées parmi le personnel soignant, et ce par région, par tranche d'âge et par profession de la santé. (Le Vif l'Express, 18 novembre 2021). Selon les estimations basées sur le couplage entre le registre national des vaccins COVID-19 (Vaccinnet+) et la base commune des acteurs de la santé (CoBRHA), au 15 novembre dernier, 89,74% des soignants étaient doublement vaccinés. 90,42% ont reçu une dose de vaccin. Comme pour la population globale, on peut voir une différence entre régions : seuls 73,44% des professionnels de la santé bruxellois sont totalement vaccinés, contre 94,83% des soignants flamands et 83,84% des soignants wallons.Ces données ne comprennent que les travailleurs de la santé résidant en Belgique répertoriés comme vivants au début de la campagne de vaccination et comme actifs dans la base de données CoBRHA.

balance avec le fait qu'ils ne suffisent pas à enrayer complètement la transmission du virus. Raison pour laquelle il est important d'aborder la vaccination de manière complémentaire à d'autres mesures de protection et de testing/tracking.

En outre, les employés des entreprises publiques et privées ont droit à un environnement de travail sûr. L'employeur a le devoir de prendre les mesures appropriées et nécessaires pour raisonnablement prévenir les dommages. Dans le secteur des soins en particulier, la sécurité des clients et du personnel revêt une grande importance. L'employeur est tenu de protéger tous les employés contre les dangers éventuels pour leur santé. Il doit évaluer les risques et prendre les mesures préventives nécessaires. D'un point de vue juridique, la démarche s'inscrit dans le cadre de l'Arrêté Royal du 4 août 1996 concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à l'exposition à des agents biologiques.

La protection des usagers et des clients

Est-il légitime de motiver l'obligation vaccinale professionnelle en avançant la protection des usagers et des clients ?

Un service public ou une entreprise privée peuvent être tenus responsables d'un manque de mesures de sécurité et d'hygiène. L'objectif de protection des utilisateurs et des clients est donc légitime. Cependant, Unia estime qu'une autorité publique ou une entreprise privée ne peuvent être tenues civilement et directement responsables de la contamination de leurs clients/usagers en raison d'une non-vaccination de leur personnel à moins qu'un lien de causalité soit directement établi entre la non vaccination et la contamination, conformément aux articles 1382 et suivants du Code civil. Selon ce que nous savons de l'état actuel de la science, c'est en pratique impossible à déterminer avec suffisamment de certitude.

Quelques secteurs sont particulièrement concernés par la question de la protection des clients. Le monde des soins de santé, en premier lieu, où les travailleurs sont en contact direct avec des personnes fragilisées. Mais aussi le monde pénitentiaire par exemple ou celui de l'enseignement spécialisé.

On rappellera que pour le Comité consultatif de bioéthique il est logique d'obliger le personnel de santé de se protéger et de protéger les patients comme cela existe déjà d'ailleurs pour le vaccin contre l'hépatite.

L'argument de la permanence des secteurs jugés nécessaires à la protection des besoins vitaux de la Nation et des besoins de la population

Pour limiter la propagation du coronavirus, le Conseil National de Sécurité a décidé certaines mesures. Et notamment celle qui impose aux entreprises qui effectuent des activités non-essentielles d'organiser le télétravail ou de mettre leur personnel en chômage temporaire dès lors que le télétravail n'est pas possible.

En revanche, certains secteurs échappent à cette obligation car ils sont jugés essentiels[30] On citera notamment :

- Les pouvoirs législatifs et exécutifs, avec l'ensemble de leurs services ;
- Les institutions de soins médicaux en ce compris les services de prévention de santé;
- Les institutions de soins, d'accueil et d'assistance aux personnes âgées, aux mineurs, aux personnes moins valides et aux personnes vulnérables ;
- Les médias, les journalistes et les services de communication ;
- Les services de collecte et de traitement des déchets ;
- Les services de police ;
- Les services d'aide médicale, et d'aide médicale urgente ;
- La Défense ;
- La Protection Civile ;
- Les crèches et les écoles, en vue de l'organisation de l'accueil ;
- Les universités et les hautes écoles ;
- Les commerces et les entreprises intervenant dans le cadre de la chaîne alimentaire, l'industrie alimentaire, l'agriculture et l'horticulture et la production d'engrais et la pêche ;

[30] MB., 3 avril 2020, Annexe à l'AR du 3 avril 2020

- Les pharmacies et l'industrie pharmaceutique ;
- Les services postaux ;
- La gestion des eaux ;
- …

Forts de cette distinction, certains pays ont déjà instauré l'obligation vaccinale dans certains de ces secteurs : l'enseignement, les services publics, la police, la prison, …

Nous attirons l'attention sur le fait que l'évaluation du degré de nécessité pour chaque secteur est à évaluer au cas par cas et dans le cadre de concertations sectorielles avec les partenaires sociaux concernés.

L'augmentation du taux de vaccination général

La vaccination professionnelle est vue par certains comme un moyen pour augmenter le taux de vaccination général. C'est le cas notamment dans des pays où on a étendu l'obligation afin d'encourager sans mettre en place une obligation vaccinale généralisée[31]. L'argument de la fonction d'exemple, notamment pour les soignants, est lui aussi avancé.

Dans son récent avis « Relatif aux repères éthiques en vue du déploiement de la vaccination anti-COVID-19 au bénéfice de la population belge »[32], le Comité Consultatif rappelle que : *« la santé au sein d'une population, et en particulier, pour ce qui concerne la résistance aux maladies infectieuses, ne doit pas uniquement se comprendre et se mesurer sur un plan strictement individuel. Bien au contraire, et c'est une réalité que les périodes d'épidémies rendent malheureusement perceptible, il existe une interdépendance entre l'état de santé des uns et des autres dans nos sociétés, si bien qu'il n'est pas exagéré de considérer que l'immunité collective est un bien partagé, dont les effets permettent de protéger tous les citoyens, y compris ceux qui n'ont pu bénéficier de la protection directe du vaccin en raison de leur âge, de contre-indications à la vaccination ou d'une situation de précarité qui les met à distance des systèmes de soins ».*

Néanmoins, le Comité insisté également sur le fait que *« le seul caractère obligatoire de la vaccination n'est pas en soi suffisant pour assurer une couverture optimale ».*

Pour le Comité, lorsque la confiance est insuffisante envers le dispositif de la vaccination, le caractère obligatoire de la vaccination risque fort d'être contourné.

Et d'insister sur le fait que la confiance, elle-même, résulte d'une combinaison de facteurs relatifs à la sécurité et à l'efficacité du vaccin d'une part, et au caractère intègre dont est crédité le processus de production et de mise à disposition des vaccins[33]. Ce qui implique la compétence, l'honnêteté et la transparence des Autorités de Santé dans les actions qu'elles portent en relation avec la vaccination.

En effet, une partie des soignants, comme une partie de la population, refuse ou hésite à se faire vacciner. On peut regretter certaines peurs irrationnelles tout en reconnaissant des questionnements légitimes. On doit, en tous cas, admettre que cette réticence est une réalité que l'obligation ne dissoudra pas. On peut s'interroger sur le fait de savoir si l'obligation vaccinale sera de nature à convaincre celles et ceux qui s'y opposent depuis bientôt un an.

Et donc le caractère obligatoire d'une vaccination même limitée à certaines catégories de professions renforce les responsabilités des autorités publiques en matière d'information sur l'utilité ou la nécessité du vaccin, spécifiquement dans un contexte général de méfiance et d'hésitation à l'encontre de la vaccination.

En résumé, Unia estime que :

[31] C'est le cas de la France, de la Grèce, de l'Italie, du Royaume Uni…
[32] Avis n° 75 du 11 décembre 2020
[33] Voir l'Avis 64 du 14 décembre 2015 relatif aux aspects éthiques de l'obligation de vacciner. Comité consultatif de Bioéthique de Belgique. p 18 et 19. (https://www.health.belgium.be/fr/liste-des-avis)

- **Une obligation vaccinale professionnelle pourrait être envisagée dans le cadre d'un principe de continuité du service public et particulièrement dans une perspective de santé publique. A ce titre les professionnels de la santé se distinguent des autres travailleurs;**
- **Néanmoins, un consensus avec les partenaires sociaux concernés s'avère nécessaire avant toute décision d'obligation vaccinale professionnelle et ce quel que soit le secteur concerné ;**
- **Cette obligation devra s'inscrire dans un processus législatif complet et transparent ;**
- **Enfin, le raisonnement sur la nécessité d'une obligation professionnelle ne tenant pas une fois pour toutes, le respect des règles de proportionnalité de la mesure doit être appliqué avec précaution. Ainsi l'obligation vaccinale professionnelle doit s'envisager différemment selon :**
  - **Le secteur professionnel**
  - **Les professionnels au sein de ces secteurs**
- **Les autorités ont plus que jamais un devoir d'information et de sensibilisation renforcé particulièrement dans ce contexte de méfiance par rapport au vaccin et ce afin de restaurer la confiance et de préserver la cohésion.**
- **Concernant l'obligation qui est faite à l'Etat d'assurer un droit à la santé, elle pourrait comprendre aussi l'attention portée aux personnes vivant en institution ou en prison ; et donc induire une obligation vaccinale des travailleurs de ses structures – là aussi, la vaccination obligatoire représenterait à la fois une mesure de protection de certains et une mesure limitant le libre arbitre et le droit à la vie privée d'autres.**

Une obligation vaccinale en entreprise peut-elle être adéquate et proportionnée ? N'y a-t-il pas d'autres moyens ou conjonctions de moyens permettant d'atteindre les mêmes objectifs ?

Afin d'évaluer si une mesure est appropriée, il est nécessaire d'examiner si elle contribue effectivement à la poursuite d'un ou plusieurs objectifs légitimes. En d'autres termes : la vaccination obligatoire (dans certains secteurs) permettra-t-elle réellement de réduire la propagation du virus, de protéger davantage ou mieux les personnes contre les maladies, ou de favoriser la continuité des services ?

Plusieurs éléments sont pertinents pour évaluer la proportionnalité d'une exigence légale de vaccination sur le marché du travail, dans un secteur spécifique ou pour des emplois spécifiques.

a. Nature et contexte de la profession

Le test de proportionnalité est étroitement lié à la nature et du contexte concrets de l'obligation de vaccination.

Il n'est pas rare de rendre une vaccination obligatoire dans les secteurs où les personnes sont plus exposées à un virus ou à une bactérie, comme les infirmières, le personnel de laboratoire, les vétérinaires, etc. Dans d'autres professions, certains vaccins sont rendus obligatoires afin de protéger les personnes avec lesquelles les travailleurs sont en contact, comme le personnel des centres de soins résidentiels, des établissements pour personnes en situation de handicap, etc. En bref, les mesures de grande envergure, telles que la vaccination obligatoire, ont plus de chances d'être

considérées comme proportionnées dans un contexte professionnel présentant un risque accru d'infection ou des clients et/ou utilisateurs vulnérables[34].

Aussi, si on pense aux soignants, la vaccination pourrait alors être imposée aux salariés comme aux indépendants, et ce dans toutes les structures de soin et en raison des contacts étroits et du risque important de contagion :aidants proches, volontaires, prestataires de soins indépendants, personnel d'entretien travaillant dans les services accueillant le public,…

Ainsi, dans un contexte de travail identique, les risques peuvent varier en fonction de la fonction exercée par les travailleurs. Par exemple, le personnel infirmier d'un hôpital peut ne pas être en mesure d'éviter le contact avec des personnes malades, alors que cela peut être dans une certaine possible pour le personnel administratif du département comptabilité. Il sera donc plus proportionné d'introduire la vaccination obligatoire pour les fonctions qui comportent un risque plus élevé.

b. Mesures alternatives

Bien que l'efficacité du vaccin pour prévenir la transmission du virus n'ait pas encore été totalement établie, il est acquis qu'une vaccination à grande échelle de la population permettrait de réduire la gravité de la maladie des personnes qui seraient contaminées nonobstant le vaccin[35]. Dès lors la vaccination participe à la protection de la population.

Lorsqu'il envisage une vaccination obligatoire pour une profession, le législateur doit se demander s'il n'existe pas des mesures alternatives moins attentatoires aux droits et libertés fondamentaux que les mesures coercitives, pour atteindre les mêmes objectifs. Afin de démontrer qu'une politique sanitaire basée sur le statut vaccinal est un moyen proportionné d'atteindre les buts légitimes qui sont visés, un législateur doit montrer que les mesures prises sont «raisonnablement nécessaires » pour atteindre ces buts. Les actions du législateur ne seront pas considérées comme raisonnablement nécessaires si des moyens alternatifs moins discriminatoires avaient pu être utilisés pour atteindre les buts légitimes.

Dans certains secteurs professionnels, sur la base d'une analyse rigoureuse des risques pour la santé des travailleurs, une vaccination partielle et ciblée est envisagée. Dans d'autres secteurs, l'obligation d'être vacciné existe déjà dans le cadre de textes légaux[36]:

- Le vaccin contre l'hépatite B est obligatoire (A.R. 1999) pour tous les travailleurs des services où sont effectués des examens, des soins médicaux et en dentisterie ;
- Le vaccin du tétanos est parfois rendu obligatoire par l'employeur, sur avis du médecin du travail-conseiller en prévention, dans l'agriculture, l'élevage du bétail, les abattoirs, le tri des immondices, etc ;

---

[34] Cet intérêt personnel à se faire vacciner est aujourd'hui remis en question par des soignants qui expriment depuis longtemps des conditions de travail difficiles et qui rappellent l'indigence des moyens de protection au début de l'épidémie.

[35] Cette donnée était jusqu'à présent très peu documentée. L'Institut scientifique de santé publique Sciensano, lié au SPF Santé publique, a réalisé une étude sur 300.000 cas contacts étudiés en Belgique entre janvier et juin 2021. Selon les conclusions de cette étude, le risque de transmission chute jusqu'à 62% lorsque la personne infectée est vaccinée. La diminution est de 85% lorsque le contact à haut risque est vacciné. Et lorsque les deux personnes sont vaccinées, on constate 90% d'infection en moins. Cette étude a toutefois été réalisée avant l'arrivée de variants plus virulents et prédominants parmi les infections. Néanmoins, selon Jean-Michel Dogné, expert en pharmacovigilance à l'agence fédérale des médicaments et produits de santé, les données plus récentes semblent malgré tout rassurantes. Elles "*montrent que les infections sont principalement présentes chez ceux qui ont été non-vaccinés par rapport à ceux qui ont été vaccinés, notamment au début du mois d'août où le variant Delta était prédominant*",

[36] Koninklijk besluit van 29 april 1999 tot wijziging van het koninklijk besluit van 4 augustus 1996 inzake bescherming van de werknemers tegen de risico's bij blootstelling aan biologische agentia op het werk. Zie ook www.vaccination-info.be

- Le vaccin de la tuberculose est obligatoire pour le personnel médical exposé au bacille.

Dans certaines professions, certains vaccins sont rendus obligatoires, soit :

- pour protéger les travailleurs eux-mêmes, s'ils sont exposés par la nature même de leur métier à certains virus ou bactéries. Par exemple, le personnel soignant, le personnel de laboratoire, les vétérinaires,…
- soit pour protéger les personnes avec lesquelles les travailleurs entrent en contact (public, clients, …). Par exemple, le personnel des maisons de repos, des crèches, des institutions pour personnes avec une déficience intellectuelle…

Ces vaccinations rendues obligatoires sont encadrées par l'arrêté royal du 29 avril 1999 modifiant l'arrêté royal du 4 août 1996 concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à l'exposition à des agents biologiques au travail[37]. Celui-ci prévoit que : *« Si les travailleurs sont ou peuvent être exposés à des agents biologiques, l'employeur doit offrir la possibilité aux travailleurs qui ne sont pas suffisamment immunisés de se faire vacciner s'il s'agit d'agents biologiques pour lesquels un vaccin efficace est disponible, et les faire vacciner si une vaccination est obligatoire ».*[38]

Toutefois, les textes actuels relatifs aux vaccinations obligatoires (hépatite B, tuberculose, tétanos) prévoient **le respect de « contre-indications »** pour ne pas imposer le vaccin à certains travailleurs. **Avant chaque injection, un interrogatoire et un examen cliniques du salarié doivent être effectués, à la recherche d'antécédents médicaux pouvant contre-indiquer de façon temporaire ou définitive la vaccination[39].**

En outre, dans certaines professions, la vaccination du travailleur rentre dans l'appréciation de l'aptitude. Cette vérification incombe au médecin du travail. Pour se prononcer sur l'aptitude médicale d'un salarié à son poste de travail, le médecin du travail doit vérifier et analyser une série d'éléments : il évalue l'importance du risque de contamination auquel le travailleur est exposé, en tenant compte des moyens de protection collective et individuelle mis en place, mais également de son état de santé, de son état immunitaire et de son statut vaccinal.

L'existence d'une contre-indication vaccinale ou le refus de la vaccination par le travailleur n'entraînent pas systématiquement le prononcé d'une inaptitude. S'il s'agit d'une vaccination obligatoire, le médecin du travail, en dialogue avec l'employeur, va devoir évaluer les conséquences de ce refus. Si le poste de travail du salarié l'expose à un risque avéré de contamination :

- le médecin pourra demander un aménagement du poste du salarié (permettant que le risque d'exposition n'existe plus) ;
- ou solliciter un reclassement dans un poste où la vaccination n'est pas indispensable ;
- si toutefois le reclassement s'avère impossible, l'employeur a alors la possibilité de se séparer du salarié (théorie de la force majeure) .

Il s'agira également pour le médecin du travail d'évaluer l'état immunitaire du salarié non vacciné. En effet **l'évaluation de l'aptitude du salarié n'est pas uniquement dépendante de la question du respect ou non de l'obligation vaccinale mais il s'agit de vérifier si réellement l'exercice de la profession lui fait encourir des risques réels sur sa santé.** On peut en effet imaginer la situation de salariés qui ne sont pas vaccinés contre l'hépatite B mais qui ont fait une hépatite B et sont donc immunisés contre cette forme de maladie. Il ne s'agit donc pas dans cette situation de prononcer une décision d'inaptitude au travail pour ces salariés. On pourrait également imaginer à l'inverse des travailleurs salariés vaccinés non immunisés. La décision d'aptitude doit donc prendre en charge la situation d'immunité réelle du travailleur même dans le cas d'une vaccination obligatoire. Et cet état d'immunité ne peut en aucun cas être

[37] Voir art. 61 pour la Tuberculose et art. 63 pour l'Hépatite A et l'Hépatite B.
[38] https://emploi.belgique.be/fr/themes/bien-etre-au-travail/agents-biologiques
[39] Art. VII.1-59.-61 Code du bien-être au travail (Livre VII.- Agents biologiques).

communiqué à l'employeur. Il s'agit de prendre en compte l'importance du risque réel, des moyens de préventions collectifs et individuels mis en place et existants (masques, gants, ventilation, distanciations), la formation du travailleur à la prévention et son état de santé.

D'une façon générale, le refus d'une vaccination doit toujours amener le médecin du travail à demander un renforcement des moyens de protection existants au bénéfice de l'ensemble des salariés accédant à ce poste de travail[40], conformément à la méthodologie du plus grand dénominateur commun telle que développée par le Conseil de l'Europe[41]. Une politique de vaccination contre le Covid 19 pourrait apparaître donc comme un moyen approprié pour atteindre les objectifs visés dans le cadre de profession étroitement en contact avec un public plus fragile et susceptible de contracter des formes graves de la maladie. On rappellera toutefois que ce n'est pas parce qu'un salarié est vacciné selon un schéma vaccinal correct qu'il est obligatoirement immunisé. Et dans le cas où les objectifs visés sont ceux de la continuité du service, d'autres modes de protection contre l'épidémie tels que l'immunité acquise seraient considérés comme proportionnés.

Pour information, selon l'Absym, 42 % des généralistes ont contracté le Covid. Et Sciensano affirmait fin avril 2021, que 97% des professionnels de la santé travaillant dans les hôpitaux belges et 84,1% des soignantes de première ligne possédaient des anticorps contre le coronavirus. Ce pourcentage est probablement plus élevé aujourd'hui vu la forte fréquence de contact avec le virus.

Compte tenu de ces éléments, ne serait-il pas judicieux de proposer un *test sérologique* sanguin au personnel médical qui le souhaiterait, de façon à fonder ses décisions sur une évaluation, même imparfaite, de son immunité ? Rappelons comme il fut dit qu'un dispositif semblable existe en Belgique, pour la vaccination contre l'hépatite B. Elle est obligatoire pour le personnel soignant mais un test d'immunité par la médecine du travail permet régulièrement d'évaluer si un rappel est nécessaire. En France, si des anticorps contre l'hépatite B sont détectés dans le sérum la personnes est considérée comme immunisée et sa vaccination n'est pas requise. Le dispositif existe donc. Un test sérologique sanguin, mesurant la présence d'anticorps neutralisants coûte moins de 10€. Ne permettrait-il pas de maintenir en activité les professionnelles de la santé non-vaccinées pour une durée à déterminer au même titre que le nombre de doses de vaccins recommandées ? A minima, ce test assurerait que la personne soit informée de son état immunitaire avant de se positionner ou puisse se voir proposer une seule dose si celle-ci est suffisante.

L'évaluation de la proportionnalité des mesures peut fortement varier en fonction de la nature des obligations et du contexte de travail. Dans un contexte de travail présentant un risque accru d'infection, tel que le secteur des soins de santé, des mesures plus poussées peuvent être considérées comme proportionnées. Il peut donc être concevable que des employés non vaccinés soient temporairement exclus de certaines tâches, suite à un avis médical, et qu'un autre poste de travail leur soit proposé. Si l'employé refuse (ce dont il a le droit) ou s'il n'y a pas d'autre poste disponible, l'employé devrait pouvoir rester temporairement à la maison (comme par exemple les femmes enceintes dans les crèches, où elles sont exposées au cytomégalovirus 19).

On ne le rappellera jamais assez, l'employeur a toujours l'obligation, y compris dans les secteurs présentant un risque accru de contamination, d'examiner si des mesures moins drastiques auraient permis d'atteindre les objectifs visés de manière équivalente. En outre, plusieurs voix s'élèvent dans le corps scientifique pour insister sur les autres moyens visant à lutter contre la propagation du virus tels que l'usage d'un matériel de protection adéquat, la ventilation, l'hygiène par exemple.

[40] M.C. Bayeux-Dunglas et D. Abiteboul ,Vaccinations en santé au travail, RÉFÉRENCES EN SANTÉ AU TRAVAIL — N° 146

[41] Pour plus d'informations sur le concept du plus grand dénominateur commun, consultez la formation en ligne d'Unia eDiv.

Dans cette perspective on pourra par exemple admettre aussi que le personnel non vacciné[42] se voit proposer un testing gratuit toutes les 48h afin de garantir leur état de santé et leur non contagiosité.

c. Durée de l'obligation

Dans tous les cas, afin de minimiser autant que possible l'impact négatif sur les droits des personnes, Unia défend l'idée que toute mesure devrait être limitée dans le temps. Une fois l'immunité de groupe atteinte (si tant est que nous puissions encore travailler sur base de cette hypothèse), une politique sanitaire basée sur le statut vaccinal sera rarement considérée comme appropriée et proportionnée à côté d'autres moyens de protection (matériel, hygiène, ventilation, port du masque, …) Il s'agit bien ici de l'immunité de groupe atteinte au niveau national ou du taux de vaccination national jugé satisfaisant.

La législation devrait donc prévoir une évaluation régulière de l'immunité collective/ du taux de vaccination général ainsi qu'un système de cliquet automatique, public et transparent en deçà duquel l'obligation vaccinale serait suspendue.

d. Aménagements raisonnables

Toute personne en situation de handicap dispose d'un droit aux aménagements raisonnables, ceux-ci étant définis par la loi comme les : *« mesures appropriées, prises en fonction des besoins dans une situation concrète, pour permettre à une personne handicapée d'accéder, de participer et progresser dans les domaines pour lesquels cette loi est d'application, sauf si ces mesures imposent à l'égard de la personne qui doit les adopter une charge disproportionnée. » (Article 4, 12° Loi AD).*

Une politique de vaccination généralisée n'aura pas d'effet incitant sur les personnes qui ne peuvent pas être vaccinées pour des raisons de handicap. À défaut d'aménagements raisonnables de leur emploi, ces personnes n'auront plus accès à certaines fonctions pour lesquelles elles ont été formées. Une obligation vaccinale professionnelle aura aussi pour effet de refuser le recrutement aux personnes en situation de handicap ne pouvant pas se faire vacciner.

La législation déjà existante sur les vaccinations obligatoires (hépatite B, tuberculose, tétanos) tient compte des contre-indications, le vaccin n'étant pas obligatoire pour certains travailleurs. Avant toute vaccination, un entretien et un examen clinique du travailleur sont requis, au cours duquel sont recherchés les antécédents médicaux qui pourraient constituer une contre-indication temporaire ou permanente à la vaccination. Il s'agit en fait d'une application du droit à un aménagement raisonnable pour les personnes handicapées. Unia préconise une procédure similaire en cas de vaccination COVID-19 obligatoire dans certaines catégories professionnelles.

e. Sanctions adéquates, efficaces et proportionnées et recours accessibles et rapides

Dans son état actuel, le projet de loi sur l'obligation vaccinale du personnel soignant vise à retirer l'accès à la profession des soignants qui persistent dans le refus de se faire vacciner .

L'obligation vaccinale devrait entrer en vigueur au début de l'année 2022. Une période transitoire permettra aux non-vaccinés de bénéficier du chômage temporaire jusqu'au 31 mars. Ensuite, ils tomberont sous le régime du chômage classique.

A partir du 1er avril, ceux-ci qui persistent dans leur refus pourront être licenciés et perdre leur accès à la profession.

A cet égard, Unia rappelle qu'en aucun cas une application automatique de ces sanctions ne se justifie au regard du critère de proportionnalité. Cela implique la nécessaire prise en considération des moyens alternatifs à la vaccination

[42] Pour rappel la vaccination n'entravant pas totalement la circulation du virus, l'offre de tests pourrait aussi s'étendre à l'ensemble du personnel concerné. A ce titre, il est important, dans la mise en balance entre les différents droits, d'établir avec précision quel est le professionnel concerné et pourquoi.

(vérification de l'immunité, tests sérologiques chez les soignants…) qui devrait permettre la mise en œuvre limitative et graduelle des sanctions prévues, même en cas de refus de vaccination.

Par ailleurs, la proportionnalité des sanctions elles même devra être questionnée à l'aune de son impact sur les conditions de travail de l'ensemble du personnel des structures de soin. On citera à cet égard aussi bien les risques stigmatisation (et les difficultés relationnelles au sein des équipes) des non vaccinés temporairement écartés que l'alourdissement de la charge de travail des vaccinés en raison de l'écartement d'une partie du personnel.

C'est d'ailleurs également l'adéquation et l'efficacité des sanctions elles-mêmes qui doit être questionnée : peut-on encore garantir le respect de l'objectif de santé publique avec l'application de telles sanctions dans des services de soins déforcés dans un contexte dans lequel le manque important de personnel notamment en raison des collaborateurs contaminés ou en quarantaine, des infections ordinaires ainsi que d'un absentéisme à moyen ou long terme lié la fatigue intense accumulée depuis mars 2020, crée une situation des plus pénibles ?

Par ailleurs, Unia insiste sur la nécessaire appréciation au cas par cas, en fonction du type de profession exercée dans un même secteur. Cela suppose la mise en œuvre d'études scientifiques qui démontrent le rôle du personnel soignant dans la transmission du virus et l'adéquation des mesures prises. C'est au cœur de la concertation sociale que devra se poser la question de l'identification des professions qui, au cœur des structures de soins devront être soumises ou non à l'obligation et , partant aux sanctions.

Enfin, tout comme l'obligation vaccinale, l'application des sanctions devra être limitée dans le temps et adaptée aux différents régimes professionnels, compte tenu de l'immunité globale atteinte dans la population[43].

Au niveau procédural, Unia souligne que l'attention doit également être portée sur les garanties procédurales permettant à la personne sanctionnée de disposer d'un recours rapide, accessible et efficace .

Conclusion

Il appartient au **législateur** de trouver un équilibre entre les principes de bioéthique qui ont une orientation individualiste et la santé publique et ses préoccupations collectives et de réduction des inégalités sociales.

Pour Unia, il est clair que si l'on attend du législateur de promouvoir un objectif légitime de santé publique et de sécurité générale, cela suppose des dérogations à l'autonomie des individus.

Toutefois, Unia souligne l'importance de prendre en compte les **limites fixées** par les principes d'égalité et de non-discrimination lors de l'introduction de nouvelles lois.

Il s'agira d'évaluer, même compte tenu de l'objectif légitime poursuivi, si l'obligation vaccinale et les sanctions qui en découlent sont un moyen efficace, adéquat et proportionné pour la réalisation de cet objectif. Cette évaluation pourra aussi être réalisée régulièrement afin d'intégrer les changements de la situation épidémiologique**.**

A cet égard, il est important de souligner que face à cette obligation, une partie des personnes réticentes se soumettra, certes, mais une autre se résoudra à quitter la profession visée. La plupart auront le sentiment que l'Etat ne respecte pas leur volonté, les divise et les sanctionne. Parmi les signalements qui sont soumis à Unia, beaucoup soulignent cette perte de confiance et ce sentiment d'incohérence qui amène la société à se polariser. Par conséquent, il apparaît indispensable que **les citoyens et les représentants des professions concernées puissent être associés** à la réflexion et aux décisions prises à ce sujet. Comme le souligne le Comité consultatif de bioéthique, une décision en faveur de l'obligation vaccinale applicable à certaines professions ou appliquée à l'ensemble de la population doit faire l'objet au préalable d'une discussion sociétale large et transparente, dont la forme est laissée à l'appréciation des autorités

[43] En effet, les connaissances scientifiques actuelles ne permettent pas de déterminer avec certitude qu'une obligation vaccinale sera toujours, dans le futur, une mesure permettant d'atteindre le/les objectifs définis.

publiques mais qui doit, a minima, reposer sur une compagne d'information large et précise sur les enjeux et les procédés mis en place. Outre l'information et l'ouverture au débat collectif, oublier que les oppositions naissent aussi d'autres questions socio-économiques (non reconnaissance du secteur professionnel, fatigue après deux années éprouvantes,…) ou de désaffiliation politique serait une erreur.

Unia part du principe que les exigences d'un objectif légitime et du caractère approprié seront satisfaites dans la plupart des cas lors de l'introduction d'une obligation légale de vacciner. L'exigence de nécessité ou de proportionnalité peut être un obstacle plus difficile à surmonter, sachant qu'in fine, il reviendra aux cours et tribunaux de trancher si un recours ou un litige devait leur être soumis.

Le législateur pourrait envisager de décréter une obligation de vaccination pour certains travailleurs spécifiques identifiés comme particulièrement vulnérables, sur la base d'une modification de l'arrêté royal du 29 avril 1999 modifiant l'arrêté royal du 4 août 1996 relatif à la protection des travailleurs contre les risques liés à l'exposition à des agents biologiques au travail. Si cependant le refus de vaccination est ancré dans une conviction, l'incitant d'accès ou de maintien à certains emplois n'aura probablement que peu d'effet et certaines personnes se verront exclues de participer à certains secteurs du marché de l'emploi en raison de leurs convictions. Dans une telle situation, il ne sera pas possible d'opposer l'existence de contre-indications à l'obligation de vaccination ; une obligation légale générale de vaccination sera donc dans ce cas problématique.

Personnes de contact

Marisa FELLA – Coordinatrice Task force Covid & Droits humains marisa.fella@unia.be +32 486/83.34.53
Nathalie DENIES – Chef de service Soutien Individuel nathalie.denies@unia.be +32 (0)2 212 30 81
Emilie VAN DEN BROECK – Collaboratrice juridique Emilie.VANdenBROECK@unia.be +32 (0)2 212 31 06

⇒ **Plus d'info sur notre travail dans le domaine du Covid ?**
https://www.unia.be/fr/domaines-daction/covid-19-et-droits-humains

SPF SANTÉ PUBLIQUE
SÉCURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT

Direction générale Soins de santé

COMMISSION FEDERALE RELATIVE AUX DROITS DU PATIENT

Bruxelles, le 20 décembre 2021

Réf. : CFDDP/VH/2021-1

Projet d'avis « vaccination obligatoire »

La Commission Fédérale "Droits des Patients" a été sollicitée par M. Pedro Facon, Commissaire Corona, le 26 novembre 2021, pour donner un avis sur l'opportunité, la faisabilité, les avantages et inconvénients, etc. des voies possibles afin d'augmenter le taux de vaccination comme la transition d'un coronapass basé sur trois critères - 3G (vacciné, testé, guéri) à deux critères – 2 G (vacciné ou guéri) ou un critère 1 G (vacciné), ou la vaccination obligatoire.

1. Compétence de la Commission fédérale "Droits du patient »

COMPETENCE JURIDIQUE - En vertu de l'article 16, §2, 2° de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient (ci-après : loi sur les droits du patient), la Commission fédérale « droits du patient" est habilitée à conseiller le ministre responsable de la santé publique, sur demande ou de sa propre initiative, en ce qui concerne les droits et obligations des patients et des professionnels.

En raison de cette compétence légalement définie, le présent avis se limite à examiner dans quelle mesure la loi sur les droits du patient doit être prise en compte lors de l'élaboration d'une politique portant sur les mesures pour maximiser la couverture vaccinale.

Néanmoins, la Commission reprend quelques réflexions d'ordre général qui ont émergé au cours de ses travaux.

RESPONSABILITÉ SOCIALE COMPLÉMENTAIRE - Par le présent avis et ses réflexions, la Commission souhaite assumer sa responsabilité sociale et, en complément des avis d'autres instances du système de santé belge, notamment du Comité consultatif de bioéthique et du Conseil supérieur de la santé, contribuer à la création d'une base à des mesures appropriées et proportionnelles.

2. Champ d'application de la loi sur les droits du patient

RELATION DE SOINS - La loi sur les droits du patient est l'une des composantes de la compétence de l'autorité fédérale pour la réglementation de l'exercice de l'art de guérir et des professions paramédicales. Il ne s'agit pas d'une loi qui couvre l'organisation des soins de santé dans son intégralité, ni du cadre spécifique de la prise de mesures prophylactiques générales.

Les mesures qui impliquent l'administration d'un vaccin, comme la vaccination, constituent un renforcement des soins de santé, té. La loi sur les droits du patient s'y applique en vertu de l'article 2, 2°. Tout citoyen qui reçoit un vaccin est donc également considéré comme un patient (article 2, 1°).

AUTRES MESURES POUR COMBATTRE LA PANDÉMIE- Pour les autres mesures visant à combattre la pandémie/augmenter la couverture vaccinale, il faudra examiner si elles relèvent de la définition des soins de santé afin de déterminer si la loi sur les droits du patient s'applique ou non.

DROIT AUX SOINS DE SANTÉ - Bien que le droit aux soins de santé, garanti notamment par l'article 23 de la Constitution, soit une condition préalable à la fourniture de soins de santé au patient, ce droit général aux soins de santé ne fait pas partie de la loi sur les droits du patient. Les questions d'accès aux soins de santé dans les périodes COVID ne seront traitées dans le présent avis que dans la mesure où elles ont un lien direct avec les droits des patients garantis par la loi.

PRESTATAIRE DE SOINS DE SANTE NON IDENTIFIÉ - Dans le cadre des campagnes de vaccination où les vaccins sont souvent administrés dans des centres de vaccination, il convient de souligner que là aussi, des relations de soins sont créées entre le patient et la personne qui administre le vaccin et que, par conséquent, la loi sur les droits du patient doit être respectée. Les professionnels de la santé travaillant dans les centres de vaccination doivent être conscients que le cadre dans lequel ces soins de santé sont dispensés signifie que la confidentialité nécessaire de la relation de soins entre un patient et un professionnel de la santé individuel fait défaut. En particulier, le professionnel de santé doit être

attentif aux éventuelles incertitudes que cela peut engendrer chez un patient. Il s'agit qu'au plus tôt, la vaccination puisse se dérouler dans le cadre d'une relation confidentielle avec le patient.

3. Mesures de vaccination par rapport à la loi sur les droits du patient

ARRET DE LA COUR DE CASSATION de 2013 - La Cour de Cassation s'est déjà prononcée, dans son arrêt du 18 décembre 2013, sur la question de savoir si l'obligation de vaccination contre la polio, telle que prévue par l'arrêté royal du 26 octobre 1966, va à l'encontre de l'article 8 de la loi sur les droits du patient.

La Cour a déclaré :

"*Le droit du patient de consentir librement à toute intervention du professionnel, consacré par la loi du 22 août 2002, n'a pas d'incidence sur l'obligation vaccinale, puisqu'elle est fondée sur des considérations de protection de la santé publique, qui appartient à l'ordre public.*"

Quant à l'article 8, § 1er, de la loi du 22 aout 2002 relative aux droits du patient, il prévoit que le patient a le droit de consentir librement à toute intervention du praticien professionnel moyennant information préalable.

Cette disposition protège les droits du patient dans ses rapports particuliers avec le praticien professionnel.

Elle n'a pas le même objet qu'une disposition telle que l'article 1er de la loi sanitaire qui, en vue de prévenir ou de combattre une maladie transmissible présentant un danger général, prévoit la possibilité d'imposer un traitement fondé sur des impératifs de protection de la santé publique, laquelle participe de l'ordre public.

Il en résulte que l'article 1er de l'arrête royal pris en exécution de la loi sanitaire ne saurait, partant, contredire l'article 8, § 1er, de la loi du 22 août 2002».

La loi sur les droits du patient n'empêche pas l'imposition d'une obligation de vaccination ou l'imposition de mesures de lutte contre la pandémie, à condition qu'une telle obligation soit imposée pour la protection de la santé publique et serve ainsi l'ordre public.

LES DEUX S'APPLIQUENT - Le fait que les deux règlementations ne soient pas contradictoires signifie toutefois qu'elles (peuvent) s'appliquer à la même situation au même moment. Par exemple, l'obligation de se faire vacciner ne libère pas le professionnel de la santé qui administre le vaccin de sa propre obligation d'obtenir le consentement libre et éclairé du patient, conformément à l'article 8 de la loi sur les droits du patient. Le refus de la vaccination par le patient a alors une double conséquence : d'une part, le fait que la vaccination contre la poliomyélite ne peut se faire sans consentement et d'autre part, le patient s'expose à une sanction pénale.

4. L'information du patient

Il convient de souligner que le droit à l'information est un droit fondamental du patient et ce, afin qu'il puisse donner son consentement éclairé voire refuser un traitement. Ce droit à l'information prend tout son sens en ce qui concerne la vaccination contre le SarsCov-2.

PATIENT CENTRAL- Compte tenu de la reconnaissance de l'autonomie et de la responsabilisation du patient (empowerment), qui sont les principaux objectifs de la loi sur les droits du patient, le patient doit être suffisamment informé. Cela découle notamment des articles 7 et 8 de la loi sur les droits du patient.

LARGE PARTAGE DE L'INFORMATION - En ce qui concerne la vaccination COVID-19, cette information concerne non seulement le vaccin lui-même et ses éventuels effets secondaires, mais aussi l'impact social de la vaccination ou de la non-vaccination, en particulier les conséquences de la non-vaccination sur l'organisation des soins que que soit au niveau de la première ligne (soit les généralistes) ou au niveau des hôpitaux. Elle comprend également les éventuelles conséquences sociales ou pénales auxquelles le patient s'expose s'il refuse de se faire vacciner, dans la mesure où l'obligation vaccinale aura été décidée par les autorités compétentes.

L'information doit être adaptée au patient. Cela signifie que des informations doivent être fournies d'une manière que le patient comprenne, en tenant compte de son contexte socio-culturel.

RESPONSABILITÉ DES PROFESSIONNELS DE SOINS DE SANTÉ - Il est nécessaire de disposer d'informations claires, sans ambiguïté et de qualité sur les vaccins et les objectifs de la vaccination. Tout professionnel de la santé qui traite un patient, quelle qu'en soit la raison, peut y contribuer. Tout professionnel de la santé a l'énorme responsabilité de fournir des informations correctes et scientifiquement fondées à son patient, sur la base du droit à des prestations de qualité et au consentement « éclairé ». Sensibiliser les patients et les convaincre de se faire vacciner est un élément essentiel pour fournir des prestations de qualité.

Tant les professionnels de la santé que les autorités responsables des campagnes de vaccination sont donc appelés à s'impliquer de manière permanente dans cette information et cette sensibilisation. Les circonstances actuelles des campagnes de vaccination sur une large échelle impliquent le plus souvent une convocation standardisée au centre de vaccination adressée au patient/citoyen par autorités et une prestation des soins(piqûre) effectuée par un praticien que le patient ne connaît pas. Les informations fournies par les professionnels de la santé au sein du centre de vaccination sont nécessairement standardisées et superficielles. Dans ce contexte, toute initiative visant à faire connaître des points de contact (professionnels de la santé tels que médecins traitants, personnes de référence dans les centres de vaccination, etc…) pouvant répondre aux questions du citoyen/patient sur les vaccins est à encourager.

5. Prendre des mesures de protection

OBLIGATION DE COOPERATION - Conformément à l'article 4 de la loi sur les droits du patient, le professionnel de la santé doit respecter la loi sur les droits du patient dans la mesure où le patient y apporte son concours. Le devoir de coopération du patient est moral, plutôt que juridiquement exécutoire.

RESPECT DES MESURES DE SANTÉ - Le devoir de coopération du patient dans le cadre de cette crise sanitaire COVID-19 implique l'obligation pour le patient de respecter scrupuleusement les mesures de santé (supplémentaires) que le professionnel de santé - en plus des mesures qu'il prend lui-même - estime nécessaires en vue de sa propre protection et de celle des autres patients. Le professionnel de santé doit l'évaluer au cas par cas, en tenant compte du contexte général et des directives actuelles, ainsi que de la proportionnalité.

CONTINUITÉ DES SOINS - Si le patient refuse de se conformer à ces mesures de protection et que cela crée un risque réel, le professionnel de santé doit lui-même prendre d'autres mesures appropriées. Afin d'assurer la continuité des soins, le refus des mesures de protection par le patient ne peut conduire à l'arrêt de tout traitement, en particulier si le patient a besoin de soins urgents. La nécessité de prendre des mesures appropriées peut toutefois conduire à une situation dans laquelle le professionnel de la santé n'est pas en mesure de fournir les soins qu'il considère comme les plus

appropriés du point de vue de son jugement professionnel et du droit à la prestation de services de qualité.

PAS D'OBLIGATION DE VACCINER - Le devoir de coopération dans cette crise sanitaire ne va pas jusqu'à ce que le professionnel de santé puisse exiger que le patient soit vacciné. Cependant, le principe de solidarité collective dans cette crise sanitaire impose de mettre en avant la responsabilité et le civisme qui devraient motiver chaque patient pour lequel il n'existe pas de contre-indication médicale à se faire vacciner

6. Refus de la vaccination

CHOIX DU VACCIN –Indépendamment de l'introduction d'une obligation de vacciner, le patient, s'il accepte de se faire vacciner, n'a actuellement aucun choix quant au type de vaccin administré. Les centres de vaccination dépendent des stocks disponibles et des stratégies adoptées par les autorités dans le cadre de la campagne de vaccination. Toute prestation de soins de santé dépend en principe des techniques et des ressources disponibles sur le marché, qui échappent au contrôle des professionnels de la santé et des patients. Si dans le futur, ce choix s'avère possible, il conviendra que le professionnel de la santé opte pour le vaccin le plus adapté d'un point de vue médical à son patient.

REFUS DE VACCINATION - En vertu de l'article 8 de la loi sur les droits du patient, le patient a le droit de donner un consentement éclairé, préalable et libre à toute intervention du professionnel de la santé. Ce droit comprend également la possibilité de retirer ou de refuser le consentement à une intervention. De manière générale, le refus ou le retrait du consentement n'a pas pour effet que le droit à des prestations de qualité garanti par l'article 5 de la loi sur les droits du patient, et par conséquent la relation thérapeutique, cessent d'exister.

En outre, il résulte de l'article 5 de la loi sur les droits du patient, de la loi du 10 mai 2007 visant à lutter contre certaines formes de discrimination et de l'article 30 du code de déontologie médicale qu'un professionnel de la santé doit traiter tous les patients de manière égale, en toute conscience et sans discrimination. Par conséquent, si le patient refuse une vaccination COVID, cela ne met pas fin à l'obligation du professionnel de santé de fournir des services de qualité. Il n'est pas permis de refuser des soins à un patient non vacciné et de mettre fin à la relation thérapeutique individuelle avec le patient uniquement parce que ce dernier n'est pas vacciné.

AUTRES CONSÉQUENCES - La question de savoir si la décision de refus peut avoir des conséquences en dehors du champ d'application de la loi sur les droits du patient et dans la mesure prévue par ou en vertu d'une loi, telles qu'une sanction pénale ou une interdiction d'accès à certains services sociaux dépasse le cadre du présent avis.

REFUS POUR RAISONS MEDICALES - Il peut y avoir des raisons médicales pour lesquelles un patient refuse d'être vacciné. Toute mesure prise pour augmenter la couverture vaccinale doit tenir compte spécifiquement des personnes qui refusent un vaccin pour des raisons médicales.

PRIORISATION – La prise en compte du statut vaccinal d'un patient dans la priorisation des soins dépasse également le cadre du présent avis. Il s'agit bien plus d'une discussion éthique. A cet égard, il est fait référence à la recommandation conjointe du Comité consultatif de bioéthique belge et du Conseil supérieur de la santé du 21 décembre 2020 " Aspects éthiques de la hiérarchisation des soins ". Cette recommandation stipule : « Le respect du principe d'égalité commande d'exclure les critères qui évaluent le mérite ou la responsabilité personnels. Les soins de santé ne sont pas le lieu approprié pour récompenser ou punir les choix personnels. Les comportements à risque qui peuvent

entraîner une infection ou la propagation de la COVID-19 ne peuvent donc pas conduire à une exclusion des soins. »

7. La représentation du patient

PATIENTS MINEURS - Un patient mineur est représenté par ses parents ou son tuteur, conformément à l'article 12 de la loi sur les droits du patient. Compte tenu de son âge et de sa maturité, le mineur est associé à l'exercice de ses droits en tant que patient. La crise du COVID-19 ayant également un impact majeur sur les patients mineurs, il ne faut pas sous-estimer le degré de maturité dont ils peuvent déjà faire preuve pour se forger une opinion sur la vaccination ou d'autres mesures de santé. Ils doivent eux aussi être informés sur la vaccination et les vaccins en fonction de leur âge et de leur maturité, afin que la décision de se faire vacciner ou non soit, dans une large mesure, une décision conjointe du patient mineur et de ses représentants.

Dans la mesure où le mineur peut être considéré comme capable de faire une évaluation raisonnable de ses intérêts, le patient mineur décide de manière autonome. Le professionnel de la santé amené à effectuer une prestation de soin qui apprécie lui-même si le patient mineur semble suffisamment mature et autonome pour exercer ses droits « seul », de manière autonome (sans intervention de ses parents).

Dans un contexte de campagne de vaccination à grande échelle, l'on peut comprendre le choix politique de permettre systématiquement aux patients mineurs à partir de 16 ans de décider en toute indépendance de se faire vacciner ou non , notamment en raison de l'impact de la crise du COVID-19 sur ce groupe de population. Toutefois, ce choix politique se limite à la campagne de vaccination. Pour les autres services de soins de santé, le jugement individuel du professionnel de la santé quant à l'autonomie et à la maturité du patient mineur reste d'application.

PATIENTS MAJEURS INCAPABLES - Même les patients adultes incapables doivent être impliqués autant que possible et proportionnellement à leur capacité de compréhension, dans l'exercice de leurs droits du patient (article 14, § 4). La vulnérabilité de ces groupes de patients est potentiellement grande. Une attention particulière devrait également leur être accordée pour entendre leur avis dans le débat social.

PROTECTION SPÉCIFIQUE - En vertu de l'article 3, § 2 de la loi sur les droits du patient, le Roi peut, par arrêté pris en Conseil des ministres et après avis de la Commission fédérale "Droits du patient", fixer des règles supplémentaires concernant l'application de la loi afin de tenir compte du besoin de protection spécifique. Il peut être utile d'utiliser ce pouvoir dans le contexte de la stratégie de vaccination.

DÉCISION DU REPRÉSENTANT - Un représentant décide dans l'intérêt du patient. Un refus réfléchi de la vaccination pour le patient doit être respecté. Il ne peut être considéré comme une décision qui met en danger la vie du patient ou qui porte gravement atteinte à sa santé. Par conséquent, le professionnel de santé ne peut pas s'écarter de la décision du représentant, conformément à l'art. 15 de la loi relative aux droits du patient. Cependant, il est fortement recommandé, du point de vue du droit à des prestations de services de qualité, que le professionnel de santé discute des raisons du refus du représentant et, si nécessaire, tente de convaincre le représentant dans l'intérêt du patient (vulnérable).

8. Restriction du droit à l'intégrité physique

DROITS FONDAMENTAUX - La loi sur les droits du patient présente des liens importants avec les droits fondamentaux de l'Homme. En ce qui concerne les soins de santé, il convient de se référer en particulier à l'article 8 de la Convention européenne des droits de l'homme (CEDH), qui garantit le droit au respect de la vie privée et familiale, et par extension le droit à l'intégrité physique, ainsi qu'à la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme.

RESTRICTIONS AUTORISEES - La Cour européenne des droits de l'homme a répondu à la question de savoir si une obligation de vaccination constitue une violation injustifiée de l'article 8 de la CEDH dans un arrêt récent du 8 avril 2021. Cet arrêt concerne des vaccinations que la Cour qualifie de « vaccinations de routine », telles celles contre la poliomyélite, l'hépatite B, le tétanos, la rougeole, les oreillons ou la rubéole.

La Cour a confirmé que l'article 8 de la CEDH n'est pas un droit absolu et que l'article 8, §2 prévoit que les restrictions par les autorités sont autorisées dans les conditions suivantes :

a. Cette restriction est prévue par la loi ; principe de légalité

b. La restriction sert des objectifs légitimes ; principe de légitimité ;

c. La restriction est nécessaire/proportionnelle ; principe de proportionnalité

PRINCPE DE LEGALITE - L'article 22 de la Constitution belge prévoit également que toute personne a droit au respect de sa vie privée et familiale. La différence avec l'article 8 de la CEDH concerne la première condition : prévue par la loi. Le fait qu'une restriction doive être prévue par une loi signifie pour l'article 22 de la Constitution qu'il a été édicté par le pouvoir législatif (droit formel), alors que la restriction de l'article 8 de la CEDH peut également être prévue par une loi matérielle (en application d'une loi formelle suffisamment claire).

PRINICPE DE LEGITIMITE - Dans cet arrêt, la Cour européenne des droits de l'homme admet un double objectif légitime : la protection de la santé de toute personne qui reçoit le vaccin, mais aussi la protection des droits d'autrui, plus particulièrement le droit à la santé de ceux qui ne peuvent pas être vaccinés. Ces objectifs sont tous deux inclus dans l'article 8 §2 de la CEDH en tant que buts légitimes.

PRINCIPE DE PROPORTIONNALITE - En ce qui concerne la condition de nécessité/proportionnalité, il faut répondre à la question de savoir si la mesure prise est pertinente pour atteindre le but recherché, mais en même temps s'il n'existe pas de mesures également pertinentes mais qui constitueraient une atteinte moins grave au droit à la vie privée. En outre, il doit y avoir un besoin social impérieux. Les États membres disposent d'une large marge d'appréciation dans l'interprétation de la condition de nécessité/proportionnalité. La Cour européenne des droits de l'homme relève qu'il existe un consensus général parmi les parties contractantes, soutenu par des organismes internationaux spécialisés tels que l'Organisation mondiale de la santé, selon laquelle la vaccination est l'une des interventions sanitaires les plus efficaces et les plus rentables et que chaque État devrait s'efforcer d'atteindre la couverture vaccinale la plus élevée possible au sein de sa population. Les États membres sont libres de choisir la meilleure façon d'atteindre ces taux de vaccination.

De même qu'un professionnel de la santé adapte continuellement le traitement en concertation avec le patient en fonction de l'évolution de la maladie, les autorités ne doivent pas seulement vérifier la

proportionnalité d'une mesure lors de son introduction. Il est essentiel que la mesure reste proportionnée. La proportionnalité du maintien de chaque mesure doit donc être évaluée de manière régulière afin de vérifier si les circonstances épidémiologiques actuelles et les preuves scientifiques justifient le maintien des mesures.

SOLIDARITE SOCIALE- Selon la Cour, l'obligation légale de vacciner peut constituer une restriction proportionnée par rapport à la protection de la santé publique et des droits d'autrui, notamment des personnes qui, pour des raisons médicales, ne peuvent pas être vaccinées. En effet, selon la Cour, l'acceptation d'un risque minimal pour la santé par le biais de la vaccination peut être considérée comme un acte de solidarité sociale qui peut être rendu obligatoire afin de protéger la santé d'autrui, et donc le droit à la vie et à la santé de l'autre. L'autorité peut donc considérer que cette responsabilité socialement partagée peut être rendue juridiquement contraignante, à condition de respecter les principes de proportionnalité et de légalité.

9. Prendre des mesures proportionnées

STRATEGIE TOTALE - S'il est établi que les campagnes d'information et de sensibilisation, ainsi que la vaccination volontaire, ne sont pas suffisantes pour atteindre une couverture vaccinale suffisamment élevée, des mesures supplémentaires peuvent donc être prises sur une base proportionnelle. Ces mesures peuvent être divisées en trois catégories : la condition de vaccination pour les activités non essentielles, la condition de vaccination pour les activités essentielles et l'introduction d'une obligation générale de vaccination. Cependant, toute mesure prise afin d'atteindre une couverture vaccinale suffisamment élevée devrait toujours s'inscrire dans une stratégie globale visant à combattre le COVID-19 en général et à contribuer à la lutte mondiale contre le virus. La proportionnalité de chaque mesure doit donc être examinée en tant que partie d'un tout et non en tant que mesure isolée. Par ailleurs, l'adoption de telles mesures implique la tenue d'un débat social préalable. Il est également important que le citoyen/patient sache clairement quelle méthodologie l'autorité utilise pour imposer des mesures en fonction de l'impact du virus sur les soins de santé. La transparence et la clarté de la structure du processus décisionnel doivent donc toujours être recherchées.

CONDITIONS MINIMALES - Quelle que soit la mesure prise pour augmenter la couverture vaccinale, les conditions minimales suivantes doivent être respectées. Chaque mesure doit être définie de manière spécifique. Il faut décrire l'objectif que la mesure est censée poursuivre . Il faut prévoir des dispositions pour les personnes qui ne peuvent pas être vaccinées pour des raisons médicales. Il faut détailler les conséquences pour les personnes qui, pour des raisons personnelles, décident de ne pas se faire vacciner. Il convient également de préciser si la mesure s'applique aux premières vaccinnations ou également aux rappels.

CONDITION DE VACCINATION POUR LES ACTIVITÉS NON ESSENTIELLES - La condition de vaccination pour les activités non essentielles se réfère au système actuel du CST (Covid Safe Ticket). La restriction des droits fondamentaux de l'individu est plutôt limitée, car un degré important d'autonomie est laissé à l'individu. En outre, le système CST est désormais basé sur une politique 3G, ce qui signifie qu'il existe toujours des alternatives pour les personnes non vaccinées afin d'obtenir un CST valide. Si l'on décide de limiter le CST à une politique 2G ou même 1G, la restriction des droits fondamentaux de l'individu devient plus importante.

En outre, comme l'a indiqué l'Institut fédéral pour la protection et la promotion des droits de l'homme dans son avis du 7 décembre 2021, suite à l'avis du Comité consultatif de bioéthique du 10 mai 2021 : " Cette évaluation doit également tenir compte du fait que l'impact des restrictions d'accès sur les

droits de l'homme des personnes concernées augmente avec la durée de leur mise en place ". . [...] devenir disproportionné, même s'il présente une certaine valeur ajoutée d'un point de vue épidémiologique." Le système CST peut être utilisé comme un moyen d'augmenter la couverture vaccinale, mais il doit être explicitement lié à un système qui évalue régulièrement la proportionnalité de la mesure et, en particulier, les applications du CST. En outre, il faut veiller à ce que l'utilisation de la CST ne crée pas un faux sentiment de sécurité - surtout lorsqu'elle n'est pas liée à d'autres mesures de protection.

CONDITION DE VACCINATION POUR LES ACTIVITÉS ESSENTIELLES - La condition de vaccination pour les activités essentielles, par exemple l'accès à l'éducation, l'accès à l'exercice d'une profession, constitue une restriction beaucoup plus importante du droit de l'individu. Une telle mesure ne peut être prise si le seul but est d'augmenter la couverture vaccinale. L'imposition d'une obligation de vaccination répond avant tout à un autre objectif, comme la qualité de l'accueil des enfants (voir la vaccination des enfants pour les crèches agréées par l'ONE conformément à la réglementation élaborée par la Communauté française), la protection des autres travailleurs (voir la vaccination contre l'hépatite B pour le personnel de santé en application du Code du bien-être au travail), ou la fourniture d'un environnement sûr pour prodiguer des soins (voir le récent projet de loi sur la vaccination obligatoire du personnel de santé). Imposer une obligation de vaccination peut être une mesure proportionnée, comme l'a confirmé l'Institut fédéral pour la protection et la promotion des droits de l'homme dans son avis du 7 décembre 2021. Cependant, le champ d'application d'une telle mesure doit être défini en fonction de l'objectif et ne peut donc pas couvrir l'ensemble de la population. Comme l'obligation de vaccination répond à un objectif spécifique et ne peut être généralisée, il n'est ni approprié ni proportionné d'augmenter la couverture vaccinale en général. Il s'agit plutôt d'une mesure qui peut servir à plus long terme si un contexte spécifique l'exige scientifiquement. L'introduction d'une obligation de vaccination pour les activités essentielles implique une forme de certitude et de stabilité. Cette certitude et cette stabilité sont liées à la fois à l'efficacité du ou des vaccins eux-mêmes et à la situation épidémiologique, telles qu'estimées notamment par le Conseil supérieur de la santé. En ce qui concerne l'introduction d'une condition de vaccination pour une activité essentielle, il convient de souligner une fois de plus qu'il faut se demander si le même objectif ne peut pas être atteint par une vaste campagne d'information et de sensibilisation dans laquelle l'administration des vaccins est basée sur un calendrier de vaccination scientifiquement étayé.

OBLIGATION GÉNÉRALE DE VACCINATION - L'imposition d'une obligation générale de vaccination est la forme la plus poussée de restriction du droit à l'intégrité physique. Elle doit donc être considérée comme un dernier recours, un ultimum remedium lorsque toutes les autres mesures possibles sont insuffisantes pour combattre la pandémie. L'introduction d'une obligation générale de vaccination implique également une forme de certitude et de stabilitéexaminées, notamment par le Conseil supérieur de la santé. Cela ne veut pas dire qu'une obligation générale de vacciner ne pourra jamais être introduite. L'Institut fédéral pour la protection et la promotion des droits de l'homme a déclaré dans son avis du 7 décembre 2021 : "Avec le temps, ces restrictions [politique 3G-2G] peuvent donc devenir disproportionnées, même si elles auraient une certaine valeur ajoutée d'un point de vue épidémiologique. Dans ce cas, une obligation légale de vacciner pourrait être une alternative, qui serait plus efficace pour protéger la santé publique mais sans les effets secondaires discriminatoires. Bien qu'une telle obligation [une obligation générale de vaccination] constituerait une ingérence plus forte (mais proportionnelle) dans le droit au respect de l'intégrité physique (voir ci-dessus), l'impact sur la jouissance des autres droits de l'homme serait plus limité que la préservation à long terme du CST." L'introduction d'une obligation générale de vaccination est une mesure à long terme.

Étant donné que les vaccins peuvent, dans des situations exceptionnelles, provoquer des effets indésirables, il convient de prévoir un fonds qui puisse indemniser les dommages de santé résultant de l'administration d'un vaccin COVID-19 si la causalité scientifique entre le dommage et le vaccin COVID-19 est prouvée.

L'imposition d'une obligation générale de vaccination à court terme dans le seul but d'augmenter la couverture vaccinale semble disproportionnée. Cela ne peut se justifier que si, à la suite d'une nouvelle évolution épidémiologique, un besoin social et aigu se fait sentir pour éviter une implosion des soins - tant intra-muros qu'extra-muros. Il s'agit nécessairement d'une mesure temporaire qui, en outre, ne peut être imposée que s'il a été scientifiquement démontré que la vaccination qui serait rendue obligatoire de façon générale fonctionne efficacement.

Réflexions quant à l'intrododuction de mesures visant à augmenter la couverture vaccinale

Bien que le champ d'application de la loi du 22 août 2002 relative aux droits des patients soit limité à la relation de soins entre le patient et le prestataire de soins, les principes contenus dans cette loi sont si fondamentaux qu'ils servent de sources d'inspiration bien au-delà des limites strictes de la loi elle-même. La recherche de la qualité des soins, la fourniture correcte d'informations adaptées à l'individu et la prise de décision partagée et proportionnée dans le respect de l'autonomie de chacun sont les fondements de notre système de santé. La Commission fédérale "droits du patient" souhaite formuler quelques réflexions basées sur les fondements de la loi sur les droits du patient lesquels pourront servir de base aux mesures nécessaires pour surmonter cette crise sanitaire.

Dans cette crise sanitaire, tout le monde est d'une manière ou d'une autre un patient. Chaque patient a un droit égal à un service de qualité, indépendamment des choix qu'il fait. Toutefois, cela n'implique pas que le choix de se faire vacciner ou non soit un choix purement individuel. Au nom de la solidarité sociale, chaque individu doit partager la responsabilité du droit à la santé des autres. En prenant un risque minimal pour la santé grâce à la vaccination, on apporte une contribution inestimable à la santé de tous. Il est donc de la responsabilité sociale de chacun de contribuer à atteindre la couverture vaccinale la plus élevée possible. Ce n'est que de cette manière que l'on pourra garantir durablement la qualité des soins de santé à laquelle chacun a droit. En outre, au sein du système de soins de santé, chaque individu a l'obligation, tant à l'égard du professionnel de la santé qui dispense les soins qu'à l'égard de la société, de se conformer aux mesures de protection nécessaires pour assurer un environnement sûr.

L'autorité a la responsabilité importante de contribuer à garantir le droit à des soins de qualité. Cette responsabilité implique un débat social, une politique transparente et une information correcte et adaptée à chaque individu.

Un débat social implique qu'un débat serein et ouvert puisse avoir lieu, dans lequel les arguments scientifiques sont mis en balance avec les points de vue individuels. Dans le cadre de ce débat, il convient d'accorder une attention particulière aux personnes les plus vulnérables de notre société, notamment les mineurs. Polariser le débat ne peut en aucun cas contribuer à un processus de décision nuancé et socialement acceptable sur les mesures à prendre.

Une politique transparente implique que l'on puisse toujours répondre à la question de savoir pourquoi des mesures sont nécessaires, à qui elles s'appliquent et quelles sont les mesures les plus appropriées pour atteindre l'objectif visé tout en restreignant le moins possible les droits fondamentaux de chaque individu. Le caractère approprié comprend également les conséquences (restriction de l'accès aux services essentiels et/ou aux services non essentiels, sanctions pénales, etc.) que le non-respect d'une mesure particulière peut avoir sur l'individu. Une politique transparente est donc une politique proportionnée, dont chaque aspect peut être justifié et contribue proportionnellement à l'objectif recherché. Elle implique la clarté de la structure et de la méthodologie du processus décisionnel.

Tout comme une information correcte, adaptée à chaque individu, est une condition nécessaire pour qu'un patient puisse donner son consentement éclairé à une intervention, les autorités sont également tenues de fournir à la population une information complète sur les mesures à prendre. Ces informations ne concernent pas seulement la mesure elle-même, mais aussi son impact social, par exemple les conséquences de la non-vaccination sur l'organisation des soins, au sein de première ligne et des hôpitaux. L'information doit être adaptée à l'individu. Les enfants, tout comme les adultes, ont le droit de comprendre pourquoi une certaine mesure s'applique. En particulier, le contexte

socioculturel des différents groupes de population doit être pris en compte. Il est nécessaire de disposer d'informations claires, sans ambiguïté et de qualité. En outre, au sein du système de soins de santé, chaque professionnel de la santé a la responsabilité majeure de communiquer à ses patients des informations correctes et scientifiquement fondées. Il convient également d'accorder une attention explicite à l'évaluation des stratégies de communication, afin de pouvoir identifier et résoudre les problèmes d'informations incorrectes.

Tant les professionnels de la santé que les autorités responsables des campagnes de vaccination sont donc appelés à s'impliquer de manière permanente dans cette information et cette sensibilisation.

FOD VOLKSGEZONDHEID
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN
EN LEEFMILIEU

Directoraat-generaal Gezondheidszorg

FEDERALE COMMISSIE RECHTEN VAN DE PATIENT

Brussel, 20 december 2021

Kenm.: FCRVDP/VH/2021-01

Ontwerpadvies “verplichte vaccinatie”

De Federale Commissie “Rechten van de Patiënt” werd op 26 november 2021 door de heer Pedro Facon, Coronacommissaris, gevraagd advies te geven over de opportuniteit, haalbaarheid, voor- en nadelen, etc. van mogelijke pistes als overgang van een coronapas op basis van 3G (gevaccineerd, getest, genezen) naar 2G (gevaccineerd of genezen) of 1G (gevaccineerd), of de verplichte vaccinatie teneinde de vaccinatiegraad te verhogen.

1. Bevoegdheid Federale Commissie “Rechten van de Patiënt”

WETTELIJKE BEVOEGDHEID - De Federale Commissie “Rechten van de Patiënt” heeft op grond van artikel 16, §2, 2° van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt (hierna: Wet Patiëntenrechten) de bevoegdheid op verzoek of op eigen initiatief de minister bevoegd voor de Volksgezondheid te adviseren met betrekking tot rechten en plichten van patiënten en beroepsbeoefenaars.

Dit advies is omwille van deze wettelijk afgelijnde bevoegdheid beperkt tot de vraag in hoeverre de Wet Patiëntenrechten in rekening dient genomen te worden in het uittekenen van een beleid m.b.t. maatregelen die kunnen genomen worden opdat de vaccinatiegraad maximaal verhoogd kan worden.

Niettemin formuleert de Federale Commissie “Rechten van de Patiënt” ook enkele algemene reflecties die zijn opgeworpen tijdens de voorbereidingen van dit advies.

COMPLEMENTAIRE MAATSCHAPPELIJKE VERANTWOORDELIJKHEID - De Federale Commissie “Rechten van de Patiënt” wenst met dit advies en deze reflecties haar maatschappelijke verantwoordelijkheid op te nemen en complementair aan de adviezen van andere organen binnen de Belgische gezondheidszorg, en in het bijzonder het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek en de Hoge Gezondheidsraad, bij te dragen aan het creëren van een draagvlak voor gepaste, proportionele maatregelen.

2. Toepassingsgebied Wet Patiëntenrechten

ZORGRELATIE - De Wet Patiëntenrechten vormt een onderdeel van de federale bevoegdheid tot uitoefening van de geneeskunst en paramedische beroepen. Het is geen wet die de organisatie van de gezondheidszorg in zijn totaliteit behelst, noch het specifieke kader van het nemen van algemene profylactische maatregelen omvat. Maatregelen die betrekking hebben op het toedienen van een vaccin, zoals een inenting, vormen een verstrekking van gezondheidszorg. De Wet Patiëntenrechten is hierop van toepassing op grond van artikel 2, 2°. Elke burger die een vaccin ontvangt, wordt daarom ook beschouwd als patiënt (artikel 2, 1°).

ANDERE MAATREGELEN TER BESTRIJDING VAN DE PANDEMIE - Voor andere maatregelen ter bestrijding van de pandemie/ verhoging van de vaccinatiegraad zal moeten worden onderzocht of zij vallen onder de definitie van gezondheidszorg om te bepalen of de Wet Patiëntenrechten van toepassing is of niet.

RECHT OP GEZONDHEIDSZORG - Hoewel het recht op gezondheidszorg, zoals onder meer gewaarborgd in artikel 23 van de Grondwet, een premisse is opdat gezondheidszorg aan de patiënt kan worden verstrekt, is dit algemeen recht op gezondheidszorg geen deel van de Wet Patiëntenrechten. De vraagstukken m.b.t. de toegang tot gezondheidszorg in COVID-tijden zullen in dit advies slechts behandeld worden voor zover zij een directe link hebben met de wettelijk gewaarborgde patiëntenrechten.

ONBEKENDE GEZONDHEIDSZORGBEOEFENAAR - In de context van de vaccinatiecampagnes waarbinnen vaccins veelal binnen vaccinatiecentra worden toegediend, dient benadrukt te worden dat ook daar zorgrelaties ontstaan tussen de patiënt en de persoon die het vaccin toedient en bijgevolg de Wet Patiëntenrechten moet worden nageleefd. De gezondheidszorgbeoefenaars die binnen de vaccinatiecentra actief zijn, dienen zich bewust te zijn dat de setting waarbinnen deze gezondheidszorg

wordt verstrekt ertoe leidt dat de noodzakelijke vertrouwelijkheid van de zorgrelatie tussen een patiënt en een individuele gezondheidszorgbeoefenaar ontbreekt. In het bijzonder dient de gezondheidszorgbeoefenaar aandacht te hebben voor de mogelijke onzekerheden die dit bij een patiënt kan veroorzaken. Zodra het mogelijk is vaccinaties te laten plaatsvinden in de vertrouwelijk zorgrelatie van de patiënt, dient daarop ingezet te worden.

3. Vaccinatiemaatregelen versus de Wet Patiëntenrechten

CASSATIEARREST 2013 - Het Hof van Cassatie heeft zich reeds in zijn arrest van 18 december 2013 uitgesproken over de vraag of de verplichting van het poliovaccin, zoals voorzien bij het koninklijk besluit van 26 oktober 1966, ingaat tegen artikel 8 van de Wet Patiëntenrechten.[1] Het Hof stelde:

"Het recht van de patiënt om vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar, dat is vastgelegd in de wet van 22 augustus 2002, doet geen afbreuk aan de verplichting tot inenting, vermits die gegrond is op overwegingen tot bescherming van de volksgezondheid, die tot de openbare orde behoort."

"Artikel 8, § 1, van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, bepaalt dat de patiënt het recht heeft om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar. Die bepaling beschermt de rechten van de patiënt in zijn specifieke relatie met de beroepsbeoefenaar. Ze heeft niet hetzelfde voorwerp als artikel 1 van de Gezondheidswet dat, om een besmettelijke ziekte die een algemeen gevaar oplevert, te voorkomen of te bestrijden, de mogelijkheid bepaalt een behandeling op te leggen die gegrond is op de vereisten van de bescherming van de volksgezondheid, die tot de openbare orde behoort. Daaruit volgt dat artikel 1 van het ter uitvoering van de Gezondheidswet genomen koninklijk besluit, artikel 8, § 1, van de wet van 22 augustus 2002 bijgevolg niet kan tegenspreken."

De Wet Patiëntenrechten belemmert niet dat er een verplichting tot vaccinatie wordt opgelegd of maatregelen ter bestrijding van de pandemie worden opgelegd op voorwaarde dat deze verplichting opgelegd is ter bescherming van de volksgezondheid en aldus de openbare orde dient.

BEIDE VAN TOEPASSING - Dat beide regelgevingen elkaar niet tegenspreken, houdt evenwel ook in dat ze tegelijk op dezelfde situatie van toepassing (kunnen) zijn. Zo zal de verplichting gevaccineerd te worden de gezondheidszorgbeoefenaar die het vaccin toedient, niet ontslaan van de eigen verplichting overeenkomstig artikel 8 van de Wet Patiëntenrechten te beschikken over een geïnformeerde toestemming van de patiënt. Het weigeren van de vaccinatie door de patiënt heeft vervolgens een dubbel gevolg, namelijk dat de vaccinatie zonder toestemming niet kan plaatsvinden en dat – m.b.t. het naleven van de verplichte vaccinatie tegen poliomyelitis – er een strafsanctie kan worden opgelegd.

4. Het informeren van de patiënt

PATIËNT CENTRAAL - Met het oog op de erkenning van patiëntenautonomie en de *patient empowerment* - wat de voornaamste doelen zijn van de Wet Patiëntenrechten - dient de patiënt voldoende geïnformeerd te zijn. Dit volgt in het bijzonder uit de artikelen 7 en 8 van de Wet Patiëntenrechten.

BREDE INFORMATIEVERSTREKKING - Met betrekking tot de COVID-19-vaccinatie heeft deze informatie niet enkel betrekking op het vaccin en eventuele nevenwerkingen van het vaccin zelf, maar ook op de maatschappelijke impact van het zich wel of niet vaccineren, in het bijzonder wat betreft de gevolgen die het niet vaccineren heeft op de organisatie van de zorg, binnen de eerstelijnszorg en binnen de

[1] Cass. 18 december 2013, Arr.Cass. 2013, afl. 12.

ziekenhuizen. Het omvat ook de eventuele maatschappelijke of strafrechtelijke gevolgen die de patiënt zelf zal moeten ondergaan, wanneer hij een vaccinatie weigert, voor zover daarover door de bevoegde overheden werd beslist.

De informatie dient op maat van de patiënt gegeven te worden. Dit betekent dat de informatie wordt verstrekt op een manier die de patiënt begrijpt en dat rekening wordt gehouden met de maatschappelijk-culturele context waarbinnen de patiënt zich bevindt.

VERANTWOORDELIJKHEID GEZONDHEIDSZORGBEOEFENAAR - Er is nood aan duidelijke, eenduidige en kwaliteitsvolle informatie over de vaccins en de doelen van de vaccinaties. Elke gezondheidszorgbeoefenaar die een patiënt behandelt, ongeacht de reden, kan daartoe bijdragen. De individuele gezondheidszorgbeoefenaar draagt vanuit het recht om een kwaliteitsvolle dienstverstrekking en het recht op een "geïnformeerde" toestemming een zeer grote verantwoordelijkheid om correcte, wetenschappelijk onderbouwde informatie aan zijn patiënten mee te delen. Het sensibiliseren van een patiënt en overtuigen van de patiënt om zich te laten vaccineren, vormen een wezenlijk deel van de kwaliteitsvolle dienstverstrekking.

Zowel gezondheidszorgbeoefenaars, als de overheden die verantwoordelijk zijn voor vaccinatiecampagnes worden daarom opgeroepen om bij deze informatieverstrekking en sensibilisering blijvend betrokken te zijn. De huidige omstandigheden van grootschalige vaccinatiecampagnes betreffen meestal een gestandaardiseerde uitnodiging tot vaccinatie in een vaccinatiecentrum gericht aan de patiënt / burger door de overheid en een verstrekking van gezondheidszorg (de vaccinatie) uitgevoerd door een gezondheidszorgbeoefenaar die de patiënt niet kent. De informatieverstrekking die gebeurt door de gezondheidszorgbeoefenaars binnen een vaccinatiecentrum, is noodzakelijkerwijs gestandaardiseerd en oppervlakkig. In dit verband moet elk initiatief dat gericht is op het bekendmaken van aanspreekpunten met gezondheidszorgbeoefenaars (zoals behandelend artsen, referentiepersonen in vaccinatiecentra, enz.) die vragen van burgers/patiënten over de vaccins kunnen beantwoorden, aangemoedigd worden.

5. Het nemen van beschermingsmaatregelen

MEDEWERKINGSPLICHT - Op grond van artikel 4 Wet Patiëntenrechten leeft de gezondheidszorgbeoefenaar de Wet Patiëntenrechten na in de mate waarin de patiënt hieraan zijn medewerking verleent. De medewerkingsplicht van de patiënt is veeleer van een morele, dan van een juridisch afdwingbare orde.

OPVOLGEN VAN GEZONDHEIDSMAATREGELEN - De medewerkingsplicht van de patiënt houdt binnen deze COVID-19 gezondheidscrisis een verplichting in voor de patiënt om de (extra) gezondheidsmaatregelen nauwgezet op te volgen die de gezondheidszorgbeoefenaar – naast de maatregelen die hij zelf neemt - nodig acht met het oog op zijn eigen bescherming en de bescherming van andere patiënten. De gezondheidszorgbeoefenaar dient hier geval tot geval, rekening houdend met de globale context en de actuele richtlijnen, en proportioneel over te oordelen.

ZORGCONTINUÏTEIT - Indien de patiënt weigert deze beschermingsmaatregelen na te leven en dit een reëel gevaar creëert, dient de gezondheidszorgbeoefenaar zelf verdere gepaste maatregelen te nemen. Teneinde de zorgcontinuïteit te garanderen, kan het weigeren van beschermingsmaatregelen door de patiënt niet leiden tot het stopzetten van iedere behandeling, in het bijzonder niet indien de patiënt nood heeft aan dringende zorgverlening. De noodzaak tot het nemen van gepaste maatregelen kan er wel toe leiden dat de gezondheidszorgbeoefenaar niet de zorg kan bieden die hij vanuit zijn professioneel oordeel en het recht op kwaliteitsvolle dienstverstrekking het meest geschikt acht.

GEEN VACCINATIEPLICHT - De medewerkingsplicht binnen deze gezondheidscrisis gaat niet zover dat de gezondheidszorgbeoefenaar kan eisen dat de patiënt gevaccineerd is. Nochtans dient vanuit het principe van de collectieve solidariteit binnen deze gezondheidscrisis gewezen te worden op de verantwoordelijkheid en de burgerzin die iedere patiënt ertoe zou moeten aanzetten zich te laten vaccineren, tenzij er een medische tegenindicatie aanwezig is.

6. Het weigeren van vaccinatie

KEUZE VAN VACCIN – Ongeacht het invoeren van een verplichting tot vaccinatie, heeft de patiënt, voor zover hij ermee instemt zich te laten vaccineren, momenteel geen keuze wat voor soort vaccin hij krijgt toegediend. De vaccinatiecentra zijn afhankelijk van de beschikbare voorraden en de strategieën van de autoriteiten in het kader van de vaccinatiecampagne. Elke zorgverlening is immers in beginsel afhankelijk van de op de markt beschikbare technieken en middelen; de gezondheidszorgbeoefenaar en de patiënt hebben hier geen controle over. Indien de gezondheidszorgbeoefenaar in de toekomst wel deze keuzemogelijkheid heeft, dient hij het voor de patiënt medisch meest geschikte vaccin te kiezen.

WEIGERING VAN VACCINATIE - Op grond van artikel 8 Wet Patiëntenrechten heeft de patiënt het recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar. Het recht omvat eveneens de mogelijkheid de toestemming voor een tussenkomst in te trekken of te weigeren. De weigering of intrekking van de toestemming heeft in het algemeen niet tot gevolg dat het recht op kwaliteitsvolle dienstverstrekking , gewaarborgd in artikel 5 Wet Patiëntenrechten, en bijgevolg ook de therapeutische relatie ophoudt te bestaan.

Uit artikel 5 Wet Patiëntenrechten, de Wet van 10 mei 2007 ter bestrijding van bepaalde vormen van discriminatie en artikel 30 van de Code van medische deontologie volgt bovendien dat een gezondheidszorgbeoefenaar alle patiënten even gewetensvol en zonder discriminatie moet behandelen. Wanneer de patiënt een COVID-vaccinatie weigert, zal dit bijgevolg geen einde maken aan de verplichting van de gezondheidszorgbeoefenaar om kwaliteitsvolle dienstverstrekking aan te bieden. Het weigeren van zorg aan een niet-gevaccineerde en het beëindigen van de individuele therapeutische relatie met de patiënt louter omdat de patiënt niet-gevaccineerd is, is niet toegestaan.

ANDERE GEVOLGEN – De vraag of de beslissing tot weigering buiten het toepassingsgebied van de Wet Patiëntenrechten om en voor zover bij of krachtens een wet vastgelegd, ook andere gevolgen kan hebben, zoals een strafsanctie of een verbod tot toegang tot bepaalde maatschappelijke diensten, valt buiten dit advies.

WEIGEREN OM MEDISCHE REDENEN - Er kunnen medische redenen zijn waarom een patiënt weigert zich te laten vaccineren. Bij elke maatregel die genomen wordt teneinde de vaccinatiegraad te verhogen, dient specifiek rekening gehouden worden met personen die om medische redenen een vaccin weigeren.

PRIORITERING - Het betrekken van de vaccinatiestatus van een patiënt bij het prioriteren van zorg valt eveneens buiten dit advies. Dit is veeleer een ethische discussie. Hiervoor wordt verwezen naar de gezamenlijke aanbeveling van het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek en de Hoge Gezondheidsraad van 21 december 2020 “Ethische aspecten betreffende prioritering van zorg”.[2] In deze aanbeveling wordt gesteld: “Op grond van respect voor het gelijkheidsbeginsel worden criteria die persoonlijke verdienste of verantwoordelijkheid evalueren, uitgesloten. Gezondheidszorg is niet de geëigende plaats om persoonlijke keuzes te belonen of af te straffen. Risicogedrag dat aanleiding

[2] https://www.health.belgium.be/nl/aanbeveling-prioritering-van-zorg-tijden-van-covid-19

kan geven tot infectie met of verspreiden van COVID-19 geeft daarom geen aanleiding tot uitsluiting van zorg."

7. Het vertegenwoordigen van de patiënt

MINDERJARIGE PATIËNTEN - Een minderjarige patiënt wordt overeenkomstig artikel 12 van de Wet Patiëntenrechten vertegenwoordigd door zijn ouders of zijn voogd. De minderjarige wordt rekening houdend met zijn leeftijd en maturiteit betrokken bij de uitoefening van zijn rechten als patiënt. Doordat de COVID-19 crisis eveneens een grote impact heeft op de minderjarige patiënten, mag de graad van maturiteit die zij reeds aan de dag kunnen leggen bij een oordeelsvorming over vaccinatie of andere gezondheidsmaatregelen niet onderschat worden. Zij dienen op maat van hun leeftijd en maturiteit geïnformeerd te worden over de vaccinatie en de vaccins, zodat de beslissing al dan niet gevaccineerd te worden in belangrijke mate een gezamenlijke beslissing is van de minderjarige patiënt en zijn vertegenwoordigers.

In de mate dat de minderjarige tot een redelijke beoordeling van zijn belangen in staat kan worden geacht, beslist de minderjarige patiënt zelfstandig. De gezondheidszorgbeoefenaar die de zorg moet verlenen beoordeelt of de minderjarige patiënt voldoende mondig en matuur lijkt om zijn rechten zelfstandig (zonder tussenkomst van zijn ouders) uit te oefenen. In het kader van een grootschalige vaccinatiecampagne kan men de politieke keuze begrijpen om minderjarige patiënten vanaf 16 jaar systematisch zelfstandig te laten beslissen om al dan niet gevaccineerd te worden, met name vanwege de impact van de COVID-19-crisis op deze bevolkingsgroep. Deze politieke keuze is evenwel beperkt te tot de vaccinatiecampagne. Voor andere verstrekkingen van gezondheidszorg blijft het individueel oordeel van de gezondheidszorgbeoefenaar over de mondigheid en maturiteit van de minderjarige patiënt gelden.

MEERDERJARIGE WILSONBEKWAME PATIËNTEN - Ook wilsonbekwame meerderjarige patiënten dienen zoveel mogelijk en in verhouding tot hun begripsvermogen betrokken te worden bij de uitoefening van hun patiëntenrechten (artikel 14, § 4). De kwetsbaarheid van deze patiëntengroepen is potentieel groot. Er dient specifieke aandacht te zijn om ook hun mening in het maatschappelijk debat te horen.

SPECIFIEKE BESCHERMING - Op grond van artikel 3, § 2 Wet Patiëntenrechten kan de Koning bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad en na advies van de Federale Commissie "Rechten van de Patiënt" nadere regels bepalen inzake de toepassing van de wet teneinde rekening te houden met de nood aan specifieke bescherming. Het kan nuttig zijn van deze bevoegdheid gebruik te maken in de context van de vaccinatiestrategie.

VERTEGENWOORDINGSBESLISSING – Een vertegenwoordiger oordeelt in het belang van de patiënt. Een weloverwogen weigering van vaccinatie voor de patiënt dient gerespecteerd te worden. Het kan niet beschouwd worden als een beslissing die een bedreiging van het leven of een ernstige aantasting van de gezondheid van de patiënt inhoudt. Bijgevolg kan de gezondheidszorgbeoefenaar van de beslissing van de vertegenwoordiger niet afwijken, overeenkomstig artikel 15, § 1 Wet Patiëntenrechten. Het is vanuit het recht op een kwaliteitsvolle dienstverstrekking evenwel sterk aanbevolen dat de gezondheidszorgbeoefenaar over de weigeringsmotieven van de vertegenwoordiger in dialoog gaat en hem desgevallend tracht te overtuigen in het belang van de (kwetsbare) patiënt.

8. Het inperken van het recht op fysieke integriteit

GRONDRECHTEN - De Wet Patiëntenrechten heeft belangrijke linken met de fundamentele rechten van de mens. Voor wat de gezondheidszorg betreft, dient in het bijzonder verwezen te worden naar het artikel 8 van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (hierna: EVRM) dat het recht op eerbiediging van privé-, familie- en gezinsleven en bij uitbreiding het recht op fysieke integriteit waarborgt, en de rechtspraak van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens.

TOEGELATEN BEPERKINGEN - De vraag of een vaccinatieplicht een ongerechtvaardigde inbreuk betekent op artikel 8 EVRM, werd in een recent arrest van 8 april 2021 door het Europees Hof voor de Rechten van de Mens beantwoord.[3] Dit arrest betreft vaccinaties die het Hof omschrijft als "routinevaccinaties", zoals die tegen poliomyelitis, hepatitis B, tetanus, mazelen, bof of rubella.

Het Hof bevestigt dat artikel 8 EVRM geen absoluut recht is en dat artikel 8, §2 bepaalt dat beperkingen door de overheid toegestaan zijn onder volgende voorwaarden:

a. De inperking is bij wet voorzien (wettigheidsbeginsel);
b. De inperking dient legitieme doelen (legitimiteitsbeginsel);
c. De inperking is noodzakelijk/ proportioneel (proportionaliteitsbeginsel).

WETTIGHEIDSBEGINSEL - Artikel 22 van de Belgische Grondwet bepaalt eveneens dat iedereen het recht heeft op eerbiediging van zijn privéleven en zijn gezinsleven. Het verschil met artikel 8 EVRM heeft betrekking op de eerste voorwaarde: bij wet voorzien. Dat een inperking voorzien moet zijn in een wet betekent voor artikel 22 Grondwet dat deze is uitgevaardigd door de wetgevende macht (formele wet), waar de inperking op artikel 8 EVRM ook bij materiële wet (in uitvoering van een voldoende duidelijke formele wet) kan.

LEGITIMITEITSBEGINSEL - Het Europees Hof voor de Rechten van de Mens aanvaardt in dit arrest een dubbel legitiem doel: de bescherming van de gezondheid voor iedereen die het vaccin toegediend krijgt, maar ook de bescherming van rechten van anderen, meer bepaald recht op gezondheid van wie zich niet kan laten vaccineren. Deze doelen zijn beide opgenomen in artikel 8, §2 EVRM als legitieme doelen.

PROPORTIONALITEITSBEGINSEL - Wat betreft de voorwaarde van de noodzakelijkheid/proportionaliteit moet de vraag beantwoord worden of de genomen maatregel relevant is om het beoogde doel te bereiken, maar tegelijk of er geen maatregelen kunnen genomen worden die ook relevant zijn, doch een minder vergaande inbreuk op het recht op privéleven vormen. Bovendien dient er sprake te zijn van een dringende maatschappelijke nood. Het Europees Hof voor de Rechten van de Mens stelt dat de lidstaten voor de invulling van de noodzakelijkheids-/proportionaliteitsvoorwaarde een ruime appreciatiemarge hebben. Tussen de verdragspartijen, hierin ondersteund door de gespecialiseerde internationale organen zoals de Wereldgezondheidsorganisatie, bestaat er een algemene consensus dat vaccinatie één van de meest succesvolle en kostenefficiënte gezondheidsinterventies is en dat iedere Staat ernaar dient te streven om de hoogst mogelijke vaccinatiegraad onder zijn bevolking te bereiken. De lidstaten hebben zelf de keuze over hoe ze deze vaccinatiegraad het best denken te bereiken.

Net als een gezondheidszorgbeoefenaar in onderling overleg met de patiënt afhankelijk van de evolutie van de ziekte de behandeling continu bijstelt, dient de overheid niet enkel de proportionaliteit van een maatregel na te gaan bij het invoeren van de maatregel. Essentieel is dat de maatregel ook proportioneel blijft. De proportionaliteit van het behoud van elke maatregel moet bijgevolg op regelmatige basis worden geëvalueerd teneinde na te gaan of de actuele epidemiologische omstandigheden en de geldende wetenschappelijke evidentie het behoud van de maatregelen rechtvaardigen.

SOCIALE SOLIDARITEIT - Volgens het Hof kan de wettelijke verplichting tot vaccinatie een proportionele beperking vormen vanuit het oogpunt van de bescherming van de volksgezondheid en van de rechten van andere personen, in het bijzonder van personen die zich omwille van medische redenen niet kunnen laten vaccineren. Het lopen van een miniem risico voor de gezondheid via vaccinatie kan

[3] EHRM 8 april 2021, nr. 47621/13 e.a., Vavricka e.a. vs. Tsjechië .

volgens het Hof immers beschouwd worden als een daad van sociale solidariteit die verplicht kan worden gesteld om de gezondheid van anderen, en zo andermans recht op leven en op gezondheid te beschermen.[4] De overheid kan bijgevolg oordelen dat deze maatschappelijk gedeelde verantwoordelijkheid juridisch afdwingbaar gemaakt wordt, op voorwaarde dat hierbij het proportionaliteits- en het wettigheidsbeginsel worden gerespecteerd.[5]

9. Het nemen van proportionele maatregelen

TOTALE STRATEGIE - Indien wordt vastgesteld dat de informatie- en sensibiliseringscampagnes en de vrijwillige vaccinatie niet volstaan teneinde een voldoende hoge vaccinatiegraad te bekomen, kunnen bijgevolg proportioneel bijkomende maatregelen genomen worden. Deze maatregelen kunnen gradueel in drie categorieën worden opgedeeld: de vaccinatievoorwaarde voor niet-essentiële activiteiten, de vaccinatievoorwaarde voor essentiële activiteiten en de invoering van een algemene vaccinatieplicht. Het nemen van maatregelen teneinde een voldoende hoge vaccinatiegraad te bekomen, dient evenwel steeds deel uit te maken van een totale strategie die de bestrijding van COVID-19 in zijn algemeenheid tot doel heeft en die bijdraagt aan de wereldwijde bestrijding van het virus. Elke maatregel moet daarom getoetst worden op de proportionaliteit als onderdeel van een geheel en niet als afzonderlijke maatregel. Bovendien, het opleggen van dergelijke maatregelen impliceert dat ze het onderwerp uitmaakten van een voorafgaand maatschappelijk debat. Het is daarbij tevens belangrijk dat het voor de burger/patiënt duidelijk is wat de methodologie is die de overheid hanteert om maatregelen op te leggen afhankelijk van de impact van het virus op de gezondheidszorg. Transparantie en helderheid in de structuur van het beslissingsproces dient daarom steeds nagestreefd te worden.

MINIMALE VOORWAARDEN – Ongeacht de maatregel die men neemt om de vaccinatiegraad te verhogen dienen volgende minimale voorwaarden in acht te worden genomen. Elke maatregel dient specifiek te zijn omschreven. Het moet het doel omschrijven dat men met de maatregel wil bereiken. Het moet een regeling bevatten voor personen die om medische redenen niet kunnen gevaccineerd worden. Het moet detailleren wat de gevolgen zijn voor personen die om persoonlijke redenen beslissen zich niet te laten vaccineren. Het moet tevens duidelijk zijn of de maatregel geldt voor de eerste vaccins, of ook voor herhalingsdosissen.

VACCINATIEVOORWAARDE VOOR NIET-ESSENTIËLE ACTIVITEITEN - De vaccinatievoorwaarde voor niet-essentiële activiteiten heeft betrekking op het actuele systeem van het CST (Covid Safe Ticket). De beperking van de fundamentele rechten van het individu is eerder beperkt, doordat een belangrijke graad van autonomie wordt gelaten aan het individu. Bovendien is het systeem van het CST thans gebaseerd op een 3G-beleid waardoor ook voor niet-gevaccineerden er nog steeds alternatieven bestaan om een geldig CST te bekomen. Indien wordt beslist om het CST te beperkten tot een 2G- of zelfs een 1G-beleid wordt de inperking van de fundamentele rechten van het individu groter. Bovendien, zoals het Federaal Instituut voor de bescherming en de bevordering van de Rechten van de Mens in zijn advies van 7 december 2021, in navolging van het advies van het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek van 10 mei 2021, stelde: “Bij deze evaluatie moet ook rekening gehouden worden met het feit dat de impact van toegangsbeperkingen op de mensenrechten van de betrokkenen groter wordt naarmate deze langer gelden. […] Hoewel de beperking van de rechten van het individu bijgevolg beperkt zijn, kan het systeem van het CST bijgevolg disproportioneel worden, zelfs wanneer ze vanuit een epidemiologisch standpunt een bepaalde meerwaarde zouden hebben.” Het systeem van het CST kan gebruikt worden als wijze om de vaccinatiegraad te verhogen, maar dient daarbij expliciet gekoppeld te zijn aan een

[4] https:/www.ehrc-updates.nl/commentaar/211437?skip_boomportal_auth=1

[5] Federaal Instituut voor de bescherming en de bevordering van de Rechten van de Mens, Advies nr. 6/2021 van 7 december 2021, “Vaccinatieplicht, Covid Safe Ticket en Mensenrechten”, https://www.federaalinstituutmensenrechten.be/

systeem dat regelmatig de proportionaliteit van de maatregel en in het bijzonder de toepassingen van het CST evalueert. Bovendien dient ervoor opgelet te worden dat het gebruik van het CST geen vals gevoel van veiligheid creëert – in het bijzonder wanneer het gebruik niet gekoppeld is aan andere beschermingsmaatregelen.

VACCINATIEVOORWAARDE VOOR ESSENTIËLE ACTIVITEITEN - De vaccinatievoorwaarde voor essentiële activiteiten, bv. toegang tot onderwijs, toegang tot uitoefening van een beroep, vormt een veel verdergaande inperking van de rechten van het individu. Een dergelijke maatregel kan niet worden genomen indien het enige doel de verhoging van de vaccinatiegraad is. Het opleggen van een vaccinatievoorwaarde dient primair een ander doel: zoals de kwaliteit van kinderopvang (zie de vaccinatie van kinderen voor ONE-erkende crèches in overeenstemming met de door de Franse Gemeenschap opgestelde regeling), de bescherming van andere werknemers (zie de vaccinatie tegen hepatitis B voor het zorgpersoneel in uitvoering van de Codex Welzijn op het Werk), of nog het bieden van een veilige omgeving naar waarbinnen zorg wordt verstrekt (zie het recente wetsontwerp inzake de verplichte vaccinatie voor het zorgpersoneel). Het opleggen van een vaccinatievoorwaarde kan een proportionele maatregel zijn, zo bevestigde ook het Federaal Instituut voor de bescherming en de bevordering van de Rechten van de Mens in zijn advies van 7 december 2021. Doch het toepassingsgebied van een dergelijke maatregel dient afgebakend te zijn afhankelijk van het doel en kan bijgevolg niet de hele bevolking omvatten. Aangezien de vaccinatievoorwaarde een specifiek doel dient en niet algemeen kan worden ingevoerd, is het niet geschikt en niet proportioneel om de vaccinatiegraad in het algemeen te verhogen. Het is veeleer een maatregel die dienend kan zijn op een langere termijn, indien een specifieke context het wetenschappelijk vereist. Het invoeren van een vaccinatievoorwaarde voor essentiële activiteiten impliceert een vorm van zekerheid en stabiliteit. Deze zekerheid en stabiliteit hebben zowel betrekking op de efficiëntie van het vaccin of de vaccins zelf, als op de epidemiologische situatie, vastgesteld door de Hoge Gezondheidsraad. Wat betreft het invoeren van een vaccinatievoorwaarde voor een essentiële activiteit dient nogmaals benadrukt te worden dat moet worden nagegaan of hetzelfde doel niet kan bereikt worden via een uitgebreide informatie- en sensibiliseringscampagne waarbij het toedienen van de vaccins gebaseerd worden op een wetenschappelijk onderbouwd vaccinatieschema.

ALGEMENE VACCINATIEPLICHT - Het opleggen van een algemene vaccinatieplicht vormt de meest vergaande vorm van inperking van het recht op fysieke integriteit. Het dient daarom beschouwd te worden als een laatste redmiddel, een ultimum remedium wanneer alle mogelijke andere maatregelen onvoldoende zijn om de pandemie te bestrijden. Ook het invoeren van een algemene vaccinatieplicht impliceert een vorm van zekerheid en stabiliteit vastgesteld door de Hoge Gezondheidsraad. Hiermee is niet gezegd dat een algemene vaccinatieplicht nooit kan worden ingevoerd. Het Federaal Instituut voor de bescherming en de bevordering van de Rechten van de Mens stelde in zijn advies van 7 december 2021: “Na verloop van tijd kunnen dergelijke beperkingen [3G-2G beleid] daarom disproportioneel worden, zelfs wanneer ze vanuit epidemiologisch standpunt een bepaalde meerwaarde zouden hebben. In dat geval zou een wettelijke vaccinatieverplichting een alternatief kunnen vormen, dat effectiever bijdraagt tot de bescherming van de volksgezondheid maar dan zonder de segregerende bijwerkingen. Hoewel een dergelijke verplichting [een algemene vaccinatieplicht] een sterkere (maar proportionele) inmenging zou uitmaken van het recht op eerbiediging van de fysieke integriteit (zie hierboven), zou de impact op het genot van andere mensenrechten beperkter zijn dan het langdurig behoud van het CST.” Het invoeren van een algemene vaccinatieplicht is een maatregel op lange termijn. Gezien vaccins in uitzonderlijke situaties bijwerkingen kunnen veroorzaken, is het aangewezen om te voorzien in een Fonds dat gezondheidsschade ten gevolge van het toedienen van een COVID-19 vaccin kan vergoeden indien de wetenschappelijke causaliteit tussen de schade en het COVID-19 vaccin is aangetoond.

Het opleggen van een algemene vaccinatieplicht op korte termijn louter om de vaccinatiegraad te verhogen lijkt disproportioneel. Dit kan enkel worden verantwoord indien ten gevolge van een nieuwe epidemiologische evolutie er een maatschappelijke en acute nood ontstaat teneinde een implosie van de zorg te vermijden. Het betreft noodzakelijk een tijdelijke maatregel die bovendien enkel kan worden opgelegd indien het wetenschappelijk is aangetoond dat de vaccinatie die algemeen verplicht wordt gesteld, efficiënt werkt.

Reflecties over het opleggen van maatregelen teneinde de vaccinatiegraad te verhogen

Hoewel het toepassingsgebied van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt zich beperkt tot de zorgrelatie tussen de patiënt en de gezondheidszorgbeoefenaar die gezondheidszorg verstrekt, zijn de principes die in deze wet vervat liggen dermate fundamenteel dat ze inspirerend zijn ver buiten de strikte grenzen van de wet zelf. Het streven naar kwaliteitsvolle zorg, het correct, op maat van het individu verstrekken van informatie en een proportionele gezamenlijke besluitvorming met respect voor elkaars autonomie vormen de fundamenten van onze gezondheidszorg. De Federale Commissie "Rechten van de Patiënt" wil vanuit die fundamenten van de Wet Patiëntenrechten reflecties formuleren die dienend zijn voor de maatregelen die noodzakelijk zijn om deze gezondheidscrisis te bedwingen.

In deze gezondheidscrisis is iedereen op de éne of de andere manier patiënt. Elke patiënt heeft een evenwaardig recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening, ongeacht de gemaakte keuzes. Dit impliceert evenwel niet dat de keuze om wel of niet gevaccineerd te worden een louter individuele keuze is. Elk individu dient vanuit de sociale solidariteit mee in te staan voor het recht op gezondheid van anderen. Het lopen van een miniem risico voor de gezondheid via vaccinatie draagt op onschatbare wijze bij aan de gezondheid van iedereen. Het is dan ook de sociale verantwoordelijkheid van elk individu om mee een zo hoog mogelijke vaccinatiegraad te bereiken. Enkel zo kan de kwaliteitsvolle gezondheidszorg, waar iedereen recht op heeft, blijvend gegarandeerd worden. Elk individu heeft binnen de gezondheidszorg bovendien de verplichting zowel jegens de gezondheidszorgbeoefenaar die de zorg aan hem verstrekt, als jegens de maatschappij de beschermingsmaatregelen na te leven die nodig zijn om een veilig kader te kunnen bieden.

De overheid heeft een belangrijke verantwoordelijkheid om mee het recht op kwaliteitsvolle zorg te garanderen. Deze verantwoordelijkheid impliceert een maatschappelijk debat, een transparant beleid en correcte, op maat van elk individu beschikbare informatie.

Een maatschappelijk debat impliceert dat een sereen en open debat kan plaatsvinden waarbinnen wetenschappelijke argumenten worden afgewogen tegen individuele standpunten. Binnen dit debat dient specifiek aandacht te zijn voor de meest kwetsbaren in onze maatschappij, waaronder de minderjarigen. Het polariseren van het debat kan in geen enkele zin bijdragen tot een genuanceerd, maatschappelijk breed aanvaardbare besluitvorming over de te nemen maatregelen.

Een transparant beleid impliceert dat men te allen tijde een antwoord kan geven op de vraag waarom maatregelen noodzakelijk zijn, voor wie de maatregel gelden en welke maatregelen het meest geschikt zijn om het beoogde doel te bereiken en tegelijk het minst de fundamentele rechten van elk individu inperken. De geschiktheid omvat tevens de gevolgen (beperking van toegang tot essentiële diensten en/of niet-essentiële diensten, strafsancties, …) die het niet respecteren van een bepaalde maatregel voor het individu kunnen hebben. Een transparant beleid is bijgevolg een proportioneel beleid, waarvan elk aspect kan worden verantwoord en waarvan elk aspect proportioneel bijdraagt tot het gewenste doel. Het impliceert helderheid in de structuur en de methodologie van het beslissingsproces.

Net als correcte, op maat van elk individu beschikbare informatie een noodzakelijke voorwaarde is opdat een patiënt met kennis van zaken kan instemmen in een tussenkomst, is ook de overheid verplicht de bevolking breed te informeren over de te nemen maatregelen. Deze informatie heeft niet enkel betrekking op de maatregel zelf, maar ook op de maatschappelijke impact ervan, bv. wat de gevolgen zijn die het niet vaccineren heeft op de organisatie van de zorg, binnen de eerstelijnszorg en binnen de ziekenhuizen. De informatie dient op maat van de individu gegeven te worden. Kinderen, evengoed als volwassenen hebben het recht te begrijpen waarom een bepaalde maatregel geldt. In

het bijzonder dient rekening gehouden te worden met de maatschappelijk-culturele context van verschillende bevolkingsgroepen. Er is nood aan duidelijke, eenduidige en kwaliteitsvolle informatie. Binnen de gezondheidszorg draagt bovendien elke individuele gezondheidszorgbeoefenaar een grote verantwoordelijkheid om correcte, wetenschappelijk onderbouwde informatie aan zijn patiënten mee te delen. Er dient daarbij ook expliciet aandacht te zijn voor het evalueren van communicatiestrategieën, zodat problemen rond incorrecte informatieverstrekking kunnen worden geïdentificeerd en opgelost. Zowel gezondheidszorgbeoefenaars, als de overheden die verantwoordelijk zijn voor vaccinatiecampagnes worden daarom opgeroepen om bij deze informatieverstrekking en sensibilisering blijvend betrokken te zijn.

COMITÉ CONSULTATIF DE
Bioéthique
DE BELGIQUE

Avis n° 80 du 13 décembre 2021 relatif aux enjeux éthiques liés à la vaccination obligatoire de la population adulte (18 ans et plus) en période de pandémie

Table des matières

Saisine 3
1. Introduction 4
2. Rappel des considérations éthiques relatives à la vaccination obligatoire émise par le Comité consultatif de Bioéthique de Belgique et actualisation commentée ... 8
2.2 Balance « bénéfices/risques » 10
2.3 Degrés de contrainte associés à la vaccination et conséquences du refus de vaccination 11
2.4 Fiabilité scientifique, faisabilité pratique et conséquences éthiques de la vaccination obligatoire selon l'étendue de l'obligation des groupes concernés 14
2.5 Informer, mais aussi construire un lien de confiance avec la population 15
2.6 Responsabilité de l'Etat et vaccination obligatoire 16
3. Recommandations relatives à la vaccination obligatoire et conclusions 18

DROITS D'AUTEUR
Comité consultatif de Bioéthique de Belgique
E-mail : info.bioeth@health.fgov.be

Il est permis de citer cet avis pour autant que la source soit indiquée comme suit:
« d'après l'avis n°80 du Comité consultatif de Bioéthique de Belgique à consulter sur *www.health.belgium.be/bioeth* ».

Saisine

Le Comité consultatif de Bioéthique a été saisi le 7 décembre 2021 par Monsieur Frank Vandenbroucke, Ministre des Affaires Sociales et de la Santé publique, d'une demande d'avis[1] relative à l'obligation vaccinale dans le cadre de la pandémie de COVID-19, portant notamment sur les questions suivantes :

- Quelles sont les enjeux éthiques et sociaux associés à la vaccination obligatoire ?
- Quels sont les arguments à prendre en compte dans l'éventualité d'une telle décision ?

La recevabilité de cette demande d'avis a été actée lors de la réunion plénière du 13 décembre 2021.

[1] Une demande similaire a été également été formulée par Monsieur Pedro Facon, Commissaire Covid-19 du gouvernement, en date du 26 novembre 2021

1. Introduction

Le Comité consultatif de Bioéthique contribue, de par ses avis, depuis plusieurs mois déjà, à l'effort des autorités et des citoyens pour lutter contre la pandémie causée par le SARS-CoV-2 [2]. Cette contribution est axée sur ce qui fait la spécificité et la légitimité particulière du Comité : apporter un « regard éthique » - par définition pluraliste, indépendant et argumenté - sur les enjeux et défis successifs que génère la pandémie, en s'assurant avec vigilance de la prise en compte des valeurs fondamentales de l'éthique et des droits de l'Homme. Par le présent avis, le Comité poursuit cet engagement et apporte sa contribution au débat actuel relatif à la vaccination obligatoire de la population adulte (18 ans et plus) en Belgique. La vaccination obligatoire à destination du personnel du secteur des soins de santé ayant été récemment actée par les autorités et le Comité s'étant déjà exprimé à ce sujet par le passé[3], il n'en sera plus ici question que de façon limitée.

La vaccination obligatoire contre la COVID-19 à l'échelle de la population fait l'objet de vifs débats, y compris à l'étranger[4], actuellement relayés par les médias. En dépit des importantes différences qui existent entre les deux, l'on notera que l'idée même d'une vaccination obligatoire n'est pas neuve en Belgique: la vaccination contre la poliomyélite y est en effet pénalement imposée depuis 1967[5]. La validité de cette obligation vis-à-vis de l'article 8 de la Convention européenne des droits de l'Homme a au demeurant été admise par la jurisprudence belge[6], sur la base de principes qui sont en phase avec ceux que retient, pour sa part, la Cour européenne des droits de l'Homme[7]. Les ressemblances entre obligation vaccinale « polio » et la situation qui nous occupe dans le présent avis s'arrêtent à ce stade :contrairement au vaccin polio, la discussion relative à l'obligation de vaccination contre la COVID-19 concerne avant tout les adultes, qui sont la population la plus touchée par les formes symptomatiques et potentiellement mortelles de la maladie.[8]. On reconnaît classiquement aux adultes le droit de procéder à leur propre évaluation des risques et le droit de prendre des risques pour leur santé, par exemple en refusant un traitement. Cependant, cette liberté peut trouver une limite lorsqu'elle implique un risque pour la santé d'autrui, pour autant que la limitation apportée par la loi à cette liberté apparaisse proportionnée et nécessaire en termes de santé publique.

[2] Par le biais de 3 avis (N° 75, 77 et 78 et d'une recommandation, cf. https://www.health.belgium.be/fr/liste-des-avis).
[3] Comité consultatif de Bioéthique de Belgique. Avis n°64 du 14 décembre 2015 relatif aux aspects éthiques de l'obligation de vacciner, (https://www.health.belgium.be/fr/liste-des-avis).
[4] Notamment en Autriche et en Allemagne.
[5] Cf. l'arrêté royal du 26 octobre 1966 « rendant obligatoire la vaccination antipoliomyélitique », entré en vigueur le 1er Janvier 1967, et l'arrêté ministériel du 27 octobre 1966 « déterminant la nature du vaccin à utiliser dans la vaccination antipoliomyélitique »
[6] Cass., 18 décembre 2013, n° P.13.0708.F. Pour d'avantage de détails, cf. e. a. A.-S. Renson, "La Cour européenne des droits de l'homme examine la vaccination obligatoire au regard du droit au respect de la vie privée », https://www.justice-en-ligne.be/La-Cour-europeenne-des-droits-de-l-1440
[7] Coureur. D.H. (GC), arrêt *Vavřička et autres c. République tchèque* du 8 avril 2021. A ce propos cf.. A.-S. Renson, "La Cour européenne des droits de l'homme examine la vaccination obligatoire au regard du droit au respect de la vie privée », https://www.justice-en-ligne.be/La-Cour-europeenne-des-droits-de-l-1440
[8] Un avis par lettre du Comité consultatif de Bioéthique de Belgique concernant la vaccination des enfants contre la COVID-19 sur une base volontaire est également disponible. https://www.health.belgium.be/fr/liste-des-avis

Outre ces premiers éléments, le Comité observe que le débat actuel intervient dans un contexte marqué par les spécificités suivantes:

- À ce stade, plus de trois quart de la population belge[9] a pu bénéficier d'une vaccination complète selon le schéma initial à deux doses (une dose pour le vaccin Johnson and Johnson). Actuellement, 93% de la population adulte (> 18 ans) est vaccinée en Flandre, 83% en Wallonie,77% dans les cantons de l'est et 71% à Bruxelles. Ce haut taux de vaccination indique l'importance qu'accorde la majorité de la population non seulement à sa propre sécurité mais aussi à celle des autres, ainsi que la confiance dans l'outil de santé publique que représente la vaccination. Selon un rapport de Sciensano, cette couverture vaccinale élevée a permis d'éviter près de 30.000 hospitalisations[10].

- Les vaccins actuels ont démontré leur efficacité dans la gestion de la crise sanitaire, notamment en réduisant significativement le taux d'hospitalisation et celui de la mortalité[11]. En revanche, il a été démontré que l'effet protecteur contre la contamination (infection) et la contagion (transmission) diminue progressivement[12] et qu'une injection de rappel est nécessaire pour maintenir un niveau élevé de protection. En conséquence, les autorités ont ouvert la possibilité de recevoir une troisième dose à l'ensemble de la population adulte.[13] A ce stade, des incertitudes demeurent, quant à la durée de l'effet protecteur de cette injection de rappel. L'effet protecteur ou non du rappel contre les variants émergents, en particulier le variant OMICRON, nécessite des recherches supplémentaires.[14]

- Dans ce contexte évolutif, davantage de recherches et d'expériences cliniques seront nécessaires pour affiner la stratégie vaccinale. Il se pourrait que trois injections procurent une immunité durable (comme dans le cas de l'hépatite B) mais il est aussi possible que des rappels (semi-) annuels soient nécessaires. Si des rappels s'avèrent nécessaires de façon récurrente, il est également possible que l'on se dirige dans l'avenir vers une stratégie vaccinale semblable à celle de la grippe où le rappel n'est administré qu'aux personnes à risque de forme grave de la COVID-19 (dites « personnes à risque » ou « personnes fragiles » dans la suite de ce

[9] Pourcentage calculé en population générale et non uniquement sur les populations actuellement éligibles à la vaccination. https://covid-vaccinatie.be/fr
[10] Catteau L., *et al.* Couverture vaccinale et impact épidémiologique de la campagne de vaccination COVID-19 en Belgique. Données jusqu'au 31 octobre 2021 inclus. Bruxelles, Belgique : Sciensano ; 2021. Numéro de dépôt légal : D/2021/14.440/79.
[11] Chez les plus de 65 ans, le risque d'hospitalisation diminue de plus de 60% et le risque de décéder du COVID-19 après une hospitalisation est 8 fois moins élevé pour les patients entièrement immunisés cf : Impact des vaccins COVID-19 en Belgique. https://www.sciensano.be/fr/coin-presse/impact-des-vaccins-covid-19-en-belgique
[12] Cohn B. A. *et al.*, SARS-CoV-2 vaccine protection and deaths among US veterans during 2021*Science* 2021 (DOI: 10.1126/science.abm0620).
[13] Il existe également des différences entre les vaccins, et une variabilité dans la réponse à la vaccination en fonction de l'âge et du sexe. Ainsi la réponse après vaccination est moins forte chez les personnes immunodéprimées.
[14] Wilhelm A. *et al*. Reduced Neutralization of SARS-CoV-2 Omicron Variant by Vaccine Sera and Monoclonal Antibodies. medRxiv preprint doi: https://doi.org/10.1101/2021.12.07.21267432

document) et au personnel soignant. Il n'existe pas non plus, au stade où s'écrivent ces lignes, de consensus scientifique sur le nombre de doses à administrer après une infection par le virus pour pouvoir considérer que la protection est complète. Ces incertitudes impliquent que le futur de la stratégie vaccinale reste à préciser et à consolider sur la base des données scientifiques les plus pertinentes et qu'il faudra articuler cette stratégie vaccinale avec les autres mesures de lutte contre l'épidémie actuellement disponibles (port du masque, hygiène des mains, télétravail,..) afin de définir plus globalement la stratégie de préservation de la santé publique la plus adéquate.

- Au plan thérapeutique, il ressort d'annonces récentes que de nouvelles possibilités de traitement vont vraisemblablement émerger dans les mois à venir : outre les anticorps monoclonaux déjà utilisés dans le cadre d'une hospitalisation et qui sont très coûteux, deux puissants inhibiteurs du virus (molnupiravir et paxlovid) ont été mis au point, avec la particularité que leur coût devrait être moindre et leurs modalités d'administration plus faciles que celles des anticorps monoclonaux. Si les résultats des essais cliniques se confirment et que ces traitements sont autorisés et remboursés, ils pourraient réduire de manière significative les hospitalisations des personnes présentant un risque de forme grave de COVID-19 et contribuer ainsi à protéger les capacités d'accueil et de soins des hôpitaux. Il conviendra, dans ce cas, que les autorités incluent dans leur politique sanitaire tant le volet préventif que le volet curatif, et articulent ceux-ci selon des modalités adaptées.

Pour finir, de plus en plus de scientifiques avancent que l'immunité de groupe sera très difficile à obtenir et que nous nous dirigeons, probablement, vers un scénario dans lequel le virus pourrait être endémique[15] et où il nous faudra, pour longtemps, « vivre avec le virus ». Ceci représente sans doute un point de bascule dans la façon dont les citoyens comme les autorités ont appréhendé et vécu la situation pandémique depuis mars 2020[16]. Dans ce contexte incertain et à l'heure où émerge un nouveau variant (Omicron) dont les caractéristiques sont à l'étude, **la vaccination constitue, en l'état des connaissances et des interventions disponibles, un élément majeur du dispositif de protection** contre le SARS-CoV2 : la vaccination à grande échelle permet en effet la réduction des formes graves de la COVID-19 (nécessitant une hospitalisation et aboutissant parfois au décès) et contribue à la diminution de la circulation virale.

[15] Monto A. S. The Future of SARS-CoV-2 Vaccination - Lessons from Influenza. N. Engl. J. Med. 2021. 385(20):1825-1827. (DOI: 10.1056/NEJMp2113403).

[16] C'est le 11 mars 2020 que le Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus, Directeur général de l'OMS déclara: " We have therefore made the assessment that COVID-19 can be characterized as a pandemic. Pandemic is not a word to use lightly or carelessly. It's a word that, if misused, can cause unreasonable fear or unjustified acceptance that the fight is over, leading to unnecessary suffering and death. Describing the situation as a pandemic does not change WHO's assessment of the threat posed by the virus. It doesn't change what WHO is doing and it doesn't change what countries should do. We have never before seen a pandemic sparked by a coronavirus. This is the first pandemic caused by a coronavirus and we have never before seen a pandemic that can be controlled at the same time". https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/transcripts/who-audio-emergencies-coronavirus-press-conference-full-and-final-11mar2020.pdf?sfvrsn=cb432bb3_2.

On le voit, la vaccination **doit désormais s'intégrer dans une politique de réduction des risques plus globale, intégrant les court, moyen et long termes. Cette politique globale de réduction des risques doit** nous permettre de « vivre avec le virus » d'une façon qui, pour être acceptable par chacun, présuppose, pour tous, le maintien d'une vie aussi pleine que possible tout en assurant la protection des plus fragiles et en protégeant le fonctionnement de nos services publics, au premier rang desquels les services hospitaliers et l'ensemble des lieux d'accueil et de soin. Cette politique de réduction des risques se base indubitablement tout à la fois sur la vaccination comme sur des stratégies complémentaires.

Il revient aux autorités publiques la responsabilité ardue de clarifier, sur la base des connaissances scientifiques les plus établies possibles dans un contexte extraordinairement mouvant, la stratégie de santé publique globale de lutte contre la pandémie et en son sein la place de la stratégie vaccinale ainsi que ses détails et composantes (calendrier, paramètres de mise en œuvre,…).

C'est en tenant compte de ce contexte complexe, et de cette visée importante que le Comité a souhaité revisiter les considérants éthiques développés au sujet de la vaccination obligatoire dans ses avis passés, afin de formuler des recommandations adaptées à la situation actuelle à destination des autorités publiques comme des citoyens.

2. Rappel des considérations éthiques relatives à la vaccination obligatoire émise par le Comité consultatif de Bioéthique de Belgique et actualisation commentée

Le Comité a eu l'occasion de se pencher à plusieurs reprises sur cette question importante qui semble opposer deux valeurs fondamentales en éthique: le respect de la liberté individuelle et la solidarité. Ses travaux, menés en 2009, 2015 et 2020, lui ont permis d'approfondir les enjeux que génère cette question, à la fois *in tempore non suspecto* (avant la pandémie actuelle)[17] mais aussi au cours de la première année de celle-ci (pour l'avis 75, rendu en décembre 2020[18]). Les considérations éthiques qu'il a été amené à développer au fil de ses avis sont ici présentées (de façon synthétique) et commentées à l'aune du contexte actuel.

2.1 De la protection vaccinale comme patrimoine commun et de la solidarité comme valeur

Dans ses avis antérieurs, le Comité considère que l'immunité acquise au sein de la population constitue « une sorte de bien commun qui :

- assure la protection des individus [fragiles], ceux qui n'ont pu être vaccinés et ceux qui n'ont pas pu produire suffisamment de défense (…) ;
- contribue à la réduction des inégalités sociales (pour les personnes qui n'ont pas eu accès aux vaccins): la circulation de l'agent infectieux est tellement entravée que la probabilité pour un individu sensible d'être contaminé est très réduite ;
- permet d'éviter des dépenses plus importantes qui seraient nécessaires si une épidémie se déclarait ».[19]

Il rappelle que l'immunité collective implique que la couverture vaccinale soit très élevée (au minimum entre 70 et 95 %), que ce taux soit atteint au sein de tous les sous-groupes de population et que le patrimoine d'immunité partagé soit entretenu pour que l'effet persiste[20].

[17] L'avis n°48 du 30 mars 2009 relatif au plan opérationnel belge « pandémie influenza » visait à émettre un avis éthique sur le Plan Pandémie Influenza élaboré par les autorités. L'avis n°64 du 14 décembre 2015 relatif aux aspects éthiques de l'obligation de vacciner visait à répondre à plusieurs questions concernant la vaccination obligatoire et notamment "si il est éthiquement justifié que les autorités rendent obligatoires certaines vaccinations ?". L'avis du 11 décembre 2020 visait à identifier les repères éthiques à prendre en vue du déploiement de la vaccination anti-COVID-19 au bénéfice de la population belge.
[18] Comité consultatif de Bioéthique de Belgique. Avis n°75 du 11 décembre 2020 relatif aux repères éthiques en vue du déploiement de la vaccination anti-COVID-19 au bénéfice de la population belge, p14. (https://www.health.belgium.be/fr/liste-des-avis).
[19] Comité consultatif de Bioéthique de Belgique. Avis n°64 du 14 décembre 2015 relatif aux aspects éthiques de l'obligation de vacciner, p10. (https://www.health.belgium.be/fr/liste-des-avis).
[20] Comité consultatif de Bioéthique de Belgique. Avis n°64 du 14 décembre 2015 relatif aux aspects éthiques de l'obligation de vacciner, p10. (https://www.health.belgium.be/fr/liste-des-avis).

Le Comité a néanmoins rappelé que la vaccination obligatoire peut même être recommandée sans pour autant viser l'immunité (collective) de la population[21], sur la base du principe de non-nuisance et dans une optique de réduction des risques ou dommages, en particulier pour la santé des personnes les plus fragiles.[22]

Le Comité note que les maladies dont la vaccination devrait idéalement couvrir tous les individus pour atteindre une immunité à l'échelle de la population « mais qui ne constituent pas une menace significative pour une partie des personnes vaccinées qui n'ont dès lors pas d'avantage substantiel à se faire vacciner, représentent un problème sur lequel il est plus difficile de statuer. (…) Si dans ces cas, tout le monde se basait sur son propre intérêt, la prévention n'aurait que peu, voire pas, de chance de réussite ».[23]

Eu égard au contexte actuel, le Comité estime que ces considérations sont toujours valides et que la protection collective que confère la vaccination est un patrimoine commun (ou un bien commun) qu'il convient, pour les autorités, de faire advenir, de soutenir et de maximiser en vertu du principe éthique de bienfaisance. Le fait que l'immunité collective puisse, dans certaines circonstances épidémiologiques, être hors d'atteinte ou que la protection vaccinale ne soit pas absolue ne périme pas la validité de cette considération dès lors que le recours à une stratégie vaccinale à l'échelle de la population demeure scientifiquement établi et pertinent. Par la diminution des risques de formes graves de la maladie et des décès, et par la réduction de la circulation virale (limitant ainsi, au moins partiellement, le risque d'émergence de nouveaux variants), la vaccination permet de préserver les capacités hospitalières et de soins au bénéfice de tous. Partant de ce constat, les efforts des autorités pour constituer et protéger ce patrimoine commun de protection doivent être encouragés. Dans le cadre d'une pandémie en cours, toute abstention ou limitation de l'action des autorités en ce sens doit être évaluée au regard du principe de non-malfaisance et des conséquences concrètes qu'entrainerait cette limitation ou abstention dans l'action de santé publique. Ces conséquences peuvent concerner négativement et très directement les personnes dites à risque ainsi que les patients qui voient leurs soins reportés dans un contexte de surcharge hospitalière. Elles concernent aussi la communauté dans son ensemble, compte tenu de ce que la charge financière de l'épidémie est difficilement absorbable par un système de santé publique aux ressources limitées et qu'elle dépasse en outre le seul système de santé pour s'étendre aux autres secteurs d'activités de la société.[24] [25]

Le Comité observe aussi que par elle-même, la notion de patrimoine commun de protection implique une forme de solidarité : « tous ne tomberont pas malades mais tous peuvent contribuer à la

[21] Comité consultatif de Bioéthique de Belgique. Avis n°64 du 14 décembre 2015 relatif aux aspects éthiques de l'obligation de vacciner, p39. (https://www.health.belgium.be/fr/liste-des-avis).
[22] Comité consultatif de Bioéthique de Belgique. Avis n°64 du 14 décembre 2015 relatif aux aspects éthiques de l'obligation de vacciner, p10. (https://www.health.belgium.be/fr/liste-des-avis).
[23] Comité consultatif de Bioéthique de Belgique. Avis n°64 du 14 décembre 2015 relatif aux aspects éthiques de l'obligation de vacciner, p39. (https://www.health.belgium.be/fr/liste-des-avis).
[24] https://www.inami.fgov.be/fr/covid19/Pages/mutualites.aspx
[25] https://economie.fgov.be/fr/themes/entreprises/coronavirus/impact-economique-du

protection ». Contrairement à la stratégie qui consiste à « laisser faire le virus »[26], le recours à la vaccination est une façon sécurisée et solidaire de contribuer à la constitution et au maintien de ce patrimoine commun de protection, sans préjudice de stratégies de protection complémentaires (port du masque, respect des gestes barrières, télétravail,…).

Ainsi que l'indique l'Institut fédéral pour la protection et la promotion des droits humains dans un avis récent :« Bien que les droits humains s'adressent principalement aux pouvoirs publics, les citoyens d'une société démocratique ont également une certaine responsabilité dans la protection des droits humains de leurs semblables. En se faisant vacciner, ils contribuent à la protection du droit à la vie et du droit à la santé d'autres personnes. Le gouvernement peut décider de rendre cette responsabilité sociale partagée – la « solidarité sociale » – juridiquement contraignante, à condition de respecter les principes de proportionnalité et de légalité »[27].

2.2 Balance « bénéfices/risques »

Le Comité a souligné, par le passé, que « certaines vaccinations peuvent occasionner, dans de rares cas, des effets secondaires graves. On pourrait en conclure qu'il n'est dès lors pas justifié d'administrer ces vaccins. Cependant, des complications analogues peuvent être observées chez les personnes qui développent la maladie avec une fréquence (…) supérieure à celle qui suit l'administration du vaccin. Toutefois, même si le risque lié à la vaccination est faible, il n'est jamais certain que les personnes non vaccinées contracteront la maladie et donc seront exposées au risque nettement supérieur. (…) La fréquence beaucoup plus élevée des complications dues à la maladie est un facteur décisif dans cette évaluation pour vacciner quand même »[28].

Dans son avis n°75 rendu en décembre 2020, le Comité avait attiré l'attention sur le fait que le recours à la vaccination obligatoire nécessite « qu'aucun événement nouveau n'est venu imposer une révision importante de la balance bénéfices-risques ayant permis l'approbation des vaccins par l'autorité réglementaire compétente ».[29] Cette exigence reste entièrement valable et légitime, et il revient aux autorités, de s'en assurer en s'appuyant sur l'AFMPS[30] et sur les rapports du Comité

[26] Stratégie discutée dans la section 1 de l'avis n°75 du 11 décembre 2020 relatif aux repères éthiques en vue du déploiement de la vaccination anti-COVID-19 au bénéfice de la population belge, (https://www.health.belgium.be/fr/liste-des-avis).
[27] « Vaccination obligatoire, Covid Safe Ticket et droits humains » , Avis n° 6/2021 du 7/12/2021de l'Institut fédéral pour la protection et la promotion des droits humains https://www.institutfederaldroitshumains.be/file/cc73d96153bbd5448a56f19d925d05b1379c7f21/511ff00f16fff0a90d3f53b2023a9fabf4164b4f/lire-l-avis-sur-la-vaccination-obligatoire.pdf
[28] Comité consultatif de Bioéthique de Belgique. Avis n°64 du 14 décembre 2015 relatif aux aspects éthiques de l'obligation de vacciner, p11. (https://www.health.belgium.be/fr/liste-des-avis).
[29] Comité consultatif de Bioéthique de Belgique. Avis n°75 du 11 décembre 2020 relatif aux repères éthiques en vue du déploiement de la vaccination anti-COVID-19 au bénéfice de la population belge, p.14. (https://www.health.belgium.be/fr/liste-des-avis).
[30] https://www.afmps.be/fr/effet_indesirable

d'évaluation des risques en matière de pharmacovigilance (PRAC)[31] de l'Agence européenne des médicaments (EMA) ainsi que sur les évaluations du Conseil Supérieur de la Santé.

2.3 Degrés de contrainte associés à la vaccination et conséquences du refus de vaccination

Le Comité a rappelé dans ses considérations passées que, dans le domaine de la santé publique et de la médecine préventive, le caractère contraignant des politiques de vaccination peut varier. Ceci est illustré par l'échelle établie par le *Nuffield Council on Bioethics* dans son rapport de référence sur les questions éthiques en santé publique[32] : cette échelle va de la vaccination obligatoire au libre choix absolu des personnes concernées de se faire ou non vacciner sans essayer d'influencer ce choix, en passant par la vaccination facultative avec incitation.[33]

Le Comité note que « différents choix se présentent (…) en fonction du type d'organisation de la société (…) » et que « (l)es démocraties occidentales accordent de l'importance au respect de l'intégrité physique de la personne, une position qui se traduit par la condition de consentement éclairé (*informed consent*), qui est étroitement liée à l'intégrité dont il est question (…) dans le cas d'une vaccination obligatoire. Toutefois, ce principe n'est pas absolu. Dans certaines circonstances, il peut être nécessaire de rendre une vaccination obligatoire afin de prévenir un risque imminent de maladie grave »[34].

Ainsi, l'encouragement à la vaccination (sur une base volontaire donc) que portent les autorités publiques depuis de nombreux mois est tout à la fois le signe de leur implication dans la mise en place d'une protection individuelle et collective contre le coronavirus et la marque de l'importance qu'elles accordent à la liberté individuelle comme valeur. Le Comité estime qu'il est légitime que cet équilibre puisse être revisité s'il s'avère insuffisant à protéger les plus fragiles, qui ne sont pas uniquement les personnes à risques de formes graves de COVID-19 (en ce compris les personnes ne pouvant être vaccinées pour des raisons médicales) ou les personnes que la précarité met à distance des services de soins mais aussi l'ensemble des patients qui voient leurs soins reportés, ou qui ne peuvent être pris en charge adéquatement pas les services de soins du fait de la pandémie.

Si le principe d'une vaccination obligatoire est retenu, il convient de souligner l'attention que porte le Comité à la proportionnalité entre l'objectif poursuivi et les moyens d'y pourvoir. Ceci renvoie tant au principe éthique de justice qu'au critère juridique d'évaluation en matière de limitations apportées aux droits et libertés.

---

[31] https://www.ema.europa.eu/en/news/meeting-highlights-pharmacovigilance-risk-assessment-committee-prac-29-november-2-december-2021

[32] "Public Health: Ethical Issues",2007, https://www.nuffieldbioethics.org/publications/public-health

[33] Comité consultatif de Bioéthique de Belgique. Avis n°64 du 14 décembre 2015 relatif aux aspects éthiques de l'obligation de vacciner, p33. (https://www.health.belgium.be/fr/liste-des-avis).

[34] Comité consultatif de Bioéthique de Belgique. Avis n°64 du 14 décembre 2015 relatif aux aspects éthiques de l'obligation de vacciner, p32 et 33. (https://www.health.belgium.be/fr/liste-des-avis).

Dans la même perspective, le refus persistant de se faire vacciner ne peut avoir pour conséquence le refus de soin par le personnel soignant. Le Comité souhaite ici rappeler ses considérants déjà développés dans sa Recommandation du 21 décembre 2020[35] concernant la priorisation des soins en période de COVID-19 : « Le respect du principe d'égalité commande d'exclure les critères qui évaluent le mérite ou la responsabilité personnels. Les soins de santé ne sont pas le lieu approprié pour récompenser ou punir les choix personnels. Les comportements à risque qui peuvent entraîner une infection ou la propagation de la COVID-19 ne peuvent donc pas conduire à une exclusion des soins. (…) ».

Si l'engorgement des hôpitaux est l'une des conséquences dramatiques des vagues successives de la pandémie, le Comité rappelle que la situation de tension (pénurie de lits et de mains d'œuvre) trouve aussi ses racines structurelles dans un manque de reconnaissance et de valorisation des métiers du soin.[36] Le Comité estime du devoir des autorités de prendre toutes les mesures nécessaires pour que les équipes de soins ne soient pas placées dans des situations de dilemmes éthiques vis-à-vis de patients nécessitant des prises en charge lourdes et urgentes, que ces prises en charge soient rendues nécessaires par le virus ou par une autre pathologie. Toujours concernant l'accès aux soins en période de pandémie, le Comité rappelle que, dans son avis n°77 relatif à la mise en place d'un « pass corona », il a bien précisé que le pass corona ne pouvait jamais être utilisé « pour régler l'accès (…) aux hôpitaux (en ce qui concerne les patients) »[37].

Le Comité estime également que la vaccination obligatoire, si elle s'avère nécessaire et est retenue par les autorités, doit être un choix énoncé de façon transparente par les autorités et non dissimulé par des stratégies visant, par exemple, à utiliser d'autres outils de réduction de risques (comme le Covid Safe Ticket) pour, dans les faits, contraindre les non vaccinés à se faire vacciner. S'il est acceptable d'utiliser des moyens pour inciter (ou *nudging*) les personnes à se faire vacciner (comme le confirme l'échelle établie par le *Nuffield Council on Bioethics*)[38], il est beaucoup plus contestable, au plan éthique, de configurer ces dispositifs de *nudging* d'une telle façon qu'ils aboutissent à une obligation masquée. Le Comité rappelle (toujours dans son avis 77) que « cette mesure transitoire (…) ne peut avoir pour fonction de rendre, par des voies détournées, la vaccination obligatoire »[39]. Ainsi, la décision de réduire les moyens d'obtenir le pass corona (ou Covid Safe Ticket) (par exemple

[35] Comité consultatif de Bioéthique de Belgique. « Aspects éthiques relatifs à la priorisation des soins en période de COVID-19 ». Recommandation du 21 décembre 2020 du Comité consultatif de Bioéthique de Belgique à laquelle adhèrent l'Ordre des médecins et le Conseil supérieur de la Santé. (https://www.health.belgium.be/fr/liste-des-avis).
[36] Comité consultatif de Bioéthique de Belgique. Avis n° 78 du 9 juin 2021 1 concernant l'égalité de traitement et l'autonomie des personnes résidant en 3 maison de repos en contexte de pandémie (de) COVID-19, p.23 (https://www.health.belgium.be/fr/liste-des-avis).
[37] Comité consultatif de Bioéthique de Belgique. Avis n°77 du 10 mai 2021 relatif aux considérations éthiques et sociétales liées à la mise en place d'un « pass corona » et d'autres mesures transitoires d'assouplissement des contraintes sanitaires, p.43 (https://www.health.belgium.be/fr/liste-des-avis).
[38] Public Health: Ethical Issues",2007, https://www.nuffieldbioethics.org/publications/public-health
[39] Comité consultatif de Bioéthique de Belgique. Avis n°77 du 10 mai 2021 relatif aux considérations éthiques et sociétales liées à la mise en place d'un « pass corona » et d'autres mesures transitoires d'assouplissement des contraintes sanitaires, p49 (https://www.health.belgium.be/fr/liste-des-avis).

en ne permettant plus aux détenteurs de tests ou d'un certificat de rétablissement d'y accéder) ne peut reposer que sur des motifs scientifiques démontrant que l'un des trois moyens d'obtenir le pass/CST ne permet pas de s'assurer d'un profil de risque abaissé chez celui qui s'en prévaut et non sur l'objectif de contraindre, par des moyens détournés, la population à se faire vacciner. Pour finir, il convient de souligner que, dans la mesure où l'immunité diminue progressivement (en tout cas dans le schéma de vaccination à deux doses), le corona pass (ou CST ou pass sanitaire) peut donner un faux sentiment de sécurité, ce qui peut entraîner des conséquences graves pour les personnes fragiles. Ce constat vaut également pour l'aidant vacciné qui peut redevenir contagieux après un certain temps. Le Comité invite les autorités à s'assurer que, sur la base de ces nouvelles données, l'utilisation actuelle du CST ne risque pas de porter indirectement atteinte à la santé des citoyens.

2.4 Fiabilité scientifique, faisabilité pratique et conséquences éthiques de la vaccination obligatoire selon l'étendue de l'obligation des groupes concernés

Dans le contexte scientifique hautement incertain décrit dans l'introduction de cet avis, le Comité estime utile de rappeler que toute stratégie vaccinale, obligatoire ou non, doit reposer sur une base scientifique étayée et intégrer l'assurance de sa faisabilité: que la stratégie concernée vise l'entièreté de la population ou seulement une partie, « il s'agit de pouvoir assurer la mise en œuvre de la vaccination parce que les moyens financiers sont disponibles et que l'organisation permet d'atteindre les différents groupes de populations ».[40]

Outre que le schéma vaccinal demande à être précisé (cf. l'introduction), le Comité observe que dans le cadre d'une pathologie causée par un virus émergent, la définition des groupes cibles sur lesquels doit reposer la stratégie vaccinale peut prendre davantage de temps que pour d'autres pathologies, car l'ensemble des facteurs de vulnérabilité à la maladie, ainsi que les réservoirs de transmission peuvent ne pas encore être, tous, totalement identifiés.

Au-delà des enjeux médicaux et épidémiologiques, il convient également de tenir compte des conséquences éthiques et pratiques qui découlent de la définition des groupes cibles. Ainsi, ces conséquences éthiques et pratiques ne sont-elles pas identiques selon que l'obligation vaccinale s'impose à une population entière (ici les adultes à partir de18 ans) ou à un groupe en particulier.

Là où l'obligation vaccinale générale (hormis, bien sûr, les situations de contre-indications médicales) est à la fois un facteur de contrainte mais aussi d'égalité, les conséquences relatives à une obligation vaccinale limitée à des groupes de populations doivent être évaluées au cas par cas.

Ainsi la vaccination obligatoire du personnel soignant repose-t-elle sur la particularité de ces fonctions et métiers, qui mettent les personnels du secteur des soins de santé au contact de personnes malades (et donc fragiles), d'une part et d'autre part, sur la nécessité de ne pas faire encourir à ces personnes déjà fragilisées un risque supplémentaire (et évitable) dans le cadre de leur prise en charge. Ceci est conforme au principe de non-malfaisance[41]. Pour autant, et sans que cela remette en cause le fondement éthique de cette obligation de vaccination à destination des soignants, il importe que sa mise en œuvre ne conduise pas, dans les faits, à désorganiser à ce point les services de soins que l'effet escompté, à savoir une meilleure protection des patients, soit complètement annulé. Ceci porterait en effet atteinte à un autre principe éthique important, le principe de minimisation des risques et de maximisation des bénéfices. Pour cette raison, il convient que les autorités s'assurent au préalable des conditions nécessaires à la mise en œuvre de cette obligation vaccinale ciblée et, le cas échéant, y remédient par les moyens les plus adaptés.

[40] Comité consultatif de Bioéthique de Belgique. Avis n°64 du 14 décembre 2015 relatif aux aspects éthiques de l'obligation de vacciner, p 9. (https://www.health.belgium.be/fr/liste-des-avis).
[41] Un autre argument éthique valable soutenant la vaccination obligatoire des personnels du secteur des soins de santé est le souci de préserver la santé des personnels du secteur de soin et la capacité de réponse sanitaire dans un contexte épidémique

La vaccination obligatoire des « groupes à risque » (personnes âgées, personnes présentant des comorbidités,..), si elle peut reposer sur un raisonnement médical tout à fait sensé, génère aussi des risques au plan éthique : outre que l'identification de ces personnes selon des catégories définies « a priori » n'est pas sans difficultés au plan scientifique et médical (en effet, certains facteurs de risque, notamment génétiques, ne sont pas encore connus), elle pose aussi des enjeux en termes de confidentialité et d'évolution du système de soins vers un modèle assurantiel. Dans ce système de type « assurantiel », la solidarité n'est pas acquise d'emblée comme dans le modèle de la sécurité sociale, mais repose sur un certain nombre de conditions préalables qui seraient, dans le cas qui nous occupe, celui de s'être soumis à la vaccination obligatoire. Le Comité met en garde contre ce type d'évolution qui conditionne la solidarité à « un ticket d'entrée ».

2.5 Informer, mais aussi construire un lien de confiance avec la population

Le Comité insiste : « toute mesure prise par les autorités publiques en santé doit être comprise par le public auquel elle s'adresse».[42]

Dans le cadre de la présente pandémie, le Comité a rappelé «que l'information en santé publique est avant tout un devoir démocratique, qui vaut « en soi » et presque indépendamment de ses effets sur la confiance envers la vaccination (…) l'explication des faits, dans un format pédagogiquement adapté, demeure un impératif éthique et démocratique, que doivent assumer les autorités publiques».[43]

L'acceptabilité de la vaccination (volontaire ou obligatoire) comme intervention de santé publique, note le Comité, dépend de plusieurs facteurs qui concernent :

- la perception de l'utilité de ce recours à la vaccination (*complacency*), en ce compris la priorité que les citoyens accordent à la lutte contre le pathogène considéré par rapport à d'autres besoins en santé[44] ;
- de la commodité (*convenience*) de cette intervention de santé publique (l'accès en est-il facilité ? les ressources en termes de vaccins et de lieux de vaccination sont-elles suffisantes ?)[45] ;
- de la confiance (*confidence*) tout à la fois envers :
    - la sécurité et l'efficacité du produit ;
    - la compétence, les motivations et l'exemplarité des professionnels de santé qui l'administrent ;

[42] Comité consultatif de Bioéthique de Belgique. Avis n°64 du 14 décembre 2015 relatif aux aspects éthiques de l'obligation de vacciner, p14. (https://www.health.belgium.be/fr/liste-des-avis).
[43] Comité consultatif de Bioéthique de Belgique. Avis n°75 du 11 décembre 2020 relatif aux repères éthiques en vue du déploiement de la vaccination anti-COVID-19 au bénéfice de la population belge, p.27 et 28. (https://www.health.belgium.be/fr/liste-des-avis).
[44] Comité consultatif de Bioéthique de Belgique. Avis n°64 du 14 décembre 2015 relatif aux aspects éthiques de l'obligation de vacciner, p 15. (https://www.health.belgium.be/fr/liste-des-avis).
[45] Comité consultatif de Bioéthique de Belgique. Avis n°64 du 14 décembre 2015 relatif aux aspects éthiques de l'obligation de vacciner, p18. (https://www.health.belgium.be/fr/liste-des-avis).

- le bien-fondé des décisions des autorités publiques qui fixent les règles et les calendriers de la vaccination.[46]

Dans le cas d'un programme de vaccination soutenu - ou imposé – par l'autorité publique, « il est essentiel que celle-ci garantisse des informations claires et justes, présentée de façon compréhensible et adaptée, qui expliquent l'utilité d'une vaccination déterminée et ses éventuelles conséquences négatives. Il importe également de veiller à ce qu'elle soit exempte de toute influence commerciale ».[47]

Sans nier l'impact, désormais bien connu, du phénomène des « *fake news* » et de « l'infodémie » dans nos sociétés, le Comité demande aux autorités de mettre tout en œuvre pour assurer la confiance et pour permettre à la campagne de vaccination , qu'elle se poursuive sur une base volontaire ou obligatoire, de se dérouler dans un climat serein.[48]

Le Comité rappelle qu'à l'occasion de la présente pandémie, il a demandé que l'étendue de la couverture vaccinale fasse l'objet « au préalable d'une discussion sociétale large et transparente, dont la forme est laissée à l'appréciation des autorités publiques », en lien avec le caractère libre ou obligatoire de la vaccination anti-COVID-19. Cette discussion doit « permettre aux citoyens de s'approprier les différents scénarios envisageables et les retombées concrètes associées à chacun d'eux ».[49] Le débat parlementaire est bien évidemment l'une des façons légitimes de conduire cette discussion.

2.6 Responsabilité de l'Etat et vaccination obligatoire

Le Comité souligne qu'« il n'existe aucun acte médical dénué de risque. C'est la raison pour laquelle il convient de mettre en balance les avantages d'une vaccination déterminée et les risques éventuels susceptibles d'en découler. Cette évaluation est encore plus importante en fonction de la nature des interventions de l'Etat concernant les vaccinations (…) ».[50]

« Lorsque l'autorité publique impose ou recommande fortement une vaccination, [elle] devrait également réparer les dommages causés par ses effets indésirables éventuels ».[51] Le mécanisme d'indemnisation, dans les détails desquels il n'appartient pas au Comité d'entrer, doit être efficient et dans la mesure du possible, rapide.

[46] Comité consultatif de Bioéthique de Belgique. Avis n°64 du 14 décembre 2015 relatif aux aspects éthiques de l'obligation de vacciner, p18. (https://www.health.belgium.be/fr/liste-des-avis).
[47] Comité consultatif de Bioéthique de Belgique. Avis n°64 du 14 décembre 2015 relatif aux aspects éthiques de l'obligation de vacciner, p35. (https://www.health.belgium.be/fr/liste-des-avis).
[48] Une littérature abondante a été produite dans le champ des sciences sociales ces 10 dernières années sur ce sujet
[49] Comité consultatif de Bioéthique de Belgique. Avis n°75 du 11 décembre 2020 relatif aux repères éthiques en vue du déploiement de la vaccination anti-COVID-19 au bénéfice de la population belge, p14. (https://www.health.belgium.be/fr/liste-des-avis).
[50] Comité consultatif de Bioéthique de Belgique. Avis n°64 du 14 décembre 2015 relatif aux aspects éthiques de l'obligation de vacciner, p35. (https://www.health.belgium.be/fr/liste-des-avis).
[51] Comité consultatif de Bioéthique de Belgique. Avis n°64 du 14 décembre 2015 relatif aux aspects éthiques de l'obligation de vacciner, p35. (https://www.health.belgium.be/fr/liste-des-avis).

Si l'autorité publique décide d'imposer une obligation vaccinale contre la COVID-19, il est évidemment nécessaire qu'elle veille à le faire dans le cadre d'une loi et que cette obligation soit accompagnée de sanctions appropriées et équitables (voir le point 3) et des conditions d'indemnisation.

3. Recommandations relatives à la vaccination obligatoire et conclusions

Le Comité observe avec préoccupation la polarisation croissante de la société en lien avec la pandémie et ses conséquences. Les restrictions dans notre vie quotidienne et relationnelle, l'incertitude au long cours, l'inquiétude face à l'avenir, sont autant de facteurs qui, depuis presque deux ans éprouvent notre capacité à vivre ensemble et nous fragilisent, à titre individuel et collectif. Le Comité est conscient de ce que cette période impose aux citoyens en termes de capacités d'adaptation et de civisme. Il est également conscient de la tâche extraordinairement complexe qu'assument les autorités publiques qui doivent, sans cesse, anticiper et gouverner sur la base d'informations parcellaires et mouvantes.
Il apparaît important, dans ce contexte, que des balises claires, concrètes, puissent être données au plan éthique quant au sens des actions qui sont - ou qui pourraient être - prises afin de répondre à la situation pandémique qui est la nôtre. C'est à cette tâche que le Comité s'est attelé au sujet de l'obligation vaccinale à l'échelle de la population adulte (18 ans et plus).

Outre l'incertitude liée au contexte décrit dans l'introduction, le Comité tient à souligner que le recours à l'obligation vaccinale ne peut en aucun cas être improvisé dans l'urgence, ce qui exclut qu'il puisse être mis en œuvre pour lutter contre l'actuelle « quatrième vague » de l'épidémie en cours dans notre pays au moment où s'écrivent ces lignes.

1. Le recours à la vaccination obligatoire à l'échelle de la population adulte (excepté les contre-indications médicales) est éthiquement acceptable afin de préserver l'intérêt public et celui des personnes fragiles si et seulement si certaines conditions (décrites ci-dessous) sont réunies (voir point 2).

La liberté individuelle est l'une de nos valeurs fondamentales. Une limitation ne peut y être apportée que si cette limitation est nécessaire pour préserver l'intérêt public (par exemple en préservant le fonctionnement des services de soins) et la santé des personnes, en ce compris les personnes à risque et celles qui sont en attente de soins pour des pathologies autres que la COVID-19. Lorsqu'elle est décidée à l'échelle d'une population dans son ensemble (par exemple, toutes les personnes majeures), elle constitue à la fois un facteur de contrainte mais aussi d'égalité.

Le Comité considère que la mise en œuvre de la vaccination obligatoire à l'aune de la population adulte (18 ans et plus) peut être éthiquement justifiée même dans l'hypothèse où l'immunité collective n'est pas atteignable dès lors qu'elle s'avère nécessaire pour mettre en place une **politique de réduction des risques à court, moyen et long termes** (dans la limite de ce qui est humainement anticipable dans un contexte extrêmement évolutif) qui nous permette de «vivre avec le virus » d'une

façon sécurisée (autant que possible) et tenable[52] sur le long terme. Il s'agit, dans ce cas, de faire prévaloir la solidarité sur la liberté individuelle en raison du bénéfice sanitaire essentiel attendu en termes de réduction des risques pour la communauté dans son ensemble et pour les catégories de population les plus fragiles dans un contexte de pandémie. Cette réduction des risques concerne à la fois :

- le risque de formes graves de la COVID-19, qui requièrent une hospitalisation, souvent aux soins intensifs, éprouvante pour les patients comme leur famille. Ces hospitalisations, lorsqu'elles ne débouchent pas sur le décès du patient[53], impliquent souvent une longue revalidation, rendue nécessaire en raison de l'agressivité des soins en phase critique ;
- le risque pour les équipes soignantes, lorsque le nombre de patients hospitalisés pour forme grave s'accroît sans discontinuer, de devoir faire face à des dilemmes éthiques relatifs à la priorisation des soins (ou triage), qui constituent un facteur majeur de stress moral dans le chef des équipes de soins, comme rappelé, au début de la pandémie, par le Comité[54] ;
- les risques associés à la très grande difficulté que rencontre la médecine de première ligne (médecins généralistes, maisons médicales, maisons de retraite et de soins …) pour continuer à fournir des soins de qualité dans un climat de surcharge et d'épuisement généralisés ;
- les risques associés à une circulation rapide et intense du virus, qui constitue un danger accru non seulement pour les personnes fragiles (davantage susceptibles de rencontrer le virus) mais aussi pour la collectivité dans son ensemble, eu égard à l'émergence possible de variants.

Il est essentiel de s'assurer que le résultat escompté (en terme de réduction des risques) contribue directement à préserver l'intérêt public et la santé des personnes, en particulier celle des plus fragiles dans notre société.

A contrario, ne pas recourir à la vaccination obligatoire des adultes à l'aune de la population doit être évalué au regard des conséquences qu'impliquerait cette abstention pour la gestion des différents risques exposés ci-avant.

[52] ce que ne sont pas les mesures de *lockdown* qui, pour ,nécessaires qu'elles soient à certains moments, ne peuvent être maintenues trop longtemps.
[53] En date du 4 décembre 27167 décès liés à la COVID-19 ont été comptabilisés en Belgique.
[54] Comité consultatif de Bioéthique de Belgique. « Aspects éthiques relatifs à la priorisation des soins en période de COVID-19 ». Recommandation du 21 décembre 2020 du Comité consultatif de Bioéthique de Belgique à laquelle adhèrent l'Ordre des médecins et le Conseil supérieur de la Santé. (https://www.health.belgium.be/fr/liste-des-avis).

2. Conditions à rencontrer avant et au cours de la mise en œuvre d'une vaccination obligatoire à l'échelle de la population des plus de 18 ans :

Selon le Comité, il est nécessaire :

a) de lever les incertitudes scientifiques et pratiques relatives à la stratégie vaccinale, en s'appuyant sur un consensus scientifique suffisant concernant :

(i) la protection que confèrent les vaccins existants contre le(s) variant(s) en cours de circulation (actuellement Delta, bientôt Omicron) ;

(ii) le schéma vaccinal à définir en tenant compte de la durée de la protection conférée par la vaccination ;

(iii) les groupes cibles : le Comité rappelle qu'il n'est pas favorable à ce que la vaccination obligatoire ne concerne que les personnes fragiles, pour des raisons de solidarité: la protection des plus fragiles doit en effet reposer sur une solidarité collective, elle-même associée à la responsabilité partagée de lutter contre le virus. Si le schéma vaccinal devait évoluer vers une vaccination à destination des seuls publics à risque (fragiles), le Comité recommande que cette vaccination reste volontaire (comme l'est celle de la grippe) ;

(iv) la façon dont cette stratégie vaccinale s'articule avec les autres mesures de santé publique, à la fois sur le plan préventif et curatif (si les options thérapeutiques deviennent plus nombreuses et largement disponibles dans le cadre du soin).

b) de s'assurer **« qu'aucun événement nouveau n'est venu imposer une révision importante de la balance bénéfices-risques ayant permis l'approbation des vaccins par l'autorité réglementaire compétente »**[55] et cela pour l'ensemble des populations concernées.

c) que les autorités, si elles estiment justifié le recours à la vaccination obligatoire, le fassent de façon transparente et non en s'appuyant sur des moyens détournés. Le Comité rappelle ainsi que le CST ne peut en aucun cas être utilisé dans l'optique d'obliger, de façon détournée, à la vaccination. Le Comité **invite par surcroît les autorités à réexaminer les conditions d'application actuelle du CST au regard des nouvelles**

[55] Comité consultatif de Bioéthique de Belgique. Avis n°75 du 11 décembre 2020 relatif aux repères éthiques en vue du déploiement de la vaccination anti-COVID-19 au bénéfice de la population belge, p.14. (https://www.health.belgium.be/fr/liste-des-avis).

données scientifiques disponibles, afin que l'utilisation de cet outil, qui vise à permettre des activités de socialisation dans un contexte où les risques sont réduits, ne conduise pas à créer une impression trompeuse de risque réduit lorsque ce n'est, en fait, plus le cas.

d) de s'assurer de la **faisabilité de la mise en œuvre (calendrier, logistique) et de l'articulation avec les éventuelles campagnes de vaccination déjà en cours sur une base volontaire.**

e) de mettre à la disposition du public ces différents éléments par les moyens de communication appropriés afin de permettre le débat public. En effet, il importe que chacun puisse comprendre :

- pourquoi le recours à la vaccination obligatoire est envisagé, et en quoi le recours à la vaccination volontaire est insuffisant à assurer la préservation de l'intérêt public et des personnes fragiles ;
- les conséquences concrètes associées (pour ce qui est prévisible et modélisable) au fait de recourir à la vaccination obligatoire ou, au contraire, de ne pas y recourir en termes de protection individuelle pour les citoyens, d'engorgement des hôpitaux et de stress pour les équipes soignantes, mais aussi en termes de diminution de circulation du virus et de limitation de nouveaux variants pour l'ensemble de la population ;
- l'horizon temporel dans lequel s'inscrit cette décision : quand rentrera en vigueur la vaccination obligatoire ? Le schéma vaccinal (qui peut comporter plusieurs doses) devra-t-il être réalisé une seule fois ou pourrait-on être amené à le répéter plusieurs fois ?
- dans quelles circonstances le certificat de vaccination sera-t-il demandé et qui pourra légitimement procéder à la vérification de son obtention (voir ci-dessous)
- les sanctions qui seront susceptibles de s'appliquer (voir ci-dessous).

f) de prévoir un cadre légal adapté et de soumettre celui-ci au débat parlementaire. Ce cadre légal doit notamment exposer clairement :

- comment et par quelle autorité le certificat de vaccination est-il délivré, dans quelles circonstances la preuve de son obtention peut-elle être demandée et qui peut légitimement procéder à la vérification de son obtention.
- les sanctions en cas de refus persistant (et non motivé par une contre-indication médicale) de se soumettre à l'obligation de vaccination. Le Comité tient à

souligner que seules des mesures proportionnées et équitables permettront de conserver un équilibre entre les droits et valeurs en présence. Le Comité souligne l'importance de définir un régime de sanction qui ne permette pas qu'une proportion limitée de la population puisse s'offrir un « droit de ne pas se faire vacciner » qui ne serait pas accessible à d'autres. De telles conséquences pourraient notamment découler d'une sanction financière très importante.

Il estime en outre que seraient inacceptables au plan éthique :

- toute contrainte physique visant à soumettre un individu à la vaccination et ce, quel que soit le statut ou la capacité juridique de la personne. De même, aucun vaccination ne peut être effectuée sur un individu qui ne serait pas en mesure de s'opposer à un tel acte que ce soit en raison d'une incapacité temporaire ou permanente d'exprimer sa volonté (par elle-même ou via sa personne de confiance) ;
- toute décision ou action visant à empêcher ou restreindre l'accès d'une personne non vaccinée à des soins adéquats et de qualité, qu'ils soient urgents ou non, sur la base de son seul statut vaccinal. Il rappelle à cet effet que « tous les patients sont fondamentalement égaux. Les patients ont droit à des soins de qualité et accessibles, sans distinction fondée sur le sexe, l'origine, le statut socio-économique, la religion, l'âge, la culture ou tout autre motif de discrimination illicite. Le patient en tant que tel, ses volontés et/ou son besoin de soins constituent dès lors l'objectif ultime de l'offre de soins. L'aspiration à l'égalité du traitement de chaque patient dans le besoin doit toujours être la priorité »[56].

- Le régime d'indemnisation qui sera prévu en cas d'effets secondaires graves et de séquelles, du fait de cette vaccination imposée.

g) Pour finir, le Comité recommande que les messages de santé publique soient dispensés selon un calendrier clair, compréhensible et non polarisant au bénéfice de la population. Il convient de recourir aux modalités les plus appropriées pour permettre à la campagne

[56] Comité consultatif de Bioéthique de Belgique. « Aspects éthiques relatifs à la priorisation des soins en période de COVID-19 ». Recommandation du 21 décembre 2020 du Comité consultatif de Bioéthique de Belgique à laquelle adhèrent l'Ordre des médecins et le Conseil supérieur de la Santé. (https://www.health.belgium.be/fr/liste-des-avis).

de vaccination obligatoire, si celle-ci est décidée, d'avoir lieu dans un climat de confiance non seulement à l'égard de vaccination contre la COVID-19 mais aussi vis-à-vis de la politique générale de vaccination.

L'avis a été préparé en commission restreinte 2020/1 Vaccination (précédemment «Actualisation de l'avis n°48») composée de :

Coprésidents	Rapporteurs	Membres	Représentante du Bureau
DEBYSER Zeger (nl)	DEBYSER Zeger	COSYNS Paul	CAEYMAEX Florence
PIRARD Virginie (fr)	PIRARD Virginie	DE LEPELEIRE Jan	
		DEVISCH Ignaas	
		DE VLEESCHAUWER Vera	
		HERREMANS Jacqueline	
		LAMBERT Charlotte	
		LIBBRECHT Julien	
		LOOBUYCK Patrick	
		MESSINNE Jules	
		PINXTEN Wim	

Membres du secrétariat
BERTRAND Sophie
DESEYN Beatrijs
WELTENS Veerle

Cet avis est disponible sur le site : www.health.belgium.be/bioeth.

BELGISCH RAADGEVEND COMITÉ VOOR
Bio-ethiek

Advies nr. 80 van 13 december 2021 betreffende de ethische uitdagingen van een verplichte vaccinatie van de volwassen bevolking (18 jaar en ouder) tijdens een pandemie.

Inhoudstafel

Vraag om advies **3**

1. Inleiding **4**

2. Herhaling van de ethische overwegingen van het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek met betrekking tot verplichte vaccinatie voor volwassenen > 18 jaar en onderbouwde actualisering **8**

2.1 Over vaccinatie als "publiek goed" en het solidariteitsbeginsel 8

2.2 De risico/baten-verhouding 10

2.3 Mate van vaccinatiedrang en gevolgen van weigering van vaccinatie 11

2.4 Wetenschappelijke betrouwbaarheid, praktische uitvoerbaarheid en ethische gevolgen van verplichte vaccinatie volgens de reikwijdte van de verplichting van de betrokken groepen 13

2.5 Informeren, maar ook een vertrouwensband met de bevolking opbouwen 15

2.6 Verantwoordelijkheid van de overheid en verplichte vaccinatie 16

3. Aanbevelingen met betrekking tot de verplichte vaccinatie en besluiten **18**

COPYRIGHT
Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek
E-mail: info.bioeth@health.fgov.be

Citeren uit dit advies is toegelaten mits bronvermelding: "Uit advies nr. 80 van het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek, te raadplegen op www.health.belgium.be/bioeth".

Vraag om advies

Het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek werd op 7 december 2021 gevat door de heer Frank Vandenbroucke, Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, met een vraag om advies[1] betreffende een vaccinatieverplichting in het kader van de COVID-19-pandemie, waarin volgende vragen werden voorgelegd :

- Welke zijn de ethische en sociale overwegingen in verband met verplichte vaccinatie?
- Wat zijn de argumenten die bij een mogelijke beslissing daartoe in aanmerking moeten worden genomen?

Deze adviesvraag werd ontvankelijk verklaard op de plenaire vergadering van 13 december 2021.

[1] Een soortgelijk verzoek werd geformuleerd door de heer Pedro Facon, regeringscommissaris voor het COVID-19 beleid, op 26 november 2021

1. Inleiding

Sinds geruime tijd draagt het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek via zijn adviezen bij aan de inspanningen van de overheid en de burgers om de pandemie veroorzaakt door SARS-CoV-2[2] te bestrijden. In deze bijdrage ligt de nadruk op het specifieke karakter en de bijzondere legitimiteit van het Comité: het dient een "ethische visie" te verstrekken - per definitie pluralistisch, onafhankelijk en goed onderbouwd - op de opeenvolgende problemen en uitdagingen die de pandemie met zich meebrengt, en er tegelijkertijd op toe te zien dat de fundamentele ethische waarden en de mensenrechten in aanmerking worden genomen. Met dit advies zet het Comité zijn engagement verder en draagt het bij aan het huidige debat over verplichte vaccinatie van de volwassen bevolking (18 jaar en ouder) in België. Aangezien de verplichte vaccinatie van personeel uit de zorgsector onlangs door de overheid is goedgekeurd en het Comité zich daarover reeds vroeger heeft uitgesproken[3], wordt dit hier slechts in beperkte mate behandeld.

Verplichte vaccinatie van de volledige bevolking tegen COVID-19 maakt het voorwerp uit van een intens debat dat momenteel in de media wordt gevoerd, ook in het buitenland[4]. Ondanks de grote verschillen tussen beide, moet worden opgemerkt dat het idee van een verplichte vaccinatie op zich niet nieuw is in België. Weigering van vaccinatie tegen poliomyelitis is sinds 1967 strafbaar gesteld.[5] De geldigheid van deze verplichting ten aanzien van artikel 8 van het Europees Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens is overigens door de Belgische rechtspraak[6] aanvaard op basis van beginselen die in overeenstemming zijn met die welke door het Europees Hof voor de rechten van de mens zijn vastgesteld.[7] De gelijkenissen tussen de verplichte vaccinatie tegen polio en de situatie die in dit advies aan de orde is, houden hier op : in tegenstelling tot het poliovaccin betreft de discussie over de verplichte vaccinatie tegen

[2] door middel van drie specifieke adviezen (nrs 75, 77 en 78) en één aanbeveling (zie https://www.health.belgium.be/nl/lijst-van-de-adviezen)
[3] Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek. Advies nr. 64 van 14 december 2015 betreffende de ethische aspecten van de vaccinatieverplichting (https://www.health.belgium.be/nl/lijst-van-de-adviezen).
[4] Meer bepaald in Oostenrijk en Duitsland
[5] Zie het koninklijk besluit van 26 oktober 1966 'waarbij de inenting tegen poliomyelitis verplicht gesteld wordt', op 1 januari 1967 in werking getreden, en het ministerieel besluit van 27 oktober 1967 'waarbij de aard van de bij de verplichte inenting tegen poliomyelitis te gebruiken entstof wordt bepaald'.
[6] Cass., 18 december 2013, nr P.13.0708.F (arrest nr. N-20131218-2). Voor meer details zie o.a. A.-S. Renson, "La Cour européenne des droits de l'homme examine la vaccination obligatoire au regard du droit au respect de la vie privée », https://www.justice-en-ligne.be/La-Cour-europeenne-des-droits-de-l-1440.
[7] EHRM (Europees Hof voor de Rechten van de Mens), *Judgment in the case of Vavřička and Others v. the Czech Republic*, 8 april 2021. Zie hierover A.-S. Renson, "La Cour européenne des droits de l'homme examine la vaccination obligatoire au regard du droit au respect de la vie privée », https://www.justice-en-ligne.be/La-Cour-europeenne-des-droits-de-l-1440

COVID-19 in de eerste plaats volwassenen, de bevolkingsgroep die het meest wordt getroffen door de symptomatische en potentieel dodelijke vormen van de ziekte.[8]
Van oudsher wordt erkend dat volwassenen het recht hebben om hun eigen risico-inschatting te doen en het recht hebben om risico's te nemen voor hun gezondheid, bijvoorbeeld door een behandeling te weigeren. Deze vrijheid kan echter worden beperkt wanneer zij een risico voor de gezondheid van anderen inhoudt. De wettelijke beperking van deze vrijheid moet proportioneel en noodzakelijk zijn vanuit het oogpunt van de volksgezondheid.

Naast deze eerste elementen, stelt het Comité vast dat het huidige debat plaatsvindt in een specifieke context waarbij volgende elementen belangrijk zijn:

- In dit stadium is meer dan driekwart van de Belgische bevolking[9] volledig gevaccineerd volgens het oorspronkelijke vaccinatieschema met twee dosissen (1 dosis voor J&J vaccin). Momenteel is in Vlaanderen 93% van de volwassen bevolking (18 jaar en ouder) gevaccineerd, in Wallonië 83%, in Oost-België 77% en in Brussel 71%. Deze hoge vaccinatiegraad toont aan dat de meerderheid van de bevolking niet alleen belang hecht aan haar eigen veiligheid, maar ook aan die van anderen, en dat zij vertrouwen heeft in de vaccinatie als instrument voor de volksgezondheid. Volgens een rapport van Sciensano heeft deze hoge vaccinatiegraad ongeveer 30.000 ziekenhuisopnames voorkomen[10].

- De huidige vaccins zijn doeltreffend gebleken bij de aanpak van de gezondheidscrisis, met name door de hospitalisatiegraad en de mortaliteit aanzienlijk te verminderen[11]. Tegelijk wordt er vastgesteld dat het beschermend effect tegen besmetting (infectie) en overdracht (transmissie) geleidelijk afneemt[12] naarmate de tijd verstrijkt en dat een herhalingsprik noodzakelijk is om een hoge beschermingsgraad te handhaven. Dit heeft de overheid ertoe aangezet een derde dosis te voorzien voor de volledige volwassen bevolking[13]. In dit stadium bestaan er nog onzekerheden met name over hoe lang het beschermende effect van de herhalingsprik zal duren. Het al dan niet

[8] Een briefadvies van het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek betreffende de COVID-19 vaccinatie bij kinderen op vrijwillige basis is eveneens beschikbaar. (https://www.health.belgium.be/nl/lijst-van-de-adviezen)
[9] Percentage berekend op basis van de volledige bevolking en niet alleen op basis van de bevolkingsgroepen die momenteel voor vaccinatie in aanmerking komen. https://covid-vaccinatie.be/nl
[10] Catteau L., *et al.* Vaccinatiegraad en epidemiologische impact van de COVID-19-vaccinatiecampagne in België. Gegevens tot en met 31 oktober 2021. Brussel, België: Sciensano; 2021. Wettelijk depotnummer: D/2021/14.440/80
[11] Voor de patiënten van 65 jaar en ouder vermindert het risico op ziekenhuisopname met 60% en het risico op sterfte ligt 8 keer lager voor volledig geïmmuniseerde patiënten zie https://www.sciensano.be/nl/pershoek/impact-van-covid-19-vaccins-belgie.
[12] Cohn B. A. *et al.*, SARS-CoV-2 vaccine protection and deaths among US veterans during 2021*Science* 2021 (DOI: 10.1126/science.abm0620).
[13] Er zijn ook verschillen tussen de vaccins onderling en de reactie op vaccinatie verschilt naar gelang de leeftijd en het geslacht. Zo is de immuunrespons na vaccinatie lager bij personen met verminderde immuniteit.

beschermend effect van de herhalingsprik tegen opkomende varianten, met name de OMIKRON-variant, vergt aanvullend onderzoek. [14]

- In deze evoluerende context zijn meer onderzoek en klinische ervaring nodig om de vaccinatiestrategie te verfijnen. Mogelijks geven drie prikken langdurige immuniteit (zoals in het geval van Hepatitis B); mogelijks zullen (half-)jaarlijkse boosters nodig zijn. In het geval dat weerkerende vaccintoedieningen nodig zijn, is het ook mogelijk dat we in de toekomst evolueren naar een vaccinatiestrategie zoals voor de griep waarbij de herhalingsinenting enkel wordt gegeven aan personen die een risico op ernstige vormen van COVID-19 lopen (hierna risicopersonen of kwetsbare personen genoemd) en aan het zorgpersoneel. Er bestaat momenteel ook geen wetenschappelijke consensus over het aantal dosissen dat na infectie met het virus moet worden toegediend om als volledig beschermd te worden beschouwd. Deze onzekerheden impliceren dat de toekomstige vaccinatiestrategie verduidelijkt en geconsolideerd zal moet worden op basis van de meest relevante wetenschappelijke gegevens en dat de vaccinatiestrategie moet worden afgestemd op de andere maatregelen die momenteel beschikbaar zijn om de epidemie te bestrijden (mondmaskers, handhygiëne, telewerk, enz.), teneinde een globale strategie ter bescherming van de volksgezondheid te kunnen bepalen.

- Op therapeutisch vlak kondigen zich in de komende maanden nieuwe behandelingsmogelijkheden aan: naast de reeds beschikbare monoklonale antilichamen waarvan de toediening zeer duur is en een ziekenhuisopname vereist, zullen binnenkort twee krachtige orale virusremmers (molnupiravir en paxlovid) beschikbaar zijn. Deze zouden evenwel goedkoper en gemakkelijker qua toedieningswijze moeten zijn in vergelijking met de monoklonale antilichamen. Als de resultaten van de klinische proeven worden bevestigd in de praktijk en deze behandelingen worden toegelaten en terugbetaald, kunnen zij het aantal ziekenhuisopnames van personen met een hoog risico op het ontwikkelen van een ernstige vorm van COVID-19- aanzienlijk verminderen en aldus bijdragen tot de bescherming van de ziekenhuiscapaciteit. In dit geval moet de overheid in zijn gezondheidsbeleid zowel het preventieve als het curatieve aspect betrekken en op passende wijze met elkaar in overeenstemming brengen.

Tenslotte gaan meer en meer wetenschappers er vanuit dat het bereiken van groepsimmuniteit heel moeilijk zal zijn en dat we evolueren naar een situatie waarin het virus endemisch[15] zou

[14] Wilhelm A. *et al*. Reduced Neutralization of SARS-CoV-2 Omicron Variant by Vaccine Sera and Monoclonal Antibodies. medRxiv preprint doi: https://doi.org/10.1101/2021.12.07.21267432
[15] Monto A. S. The Future of SARS-CoV-2 Vaccination - Lessons from Influenza. N. Engl. J. Med. 2021. 385(20):1825-1827. (DOI: 10.1056/NEJMp2113403).

kunnen worden en dat we voor lange tijd zullen moeten leren “leven met het virus”. Dit betekent zeker en vast een kantelpunt in de wijze waarop de burger en de overheid de pandemische situatie sinds maart 2020 hebben begrepen en ervaren.[16]. In deze onzekere context en op het ogenblik dat een nieuwe variant (Omikron) opduikt waarvan de eigenschappen nog worden onderzocht, is **vaccinatie, gezien de stand van de kennis en de beschikbare behandelingen, een belangrijk element in de bescherming** tegen SARS-CoV2: Grootschalige vaccinatie draagt bij tot de reductie van ernstige vormen van COVID-19 (die ziekenhuisopname vereisen en soms tot sterfte leiden) en helpt de viruscirculatie te verminderen.

Het is duidelijk dat vaccinatie **nu dient te worden geïntegreerd in een beleid dat er op gericht is de risico’s op korte, middellange en lange termijn te beperken**. Dit globale risicobeperkend beleid moet ertoe bijdragen dat we met het virus kunnen leven op een manier die voor iedereen aanvaardbaar is. Dit veronderstelt het waarborgen van de bescherming van de meest kwetsbaren, de bescherming van de werking van de openbare diensten en in de eerste plaats de ziekenhuizen en alle opvang- en verzorgingsfaciliteiten. Dit beleid van risicobeperking is uiteraard zowel gericht op de vaccinatie zelf als op de aanvullende strategieën/maatregelen.
De overheid heeft de zware taak om op basis van de meest gedegen wetenschappelijke kennis in een uitzonderlijk evoluerende context duidelijkheid te creëren betreffende de algemene volksgezondheidsstrategie ter bestrijding van de pandemie, daarin begrepen de plaats van de vaccinatiestrategie, alsmede de details en onderdelen ervan (tijdschema, uitvoeringsparameters, enz.).

Het is in deze complexe context en met deze belangrijke doelstelling voor ogen dat het Comité de ethische overwegingen, die het in zijn vorige adviezen betreffende verplichte vaccinatie heeft ontwikkeld, opnieuw onder de loep wil nemen teneinde aanbevelingen, aangepast aan de huidige situatie, te doen zowel ten aanzien van de overheid als ten aanzien van de burger.

[16] Op 11 maart 2020 verklaarde Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus, Directeur-Generaal van het WHO: “We have therefore made the assessment that COVID-19 can be characterised as a pandemic. Pandemic is not a word to use lightly or carelessly. It's a word that, if misused, can cause unreasonable fear or unjustified acceptance that the fight is over, leading to unnecessary suffering and death.Describing thesituation as a pandemic does not change WHO's assessment of the threat posed by the virus. It doesn't change what WHO is doing and it doesn't change what countries should do. We have never before seen a pandemic sparked by a coronavirus. This is the first pandemic caused by a coronavirus and we have never before seen a pandemic that can be controlled at the same time”. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/transcripts/who-audio-emergencies-coronavirus-press-conference-full-and-final-11mar2020.pdf?sfvrsn=cb432bb3_2

2. Herhaling van de ethische overwegingen van het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek met betrekking tot verplichte vaccinatie voor volwassenen > 18 jaar en onderbouwde actualisering

Het Comité heeft zich herhaaldelijk kunnen buigen over dit belangrijke onderwerp waarbij twee fundamentele ethische waarden met elkaar in strijd lijken te zijn: het respect voor de individuele vrijheid en de solidariteit. In zijn werkzaamheden van 2009, 2015 en 2020, heeft het Comité de vragen die bij deze problematiek naar voren komen, diepgaander kunnen bestuderen *in tempore non suspecto,* vóór de huidige pandemie[17] maar ook tijdens het eerste jaar van deze pandemie (advies 75 uitgebracht in december 2020)[18]. De ethische overwegingen die het Comité doorheen zijn adviezen heeft ontwikkeld, worden hier in beknopte vorm weergegeven en becommentarieerd in het licht van de huidige context.

2.1 Over vaccinatie als "publiek goed" en het solidariteitsbeginsel

In zijn vorige adviezen, beschouwt het Comité verworven immuniteit bij de bevolking als een "publiek goed" dat:

- "de bescherming verzekert van kwetsbare individuen, zij die niet gevaccineerd kunnen worden en zij die niet voldoende weerstand kunnen opbouwen (…);
- bijdraagt tot de vermindering van de maatschappelijke ongelijkheid (voor diegenen die geen toegang hebben gekregen tot vaccins: de circulatie van de ziekteverwekker wordt zodanig afgeremd dat de kans op besmetting voor een vatbaar individu (…) gering is);
- toelaat grote uitgaven te vermijden die zouden moeten worden gedaan in geval van het uitbreken van een epidemie.»[19]

Het Comité herinnert eraan dat groepsimmuniteit impliceert dat de vaccinatiegraad zeer hoog moet zijn (minimaal tussen 70% en 95%), dat deze graad in alle subgroepen van de bevolking

[17] Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek: advies nr. 48 van 30 maart 2009 over het Belgische operationele plan voor een influenzapandemie had tot doel een ethisch advies te geven over het door de overheid opgestelde draaiboek voor een influenzapandemie. Advies nr. 64 van 14 december 2015 over de ethische aspecten van verplichte vaccinatie beoogde een antwoord te geven op verschillende vragen over verplichte vaccinatie en in het bijzonder of "het ethisch gerechtvaardigd [is] dat de overheid bepaalde vaccinaties verplicht?" Het advies 75 van 11 december 2020 had tot doel de ethische maatstaven te identificeren voor de uitrol van de anti-COVID-19-vaccinatie ten voordele van de Belgische bevolking.

[18] Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek. Advies nr. 75 van 11 december 2020 betreffende de ethische maatstaven voor de uitrol van de anti-COVID-19-vaccinatie ten voordele van de Belgische bevolking, p.27 en 28. (https://www.health.belgium.be/nl/lijst-van-de-adviezen).

[19] Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek. Advies nr. 64 van 14 december 2015 betreffende de ethische aspecten van de vaccinatieverplichting, p.10. (https://www.health.belgium.be/nl/lijst-van-de-adviezen).

moet worden bereikt en dat de verworven groepsimmuniteit in stand moet worden gehouden opdat het effect zou aanhouden[20].

Het Comité herinnert er niettemin aan dat verplichte vaccinatie zelfs kan worden aanbevolen zonder te streven naar groepsimmuniteit van de bevolking[21], op basis van het schadebeginsel en met het oog op de beperking van risico's of schade, met name voor de gezondheid van de meest kwetsbare personen.[22]

Een moeilijkere kwestie, volgens het Comité, betreft ziekten, waartegen de vaccinatie idealiter de hele bevolking zou moeten bestrijken om groepsimmuniteit te bereiken, "maar waarbij de ziekte geen significante dreiging uitmaakt voor een deel van de gevaccineerden, die dan ook geen substantieel voordeel hebben bij de vaccinatie. (…) Wanneer in deze gevallen iedereen louter zou uitgaan van zijn of haar eigenbelang, zou de preventie weinig of geen kans van slagen hebben"[23].

Het Comité is van mening dat deze overwegingen nog steeds geldig zijn in de huidige context. De collectieve bescherming die vaccinatie biedt is een publiek goed dat de overheid dient te bewerkstelligen, te ondersteunen en te maximaliseren op grond van het ethische beginsel van 'weldoen'. Het feit dat groepsimmuniteit onder welbepaalde epidemiologische omstandigheden niet haalbaar is of dat vaccinatie geen totale bescherming biedt, doet niets af aan de geldigheid van deze overweging zolang een vaccinatiestrategie voor de gehele bevolking wetenschappelijk onderbouwd en relevant blijft. Door de risico's op ernstig ziekteverloop en overlijden te verminderen en door de circulatie van het virus te beperken (waardoor het risico van het ontstaan van nieuwe varianten althans gedeeltelijk wordt beperkt), maakt vaccinatie het mogelijk om de ziekenhuis- en zorgcapaciteit in stand te houden, wat iedereen ten goede komt. Bijgevolg dienen de inspanningen van de overheid om dit publiek goed te bewerkstelligen en te beschermen, aangemoedigd te worden. In de context van een aan de gang zijnde pandemie, moet elke terughoudendheid van de overheid om tot actie over te gaan of elke beperking van haar daadkracht beoordeeld worden in het licht van het ethisch beginsel van 'niet kwaad doen' en van de concrete gevolgen die deze terughoudendheid of beperking van acties met zich meebrengen voor de volksgezondheid, met name voor de meest kwetsbaren in de samenleving. Dit resulteert immers niet enkel in een negatieve impact op de zogenaamde risicogroepen en patiënten die hun zorg uitgesteld zien door de overbelasting

[20] Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek. Advies nr. 64 van 14 december 2015 betreffende de ethische aspecten van de vaccinatieverplichting, p.10. (https://www.health.belgium.be/nl/lijst-van-de-adviezen).
[21] Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek. Advies nr. 64 van 14 december 2015 betreffende de ethische aspecten van de vaccinatieverplichting, p.39. (https://www.health.belgium.be/nl/lijst-van-de-adviezen).
[22] Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek. Advies nr. 64 van 14 december 2015 betreffende de ethische aspecten van de vaccinatieverplichting, p.10. (https://www.health.belgium.be/nl/lijst-van-de-adviezen).
[23] Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek. Advies nr. 64 van 14 december 2015 betreffende de ethische aspecten van de vaccinatieverplichting, p.39. (https://www.health.belgium.be/nl/lijst-van-de-adviezen).

van ziekenhuizen doch ook op de gemeenschap als geheel, ingevolge de onhoudbare financiële druk op een gezondheidssysteem waarvan de middelen reeds beperkt zijn.[24][25]

Het Comité merkt ook op dat het begrip "vaccinatie als publiek goed" zelf een vorm van solidariteit impliceert: "niet iedereen zal ziek worden, maar iedereen kan bijdragen tot bescherming". In tegenstelling tot de strategie van "het virus zijn werk te laten doen"[26], is de vaccinatie een veilige en solidaire manier om mensen te beschermen en een manier om bij te dragen aan deze “bescherming als publiek goed” en deze in stand te houden, zonder daarom afbreuk te doen aan aanvullende beschermingsmaatregelen (mondmasker, afstandsregels respecteren, telewerk, enz.).
Het Federaal Instituut voor de bescherming en de bevordering van de Rechten van de Mens formuleert in een recent advies, eveneens het volgende :
« Hoewel mensenrechten zich in eerste instantie tot overheden richten, hebben ook burgers in een democratische samenleving dus een bepaalde verantwoordelijkheid voor de bescherming van de mensenrechten van hun medemens. Door zich te laten vaccineren draagt men bij tot de bescherming van andermans recht op leven en recht op gezondheid. De overheid kan oordelen dat deze maatschappelijk gedeelde verantwoordelijkheid – “sociale solidariteit” – juridisch afdwingbaar gemaakt wordt, op voorwaarde dat hierbij het proportionaliteits-en het wettelijkheidsbeginsel wordt gerespecteerd”[27].

2.2 De risico/baten-verhouding

Het Comité benadrukte reeds dat “bepaalde vaccinaties in zeldzame gevallen aanleiding kunnen geven tot ernstige nevenwerkingen”. Men zou hieruit kunnen concluderen dat het daarom niet verantwoord is deze vaccinaties toe te dienen. Analoge verwikkelingen kunnen echter ook optreden bij het doormaken van de ziekte, en het risico hierop is (…) hoger bij het doormaken van de ziekte dan na toediening van het vaccin. Doch waar het risico bij vaccinatie klein is, is het nooit zeker dat een niet-gevaccineerde persoon de ziekte zal doormaken en dus aan het veel hogere risico zal blootgesteld worden. (…) In deze afweging geeft de veel hogere frequentie van verwikkelingen bij de ziekte zelf de doorslag om toch te vaccineren.”[28]
In zijn advies nr. 75 uitgebracht in december 2020, heeft het Comité de aandacht gevestigd op het feit dat verplichte vaccinatie vereist is als “er zich geen nieuwe gebeurtenis heeft voorgedaan waardoor een ingrijpende herziening noodzakelijk [is] van de risico-

[24] https://www.inami.fgov.be/nl/covid19/Paginas/ziekenfonds.aspx
[25] https://economie.fgov.be/nl/themas/ondernemingen/coronavirus/economische-impact-van-het
[26] Strategie behandeld in deel 1 van het advies n°75 van 11 december 2020 betreffende de ethische maatstaven voor de uitrol van de anti-COVID-19-vaccinatie ten voordele van de Belgische bevolking. https://www.health.belgium.be/nl/lijst-van-de-adviezen
[27] “Vaccinatieplicht, Covid Safe Ticket en Mensenrechten” , Advies n° 6/2021 van 7/12/2021 van het Federaal Instituut voor de bescherming en de bevordering van de Rechten van de Mens
[28] Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek. Advies nr. 64 van 14 december 2015 betreffende de ethische aspecten van de vaccinatieverplichting, p.11. (https://www.health.belgium.be/nl/lijst-van-de-adviezen).

batenverhouding op basis waarvan de vaccins door de bevoegde regelgevende overheid werden goedgekeurd".[29] Deze vereiste blijft volledig geldig en legitiem en het behoort tot de verantwoordelijkheid van de overheid om daaraan te beantwoorden waarbij zij zich baseert op het FAGG[30] en de verslagen van het Risicobeoordelingscomité voor geneesmiddelenbewaking (PRAC[31]) van het Europees Geneesmiddelenbureau (EMA) alsook op de rapporten van de Hoge Gezondheidsraad.

2.3 Mate van vaccinatiedrang en gevolgen van weigering van vaccinatie

Het Comité heeft er in zijn overwegingen in vorige adviezen op gewezen dat op het gebied van volksgezondheid en preventieve geneeskunde het dwingende karakter van het vaccinatiebeleid kan variëren, zoals blijkt uit de door de *Nuffield Council on Bioethics*[32] opgestelde interventieladder die varieert tussen "de verplichte vaccinatie, over de optionele vaccinatie met *incentives*, en het volledig vrijlaten van de betrokkenen om zich al dan niet te laten vaccineren, zonder deze keuze trachten te beïnvloeden".[33]

Het Comité geeft aan dat "[i]n overeenstemming met de maatschappelijke organisatie zich verschillende keuzemogelijkheden aanbieden" en dat "[d]e westerse democratieën belang hechten aan het respecteren van de fysieke integriteit van de persoon**.** Dit wordt verwoord in de *informed consent*-voorwaarde die nauw verbonden is met de voormelde integriteit in verband met een verplichte vaccinatie. Het hiervoor vermelde principe is evenwel niet absoluut. In welbepaalde gevallen kan het noodzakelijk zijn om een inenting verplichtend te maken om een dreigend risico op een ernstige ziekte te voorkomen."[34]

Zo is het beleid dat de overheid al maanden voert om aan te zetten tot vaccinatie (d.i. op vrijwillige basis), zowel een teken van haar betrokkenheid bij het tot stand brengen van een individuele en collectieve bescherming tegen het coronavirus als een teken van het belang dat zij hecht aan de waarde van de individuele vrijheid. Het Comité acht het legitiem om dit evenwicht opnieuw te evalueren als blijkt dat het huidige beleid de meest kwetsbaren onvoldoende beschermt, waarbij het niet alleen gaat om personen die risico lopen een ernstige vorm van infectie door het coronavirus te ontwikkelen (inclusief personen die om medische

[29] Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek. Advies nr. 75 van 11 december 2020 betreffende de ethische maatstaven voor de uitrol van de anti-COVID-19-vaccinatie ten voordele van de Belgische bevolking, p.14. en 28. (https://www.health.belgium.be/nl/lijst-van-de-adviezen).
[30] https://www.fagg.be/nl/effet_indesirable
[31] https://www.ema.europa.eu/en/news/meeting-highlights-pharmacovigilance-risk-assessment-committee-prac-29-november-2-december-2021
[32] Public Health: Ethical Issues, 2007, https://www.nuffieldbioethics.org/publications/public-health
[33] Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek. Advies nr. 64 van 1/4 december 2015 betreffende de ethische aspecten van de vaccinatieverplichting, p.33. (https://www.health.belgium.be/nl/lijst-van-de-adviezen).
[34] Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek. Advies nr. 64 van 14 december 2015 betreffende de ethische aspecten van de vaccinatieverplichting, p.32 en 33. (https://www.health.belgium.be/nl/lijst-van-de-adviezen).

redenen niet mogen worden gevaccineerd) of personen die zich in een precaire situatie bevinden waardoor zij minder de toegang tot de zorg vinden, maar ook alle patiënten die hun zorg uitgesteld zien of aan wie geen adequate zorg kan verleend worden wegens de pandemie.

Als het principe van verplichte vaccinatie in overweging wordt genomen, dient er ook te worden gewezen op het belang dat het Comité hecht aan het nastreven van proportionaliteit tussen het beoogde doel en de middelen om dat doel te bereiken. Dit evenredigheidsbeginsel verwijst zowel naar het ethische beginsel van rechtvaardigheid als naar het juridische criterium voor de beoordeling van de beperkingen die aan rechten en vrijheden worden gesteld.

In dezelfde optiek kan de blijvende weigering om zich te laten vaccineren niet leiden tot weigering van zorg door het zorgpersoneel. Het Comité wenst hier te herinneren aan de overwegingen die het reeds heeft geformuleerd in zijn Aanbeveling van 21 december 2020[35] betreffende de prioritering van zorg in tijden van COVID-19: "Op grond van respect voor het gelijkheidsbeginsel worden criteria die persoonlijke verdienste of verantwoordelijkheid evalueren, uitgesloten. Gezondheidszorg is niet de geëigende plaats om persoonlijke keuzes te belonen of te straffen. Risicogedrag dat aanleiding kan geven tot infectie met of het verspreiden van COVID-19 geeft daarom geen aanleiding tot uitsluiting van zorg (...)".

Hoewel de overbevolking van ziekenhuizen een van de dramatische gevolgen is van de opeenvolgende golven van de pandemie, wijst het Comité er niettemin op dat de gespannen situatie (tekort aan bedden en personeel), ook structureel geworteld is in een gebrek aan erkenning en waardering van de zorgberoepen.[36]
Het Comité is van mening dat de overheid de plicht heeft alle nodige maatregelen te treffen om ervoor te zorgen dat de gezondheidszorgteams niet voor ethische dilemma's worden geplaatst ten aanzien van patiënten die een zware en dringende behandeling nodig hebben, ongeacht of deze behandeling noodzakelijk is ingevolge het virus dan wel ingevolge een andere pathologie. Verder in verband met de toegang tot de zorg in een periode van pandemie herinnert het Comité er aan dat het in zijn advies nr. 77 over de invoering van een "coronapas" duidelijk heeft gesteld dat "de coronapas nooit kan worden gebruikt om de toegang (...) tot ziekenhuizen te regelen (betreffende de patiënten).[37]

[35] Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek. « Ethische aspecten betreffende de prioritering van zorg in tijden van COVID-19». Aanbeveling van 21 december 2020 van het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek, onderschreven door de Orde der Artsen en de Hoge Gezondheidsraad (https://www.health.belgium.be/nl/lijst-van-de-adviezen).
[36] Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek. Advies nr. 78 van 9 juni 2021 betreffende de gelijke behandeling en de autonomie van bewoners van woonzorgcentra (WZC) in context van de COVID-19-pandemie, p.23 (https://www.health.belgium.be/nl/lijst-van-de-adviezen)r
[37] Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek. Advies nr. 77 van 10 mei 2021 betreffende de ethische en maatschappelijke overwegingen bij het invoeren van een coronapas en andere overgangsmaatregelen om vrijheidsbeperkingen af te bouwen, p. 43. (https://www.health.belgium.be/nl/lijst-van-de-adviezen).

Het Comité is eveneens van mening dat wanneer verplichte vaccinatie nodig zou blijken en de overheid daarvoor opteert, zij deze beslissing op een transparante wijze moet afkondigen. Dit mag niet gebeuren aan de hand van strategieën die onder andere tot doel hebben andere risicobeperkende instrumenten te gebruiken (zoals het Covid Safe Ticket), maar die in werkelijkheid een drangmaatregel zijn om niet-gevaccineerden aan te zetten tot vaccinatie. Hoewel het aanvaardbaar is om mensen via *incentives* aan te sporen (*nudging*) zich te laten vaccineren (zoals wordt bevestigd door de interventieladder van de *Nuffield Council on Bioethics*)[38], is het ethisch veel bedenkelijker om deze *incentives* of middelen zo vorm te geven dat zij resulteren in een verdoken verplichting.
Het Comité herinnert (nog steeds in zijn advies nr. 77) eraan dat "deze overgangsmaatregel (…) niet gebruikt mag worden om langs een omweg de vaccinatie toch verplicht te maken".[39] Zo mag de beslissing om de voorwaarden voor het verkrijgen van de coronapas (of Covid Safe Ticket) te herzien, bijvoorbeeld door houders van een negatieve test of van een herstelcertificaat geen toegang meer te geven tot de coronapas, alleen gebaseerd zijn op wetenschappelijke gronden waaruit blijkt dat een van de drie toegangsvoorwaarden tot de coronapas/CST niet langer volstaan om het lager risicoprofiel te verantwoorden. Het mag in geen geval een drangmaatregel zijn om de bevolking via een omweg tot vaccinatie te verplichten.

Tenslotte moet worden benadrukt dat naarmate de immuniteit geleidelijk afneemt (althans bij het vaccinatieschema met twee dosissen), de coronapas (of CST) een vals gevoel van veiligheid kan geven, wat ernstige gevolgen kan hebben voor kwetsbare personen. Dit geldt ook voor de gevaccineerde zorgverlener die na een bepaalde tijd weer een besmettelijke drager kan worden. Het Comité vraagt de overheid zich ervan te verzekeren dat, op basis van deze nieuwe gegevens, het huidige gebruik van het CST niet indirect leidt tot de aantasting van de gezondheid van de burger.

2.4 Wetenschappelijke betrouwbaarheid, praktische uitvoerbaarheid en ethische gevolgen van verplichte vaccinatie volgens de reikwijdte van de verplichting van de betrokken groepen

In de uitermate onzekere wetenschappelijke context die in de inleiding van dit advies is geschetst, acht het Comité het nuttig eraan te herinneren dat elke vaccinatiestrategie, of deze nu verplicht is of niet, en gericht is op de gehele bevolking of op een onderdeel ervan, op solide wetenschappelijke gronden moet gebaseerd zijn en dat bij het opzet ervan bijzondere aandacht gaat naar het verzekeren van uitvoerbaarheid: "het gaat erom dat de vaccinatie kan

[38] "Public Health: Ethical Issues",2007, https://www.nuffieldbioethics.org/publications/public-health
[39] Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek. Advies nr. 77 van 10 mei 2021 betreffende de ethische en maatschappelijke overwegingen bij het invoeren van een coronapas en andere overgangsmaatregelen om vrijheidsbeperkingen af te bouwen, p. 48. (https://www.health.belgium.be/nl/lijst-van-de-adviezen).

worden uitgevoerd omdat de financiële middelen beschikbaar zijn en de organisatie het mogelijk maakt de verschillende bevolkingsgroepen te bereiken".[40]

Naast het feit dat het vaccinatieschema verduidelijkt moet worden (zie inleiding), merkt het Comité op dat in het geval van een ziekte die door een nieuw virus wordt veroorzaakt, de afbakening van de doelgroepen in de vaccinatiestrategie meer tijd kan vergen dan voor bekende ziekten. Het is immers mogelijk dat nog niet alle factoren die duiden op grotere kwetsbaarheid voor de ziekte, alsmede de reservoirs voor de overdracht ervan, volledig gekend zijn.

Naast de medische en epidemiologische uitdagingen moet ook rekening worden gehouden met de ethische en praktische gevolgen van het definiëren van de doelgroepen.

De ethische gevolgen van verplichte vaccinatie voor een hele bevolking (in dit geval volwassenen van 18 jaar en ouder) zijn niet identiek aan deze van een verplichte vaccinatie voor een specifieke groep.

Daar waar een algemene vaccinatieverplichting (behalve uiteraard in geval van medische contra-indicatie) zowel een aspect van drang als van gelijkheid inhoudt, moeten de gevolgen van een vaccinatieverplichting die tot bepaalde bevolkingsgroepen wordt beperkt, van geval per geval worden beoordeeld.

De verplichte vaccinatie van het zorgpersoneel is dus enerzijds gebaseerd op het specifieke karakter van het beroep (en de uitgeoefende functies), waarbij zorgpersoneel in contact komt met zieke (en dus kwetsbare) personen, en anderzijds op de noodzaak om te voorkomen dat deze zorgbehoevende kwetsbare personen aan een extra (en vermijdbaar) risico worden blootgesteld. Dit is in overeenstemming met het beginsel van het niet-kwaad doen (*non nocere*)[41]. Zonder de ethische grondslag van deze vaccinatieverplichting voor het zorgpersoneel in vraag te stellen, is het echter belangrijk erover te waken dat de toepassing ervan in de praktijk niet leidt tot een dermate ontregeling van de gezondheidszorg dat het verwachte effect, namelijk een betere bescherming van de patiënten, teniet wordt gedaan. Hierdoor zou een ander belangrijk ethisch beginsel in het gedrang komen, namelijk het beginsel van minimalisering van risico's en maximalisering van voordelen. Daarom moet de overheid zich vooraf vergewissen van de noodzakelijke voorwaarden voor het invoeren van deze gerichte vaccinatieverplichting en indien nodig hiervoor de meest geschikte middelen voorzien.

Verplichte vaccinatie van "risicogroepen" (bejaarden, personen met onderliggende aandoeningen, enz.) kan dan wel volledig verantwoord zijn vanuit medisch oogpunt, op ethisch vlak houdt zij toch een aantal risico's in: naast het feit dat het identificeren van deze personen volgens "a priori" gedefinieerde categorieën niet probleemloos is op

[40] Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek. Advies nr. 64 van 14 december 2015 betreffende de ethische aspecten van de vaccinatieverplichting, p9. (https://www.health.belgium.be/nl/lijst-van-de-adviezen).

[41] Een ander valabel ethisch argument voor verplichte vaccinatie van het zorgpersoneel is de bezorgdheid voor de bescherming van de gezondheid van het zorgpersoneel en van het reactievermogen van de gezondheidszorg in een pandemiecontext.

wetenschappelijk en medisch vlak (bepaalde risicofactoren, met name genetische, zijn immers nog niet gekend), stellen zich ook problemen op vlak van privacy en bestaat het gevaar dat het systeem van gezondheidszorg zou evolueren in de richting van een verzekeringsmodel. In dergelijk 'verzekeringsmodel' is de solidariteit niet automatisch verworven zoals in het sociale-zekerheidsmodel, maar is zij gebaseerd op een aantal voorafgaande voorwaarden, waarvan de verplichte vaccinatie er één zou kunnen zijn. Het Comité waarschuwt voor ontwikkelingen waarbij solidariteit afhankelijk wordt gemaakt van een "toegangsbewijs".

2.5 Informeren, maar ook een vertrouwensband met de bevolking opbouwen

Het Comité dringt er op aan dat "elke maatregel op het gebied van de volksgezondheid die door de overheid wordt genomen moet worden begrepen door de doelgroep waarop zij zich richt".[42]

In het kader van de huidige pandemie herinnert het Comité eraan "dat informatie over de volksgezondheid eerst en vooral een democratische plicht is, die "op zich" de moeite waard is, en bijna los staat van de gevolgen ervan op het vertrouwen dat in de vaccinatie wordt gesteld. (…) De toelichting bij de feiten, in een aangepaste pedagogische vorm, blijft een ethische en democratische plicht van de overheid".[43]

Het Comité stelt dat de mate waarin (vrijwillige of verplichte) vaccinatie als een maatregel van volksgezondheid wordt aanvaard, afhankelijk is van verschillende factoren, met name:

- het oordeel over het nut van de vaccinatie (*complacency*), met inbegrip van de mate van prioriteit die door de bevolking wordt gegeven aan de bestrijding van de ziekte in verhouding tot andere gezondheidsbehoeften[44];
- het gemak of comfort *(convenience*) van deze volksgezondheidsmaatregel (is er vlotte toegang? zijn er voldoende middelen in de vorm van vaccins en vaccinatieplaatsen?)[45]
- het vertrouwen (*confidence*) zowel op het vlak van : de veiligheid en de doeltreffendheid van het product; de bekwaamheid, de motivatie en de voorbeeldfunctie van de gezondheidswerkers die het vaccin toedienen; de gegrondheid van de beslissingen van de overheid die de vaccinatieregels en -schema's opstelt.[46]

[42] Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek. Advies nr. 64 van 14 december 2015 betreffende de ethische aspecten van de vaccinatieverplichting, p.14. (https://www.health.belgium.be/nl/lijst-van-de-adviezen).
[43] Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek. Advies nr. 75 van 11 december 2020 betreffende de ethische maatstaven voor de uitrol van de anti-COVID-19-vaccinatie ten voordele van de Belgische bevolking, p.27 en 28. (https://www.health.belgium.be/nl/lijst-van-de-adviezen).
[44] Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek. Advies nr. 64 van 14 december 2015 betreffende de ethische aspecten van de vaccinatieverplichting, p.14. (https://www.health.belgium.be/nl/lijst-van-de-adviezen).
[45] Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek. Advies nr. 64 van 14 december 2015 betreffende de ethische aspecten van de vaccinatieverplichting, p.18. (https://www.health.belgium.be/nl/lijst-van-de-adviezen).
[46] Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek. Advies nr. 64 van 14 december 2015 betreffende de ethische aspecten van de vaccinatieverplichting, p.18 en 19. (https://www.health.belgium.be/nl/lijst-van-de-adviezen).

In het geval van een door de overheid ondersteund - of opgelegd – vaccinatieprogramma is het essentieel dat zij borg staat voor een eerlijke en duidelijke informatie, die op een begrijpelijke en aangepaste manier wordt verstrekt, waarbij voorlichting wordt gegeven over het nut van een bepaalde vaccinatie en de mogelijke negatieve consequenties ervan. Belangrijk is daarbij ook dat commerciële invloeden volledig worden geweerd."[47]
Zonder de inmiddels welbekende impact van het fenomeen "fake news" en "infodemie" in onze samenleving te ontkennen, beveelt het Comité de overheid aan om alles in het werk te stellen om het vertrouwen te waarborgen en de vaccinatiecampagne, of vaccinatie nu vrijwillig of verplicht is, in een sereen klimaat te laten verlopen.[48]
Het Comité herinnert eraan dat het naar aanleiding van de huidige pandemie heeft gevraagd dat de omvang van de dekkingsgraad van de vaccinatie vooraf het voorwerp zou uitmaken van "een brede en transparante maatschappelijke discussie, waarvan de vorm aan het oordeel van de overheid wordt overgelaten", met daaraan gekoppeld de vraag of vaccinatie tegen COVID-19 vrijwillig of verplicht moet zijn. Deze discussie moet burgers toelaten zich een beeld te vormen van de "verschillende mogelijke scenario's en de concrete gevolgen van elk ervan."[49] Een parlementair debat is uiteraard één van de legitieme manieren hiertoe.

2.6 Verantwoordelijkheid van de overheid en verplichte vaccinatie

Het Comité onderlijnt dat er "geen risicoloos medisch optreden" bestaat. Daarom moet er een afweging gebeuren tussen de voordelen van een bepaalde vaccinatie en de mogelijke risico's die er het gevolg van zijn. Deze is nog van groter belang naar gelang van de aard van het overheidsingrijpen in verband met vaccinaties (…)".[50]
"Wanneer de overheid een vaccinatie verplicht of sterk aanbeveelt, zou zij ook moeten instaan voor de vlotte vergoeding van schade ingevolge eventuele nevenwerkingen."[51] De regeling voor schadevergoeding, waarop het Comité niet in detail kan ingaan, moet doeltreffend zijn en zou zo vlot mogelijk moeten verlopen.
Indien de overheid besluit tot het invoeren van verplichte vaccinatie tegen COVID-19, dient zij erover te waken dat dit gebeurt in het kader van een wet en dient zij passende en rechtvaardige

[47] Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek. Advies nr. 64 van 14 december 2015 betreffende de ethische aspecten van de vaccinatieverplichting, p35. (https://www.health.belgium.be/nl/lijst-van-de-adviezen).
[48] In het vakgebied van de sociale wetenschappen is er de afgelopen tien jaar veel literatuur over dit onderwerp verschenen.
[49] Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek. Advies nr. 75 van 11 december 2020 betreffende de ethische maatstaven voor de uitrol van de anti-COVID-19-vaccinatie ten voordele van de Belgische bevolking, p14. (https://www.health.belgium.be/nl/lijst-van-de-adviezen).
[50] Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek. Advies nr. 64 van 14 december 2015 betreffende de ethische aspecten van de vaccinatieverplichting, p.36. (https://www.health.belgium.be/nl/lijst-van-de-adviezen).
[51] Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek. Advies nr. 64 van 14 december 2015 betreffende de ethische aspecten van de vaccinatieverplichting, p.35 (https://www.health.belgium.be/nl/lijst-van-de-adviezen).

sancties te verbinden aan deze verplichting (zie punt 3) en dient zij de voorwaarden voor de schadevergoeding te bepalen.

3. Aanbevelingen met betrekking tot de verplichte vaccinatie en besluiten

Het Comité neemt met bezorgdheid de toenemende polarisatie over de pandemie en de gevolgen daarvan in de samenleving waar. De beperkingen in ons dagelijks leven en onze relaties, de onzekerheid op lange termijn, de ongerustheid over de toekomst, zijn allemaal factoren die al bijna twee jaar lang ons vermogen om samen te leven op de proef stellen en ons zowel individueel als collectief kwetsbaarder hebben gemaakt. Het Comité is zich van bewust van wat deze periode vergt van de burgers op het vlak van aanpassingsvermogen en burgerzin. Het Comité is zich ook bewust van de buitengewoon complexe taak waarmee de overheid wordt geconfronteerd, die voortdurend moet anticiperen en besturen op basis van gefragmenteerde en evoluerende informatie.
In deze context is het belangrijk dat er op ethisch vlak duidelijke, concrete richtsnoeren kunnen worden gegeven over de betekenis van de acties die worden - of kunnen worden - ondernomen als reactie op de pandemie waarin wij ons bevinden. Dit is de opdracht die het Comité zich heeft gesteld in verband met de verplichte vaccinatie van de volwassen bevolking (18 jaar en ouder).
Als voorafgaande bemerking wil het Comité benadrukken dat verplichte vaccinatie niet in allerijl kan worden geïmproviseerd. Om deze en de hiernavolgende redenen kan het niet worden beschouwd als een beheersinstrument voor de "huidige golf" van de epidemie, die op het moment van dit schrijven ons land treft.

1. Verplichte vaccinatie van de volwassen bevolking (met uitzondering van medische contra-indicaties) is ethisch aanvaardbaar ter vrijwaring van het algemeen belang en de belangen van risicopersonen, enkel en alleen als aan een aantal (hieronder beschreven) voorwaarden is voldaan (zie punt 2).

Individuele vrijheid is een van onze fundamentele waarden. Zij kan alleen worden beperkt indien dit noodzakelijk is voor het algemeen belang (bijvoorbeeld om de werking van de gezondheidsdiensten in stand te houden) en voor het vrijwaren van de gezondheid van de burger, met inbegrip van risicopersonen en patiënten die wachten op zorg voor andere aandoeningen dan COVID-19. Wanneer de beslissing voor de gehele bevolking geldt (b.v. alle volwassenen), dan is zij tegelijk een beperkende en gelijkheidsfactor.

Het Comité is van mening dat verplichte vaccinatie bij de volwassen bevolking (18 jaar en ouder) ethisch gerechtvaardigd kan zijn, zelfs als er geen groepsimmuniteit kan worden bereikt, op voorwaarde dat er een **beleid** wordt gevoerd **gericht op het beperken van de**

risico's op korte, middellange en lange termijn (binnen de grenzen van wat menselijkerwijs in een uiterst evolutieve context kan worden verwacht) **dat het mogelijk maakt op een veilige en duurzame manier**[52] **"met het virus te leven".** In dit geval gaat het erom voorrang te geven aan solidariteit boven individuele vrijheid vanwege het essentiële gezondheidsvoordeel dat wordt verwacht inzake risicobeperking voor de gemeenschap in haar geheel en voor de meest kwetsbare categorieën van de bevolking in de context van een pandemie. De te beperken risico's betreffen zowel:

- het risico op ernstige vormen van COVID-19 die ziekenhuisopname vereisen, vaak op intensieve zorgen, wat zowel voor de patiënten als voor hun familie schrijnend is. Deze ziekenhuisopnames, als zij niet tot het overlijden van de patiënt leiden[53], gaan vaak gepaard met een lange revalidatie die noodzakelijk is vanwege de ingrijpende zorg in de kritieke fase;
- het risico voor de zorgteams om, bij voortdurende toename van het aantal ziekenhuispatiënten met ernstige vormen van COVID-19, geconfronteerd te worden met ethische dilemma's op vlak van prioritering van zorg (of triage), wat een belangrijke factor is van morele stress voor de zorgteams, zoals aan het begin van de pandemie door het Comité in herinnering is gebracht[54];
- de risico's die gepaard gaan met de zeer grote moeilijkheden die de eerstelijnszorg (huisartsen, medische centra, woonzorgcentra, enz.) ondervindt om kwaliteitszorg te blijven verlenen in een klimaat van algemene overbelasting en uitputting;
- de risico's verbonden aan een snelle en intense viruscirculatie, die een verhoogd gevaar inhoudt niet alleen voor de risicogroepen (die meer risico lopen met het virus in aanraking te komen), maar ook voor de gemeenschap in haar geheel, gezien het mogelijke ontstaan van varianten;

Het is van essentieel belang ervoor te zorgen dat het verwachte resultaat (in termen van risicobeperking) rechtstreeks bijdraagt tot de bescherming van het algemeen belang en de gezondheid van de burgers, in het bijzonder van de meest kwetsbare personen in onze samenleving.

A contrario moet het afzien van verplichte vaccinatie bij de volwassen bevolking beoordeeld worden in het licht van de gevolgen die dat met zich zou meebrengen voor het beheer van de verschillende bovenvermelde risico's.

[52] Dit is niet het geval met lockdownmaatregelen die, hoe noodzakelijk zij soms ook zijn, niet al te lang kunnen worden gehandhaafd.

[53] Per 4 december 2021 zijn er in België 27.167 sterfgevallen ingevolge COVID-19 geregistreerd.

[54] Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek. "Ethische aspecten betreffende de prioritering van zorg in tijden van COVID-19". Aanbeveling van 21 december 2020 van het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek, onderschreven door de Orde der Artsen en de Hoge Gezondheidsraad. (https://www.health.belgium.be/nl/lijst-van-de-adviezen)

2. Voorwaarden waaraan moet worden voldaan vóór en bij invoering van een verplichte vaccinatie van de volledige bevolking ouder dan 18 :

Volgens het Comité is **het noodzakelijk om:**

a) de wetenschappelijke en praktische onzekerheden over de vaccinstrategie weg te nemen door zich te baseren op een ruime wetenschappelijke consensus over:

(i) de bescherming die de bestaande vaccins bieden tegen de momenteel in omloop zijnde variant(en) (momenteel Delta, binnenkort Omikron);

(ii) het vast te stellen vaccinatieschema, rekening houdend met de beschermingsduur van de vaccinatie;

(iii) de doelgroepen: het Comité herhaalt dat het uit solidariteitsoverwegingen geen voorstander is om verplichte vaccinatie alleen bij kwetsbare personen in te voeren: de bescherming van de meest kwetsbaren moet steunen op collectieve solidariteit, die op haar beurt gepaard gaat met de gedeelde verantwoordelijkheid voor het bestrijden van het virus. Mocht het vaccinatieschema evolueren in de richting van een vaccinatie die zich uitsluitend richt op kwetsbare groepen, dan beveelt het Comité aan dat deze vaccinatie vrijwillig blijft (zoals dat ook het geval is voor de griep);

(iv) de wijze waarop deze vaccinatiestrategie past in het kader van de andere zowel preventieve als curatieve (als er meer behandelingsmogelijkheden ruim beschikbaar worden in de zorg) maatregelen inzake volksgezondheid.

b) zich ervan te verzekeren dat "er zich geen nieuwe gebeurtenis heeft voorgedaan waardoor een ingrijpende herziening noodzakelijk is van de risico-batenverhouding op basis waarvan de vaccins door de bevoegde regelgevende autoriteit werden goedgekeurd"[55] voor alle betrokken populaties.

c) indien de overheid van mening is dat verplichte vaccinatie gerechtvaardigd is, zij dit doet op een transparante en niet op een verdoken wijze. Het Comité herinnert er dus aan dat het CST in geen geval mag worden gebruikt als middel om vaccinatie op verdoken wijze af te dwingen. **Ook verzoekt het Comité de overheid**

[55] Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek. Advies nr. 75 van 11 december 2020 betreffende de ethische maatstaven voor de uitrol van de anti-COVID-19-vaccinatie ten voordele van de Belgische bevolking, p14. (https://www.health.belgium.be/nl/lijst-van-de-adviezen).

om de voorwaarden voor de huidige toepassing van het CST te herbekijken in het licht van de nieuwe beschikbare wetenschappelijke gegevens, opdat het gebruik van dit instrument, dat bedoeld is om sociale activiteiten mogelijk te maken in een context waarin de risico's beperkt zijn, niet valselijk de indruk wekt dat de risico's beperkt zijn, terwijl dat in feite niet meer het geval is.

d) zich te verzekeren van **de uitvoerbaarheid (tijdschema, logistiek) en van de afstemming met de eventuele lopende vaccinatiecampagnes op vrijwillige basis;**

e) deze verschillende elementen ter beschikking te stellen van het publiek aan de hand van een passende communicatie die een openbaar debat mogelijk maakt. Het is van belang dat iedereen begrijpt :

- waarom verplichte vaccinatie wordt overwogen, en waarom vrijwillige vaccinatie ontoereikend is voor de bescherming van het algemeen belang en de kwetsbaren;
- welke de concrete gevolgen zijn (in de mate dat deze kunnen worden voorspeld en gemodelleerd) van het al dan niet invoeren van een verplichte vaccinatie voor de individuele bescherming van de burger, de verzadiging van de ziekenhuizen en de stress voor de zorgteams, maar ook op vlak van de beperking van de viruscirculatie en van nieuwe varianten voor de gehele bevolking;
- welke het tijdskader is van deze beslissing : wanneer treedt de verplichte vaccinatie in werking? Moet het vaccinatieschema (dat verschillende dosissen kan bevatten) éénmalig of herhaaldelijk zijn?
- onder welke omstandigheden het vaccinatiebewijs zal worden gevraagd en wie die op legitieme wijze kan verifiëren (zie hieronder);
- welke sancties van toepassing zullen zijn (zie hieronder).

f) een passend juridisch kader te voorzien dat onderworpen wordt aan een parlementair debat. Dit juridisch kader moet namelijk duidelijk bepalen :

- hoe en door welke instantie het vaccinatiebewijs wordt afgeleverd, onder welke omstandigheden het bewijs daarvan kan worden gevraagd, en wie dit vaccinatiebewijs op rechtmatige wijze kan verifiëren.
- welke de sancties zijn ingeval van aanhoudende weigering (niet ingegeven door een medische contra-indicatie) om aan de vaccinatieplicht te voldoen. Het Comité wenst te benadrukken dat enkel evenredige en billijke maatregelen het evenwicht kunnen behouden tussen de rechten en de waarden die in het geding zijn. Het Comité

onderstreept het belang van het bepalen van een adequate sanctieregeling die niet voor gevolg heeft dat een kleine groep van de bevolking zich een "recht om niet gevaccineerd te worden" zou kunnen veroorloven dat niet toegankelijk is voor anderen. Dit zou het geval kunnen zijn bij het bepalen van zware financiële sancties.

Het Comité is tevens van mening dat het volgende ethisch onaanvaardbaar zou zijn :

- elke fysieke dwang om een persoon te onderwerpen aan vaccinatie, ongeacht de status of handelingsbekwaamheid van de betrokkene. Evenmin mag tot vaccinatie worden overgegaan ingeval een persoon zich hiertegen niet kan verzetten, hetzij omdat hij/zij tijdelijk, hetzij blijvend niet in staat is zijn/haar wensen kenbaar te maken (zelf of via zijn/haar vertrouwenspersoon);
- elke beslissing of maatregel die de toegang van een niet-gevaccineerde persoon tot passende en kwalitatief hoogstaande, al dan niet dringende zorg verhindert of beperkt, uitsluitend op grond van zijn vaccinatiestatus. Het Comité herinnert hieraan : "Alle patiënten zijn fundamenteel gelijkwaardig. Patiënten hebben zonder onderscheid op grond van geslacht, afkomst, sociaal-economische status, geloof, leeftijd, cultuur of andere onrechtmatige discriminatiegronden recht op kwaliteitsvolle en toegankelijke zorg. De individuele patiënt en zijn zorgvraag en/of zorgnood vormen dan ook de *ultimate concern* van de zorgverlening. Een streven naar een gelijke behandeling van elke patiënt in nood dient steeds centraal te staan."[56]

- de compensatieregeling die wordt voorzien in geval van ernstige bijwerkingen en restletsels, als gevolg van de opgelegde vaccinatie.

Ten slotte beveelt het Comité aan dat de boodschappen inzake volksgezondheid op een duidelijke, begrijpelijke en niet-polariserende wijze worden overgebracht ten behoeve van de bevolking. Daartoe moeten de meest geschikte vormen worden aangewend om een verplichte vaccinatiecampagne, indien daartoe wordt besloten, te laten plaatsvinden in een klimaat van vertrouwen, niet alleen in het kader van de vaccinatie tegen COVID-19, maar ook voor het vaccinatiebeleid in het algemeen.

[56] Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek. "Ethische aspecten betreffende de prioritering van zorg in tijden van COVID-19". Aanbeveling van 21 december 2020 van het Belsgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek, onderschreven door de Orde der Artsen en de Hoge Gezondheidsraad. (https://www.health.belgium.be/nl/lijst-van-de-adviezen)

Het advies werd voorbereid in de beperkte commissie 2020-1 Vaccinatie (voorheen Actualisering advies nr. 48), samengesteld uit:

Covoorzitters	Verslaggevers	Leden	Vertegenwoordigster van het Bureau
DEBYSER Zeger (nl)	DEBYSER Zeger	COSYNS Paul	CAEYMAEX Florence
PIRARD Virginie (fr)	PIRARD Virginie	DE LEPELEIRE Jan	
		DEVISCH Ignaas	
		DE VLEESCHAUWER Vera	
		HERREMANS Jacqueline	
		LAMBERT Charlotte	
		LIBBRECHT Julien	
		LOOBUYCK Patrick	
		MESSINNE Jules	
		PINXTEN Wim	

Leden van het secretariaat
BERTRAND Sophie
DESEYN Beatrijs
WELTENS Veerle

Dit advies kan worden geraadpleegd op www.health.belgium.be/bioeth.

* * *

COMITÉ CONSULTATIF DE
Bioéthique
DE BELGIQUE

4 mars 2021

A l'attention des Membres de la Commission de la santé et de l'égalité des chances de la Chambre des représentants

votre correspondant
Sophie Bertrand

téléphone
02 524 91 84

courriel
sophie.bertrand@health.fgov.be

nos références

vos références

Monsieur le Président, Mesdames et Messieurs les députés,

Nous avons pris note de votre demande, manifestée[1] après notre audition du 2 février 2022[2] par laquelle vous indiquez souhaiter notre avis « sur la valeur épidémiologique du Covid Safe Ticket et de son utilisation dans le cadre de la gestion de la pandémie ».
Afin de répondre à cette demande tout en respectant le cadre des procédures de fonctionnement du Comité consultatif de Bioéthique (le Comité n'est pas habilité à donner un avis d'ordre épidémiologique même s'il tient compte des données épidémiologiques disponibles), nous proposons dans les lignes qui suivent une synthèse des considérations éthiques émises par le Comité concernant le Covid Safe Ticket (CST) et son utilisation dans le cadre de la gestion de la pandémie causée par le Sars-CoV-2. A chaque fois que cela apparaîtra pertinent, il sera indiqué en quoi le contexte actuel diffère, à la fois au plan des connaissances disponibles et au plan épidémiologique, de celui qui était à l'œuvre au moment de la rédaction et de la publication des avis du Comité.

1. Les avis du CCB relatifs au CST

Le Comité consultatif de Bioéthique a, au cours de la pandémie, rédigé deux avis qui abordent le CST : l'avis n° 77 du 10 mai 2021 sur les « considérations éthiques et sociétales liées à la mise en place d'un " pass corona" et d'autres mesures transitoires d'assouplissement des contraintes sanitaires » et l'avis n° 80 du 13 décembre 2021 relatif

[1] Par mail envoyé par le secrétariat de la Commission en date du 16 février
[2] à la suite de l'audition de Madame V. Pirard et de Monsieur Z. Debyser par la Commission.

Avenue Galilée, 5/2
1210 Bruxelles
t 02 524 91 87
www.health.belgium.be/bioeth

« aux enjeux éthiques liés à la vaccination obligatoire de la population adulte (18 ans et plus) en période de pandémie ».[3]

Les circonstances épidémiologiques ont largement évolué depuis le moment où l'avis n° 77 a été rendu (le 10 mai 2021). Il est donc nécessaire de tenir compte de cette évolution et de recontextualiser les considérations éthiques du Comité au vu de l'évolution des connaissances relatives à la protection vaccinale d'une part, et en tenant compte du contexte sanitaire actuel d'autre part. Ceci fut d'ailleurs souligné lors de l'audition du Comité début février, à la Commission de la santé et de l'égalité des chances.

2. Description du processus de réflexion qui a conduit à l'avis n° 77.

A partir de décembre 2020, après des essais cliniques à grande échelle, il est apparu que les vaccins à ARNm de Pfizer et Moderna et les vaccins à vecteur viral d'Astra Zeneca et Janssen étaient sûrs et hautement efficaces (> 90 %) contre la maladie, l'hospitalisation et le décès causés par le SarS-CoV-2. L'effet sur la transmission n'a pas été immédiatement étudié et des données à ce sujet n'étaient donc pas disponibles [4, 5, 6].

Initialement, le Comité consultatif de Bioéthique s'est montré réticent à autoriser l'utilisation d'un « pass corona » chez les personnes vaccinées car l'effet des vaccins sur l'infection asymptomatique et sur la transmission n'avait pas été démontré. Le gouvernement a également recommandé dans un premier temps que les personnes vaccinées continuent à porter le masque buccal.

[3] Comité consultatif de Bioéthique de Belgique. avis n°77 du 10 mai 2021 relatif aux considérations éthiques et sociétales liées à la mise en place d'un « pass corona » et d'autres mesures transitoires d'assouplissement des contraintes sanitaires, (https://www.health.belgium.be/fr/liste-des-avis).
[4] Baden LR, et al. Groupe d'étude COVE. Efficacité et sécurité du vaccin mRNA-123 SARS-CoV-2. N Engl J Med. 2021;384:403-16. DOI: 10.1056/NEJMoa2035389.
[5] Oliver SE, et al. Recommandation provisoire du Comité consultatif sur les pratiques de vaccination concernant l'utilisation du vaccin Moderna COVID-19 - États-Unis, décembre 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2021 ;69(5152):1653-1656. DOI: http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm695152e1.
[6] Voysey M, et al. Sécurité et efficacité du vaccin ChAdOx1 nCoV-19 (AZD1222) contre le SRAS-CoV-2 : une analyse intermédiaire de quatre essais contrôlés randomisés au Brésil, en Afrique du Sud et au Royaume-Uni. Lancet. 2020. DOI : 10.1016/S0140-6736(20)32661-1.

Cependant, en mars 2021, trois études ont été publiées montrant que les vaccins à ARNm et les vaccins à vecteur viral offraient une protection de 90 % contre l'infection et la transmission [7, 8, 9].

Ces études nous ont incités (comme ce fut le cas dans de nombreux autres pays) à considérer qu'il pouvait être acceptable, au plan éthique, d'accorder plus de liberté aux personnes pouvant attester d'un profil de risque abaissé, soit en raison d'une vaccination complète, soit parce qu'elles avaient contracté l'infection, soit parce qu'elles s'étaient soumises aux tests préconisés. Bien que clairement défavorable au type de division sociale qu'introduisait le CST, le Comité a considéré que le recours à cet outil était acceptable, à certaines conditions bien définies, dès lors qu'il permettait la reprise de certaines activités sociales dans un cadre où le risque de contamination était maitrisé.
Il s'agissait ainsi de répondre à la souffrance sociale, exprimée par beaucoup de citoyens, générée par la restriction apportée aux contacts sociaux dans le cadre des mesures sanitaires.

L'avis n° 77 fixe dès lors des conditions très strictes à l'utilisation du « pass corona » Le Comité souligne qu'il ne peut s'agir que d'un instrument temporaire, visant à permettre de relancer les activités sociales et il énonce clairement ses préoccupations au plan éthiques : " si des mesures transitoires différenciées ne sont pas discriminatoires au plan juridique, elles n'en soulèvent pas moins **des enjeux éthiques majeurs liés** (i) aux divisions *sociales* qu'elles sont susceptibles d'entraîner, notamment aux dépens des publics qui échappent à l'offre de vaccination et sont de manière générale éloignés des systèmes de santé et (ii) au type de fonctionnement social qu'elles semblent valider implicitement, fondé sur la surveillance, le contrôle et l'usage, au moins temporaire, de données individuelles de santé (sensibles par définition)."

[7] Levine-Tiefenbrun M, et al. Premier rapport sur la diminution de la charge virale du SARS-CoV-2 après inoculation du vaccin BNT162b2. Nat Med. 2021. 29 mars. DOI : 10.1038/s41591-021-01316-7.
[8] Thompson MG, et al. No. 13 495. Interim estimates of vaccine effectiveness of BNT162b2 and mRNA-1273 COVID-19 vaccines in preventing SARS-CoV-2 infection among health care personnel, first responders, and other essential and frontline workers - eight U.S. locations, December 2020-March 2021. Morbidity and Mortality Weekly Report US Department of Health and Human Services/Centers for Disease Control and Prevention. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2021;70:495-500. DOI: http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm7013e3.
[9] Hall V, et al. Efficacité du vaccin à ARNm BNT162b2 contre l'infection et couverture du vaccin COVID-19 2 chez les travailleurs de la santé en Angleterre, étude de cohorte prospective multicentrique (l'étude 3 SIREN). Lancet. 2021:S0140-6736(21)00790-X. doi: 10.1016/S0140-6736(21)00790-X.

Afin d'éviter toute discrimination, le Comité a ainsi précisé que le «pass corona» devait intégrer ce qu'on appelle aujourd'hui les "3G ": Il est important de rappeler que le Comité n'a pas considéré le «pass corona» comme un outil devant permettre d'augmenter la couverture vaccinale: comme il l'a précisé, le recours à cet outil :« ne peut avoir pour fonction de rendre, par des voies détournées, la vaccination obligatoire ». En outre, il demande à ce que le «pass corona» soit utilisé prioritairement pour de grands événements et que si son usage est envisagé dans la vie quotidienne, il soit organisé au préalable un débat sociétal . En tout état de cause, le Comité a insisté pour que le «pass corona» ne soit jamais utilisée pour l'accès des patients aux soins de santé, pour les magasins d'alimentation et pour l'accès à l'enseignement obligatoire.

Si la décision des autorités d'utiliser les «pass corona» pour permettre les déplacements au sein de l'UE, suite au certificat vert numérique de l'UE, était conforme à l'esprit de l'avis n° 77, force est de constater que le Covid Safe Ticket a été mis en œuvre très largement et, de façon manifeste, pour contraindre à la vaccination. La discussion récente visant à passer des 3G à la 1G (en dehors du recours à la vaccination obligatoire) s'inscrit dans la même dynamique et appelle les mêmes réserves au regard des considérations et points d'attentions énoncés par le Comité.

3. Evolution des connaissances scientifiques relatives aux vaccins disponibles et données scientifiques émanant d'Israël.

Au cours de l'été 2021, de premières données issues d'Israël montrent que l'immunité décline dans le temps après deux doses de vaccin à ARNm. Cette immunité réduite est associée à un risque accru de réinfection, de transmission et, dans le cas des personnes âgées et des personnes fragiles, à un risque plus élevé d'hospitalisation. L'effet permanent de la protection vaccinale suite à la deuxième dose a apparemment été surestimé.

Ce signal selon lequel l'immunité induite par le vaccin contre l'infection et la transmission était limitée dans le temps (elle était donc transitoire) n'a été pris en compte qu'avec retard dans notre pays. Le CST a été successivement introduit à Bruxelles, en Wallonie et en Flandre[10] dans le courant du mois d'octobre 2021. A ce jour, les 3 régions du pays présentent des taux de vaccination différents:
Bruxelles et, dans une moindre mesure, la Wallonie, ont des taux de vaccination inférieurs à celui de la Flandre.

[10] Le CST a été présenté à tort comme une alternative au masque buccal, par exemple dans le secteur de la restauration.

Le Comité n'a pas été consulté sur la mise en œuvre du CST chez les moins de 18 ans[11].

4. Considérations additionnelles relatives aux éléments exposés ci-avant.

Contrairement à ce qui était anticipé au moment où l'avis n°77 a été rendu (en mai 2021), l'évolution des connaissances scientifiques a mis en évidence que le CST, en l'état actuel, ne permet pas, en tant qu'instrument sanitaire, d'attester d'un niveau de risque abaissé car la protection induite par la vaccination contre l'infection et la transmission disparaît progressivement et n'est donc pas garantie. Comme plusieurs études (automne 2021) l'ont confirmé, la protection induite par le vaccin contre l'infection et la transmission diminue au cours du temps[12, 13]. Ce déclin de l'immunité contre l'infection et la transmission conférée par la vaccination varie selon l'âge, le sexe et le type de vaccin. Il apparaît dès lors que l'utilisation binaire du CST (vert/rouge) n'a donc aucun corrélat biomédical. On note encore que les personnes vulnérables (à haut risque de formes graves), qui ont été vaccinées en premier, perdront leur protection plus rapidement.

Il est vrai que la communication autour des vaccins et du CST ont pu contribuer à créer un faux sentiment de sécurité, ce qui a conduit certains citoyens à majorer leurs contacts: Les experts belges affirment que les personnes vaccinées ont nourri 2 fois plus de contacts que les personnes non vaccinées[14]. Cela peut avoir contribué à l'incidence élevée au cours de la quatrième vague, en particulier en Flandre. Comme pointé lors de l'audition du 2 février 2022, des recherches scientifiques supplémentaires[15] comparant les hospitalisations entre les trois régions (ayant une couverture vaccinale différente) lors de la quatrième vague pourraient fournir, le cas échéant, des informations précieuses quant à l'impact sur les services de soins de la couverture vaccinale et de l'utilisation du CST avant et après sa mise en application.

---

[11] Le Conseil supérieur de la Santé (Avis 9655) a explicitement déconseillé de faire une distinction sur la base de la couverture vaccinale dans le groupe d'âge < 18 ans.
https://www.health.belgium.be/fr/avis-9655-vaccination-contre-le-sars-cov-2-partir-de-12-ans

[12] Cohn B. A. et al, SARS-CoV-2 vaccine protection and deaths among US veterans during 2021Science 2021 (DOI : 10.1126/science.abm0620).

[13] Levin E.G. et al, Diminution de la réponse immuno-humorale au vaccin BNT162b2 Covid-19 sur 6 mois. N Engl J Med 2021 ; 385:e84 DOI : 10.1056/NEJMoa2114583

[14] https://www.demorgen.be/nieuws/viroloog-emmanuel-andre-covid-safe-ticket-leidde-tot-meer-besmettingen~bae41a3e/

[15] Une étude de l'Université de technologie de Delft aux Pays-Bas a montré que le recours aux tests de dépistage permettent d'attester d'un profil de risque abaissé de façon plus certaine qu'un statut vaccinal ou un certificat de guérison. https://www.tudelft.nl/2022/tu-delft/effectiviteit-van-2g-en-3g-is-afgenomen.
Voir aussi l'étude suivante (en préprint) indiquant_qu'il faut exclure 1000 personnes non vaccinées pour stopper une infection, ce qui représente une efficacité très faible. Préprint Prosser et al. : Évaluation du nombre de personnes non vaccinées à exclure pour prévenir les transmissions du SARS-CoV-2. DOI https://doi.org/10.1101/2021.12.08.21267162

Pour finir, il convient de rappeler, comme le Comité l'a fait dans son avis 77, que le recours au CST doit pouvoir justifier d'un rapport de proportionnalité entre la restriction imposée aux libertés et l'objectif visé. Dès lors, il est certainement nécessaire de réévaluer ce rapport de proportionnalité dans le contexte du variant omicron plus contagieux[16], mais moins pathogène.

5. Conclusions

1. Sur l'usage du CST en tant qu'incitation forte à la vaccination: dans ses deux avis, le Comité s'est opposé à l'utilisation du CST (3G, 2G ou 1G) pour contraindre de façon détournée les citoyens à se faire vacciner. Cette objection est motivée en particulier par la valeur éthique qu'il convient de donner à une communication claire, loyale et transparente avec les citoyens, et sur la nécessité que les autorités endossent la responsabilité des décisions qu'elles souhaitent prendre et mettent en œuvre les conditions les plus équilibrées et sécurisées pour accompagner ces décisions, au bénéfice des citoyens .

2. Sur l'usage du CST en tant qu'outil de sécurisation au plan sanitaire: comme exposé ci-avant , le CST n'apparait pas comme un outil attestant, avec suffisamment de sécurité et de constance, d'un niveau de risque abaissé car : (a) l'effet protecteur de la vaccination contre l'infection et la transmission s'est avéré temporaire avec les vaccins actuellement disponibles et (b) l'utilisation du CST s'est avérée contre-productive en raison du faux sentiment de sécurité qui a conduit les citoyens porteurs du CST à nouer davantage de contacts. Ne pouvant faire la preuve de son efficacité comme mesure de santé publique, la poursuite de l'usage du CST semble dès lors difficilement justifiable sur le plan éthique, notamment en raison des divisions sociales qu'il est susceptible d'entrainer ainsi que du type de fonctionnement social qu'il semble valider implicitement, fondé sur la surveillance, le contrôle et l'usage, au moins temporaire, de données individuelles de santé, comme cela a été souligné dans l'avis 77[17].

[16] L'effet protecteur de 2 doses de vaccin contre l'infection/la transmission diminue avec le temps. Une troisième injection rétablit temporairement et partiellement cette protection. Des études menées dans des foyers danois indiquent un effet limité de moins de 50%, (plutôt 20-30%). Voir https://doi.org/10.1101/2021.12.27.21268278 ethttps://doi.org/10.1101/2022.01.28.22270044

[17] Comité consultatif de Bioéthique de Belgique. avis n°77 du 10 mai 2021 relatif aux considérations éthiques et sociétales liées à la mise en place d'un « pass corona » et d'autres mesures transitoires d'assouplissement des contraintes sanitaires, (https://www.health.belgium.be/fr/liste-des-avis).

Il est évident que malgré une protection transitoire des vaccins actuels contre l'infection et la transmission, la vaccination contre la COVID 19 a permis d'épargner des milliers de vies et de prévenir nombre d'hospitalisations de longue durée. Elle a donc été un outil majeur de santé publique dans le cadre de la présente crise et ceci doit être, une fois de plus, souligné.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, Mesdames et Messieurs les députés, l'assurance de notre haute considération.

Jan De Lepeleire,

Président du Comité consultatif de Bioéthique de Belgique (2021-2022)



Virginie Pirard et **Zeger Debyser**,

Co-présidents de la commission restreinte "vaccination"





BELGISCH RAADGEVEND COMITÉ VOOR
Bio-ethiek

4 maart 2022

Aan de leden van de Commissie
Volksgezondheid en Gelijke Kansen van de
Kamer van Volksvertegenwoordigers

contactpersoon
Sophie Bertrand

telefoon
02 524 91 84

e-mail
sophie.bertrand@health.fgov.be

ons kenmerk

uw kenmerk

Mijnheer de Voorzitter, geachte leden van het Parlement,

Wij hebben nota genomen van uw verzoek[1], gedaan na onze hoorzitting van 2 februari 2022[2], waarin u stelt dat u ons advies wenst "over de epidemiologische waarde van het Covid Safe Ticket en het gebruik ervan bij de beheersing van de pandemie.
Om aan dit verzoek te voldoen met inachtneming van de werkingsprocedure van het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek (het Comité is niet bevoegd om een epidemiologisch advies uit te brengen zelfs indien het rekening houdt met de beschikbare epidemiologische gegevens), stellen wij in het vervolg van deze brief een samenvatting voor van de ethische overwegingen die het Comité heeft geformuleerd met betrekking tot het Covid Safe Ticket (CST) en het gebruik ervan bij de beheersing van de pandemie veroorzaakt door Sars-CoV-2. Waar dat relevant is, zal worden aangegeven hoe de huidige context verschilt, zowel wat de beschikbare kennis als wat de epidemiologie betreft, van die welke gold ten tijde van de opstelling en publicatie van de adviezen van het Comité.

1. Adviezen van het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek over het Covid Safe Ticket

Het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek heeft tijdens de pandemie twee adviezen opgesteld die betrekking hebben op het Covid Safe Ticket (CST): advies nr. 77 van 10 mei 2021 betreffende de ethische en maatschappelijke overwegingen bij het invoeren van een 'coronapas' en andere overgangsmaatregelen om vrijheidsbeperkingen af te bouwen en advies

[1] Per e-mail verzonden door het secretariaat van de Commissie op 16 februari.
[2] Volgend op de hoorzitting van mevrouw Pirard en de heer Debyser door de Commissie.

nr. 80 van 13 december 2021 betreffende de ethische uitdagingen van een verplichte vaccinatie van de volwassen bevolking (18 jaar en ouder) tijdens een pandemie[3].

De epidemiologische omstandigheden zijn aanzienlijk veranderd sinds advies nr. 77 werd uitgebracht (10 mei 2021). Daarom moet met deze ontwikkelingen rekening worden gehouden en moeten de ethische overwegingen van het Comité in de huidige context worden geplaatst in het licht van de evolutie van de kennis over de vaccinatiebescherming enerzijds en de huidige situatie op vlak van de volksgezondheid anderzijds. Dit werd ook benadrukt tijdens de hoorzitting van het Comité begin februari voor de Commissie Gezondheid en Gelijke kansen.

2. Beschrijving van het denkproces dat tot het advies nr 77 heeft geleid

In december 2020 werd uit de grootschalige klinische studies duidelijk dat de mRNA vaccins van Pfizer en Moderna en de virale vector vaccins van Astra Zeneca en Janssen veilig waren en zeer effectief (> 90%) tegen ziekte, ziekenhuisopname en overlijden veroorzaakt door SARS-CoV-2; het effect op overdracht werd niet meteen onderzocht en de gegevens daarover waren dus niet beschikbaar.[4] [5] [6]

Het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek stond aanvankelijk weigerachtig ten opzichte van het gebruik van een coronapas bij gevaccineerden omdat het effect van de vaccins op asymptomatische infectie en op overdracht niet waren aangetoond. Ook de overheid raadde gevaccineerden aanvankelijk aan het mondmasker te blijven dragen.

[3] Advies nr. 77 van 10 mei 2021 betreffende de ethische en maatschappelijke overwegingen bij het invoeren van een coronapas en andere overgangsmaatregelen om vrijheidsbeperkingen af te bouwen, p. 47

[4] Baden LR, et al. COVE Study Group. Efficacy and safety of the mRNA-1273 SARS-CoV-2 vaccine. N Engl J Med. 2021;384:403-16. DOI: 10.1056/NEJMoa2035389.

[5] Oliver SE, et al. The Advisory Committee on immunization practices' interim recommendation for use of Modera COVID-19 vaccine – United States, December 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2021 ;69(5152):1653-1656. DOI: http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm695152e1.

[6] Voysey M, et al. Safety and efficacy of the ChAdOx1 nCoV-19 vaccine (AZD1222) against SARS-CoV-2: an interim analysis of four randomised controlled trials in Brazil, South Africa, and the UK. Lancet. 2020. DOI : 10.1016/S0140-6736(20)32661-1.

In maart 2021 werden echter drie studies gepubliceerd waaruit bleek dat mRNA vaccins en de virale vectorvaccins 90% bescherming boden tegen infectie en overdracht.[7] [8] [9]

Deze studies hebben ons ertoe gebracht (zoals in vele andere landen) te overwegen dat het ethisch aanvaardbaar zou kunnen zijn meer vrijheid te geven aan mensen die een verlaagd risicoprofiel kunnen aantonen, hetzij omdat zij volledig zijn gevaccineerd, hetzij omdat zij besmet zijn geraakt, hetzij omdat zij de aanbevolen tests hebben ondergaan. Hoewel het Comité duidelijk het type van sociale tweedeling dat door het CST werd ingevoerd, ongunstig vond, was het Comité van oordeel dat het gebruik van dit instrument onder bepaalde welomschreven voorwaarden aanvaardbaar was, zolang het de hervatting van bepaalde sociale activiteiten mogelijk maakte in een context waarin het risico op besmetting onder controle was.
Het doel was te antwoorden op het sociale leed dat veel burgers ondervonden als gevolg van de beperking van de sociale contacten in het kader van gezondheidsmaatregelen.

Advies nr. 77 stelt dus zeer strikte voorwaarden aan het gebruik van een coronapas. Het Comité benadrukt dat dit slechts een tijdelijk instrument kan zijn, bedoeld om de sociale activiteiten een impuls te geven, en het geeft duidelijk blijk van zijn ethische bezwaren: “Ook al zijn gedifferentieerde overgangsmaatregelen niet discriminerend in juridische zin, het Comité wijst er toch op dat ze niettemin **belangrijke ethische vragen** oproepen: (i) m.b.t. de sociale verdeeldheid die zij zouden kunnen met zich meebrengen, met name wat betreft diegenen die niet bereikt worden door de vaccinatiecampagne en in het algemeen onvoldoende toegang hebben tot het gezondheidszorgsysteem (ii) de sociale omgangsvorm die zij impliciet naar voor schuiven en die gebaseerd is op bewaking, controle en het althans tijdelijke gebruik van persoonlijke medische gegevens”.

Om elke vorm van discriminatie te voorkomen, heeft het Comité verduidelijkt dat het coronapas de zogenaamde "3G" moest omvatten: het is belangrijk eraan te herinneren dat het Comité het coronapas niet heeft beschouwd als een instrument om de vaccinatiegraad te

[7] Levine-Tiefenbrun M, et al. Initial report of decreased SARS-CoV-2 viral load after inoculation with BNT162b2 vaccine. Nat Med. 2021. 29 mars. DOI : 10.1038/s41591-021-01316-7.
[8] Thompson MG, et al. No. 13 495. Interim estimates of vaccine effectiveness of BNT162b2 and mRNA-1273 COVID-19 vaccines in preventing SARS-CoV-2 infection among health care personnel, first responders, and other essential and frontline workers - eight U.S. locations, December 2020-March 2021. Morbidity and Mortality Weekly Report US Department of Health and Human Services/Centers for Disease Control and Prevention MMWR / 2 April 2021 / Vol. 70 /-. DOI: http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm7013e3.
[9] Hall V, et al. COVID-19 vaccine coverage in health-care workers in England and effectiveness of BNT162b2 mRNA vaccine against infection (SIREN) : a prospective, multicentre, cohort study (study 3 SIREN). Lancet. 2021:S0140-6736(21)00790-X. DOI: 10.1016/S0140-6736(21)00790-X.

verhogen: zoals het Comité heeft gepreciseerd, mag dit instrument "niet worden gebruikt om vaccinatie via de achterdeur verplicht te stellen". Voorts vraagt het Comité dat de coronapas in de eerste plaats wordt gebruikt voor grote evenementen en dat, indien het gebruik ervan in het dagelijks leven wordt overwogen, vooraf een maatschappelijk debat wordt georganiseerd. Het Comité heeft er in ieder geval op aangedrongen dat de coronapas nooit zou worden gebruikt voor de toegang van patiënten tot de gezondheidszorg, tot voedingswinkels en voor de toegang tot het verplicht onderwijs.

Hoewel het besluit van de overheid om de coronapas te gebruiken om reizen binnen de Europese Unie mogelijk te maken, ingevolge het digitale groene certificaat van de EU, in overeenstemming was met de geest van advies nr. 77, moet worden opgemerkt dat het covid safe ticket op grote schaal en overduidelijk is gebruikt om vaccinatie af te dwingen. De recente discussie over de overgang van 3G naar 1G (afgezien van de verplichte vaccinatie) past in dezelfde dynamiek en noopt tot dezelfde terughoudendheid in het licht van de overwegingen en aandachtspunten die door het Comité werden geformuleerd.

3. Voortschrijdend inzicht in de wetenschappelijke kennis over de beschikbare vaccins en wetenschappelijke gegevens uit Israël.

In de zomer van 2021 tonen de eerste gegevens uit Israël aan dat de immuniteit afneemt in de tijd na twee doses van het mRNA-vaccin. Deze verminderde immuniteit gaat gepaard met een verhoogd risico op herinfectie, overdracht en, in het geval van ouderen en kwetsbare personen, een hoger risico op ziekenhuisopname. Het blijvend beschermend effect van de vaccinatie na de tweede dosis is blijkbaar overschat.

Met dit signaal dat de door vaccinatie geïnduceerde immuniteit tegen infectie en overdracht in de tijd beperkt was (en dus van voorbijgaande aard), werd in ons land pas met vertraging rekening gehouden. Het CST werd in oktober 2021 achtereenvolgens ingevoerd in Brussel, Wallonië en in Vlaanderen[10]. Op dit moment hebben de 3 regio's van het land verschillende vaccinatiegraden: Brussel en, in mindere mate, Wallonië, hebben een lagere vaccinatiegraad dan Vlaanderen.

Het Comité is niet geraadpleegd over de invoering van het CST voor jongeren onder de 18 jaar.[11]

[10] Het CST is verkeerdelijk voorgesteld geweest als een alternatief voor het mondmasker, bv. in de horeca.
[11] De Hoge Gezondheidsraad (advies 9655) heeft uitdrukkelijk afgeraden om een onderscheid te maken op basis van de vaccinatiegraad in de leeftijdsgroep < 18 jaar.
Zie https://www.health.belgium.be/nl/advies-9655-vaccinatie-tegen-sars-cov-2-vanaf-12-jaar.

4. Aanvullende overwegingen bij bovenstaande elementen

In tegenstelling tot waarop werd geanticipeerd toen advies nr. 77 werd uitgebracht (in mei 2021), is uit de evolutie van de wetenschappelijke kennis gebleken dat het CST in zijn huidige vorm als gezondheidsinstrument niet toelaat een verlaagd risiconiveau te bevestigen, omdat de door vaccinatie geïnduceerde bescherming tegen infectie en overdracht geleidelijk verdwijnt en dus niet gewaarborgd is. Zoals verschillende studies (najaar 2021) hebben bevestigd, neemt de door vaccinatie geïnduceerde bescherming tegen infectie en overdracht in de loop van de tijd af.[12] [13] Deze afname van de vaccin-geïnduceerde immuniteit tegen infectie en overdracht, varieert met de leeftijd, het geslacht en het type vaccin. Het lijkt er dus op dat het binaire gebruik van het CST (groen/rood) geen enkele biomedische correlatie heeft. Ook wordt opgemerkt dat kwetsbare personen (met een hoog risico op ernstige vormen), die het eerst werden gevaccineerd, hun bescherming sneller zullen verliezen…

Het is waar dat de communicatie rond de vaccins en het CST kan hebben bijgedragen tot een vals gevoel van veiligheid, wat sommige burgers ertoe heeft aangezet hun contacten uit te breiden: Belgische deskundigen bevestigen dat gevaccineerden twee keer zoveel contacten hadden als niet-gevaccineerden[14]. Dit kan hebben bijgedragen tot de hoge incidentie in de vierde golf, vooral in Vlaanderen. Zoals tijdens de hoorzitting van 2 februari 2022 werd opgemerkt, zou verder wetenschappelijk onderzoek[15] waarbij de ziekenhuisopnames tussen de drie Gewesten met een verschillende vaccinatiegraad tijdens de vierde golf worden vergeleken, desgevallend waardevolle informatie kunnen opleveren over de eventuele impact van de vaccinatiegraad op de gezondheidsdiensten en van het gebruik van het CST voor en na de invoering ervan op de zorgbelasting.

Ten slotte wordt eraan herinnerd, zoals het Comité in zijn advies nr. 77 heeft geformuleerd, dat een beroep op het CST de proportionaliteit tussen de opgelegde beperking van de

---

[12] Cohn B. A. et al, SARS-CoV-2 vaccine protection and deaths among US veterans during 2021. Science 2021. DOI : 10.1126/science.abm0620

[13] Levin E.G. et al, Waning immune humoral response to BNT162b2 Covid-19 vaccine over 6 months. N Engl J Med 2021 ; 385:e84. DOI : 10.1056/NEJMoa2114583

[14] https://www.demorgen.be/nieuws/viroloog-emmanuel-andre-covid-safe-ticket-leidde-tot-meer-besmettingen~bae41a3e/

[15] Uit een Nederlandse studie van de Technische Universiteit Delft is gebleken dat het gebruik van screeningtests meer zekerheid biedt om een verlaagd risicoprofiel te bevestigen dan vaccinatiestatus of herstelcertificaat. https://www.tudelft.nl/2022/tu-delft/effectiviteit-van-2g-en-3g-is-afgenomen
Zie ook de volgende studie (preprint) waaruit blijkt dat duizend niet-gevaccineerden moeten worden uitgesloten om een infectie te stoppen, wat neerkomt op een zeer lage doeltreffendheid: Preprint Prosser et al. : Evaluating the number of unvaccinated people needed to exclude to prevent SARS-CoV-2 transmissions. DOI https://doi.org/10.1101/2021.12.08.21267162

vrijheden en het nagestreefde doel moet kunnen rechtvaardigen. Het is daarom zeker nodig deze proportionaliteit opnieuw te beoordelen in de context van de besmettelijkere[16] maar minder ziekmakende omikron-variant.

5. Conclusies

1. Over het gebruik van het CST als sterke prikkel om te vaccineren: in zijn twee adviezen heeft het Comité bezwaar gemaakt tegen het gebruik van het CST (3G, 2G of 1G) om burgers te dwingen zich te laten vaccineren. Dit bezwaar is met name ingegeven door de ethische waarde van een duidelijke, eerlijke en transparante communicatie met de burgers, en door de noodzaak dat de overheid de verantwoordelijkheid op zich neemt voor de beslissingen die zij wenst te nemen en dat zij de meest evenwichtige en veilige voorwaarden schept om deze beslissingen te begeleiden, in het belang van de burgers.

2. Over het gebruik van het CST als instrument voor de veiligheid van de volksgezondheid: zoals hierboven werd besproken, lijkt het CST geen instrument te zijn dat voldoende veilig en consistent bewijs van een verlaagd risiconiveau oplevert, omdat: (a) het beschermende effect van vaccinatie tegen besmetting en overdracht met de thans beschikbare vaccins tijdelijk is gebleken en b) het gebruik van het CST contraproductief is gebleken door het vals gevoel van veiligheid dat heeft geleid tot meer contacten tussen burgers met een CST. Aangezien de doeltreffendheid van het CST als volksgezondheidsmaatregel niet kan worden aangetoond, lijkt het verdere gebruik ervan vanuit ethisch oogpunt moeilijk te rechtvaardigen, met name vanwege de sociale verdeeldheid die het met zich kan meebrengen en de sociale omgangsvorm die het impliciet naar voor schuift en die gebaseerd is op bewaking, controle en het althans tijdelijke gebruik van persoonlijke medische gegevens zoals in advies nr. 77[17] werd benadrukt.

   Het is duidelijk dat, ondanks de voorbijgaande bescherming van de huidige vaccins tegen infectie en overdracht, vaccinatie tegen COVID 19 duizenden levens heeft gered en vele langdurige ziekenhuisopnames heeft voorkomen. Vaccinatie is dus een belangrijk instrument geweest voor de volksgezondheid in de huidige crisis en dit moet nogmaals worden benadrukt.

---

[16] Het beschermend effect van twee dosissen van een vaccin tegen infectie en overdracht neemt in de loop van de tijd af. Een derde injectie herstelt deze bescherming tijdelijk en gedeeltelijk. Studies in Deense huishoudens wijzen op een beperkt effect van minder dan 50% (eerder 20-30%). Zie: https://doi.org/10.1101/2021.12.27.21268278 ethttps://doi.org/10.1101/2022.01.28.22270044

[17] Advies nr. 77 van 10 mei 2021 betreffende de ethische en maatschappelijke overwegingen bij het invoeren van een coronapas en andere overgangsmaatregelen om vrijheidsbeperkingen af te bouwen, p. 47.

Met de meeste hoogachting,

Jan De Lepeleire,

Voorzitter van het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek (2021-2022)



Virginie Pirard en **Zeger Debyser,**

Co-voorzitters van de beperkte commissie vaccinatie





Conseil
Supérieur de la Santé

COVID SAFE TICKET (RÉGIME 3G PAR RAPPORT AUX RÉGIMES 2G OU 1G) ET VACCINATION OBLIGATOIRE DANS LE CADRE DE LA PANDÉMIE DE COVID-19 ET D'OMICRON

FEVRIER 2022
CSS N° 9689



.be

DROITS D'AUTEUR

Service public Fédéral de la Santé publique, de la Sécurité de la Chaîne alimentaire et de l'Environnement

Conseil Supérieur de la Santé
Place Victor Horta 40 bte 10
B-1060 Bruxelles

Tél.: 02/524 97 97
E-mail: info.hgr-css@health.belgium.be

Tous droits d'auteur réservés.
Veuillez citer cette publication de la façon suivante:
Conseil Supérieur de la Santé. Covid Safe Ticket (régime 3G par rapport aux régimes 2G ou 1G) et vaccination obligatoire dans le cadre de la pandémie de COVID-19 et d'Omicron. Bruxelles: CSS; 2022. Avis n° 9689.

La version intégrale de l'avis peut être téléchargés à partir de la page web: **www.css-hgr.be**

Cette publication ne peut être vendue

Conseil
Supérieur de la Santé

ETAT DES CONNAISSANCES ET PRISE DE POSITION
DU CONSEIL SUPÉRIEUR DE LA SANTÉ N° 9689

Covid Safe Ticket (régime 3G par rapport aux régimes 2G ou 1G) et vaccination obligatoire dans le cadre de la pandémie de COVID-19 et d'Omicron

In this STATE OF KNOWLEDGE AND POSITION PAPER, which offers guidance to public health policy-makers, the Superior Health Council of Belgium provides some partial answers about the efficacy of the Covid Safe Ticket (3G [vaccinated, tested or cured], as currently applied in Belgium, vs 2G or 1G) and mandatory vaccination on the immunization coverage in the context of the COVID-19 pandemic and Omicron.

Version validée par le Bureau et le Collège le 2/02/2022.[1]

I. INTRODUCTION

Le Conseil Supérieur de la Santé (CSS) a reçu le 26 novembre 2021 une demande d'avis du Premier Ministre et du Ministre des Affaires Sociales et de la Santé Publique sur l'efficacité d'un Covid Safe Ticket (CST) ou d'une vaccination obligatoire sur la couverture vaccinale dans le contexte de la pandémie COVID-19 et Omicron (voir Annexe 1 – questions officielles en néerlandais).

Quatre questions spécifiques ont été posées au *National Immunisation Technical Advisory Group* (NITAG) dans le cadre d'Omicron :

1) Compte tenu des connaissances actuelles sur le virus et l'épidémie : quel est le niveau de vaccination nécessaire pour assurer une protection efficace des citoyens et de la population ?
2) Dans quelle mesure et sous quelles conditions les instruments possibles pour augmenter la couverture vaccinale (CST, vaccination obligatoire, autres) contribuent-ils à un meilleur contrôle de l'épidémie, d'une part en termes de circulation du virus et d'autre part en termes de limitation de la charge de la maladie, des hospitalisations et des décès ?
3) Quel est le potentiel de ces instruments en termes d'allègement des interventions non pharmaceutiques ?
4) Pour les questions ci-dessus, il convient également de tenir compte des données les plus récentes dans le domaine de l'efficacité des vaccins, de la nécessité de répéter les doses, de la mesure dans laquelle la guérison entraîne une protection, de l'évolution épidémiologique possible de la pandémie à l'endémisme, des nouveaux variants possibles, etc.

Toutes ces questions ne sont pas directement liées à l'expertise du NITAG-CSS ou il est très difficile (impossible ?) d'y répondre maintenant dans le contexte des incertitudes et de l'évolution des variants préoccupants (VOC) tels qu'Omicron.

[1] Le Conseil se réserve le droit de pouvoir apporter, à tout moment, des corrections typographiques mineures à ce document. Par contre, les corrections de sens sont d'office reprises dans un erratum et donnent lieu à une nouvelle version de l'avis.

Mais, comme cela se fait aussi actuellement dans d'autres pays, il semble avantageux de donner aux scientifiques belges la possibilité d'exprimer leur opinion concernant le statut et l'évolution du Covid Safe Ticket (CST), sur la base des options suivantes :

- CST - 3G (vacciné, testé ou guéri - comme appliqué actuellement en Belgique),
- CST - 2G (vacciné ou guéri),
- CST - 1G (vacciné),

et/ou

- vaccination COVID-19 obligatoire.

Afin de mieux étayer les réponses qui seront fournies aux autorités par le CSS et le Comité consultatif de bioéthique de Belgique (CCBB) à ces questions, le Bureau et le Collège ont décidé de demander directement l'avis des experts du CSS sous la forme d'une enquête en ligne concernant l'étendue du système CST ou la possibilité d'une vaccination obligatoire contre la COVID-19 en Belgique. 300 scientifiques belges (expertise dans un très large éventail de sujets, pas nécessairement les maladies infectieuses/vaccins) sur les 1 769 qui font partie du réseau d'experts du CSS ont répondu à l'enquête en ligne.

Pour information, les pays qui rendent déjà les vaccins COVID-19 « obligatoires » pour tous les adultes, les fonctionnaires, les travailleurs des secteurs public et privé, les travailleurs de la santé, les autres travailleurs, les enfants, les personnes âgées ou l'entrée dans les lieux publics, etc. sont compilés par Reuters (31/12/2021) :

https://www.reuters.com/business/healthcare-pharmaceuticals/countries-making-covid-19-vaccines-mandatory-2021-08-16/

II. MÉTHODOLOGIE

La demande a été traitée par le Bureau et le Collège en étroite relation avec le Président et certains experts du groupe permanent Vaccination (NITAG). Les experts du Bureau et du Collège ont rempli une déclaration générale et ad hoc d'intérêts et la Commission de Déontologie a évalué le risque potentiel de conflits d'intérêts.

L'avis est basé sur une revue de la littérature scientifique, publiée à la fois dans des journaux scientifiques révisés par des pairs, des articles en preprint et des rapports d'organisations nationales et internationales compétentes en la matière, ainsi que sur l'opinion des experts.

Cet exposé de l'état des connaissances et prise de position a été validé par les membres du Bureau et du Collège du CSS.

III. MESSAGES CLÉS

1) Compte tenu de la très forte contagiosité du VOC Omicron et de la couverture vaccinale belge pour la troisième dose, une moindre gravité de ce variant ne signifie pas que le système hospitalier et la première ligne ne seront pas fortement mis sous pression dans les semaines et les mois à venir.

   En combinant les estimations sur la pénétration prévue d'Omicron basées sur les données sur l'absence de détection du gène S (SGTF) pour la Belgique avec la dynamique de transmission estimée actuellement en Belgique, **le modèle prévoit un nombre croissant d'infections et d'hospitalisations par le VOC d'Omicron dans les semaines à venir, avec des admissions à l'hôpital dépassant probablement celles observées lors de la quatrième vague.** Bien que le risque relatif d'admission à l'hôpital par infection soit estimé, à partir d'observations internationales, comme étant plus faible pour Omicron que pour Delta, **l'incidence élevée attendue d'infections touchant tous les groupes d'âge pourrait néanmoins faire peser une lourde charge sur le système de soins de santé, tant au niveau des soins primaires que des hôpitaux,** mais probablement moins marquée dans les unités de soins intensifs (SIMID, 05/01/2022).

2) Deux doses de vaccin ne sont pas suffisantes contre le variant Omicron. Un premier booster semble rétablir l'EV (mort - USI - hospitalisation) contre Omicron. Il y a plus d'incertitudes concernant l'EV contre les infections et la transmission dans le contexte du VOC Omicron. Il a été démontré que les vaccins (actuels) peuvent partiellement prévenir la transmission, mais la durée et l'amplitude de cet effet sont inconnues et semblent plus courtes. Pour les adultes et les personnes présentant des comorbidités en priorité, **les activités de communication des risques soulignant l'importance continue d'être complètement vacciné et de chercher à obtenir une dose de vaccin supplémentaire ou de rappel, restent d'une grande importance**.

3) Pour aider à contrôler la pandémie de COVID-19, **une combinaison d'actions et d'outils est nécessaire**. Les vaccins actuels COVID-19 sont très efficaces contre la mortalité, l'admission en USI et les hospitalisations dans le contexte d'Omicron. Cependant, aucun vaccin ne protège à 100 %. Par conséquent, en plus de la vaccination, le CSS insiste sur l'importance des interventions non pharmaceutiques (INP) telles que le maintien de l'hygiène des mains, la distanciation physique, les mesures barrière et la ventilation, y compris dans les espaces publics où ne se trouvent que des individus vaccinés. La réintroduction et le renforcement des INP sont nécessaires pour réduire la transmission continue du Delta, ralentir la propagation du VOC Omicron et faire en sorte que la charge liée au COVID-19 reste gérable.

4) **La planification de l'augmentation de la capacité et de la flexibilité des soins de santé pour traiter le nombre plus élevé attendu de cas dans les hôpitaux (pas nécessairement dans les unités de soins intensifs) et pour la première ligne doit être fortement envisagée.**

5) Les simulations du modèle belge sur la vaccination des enfants et des adultes (par le consortium SIMID) doivent être ajustées dès que des données suffisantes seront disponibles.

6) Concernant le CST ou la vaccination obligatoire contre la COVID-19

Le CSS considère qu'il est pertinent d'utiliser les moyens les plus optimaux pour inciter (ou encourager) les gens à se faire vacciner (comme le confirme l'échelle établie par le *Nuffield Council on Bioethics*). Les stratégies visant, par exemple, à utiliser d'autres outils de réduction des risques (tels que le CST) pour améliorer efficacement l'utilisation du vaccin et la situation épidémiologique devraient également être communiquées de manière transparente. **L'efficacité de ces mesures de réduction des risques doit être évaluée à l'aide des indicateurs les plus optimaux**.

L'utilisation d'un CST en Belgique, surtout pendant le pic de l'épidémie, n'exclut pas automatiquement la mise en œuvre de l'obligation de vaccination contre la COVID-19

ET

La mise en œuvre de l'obligation de la vaccination contre la COVID-19 en Belgique n'exclut pas automatiquement l'utilisation d'un CST, surtout pendant la période de pic de l'épidémie.

COVID SAFE TICKET (CST)

Le CST pourrait augmenter l'utilisation du vaccin, mais l'interprétation et le caractère transposable des résultats doivent être appréhendés dans le contexte des niveaux préexistants d'utilisation du vaccin et d'hésitation, des changements d'éligibilité et de la trajectoire de la pandémie. Le CST a entraîné une augmentation des vaccinations 20 jours avant la mise en œuvre anticipée, avec un effet durable jusqu'à 40 jours après. Les pays où le taux de vaccination avant l'intervention était inférieur à la moyenne ont connu une augmentation plus prononcée des vaccinations quotidiennes par rapport à ceux où le taux de vaccination était déjà moyen ou supérieur (ce qui est en fait le cas de la Belgique).

MAIS

Le CST peut être perçu de manière moins positive parmi les groupes sociodémographiques qui se regroupent dans les grandes zones urbaines.

Le CST pourrait avoir des retombées potentielles sur les programmes de vaccination de routine, en particulier ceux où la confiance générale dans les vaccinations est faible.

Le CST peut également entraîner un faux sentiment de sécurité, conduisant à l'abandon ou au relâchement peu judicieux des mesures non pharmacologiques destinées à endiguer la pandémie, telles que la distanciation sociale, l'hygiène des mains et le port de masques.

Enfin, s'il est acceptable d'utiliser des moyens pour encourager (ou inciter) les personnes à se faire vacciner, **il est beaucoup plus discutable et moins soutenu par les experts du CSS de configurer ces dispositifs d'incitation de manière à ce qu'ils entraînent une obligation cachée**.

VACCINATION COVID-19 DES ADULTES OBLIGATOIRE

Dans le contexte du COVID-19, la position de la vaccination obligatoire pour les travailleurs de la santé est soutenue par le CCBB et le CSS (CSS 9671, 2021 ; CCBB 75, 2020).

La vaccination obligatoire des mineurs par la COVID-19 n'entre pas dans le cadre de ce DOCUMENT DE POSITION à ce stade de nos connaissances scientifiques, éthiques et juridiques sur le sujet.

Comme le CCBB et d'autres groupes d'experts, le CSS estime que la vaccination obligatoire, si elle est retenue par les autorités, devrait être une décision exprimée de manière transparente par les autorités. Une communication transparente, un débat sociétal et des arbitrages politiques sont nécessaires pour mettre en place un niveau de coercition équitable et gérable pour la vaccination des adultes par la COVID-19 en Belgique.

Les effets de la vaccination obligatoire contre la COVID-19 sur la couverture vaccinale et l'effet de la couverture vaccinale sur les infections, les hospitalisations ou les décès en Belgique sont inconnus. Il est presque impossible d'extrapoler l'effet positif probable (faible ?) et les conclusions de publications (concernant d'autres maladies, des groupes spécifiques, dans d'autres pays et dans d'autres contextes) à la situation belge face à une pandémie mondiale de COVID-19. **Les pays qui imposent la vaccination sans prévoir de système de compensation sans faute pourraient être considérés comme abrogeant le contrat social.**

MAIS

Si, par la vaccination obligatoire contre la COVID-19, les autorités décident de limiter la mortalité, l'obligation de vaccination pourrait être imposée, par exemple :

- pour toutes les personnes âgées de 65 ans et plus

Si, par la vaccination obligatoire contre la COVID-19, les autorités décident de limiter la surcharge des hôpitaux et le report des soins, l'obligation de vaccination pourrait être imposée, par exemple :

- à toutes les personnes de 40 ans et plus

Si, par la vaccination obligatoire contre la COVID-19, les autorités décident d'essayer de limiter au maximum la surcharge des consultations pour infections respiratoires au niveau de la première ligne, l'obligation de vaccination pourrait être imposée par exemple :

- pour toutes les personnes âgées de 16 à 18 ans*.

Pour des raisons de simplification, de clarté et d'uniformité des décisions politiques au niveau européen et mondial, les limites d'âge pourraient être adaptées et sont données à titre indicatif.

Le programme de vaccination obligatoire contre la COVID-19 doit suivre les recommandations du NITAG et doit être revu régulièrement par les autorités.

Le contrôle de la vaccination obligatoire, les sanctions éventuelles et l'indemnisation sans faute sont des décisions politiques et sortent du cadre du présent document.

* Il est important de prendre en compte dans la discussion l'âge d'apparition, la gravité et la fréquence des effets secondaires très rares des vaccins actuels. Si des effets secondaires graves de la vaccination sont rencontrés chez des personnes malchanceuses, les pertes en termes d'années de vie ajustées sur la qualité / années de vie corrigées du facteur invalidité seront plus importantes si cela concerne un jeune adulte.

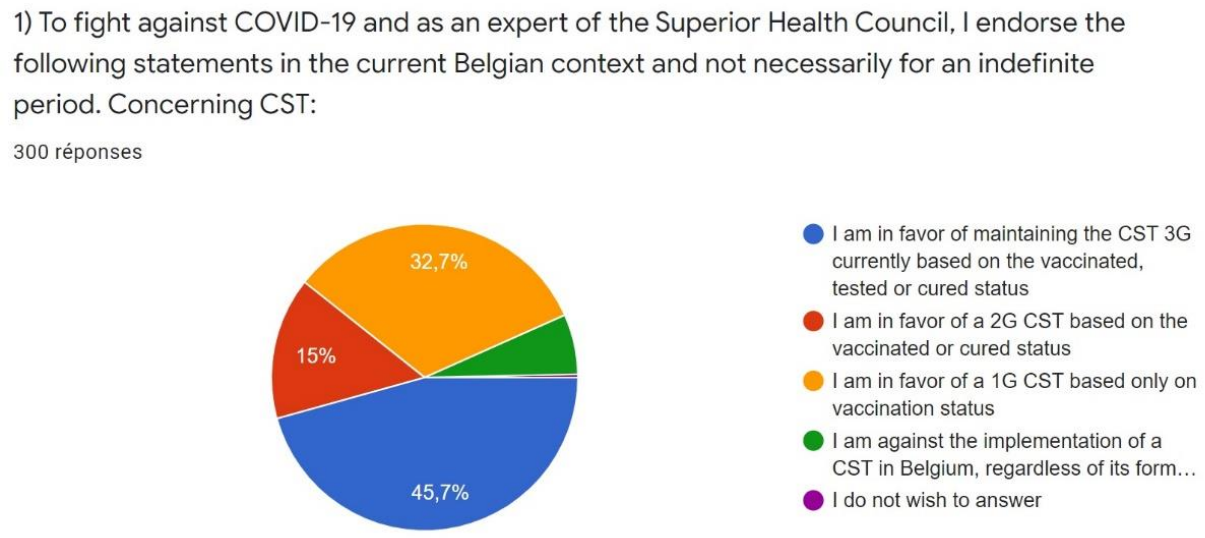
7) Avis du réseau d'experts du SHC pour soutenir ces positions

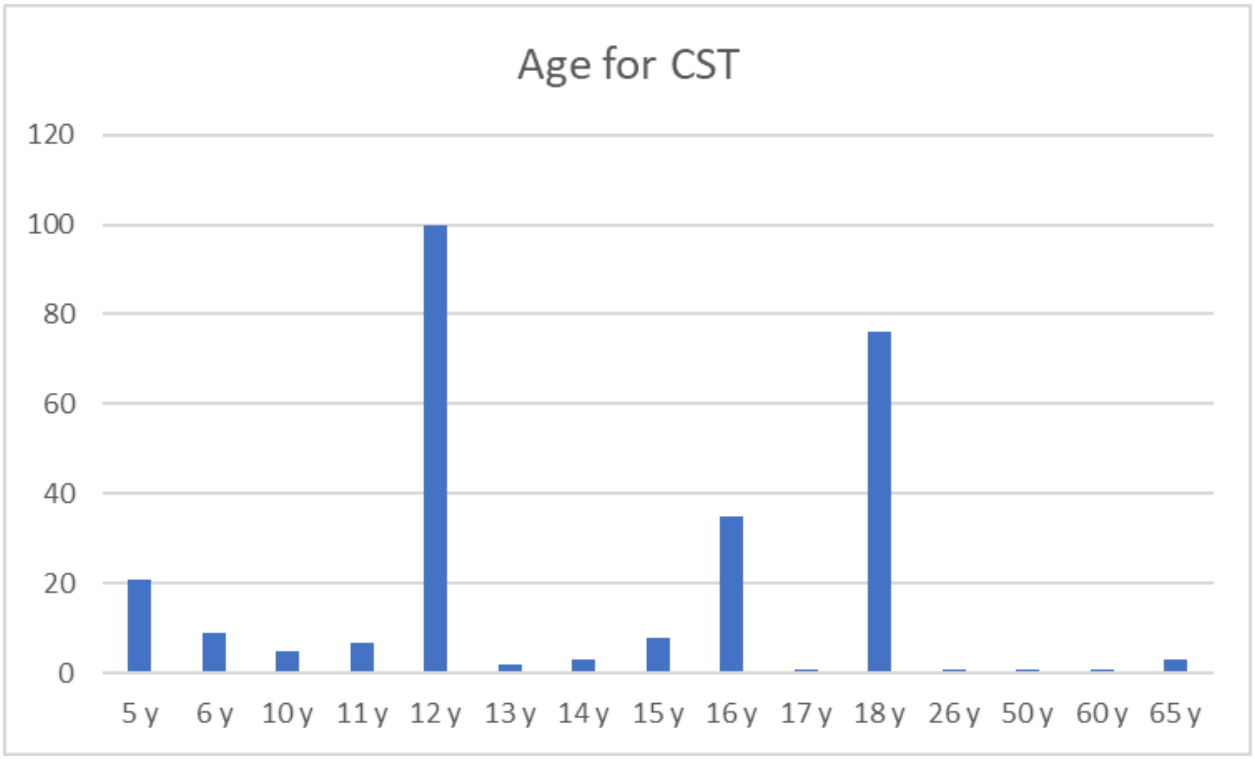
Les réponses à cette enquête en ligne ont été recueillies pendant la phase de transition entre le variant Delta et l'apparition du variant Omicron. De nombreuses incertitudes sont liées à ce nouveau variant et les positions pourraient varier au fur et à mesure que ces incertitudes concernant Omicron diminuent.

300 scientifiques belges (expertise dans un très large éventail de sujets, pas nécessairement les maladies infectieuses/vaccins) sur les 1 769 qui font partie du réseau d'experts du CSS ont répondu à l'enquête en ligne.

93,4 % des experts belges qui ont répondu à l'enquête en ligne sont, au moins, en faveur du maintien du CST (45,7 % pour le CST - 3G / 15 % pour le CST - 2G / 32,7 % pour le CST - 1G). 6,3 % sont contre le CST et 1 expert ne souhaite pas répondre.

Le NITAG et le CSS ont déjà recommandé l'application du CST pour les personnes âgées de plus de 18 ans et non en dessous (CSS 9655 et 9680, 2021). Selon certains experts consultés, l'application du CST serait acceptable dès l'âge de 12 ans.



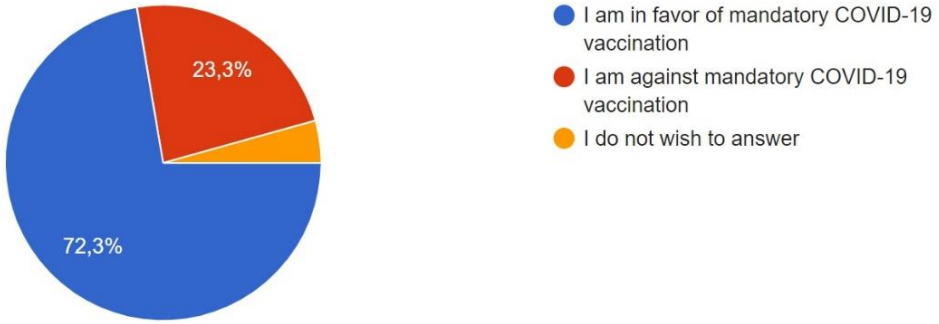


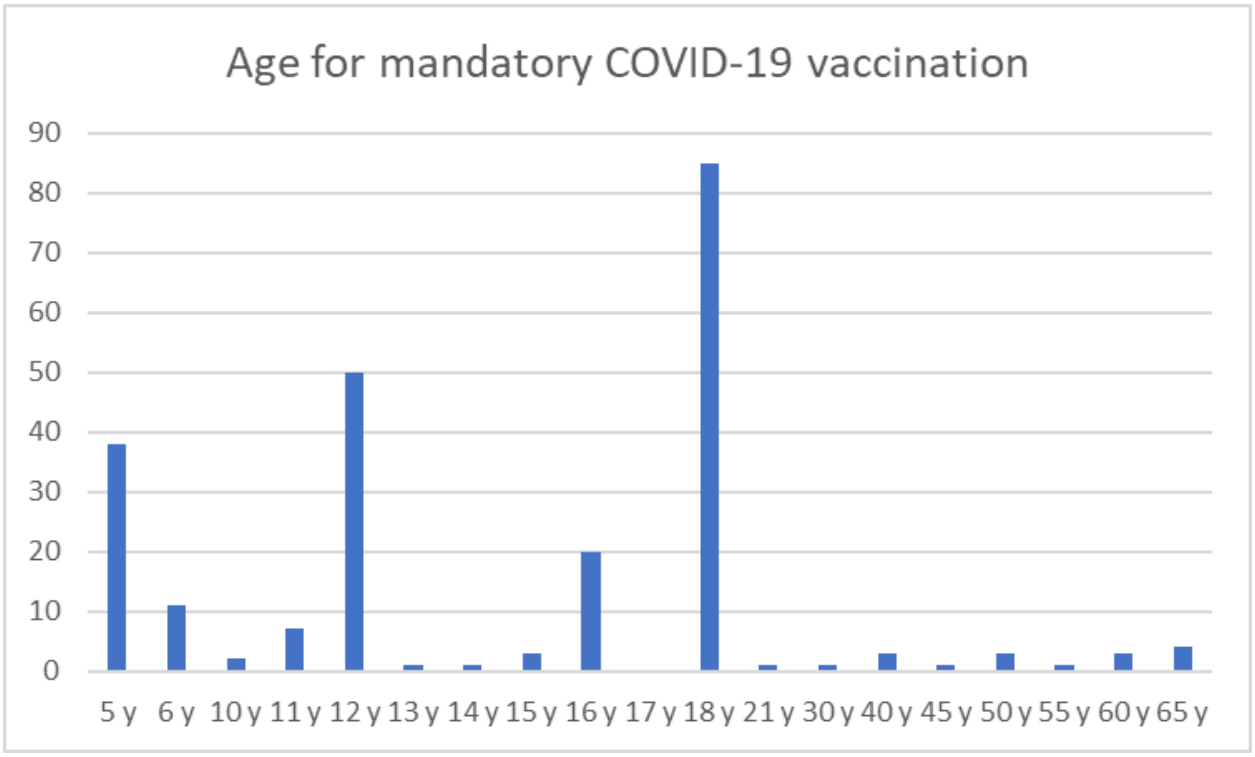
72,3 % des experts belges qui ont répondu à l'enquête en ligne sont (effectivement et pas nécessairement pour une période indéfinie) en faveur de la vaccination obligatoire contre la COVID-19. 23,3 % sont contre et 4,3 % ne souhaitent pas répondre.

Selon les experts consultés, la vaccination obligatoire contre la COVID-19 devrait s'appliquer dès l'**âge de 16 ans** (moyenne et médiane soutenues par 54 % des experts) **ou de 18 ans** (soutenue par 93 % des experts).

3) To fight against COVID-19 and as an expert of the Superior Health Council, I endorse the following statements in the current Belgian context and not necessarily for an indefinite period. Concerning mandatory COVID-19 vaccination:

300 réponses





IV. ÉLABORATION ET ARGUMENTATION

Mots clés

Keywords	**Sleutelwoorden**	**Mots clés**	**Schlüsselwörter**
Prevention	Preventie	Prévention	Verhütung
Covid Safe Ticket	Covid Safe Ticket	Covid Safe Ticket	Covid Safe Ticket
COVID-19	COVID-19	COVID-19	COVID-19
Mandatory vaccination	Verplichte vaccinatie	Vaccination obligatoire	Obligatorische Impfung

Liste des abréviations utilisées

CCBB	Comité consultatif de Bioéthique de Belgique
COVID-19	Maladie à coronavirus 2019
CSS	Conseil Supérieur de la Santé
CST	Covid Safe Ticket
ECDC	Centre européen de prévention et de contrôle des maladies
EV	Efficacité des vaccins
GEMS	*Groep van Experts voor Managementstrategie van COVID-19* (Groupe d'Experts de stratégie de crise pour la COVID-19) - BE
GP	Généraliste
HCP	Personnel de santé
HCSP	Haut Conseil de santé Publique - FR
IC	Intervalle de confiance
INP	Interventions non pharmaceutiques
mAb	Anticorps monoclonal
NITAG	*National Immunization Technical Advisory Group* (Groupes Techniques Consultatifs nationaux pour la Vaccination)
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PCR	*Polymerase Chain Reaction* (Réaction en chaîne par polymérase)
PS	Professionnels de santé
PVH	Papillomavirus humain
RBD	Reprotéine de liaison aux récepteurs
RC	Rapport des cotes
SAR	*Secondary Attack Rate* (Taux d'attaque secondaire)
SARS-CoV-2	*Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* (Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) causé par le coronavirus 2)
SGTFS	*S-gene target failure* (absence de détection du gène S)
SIMID	*Simulation Models for Infectious Diseases* (modèles de simulation des maladies infectieuses)
USI	Unité de soins intensifs
VHB	Virus de l'hépatite B
VOC	Variant Of Concern (Variant préoccupant)
VOI	Variants of Interest (Variants d'intérêt)

1 Compte tenu des connaissances actuelles sur le virus et l'épidémie : quel est le niveau de vaccination nécessaire pour assurer une protection efficace des citoyens et de la population ?

1.1 Concept général d'immunité collective

L'immunité collective (également appelée effet de groupe, immunité communautaire, immunité de population ou immunité de masse) est une forme de protection indirecte contre les maladies infectieuses qui peut se produire avec certaines maladies lorsqu'un pourcentage suffisant d'une population est devenu immunisé contre une infection, que ce soit par des infections antérieures ou par la vaccination (Lee, 2016), réduisant ainsi la probabilité d'infection pour les individus qui ne sont pas immunisés. L'immunité collective a été reconnue comme un phénomène naturel dans les années 1930, lorsqu'on a observé qu'après qu'un nombre important d'enfants ont été immunisés contre la rougeole, le nombre de nouvelles infections diminuait temporairement (Sencer et al., 1967 ; JID, 2004).

Dans le contexte du **variant Delta**, sur la base des données actuelles, lorsqu'ils envisagent des stratégies de réouverture, les décideurs des pays à faible séroprévalence ou à forte proportion d'enfants ne devraient pas supposer que même la vaccination de tous les adultes (100 %) suffise pour atteindre le seuil d'immunité collective. Toutefois, la vaccination pourrait encore réduire considérablement l'effet de l'infection par le coronavirus 2 du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS-CoV-2) sur la maladie qui en résulte au sein d'une population, en particulier parmi les groupes à haut risque. Cela souligne l'importance, en particulier dans les régions où les capacités de déploiement du vaccin sont limitées et où la séroprévalence est faible, de mesures de santé publique et de campagnes de vaccination axées sur la réduction de la charge de morbidité future du COVID-19, au lieu de se fonder sur l'hypothèse que la transmission sera nécessairement éliminée par la vaccination (Hodgson et al., 2021). Dans le contexte du **variant Delta**, il faudrait vacciner plus de 82 à 85 % de la population, y compris les enfants, pour obtenir une immunité collective. Même sans immunité collective, les vaccins sont très efficaces pour réduire le nombre de décès (Mancuso et al., 2021 ; McBryde et al., 2021 ; Burki, 2021). **Ces conclusions basées sur des modèles datant de la période du variant Delta ne semblent plus tenir avec les données partielles d'efficacité du vaccin contre la transmission avec Omicron.**

Cependant, dans une récente communication publiée dans Nature, Aschwanden C. explique que même si les efforts de vaccination battent leur plein, le seuil théorique pour vaincre la COVID-19 semble être hors de portée. Ce seuil est généralement atteignable avec des taux de vaccination élevés et de nombreux scientifiques avaient pensé qu'une fois que les gens commenceraient à être vaccinés « en masse », l'immunité collective permettrait à la société de revenir à la normale. Alors que la pandémie entre dans sa deuxième année, cette réflexion a commencé à évoluer. Les perspectives à long terme pour la pandémie comprennent la probabilité que la COVID-19 devienne une maladie épidémique (endémique ?), tout comme la grippe. Mais à court terme, les scientifiques envisagent une nouvelle normalité qui ne comprend pas l'immunité collective. Certaines des raisons qui sous-tendent cet état d'esprit à court terme, et ce qu'elles signifient pour la prochaine année de la pandémie, sont (Aschwanden, 2021) les suivantes :

- Il a été démontré que les vaccins (actuels) peuvent partiellement prévenir la transmission, mais la durée et l'amplitude de cet effet sont inconnues et semblent plus courtes [2];
- le déploiement des vaccins est (au niveau mondial) inégal ;
- de nouveaux variants (plus transmissibles et résistants aux vaccins - comme Omicron) modifient l'équation de l'immunité collective ;
- l'immunité pourrait ne pas durer éternellement ;
- les vaccins pourraient modifier le comportement humain (par exemple, si davantage de personnes sont vaccinées, elles augmenteront leurs interactions).

[2] https://erictopol.substack.com/p/where-do-we-stand-with-omicron

Si l'immunité collective contre la COVID-19 n'est pas réalisable : quel niveau de vaccination est alors nécessaire pour assurer une protection efficace des citoyens en réduisant l'impact de l'infection par le SRAS-CoV-2 (variant Delta) sur la maladie, les décès et la surcharge du système de santé ?

1.2. Simulations du modèle belge : Note technique : variants SARS-CoV-2 et vaccination en Belgique (v2022-01-05 - par le consortium SIMID)

Le consortium SIMID a établi une nouvelle note technique (v2022-01-05) contenant les estimations du modèle des admissions et de la charge hospitalière par le modèle de transmission dynamique stochastique utilisant des données d'observation jusqu'au 3 janvier 2022.

Toutes les projections sont basées sur les informations actuellement disponibles, qui devront peut-être être adaptées au fur et à mesure que de nouvelles informations sur Omicron seront disponibles dans les jours et les semaines à venir. Les incertitudes associées à ce modèle sont développées dans le texte de référence.

Le document complet de janvier 2022 (v2022-01-05) est disponible ici.
https://covid-en-wetenschap.github.io/assets/20220105_technical_note_SIMID.pdf

Conclusions

Ils ont exploré l'impact du VOC Omicron pour la Belgique à l'aide d'un modèle de transmission stochastique spécifique au pays qui incorpore les niveaux d'immunité induits par l'infection et le vaccin dans la population compte tenu de la pandémie de COVID-19 en cours. En combinant les estimations sur la pénétration prévue d'Omicron basées sur les données de l'absence de détection du gène S pour la Belgique avec la dynamique de transmission estimée actuellement en Belgique, **le modèle prévoit un nombre croissant d'infections et d'hospitalisations par le VOC Omicron dans les semaines à venir, avec des admissions à l'hôpital dépassant probablement celles observées lors de la quatrième vague.**

Bien que le risque relatif d'admission à l'hôpital par infection soit estimé, à partir d'observations internationales, comme étant plus faible pour Omicron que pour Delta, **l'incidence élevée attendue d'infections touchant tous les groupes d'âge pourrait néanmoins faire peser une lourde charge sur le système de soins de santé, tant au niveau des soins primaires que des hôpitaux**.

Ils ont estimé que l'augmentation de la transmissibilité d'Omicron par rapport à Delta, sur la base des données relatives à l'absence de détection du gène S (SGTF) en Belgique, se situait entre 30 et 80 %, selon les hypothèses relatives à la protection liée au vaccin contre Omicron. En outre, le dernier étalonnage du modèle a donné lieu à une transition beaucoup plus rapide vers le stade infectieux pré-symptomatique après une infection par Omicron, par rapport à Delta. Ceci s'aligne avec un intervalle sériel plus court pour Omicron, comme rapporté par Kim et al. (2021, preprint), donc l'avantage de transmission d'Omicron dans nos projections n'est pas seulement basé sur l'échappement immunitaire et l'infectiosité accrue.

Dans cette note technique, il est particulièrement difficile de calibrer correctement le modèle et de définir des scénarios pour les raisons suivantes :

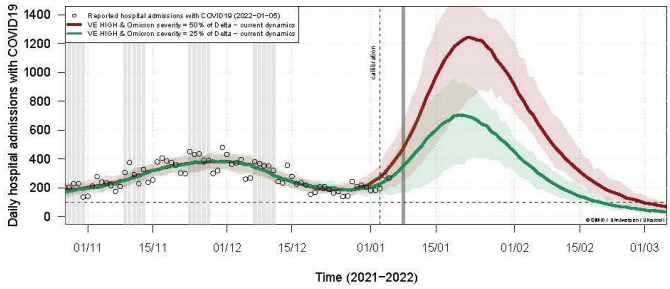
(1) le VOC Omicron n'est devenu complètement dominant que vers la fin de la période des fêtes de fin d'année et les admissions hospitalières observées (sur lesquelles le modèle est calibré) au cours de cette période résultaient (principalement) d'infections Delta et (dans une bien moindre mesure) d'infections Omicron acquises avant et au début de la période des fêtes ;

(2) on sait que le comportement en matière de contacts sociaux est très différent pendant les périodes de vacances et en dehors de celles-ci, non seulement en termes de nombre, mais aussi en termes de spécificité selon l'âge, et nous ne commençons qu'actuellement à observer l'impact des infections survenues pendant les vacances de Noël sur les admissions à l'hôpital (sur lesquelles le modèle est calibré, notons également que les données récentes sur la sérologie chez les personnes non vaccinées ne sont pas disponibles comme source supplémentaire pour le calibrage) ;
(3) Nous ne disposons actuellement d'aucune observation sur les admissions à l'hôpital causées par des infections acquises en dehors des vacances (avec un comportement de contact associé en dehors des vacances) alors qu'Omicron est le VOC dominant en Belgique, ce qui nous permettrait d'établir la relation entre les contacts par âge, les infections et les admissions à l'hôpital qui est représentative de la période pour laquelle les projections sont faites dans cette note technique ;
(4) les décideurs politiques ont apporté des changements importants aux règles de quarantaine et d'isolement à partir du 10 janvier, ce qui est susceptible de modifier la dynamique de la transmission par rapport aux mois précédents, en plus des changements attendus dus résultant de la domination totale d'Omicron en Belgique.

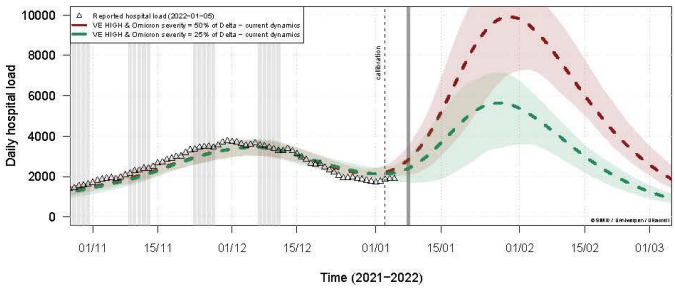
Résultats du modèle

Les figures suivantes illustrent les résultats de leurs analyses de scénarios en ce qui concerne la mixité sociale et l'adoption du vaccin. Toutes les projections présentent un large intervalle crédible à 95 % et doivent donc être interprétées avec une grande prudence.

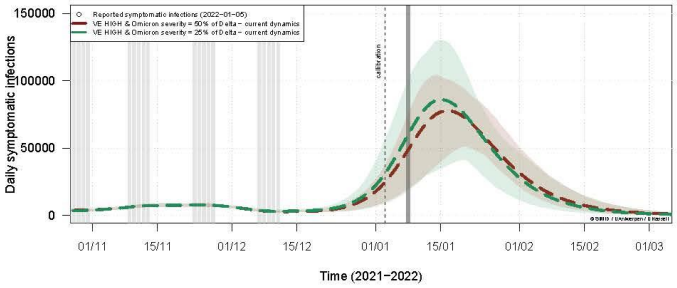
Scenario analysis: using the HIGH vaccine efficacy assumption and current dynamics.



(a) Daily hospital admissions with COVID-19



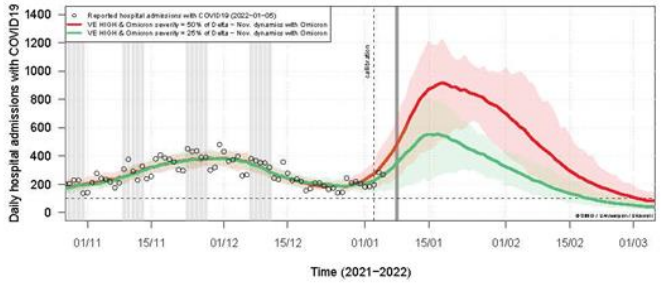
(b) Daily hospital load



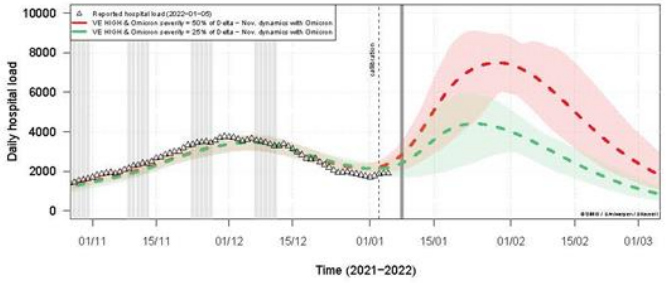
(c) Daily number of new symptomatic infections

Figure 2: Model projections for Belgium on daily hospital admissions, hospital load and symptomatic infections for different assumptions on Omicron VOC severity against hospitalisations. These projections are based on the current dynamics, based on social contact data from December 2021, with Omicron but during a school-holiday. The results are summarized by the mean (line) and 95% point-wise credible intervals (shaded area) of 25 model runs.

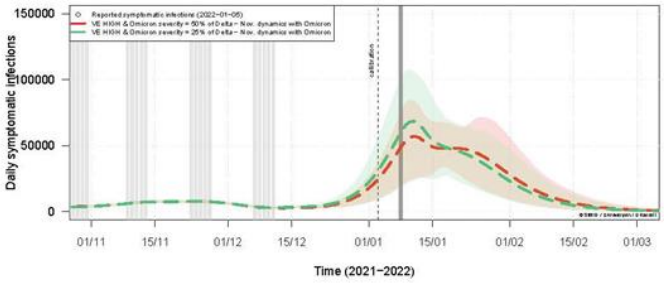
Scenario analysis: using the HIGH vaccine efficacy assumption and November behaviour with Omicron as proxy.



(a) Daily hospital admissions with COVID-19



(b) Daily hospital load



(c) Daily number of new symptomatic infections

Figure 3: Model projections for Belgium of daily hospital admissions, hospital load and symptomatic infections using different assumptions on Omicron VOC severity. These projections are based on a change in social contact behaviour from 8th of January towards the risk behaviour we estimated for November 2021 with general transmission and severity assumptions for Omicron. See "Model input and assumptions 10." for pros and cons. The results are summarized by the mean (line) and 95% point-wise credible intervals (shaded area) of 25 model runs.

9

1.3. Simulations de modèles français dans le cadre d'Omicron

https://modelisation-covid19.pasteur.fr/variant/InstitutPasteur_Complement_Analyse_Impact_Omicron_20220107.pdf

« Le 07/01/2022, l'Institut Pasteur présente des projections pour trois scénarios différents concernant l'avantage de transmission et la sévérité d'Omicron par rapport à Delta. Dans le Scénario 1 qui paraît actuellement le plus probable, le variant Omicron est caractérisé par une sévérité basse (**réduction de 77 % de la probabilité d'hospitalisation lorsqu'on est infecté par rapport à Delta**) mais une transmissibilité haute.

- Dans ce Scénario 1, sous des hypothèses optimistes concernant l'efficacité vaccinale, le pic d'hospitalisations pourrait atteindre 5.200 hospitalisations quotidiennes sans réduction des taux de transmission le 3 janvier. Dans les scénarios plus probables où les Français réduisent leurs contacts de 10 % et 20 %, ce pic passerait à 3.600 (-29 %) et 2.500 (-52 %) hospitalisations journalières, respectivement. Dans les scénarios où les taux de transmission sont réduits de 0 %, 10 % et 20 % début janvier, il faudrait respectivement 32.000, 23.000 (-27 %) et 17.000 (-46 %) lits d'hospitalisations conventionnelles et 6.000, 4.700 (-23 %) et 3.900 (-36 %) lits de soins critiques au pic de l'épidémie. Avec une réduction de 10 % des taux de transmission à compter du 3 janvier, les besoins de lits d'hospitalisation conventionnelle pourraient passer de 23.000 lits pour une durée moyenne de séjour de 6 jours pour les patients Omicron à 18.000 (-22 %) et 15.000 (-34 %) lits si l'on réussissait à réduire cette durée à 4 et 3 jours, respectivement.

- Dans le Scénario 1, sous des hypothèses plus pessimistes concernant l'efficacité vaccinale, le pic des admissions à l'hôpital serait de 7.200, 5.200 (-28 %) et 3.500 (-52 %), respectivement, si les taux de transmission sont réduits de 0 %, 10 % et 20 % début janvier. Au pic, il faudrait 43.000, 32.000 (-26 %) et 22.000 (-49 %) lits d'hospitalisations conventionnelles et 7.800, 6.000 (-23 %) et 4.400 (-44 %) lits de soins critiques.

- Des changements dans les hypothèses concernant l'avantage de transmission et la sévérité d'Omicron peuvent impacter de façon importante les projections, avec des projections substantiellement dégradées lorsque le risque d'hospitalisation est plus élevé. »

CONCLUSIONS

Sur la base des preuves actuelles et compte tenu des caractéristiques du variant Delta (et des incertitudes du VOC Omicron, **notamment sur la transmission, la baisse de l'immunité des personnes précédemment infectées et la baisse de l'efficacité du vaccin**) ainsi que de l'efficacité des différents types de vaccins sur le marché **contre la transmission**, l'obtention d'un seuil de vaccination COVID-19 **entraînant une immunité de groupe n'est pas réalisable et ne devrait pas guider les décisions politiques dans ce domaine**.

Néanmoins, la réduction de la mortalité, la protection des personnes vulnérables (âgées et/ou présentant des comorbidités) et la prévention de la surcharge du système de soins de santé restent des objectifs réalisables en Belgique.

1) Dans le cadre **du variant Delta et selon les modèles belges** (SHC 9680, 2021) - ce qui n'est plus le cas aujourd'hui. **Les conclusions étaient les suivantes** :

- une couverture vaccinale de 95 % dans la population belge complète **de plus de 18 ans** permettrait d'éviter au moins 30 % des hospitalisations ;
- une couverture vaccinale d'au moins 90 % dans chaque cohorte d'âge **18+** a un potentiel similaire à celui de l'introduction d'une vaccination généralisée (80 %) des enfants âgés de 5 à 11 ans ;
- une stratégie combinée, consistant à la fois à introduire la vaccination universelle des enfants et à augmenter la vaccination chez les adultes à 90 %-95 % pourrait présenter (selon les modèles) un avantage supplémentaire substantiel par rapport à l'une ou l'autre de ces stratégies prises séparément.

2) Dans le contexte du **VOC d'Omicron**,

Toutes les projections sont basées sur les informations actuellement disponibles, qui devront peut-être être adaptées au fur et à mesure que de nouvelles informations sur Omicron seront disponibles dans les semaines à venir, dans l'attente des données sur les hospitalisations en fonction de l'âge.

En combinant les estimations sur la pénétration prévue d'Omicron basées sur les données de l'absence de détection du gène S (SGTF) pour la Belgique avec la dynamique de transmission estimée actuellement en Belgique, **le modèle prévoit un nombre croissant d'infections et d'hospitalisations par le VOC Omicron dans les semaines à venir, avec des admissions à l'hôpital dépassant probablement celles observées lors de la quatrième vague.**

Bien que le risque relatif d'admission à l'hôpital par infection soit estimé, à partir d'observations internationales, comme étant plus faible pour Omicron que pour Delta, **l'incidence élevée attendue d'infections touchant tous les groupes d'âge pourrait néanmoins faire peser une lourde charge sur le système de soins de santé, tant au niveau des soins primaires que des hôpitaux**.

2 Dans quelle mesure et sous quelles conditions les instruments possibles pour augmenter la couverture vaccinale (CST, vaccination obligatoire, autres) contribuent-ils à un meilleur contrôle de l'épidémie, d'une part en termes de circulation du virus et d'autre part en termes de limitation de la charge de la maladie, des hospitalisations et des décès ?

Les aspects éthiques pour l'établissement d'un CST ou d'une vaccination obligatoire contre la COVID-19 en Belgique relèvent de la compétence du CCBB. Compte tenu de l'étroite collaboration entre le CSS et le CCBB à ce sujet, le présent rapport consultatif du CSS n'entrera pas dans ces considérations et le Conseil soutient les positions actuellement défendues par le CCBB en la matière.

Avis n° 75 du 11 décembre 2020 du Comité consultatif de Bioéthique de Belgique relatif aux repères éthiques en vue du déploiement de la vaccination anti-COVID-19 au bénéfice de la population belge.
https://www.health.belgium.be/fr/avis-ndeg-75-reperes-ethiques-en-vue-du-deploiement-de-la-vaccination-anti-covid-19-au-benefice-de

Avis n° 77 du Comité consultatif de Bioéthique de Belgique relatif aux considérations éthiques et sociétales liées à la mise en place d'un « pass corona » et d'autres mesures transitoires d'assouplissement des contraintes sanitaires.
https://www.health.belgium.be/fr/avis-ndeg-77-du-10-mai-2021-conclusions-et-recommandations-mise-en-place-dun-pass-corona

Avis par lettre n° 11 du 13 décembre 2021 du Comité consultatif de Bioéthique de Belgique relatif aux enjeux éthiques liés à une vaccination COVID-19 dans la population pédiatrique des 5-11 ans.
https://www.health.belgium.be/fr/avis-par-lettre-ndeg-11-vaccination-covid-19-de-la-population-pediatrique-5-11-ans

Avis n° 80 du Comité consultatif de Bioéthique relatif aux enjeux éthiques liés à la vaccination obligatoire de la population adulte (18 ans et plus) en période de pandémie.
https://www.health.belgium.be/fr/avis-ndeg-80-vaccination-obligatoire-en-periode-de-pandemie

2.1. Quelques publications sur le CST

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a produit des orientations (aspects opérationnels et éthiques) sur la mise en œuvre d'un CST (OMS, 27/08/2021). Dans son avis n° 77, le CCBB présente des considérations éthiques et sociétales liées à la mise en œuvre d'un « corona pass » et d'autres mesures transitoires pour assouplir les contraintes sanitaires en Belgique (BACB 77, 2021).

À notre connaissance, il existe très peu de publications qui démontrent l'efficacité réelle de la mise en œuvre du CST sur la couverture vaccinale.

En Israël, Waitzberg et al. (2021) soulignent le fait qu'en pratique, il y aura des écarts entre les réglementations du CST et leur mise en œuvre. Si certains endroits peuvent exiger un CST sans nécessité légale, d'autres ne le mettront pas en œuvre malgré une obligation légale. **La réglementation en matière de CST** doit comporter des critères épidémiologiques normalisés, être mise en œuvre progressivement, rester souple et évoluer en fonction des risques épidémiologiques. Waitzberg et al. n'étudient pas l'efficacité du CST sur la couverture vaccinale.

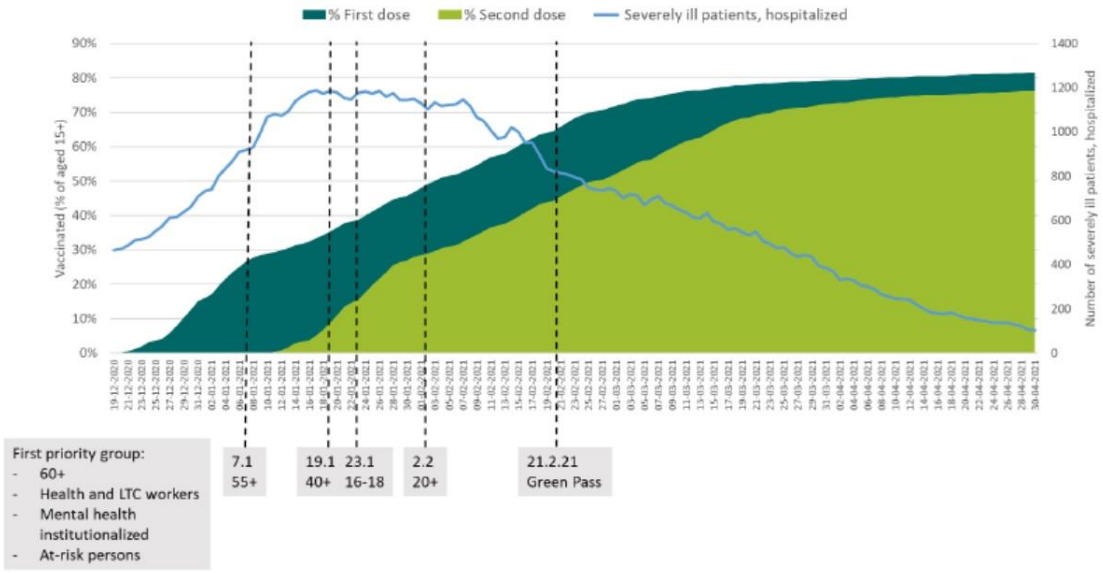


Figure 1. Vaccination rollout, hospitalized, prioritisation, and implementation of the Green Pass. (Sources: authors' own compilation based on https://datadashboard.health.gov.il/COVID-19/general, accessed on 18 October 2021 and [12]; Note: vaccination rates for the population aged 15+ for whom the vaccine was approved by the manufacturer.

En Israël, les dates les plus marquantes ont été le 17 janvier 2021, date à laquelle l'exemption de quarantaine a été officiellement déclarée pour les personnes vaccinées qui ont été en contact avec une personne infectée ou qui sont revenues d'un voyage à l'étranger, et le 21 février 2021, date à laquelle le « Green pass » a été officiellement mis en œuvre. **Après le 17 janvier, il y a eu un pic de vaccinations de seconde dose, atteignant plus de 200 000 par jour. Les taux de vaccination élevés se sont maintenus après que le nombre quotidien de nouveaux cas confirmés le plus élevé depuis le début de la pandémie** (10 117 cas ou 1088 cas par million le 18 janvier) **et le taux de mortalité le plus élevé ont été signalés le 24 janvier.** Saban et al. concluent que les systèmes d'incitation qui imposent des limites à ceux qui choisissent de ne pas se faire vacciner peuvent motiver certaines personnes à agir. Les décideurs politiques devraient utiliser une approche mesurée pour protéger la santé publique, en empiétant le moins possible sur les droits des citoyens. Fournir des informations transparentes et culturellement appropriées sur la vaccination et garantir un accès maximal et équitable aux vaccins COVID-19 peut contribuer à instaurer la confiance (Saban et al., 2021).

Au Royaume-Uni, de Figueiredo et al. (2021) ont mené une enquête nationale à grande échelle auprès de 17 611 adultes entre le 9 et le 27 avril 2021 pour étudier l'impact de l'introduction des passeports vaccinaux sur l'inclination à accepter les vaccins COVID-19 et identifier l'impact différentiel des passeports sur l'inclination à l'acceptation selon les groupes sociodémographiques. Ils ont constaté qu'une grande minorité de répondants déclarent que les passeports de vaccination pour l'usage domestique (46,5 %) ou les voyages internationaux (42,0 %) ne les rendraient ni plus ni moins enclins à accepter un vaccin COVID-19 et une minorité non négligeable de répondants

déclarent également qu'ils accepteraient « certainement » un vaccin COVID-19 et que les passeports de vaccination les rendraient plus enclins à se faire vacciner (48,8 % pour l'usage domestique et 42,9 % pour les voyages internationaux). **Cependant, ils ont constaté que l'introduction des passeports vaccinaux réduira probablement l'inclination à accepter un vaccin COVID-19 une fois que l'intention de vaccination de base aura été ajustée**. Cette diminution est plus importante si les passeports étaient exigés pour un usage domestique plutôt que pour faciliter les voyages internationaux. Le fait d'être un homme (Odds Ratio - OR 0,87 ; 0,76 à 0,99) et d'être diplômé (OR 0,84 ; 0,72 à 0,94) est associé à une moindre propension à se faire vacciner si les passeports étaient exigés pour l'usage domestique (tout en tenant compte de l'intention de vaccination de base), tandis que les chrétiens (OR 1,23 ; 1,08 à 1,41) ont une plus forte inclination par rapport aux athées ou aux agnostiques. Le changement d'inclination est fortement lié à l'intention de vaccination déclarée et il est donc peu probable que les attitudes changent parmi les répondants noirs ou britanniques noirs, les groupes d'âge plus jeunes et les non-anglophones. Ces résultats doivent être interprétés à la lumière des tendances infranationales dans les taux d'adoption à travers le Royaume-Uni, car ces résultats suggèrent que les passeports **peuvent être considérés moins positivement parmi les groupes socio-démographiques qui se regroupent dans les grandes zones urbaines**. Les auteurs demandent des preuves supplémentaires de l'impact de la certification des vaccins et **des retombées potentielles sur les programmes de vaccination systématique** au Royaume-Uni et dans des contextes mondiaux plus larges, notamment ceux où la confiance générale dans les vaccinations est faible.

Le CST peut également faire naître un **faux sentiment de sécurité**, conduisant à l'abandon ou au relâchement peu judicieux des mesures non pharmacologiques destinées à endiguer la pandémie, telles que la distanciation sociale, l'hygiène des mains et le port de masque (Montanari et al., 2021).

Mills et Rüttenauer (2021) étudient l'effet des certificats COVID-19 obligatoires sur l'adoption du vaccin. Ils ont conçu un modèle de contrôle synthétique comparant six pays (Danemark, Israël, Italie, France, Allemagne et Suisse) qui ont introduit la certification (avril-août 2021), à 19 pays témoins avec un modèle de contrôle synthétique de six pays. En utilisant des données quotidiennes sur les cas, les décès, les vaccinations et des informations spécifiques au pays, ils ont produit une tendance contrefactuelle estimant ce qui aurait pu se passer dans des circonstances similaires si les certificats n'avaient pas été introduits. Le principal résultat était la quantité de doses quotidiennes de vaccin COVID-19 qui ont été administrées. Ils ont constaté que la certification **COVID-19 a entraîné une augmentation des vaccinations 20 jours avant la mise en œuvre anticipée, avec un effet durable jusqu'à 40 jours après**. Les pays où le taux d'acceptation avant l'intervention était inférieur à la moyenne ont connu une augmentation plus prononcée des vaccinations quotidiennes par rapport à ceux où le taux d'acceptation était déjà moyen ou supérieur. En France, les doses dépassaient 55.672 (intervalle de confiance à 95 % (IC) 49.668-73.707) vaccins par million ou, en valeur absolue, 3.761.440 (3.355.761-4.979.952) doses avant la certification obligatoire et 72.151 (37.940-114.140) par million après la certification. **Ils n'ont constaté aucun effet dans les pays où le taux d'utilisation était déjà moyen (Allemagne), ou un effet peu clair lorsque les certificats ont été introduits pendant une période d'approvisionnement limité en vaccins (Danemark).** L'augmentation du taux d'utilisation a été **la plus forte chez les personnes de moins de 30 ans** après l'introduction de la certification. Les restrictions d'accès liées à certains contextes (boîtes de nuit et événements réunissant >1000 personnes) ont été associées à une augmentation de la consommation chez les moins de 20 ans. Lorsque la certification a été étendue à des contextes plus larges, le taux de participation est resté élevé dans le groupe le plus jeune, mais des augmentations ont également été observées chez les personnes âgées de 30 à 49 ans. En conclusion, la certification COVID-19 obligatoire pourrait augmenter l'adoption du vaccin, mais l'interprétation et le caractère transposable des résultats doivent être appréhendés **dans le contexte des niveaux préexistants d'adoption du vaccin et d'hésitation, des changements d'éligibilité et de la trajectoire de la pandémie**.

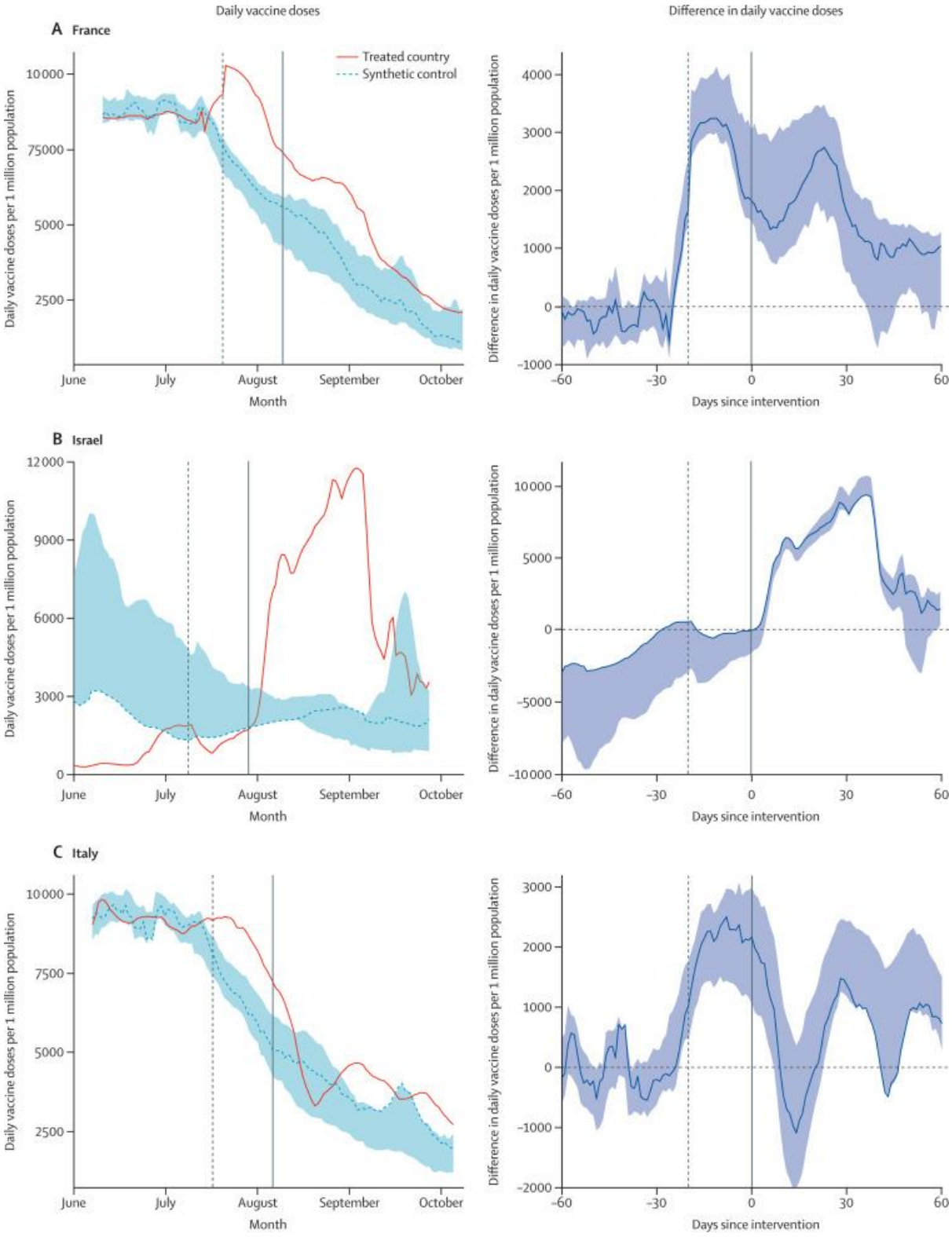


Figure 4 : Nouvelles vaccinations quotidiennes en France, en Israël et en Italie avant et après l'introduction d'un certificat COVID-19 obligatoire pour différents contextes, par rapport à un groupe témoin synthétique repondéré. Les données proviennent de Our World in Data et du Oxford COVID-19 Government Response Tracker. Les zones ombrées représentent les IC à 95 % basés sur une procédure bootstrap non paramétrique (1000 passages). La ligne verticale pleine indique l'introduction de la certification COVID-19 et la ligne verticale pointillée indique l'intervention antidatée de 20 jours (Mills et Rüttenauer, 2021).

En Belgique (Baromètre de la motivation - 12 et 16 novembre 2021) :

- **Motivation et comportement** : Une proportion significative d'un large échantillon[3] reste volontairement motivée pour suivre les mesures, même si moins de mesures s'appliquent aujourd'hui (par exemple, aucune restriction dans les contacts privés) ou sont plus peu contraignantes (par exemple, la recommandation du télétravail). L'écart de motivation entre les personnes vaccinées et non vaccinées se reflète dans les différences d'adhésion aux mesures. En même temps, il semble que les personnes non vaccinées soient plus fidèles aux mesures de base (obligation de porter un masque buccal, garder ses distances, décontamination) aujourd'hui qu'en été. En outre, ils sont très motivés par le télétravail, la ventilation et le respect des mesures de quarantaine.

- **Prise de conscience des risques** : Il y a plusieurs raisons de s'inquiéter du sort des personnes non vaccinées. Ils considèrent que les risques d'infection – malgré leur statut de non-vaccinés – sont plus faibles. En outre, ils sont moins sensibles au pouvoir de motivation d'une telle perception du risque. Même si les personnes non vaccinées ne sont pas aveugles aux risques d'infection grave, cette prise de conscience contribue moins à la motivation à agir. Dans le même temps, la conscience du risque s'est également accrue parmi eux ces dernières semaines.

- **Événements avec Covid Safe Ticket** : Les personnes vaccinées adaptent leur comportement en fonction des circonstances. Ils perçoivent les événements avec un Covid Safe Ticket comme moins risqués que les événements sans Covid Safe Ticket, ils sont donc un peu moins rigoureux dans le suivi. Ils se serreront alors davantage la main, s'embrasseront ou s'enlaceront, mais resteront plus prudents que les personnes non vaccinées. Ces dernières sont moins prudentes car elles considèrent que les risques d'infection grave sont plus faibles, indépendamment de l'utilisation d'un Covid Safe Ticket.

- **Soutien au Covid Safe Ticket et à la vaccination obligatoire** : Les avis sur le Covid Safe Ticket restent partagés entre les personnes vaccinées et non vaccinées. Si les personnes non vaccinées rejettent fermement le Covid Safe Ticket elles acceptent davantage son utilisation si elle permet d'accroître la sécurité. Les personnes vaccinées craignent de plus en plus que le Covid Safe Ticket ne provoque des tensions, mais reconnaissent aussi de plus en plus qu'il ne s'agit pas d'un outil de sécurité infaillible. Le soutien à la vaccination obligatoire des personnes de plus de 18 ans augmente légèrement chez les personnes vaccinées.

- **Incertitude** : L'incertitude croissante nécessite un plan clair pour l'hiver. Grâce à une bonne interprétation de l'évolution actuelle de la situation, les gens comprendront mieux ce qui se passe, ce qui leur permettra d'accepter plus facilement la situation.

- **Attitude à l'égard des mesures plus strictes** : D'une manière générale, l'opinion publique est encore (assez) favorable à toutes sortes de mesures plus strictes, mais ce soutien s'amenuise à mesure que l'on s'immisce dans la vie privée des gens et dans la vie des enfants à partir de 9 ans.

- **Pass vaccinal** et **Pass Covid** : On sait déjà que le niveau initialement élevé de soutien à l'utilisation du pass covid a diminué au cours des derniers mois (voir rapport 35, Baromètre de la motivation), mais le soutien au pass covid reste raisonnablement fort et certainement plus large que pour l'introduction d'un pass vaccin plus strict. Une analyse de la signification attribuée aux deux pass permet d'éclairer ce point. Le pass vaccinal est perçu encore plus fortement comme un instrument de polarisation que le passeport-covid, et davantage comme

[3] Description des échantillons (collectés en trois points de mesure entre le 5 octobre et le 8 novembre 2021 : point de mesure 1 (5-11 octobre) = 4171 ; point de mesure 2 (25-30 octobre) = 5330 ; point de mesure 3 (1er-8 novembre) = 3287 (page 3 rapport 35 pour plus de description). Description des échantillons (collectés les 15 et 16 novembre) = 2594 (page 3 rapport 36 pour plus de description).

un moyen d'obliger les personnes non vaccinées à se faire vacciner. Une autre raison de la diminution du soutien au passeport vaccinal est probablement que son introduction affaiblit implicitement la valeur du test PCR. Jusqu'à présent, le test PCR a été présenté comme un outil essentiel, renforçant la sécurité.

CONCLUSIONS

Selon nos connaissances actuelles, il existe très peu de publications qui démontrent l'efficacité réelle de la mise en œuvre du CST sur la couverture vaccinale.

Le CST pourrait augmenter l'adoption du vaccin, mais l'interprétation et le caractère transposable des résultats doivent être appréhendés dans le contexte des niveaux préexistants d'adoption du vaccin et d'hésitation, des changements d'éligibilité et de la trajectoire de la pandémie.

Le CST a entraîné une augmentation des vaccinations 20 jours avant la mise en œuvre anticipée, avec un effet durable jusqu'à 40 jours après. Les pays où le taux d'acceptation avant l'intervention était inférieur à la moyenne ont connu une augmentation plus prononcée des vaccinations quotidiennes **par rapport à ceux où le taux d'acceptation était déjà moyen ou supérieur (ce qui est en fait le cas de la Belgique)**.

MAIS

Le CST peut être perçu de manière moins positive parmi les groupes sociodémographiques qui se regroupent dans les grandes zones urbaines.

Le CST pourrait avoir des retombées potentielles sur les programmes de vaccination de routine, en particulier ceux où la confiance générale dans les vaccinations est faible.

La CST peut également entraîner un faux sentiment de sécurité, conduisant à l'abandon ou au relâchement peu judicieux des mesures non pharmacologiques destinées à endiguer la pandémie, telles que la distanciation sociale, l'hygiène des mains et le port de masques.

*****

Le CSS considère qu'il est pertinent d'utiliser les moyens les plus optimaux pour inciter (ou encourager) les gens à se faire vacciner (comme le confirme l'échelle établie par le *Nuffield Council on Bioethics*).

Les stratégies visant, par exemple, à utiliser d'autres outils de réduction des risques (tels que le CST) pour améliorer efficacement l'absorption du vaccin et la situation épidémiologique devraient également être communiquées de manière transparente. L'efficacité de ces mesures de réduction des risques doit être évaluée à l'aide des indicateurs les plus optimaux.

S'il est acceptable d'utiliser des moyens pour encourager (ou inciter) les gens à se faire vacciner, **il est beaucoup plus discutable et moins soutenu par les experts du CSS de configurer ces dispositifs d'incitation de manière à ce qu'ils entraînent une obligation cachée**.

Comme le CCBB et d'autres groupes d'experts, le CSS estime que la vaccination obligatoire, si elle est retenue par les autorités, devrait être une décision exprimée de manière transparente par les autorités.

*****

L'utilisation d'un CST en Belgique, surtout pendant le pic de l'épidémie, n'exclut pas automatiquement la mise en œuvre de l'obligation de vaccination contre la COVID-19

2.2. Acceptation de la vaccination obligatoire en général

Malgré la résonance croissante des mouvements anti-vaccination et selon les études évaluées dans une revue systématique (2018 ; surtout européenne - 12 études et nord-américaine - 10 études), **la majorité de la population semble être en faveur des politiques de vaccination obligatoire**. Bien que les attitudes diffèrent selon les études (pays, contexte), les maladies et les groupes concernés (travailleurs de la santé (TS), enfants, etc.).

En Italie, selon deux études, la majorité du personnel de santé et des médecins pensent que la vaccination obligatoire doit être maintenue. Parmi les opposants, les opinions les plus courantes étaient que le refus de la vaccination des enfants est un droit parental et que le public est suffisamment conscient de l'importance de la vaccination pour permettre une abrogation de l'obligation, ce qui suggère que la vaccination obligatoire peut être perçue comme une politique dépassée qui a atteint son but et n'est plus nécessaire. **Une étude française a montré que seuls 42 % des médecins généralistes et des pédiatres étaient favorables à la vaccination obligatoire, alors que dans la même étude, 56,5 % de la population générale était en faveur de la vaccination obligatoire. Les auteurs de cette étude ont suggéré que la vaccination obligatoire pourrait ne pas encourager l'information des patients et le dialogue avec les professionnels de la santé**. L'opinion du personnel soignant sur la vaccination obligatoire est cruciale, d'autant plus que des études ont montré que les parents et les patients comptent sur eux comme principale source d'information concernant la vaccination et que l'attitude des médecins semble être un facteur déterminant pour convaincre les patients : l'une des principales raisons invoquées par les parents pour refuser les vaccins pour leurs enfants est que leur médecin généraliste ne leur a pas proposé (Gualano et al., 2019).

2.3. Efficacité de la vaccination obligatoire du personnel de santé en général

Aux États-Unis, le premier établissement à faire de la vaccination contre la grippe une condition d'aptitude au travail pour tout le personnel de santé semble avoir été le Virginia Mason Medical Center, à Seattle, dans l'État de Washington, aux États-Unis, avec un taux de 98 % depuis 2005. **Les programmes obligatoires ultérieurs aux États-Unis ont permis d'augmenter les taux de couverture de la grippe de 71 % en 2007 à 98 % en 2008 et de 69 % en 2009 à 96 % en 2010**. Ces politiques se sont parfois heurtées à une résistance intense de la part des travailleurs de santé individuels et de leurs associations aux États-Unis et les résultats prometteurs ne sont peut-être pas faciles à reproduire dans tous les contextes ou dans tous les pays européens.

Des licenciements ou des démissions de personnels de santé ont été signalés aux États-Unis, avec des taux de 0,02 % à 0,15 % (Kitt et al., 2021) mais pas en Europe. Même dans les pays européens où les politiques sont obligatoires, il se peut que ces politiques ne soient pas pleinement mises en œuvre dans la pratique et il n'est pas certain que les professionnels de santé aient déjà payé des amendes pour non-conformité.

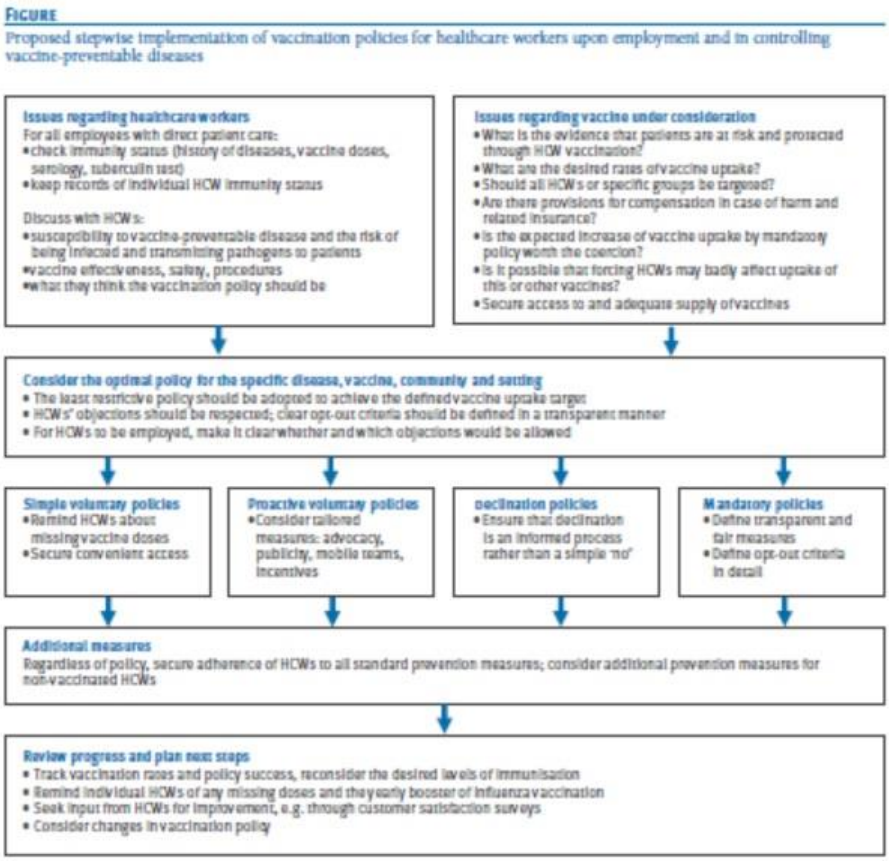
Galanakis et al. (2013) concluent qu'il existe un impératif moral pour que les personnels de santé soient immunisés et pour que les établissements de santé assurent la vaccination des travailleurs de santé, en particulier pour ceux qui travaillent dans des environnements avec des groupes de patients à haut risque. Si l'adoption volontaire de la vaccination par le personnel de santé n'est pas optimale, le bien-être des patients, la santé publique et la santé du personnel de santé devraient l'emporter sur les préoccupations liées à l'autonomie individuelle : des politiques équitables de vaccination obligatoire du personnel soignant pourraient être acceptables. Les différences entre

les maladies, les groupes de patients et de personnels de santé à risque et les vaccins disponibles doivent être prises en considération lors de l'adoption de la politique optimale. Les arguments pratiques et la mise en œuvre par étapes sont résumés dans le tableau suivant :

TABLE 1

Practical arguments for and against mandatory vaccination for healthcare workers as a means to protect patients' health

Argument	For mandatory vaccination	Against mandatory vaccination
Effectiveness	Although protection is difficult to study in all settings, reason and existing data support benefit for patients through HCW vaccination.	Solid evidence for patients' benefit is missing, as are risk assessments for specific groups of HCWs, settings and diseases.
Necessity	Experience has shown well that only mandatory vaccination can achieve high vaccination rates.	Voluntary vaccine uptake rates among HCWs may not be high enough, but are not negligible and may become even higher without a need for mandates. It is questionable whether any increase by coercion would be worth the cost of conflict. Regardless of HCW vaccination, patients will continue to be exposed.
False sense of security	Over-stressing vaccination does not devalue other preventive measures. HCWs should adhere to all appropriate preventive measures.	Over-stressing mandatory vaccination might create a false sense of security and divert focus from other important preventive measures, e.g. hygiene, standard precautions or other interventions [12,23]. Studies to test this hypothesis have not been performed to date [26].
Administrative issues	Mandatory uptake facilitates a fair, simple and uniform policy of HCW vaccination.	Voluntary vaccination policies are closer to the principle of subsidiarity than authoritarian mandates.
Cost	Educational programmes to promote voluntary vaccination are costly and have not worked. Simple mandatory policies cost less.	Resources for enforcement and debate may be better devoted to educational programmes.
Coercion	Rules in healthcare settings are common and need not to be seen as coercion.	Enforcement and penalties may have a long-term detrimental effect on the employer–employee relationship, devalue HCWs who are allies in the promotion of vaccination and ultimately undermine uptake of the vaccine under consideration or of other vaccines [7,32]. HCWs declining vaccination have the right to expect that their opinion will be respected rather than being faced with infringement of the equal opportunity to work, and the challenge would be in convincing rather than forcing them [1,8]. Furthermore, use of coercion in HCW vaccination might suggest that HCWs are reluctant to be vaccinated themselves and might thus strengthen the arguments of vaccine sceptics.
Civil liberties	HCWs have a specific mission and obligations towards the common good.	Compulsory vaccination violates civil liberties.
Potential harm	Considerable side effects from vaccines are extremely rare.	Any harm from the vaccination is difficult to justify with mandatory policies and considerable insurance issues may emerge.



En Europe, des réponses ont été reçues pour le virus de l'hépatite B (VHB) de 21 pays (dont 19 États membres de l'UE), représentant 78 % de la population et 60 % des travailleurs de santé dans l'UE-28. La vaccination contre le VHB était obligatoire pour le personnel médical et infirmier dans 10 pays ; pour les autres personnels paramédicaux, les étudiants en médecine et en soins infirmiers dans 9 pays ; pour les étudiants paramédicaux dans 8 pays ; pour le personnel de nettoyage dans 7 pays ; et pour le personnel technique dans 5 pays ; elle était recommandée dans tous les autres pays sauf un. Une politique de non-réponse était présente dans 18 pays. La couverture vaccinale contre le VHB (5 pays) était de 70 à 95 %. Des blessures par objets tranchants ont été rapportées dans 13 pays, à l'échelle nationale dans 7 d'entre eux ; les répondants n'ont pas mentionné de rapport à l'échelle européenne. **Ces résultats montrent la variation de la mise en œuvre de la législation européenne dans les pays participants. Une plus grande consultation entre les acteurs au niveau de l'UE, y compris le renforcement de la surveillance médicale en médecine du travail, pourrait aider à optimiser les politiques dans les pays européens afin de réduire davantage la transmission du VHB aux travailleurs de santé** (De Schryver et al., 2020).

Dubov et Phung (2015) suggèrent qu'une stratégie efficace pour les décideurs politiques et les autres personnes qui espèrent augmenter les taux de vaccination consiste à **concevoir une « architecture de choix » qui influence le comportement des professionnels de la santé sans exclure d'autres options.** Les nudges incitent à la vaccination et aident à mieux aligner les intentions de vaccination sur les actions à court terme. Comme le montre l'histoire, il est nécessaire de faire pression pour obtenir des taux de vaccination élevés afin d'atteindre l'immunité collective. La vaccination obligatoire s'est avérée efficace et a permis d'augmenter le nombre de vaccinations, mais elle entraîne des problèmes d'éthique médicale pour le personnel de santé. **La vaccination obligatoire peut être imposée de manière positive par des stratégies d'incitation (nudge) adoptées dans le cadre de la recherche sur l'économie comportementale.**

Table 1
Cognitive biases involved in vaccination decision-making and potential nudges that may alleviate their effect.

Cognitive bias	Definition	Effect on vaccination decisions	Potential nudges
Omission bias	The tendency to prefer a potentially harmful inaction (omission) to a potentially less harmful act	Higher risk of catching a disease is preferable to suffering from vaccine side effects. Willingness to suffer longer from symptoms of a disease rather than the side effects of a vaccine	Pre-commitment devices (writing down date and time of the vaccination appointment)
Ambiguity aversion	The tendency to prefer a known risk (continue without treatment) to unknown risk (a confusing treatment)	Foregoing vaccination when the safety information appears to be inconsistent	Social norms
Present bias	The tendency to place more weight on costs and benefits today, and less weight on those realized in the future	The inconveniences of vaccination experienced in the present outweigh the benefits of future protection	Financial incentives, tax incentives
Availability bias	The tendency to judge occurrence of side effects as likely or frequent if it is easy to imagine or recall	The more vivid information about vaccine side-effects clouds the factual information about vaccine benefits	Vaccination message framing
Optimism bias	The tendency to be more optimistic about a particular health risk, believing it is greater for other people than for themselves	Chances of getting a disease are higher for other people than for oneself, therefore no felt urgency to vaccinate	Pre-commitment devices (writing down date and time of the vaccination appointment)
Naturalness bias	The tendency to prefer natural products or substances even when they are identical or worse than synthetic alternatives	Declination of synthetic treatments and belief in the natural immunity of the body	Emotional prompting
Protected values	Values absolutely held and not amenable to tradeoffs	Vaccinations are wrong	Nudges may backfire

En ce qui concerne le personnel soignant, les experts européens s'accordent largement à dire que la vaccination obligatoire ciblée réduirait le risque d'infection et de transmission de maladies évitables par la vaccination dans le cadre des soins de santé. **En général, il semble que le soutien aux politiques obligatoires augmente après leur mise en œuvre, bien que d'autres stratégies doivent être mises en œuvre pour améliorer les attitudes et l'adoption par les travailleurs de la santé, comme l'augmentation de la formation du personnel et la fourniture de preuves de l'efficacité, des avantages et de la sécurité des vaccins** (Gualano et al., 2019).

Gur-Arie et al. (2021) affirment que : « Rendre obligatoire la vaccination contre la COVID-19 du personnel de santé pourrait maximiser l'adoption du vaccin, **mais risque d'exacerber les ruptures de confiance entre le personnel de santé et ses institutions**. Les arguments éthiques en faveur de la vaccination obligatoire des professionnels de la santé contre la COVID-19 font appel à leurs devoirs de ne pas nuire et de prendre soin des patients, mais l'accomplissement de ces devoirs nécessite un environnement de travail sûr. **Ils plaident en faveur de politiques visant à renforcer la confiance des professionnels de la santé dans les systèmes de santé en répondant aux préoccupations des professionnels de la santé, y compris les facteurs institutionnels qui les ont exposés au risque d'infection tout au long de la pandémie de COVID-19, avant d'envisager un mandat de vaccination contre la COVID-19.**

2.4. Opinions sur la vaccination obligatoire contre la COVID-19 pour les professionnels de santé

Au fur et à mesure que les vaccins contre le SRAS-CoV-2 se rapprochent d'une homologation complète et que les données sur leur excellente efficacité contre l'infection symptomatique et asymptomatique par la COVID-19 émergent, la question de savoir s'il faut mettre en œuvre une politique de vaccination contre le SRAS-CoV-2 pour les professionnels de santé comme condition d'emploi devient plus claire. Les professionnels de santé ne doivent pas transmettre par inadvertance des infections contagieuses comme la rougeole et la grippe à leurs patients et aux autres professionnels de santé. Le temps est venu d'ajouter COVID-19 à cette liste (Talbot, 2021).

Il arrive un moment où une décision doit être prise, même avec des informations imparfaites ou incomplètes. Ce moment est venu. Comme les professionnels de soins à domicile et leurs homologues dans de nombreux pays européens, selon Sokol, le personnel de santé au Royaume-Uni, sauf exemption, devrait être soumis à une vaccination obligatoire contre la COVID-19 afin de protéger la vie et la santé des personnes qu'il traite (Sokol, 2021).

Gagneux-Brunon et al., 2021 estiment que les conditions pour recommander le vaccin COVID-19 obligatoire chez les professionnels de santé selon le cadre du HCSP (Haut Conseil de santé Publique) sont réunies. Cependant, les questions éthiques telles que l'autonomie ne sont pas encore satisfaites. Les interventions visant à aider les professionnels de la santé à prendre une décision fondée sur des données probantes devraient être prioritaires et devraient répondre aux préoccupations de toutes les catégories professionnelles des professionnels de la santé. En outre, les mesures incitatives peuvent également contribuer à augmenter la couverture vaccinale dans les établissements de santé. Au lieu de rendre obligatoire la vaccination contre la COVID-19 pour tous les travailleurs de la santé, le vaccin pourrait n'être exigé que pour les professionnels de santé en contact direct avec des patients vulnérables pour lesquels il existe des preuves d'une efficacité sous-optimale des vaccins contre la COVID-19. Il s'agit notamment des transplantés d'organes solides, des greffés de moelle osseuse et des patients atteints de tumeurs malignes actives, comme décrit dans la stratégie de cocooning. Dans tous les cas, une politique de vaccination obligatoire devrait être associée à une formation adéquate de toutes les catégories de personnel soignant, visant à discuter de toutes les préoccupations, à une évaluation approfondie et transparente de son efficacité et de sa sécurité, et à une communication large et fiable sur son impact (Gagneux-Brunon et al., 2021).

Enfin, certains experts sont contre toute forme de vaccination obligatoire contre la COVID-19, même pour les professionnels de santé (Khunti et al., 2021 ; Osbourne et Clark, 2021 ; Hayes et Pollock, 2021).

CONCLUSIONS

Dans le contexte du COVID-19, la position de la vaccination obligatoire pour les travailleurs de la santé est soutenue par le CCBB et le CSS (CSS 9671, 2021 ; CCBB 75, 2020).

2.5. Efficacité de la vaccination obligatoire des enfants en général

Ces données ne sont pas liées au contexte de COVID-19.

Vanderslott et Marks (2021) présentent une base de données complète et actualisable des politiques de vaccination obligatoire des enfants dans le monde, couvrant 149 pays. La liste indique l'existence ou non d'une politique de vaccination obligatoire dans un pays et la rigueur de l'obligation sur une échelle à trois niveaux : obligatoire, obligatoire pour l'entrée à l'école ou recommandé. Leurs conclusions montrent que la politique de vaccination varie d'un pays à l'autre et qu'il y a un écart entre la politique et la pratique de la vaccination. Ils observent, en particulier pour les pays à revenu élevé, **que la survenue d'épidémies récentes est un facteur important pour l'introduction de la vaccination obligatoire**. En outre, de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire ont eu recours à des politiques de vaccination obligatoire en raison de **l'absence d'autres options politiques**. Pourtant, les taux de vaccination restent inférieurs aux objectifs fixés en raison de problèmes d'approvisionnement, de livraison et d'accès aux vaccins.

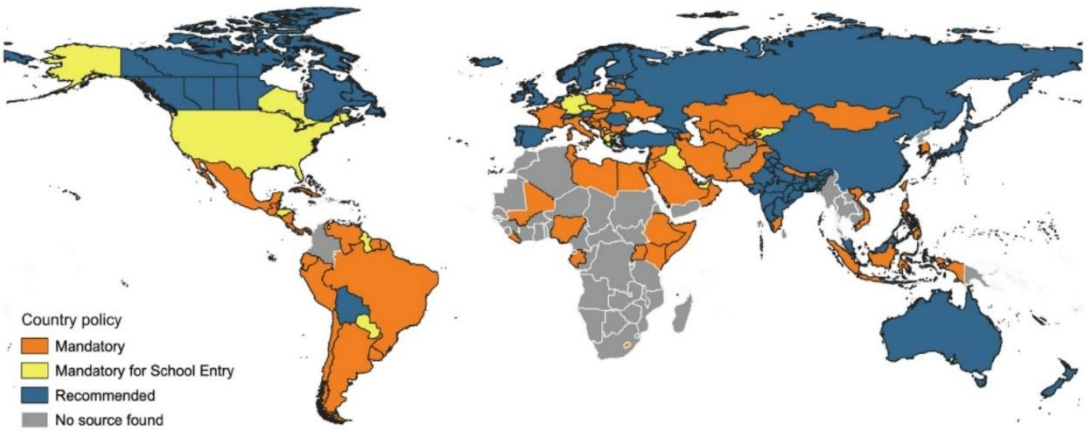


Fig. 1. Map of mandatory childhood vaccination worldwide (created with QGIS version 3.10 [74], QGIS.org, 2021 [51]).

Les preuves de l'effet positif des obligations de vaccination et de l'application de la loi proviennent principalement des États-Unis. Une revue systématique a suggéré que **l'introduction ou l'amélioration de l'application des obligations de vaccination à l'entrée à l'école ou au collège augmente l'adoption des vaccins** dans le groupe auquel l'obligation s'applique, à court terme et au fil du temps (Lee et al., 2016).

Les difficultés d'application des vaccins et la forte opposition à la vaccination obligatoire sont courantes en Europe et ont, par exemple, conduit à l'abolition des obligations en 1948 en Angleterre, où elles avaient été introduites avec la loi sur la vaccination contre la variole en 1853. **En conséquence, peu d'informations sont disponibles sur l'effet de la vaccination obligatoire en Europe**. Un projet financé par l'UE a permis de constater que des taux de couverture vaccinale similaires étaient obtenus dans les pays adoptant des politiques de recommandation et dans ceux adoptant des politiques obligatoires, ce qui semble indiquer que la vaccination obligatoire n'est pas un facteur déterminant du niveau de couverture vaccinale (http://www.assetscienceinsociety.eu/reports/page1.html). Cependant, les données étaient susceptibles d'être affectées par une « erreur écologique ». En effet, de simples comparaisons de la couverture vaccinale entre différents pays peuvent être affectées par une série de facteurs de confusion, tels que le niveau de connaissances sanitaires de la population ou l'efficacité du système de vaccination du pays (Rezza, 2019).

Les pays européens recommandent ou envisagent des vaccins obligatoires. Parmi eux, onze pays (35,4 %) ont des vaccinations obligatoires pour au moins un des vaccins contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, l'hépatite B, le poliovirus, l'haemophilus influenzae type b, la rougeole, les oreillons, la rubéole et la varicelle pour les enfants (Bozzola et al., 2018).

Table 1 Information on policies of mandatory or recommended vaccinations of the European Countries

Country	Dhyptheria	Tetanus	Pertussis	Hepatitis B	HiB	Poliovirus	Measles	Mumbs	Rubella	Varicella
Austria	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
Belgium	R	R	R	R	R	Ma	R	R	R	R*
Bulgaria	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Nr
Croatia	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Nr
Cipro	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
Czech Republic	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	R
Denmark	R	R	R	R*	R	R	R	R	R	Nr
Estonia	R	R	R	R	R	R	R	R	R	Nr
Finland	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
France	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Nr
Germany	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
Greece	Ma	Ma	Ma	Ma	R	R	R	R	R	R
Hungary	Ma	R*	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Nr
Iceland	R	R	R	Nr	R	R	R	R	R	Nr
Ireland	R	R	R	R	R	R	R	R	R	Nr
Italy	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma
Latvia	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma
Lichteinstein	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
Lituania	R	R	R	R	R	R	R	R	R	Nr
Luxemburg	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
Malta	R	R	R	R	R	R	R	R	R	Nr
Netherlands	R	R	R	R	R	R	R	R	R	Nr
Norvegia	R	R	R	R	R	R	R	R	R	Nr
Poland	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	R*
Portugal	R	R	R	R	R	R	R	R	R	Nr
Romania	R	R	R	R	R	R	R	R	R	Nr
Slovakia	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Nr
Slovenia	R	R	R	R	R	R	R	R	R	Nr
Spain	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
Sweden	R	R	R	R	R	R	R	R	R	Nr
UK	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R*

Ma Mandatory, *R* Recommanded, *Nr* Not recommended
R* recommanded for specific groups only

L'attitude des parents à l'égard des vaccinations obligatoires diffère selon les études, **le soutien allant de 53 % à 97 % pour différents programmes de vaccination**. Une résistance plus forte est apparue pour le vaccin contre le virus du papillome humain (VPH) : le pourcentage d'accord pour la vaccination obligatoire contre le VPH allait de 27 % à 63,5 %. De multiples études ont analysé les perceptions des parents à l'égard du vaccin contre le VPH, concluant que les parents sont plus susceptibles de refuser le vaccin contre le VPH que tout autre vaccin destiné aux adolescents. Parmi les autres facteurs déterminant l'hésitation à se faire vacciner chez les parents, un argument fréquent s'opposant à la vaccination obligatoire contre le VPH était de considérer que le VPH n'est pas transmissible par les contacts sociaux de routine. En outre, plusieurs études ont souligné que les connaissances sur la vaccination contre le VPH sont limitées. Des pourcentages d'accord plus élevés ont été constatés lors de l'évaluation des attitudes des jeunes adultes à l'égard de la vaccination contre le VPH (de 35,7 % en Hongrie à 82,2 % en Malaisie), bien que dans l'étude de Tyrell et al. la plupart des filles s'opposant à la vaccination obligatoire aient indiqué que les informations étaient limitées (Gualano et al., 2019).

En Italie, pour ce qui est de la couverture vaccinale depuis la mise en œuvre de la vaccination obligatoire des enfants (nouvelle loi qui a étendu le nombre de vaccins obligatoires de 4 à 10 et renforcé les mesures coercitives introduites en juillet 2017), des résultats encourageants ont récemment été rapportés. **Une augmentation de 1 % de juin à octobre 2017 pour le vaccin hexavalent (tétanos, diphtérie, coqueluche, haemophilus influenza type B, hépatite B, poliovirus) et de 2,9 % pour le vaccin rougeole-oreillons-rubéole ont été observées** (Bozzola et al., 2018).

La nouvelle loi italienne a immédiatement donné des résultats prometteurs, entraînant respectivement une augmentation de 1,2 % et de 4,4 % de la couverture vaccinale pour les vaccins hexavalent et ROR. Cette tendance s'est maintenue en 2018. **Il est intéressant de noter que la**

couverture vaccinale a également augmenté pour les vaccins qui sont seulement recommandés, tels que le vaccin anti-pneumococcique et le vaccin anti-méningococcique C. Une augmentation de la couverture vaccinale à 36 mois et à 5 ans a également été observée au fil du temps. Il n'a pas été possible de déterminer si, et dans quelle mesure, cela était également dû à d'autres facteurs tels que le débat public sur les vaccins soulevé dans les médias et/ou à une perception accrue des risques résultant de la vague épidémique de rougeole. Bien qu'il ne soit pas possible de démêler le rôle des autres facteurs contribuant à ce résultat positif, conformément aux résultats des études menées aux États-Unis, les obligations de vaccination semblent avoir réussi à augmenter la couverture vaccinale en Italie. **La durabilité à long terme de l'effet de la vaccination obligatoire et les inconvénients négatifs potentiels des mesures coercitives doivent être évalués pour générer des preuves scientifiques en matière de santé publique** (Rezza, 2019).

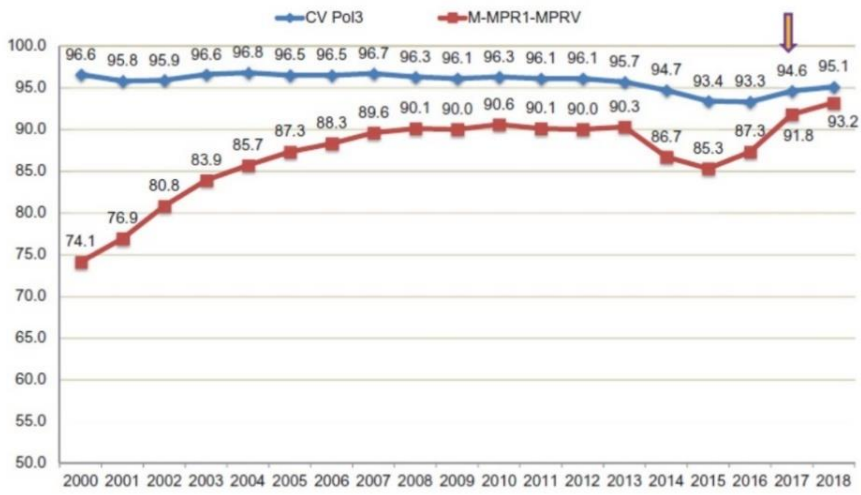


Figure 2. Long-term trend of vaccination coverage in Italy (Polio is used as a proxy of the hexavalent vaccine, and measles for the trivalent vaccine): 2000–2018 (Source: Italian ministry of health).



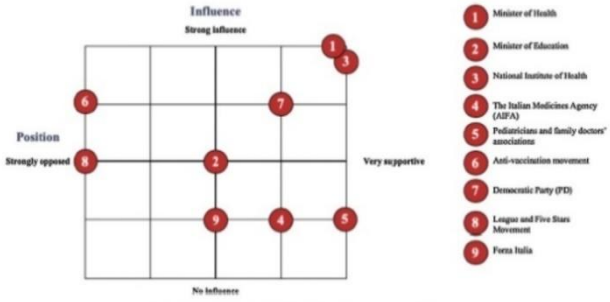
Figure 3. Proportional changes in vaccine coverage (2a: polio, and 2b: measles) in Italy, 2011–2018 (Source: Italian ministry of health).

La vaccination obligatoire semble avoir des effets positifs dans les pays où la couverture vaccinale est en baisse, comme l'Italie. Toutefois, les données doivent être interprétées avec prudence, car il est difficile de démêler l'effet d'autres facteurs tels que les épidémies de rougeole et l'attention des médias. Bien entendu, il ne s'agit pas d'une « panacée » universelle, et la décision d'adopter des stratégies coercitives doit être prise en tenant compte du contexte géographique et culturel spécifique, où d'autres mesures proactives peuvent être utilement mises en œuvre comme options alternatives. **L'idéal serait de maintenir une couverture vaccinale élevée sans obligations, mais ceux-ci peuvent devenir nécessaires lorsque de faibles connaissances en matière de santé, une forte proportion d'hésitants à la vaccination et une forte pression médiatique exercée par la minorité anti-vaccins menacent la santé de la communauté. Dans tous les cas, l'approche ne doit pas être idéologique et les résultats doivent être évalués scientifiquement pour fournir des preuves des effets de l'intervention** (Rezza, 2019 ; Casula et Toth, 2020).

Table 1
Vaccination coverage (2010-2019) - Vaccination on the 24th month.

	Mandatory vs. not mandatory before decree law no. 73/2017	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
diphtheria	Mandatory	96.4	96.3	96.2	95.7	94.7	93.3	93.6	94.6	95.1	95.0
tetanus	Mandatory	96.4	96.3	96.2	95.8	94.8	93.6	93.7	94.7	95.1	95.0
pertussis	Not mandatory	96.4	96.3	96.2	95.7	94.6	93.3	93.6	94.6	95.1	95.0
poliomyelitis	Mandatory	96.3	96.1	96.2	95.7	94.7	93.4	93.3	94.6	95.1	95.0
hepatitis B	Mandatory	95.8	96	96	95.6	94.6	93.2	93	94.4	94.9	94.9
Haemophilus influenzae type B (Hib)	Not mandatory	94.6	95.6	94.8	94.9	94.3	93	93.1	94.3	94.3	94.9
measles	Not mandatory	90.6	90.1	90	90.3	86.7	85.3	87.3	91.8	93.2	94.5
mumps	Not mandatory	90.6	90.1	90	90.3	86.7	85.2	87.2	91.8	93.2	94.4
rubella	Not mandatory	90.6	90.1	90	90.3	86.7	85.2	87.2	91.8	93.2	94.5
chickenpox	Not mandatory	n.a.	n.a.	n.a.	30.7	36.6	33.2	46.1	45.6	74.2	90.5

Source: EpiCentro (2020)



Graph 1. Positions of stakeholders and influence at a glance.

En France, trois vaccins obligatoires (contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite) coexistaient avec huit vaccins recommandés (contre le ROR, la coqueluche, Streptococcus pneumoniae, l'hépatite B (HepB), Neisseria meningiditis sérogroupe C (MenC) et Haemophilus influenza (Hib)) pour la vaccination systématique des enfants jusqu'en 2017. Cependant, **des perceptions erronées dans la population, à savoir que les vaccins non obligatoires ont moins de valeur, sont facultatifs ou ne sont pas aussi sûrs et efficaces que les vaccins obligatoires, ont entraîné une couverture vaccinale insuffisante et stagnante des vaccins recommandés.** Cette hésitation vaccinale croissante, ainsi que les grandes épidémies et les décès dus à la rougeole, ont conduit à un changement de la politique française pour étendre l'obligation vaccinale aux 11 vaccins infantiles (Lévy-Bruhl et al., 2018).

En Europe, la vaccination obligatoire a été associée à une prévalence de la vaccination contre la rougeole plus élevée de 3,71 (IC 95 % : 1,68 à 5,74) points de pourcentage et à une prévalence de la vaccination contre la coqueluche plus élevée de 2,14 (IC 95 % : 0,13 à 4,15) points de pourcentage par rapport aux pays qui n'avaient pas de vaccination obligatoire. La vaccination obligatoire n'a été associée à une diminution de l'incidence de la rougeole que dans les pays sans exemption non médicale (rapport ajusté des taux d'incidence = 0,14 ; IC à 95 % : 0,05 à 0,36). Ils n'ont pas trouvé d'association significative entre la vaccination obligatoire et l'incidence de la coqueluche. La vaccination obligatoire et l'importance des amendes étaient associées à une couverture vaccinale plus élevée. En outre, la vaccination obligatoire a été associée à une

incidence plus faible de la rougeole dans les pays où la vaccination est obligatoire sans exemptions non médicales (Vaz et al., 2020).

En conclusion, pour l'Europe, la vaccination obligatoire ne peut être mise en œuvre selon une procédure uniforme et pourrait ne pas être une solution pour tous les pays en raison de la diversité des groupes cibles, des âges et des contextes sociaux, culturels, psychologiques et éducatifs au sein des populations. Toutefois, lors d'épidémies importantes et continues, il peut s'avérer nécessaire de contrôler temporairement la propagation de la maladie en imposant la vaccination des enfants et des groupes fortement exposés dans les établissements d'enseignement et de santé publique, afin de combler les lacunes en matière de vaccination et d'arrêter la transmission. Étant donné que des lacunes en matière de vaccination des adolescents et des jeunes adultes existent dans plusieurs pays européens, l'introduction de mandats pour les programmes de vaccination des nourrissons/enfants pourrait toutefois ne pas être adaptée pour combler instantanément les lacunes en matière d'immunité dans ces groupes d'âge. Il est donc urgent de mener des activités de vaccination supplémentaires pour augmenter les couvertures dans ces groupes d'âge. Il est important de noter que ces stratégies doivent être accompagnées d'un plaidoyer, d'une communication favorisant la confiance ou de registres électroniques de vaccination/facilités de rappel (Holzmann et Wiedermann, 2019).

Sur les 62 pays identifiés par Attwell et al. (2019) ayant des politiques de vaccination obligatoire des enfants, **ils ont trouvé des preuves que seuls 7 (11 %) avaient également mis en œuvre des régimes d'indemnisation sans faute**. Les systèmes d'indemnisation sans faute sont une approche administrative visant à traiter les conséquences involontaires de la vaccination. Peu de pays ont mis en œuvre ces programmes, y compris ceux qui appliquent des politiques de vaccination obligatoire. **La vaccination obligatoire suscite un fort besoin de protéger ceux qui sont victimes de cas extrêmement rares de lésions dues à des vaccins sans responsabilité prouvée**. Les pays qui imposent la vaccination des enfants sans prévoir de système de compensation sans faute pourraient être considérés comme abrogeant le contrat social. Cela est particulièrement important lorsque les politiques publiques limitent le choix des parents concernant la vaccination ou non (Attwell et al., 2019).

Gravagna et al. (2020) ont entrepris une évaluation complète des politiques nationales de vaccination obligatoire et ont identifié une diversité de sanctions en place pour promouvoir la conformité. **Leurs résultats soulignent la nécessité d'évaluer de manière critique la mise en œuvre des sanctions pour non-conformité afin de déterminer leur efficacité et de définir les meilleures pratiques pour maintenir une forte adhésion à la vaccination dans le monde entier.** Sur les 193 pays étudiés, 54 % (n = 105) présentaient une obligation vaccinale à l'échelle nationale en décembre 2018. La fréquence, les types et la sévérité des sanctions varient largement dans toutes les régions. Nous avons constaté que 59 % (n = 62) des pays présentant une obligation vaccinale nationale définissaient au moins une sanction pour le non-respect d'une obligation de vaccination. Parmi celles-ci, les sanctions éducatives (c'est-à-dire la limitation de l'entrée ou de l'accès continu d'un enfant à l'école) étaient les plus courantes (69 % ; n = 43), la plupart des pays appliquant des sanctions éducatives refusant l'inscription à l'école jusqu'à ce que les exigences en matière de vaccination soient satisfaites (81 % ; n = 35).

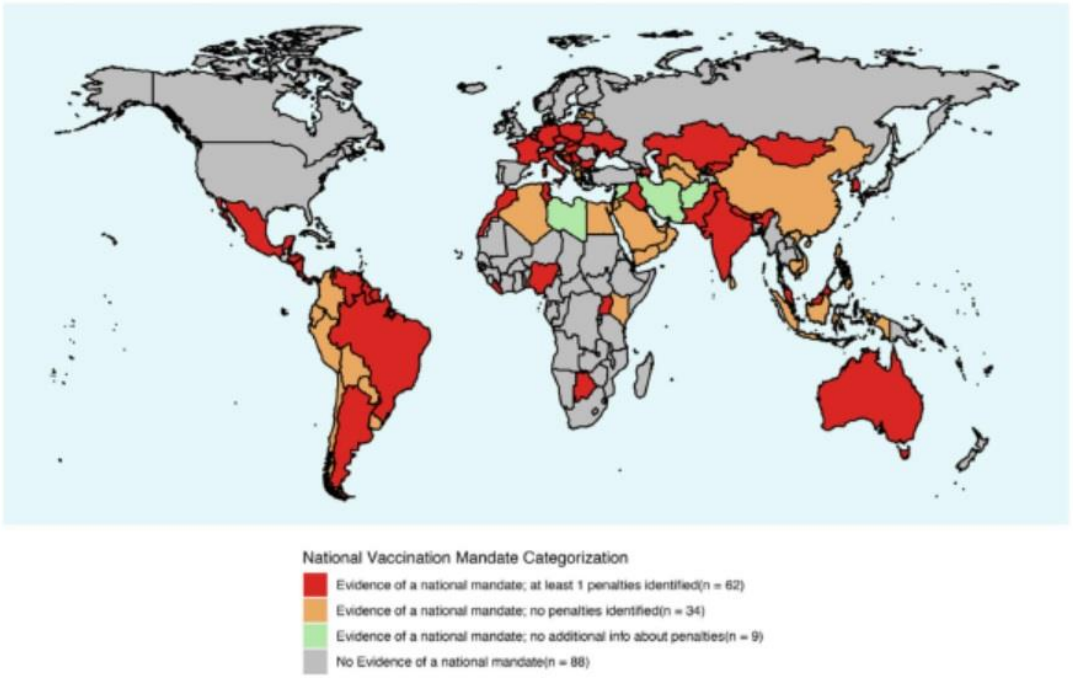


Fig. 3.
Distribution of national mandatory vaccination policies globally, further categorized based on whether evidence was obtained that the policy includes penalties for non-compliance.

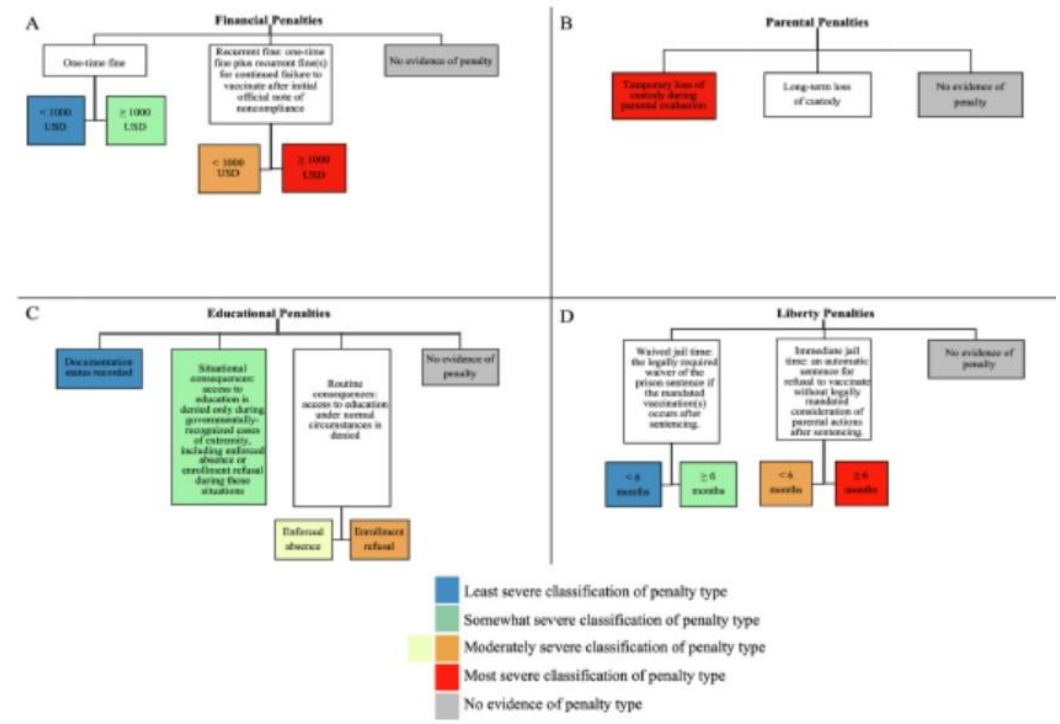


Fig. 2.
Classification scheme used in this global analysis of national mandatory vaccination policies to categorize the severity of each penalty type for: (a) financial penalties; (b) parental penalties; (c) educational penalties; (d) liberty penalties.

2.6. Vaccination COVID-19 obligatoires (principalement données and opinions concernant les adultes)

Pour information, les pays qui rendent déjà (ou envisagent de rendre) les vaccins COVID-19 « obligatoires » pour tous les adultes, les fonctionnaires, les travailleurs des secteurs public et privé, les travailleurs de la santé, les autres travailleurs, les enfants, les personnes âgées ou l'entrée dans les lieux publics, etc. sont compilés par Reuters (31/12/2021) : https://www.reuters.com/business/healthcare-pharmaceuticals/countries-making-covid-19-vaccines-mandatory-2021-08-16/

*****

En Allemagne (juin 2020), Graeber et al. (2021) montrent qu'environ 70 % des adultes se feraient volontairement vacciner contre le coronavirus si un vaccin sans effets secondaires était disponible. Environ la moitié des résidents allemands sont en faveur d'une politique de vaccination obligatoire et l'autre moitié y est opposée. Le taux d'approbation de la vaccination obligatoire est nettement plus élevé chez ceux qui se feraient vacciner volontairement (environ 60 %) que chez ceux qui ne se feraient pas vacciner volontairement (27 %). La volonté individuelle de se faire vacciner et l'acceptation d'une politique de vaccination obligatoire sont systématiquement corrélées aux caractéristiques sociodémographiques et psychologiques des répondants.

En France (Ward et al., janvier 2022), l'INSERM a publié une note préliminaire avec les conclusions suivantes :

« Seules 55 % des personnes interrogées utilisent l'application TousAntiCovid. Seul un quart des répondants utilisent cette application afin de participer au contact tracing tandis que 32 % ne l'utilisent que pour le pass sanitaire. **67 % des parents d'enfants âgés de 5 à 11 ans sont défavorables à la vaccination de ce groupe d'âge. Si l'on prend l'ensemble des personnes ayant des enfants à leur charge, 58 % d'entre elles sont défavorables à la vaccination des enfants de 5 à 11 ans**. Les attitudes à l'égard de la vaccination des enfants sont plus négatives chez les parents ayant des difficultés financières ».

« 89,5 % des répondants déclarent s'être fait vacciner ou avoir l'intention de le faire. **Parmi les 10,5 % restants, il est important de noter qu'une majorité semble s'être fait un avis définitif sur ce sujet (7 % sont « certains » de ne pas se faire vacciner contre 3,5 % qui ne le feront « probablement pas »)**. Les répondants qui refusent encore de se faire vacciner contre la COVID sont plus souvent des femmes, jeunes, se sentant proches de partis de la droite radicale et de la gauche radicale, ou ne se sentant proches d'aucun parti. Si l'on n'observe plus de différences très marquées en fonction du revenu mensuel, **les questions de ressources et d'accès aux soins semblent rester déterminantes**. Ainsi, ceux pour qui il est très facile d'acheter des médicaments s'ils en ont besoin ont plébiscité ce vaccin. Ils sont plus de 95 % à avoir été vaccinés ou à compter le faire. Cette proportion est seulement de 82 % chez ceux pour lesquels il est très difficile d'acheter ces médicaments. On trouve des écarts similaires entre ceux pour lesquels il est très facile de payer toutes les factures à la fin du mois et ceux pour lesquels c'est très difficile (92 % vs 79 %) ».

En Belgique (hiver 2020), la motivation autonome et l'amotivation fondée sur la méfiance ont contribué positivement et négativement, respectivement, a) aux intentions de vaccination concomitantes, b) à la vaccination autodéclarée et c) à l'inscription ultérieure sur une liste d'attente pour obtenir un vaccin. La perception du risque d'infection par les participants a permis de prédire des résultats plus positifs en matière de vaccination en favorisant une plus grande motivation autonome pour la vaccination et une moindre méfiance, tandis que les préoccupations sanitaires liées à la pandémie n'ont pas produit de tels effets adaptatifs. Les résultats soulignent l'importance de favoriser la motivation autonome pour la vaccination et de gérer la méfiance, tant au niveau de la société qu'en face à face (Schmitz et al., 2021).

POINT DE VUE SUR LA VACCINATION OBLIGATOIRE : PESER LE POUR ET LE CONTRE
Expert Group Psychology & Corona 12 janvier 2022.
https://fr.bfp-fbp.be/_files/ugd/990707_c780daa386e3404e93e24396366e4c4a.pdf

Résumé de la position

Cette vue d'ensemble indique que, d'un point de vue psychologique, il y a des avantages et des coûts associés au fait de rendre la vaccination obligatoire. Ils concernent la santé mais touchent à d'autres résultats psychologiques et sociétaux importants, tels que la confiance dans les autorités, la cohésion sociale et le sentiment de liberté personnelle des personnes. Les diverses dynamiques psychologiques peuvent s'appliquer à des degrés différents à différents sous-groupes de la société, tant chez les personnes vaccinées que chez les personnes non vaccinées.

Adoptant une analyse coûts-avantages fonctionnelle, ils estiment que les avantages de la vaccination obligatoire l'emportent sur les inconvénients à ce stade. Cependant, pour éviter que des inconvénients n'apparaissent, une communication attentive est nécessaire. Les questions suivantes doivent être prises en compte.

- Si la vaccination devient obligatoire, la communication doit clairement expliquer les objectifs en termes de santé collective et individuelle. Sur la base d'études scientifiques, des informations concrètes et correctes sont nécessaires pour que les gens comprennent comment la vaccination réduit la probabilité d'infection et de maladie. Cela pourrait aider la population à comprendre que la vaccination obligatoire est la prochaine étape légitime pour gérer cette crise. Bien sûr, les résultats scientifiques peuvent être difficiles à comprendre et rien ne prouve que les personnes fermement opposées à la vaccination seront convaincues par des arguments scientifiques. Cependant, de tels arguments peuvent aider les gens à répondre aux arguments des antivax. Il est en tout cas très important de s'assurer que seules des conclusions solides sont présentées. Il y a peu à gagner avec des informations scientifiques correctes dans la communication à ce stade, mais beaucoup à perdre avec des informations incorrectes.

- Comme une communication claire repose sur une prise de décision claire, il convient de clarifier ce que l'on entend par « vaccination obligatoire » : S'agit-il de la première et de la deuxième dose, du vaccin de rappel périodique et à partir de quel âge cela s'applique-t-il ?

- Pour faciliter au maximum l'observance, il pourrait être utile de faire en sorte que les professionnels de santé primaires puissent administrer le vaccin à l'occasion des consultations de routine. Un avantage supplémentaire serait de permettre aux gens de se faire vacciner sans que cela soit connu publiquement dans leur entourage immédiat, ce qui peut être utile en cas de pressions sociales contre la vaccination.

- Pour préserver la confiance dans les figures d'autorité, il est essentiel de faire comprendre au public que la stabilité du message (confiance dans le fait que le message sera toujours identique) doit être différenciée de la stabilité des objectifs et des intentions des autorités (confiance dans le fait que les autorités continueront à s'efforcer d'adopter l'approche correcte et sûre pendant une crise volatile). En d'autres termes, il est important d'expliquer que l'évolution constante des circonstances exige des adaptations continues des politiques, et qu'être un bon gouvernement, digne de confiance, implique de donner aux citoyens la garantie que ces adaptations seront réalisées si et quand elles sont nécessaires. Bien sûr, tout doit être fait pour trouver un équilibre entre l'adaptation et le fait d'être clair et cohérent.

En outre, Dubov et Phung (2015) affirment que : « La vaccination obligatoire peut être imposée de manière positive par des stratégies d'incitation (nudge) adoptées dans le cadre de la recherche sur l'économie comportementale. » Savulescu (2020) soutient pour COVID-19 que : « Dans des conditions de risque ou de risque perçu d'une nouvelle vaccination, un système de paiement pour

le risque dans la vaccination peut être supérieur. Il défend un modèle de paiement contre diverses objections, notamment le fait qu'il constitue une coercition et porte atteinte à la solidarité. Il fait valoir que le paiement peut se faire en espèces ou en nature et que la possibilité de procéder à des vaccinations altruistes peut être préservée en offrant aux personnes qui ont été vaccinées la possibilité de faire don de tout paiement en espèces au service de santé. »

Attwell et al. (2019) affirment que : « La vaccination obligatoire suscite un fort besoin de protéger ceux qui sont victimes de cas extrêmement rares de lésions dues à des vaccins sans responsabilité prouvée. Les pays qui imposent la vaccination sans prévoir de système de compensation sans faute pourraient être considérés comme abrogeant le contrat social. Cela est particulièrement important lorsque les politiques publiques limitent le choix des parents concernant la vaccination ou non de leurs enfants. »

Savulescu et al. (2021) disent que pour les enfants et la vaccination obligatoire COVID-19 : « La vaccination obligatoire des enfants **contre la grippe avec une coercition légère à modérée pourrait être justifiée**. Cette pratique pourrait comprendre des procédures de retrait raisonnablement onéreuses ou peut-être des amendes modestes. Par ailleurs, des systèmes d'incitation pourraient être justifiés. La vaccination obligatoire des enfants (ou les programmes d'incitation) **pour la COVID-19 est plus difficile à justifier**, étant donné la gravité moindre de la maladie par rapport aux adultes et l'incertitude quant à l'efficacité et au profil de risque pour les enfants. Cependant, la combinaison du COVID-19 et de la grippe constitue une menace bien plus importante pour la santé publique que l'une ou l'autre des maladies considérée isolément. Ainsi, si les arguments en faveur de la vaccination obligatoire des enfants contre la COVID-19 ne sont pas solides, ceux en faveur de la vaccination obligatoire des enfants contre la grippe le sont probablement plus que d'habitude, car le besoin des personnes vulnérables d'être protégées contre la grippe est plus grand, tout comme la nécessité de préserver la capacité des hôpitaux. Même s'il existe un certain risque pour l'enfant, si ce risque est suffisamment faible, les parents peuvent être libres d'imposer ce risque pour le bien d'autrui, et si cela est nécessaire pour protéger les personnes vulnérables, l'État peut, à juste titre, imposer un certain degré de coercition aux parents. Nous devons nous assurer que l'avantage pour la santé publique est réellement assez important pour justifier l'imposition d'un petit risque. Par exemple, si les enfants ne propagent pas le virus de manière significative, alors le bénéfice pour les autres de la vaccination des enfants serait également réduit. Et s'il existe d'autres politiques, telles que l'identification des cas et la recherche des contacts, qui réduisent la nécessité de vacciner les enfants, elles peuvent être préférables. En fin de compte, le fait de proposer aux enfants un nouveau vaccin contre une maladie qui ne constitue pas une menace majeure pour eux, de rendre le vaccin obligatoire ou de l'encourager dépend d'informations très précises sur la nature de la maladie, sa gravité, sa propagation et le vaccin lui-même. Mais il faut aussi trouver un équilibre entre l'intérêt personnel et le devoir envers les autres, entre la liberté et l'utilité. »

Avec l'analyse de certains critères éthiques comme cadre, Opel et al. (2020) concluent : « La seule conclusion logique est que nous en savons actuellement trop peu sur la performance de l'un des vaccins candidats COVID-19 ou sur l'épidémiologie du SRAS-CoV-2 chez les enfants pour pouvoir porter un jugement ferme sur l'opportunité de rendre obligatoire un vaccin COVID-19 chez les enfants. Pourtant, il n'est pas trop tôt pour commencer à intégrer ces critères dans notre planification afin de nous assurer que nous prenons la bonne décision. Les enfants de notre nation méritent cela. »

CONCLUSIONS

Il **n'existe pour l'instant que peu de données** concernant l'efficacité de la vaccination obligatoire par la COVID-19. Il est presque impossible d'extrapoler l'effet positif probable (faible ?) et les conclusions de publications (concernant d'autres maladies, des groupes spécifiques, dans d'autres pays et dans d'autres contextes) à la situation belge face à une pandémie mondiale de COVID-19.

Les effets de la vaccination obligatoire contre la COVID-19 sur la couverture vaccinale et l'effet de la couverture vaccinale sur les infections, les hospitalisations ou les décès en Belgique sont inconnus.

Une communication transparente, un débat sociétal et des arbitrages politiques sont nécessaires pour mettre en place un niveau de coercition équitable et gérable pour la vaccination des adultes par la COVID-19 en Belgique.

Les pays qui imposent la vaccination sans prévoir de système de compensation sans faute pourraient être considérés comme abrogeant le contrat social.

*****

Si, par la vaccination obligatoire contre la COVID-19, les autorités décident de limiter la mortalité, l'obligation de vaccination pourrait être imposée, par exemple, à toutes les personnes de 65 ans et plus

Si, par la vaccination obligatoire contre la COVID-19, les autorités décident de limiter la surcharge des hôpitaux et le report des soins, l'obligation de vaccination pourrait être imposée, par exemple : à toutes les personnes de 40 ans et plus, et

Si par la vaccination obligatoire contre la COVID-19, les autorités décident de limiter au maximum la surcharge des consultations pour infections respiratoires au niveau de la première ligne, l'obligation de vaccination pourrait être imposée par exemple : à toutes les personnes de 16 à 18 ans*.

La vaccination obligatoire des mineurs par la COVID-19 n'entre pas dans le cadre de ce DOCUMENT DE POSITION à ce stade de nos connaissances scientifiques, éthiques et juridiques sur le sujet.

*****

Pour des raisons de simplification, de clarté et d'uniformité des décisions politiques au niveau européen et mondial, les limites d'âge pourraient être adaptées et sont données à titre indicatif.

Le programme de vaccination obligatoire contre la COVID-19 doit suivre les recommandations du NITAG et doit être revu régulièrement par les autorités.

La mise en œuvre de l'obligation de la vaccination contre la COVID-19 en Belgique n'exclut pas automatiquement l'utilisation d'un CST, surtout pendant la période de pic de l'épidémie.

Le contrôle de la vaccination obligatoire, les sanctions éventuelles et l'indemnisation sans faute sont des décisions politiques et sortent du cadre du présent document.

* Il est important de prendre en compte dans la discussion l'âge d'apparition, la gravité et la fréquence des effets secondaires très rares des vaccins actuels. Si des effets secondaires graves de la vaccination sont rencontrés chez des personnes malchanceuses, les pertes en termes d'années de vie ajustées sur la qualité / années de vie corrigées du facteur invalidité seront plus importantes si cela concerne un jeune adulte.

2.7. Opinion du réseau d'experts du CSS

Afin de mieux étayer les réponses fournies aux autorités par le NITAG et le CCBB à ces questions, le Bureau et le Collège ont décidé de demander directement l'avis des experts du SHC sous la forme d'une enquête en ligne concernant l'étendue du système CST ou la possibilité d'une vaccination COVID-19 obligatoire en Belgique. L'enquête en ligne a été envoyée le 20/12/2021 et clôturée le 16/01/2022. Un rappel a également été envoyé le 27/12/2021.

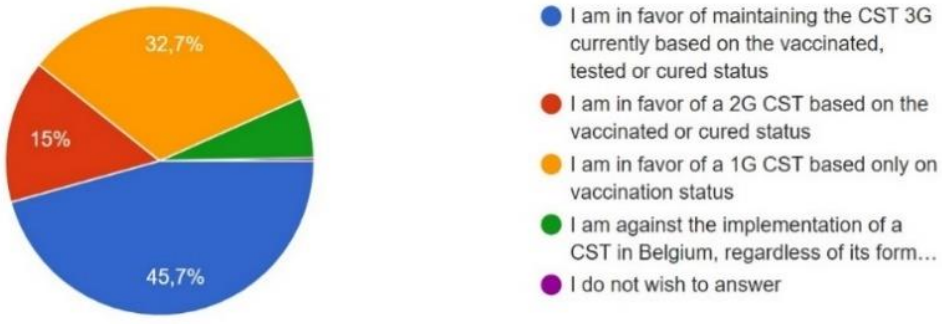
Les réponses à cette enquête en ligne ont été recueillies pendant la phase de transition entre le variant Delta et l'apparition du variant Omicron. De nombreuses incertitudes sont liées à ce nouveau variant et les positions pourraient varier au fur et à mesure que ces incertitudes concernant Omicron diminuent.

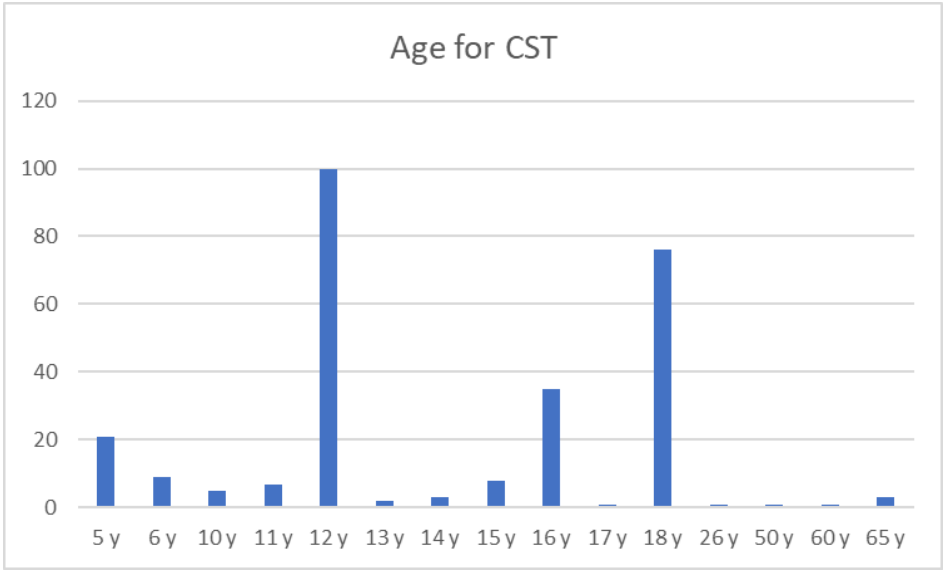
300 scientifiques belges (expertise dans un très large éventail de sujets, pas nécessairement les maladies infectieuses/vaccins) sur les 1 769 qui font partie du réseau d'experts du CSS ont répondu à l'enquête en ligne. Cela correspond à un taux de réponse de 17 %.

Les résultats sont :

1) To fight against COVID-19 and as an expert of the Superior Health Council, I endorse the following statements in the current Belgian context and not necessarily for an indefinite period. Concerning CST:

300 réponses





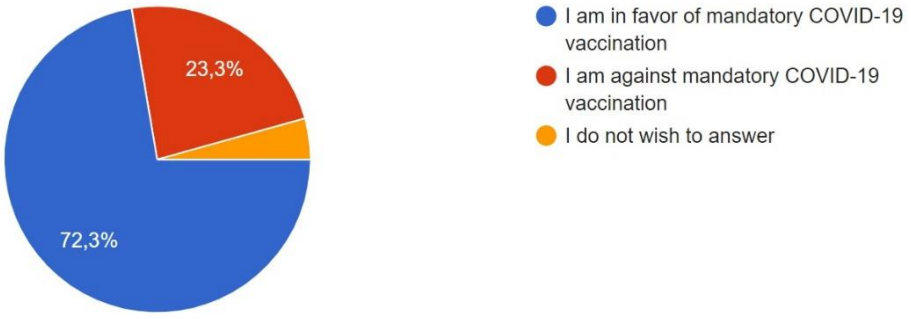
CONCLUSIONS

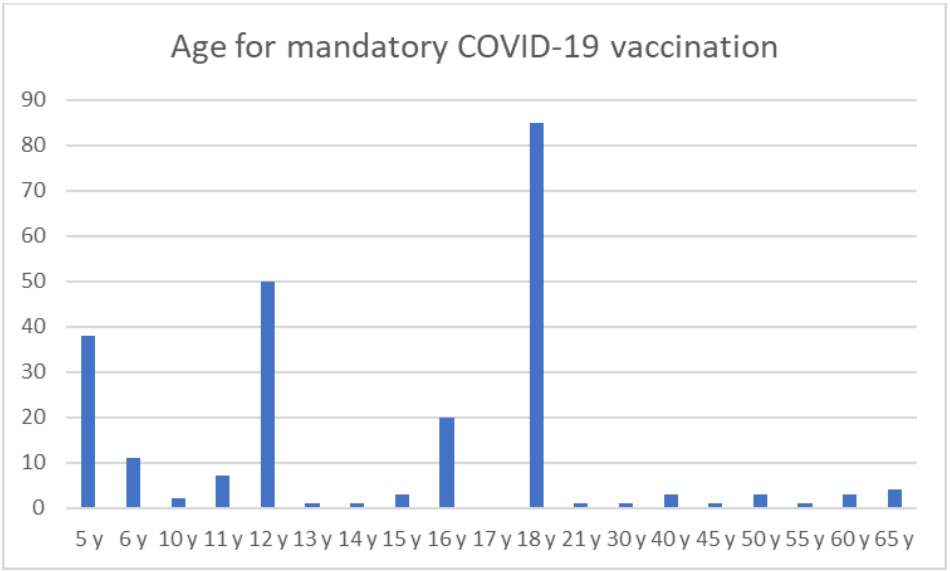
93,4 % des experts belges qui ont répondu à l'enquête en ligne sont, au moins, en faveur du maintien du CST (45,7 % pour le CST - 3G / 15 % pour le CST - 2G / 32,7 % pour le CST - 1G). 6,3 % sont contre le CST et 1 expert ne souhaite pas répondre.

Le NITAG et le Comité ont déjà recommandé l'application de la CST pour les personnes âgées de plus de 18 ans et non en dessous (CSS 9655 et 9680, 2021). Selon certains experts consultés, l'application de la CST serait acceptable dès l'âge de 12 ans.

3) To fight against COVID-19 and as an expert of the Superior Health Council, I endorse the following statements in the current Belgian context and not necessarily for an indefinite period. Concerning mandatory COVID-19 vaccination:

300 réponses





CONCLUSIONS

72,3 % des experts belges qui ont répondu à l'enquête en ligne sont (effectivement et pas nécessairement pour une période indéfinie) en faveur de la vaccination obligatoire contre la COVID-19.

23,3 % sont contre et 4,3 % ne souhaitent pas répondre.

Selon les experts consultés, la vaccination obligatoire contre la COVID-19 devrait s'appliquer dès l'**âge de 16 ans** (moyenne et médiane soutenues par 54 % des experts consultés en faveur de la vaccination obligatoire) ou de **18** ans (soutenue par 93 % des experts consultés sur la vaccination obligatoire).

3 Quel est le potentiel de ces instruments en termes d'allègement des interventions non pharmaceutiques ?

CONCLUSIONS

Au stade actuel de nos connaissances et compte tenu des incertitudes liées aux nouveaux VOC, il est impossible de répondre à cette question.

Pour aider à contrôler la pandémie de COVID-19, **une combinaison d'actions et d'outils est nécessaire**. Les vaccins actuels contre la COVID-19 sont très efficaces. Cependant, aucun vaccin ne protège à 100 %. Par conséquent, en plus de la vaccination, le CSS insiste sur l'importance des interventions non pharmaceutiques (INP) telles que le maintien de l'hygiène des mains, la distanciation physique, les mesures de barrière et la ventilation, y compris dans les espaces publics où ne se trouvent que des individus vaccinés.

Il appartient au GEMS (Groupe d'Experts de stratégie de crise pour la COVID-19) de guider les autorités dans la mise en œuvre de ces inp en fonction de l'évolution de la circulation virale et des caractéristiques de contagiosité et de virulence des VOC, et ce en fonction de la saturation des hôpitaux belges et des moyens mis à leur disposition.

Selon l'ECDC (15/12/2021) :

- **La réintroduction rapide et le renforcement des INP sont nécessaires pour réduire la transmission continue du Delta, ralentir la propagation du VOC Omicron et faire en sorte que la charge liée au COVID-19 reste gérable**. Elle ralentira la propagation du VOC Omicron, afin de permettre aux pays de gagner du temps pour poursuivre le déploiement de la vaccination et d'éviter que la propagation de ce variant n'ait un impact élevé et soudain.

  Ces mesures consistent notamment à éviter les grands rassemblements publics ou privés, à encourager l'utilisation de masques faciaux, à réduire les contacts entre groupes d'individus dans le cadre social ou professionnel, à recourir au télétravail, à élargir les tests et à renforcer la recherche des contacts. Les autorités devraient envisager de recommander de réduire les mélanges entre ménages et de faire preuve d'une prudence accrue lors des voyages et/ou lorsque des mélanges entre générations sont prévus pendant la période des fêtes. Tant que la proportion de cas de VOC Omicron reste faible et que la capacité des ressources le permet, la recherche des contacts devrait être prioritaire pour les cas probables ou confirmés d'infection par le VOC Omicron, quel que soit le statut vaccinal, de manière rapide et aussi complète que possible.

- **Il convient d'envisager la planification immédiate d'une capacité de soins de santé accrue pour traiter le nombre plus élevé de cas attendus**. Les activités de communication des risques soulignant l'importance continue d'être complètement vacciné et de chercher à obtenir une dose de vaccin supplémentaire ou de rappel, restent vitales.

4 Pour les questions ci-dessus, il convient également de tenir compte des données les plus récentes dans le domaine de l'efficacité des vaccins, de la nécessité de répéter les doses, de la mesure dans laquelle la guérison entraîne une protection, de l'évolution épidémiologique possible de la pandémie à l'endémisme, des nouveaux variants possibles, etc.

CONCLUSIONS

Au stade actuel de nos connaissances et compte tenu des incertitudes liées aux nouveaux VOC, il est impossible de répondre à cette question.

5 Que peut-on dire du VOC Omicron ?

En Belgique (11/01/2021), 1 378 séquences d'échantillons positifs de SRAS-CoV-2 collectés entre le 27/12/2021 et le 09/01/2022 ont été analysées à ce stade dans le cadre de la surveillance de base. Pour ces échantillons, **Omicron représentait 84,6 % des souches** analysées (NRC UZ Leuven & KU Leuven, rapport 2021_63).

5.1 Rapports et communications de l'ECDC (15/12/2021) et du CDC (20/12/2021)

https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/ecdc-publishes-new-risk-assessment-further-emergence-omicron-variant

https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/variants/omicron-variant.html

La transmission communautaire du VOC Omicron est déjà en cours dans les pays de l'UE/EEE (les cas sont détectés par un échantillonnage représentatif dans le système de surveillance de routine de l'UE/EEE) et une nouvelle augmentation rapide des cas de VOC Omicron est attendue dans les prochains mois. D'après les prévisions de la modélisation, et en fonction de l'avantage de croissance et du niveau d'échappement immunitaire, le VOC Omicron est susceptible de devenir le variant dominante dans l'UE/EEE au cours des deux premiers mois de 2022.

Même si la gravité de la maladie causée par le VOC Omicron est égale ou inférieure à celle du VOC Delta, la transmissibilité accrue et la croissance exponentielle des cas qui en résulte l'emporteront rapidement sur les avantages d'une gravité potentiellement réduite. Par conséquent, le VOC Omicron est considéré comme susceptible de provoquer des hospitalisations et des décès supplémentaires, en plus de ceux déjà prévus par les prévisions précédentes qui ne tiennent compte que du VOC Delta. **Le niveau global de risque pour la santé publique associé à la poursuite de l'émergence et de la propagation du VOC Omicron du SRAS-CoV-2 dans l'UE/EEE est jugé TRÈS ÉLEVÉ**.

La vaccination reste un élément clé de l'approche à plusieurs niveaux nécessaire pour réduire l'impact d'Omicron, tout en s'attaquant à la circulation actuelle du variant Delta. Les doses de rappel

augmenteront la protection contre les conséquences graves du VOC Delta et éventuellement de l'Omicron.

Les premiers résultats d'études de neutralisation in vitro, qui n'ont pas encore fait l'objet d'un examen par les pairs, montrent **une capacité de neutralisation réduite des sérums de personnes vaccinées et des sérums de convalescents contre le VOC Omicron** par rapport aux autres variants du SRAS-CoV-2, bien que de grandes incertitudes persistent. En outre, les données en vie réelle sur l'efficacité des vaccins autorisés dans l'UE contre le VOC Omicron sont encore insuffisantes. Selon les preuves actuellement disponibles, pour les résultats graves causés par le VOC Delta et potentiellement le VOC Omicron, **les doses de rappel augmenteront la protection, l'impact sur la population devant être plus élevé si la dose de rappel est administrée à la majorité de la population adulte dans un court intervalle.** Les données actuellement disponibles permettent d'administrer de manière sûre et efficace une dose de rappel dès trois mois après la fin de la primovaccination.

Les résultats de la modélisation mathématique montrent **que des réductions fortes et immédiates des taux de contact sont également nécessaires pour éviter un pic élevé de cas causés par le VOC Omicron et pour que la charge sanitaire et de mortalité liée au COVID-19 reste gérable à court terme, même avec une accélération immédiate du déploiement du vaccin**.

Si les taux de contact ne sont pas réduits par la mise en œuvre des IPN et l'augmentation de la vaccination de rappel, les niveaux de transmission pourraient rapidement submerger les systèmes de santé de l'UE/EEE.

Avec Omicron, les pays où l'adoption du vaccin est plus élevée (>80 %) pour la population totale pourraient connaître une charge gérable aux taux de contact actuels. Toutefois, cette charge pourrait devenir élevée si les taux de contact augmentent encore, comme on pourrait s'y attendre compte tenu de la période des fêtes de fin d'année.

Comme les vaccins offrent une protection élevée contre les conséquences graves de l'infection par la COVID-19, un grand nombre d'admissions à l'hôpital pour la COVID-19 seront le fait de personnes non vaccinées, en particulier de personnes non vaccinées appartenant à des groupes à risque. Toutefois, l'efficacité du vaccin (VE) contre les maladies graves n'étant pas de 100 %, l'augmentation des taux de notification entraînera également une augmentation du nombre de personnes vaccinées présentant des formes graves de la maladie nécessitant une hospitalisation. Avec l'affaiblissement de l'immunité au fil du temps après la vaccination, cela explique la proportion de personnes vaccinées parmi les patients hospitalisés pour la COVID-19 dans certains pays où l'adoption du vaccin est élevée.

Transmissibilité

Pour l'instant, les études indiquent toutes que le VOC Omicron présente un avantage de croissance par rapport aux autres variants, y compris le VOC Delta. Cependant, des incertitudes subsistent quant aux estimations actuelles de la transmissibilité et des études supplémentaires sont nécessaires pour fournir des estimations fiables de la transmissibilité du variant dans son ensemble, et en relation avec les mesures en place dans différents contextes communautaires (ECDC, 15/12/2021).

Le variant Omicron se propage probablement plus facilement que le virus original du SRAS-CoV-2 et la facilité avec laquelle Omicron se propage par rapport à Delta reste inconnue. Le CDC prévoitque toute personne infectée par Omicron puisse transmettre le virus à d'autres personnes, même si elles sont vaccinées ou ne présentent pas de symptômes (CDC, 20/12/2021).

Gravité

Les estimations actuelles de la gravité du VOC Omicron sont encore incertaines et d'autres études, comprenant un suivi à plus long terme par groupe d'âge, infection antérieure et statut vaccinal des cas identifiés, sont nécessaires pour fournir des estimations plus fiables (ECDC, 15/12/2021).

Des données supplémentaires sont nécessaires pour savoir si les infections à Omicron, et en particulier les réinfections et les infections de rupture (BTI) chez les personnes entièrement vaccinées, provoquent des maladies plus graves ou des décès que les infections à d'autres variants (CDC, 20/12/2021)**.**

Possibilité d'échapper au système immunitaire

Omicron est le variant génétiquement le plus divergent du SRAS-CoV-2 détecté en nombre significatif à ce jour au cours de la pandémie. Cela a suscité des inquiétudes quant au fait qu'il pourrait être associé à une réduction substantielle de l'efficacité des vaccins et des thérapies par anticorps monoclonaux, ainsi qu'à un risque accru de réinfections du SRAS-CoV-2.

Les données préimprimées non évaluées par des pairs actuellement disponibles suggèrent que la capacité de neutralisation des sérums de vaccinés (cours primaire) et de convalescents contre Omicron est significativement réduite par rapport aux précédents VOC du SRAS-CoV-2. Cependant, il est prouvé que la neutralisation du virus par des sérums provenant d'individus ayant subi une combinaison d'infection et de vaccination complète (primovaccination), ou d'individus vaccinés ayant reçu des rappels, reste au moins partiellement efficace pour neutraliser Omicron in vitro.

Ces données de neutralisation précoce indiquent qu'il pourrait y avoir une réduction de l'EV, notamment en ce qui concerne la prévention de l'infection. Cependant, les résultats doivent être confirmés par des échantillons de plus grande taille et par des laboratoires supplémentaires pour des patients présentant des profils cliniques différents (marque du vaccin, doses supplémentaires de vaccin, gravité de l'infection) et des intervalles d'échantillonnage après l'infection et/ou la vaccination.

Il est difficile de traduire directement les données de neutralisation in vitro en résultats cliniques tels que la protection contre l'infection ou la maladie grave, pour lesquelles des données robustes sur l'EV et l'infection perthérapeutique sont nécessaires en milieu clinique.

Jusqu'à présent, aucun seuil absolu de titre d'anticorps n'a été établi comme corrélat de la protection contre le SRAS-CoV-2. Des titres d'anticorps neutralisants plus faibles dans le sérum prélevé trois à six mois après l'infection ou la vaccination peuvent être compensés par la persistance de cellules B spécifiques du virus, à longue durée de vie, capables de se développer rapidement lors d'une infection ultérieure pour générer des titres d'anticorps neutralisants plus élevés. En outre, l'impact des anticorps non neutralisants conservés ou des réponses des cellules T mémoire n'est pas évalué par des études de neutralisation in vitro, bien qu'il soit probable qu'ils contribuent à la protection contre la maladie grave.

Les vaccins actuels devraient protéger contre les affections graves, les hospitalisations et les décès dus à l'infection par le variant Omicron. Toutefois, des ITB sont susceptibles de survenir chez des personnes entièrement vaccinées. Avec d'autres variants, comme Delta, les vaccins sont restés efficaces pour prévenir les maladies graves, les hospitalisations et les décès. L'émergence récente d'Omicron souligne encore **l'importance de la vaccination et des rappels** (CDC, 20/12/2021).

Traitements

Les scientifiques travaillent à déterminer l'efficacité des traitements existants pour la COVID-19. Compte tenu de la modification du patrimoine génétique d'Omicron, certains traitements resteront probablement efficaces, tandis que d'autres le seront moins (CDC, 20/12/2021).

5.2 Note d'information technique britannique (14/01/2021)

https://www.gov.uk/government/publications/investigation-of-sars-cov-2-variants-technical-briefings

ATTENTION : Ce rapport a été publié pour partager les analyses détaillées de la surveillance des variants qui contribuent à l'évaluation du risque Omicron. Cette note d'information technique spécialisée contient des données et des analyses préliminaires sur les variants émergents et les conclusions comportent un niveau élevé d'incertitude. Cette note d'information technique utilise une date limite de réception des données fixée au 10 janvier 2022 afin de laisser du temps pour les analyses.

Diversité génomique

Il y a encore peu de diversité au sein du clade Omicron BA.1. Deux mutations acquises dans le spike ont été notées dans l'ensemble de données du Royaume-Uni, A701V et R346K. Le taux de croissance d'Omicron avec ces mutations n'est pas supérieur à celui du reste du clade Omicron. Omicron contient également le clade BA.2. Ce clade fait l'objet d'une surveillance et d'une évaluation séparées d'un point de vue technique et est compris dans le nombre total de cas d'Omicron.

Gravité

Réduction du risque relatif d'hospitalisation chez les adultes

De multiples études de laboratoire indiquent des changements considérables dans le phénotype, **y compris des changements dans l'entrée des cellules et la fusogenèse, bien que ceux-ci ne puissent pas être directement corrélés à la virulence**. Les études préliminaires sur les animaux sont cohérentes **avec une virulence réduite**. Les analyses britanniques itératives (plus d'une étude) trouvent une réduction du risque relatif d'hospitalisation pour les cas adultes Omicron par rapport à Delta. Cela est cohérent avec les données d'Afrique du Sud. Les données disponibles suggèrent que la réduction observée du risque d'hospitalisation chez les adultes est probablement due en partie à une réduction de la gravité intrinsèque du virus et en partie à la protection conférée par une infection antérieure.

Gravité de l'infection chez les enfants : Données insuffisantes

Une augmentation du nombre d'admissions à l'hôpital de jeunes enfants est signalée au Royaume-Uni et dans certains autres pays, bien que les premières données suggèrent que les enfants admis ne sont pas gravement malades. Des analyses complémentaires sont nécessaires pour comparer le risque d'hospitalisation entre Omicron et Delta, et pour évaluer la nature clinique de la maladie chez les enfants.

Symptômes

Dans les données du NHS *Test and Trace*, la perte de l'odorat ou du goût a été signalée moins souvent par les cas Omicron que par les cas Delta (13 % des cas Omicron, 34% des cas Delta, OR : 0,22, IC 95 % : 0,21-0,23). Les maux de gorge ont été signalés plus souvent dans les cas Omicron (53 % des cas Omicron, 34 % des cas Delta, OR : 1,93, IC à 95 % : 1,88-1,98) : il convient toutefois de noter qu'une autre étude récente a observé une augmentation du nombre de maux de gorge également signalés par les personnes dont le test de dépistage du SRAS-CoV-2 est négatif, ce qui pourrait donc être une découverte fortuite.

Efficacité des vaccins

Dans l'analyse des données actualisées de la population, la protection vaccinale contre la maladie bénigne a largement disparu 20 semaines après la vaccination avec une primo-vaccination à deux doses. **Après une dose de rappel, la protection augmente initialement jusqu'à environ 65 à 70 %, mais tombe à 45 à 50 % à partir de 10 semaines.** Il est donc probable que les vaccins actuels offrent une protection limitée à long terme contre l'infection ou la transmission. **La protection contre les maladies graves est beaucoup plus élevée – après une dose de rappel, l'efficacité du vaccin contre l'hospitalisation est estimée à 92 % et reste élevée à 83 % 10+ semaines après la dose de rappel**. Ces données apparaîtront également dans le rapport hebdomadaire de surveillance du vaccin COVID-19 publié systématiquement le jeudi.

Étude SIREN

Dans l'étude SIREN, une importante cohorte de professionnels de santé est testée régulièrement par réaction en chaîne par polymérase (PCR) pour détecter les infections asymptomatiques en plus des pratiques normales de test pour les infections symptomatiques. L'analyse actualisée montre le bénéfice supplémentaire de chaque exposition au vaccin, y compris pour les rappels, même chez les personnes ayant déjà été infectées.

Mise à jour de l'évaluation des risques

Une évaluation des risques actualisée pour Omicron VOC-21NOV-01 (B.1.1.529) a été publiée.

https://www.gov.uk/government/publications/investigation-of-sars-cov-2-variants-of-concern-variant-risk-assessments

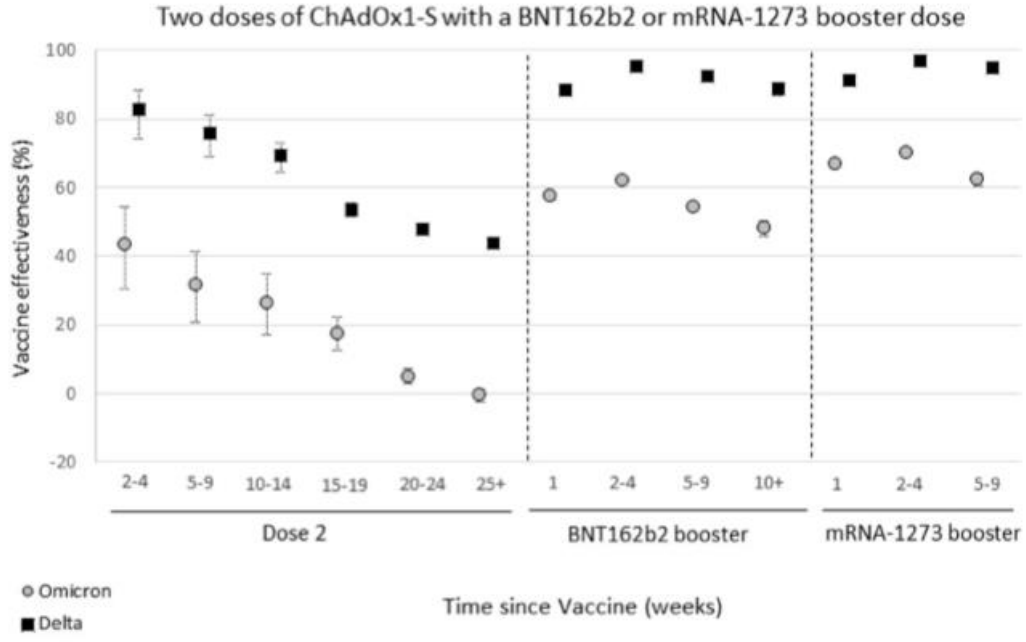
Indicator	Red, amber, or green status*	Confidence level	Assessment and rationale
Growth advantage	Red	**High**	**Omicron is the dominant circulating variant** Omicron displayed a pronounced growth advantage in the UK and rapidly rose to dominance. This growth advantage is also apparent in other countries with equivalent surveillance. We have high confidence that immune evasion is a substantial contributor to the growth advantage, but the very high growth rate and laboratory findings raise the possibility that other properties may also be contributing.
Transmissibility	Amber	**Low**	**Omicron is at least as transmissible as Delta** Increased transmissibility compared to Delta is biologically plausible. There are extensive changes to the receptor binding domain and other regions of spike, and increased ACE2 binding is measured in some assays. Several studies find that Omicron can use the endosomal pathway as an additional cell entry pathway although the clinical significance of this is unclear. There is evidence for increased replication of Omicron over Delta in upper airway cells in vitro. Generation time and transmissibility as distinct properties of Omicron still require further confirmatory analysis.
Immune evasion (including natural and vaccine derived immunity)	Red	**High**	**Omicron displays substantial immune evasion properties in the current population context** Neutralisation data, real world vaccine effectiveness against symptomatic disease, and reinfection rate all confirm substantial immune evasion properties. Whilst vaccine effectiveness (VE) is lower for Omicron than Delta after 2 doses of vaccine, boosting returns it to a higher level. Early data on hospitalisations following confirmed symptomatic infection indicates the VE against hospitalisation is high after 3 doses. Waning of vaccine effectiveness against symptomatic infection occurs more rapidly with Omicron than Delta. Further data is required to assess the duration of protection against hospitalisation.
Infection severity (adults)	Green	**High**	**Reduction in the relative risk of hospitalisation** Multiple laboratory studies indicate considerable change in phenotype including changes in cell entry and fusogenesis, although these cannot be directly correlated to virulence. Preliminary animal studies are consistent with reduced virulence. Iterated UK analyses (more than one study) find a reduction in the relative risk of hospitalisation for adult Omicron cases compared to Delta. This is consistent with data from South Africa. Available data suggests that the observed reduction in risk of hospitalisation in adults is likely to be partly a reduction in intrinsic severity of the virus and partly to protection provided by prior infection.
Infection severity (children)	Amber	**Low**	**Insufficient data** Increased numbers of hospital admissions in young children are reported in the UK and some other countries although early data suggests that admitted children are not severely unwell. Further analyses are required to compare the risk of hospitalisation between Omicron and Delta, and to assess the clinical nature of the illness in children.

* Refer to scale and confidence grading slide.

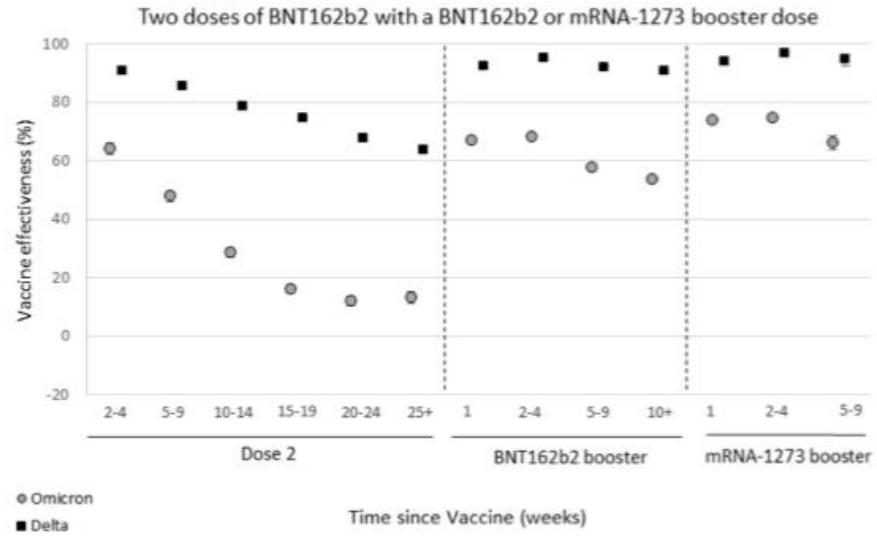
Figure 11. Vaccine effectiveness against symptomatic diseases by period after dose 1 and dose 2 for Delta (black squares) and Omicron (grey circles) for (a) recipients of 2 doses of AstraZeneca (ChAdOx1-S) vaccine as the primary course and Pfizer (BNT162b2) or Moderna (mRNA-1273) as a booster; (b) recipients of 2 doses of Pfizer vaccine as the primary course and Pfizer or Moderna as a booster, and (c) recipients of 2 doses of Moderna as a primary course (insufficient data for boosters after a Moderna primary course)

Supplementary data is not available for this figure.

(a)



(b)



(c)

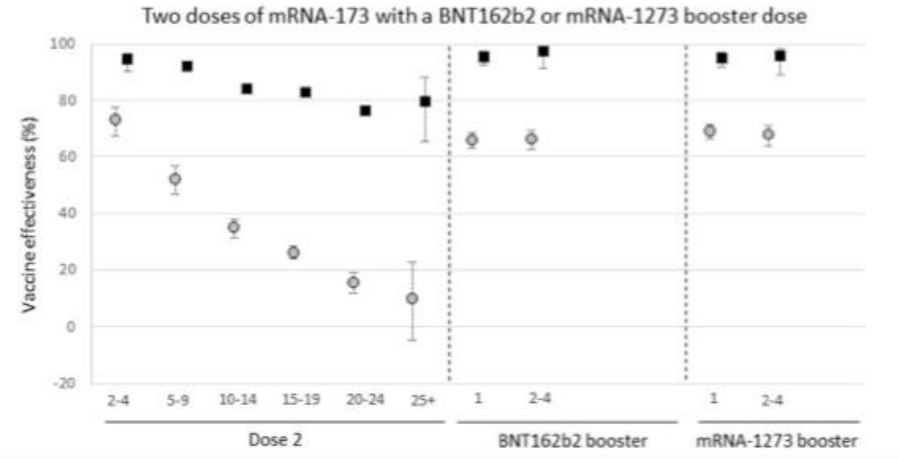


Table 2. Hazard ratios and vaccine effectiveness against hospitalisation (all vaccine brands combined). OR = odds ratio, HR = hazards ratio, VE = vaccine effectiveness

Dose	Interval after dose (weeks)	OR v symptomatic disease	HR vs hospitalisation	VE vs hospitalisation
1	4+	0.74 (0.72-0.76)	0.57 (0.38-0.85)	58% (37-72)
2	2 to 24	0.81 (0.8-0.82)	0.45 (0.36-0.56)	64% (54-71)
2	25+	0.94 (0.92-0.95)	0.6 (0.49-0.74)	44% (30-54)
3	2 to 4	0.32 (0.31-0.33)	0.26 (0.19-0.35)	92% (89-94)
3	5 to 9	0.42 (0.41-0.43)	0.29 (0.23-0.37)	88% (84-91)
3	10+	0.5 (0.49-0.51)	0.34 (0.26-0.44)	83% (78-87)

5.3 Publications et prépublications sur Omicron

ATTENTION : Les prépublications sont des rapports préliminaires d'études qui n'ont pas été certifiés par un examen par les pairs. Elles ne doivent pas être utilisées pour guider la pratique clinique ou les comportements liés à la santé et ne doivent pas être rapportées dans les médias comme des informations établies.

Physiopathologie

Kandeel et al. (2021) affirment, à l'aide d'une étude génétique, qu'il est possible, compte tenu de leur relation étroite
au variant Alpha, qu'Omicron existe depuis bien plus longtemps que prévu, même s'ils ont créé un groupe monophylétique distinct. Wei et al. (2021) ont identifié 45 mutations ponctuelles qu'Omicron a acquises depuis sa divergence avec la lignée B.1.1. Ils ont constaté que la séquence de la protéine de pointe Omicron était soumise à une sélection positive plus forte que celle de tous les variants du SRAS-CoV-2 connus pour évoluer de manière persistante chez les hôtes humains, ce qui suggère la possibilité d'un saut d'hôte. **Collectivement, leurs résultats suggèrent que le progéniteur d'Omicron est passé de l'homme à la souris, a rapidement accumulé des mutations favorables à l'infection de cet hôte, puis est revenu à l'homme, ce qui indique une trajectoire évolutive inter-espèces pour l'épidémie d'Omicron.** Cameroni et al. (2021) semblent également confirmer cela.

Zhao et al. (2021) ont étudié les caractéristiques virologiques du variant Omicron et l'ont comparé au variant Delta. Le variant Omicron s'est répliqué plus lentement que le variant Delta dans les cellules VeroE6 surexprimant la sérine protéase transmembranaire 2 (TMPRSS2) (VeroE6/TMPRSS2). Leurs résultats suggèrent que l'infection par le variant **Omicron n'est pas renforcée par le TMPRSS2 mais qu'elle est largement médiée par la voie endocytique. La différence de voie d'entrée entre les variants Omicron et Delta peut avoir une incidence sur les manifestations cliniques ou la gravité de la maladie.**

Dans une prépublication, Meng et al. (2021) démontrent une infectivité significativement plus faible des organoïdes pulmonaires et des cellules pulmonaires Calu-3 exprimant des niveaux endogènes d'ACE2 et de TMPRSS2, mais une infection similaire à celle de Delta lorsqu'ils utilisent des cellules épithéliales pulmonaires H1299. Il est important de noter que la fusogénicité du spike Omicron est altérée, ce qui entraîne une réduction marquée de la formation de syncities. **Ces observations indiquent qu'Omicron a acquis des propriétés d'évasion immunitaire tout en modulant éventuellement les propriétés associées à la réplication et à la pathogénicité**.

Dans une prépublication, Syed et al. (2022) ont examiné les mutations des quatre protéines structurelles et ont constaté qu'Omicron présentait une capacité d'assemblage de la capside et d'entrée dans les cellules 3 fois supérieure à Delta, propriété conférée par les mutations des protéines S et N. 38 échantillons d'antisérums provenant de personnes vaccinées avec les vaccins Pfizer/BioNTech, Moderna, Johnson & Johnson et de sérums de convalescence provenant de survivants du COVID-19 non vaccinés présentaient une efficacité 15 fois moindre pour empêcher la transduction cellulaire par des VLP contenant les mutations Omicron par rapport à la protéine de pointe ancestrale B.1. Une troisième dose du vaccin Pfizer a permis d'obtenir des titres de neutralisation nettement plus élevés contre Omicron, avec des anticorps neutralisants détectables chez 8 sujets sur 8, contre 1 sur 8 avant le rappel. En outre, les anticorps monoclonaux (mAb) Casirivimab et Imdevimab ont eu une forte activité de neutralisation contre les VLP B.1, B.1.1 ou Delta mais aucune neutralisation détectable des VLP Omicron. **Les résultats suggèrent qu'Omicron est plus efficace à l'assemblage et à l'entrée dans les cellules par rapport à Delta, et que la réponse anticorps déclenchée par les vaccins existants ou une infection antérieure, au moins avant le boost, aura une capacité limitée à neutraliser Omicron. En**

outre, certains AcM actuellement disponibles ne seront pas utiles pour traiter les patients infectés par Omicron.

Transmissibilité

Gu et al. (2021) signalent la détection du variant Omicron (B.1.1.529) du SRAS-CoV-2 chez un voyageur asymptomatique et entièrement vacciné dans un hôtel de quarantaine à Hong Kong, en Chine. **Le variant Omicron a également été détecté chez un voyageur entièrement vacciné séjournant dans une chambre située de l'autre côté du couloir du patient index, ce qui suggère une transmission malgré les strictes précautions de quarantaine.**

Dans une prépublication, Pulliam et al. (2021) **suggèrent que le variant Omicron est associé à une capacité substantielle d'échapper à l'immunité d'une infection antérieure au niveau de la population**. En revanche, il n'existe aucune preuve épidémiologique à l'échelle de la population d'un échappement immunitaire associé aux variants Beta ou Delta. Ce résultat a des implications importantes pour la planification de la santé publique, en particulier dans des pays comme l'Afrique du Sud où les taux d'immunité dus à une infection antérieure sont élevés.

Dans une prépublication Viana et al. (2021) ont estimé qu'Omicron avait un avantage de croissance de 0,24 (IC 95 % : 0,16-0,33) par jour sur Delta à Gauteng, en Afrique du Sud. Cela correspond à une multiplication par 5,4 (IC 95 % : 3,1-10,1) du nombre de cas par semaine par rapport à Delta. L'avantage d'Omicron en termes de croissance est probablement dû à une augmentation de sa transmissibilité intrinsèque par rapport aux autres variants, à une augmentation de sa capacité à infecter et à être transmis par des individus déjà infectés et vaccinés, ou aux deux. Les données génotypiques et phénotypiques suggèrent qu'Omicron a la capacité d'échapper de manière substantielle aux réponses des anticorps neutralisants, et la modélisation suggère **que l'évasion immunitaire pourrait être un facteur majeur de la dynamique de transmission observée.** Une surveillance étroite de la propagation d'Omicron dans les pays autres que l'Afrique australe sera nécessaire pour mieux comprendre sa transmissibilité et la capacité de ce variant à échapper à l'immunité post-infection et à l'immunité induite par le vaccin. Les anticorps neutralisants ne sont qu'une composante de la protection immunitaire conférée par les vaccins et les infections antérieures, et la **réponse immunitaire cellulaire devrait être moins affectée par les mutations d'Omicron**.

Dans un modèle mathématique, Chen et al. (2021) présentent une analyse quantitative complète de l'infectivité d'Omicron, de la pénétration du vaccin et de la résistance des anticorps. Un modèle d'intelligence artificielle, qui a été entraîné avec des dizaines de milliers de points de données expérimentales et largement validé par des données expérimentales sur le SRAS-CoV-2, révèle **qu'Omicron pourrait être plus de dix fois plus contagieux que le virus original ou environ deux fois plus contagieux que le variant Delta**. Sur la base de 132 structures tridimensionnelles (3D) de complexes anticorps-RBD, ils ont dévoilé **que le variant Omicron pourrait être deux fois plus susceptible d'échapper aux vaccins actuels que le variant Delta**. Les AcM approuvés par la Food and Drug Administration d'Eli Lilly pourraient être sérieusement compromis. Omicron peut également diminuer l'efficacité des AcM de Celltrion et de l'Université Rockefeller. Cependant, son effet sur le cocktail d'AcM de Regeneron semble être léger.

Dans une prépublication, Plesner Lyngse et al. (2021) ont estimé la dynamique de transmission suite à la propagation du VOC Omicron dans les foyers danois au cours du mois de décembre 2021. Ils ont utilisé les données des registres danois pour estimer le taux d'attaque secondaire (SAR) des ménages. Parmi les 11 937 ménages (2 225 avec le VOC Omicron), ils ont identifié 6 397 infections secondaires au cours d'une période de suivi de 1 à 7 jours. Le DAS était respectivement de 31 % et de 21 % dans les ménages avec le VOC Omicron et Delta. Ils ont constaté une transmission accrue chez les personnes non vaccinées et une transmission réduite chez les personnes ayant reçu un vaccin de rappel, par rapport aux personnes entièrement vaccinées. En comparant les foyers infectés par le VOC Omicron à ceux infectés par le VOC Delta,

ils ont constaté un DAS 1,17 (95 % IC : 0,99-1,38) fois plus élevé chez les personnes non vaccinées, 2,61 fois (95 % IC : 2,34-2,90) chez les personnes entièrement vaccinées et 3,66 (95 % IC : 2,65-5,05) chez les personnes ayant reçu un rappel de vaccin, ce qui prouve bien que le VOC Omicron est immunisé. **Leurs résultats confirment que la propagation rapide du VOC Omicron peut être attribuée principalement à l'évasion immunitaire plutôt qu'à une augmentation inhérente de la transmissibilité de base.**

Gravité

Selon Mahase (24/12/2021), on estime qu'une personne infectée par le variant Omicron du SRAS-CoV-2 a entre 31 % et 45 % moins de chances de se rendre aux urgences que si elle avait été infectée par le variant Delta et 50 à 70 % moins de chances d'être admise à l'hôpital, selon une analyse de l'Agence britannique de sécurité sanitaire.[4] Cependant, l'agence a déclaré que les résultats, qui excluent les personnes ayant déjà été infectées par le SRAS-CoV-2, **sont préliminaires et très incertains** en raison du petit nombre de cas d'Omicron dans les hôpitaux, de l'incapacité à mesurer efficacement toutes les infections antérieures et de la propagation limitée de l'Omicron dans les groupes d'âge plus élevés. Elle a également souligné que, même si une proportion plus faible de personnes porteuses du variant Omicron pourrait se retrouver à l'hôpital que dans le cas des variants précédents, **le nombre réel de personnes tombant gravement malades et nécessitant des soins hospitaliers pourrait être énorme, en raison de la transmissibilité accrue du variant**. Dans les 28 jours suivant un diagnostic Omicron, **14 personnes sont décédées, âgées de 52 à 96 ans**. L'analyse, publiée le 23 décembre, a également révélé que le variant Omicron **était plus susceptible que les variants précédents de réinfecter les personnes ayant déjà eu la COVID-19, 9,5 % des personnes infectées ayant des antécédents d'infection antérieure**. En ce qui concerne l'EV, le rapport britannique indique que **les données continuent de montrer une efficacité moindre contre l'Omicron symptomatique**. Les données indiquent que, bien que deux doses de vaccin soient moins efficaces contre le variant Omicron que contre le variant Delta précédemment dominant, **une dose de rappel améliore la protection. Mais cette protection supplémentaire peut s'estomper plus rapidement contre Omicron que contre Delta, avec une baisse d'environ 15-25 % à partir de 10 semaines après le rappel**. Il est encore trop tôt pour estimer l'EV contre les admissions à l'hôpital, mais l'agence a déclaré qu'il était plus probable que ce résultat soit durable, en particulier après un rappel. Les conclusions de l'agence sont conformes à trois études récentes, non encore examinées par des pairs, réalisées par des chercheurs en Angleterre, en Écosse et en Afrique du Sud, qui ont toutes conclu **qu'Omicron comportait un risque d'admission à l'hôpital inférieur à celui de Delta** (rapport OMS 50, 2021 ; Sheikh et al., 2021 ; Wolter et al., 2021 ; Christie, 2021).

Dans une prépublication, Ahmad et al. (2021) ont extrait un flux en temps réel d'échantillons d'Omicron provenant des hôpitaux du Grand Manchester, une région du Royaume-Uni dont la population compte environ trois millions d'individus. Les échantillons hospitaliers Omicron connaissent une croissance exponentielle dans le Grand Manchester (temps de doublement de 2,7 jours (IC 95 % : 2,1 à 3,7)). La proportion d'Omicron dans les échantillons hospitaliers suit une trajectoire similaire à la proportion de SGTF dans les cas, mais avec un décalage de deux jours. Ceci est cohérent avec le délai entre le test positif et l'admission à l'hôpital, **ce qui implique qu'une proportion similaire de cas Omicron se transforme en admissions à l'hôpital comme pour les cas Delta**. Si l'on compare les données du Grand Manchester aux données nationales sur les hospitalisations, on observe des tendances similaires. **Par conséquent, il n'y a pas de signal d'une réduction substantielle du risque d'admission à l'hôpital avec Omicron, et les épidémies d'Omicron sont susceptibles de faire peser une charge importante sur les infrastructures de santé publique**. Certaines études suggèrent qu'Omicron pourrait présenter une réduction de la gravité par rapport à Delta, avec des estimations allant d'une réduction de la

[4] Agence de sécurité sanitaire du Royaume-Uni. Variants préoccupants du SRAS-CoV-2 et variants faisant l'objet d'une enquête en Angleterre : note d'information technique 33. Déc 2021. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1043680/technical-briefing-33.pdf.

gravité de 20 % à 80 %. **Bien qu'il s'agisse d'une réduction significative de la gravité, elle ne sera pas suffisante pour alléger la charge qui pèse sur des systèmes de santé publique déjà mis à rude épreuve**.

Données immunologiques

Wang et al. (2021) ont indiqué que la DE50 moyenne de neutralisation des sérums contre Omicron a diminué à 66, soit environ 8,4 fois par rapport à la souche de référence D614G (DE50 = 556), alors que l'activité de neutralisation des autres virus pseudotypés VOC et Variants of Interest (VOI) n'a diminué que de 1,2 à 4,5 fois environ. Les résultats de cet essai in vitro suggèrent que **le variant Omicron peut conduire à un échappement plus important à la protection immunitaire induite par l'infection précédente par le SRAS-CoV-2 et peut-être même par les vaccins COVID-19 existants**.

Dans une prépublication, Aggarwal et al. (2021) ont évalué l'impact de l'infection par Omicron sur la capacité de neutralisation in vitro du virus par le sérum d'individus vaccinés et/ou précédemment infectés, par les IgG humaines concentrées provenant de donneurs de plasma et par les thérapies mAb autorisées. Une réduction de 17 à 22 fois des titres de neutralisation chez tous les donneurs qui présentaient un titre d'anticorps neutralisant détectable contre le variant Omicron a été constatée. Les IgG humaines concentrées provenant de donneurs convalescents et vaccinés ont eu une neutralisation plus étendue, bien que leur puissance ait été divisée par 16. Parmi tous les anticorps thérapeutiques testés, une neutralisation significative du variant Omicron n'a été observée que pour le Sotrovimab, les autres AcM étant incapables de neutraliser l'Omicron in vitro. **Ces résultats ont des implications pour le traitement en cours des personnes infectées par le variant Omicron**.

Dans une prépublication, Cele et al. (2021) montrent qu'une capacité de neutralisation élevée obtenue par une combinaison d'infection et de vaccination, et éventuellement de rappel, **pourrait maintenir une efficacité raisonnable contre Omicron**. Un affaiblissement de la réaction de neutralisation est susceptible de faire baisser l'EV en dessous de ces estimations. **Toutefois, étant donné que la protection contre les affections graves nécessite des niveaux de neutralisation plus faibles et fait intervenir l'immunité des lymphocytes T, cette protection peut être maintenue.**

Dans une prépublication, Wilhelm et al. (2021) indiquent que, contrairement au variant Delta actuellement en circulation, **l'efficacité de la neutralisation des sérums induits par le vaccin contre Omicron était sévèrement réduite, ce qui met en évidence l'immunité médiée par les cellules T comme barrière essentielle pour prévenir la COVID-19 grave.** Étant donné que le SARS-CoV-2 Omicron était résistant au casirivimab et à l'imdevimab, un génotypage du SARS-CoV-2 peut être nécessaire avant d'initier un traitement par AcM. Des vaccins et des agents mAb spécifiques à un variant peuvent être nécessaires pour traiter la COVID-19 dû à l'Omicron et à d'autres VOC émergents.

Dans une prépublication, Redd et al. (2021) ont examiné si les épitopes viraux précédemment identifiés et ciblés par les cellules T CD8+ chez ces individus (n=52 épitopes distincts) sont mutés dans le VOC Omicron nouvellement décrit (n=50 mutations). Au sein de cette population, un seul épitope à faible prévalence de la protéine de pointe, limité à deux allèles HLA et trouvé chez 2/30 (7 %) individus, contenait un seul changement d'acide aminé associé au VOC Omicron. **Ces données suggèrent que pratiquement tous les individus ayant des réponses des cellules T CD8+ anti-SARS-CoV-2 devraient reconnaître le VOC Omicron, et que le SARS-CoV-2 n'a pas évolué vers des mutations importantes d'échappement des cellules T à l'heure actuelle.**

Dans une prépublication, Schubert et al. (2021) démontrent que la RBD d'Omicron présente une liaison plus faible à l'ACE2 par rapport à Beta et Delta, ce qui indique que l'amélioration de la liaison à l'ACE2 n'est pas un facteur probable de l'évolution d'Omicron. Les titres d'anticorps

sériques étaient significativement plus faibles contre Omicron RBD que contre la souche originale de Wuhan. Cependant, une différence de 2,5 fois a été observée dans la liaison RBD alors que dans d'autres études, la neutralisation du SARS-CoV-2 Omicron était réduite d'une magnitude de 10 fois et plus. Ces résultats indiquent une fuite immunitaire axée sur les anticorps neutralisants. **La liaison réduite des sérums au RBD d'Omicron ajoute des preuves que les protocoles de vaccination actuels peuvent être moins efficaces contre le variant Omicron.**

Dans une prépublication, Carreno et al. (2021) ont étudié l'activité neutralisante et de liaison de sérums provenant de personnes convalescentes, doublement vaccinées par l'ARNm, renforcées par l'ARNm ainsi que doublement vaccinées et renforcées par les convalescents contre les isolats de type sauvage, B.1.351 et B.1.1.529 (Omicron) du SRAS-CoV-2. L'activité neutralisante des sérums des participants convalescents et doublement vaccinés était indétectable à très faible contre B.1.1.529, tandis que l'activité neutralisante des sérums des individus qui avaient été exposés au spike trois ou quatre fois était maintenue, bien qu'à des niveaux fortement réduits. La liaison au domaine de liaison au récepteur (RBD) B.1.1.529 et au domaine terminal N35 était réduite chez les convalescents non vaccinés mais était surtout conservée chez les personnes vaccinées. **Il est important de noter que ces données s'ajoutent au nombre croissant de preuves suggérant que des vaccins spécifiques au B.1.1.529 sont nécessaires de toute urgence**.

Dans une prépublication, Lu et al. (2021) ont constaté que les sérums immunisés provenant de receveurs de BNT162b2 et de Coronavac présentaient des titres d'anticorps neutralisants sensiblement réduits contre le variant Omicron. Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les titres de neutralisation moyens géométriques contre les souches du variant Omicron avec ou sans la mutation R346K du pic. Ces données suggèrent également **que le variant Omicron peut être associé à une VE COVID-19 plus faible**.

Dans une prépublication, Lechemere et al. (2021) ont comparé les réponses en anticorps neutralisants entre des personnes non vaccinées et des personnes doublement vaccinées par COVID-19 (y compris les personnes vaccinées par AZD1222 et BNT162b2) qui ont été infectées par le variant Delta (B.1.617.2). Une production rapide d'IgG réactives au Spike a été observée dans le groupe vacciné, ce qui prouve l'efficacité de l'amorçage du vaccin. Globalement, **une puissante activité de neutralisation croisée contre les VOC actuels du SRAS-CoV-2 a été observée dans le groupe RTC par rapport au groupe infection, y compris la neutralisation du variant Omicron (B.1.1.529)**. Cette étude fournit des indications importantes sur l'immunité des populations où les niveaux de transmission restent élevés et dans le contexte de VOC nouveaux ou émergents.

Efficacité du rappel

Garcia-Beltran et al. (2022) ont mesuré le pouvoir de neutralisation des sérums de 88 personnes ayant reçu le vaccin mRNA-1273, 111 BNT162b et 40 Ad26.COV2.S contre les pseudovirus du SRAS-CoV-2 de type sauvage, Delta et Omicron. Ils ont inclus les personnes ayant reçu leur série primaire récemment (<3 mois), à distance (6-12 mois), ou une dose supplémentaire de « rappel », tout en tenant compte de l'infection antérieure par le SRAS-CoV-2. Fait remarquable, la neutralisation d'Omicron était indétectable chez la plupart des vaccinés. Cependant, les individus stimulés par des vaccins à ARNm ont présenté une neutralisation puissante d'Omicron, seulement 4 à 6 fois inférieure à celle du type sauvage, ce qui suggère une réactivité croisée accrue des réponses d'anticorps neutralisants. En outre, ils constatent que le pseudovirus Omicron infecte plus efficacement que les autres variants testés. **Dans l'ensemble, cette étude souligne l'importance de doses supplémentaires d'ARNm pour élargir les réponses d'anticorps neutralisants contre les variants hautement divergents du SRAS-CoV-2. Deux doses de vaccins à base d'ARNm provoquent une faible neutralisation d'Omicron. Trois doses de vaccin à ARNm provoquent une neutralisation croisée puissante du variant, y compris Omicron. Le**

pseudovirus Omicron infecte les cellules plus efficacement que les autres variants du SRAS-CoV-2. En raison de la présence de réponses mémoires des lymphocytes B et T chez les personnes vaccinées, et puisque 80 % des épitopes de la protéine spike reconnus par les lymphocytes T CD8+ ne sont pas affectés par les mutations d'Omicron, deux doses peuvent encore induire une protection contre les affections graves (Ledford, 2022).

Dans une récente étude en conditions réelles menée par les CDC, Thompson et al. (CDC, 21/01/2022) ont observé que l'EV était significativement plus élevée chez les patients ayant reçu leur deuxième dose de vaccin ARNm COVID-19 <180 jours avant la rencontre médicale, par rapport à ceux vaccinés ≥180 jours auparavant. Au cours des périodes à prédominance Delta et Omicron, l'administration d'une troisième dose de vaccin s'est avérée très efficace pour prévenir les consultations dans les services d'urgence et les centres de soins d'urgence liés au COVID-19 (94 % et 82 %, respectivement) et les hospitalisations liées au COVID-19 (94 % et 90 %, respectivement) chez les adultes. Ils ont conclu que toutes les personnes non vaccinées devraient commencer à se faire vacciner dès que possible. Tous les adultes qui ont reçu des vaccins ARNm au cours de leur série de primovaccination COVID-19 doivent recevoir une troisième dose lorsqu'ils sont éligibles, et les personnes éligibles doivent rester à jour de leurs vaccinations COVID-19.

Dans une prépublication, Ai et al. (2021) démontrent que la protection immunitaire induite par les vaccins pourrait plus probablement échapper à Omicron par rapport aux prototypes et aux autres VOC. Après deux doses de vaccins à virion entier inactivé comme injection d'amorçage, **un troisième vaccin à sous-unité protéique hétérologue et un rappel de vaccin inactivé homologue pourraient améliorer la neutralisation contre Omicron**.

Dans un preprint, Nemet et al. (2021) démontrent une faible efficacité de neutralisation contre Delta et le type sauvage pour les vaccins ayant plus de 5 mois après la seconde dose de BNT162b2, avec une efficacité de neutralisation nulle contre Omicron. Nous démontrons l'importance d'une troisième dose, en **montrant que l'efficacité de neutralisation d'Omicron est multipliée par 100 après une troisième dose, avec une neutralisation réduite de 4 fois par rapport à celle contre le VOC Delta**. La durabilité de l'effet de la troisième dose reste à déterminer.

Dans une prépublication, Doria-Rose et al. (2021) évaluent le risque potentiel de ce variant pour les vaccins existants. Des échantillons de sérum provenant de personnes ayant reçu le vaccin mRNA-1273 ont été testés pour leur activité neutralisante contre Omicron et comparés aux titres de neutralisation contre D614G et Beta dans des tests de virus vivants et de pseudovirus. Omicron était 41 à 84 fois moins sensible à la neutralisation que D614G et 5,3 à 7,4 fois moins sensible que Beta lorsqu'il a été testé avec des échantillons de sérum obtenus 4 semaines après 2 inoculations standard avec 100 µg de mRNA-1273. **Un rappel de 50 µg a augmenté les titres de neutralisation d'Omicron et peut réduire considérablement le risque d'infections symptomatiques par le vaccin.**

Dans une prépublication, Schmidt et al. (2021) montrent qu'Omicron présente une distribution similaire des changements de séquence et de la résistance à la neutralisation, tout comme une protéine de pointe résistante à la neutralisation conçue en laboratoire, ce qui suggère une pression évolutive naturelle pour échapper à la réponse des anticorps humains. **Les rappels de vaccins à ARNm actuellement disponibles, qui peuvent favoriser la maturation de l'affinité des anticorps, améliorent considérablement les titres d'anticorps neutralisants du SARSCoV-2.**

Dans une prépublication, Gruell et al. (2021) ont évalué la capacité de neutralisation du sérum dans des cohortes longitudinales d'individus vaccinés et convalescents, ainsi que l'activité des AcM contre Omicron en utilisant des tests de neutralisation de pseudovirus. Ils rapportent une absence quasi-complète d'activité neutralisante contre Omicron dans les sérums polyclonaux après deux doses du vaccin BNT162b2, chez des individus convalescents, ainsi qu'une résistance à différents anticorps monoclonaux utilisés en clinique. Cependant, les immunisations de rappel par ARNm chez les personnes vaccinées et convalescentes ont entraîné une augmentation significative de

l'activité sérique neutralisante contre Omicron. **L'étude démontre que les vaccinations de rappel seront essentielles pour améliorer sensiblement la réponse immunitaire humorale contre le variant Omicron.**

Dans une prépublication, Amir et al. (2021) comparent l'efficacité dans le monde réel d'une dose de rappel fraîche à celle d'un vaccin frais à 2 doses. Ils mènent une étude quasi-expérimentale qui compare les populations qui étaient éligibles pour recevoir le vaccin à des moments différents en raison des politiques de limite d'âge. **L'analyse montre qu'un rappel frais augmente de 3,7 fois (IC 95 % : 2,7 à 5,2) la protection contre l'infection confirmée par rapport à un vaccin frais à 2 doses en Israël.**

Dans une prépublication, Eggink et al. (2021) montrent aux Pays-Bas une forte diminution de la protection induite par le vaccin ou l'infection contre les infections à SARS-CoV-2 causées par le variant Omicron par rapport au variant Delta. Cela concorde avec les études in vitro qui ont montré une réduction de 30 à 40 fois de la neutralisation du variant Omicron avec des sérums de convalescents ou de personnes entièrement vaccinées. La vaccination de rappel semble montrer une moindre réduction de la sensibilité à la neutralisation. Le Royaume-Uni a montré une réduction substantielle de l'EV contre l'infection avec le variant Omicron par rapport au variant Delta après la primovaccination. Après la vaccination de rappel, l'efficacité du vaccin contre l'infection Omicron a augmenté mais est restée inférieure à celle contre l'infection Delta. Leurs données montrent un OR d'environ 5, ce qui suggère une réduction significative de l'EV. **Cela souligne la nécessité urgente d'une vaccination de rappel et justifiera la mise en œuvre de NPI** pour prévenir l'engorgement des soins hospitaliers si la gravité du COVID-19 n'est pas réduite dans une large mesure.

Dans une prépublication, Gardner et Kilpatrick (2021) passent en revue certaines études et concluent que **les données sont insuffisantes pour estimer l'EV d'un seul vaccin pour l'ensemble des variants**, en particulier pour les niveaux plus élevés d'évasion immunitaire (réductions des titres d'anticorps neutralisants > 7 fois) observés avec le variant Omicron (40 fois). Au lieu de cela, ils ont exploité la variation entre les vaccins et les variants du virus pour estimer les relations entre l'EV et le titre d'anticorps neutralisant sur une plage de réduction des titres d'anticorps neutralisants de 30 à 100 fois. **Omicron a multiplié par quatre ou cinq le risque d'hospitalisation et par sept ou dix le risque de maladie symptomatique chez les personnes vaccinées par ARNm**, avec des effets relatifs similaires chez les personnes récemment vaccinées ou chez celles dont les titres d'anticorps ont baissé. **Les troisièmes doses ont rétabli les titres et la protection à des niveaux similaires à ceux de l'immunité affaiblie contre Delta**. Dans l'ensemble, ces analyses indiquent que l'EV contre les affections graves est significativement réduite pour les individus dont l'immunité a diminué, et que la protection contre l'infection, la maladie symptomatique et la transmission est presque éliminée. **Cependant, les troisièmes doses améliorent sensiblement ces réductions mais ne rétablissent la protection qu'à des niveaux équivalents à la protection perdue contre le variant Delta.** L'invasion d'Omicron risque d'entraîner une infection généralisée et un nombre important d'hospitalisations, à moins d'un renforcement généralisé de l'immunité.

Dans une prépublication, Levine-Tiefenbrun et al. (2021) analysent les valeurs Ct des tests qRT-PCR du SRAS-CoV-2 de plus de 22 000 infections au cours d'une période à dominante variant Delta en Israël. Ils ont constaté que l'efficacité de cette réduction de la charge virale diminue de manière significative dans les mois qui suivent la dose de rappel. Après ajustement en fonction de l'âge, du sexe et de la date calendaire, les valeurs Ct du gène RdRp ont initialement augmenté de 2,7 [IC : 2,3-3,0] par rapport aux non-vaccinés au cours du premier mois suivant l'administration de la dose de rappel, **mais ont ensuite diminué pour atteindre une différence de 1,3 [IC : 0,7-1,9] au cours du deuxième mois et sont devenues faibles et non significatives au cours des troisième et quatrième mois**. Le taux et l'ampleur de cette baisse de l'efficacité de la réduction de la charge virale après le rappel reflètent ceux observés après le second vaccin. Ces résultats suggèrent une diminution rapide de l'efficacité du rappel pour réduire l'infectiosité, ce qui pourrait affecter la propagation du virus au niveau communautaire.

Efficacité du vaccin (EV) contre l'infection et les « Infections perthérapeutiques » (BTI)

Dans une prépublication, Hansen et al. (2021) présentent des résultats de recherche originaux avec des estimations précoces, à partir de bases de données nationales danoises, de **l'EV contre l'infection par le nouveau variant Omicron du** SRAS-CoV-2 (B.1.1.529) jusqu'à cinq mois après une série de primovaccination avec les vaccins BNT162b2 ou mRNA-1273. Cette étude apporte la preuve d'une protection contre l'infection par le variant Omicron après l'achèvement d'une série de primovaccination avec les vaccins BNT162b2 ou mRNA-1273. En particulier, ils ont constaté une EV contre le variant Omicron de 55,2 % (IC 95 % : 23,5 à 73,7 %) et de 36,7 % (IC 95 % : -69,9 à 76,4 %) pour les vaccins BNT162b2 et mRNA-1273, respectivement, au cours du premier mois après la primovaccination. Toutefois, l'EV est nettement inférieure à celle contre l'infection par le virus Delta et diminue rapidement en quelques mois seulement. L'EV est rétablie lors de la revaccination avec le vaccin BNT162b2 (54,6 %, IC 95 % : 30,4 % à 70,4 %).

Dans une prépublication, Goga et al. (2021), illustrent plus de BTI mais, de manière rassurante, des COVID-19 moins sévères avec Omicron. Les réinfections et les infections primaires provoquées par Omicron sont probablement dues à une séroprévalence élevée du SRAS-CoV-2 dans la population, à une diminution de l'EV au fil du temps, à une infectivité accrue d'Omicron, à une évasion immunitaire d'Omicron ou à une combinaison de ces facteurs. Le suivi de cette cohorte se poursuivra et les rapports seront mis à jour, au fil du temps et des infections. Au total, 40 538 BTI ont été observés, dont 609 pendant la période Beta, 22 279 pendant Delta et 17 650 pendant Omicron. Au 15 décembre 2021, les infections quotidiennes pendant Omicron étaient trois fois supérieures à celles observées pendant le pic observé pendant Delta. Cependant, à la différence de la période Delta, avec Omicron, on a observé un découplage clair et précoce de l'hospitalisation des cas en pourcentage des courbes du pic Delta. Omicron a infecté de manière significative une plus grande proportion de travailleurs de la santé dans le groupe d'âge 18-30 ans, par rapport au groupe d'âge 55+. Il y a eu 1 914 hospitalisations liées aux ITB - 77, 1 429 et 408 dans les périodes Beta (89 jours), Delta (180 jours) et Omicron (30 jours), respectivement. Pendant la période Omicron, 91 % des professionnels de santé hospitalisés ont eu besoin de soins généraux, 6 % de soins importants et 3 % de soins intensifs, contre 89 % de soins généraux, 4% de soins importants et 7 % de soins intensifs pendant la période Delta et 78 % de soins généraux, 7 % de soins importants et 16 % de soins intensifs pendant la période Beta ($p<0,001$). Pendant les périodes Beta et Delta, 43 % des travailleurs de santé hospitalisés ont eu besoin d'oxygène supplémentaire et 7-8 % ont eu besoin de ventilation, contre 16 % et 0,2 % respectivement pendant la période Omicron ($p<0,001$). La durée médiane de l'hospitalisation était significativement plus faible avec Omicron qu'avec Beta et Delta (3 jours contre 5-6 jours, $p<0,001$).

Bates et al. (2021) montrent un renforcement substantiel de l'immunité humorale après la BTI, malgré une affection pour l'essentiel légère. Le renforcement était le plus notable pour les IgA, peut-être en raison des différences de voie d'exposition entre la vaccination et l'infection naturelle. En outre, les sérums innovants ont montré une meilleure neutralisation croisée des variants, et les RTC Delta, en particulier, ont montré une meilleure puissance contre Delta par rapport à WA1, ce qui suggère que la réponse immunitaire protectrice peut être élargie par le développement de rappels de variants avec des insertions antigéniques correspondant aux variants émergents du SRAS-CoV-2. Les limites de cette étude comprennent le petit nombre d'échantillons et la différence de temps entre la vaccination initiale et la collecte de sérum entre les groupes innovants et de contrôle. **Des preuves émergentes suggèrent le développement de variants de réponses anticorps à neutralisation croisée**.

Omicron et les enfants

Dans une prépublication, Cloete et al. (2021) décrivent l'augmentation rapide des hospitalisations pédiatriques associées au COVID-19 dans le district de Tshwane, dans la province de Gauteng en Afrique du Sud – l'un des premiers épicentres connus du nouveau variant Omicron du virus SRAS-CoV-2. Le tableau clinique ainsi que la forte augmentation des taux de positivité et des

hospitalisations en pédiatrie sont décrits en détail du point de vue d'un grand district sanitaire sud-africain, ce qui permet d'avoir une vue d'ensemble de la façon dont le variant Omicron affecte la population pédiatrique. Pendant une période de six semaines, 6 287 cas pédiatriques (≤19 ans) de COVID-19 ont été enregistrés dans le district de Tshwane, dont 462 (7,2 %) ont été hospitalisés dans 42 hôpitaux (18 % du total des admissions). Le nombre de cas pédiatriques était plus élevé que lors des trois vagues précédentes, précédant de façon inhabituelle les hospitalisations d'adultes. Sur les 75 spécimens viraux séquencés dans le district, 99% étaient des Omicron. Les informations cliniques détaillées obtenues auprès de 139 des 183 (76 %) enfants admis (≤13 ans ; y compris toutes les hospitalisations du secteur public) ont indiqué que les jeunes enfants (0-4 ans) étaient les plus touchés (62 %). Les symptômes comprenaient la fièvre (47 %), la toux (40 %), les vomissements (24 %), les difficultés respiratoires (23 %), la diarrhée (20 %) et les convulsions (20 %). La durée du séjour à l'hôpital était courte (3,2 jours en moyenne), et dans 44 % des cas, la COVID-19 était le diagnostic principal. **La plupart des enfants ont reçu des soins standard en salle (92 %), dont 31 (25 %) ont reçu une oxygénothérapie. Sept enfants (6 %) ont été ventilés ; quatre enfants sont décédés, tous en rapport avec des copathologies sous-jacentes complexes**. Aucun des enfants n'était vacciné, de même que la majorité des parents pour lesquels des données étaient disponibles. L'augmentation rapide des cas de COVID-19 et des hospitalisations en pédiatrie reflète une transmission communautaire élevée du SRAS-CoV-2 (variant Omicron) dans le district de Tshwane, en Afrique du Sud. Une surveillance continue est nécessaire pour comprendre l'impact à long terme du variant Omicron sur les enfants.

Mais les chercheurs rappellent que **cela ne signifie pas nécessairement que les enfants sont plus vulnérables à Omicron qu'à Delta ou à d'autres variants**. Les experts notent que les enfants présentent des taux d'infection et de vaccination antérieures par le coronavirus inférieurs à ceux des adultes, ce qui signifie que leurs niveaux d'immunité préexistante ne sont pas aussi élevés. Les taux plus élevés d'hospitalisation d'enfants **au cours des premiers stades d'une épidémie pourraient également refléter une plus grande capacité hospitalière, permettant de garder en observation un enfant qui, autrement, serait renvoyé chez lui** (Ledford, 2021).

CONCLUSIONS

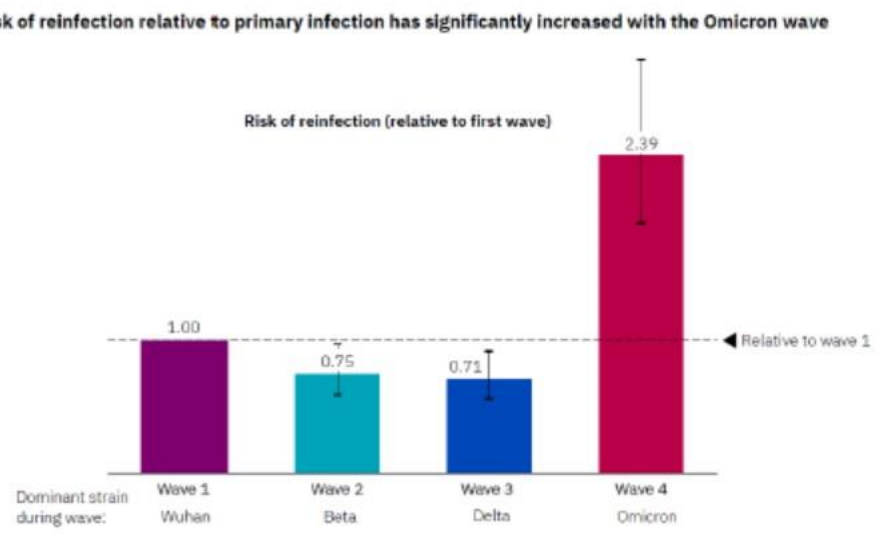
À ce stade de nos connaissances

Transmissibilité

Pour l'instant, les études indiquent toutes que le VOC Omicron présente un avantage de croissance par rapport aux autres variants, y compris le VOC Delta. Les personnes infectées par Omicron peuvent transmettre le virus à d'autres personnes, même si elles sont vaccinées ou ne présentent pas de symptômes.

Omicron peut être plus de dix fois plus contagieux que le virus original ou environ 2 à 3 fois plus contagieux que le variant Delta. Les cas d'Omicron doublent tous les deux à quatre jours - un temps beaucoup plus court que celui nécessaire à Delta pour doubler. Omicron était 3,2 fois plus susceptible de provoquer une infection domestique que Delta.

Il existe des preuves suffisantes d'une **immunité réduite par une infection antérieure de SRAS-CoV-2 contre Omicron**, par rapport à Delta, à partir d'études de neutralisation *in vitro* et d'évaluations épidémiologiques (Sciensano, 03/01/2022).



La propagation rapide du VOC Omicron peut être attribuée principalement à l'évasion immunitaire plutôt qu'à une augmentation inhérente de la transmissibilité de base.

Gravité

Les données sur les symptômes des infections Omicron sont encore limitées, **mais semblent indiquer que la présentation est compatible avec un simple rhume pour la plupart des patients**. Il existe également des preuves émergentes qu'Omicron a tendance à ne pas s'enfouir aussi profondément dans les poumons que les variants précédents (Sciensano, 03/01/2022).

Un nombre croissant de données provenant d'Afrique du Sud, du Danemark et du Royaume-Uni suggère que le risque d'admission à l'hôpital avec Omicron est de 15 à 80 % inférieur à celui de Delta.

- Le *National Institute for Communicable Diseases* d'Afrique du Sud a constaté que les cas suspects d'Omicron étaient 80 % moins susceptibles d'être hospitalisés, mais l'analyse ne tient pas compte du statut vaccinal. Néanmoins, la surmortalité sud-africaine a presque doublé au cours de la semaine qui s'est terminée le 28 novembre 2021 par rapport à la période de sept jours précédente, alors qu'un nouveau variant du coronavirus s'est répandu dans le pays. Cette augmentation, bien que ne reflétant qu'une semaine de données, contraste avec les données d'hospitalisation qui montrent que la plupart des admissions présentent des formes légères du coronavirus. https://www.samrc.ac.za/reports/report-weekly-deaths-south-africa

- Un rapport de l'*Imperial College* de Londres a révélé que les personnes infectées par le variant Omicron avaient 40 à 45 % de chances en moins d'être admises à l'hôpital pour une nuit ou plus, par rapport au variant Delta, tandis qu'une analyse majeure de l'Agence britannique de sécurité sanitaire a révélé qu'elles avaient 50 à 70 % de chances en moins de nécessiter des soins hospitaliers.

- Des recherches préliminaires menées par *Public Health Scotland* ont montré que les personnes infectées par le variant Omicron en novembre et décembre 2021 avaient environ deux tiers de risques en moins d'être hospitalisées, par rapport au variant Delta.

- Des données provenant du Danemark suggèrent que les personnes testées positives à Omicron avaient trois fois moins de risques d'être hospitalisées.

Compte tenu de la très forte contagiosité du VOC Omicron et de la couverture vaccinale belge pour la troisième dose, une moindre gravité de ce variant ne signifie pas que le système hospitalier (pas nécessairement des unités de soins intensifs) et la première ligne ne seront pas mis sous pression dans les semaines et les mois à venir SIMID, 05/01/2022).

Vaccination

Ces données de neutralisation précoce indiquent qu'il **pourrait y avoir une réduction de l'EV, notamment en ce qui concerne la prévention des infections**. Cependant, les résultats doivent être confirmés par des échantillons de plus grande taille et par des laboratoires supplémentaires pour des patients présentant des profils cliniques différents (marque du vaccin, doses supplémentaires de vaccin, gravité de l'infection) et des intervalles d'échantillonnage après l'infection et/ou la vaccination. Il est difficile de traduire directement les données de neutralisation in vitro en résultats cliniques tels que la protection contre l'infection ou la maladie grave, pour lesquels des données robustes sur l'EV et l'infection perthérapeutique sont nécessaires en milieu clinique. Jusqu'à présent, aucun seuil absolu de titre d'anticorps n'a été établi comme corrélat de la protection contre le SRAS-CoV-2. Des titres d'anticorps neutralisants plus faibles dans le sérum prélevé trois à six mois après l'infection ou la vaccination peuvent être compensés par la persistance de cellules B spécifiques du virus, à longue durée de vie, capables de se développer rapidement lors d'une infection ultérieure pour générer des titres d'anticorps neutralisants plus élevés. En outre, l'impact des anticorps non neutralisants conservés ou des réponses des cellules T mémoire n'est pas évalué par des études de neutralisation in vitro, bien qu'il soit probable qu'ils contribuent à la protection contre la maladie grave.

Les vaccins actuels (calendrier de base et premier rappel) devraient protéger contre les affections graves, les hospitalisations et les décès dus à l'infection par le variant Omicron. Toutefois, des ITB sont susceptibles de survenir chez des personnes entièrement vaccinées. Avec d'autres variants, comme Delta, les vaccins sont restés efficaces pour prévenir les maladies graves, les hospitalisations et les décès.

Les études **sur les infections** dans le monde réel semblent confirmer les résultats des données immunologiques.

- En Afrique du Sud, les chercheurs ont constaté que l'efficacité de deux doses de Comirnaty® contre l'infection par Omicron n'était que de 33 %. Contre d'autres variants, ils ont trouvé une efficacité de 80%. Des études préliminaires suggèrent que deux doses de Comirnaty® avaient une efficacité de 70 % contre l'hospitalisation pendant la vague omicron.

- En Grande-Bretagne, le risque de présentation aux urgences ou d'admission à l'hôpital avec Omicron était environ deux fois moins élevé qu'avec Delta (Hazard Ratio 0,53, IC 95 % : 0,50 à 0,57). Le risque d'admission à l'hôpital à partir des services d'urgence avec Omicron était environ un tiers de celui avec Delta (Hazard Ratio 0,33, IC 95 % : 0,30 à 0,37). Dans cette analyse, le risque d'hospitalisation est plus faible pour les cas Omicron après 2 et 3 doses de vaccin, avec une réduction de 81 % (77 à 85 %) du risque d'hospitalisation après 3 doses par rapport aux cas Omicron non vaccinés. L'EV contre l'affection symptomatique continue d'être plus faible pour Omicron que pour Delta, avec une diminution jusqu'à 10 semaines après la troisième dose. Après 3 doses de vaccin, on estime que le risque d'hospitalisation d'un cas symptomatique identifié avec Omicron par un test communautaire est réduit de 68 % (42 à 82 %) par rapport à des individus similaires avec Omicron qui n'ont pas été vaccinés (après ajustement en fonction de l'âge, du sexe, du test positif antérieur, de la région, de l'origine ethnique, du statut d'extrême vulnérabilité clinique, du statut de groupe à risque et de la période). Combiné à la protection contre le risque de devenir un cas symptomatique, cela donne une efficacité vaccinale contre l'hospitalisation de 88 % (78 à 93 %) pour Omicron après 3 doses de vaccin. Bien que l'on observe un déclin de l'efficacité contre la maladie

symptomatique, les données sont insuffisantes pour évaluer la durée de la protection contre l'hospitalisation, qui devrait durer plus longtemps.

L'EV contre l'hospitalisation pour Omicron reste élevée après un rappel (~80 %) et il y a de plus en plus de preuves d'une moindre gravité, mais il y a actuellement toujours une charge élevée sur les hôpitaux (avec une forte occupation des soins intensifs) en Belgique et même un petit pourcentage d'un très grand nombre d'infections est toujours une menace pour le système de soins de santé. En outre, on s'attend à ce qu'Omicron fasse peser une lourde charge sur les soins primaires et le système de test et de traçage (Sciensano, 03/01/2022).

La durée de l'effet protecteur des vaccins contre Omicron est actuellement inconnue, et la diminution rapide de l'efficacité de la deuxième dose contre l'infection par Omicron ainsi que les données des essais de neutralisation sur le rappel soulèvent des inquiétudes quant à la longévité de la réponse du rappel (Sciensano, 03/01/2022).

Dans une récente étude en conditions réelles menée par les CDC, Thompson et al. (CDC, 21/01/2022) ont observé que l'EV était significativement plus élevée chez les patients ayant reçu leur deuxième dose de vaccin ARNm COVID-19 <180 jours avant la rencontre médicale, par rapport à ceux vaccinés ≥180 jours auparavant. Au cours des périodes à prédominance Delta et Omicron, l'administration d'une troisième dose de vaccin s'est avérée très efficace pour prévenir les consultations dans les services d'urgence et les centres de soins d'urgence liés au COVID-19 (94 % et 82 %, respectivement) et les hospitalisations liées au COVID-19 (94 % et 90 %, respectivement) chez les adultes. Ils ont conclu que toutes les personnes non vaccinées devraient commencer à se faire vacciner dès que possible. Tous les adultes qui ont reçu des vaccins ARNm au cours de leur série de primovaccination COVID-19 doivent recevoir une troisième dose lorsqu'ils sont éligibles, et les personnes éligibles doivent rester à jour de leurs vaccinations COVID-19.

Omicron et les enfants

On ne sait pas encore si ce variant présente un risque plus élevé pour les nourrissons et les enfants que les variants précédents. Les scientifiques suivent de près les régions du monde où le variant Omicron se répand largement, notamment l'Afrique du Sud et le Royaume-Uni, afin de mieux comprendre ses effets sur les enfants.

V. COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL

La composition du Bureau et du Collège ainsi que la liste des experts nommés par arrêté royal se trouvent sur le site Internet du CSS (page : Qui sommes-nous).

Leurs déclarations générales d'intérêts sont consultables sur le site Internet du CSS (page : conflits d'intérêts).

Le secrétariat scientifique pour le Bureau et le Collège a été assuré par Fabrice PETERS, Veerle MERTENS, Muriel BALTES et Jean-Jacques DUBOIS.

La traduction a été réalisée en externe.

VI. REFERENCES

- Abrams S, et al. (2021) Modeling the early phase of the Belgian COVID-19 epidemic using a stochastic compartmental model and studying its implied future trajectories. Epidemics. 100449.

- Aggarwal A., Alberto Ospina Stella, Gregory Walker, Anouschka Akerman, Vanessa Milogiannakis, Fabienne Brilot, Supavadee Amatayakul-Chantler, Nathan Roth, Germano Coppola, Peter Schofield, Jennifer Jackson, Jake Y. Henry, Ohan Mazigi, David Langley, Yonghui Lu, Charles Forster, Samantha McAllery, Vennila Mathivanan, Christina Fichter, Alexandra Carey Hoppe, Mee Ling Munier, Hans-Martin Jack, Deborah Cromer, David Darley, Gail Matthews, Daniel Christ, David Khoury, Miles Davenport, William Rawlinson, Anthony D. Kelleher, Stuart Turville. SARS-CoV-2 Omicron: evasion of potent humoral responses and resistance to clinical immunotherapeutics relative to viral variants of concern. medRxiv 2021.12.14.21267772; doi: https://doi.org/10.1101/2021.12.14.21267772

- Ai J, Zhang H, Zhang Y, Lin K, Zhang Y, Wu J, Wan Y, Huang Y, Song J, Fu Z, Wang H, Guo J, Jiang N, Fan M, Zhou Y, Zhao Y, Zhang Q, Liu Q, Lv J, Li P, Qiu C, Zhang W. Omicron variant showed lower neutralizing sensitivity than other SARS-CoV-2 variants to immune sera elicited by vaccines after boost. Emerg Microbes Infect. 2021 Dec 22:1-24. doi: 10.1080/22221751.2021.2022440. Epub ahead of print. PMID: 34935594.

- Ahmad S., Benjamin Brown, Andre Charlett et al. Early signals of Omicron severity in sentinel UK hospitals, 28 December 2021, PREPRINT (Version 1) available at Research Square [https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-1203019/v1].

- Amir O., Yair Goldberg, Micha Mandel, Yinon M. Bar-On, Omri Bodenheimer, Nachman Ash, Sharon Alroy-Preis, Amit Huppert, Ron Milo. Protection following BNT162b2 booster substantially exceeds that of a fresh 2-dose vaccine: a quasi-experimental study. medRxiv 2021.12.19.21267933; doi: https://doi.org/10.1101/2021.12.19.21267933

- Aschwanden C. Five reasons why COVID herd immunity is probably impossible: Even with vaccination efforts in full force, the theoretical threshold for vanquishing COVID-19 looks to be out of reach. Nature 2021;591:520-2.

- Bates TA, McBride SK, Winders B, et al. Antibody Response and Variant Cross-Neutralization After SARS-CoV-2 Breakthrough Infection. JAMA. Published online December 16, 2021. doi:10.1001/jama.2021.22898

- Bozzola E, Spina G, Russo R, Bozzola M, Corsello G, Villani A. Mandatory vaccinations in European countries, undocumented information, false news and the impact on vaccination uptake: the position of the Italian pediatric society. Ital J Pediatr 2018;44:67.

- Burki TK. Lifting of COVID-19 restrictions in the UK and the Delta variant. The Lancet 2021;9:E85.

- Cameroni E, Saliba C, Bowen JE, Rosen LE, Culap K, Pinto D, De Marco A, Zepeda SK, di Iulio J, Zatta F, Kaiser H, Noack J, Farhat N, Czudnochowski N, Havenar-Daughton C, Sprouse KR, Dillen JR, Powell AE, Chen A, Maher C, Yin L, Sun D, Soriaga L, Gustafsson C, Franko NM, Logue J, Iqbal NT, Mazzitelli I, Geffner J, Grifantini R, Chu H, Gori A, Riva

A, Giannini O, Ceschi A, Ferrari P, Franzetti-Pellanda A, Garzoni C, Hebner C, Purcell LA, Piccoli L, Pizzuto MS, Walls AC, Telenti A, Virgin HW, Lanzavecchia A, Veesler D, Snell G, Corti D. Broadly neutralizing antibodies overcome SARS-CoV-2 Omicron antigenic shift. bioRxiv [Preprint]. 2021 Dec 14:2021.12.12.472269. doi: 10.1101/2021.12.12.472269. PMID: 34931194; PMCID: PMC8687478.

- Carreño J.M., Hala Alshammary, Johnstone Tcheou, Gagandeep Singh, Ariel Raskin, Hisaaki Kawabata, Levy Sominsky, Jordan Clark, Daniel C. Adelsberg, Dominika Bielak, Ana Silvia Gonzalez-Reiche, PSP/PARIS Study Group, Komal Srivastava, Emilia Mia Sordillo, Goran Bajic, Harm van Bakel, Viviana Simon, Florian Krammer. Activity of convalescent and vaccine serum against a B.1.1.529 variant SARS-CoV-2 isolate. medRxiv 2021.12.20.21268134; doi: https://doi.org/10.1101/2021.12.20.21268134

- Casulaa M, Tothb F. The 2017 Italian reform on mandatory childhood vaccinations: Analysis of the policy process and early implementation. Health Policy 2021;125:7-11.

- Cele S, Jackson L, Khan K, Khoury DS, Moyo-Gwete T, Tegally H, Scheepers C, Amoako D, Karim F, Bernstein M, Lustig G, Archary D, Smith M, Ganga Y, Jule Z, Reedoy K, Cromer D, San JE, Hwa SH, Giandhari J, Blackburn JM, Gosnell BI, Karim SSA, Hanekom W; NGS-SA; COMMIT-KZN Team, von Gottberg A, Bhiman J, Lessells RJ, Moosa MS, Davenport MP, de Oliveira T, Moore PL, Sigal A. SARS-CoV-2 Omicron has extensive but incomplete escape of Pfizer BNT162b2 elicited neutralization and requires ACE2 for infection. medRxiv [Preprint]. 2021 Dec 11:2021.12.08.21267417. doi: 10.1101/2021.12.08.21267417. PMID: 34909788; PMCID: PMC8669855.

- Chen J, Wang R, Gilby NB, Wei GW. Omicron (B.1.1.529): Infectivity, vaccine breakthrough, and antibody resistance. ArXiv [Preprint]. 2021 Dec 1:arXiv:2112.01318v1. PMID: 34873578; PMCID: PMC8647651.

- Christie B. Covid-19: Early studies give hope omicron is milder than other variants. BMJ. 2021 Dec 23;375:n3144. doi: 10.1136/bmj.n3144. PMID: 34949600.

- Cloete J., Annelet Kruger, Maureen Masha, Nicolette M du Plessis, Dini Mawela, Mphailele Tshukudu, Tabea Manyane, Lekwetji Komane, Marietjie Venter, Waasila Jassat, Ameena Goga, Ute Feucht. Rapid rise in paediatric COVID-19 hospitalisations during the early stages of the Omicron wave, Tshwane District, South Africa. medRxiv 2021.12.21.21268108; doi: https://doi.org/10.1101/2021.12.21.21268108

- Coletti, P., Wambua, J., Gimma, A. et al. CoMix: comparing mixing patterns in the Belgian population during and after lockdown. Sci Rep 10, 21885 (2020). https://doi.org/10.1038/s41598-020-78540-7Dawood FS, Porucznik CA, Veguilla V, et al. Incidence rates, household infection risk, and clinical characteristics of SARS-CoV2 infection among children and adults in Utah and New York City, New York. JAMA Pediatr 2021. https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/2785007

- Comité Consultatif de Bioéthique de Belgique. Avis n° 75 du 11 décembre 2020 relatif aux repères éthiques en vue du déploiement de la vaccination anti-COVID-19 au bénéfice de la population belge.
https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/210212_avis_75_reperes_ethiques_vaccination_anti-covid-19.pdf

- Comité Consultatif de Bioéthique de Belgique. Avis n° 77 du Comité consultatif de Bioéthique de Belgique relatif aux considérations éthiques et sociétales liées à la mise en place d'un « pass corona » et d'autres mesures transitoires d'assouplissement des contraintes sanitaires. https://www.health.belgium.be/fr/avis-ndeg-77-du-10-mai-2021-conclusions-et-recommandations-mise-en-place-dun-pass-corona

- Comité Consultatif de Bioéthique de Belgique. Avis par lettre n° 11 du 13 décembre 2021 du Comité consultatif de Bioéthique de Belgique relatif aux enjeux éthiques liés à une vaccination COVID-19 dans la population pédiatrique des 5-11 ans. https://www.health.belgium.be/fr/avis-par-lettre-ndeg-11-vaccination-covid-19-de-la-population-pediatrique-5-11-ans

- Comité Consultatif de Bioéthique de Belgique. Avis n° 80 du Comité consultatif de Bioéthique relatif aux enjeux ethiques liés à la vaccination obligatoire de la population adulte (18 ans et plus) en période de pandémie. https://www.health.belgium.be/fr/avis-ndeg-80-vaccination-obligatoire-en-periode-de-pandemie

- Conseil Supérieur de la Santé. Vaccination contre la COVID-19 pour le personnel de santé : Besoin d'un encadrement supplémentaire en matière d'obligation ? Bruxelles: CSS; 2021. Avis n° 9671.

- de Figueiredo A, Larson HJ, Reicher SD. The potential impact of vaccine passports on inclination to accept COVID-19 vaccinations in the United Kingdom: Evidence from a large cross-sectional survey and modeling study. EClinicalMedicine. 2021 Oct;40:101109. doi: 10.1016/j.eclinm.2021.101109. Epub 2021 Sep 9. PMID: 34522870; PMCID: PMC8428473.

- Doria-Rose NA, Shen X, Schmidt SD, O'Dell S, McDanal C, Feng W, Tong J, Eaton A, Maglinao M, Tang H, Atmar RL, Lyke KE, Wang L, Zhang Y, Gaudinski MR, Black WP, Gordon I, Guech M, Ledgerwood JE, Misasi JN, Widge A, Roberts PC, Beigel J, Korber B, Pajon R, Mascola JR, Montefiori DC. Booster of mRNA-1273 Vaccine Reduces SARS-CoV-2 Omicron Escape from Neutralizing Antibodies. medRxiv [Preprint]. 2021 Dec 15:2021.12.15.21267805. doi: 10.1101/2021.12.15.21267805. PMID: 34931200; PMCID: PMC8687471.

- Dubov A, Phung C. Nudges or mandates? The ethics of mandatory flu vaccination. Vaccine 2015;33:2530-5.

- ECDC - European Centre for Disease Prevention and Control. Assessment of the further emergence and potential impact of the SARS-CoV-2 Omicron variant of concern in the context of ongoing transmission of the Delta variant of concern in the EU/EEA, 18th update - 15 December 2021. ECDC: Stockholm; 2021.

- Eggink D., Stijn P. Andeweg, Harry Vennema, Noortje van Maarseveen, Klaas Vermaas, Boris Vlaemynck, Raf Schepers, Arianne B. van Gageldonk-Lafeber, Susan van den Hof, Chantal B.E.M. Reusken, Mirjam J. Knol. Increased risk of infection with SARS-CoV-2 Omicron compared to Delta in vaccinated and previously infected individuals, the Netherlands, 22 November to 19 December 2021. medRxiv 2021.12.20.21268121; doi: https://doi.org/10.1101/2021.12.20.21268121

- Gagneux-Brunon A, Botelho-Nevers E, Launay O. Are the conditions met to make COVID-19 vaccination mandatory for healthcare professionals? ScienceDirect 2021;51:507-9.

- Galanakis E, Jansen A, Lopalco PL, Giesecke J. Ethics of mandatory vaccination for healthcare workers. Euro Surveill 2013;18.

- Garcia-Beltran WF, Kerri J. St. Denis, Angelique Hoelzemer, Evan C. Lam, Adam D. Nitido, Maegan L. Sheehan, Cristhian Berrios, Onosereme Ofoman, Christina C. Chang, Blake M. Hauser, Jared Feldman, Alex L. Roederer, David J. Gregory, Mark C. Poznansky, Aaron G. Schmidt, A. John Iafrate, Vivek Naranbhai, Alejandro B. Balazs. mRNA-based COVID-19 vaccine boosters induce neutralizing immunity against SARS-CoV-2 Omicron variant, Cell, 2022, ISSN 0092-8674, https://doi.org/10.1016/j.cell.2021.12.033.

- Gardner B. J. and A. Marm Kilpatrick. Estimates of reduced vaccine effectiveness against hospitalization, infection, transmission and symptomatic disease of a new SARS-CoV-2 variant, Omicron (B.1.1.529), using neutralizing antibody titers. medRxiv 2021.12.10.21267594; doi: https://doi.org/10.1101/2021.12.10.21267594

- Goga A., Linda-Gail Bekker, Nigel Garrett, Tarylee Reddy, Nonhlanhla Yende-Zuma, Lara Fairall, Harry Moultrie, Azwidihwi Takalani, Valentina Trivella, Mark Faesen, Veronique Bailey, Ishen Seocharan, Glenda E Gray. Breakthrough Covid-19 infections during periods of circulating Beta, Delta and Omicron variants of concern, among health care workers in the Sisonke Ad26.COV2.S vaccine trial, South Africa. medRxiv 2021.12.21.21268171; doi: https://doi.org/10.1101/2021.12.21.21268171

- Gravagna K, Beckerb A, Valeris-Chacinc R, Mohammeda I, Tambea S, Awand FA. et al. Global assessment of national mandatory vaccination policies and consequences of non-compliance. Vaccine 2020;38:7865-73.

- Graeber D, Schmidt-Petri C, Schro¨der C, (2021). Attitudes on voluntary and mandatory vaccination against COVID-19: Evidence from Germany. PLoS ONE 16(5): e0248372. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0248372

- Gruell H., Kanika Vanshylla, Pinkus Tober-Lau, David Hillus, Philipp Schommers, Clara Lehmann, Florian Kurth, Leif E. Sander, Florian Klein. mRNA booster immunization elicits potent neutralizing serum activity against the SARS-CoV-2 Omicron variant. medRxiv 2021.12.14.21267769; doi: https://doi.org/10.1101/2021.12.14.21267769

- Gualano MR, Olivero E, Voglino G, Corezzi M, Rossello P, Vicentini C et al. Knowledge, attitudes and beliefs towards compulsory vaccination: a systematic review. Hum Vaccin Immunother 2019;15:918-31.

- Gu H, Krishnan P, Ng DYM, Chang LDJ, Liu GYZ, Cheng SSM, Hui MMY, Fan MCY, Wan JHL, Lau LHK, Cowling BJ, Peiris M, Poon LLM. Probable Transmission of SARS-CoV-2 Omicron Variant in Quarantine Hotel, Hong Kong, China, November 2021. Emerg Infect Dis. 2021 Dec 3;28(2). doi: 10.3201/eid2802.212422. Epub ahead of print. PMID: 34860154.

- Gur-Arie R, Jamrozik E, Kingori P. No Jab, No Job? Ethical Issues in Mandatory COVID-19 Vaccination of Healthcare Personnel. BMJ Glob Health 2021;6:e004877.

- Hansen C. H., Astrid Blicher Schelde, Ida Rask Moustsen-Helm, Hanne-Dorthe Emborg, Tyra Grove Krause, Kåre Mølbak, Palle Valentiner-Branth. Vaccine effectiveness against SARS-CoV-2 infection with the Omicron or Delta variants following a two-dose or booster

BNT162b2 or mRNA-1273 vaccination series: A Danish cohort study. medRxiv 2021.12.20.21267966; doi: https://doi.org/10.1101/2021.12.20.21267966

- Hayes L, Pollock A M. Mandatory covid-19 vaccination for care home workers BMJ 2021; 374 :n1684 doi:10.1136/bmj.n1684.

- Hodgson D, Flasche S, Jit M, Kucharski AJ. CMMID COVID-19 Working Group. The potential for vaccination-induced herd immunity against the SARS-CoV-2 B.1.1.7 variant. Euro Surveill 2021;26:2100428.

- Holzmann H, Wiedermann U. Mandatory vaccination: suited to enhance vaccination coverage in Europe? Euro Surveill 2019;24:1900376.

- INSERM – Ward et al. Enquête SLAVACO Vague 3 - SESSTIM : Vaccination des enfants, intentions de vaccination contre la COVID et usage de l'application TousAntiCovid. Janvier 2022. http://www.orspaca.org/notes-strategiques/engu%C3%AAte-slavaco-vague-3-sesstim-vaccination-des-enfants-intentions-de-vaccination

- INSTITUT PASTEUR - COMPLÉMENT D'ANALYSE. Impact du variant Omicron sur l'épidémie COVID-19 et son contrôle en France métropolitaine durant l'hiver 2021-2022. 7 janvier 2022. https://modelisation-covid19.pasteur.fr/variant/InstitutPasteur_Complement_Analyse_Impact_Omicron_20220107.pdf

- JID - Evolution of Measles Elimination Strategies in the United States, The Journal of Infectious Diseases, Volume 189, Issue Supplement_1, May 2004, Pages S17–S22, https://doi.org/10.1086/377694

- Kandeel M, Mohamed MEM, Abd El-Lateef HM, Venugopala KN, El-Beltagi HS. Omicron variant genome evolution and phylogenetics. J Med Virol. 2021 Dec 10. doi: 10.1002/jmv.27515. Epub ahead of print. PMID: 34888894.

- Kim et al. (2021). Serial interval and basic reproduction number of SARS-CoV-2 Omicron variant in South Korea. MedRxiv, 2021.

- Kitt E, Burt S, Price SM, Satchell L, Offit PA, Sammons JS et al. Implementation of a Mandatory Influenza Vaccine Policy: A 10-Year Experience. Clin Infect Dis 2021;73:e290-e6.

- Khunti K, Kamal A, Pareek M, Griffiths A. Should vaccination for healthcare workers be mandatory? J R Soc Med 2021;114:235-6.

- Lechmere T, Snell LB, Graham C, Seow J, Shalim ZA, Charalampous T, et al. Broad neutralization of SARS-CoV-2 variants, including omicron, following breakthrough infection with delta in COVID-19 vaccinated individuals [Internet]. Infectious Diseases (except HIV/AIDS); 2021 Dec [cited 2021 Dec 24]. Available from: http://medrxiv.org/lookup/doi/10.1101/2021.12.01.21266982

- Lee, Brian K. "herd immunity". Encyclopedia Britannica, 3 Mar. 2016, https://www.britannica.com/science/herd-immunity. Accessed 21 December 2021.

- Lee C, Robinson JL. Systematic review of the effect of immunization mandates on uptake of routine childhood immunizations. J Infect. 2016;72:659–666.

- Ledford H. How severe are Omicron infections? Nature. 2021 Dec;600(7890):577-578. doi: 10.1038/d41586-021-03794-8. PMID: 34934198.

- Ledford H. 'Killer' immune cells still recognize Omicron variant. Nature. 2022 Jan;601(7893):307. doi: 10.1038/d41586-022-00063-0. PMID: 35017690.

- Lévy-Bruhl D, Desenclos JC, Quelet S, Bourdillon F. Extension of French vaccination mandates: from the recommendation of the Steering Committee of the Citizen Consultation on Vaccination to the law. Euro Surveill. 2018;23(17):18-00048. https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2018.23.17.18-00048

- Levine-Tiefenbrun M., Idan Yelin, Hillel Alapi, Esma Herzel, Jacob Kuint, Gabriel Chodick, Sivan Gazit, Tal Patalon, Roy Kishony. Waning of SARS-CoV-2 booster viral-load reduction effectiveness. medRxiv 2021.12.27.21268424; doi: https://doi.org/10.1101/2021.12.27.21268424

- Lu L, Mok BW, Chen LL, Chan JM, Tsang OT, Lam BH, Chuang VW, Chu AW, Chan WM, Ip JD, Chan BP, Zhang R, Yip CC, Cheng VC, Chan KH, Jin DY, Hung IF, Yuen KY, Chen H, To KK. Neutralization of SARS-CoV-2 Omicron variant by sera from BNT162b2 or Coronavac vaccine recipients. Clin Infect Dis. 2021 Dec 16:ciab1041. doi: 10.1093/cid/ciab1041. Epub ahead of print. PMID: 34915551.

- Mancuso M, Eikenberry SE, Gumel AB. Will vaccine-derived protective immunity curtail COVID-19 variants in the US? ScienceDirect 2021;6:1110-34.

- McBryde ES, Meehan MT, Caldwell JM, Adekunle AI, Ogunlade ST, Kuddus MdA et al. Modelling direct and herd protection effects of vaccination against the SARS-CoV-2 Delta variant in Australia. Med J Aust 2021;2015:427-32.

- Meng Bo, Isabella A.T.M Ferreira, Adam Abdullahi, Steven A. Kemp, Niluka Goonawardane, Guido Papa, Saman Fatihi, Oscar J. Charles, Dami A. Collier, CITIID-NIHR BioResource COVID-19 Collaboration, The Genotype to Phenotype Japan (G2P-Japan) Consortium, Jinwook Choi, Joo Hyeon Lee, Petra Mlcochova, Leo James, Rainer Doffinger, Lipi Thukral, Kei Sato, Ravindra K. Gupta. SARS-CoV-2 Omicron spike mediated immune escape, infectivity and cell-cell fusion. bioRxiv 2021.12.17.473248; doi: https://doi.org/10.1101/2021.12.17.473248

- Mills MC, Rüttenauer T. The effect of mandatory COVID-19 certificates on vaccine uptake: synthetic-control modelling of six countries. Lancet Public Health. 2021 Dec 13:S2468-2667(21)00273-5. doi: 10.1016/S2468-2667(21)00273-5. Epub ahead of print. PMID: 34914925; PMCID: PMC8668192.

- Montanari Vergallo G, Zaami S, Negro F, Brunetti P, Del Rio A, Marinelli E. Does the EU COVID Digital Certificate Strike a Reasonable Balance between Mobility Needs and Public Health? Medicina 2021;57:1077.

- Motivation Barometer (November 12, 2021). Is the population still conscious of the risks and motivated to follow the measures? What is the role of the COVID Pass in this? Ghent, Leuven, Louvain, Bruxelles, Belgium. Authors (in alphabetical order): Olivier Klein, Olivier Luminet, Sofie Morbée, Mathias Schmitz, Omer Van den Bergh, Pascaline Van Oost, Maarten Vansteenkiste, Joachim Waterschoot, Vincent Yzerbyt. Rapports - Le baromètre de la motivation (motivationbarometer.com).

- Motivation Barometer (November 16, 2021). On the eve of stricter measures: Attitudes toward the new measures and the vaccine pass. Ghent, Leuven, Louvain-la-Neuve, Brussels, Belgium. Authors (in alphabetical order): Olivier Klein, Olivier Luminet, Sofie Morbée, Mathias Schmitz, Omer Van den Bergh, Pascaline Van Oost, Maarten Vansteenkiste, Joachim Waterschoot, Vincent Yzerbyt. Rapports - Le baromètre de la motivation (motivationbarometer.com).

- Nemet Ital, Limor Kliker, Yaniv Lustig, Neta S. Zuckerman, Oran Erster, Carmit Cohen, Yitshak Kreiss, Sharon Alroy-Preis, Gili Regev-Yochay, Ella Mendelson, Michal Mandelboim. Third BNT162b2 vaccination neutralization of SARS-CoV-2 Omicron infection. medRxiv 2021.12.13.21267670; doi: https://doi.org/10.1101/2021.12.13.21267670.

- Opel DJ, Diekema DS, Friedman Ross L. Should We Mandate a COVID-19 Vaccine forChildren? JAMA Pediatr 2021;175:125-6.

- Osbourne RM, Clark SJ. Should the SARS-CoV-2 vaccine be mandatory for nurses? An ethical debate. Br J Nurs 2021;30:116-21.

- Plesner Lyngse F., Laust Hvas Mortensen, Matthew J. Denwood, Lasse Engbo Christiansen, Camilla Holten Møller, Robert Leo Skov, Katja Spiess, Anders Fomsgaard, Maria Magdalena Lassaunière, Morten Rasmussen, Marc Stegger, Claus Nielsen, Raphael Niklaus Sieber, Arieh Sierra Cohen, Frederik Trier Møller, Maria Overvad, Kåre Mølbak, Tyra Grove Krause, Carsten Thure Kirkeby. SARS-CoV-2 Omicron VOC Transmission in Danish Households. medRxiv 2021.12.27.21268278; doi: https://doi.org/10.1101/2021.12.27.21268278

- Pulliam JRC, Schalkwyk C van, Govender N, Gottberg A von, Cohen C, Groome MJ, et al. Increased risk of SARS-CoV-2 reinfection associated with emergence of the Omicron variant in South Africa [Internet]. 2021 Dec [cited 2021 Dec 3] p. 2021.11.11.21266068. Available from: https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.11.11.21266068v2

- Redd AD, Nardin A, Kared H, Bloch EM, Abel B, Pekosz A, Laeyendecker O, Fehlings M, Quinn TC, Tobian AA. Minimal cross-over between mutations associated with Omicron variant of SARS-CoV-2 and CD8+ T cell epitopes identified in COVID-19 convalescent individuals. bioRxiv [Preprint]. 2021 Dec 9:2021.12.06.471446. doi: 10.1101/2021.12.06.471446. PMID: 34909772; PMCID: PMC8669839.

- Rezza G. Mandatory vaccination for infants and children: the Italian experience. Pathog Glob Health 2019;113:291-96.

- Saban M, Myers V, Shetrit SB, Wilf-Miron R. Issues surrounding incentives and penalties for COVID-19 vaccination: The Israeli experience. Preventive Medicine 2021;153:106763.

- Savulescu J, Giubilini A, Danchin A. Global Ethical Considerations Regarding Mandatory Vaccination in Children. J Pediatr 2021;231:10-6.

- Savulescu J. Good reasons to vaccinate: mandatory or payment for risk?. J Med Ethics 2021;47:78-85.

- Schmidt F, Muecksch F, Weisblum Y, Silva JD, Bednarski E, Cho A, Wang Z, Gaebler C, Caskey M, Nussenzweig MC, Hatziioannou T, Bieniasz PD. Plasma neutralization properties of the SARS-CoV-2 Omicron variant. medRxiv [Preprint]. 2021 Dec 13:2021.12.12.21267646. doi: 10.1101/2021.12.12.21267646. PMID: 34931199; PMCID: PMC8687470.

- Schmitz M., Olivier Luminet, Olivier Klein, Sofie Morbée, Omer Van den Bergh, Pascaline Van Oost, Joachim Waterschoot, Vincent Yzerbyt, Maarten Vansteenkiste. Predicting Vaccine Uptake during COVID-19 Crisis: A Motivational Approach. Preprint : https://psyarxiv.com/3f4pb

- Schubert M., Federico Bertoglio, Stephan Steinke, Philip Alexander Heine, Mario Alberto Ynga-Durand, Fanglei Zuo, Likun Du, Janin Korn, Marko Milošević, Esther Veronika Wenzel, Henrike Maass, Fran Krstanović, Saskia Polten, Marina Pribanić-Matešić, Ilija Brizić, Antonio Piralla, Fausto Baldanti, Lennart Hammarström, Stefan Dübel, Alan Šustić, Harold Marcotte, Monika Strengert, Alen Protić, Qiang Pan-Hammarström, Luka Čičin-Šain, Michael Hust. Human serum from SARS-CoV-2 vaccinated and COVID-19 patients shows reduced binding to the RBD of SARS-CoV-2 Omicron variant. medRxiv 2021.12.10.21267523; doi: https://doi.org/10.1101/2021.12.10.21267523

- Sciensano - IMPACT DU VARIANT OMICRON SUR L'ISOLEMENT ET LA QUARANTAINE. RAG - 03/01/2022. https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/20220104_Advice_RAG_Omicron%20impact%20on%20Q%20and%20isolation_FR.pdf

- Sencer, et al. Epidemiologic Basis for Eradication of Measles in 1967: A Statement by the Public Health Service. Public Health Reports (1896-1970), vol. 82, no. 3, Association of Schools of Public Health, 1967, pp. 253–56, https://doi.org/10.2307/4592985.

- Sheikh, A, Kerr, S, Woolhouse, M, McMenamin, J & Robertson, C 2021 'Severity of Omicron variant of concern and vaccine effectiveness against symptomatic disease: national cohort with nested test negative design study in Scotland'. https://www.research.ed.ac.uk/en/publications/severity-of-omicron-variant-of-concern-and-vaccine-effectiveness-

- Sokol D. Covid-19 vaccination should be mandatory for healthcare workers. BMJ 2021;375:n2670.

- Syed A. M., Alison Ciling, Mir M. Khalid, Bharath Sreekumar, Pei-Yi Chen, G. Renuka Kumar, Ines Silva, Bilal Milbes, Noah Kojima, Victoria Hess, Maria Shacreaw, Lauren Lopez, Matthew Brobeck, Fred Turner, Lee Spraggon, Taha Y. Taha, Takako Tabata, Irene P. Chen, Melanie Ott, Jennifer A. Doudna. Omicron mutations enhance infectivity and reduce antibody neutralization of SARS-CoV-2 virus-like particles. medRxiv 2021.12.20.21268048; doi: https://doi.org/10.1101/2021.12.20.21268048

- Talbot TR. COVID-19 Vaccination of Health Care Personnel as a Condition of Employment: A Logical Addition to Institutional Safety Programs. JAMA. 2021 Jul 6;326(1):23-24. doi: 10.1001/jama.2021.8901. PMID: 34096978.

- Thompson MG, Natarajan K, Irving SA, et al. Effectiveness of a Third Dose of mRNA Vaccines Against COVID-19–Associated Emergency Department and Urgent Care Encounters and Hospitalizations Among Adults During Periods of Delta and Omicron Variant Predominance — VISION Network, 10 States, August 2021–January 2022. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. ePub: 21 January 2022. DOI: http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm7104e3external icon.

- Vanderslott S, Marks T. Charting mandatory childhood vaccination policies worldwide. ScienceDirect 2021;39:4054-62.

- Vaz OM, Ellingson MK, Weiss P, Jenness SM, Bardají A, Bednarczyk RA et al. Mandatory Vaccination in Europe. Pediatrics 2020;145:e20190620.

- Verelst, F., Hermans, L., Vercruysse, S. et al. SOCRATES-CoMix: a platform for timely and open-source contact mixing data during and in between COVID-19 surges and interventions in over 20 European countries. BMC Med 19, 254 (2021). https://doi.org/10.1186/s12916-021-02133-y

- Viana R., Sikhulile Moyo, Daniel G Amoako, Houriiyah Tegally, Cathrine Scheepers, Christian L Althaus, Ugochukwu J Anyaneji, et al. Rapid epidemic expansion of the SARS-CoV-2 Omicron variant in southern Africa. medRxiv 2021.12.19.21268028; doi: https://doi.org/10.1101/2021.12.19.21268028

- Waitzberg R, Triki N, Alroy-Preis S, Lotan T, Shiran L, Ash N. The Israeli Experience with the "Green Pass" Policy Highlights Issues to Be Considered by Policymakers in Other Countries. Int J Environ Res Public Health 2021;18:11212.

- Wei C, Shan KJ, Wang W, Zhang S, Huan Q, Qian W. Evidence for a mouse origin of the SARS-CoV-2 Omicron variant. J Genet Genomics. 2021 Dec 23:S1673-8527(21)00373-8. doi: 10.1016/j.jgg.2021.12.003. Epub ahead of print. PMID: 34954396.

- WHO - Digital Documentation of COVID-19 Certificates: Vaccination Status — Technical Specifications and Implementation Guidance, 27 August 2021. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

- WHO - WHO Collaborating Centre for Infectious Disease Modelling, MRC Centre for Global Infectious Disease Analysis, Jameel Institute, Imperial College London. Report 50: Hospitalisation risk for Omicron cases in England. Dec 2021. https://www.imperial.ac.uk/mrc-global-infectious-disease-analysis/covid-19/report-50-severity-omicron.

- Wang Y, Zhang L, Li Q, Liang Z, Li T, Liu S, Cui Q, Nie J, Wu Q, Qu X, Huang W. The significant immune escape of pseudotyped SARS-CoV-2 variant Omicron. Emerg Microbes Infect. 2022 Dec;11(1):1-5. doi: 10.1080/22221751.2021.2017757. PMID: 34890524.

- Wilhelm Alexander, Marek Widera, Katharina Grikscheit, Tuna Toptan, Barbara Schenk, Christiane Pallas, Melinda Metzler, Niko Kohmer, Sebastian Hoehl, Fabian A. Helfritz, Timo Wolf, Udo Goetsch, Sandra Ciesek. Reduced Neutralization of SARS-CoV-2 Omicron Variant by Vaccine Sera and Monoclonal Antibodies. medRxiv 2021.12.07.21267432; doi: https://doi.org/10.1101/2021.12.07.21267432.

- Wolter N, Jassat W, Walaza S, et al. Early assessment of the clinical severity of the SARS-CoV-2 omicron variant. MedRxiv 2021. https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.12.21.21268116v1.

- Zhao H, Lu L, Peng Z, Chen LL, Meng X, Zhang C, Ip JD, Chan WM, Chu AW, Chan KH, Jin DY, Chen H, Yuen KY, To KK. SARS-CoV-2 Omicron variant shows less efficient replication and fusion activity when compared with delta variant in TMPRSS2-expressed cells. Emerg Microbes Infect. 2021 Dec 24:1-18. doi: 10.1080/22221751.2021.2023329. Epub ahead of print. PMID: 34951565.

VII. ANNEXE(S)

Annexe 1 : questions officielles (en néerlandais)

Beste allen,

Het Overlegcomité van 17 november 2021 vroeg aan het Coronacommissariaat om “na te gaan op welke manieren de vaccinatiegraad maximaal verhoogd kan worden. Hierbij dienen minstens de juridische, ethische en motivationele aspecten bekeken te worden.” Deze vraag kaderde in een debat binnen het Overlegcomité over de opportuniteit, haalbaarheid, voor- en nadelen, etc. van mogelijke pistes als overgang van een coronapas op basis van 3G (gevaccineerd, getest, genezen) naar 2G (gevaccineerd of genezen) of 1G (gevaccineerd), of de verplichte vaccinatie. Het Overlegcomité heeft ter zake nog geen oriëntaties genomen. Bovendien kunnen ook andere opties inzake het verhogen van de vaccinatiegraad overwogen worden, aanvullend op de reeds bestaande informatieve en communicatieve acties die door de overheden, gecoördineerd binnen de Taskforce Vaccinatie van het Commissariaat, worden ondernomen in het kader van de vaccinatiecampagne.

Het Coronacommissariaat onderscheidt, na overleg de voorbije dagen op politiek niveau over de aanpak en inhoud van de opdracht, volgende vraagstukken en wenst de beschikbare expertise en adviesorganen te valoriseren inzake deze kwesties. Deze aanpak en vragen zijn goedgekeurd door de Premier, voorzitter van het Overlegcomité en de federale minister van Volksgezondheid.

1) Epidemiologische impact: voor deze vragen wensen we graag beroep te doen op de Hoge Gezondheidsraad, die via de NITAG, advies levert in het kader van de vaccinatiecampagne

- Rekening houdend met de huidige kennis over het virus en de epidemie: welk niveau van vaccinatie is vereist om een effectieve bescherming van burgers en bevolking te verzekeren?
- In welke mate en onder welke voorwaarden dragen de mogelijke instrumenten tot verhoging van de vaccinatiegraad bij tot een betere beheersing van de epidemie, enerzijds op vlak van de viruscirculatie, anderzijds op vlak van de beperking van ziektelast, hospitalisatie en overlijden?
- Welk potentieel hebben deze instrumenten op het vlak van de mogelijke versoepeling van niet-farmaceutische interventies?
- Bij bovenstaande vragen dient ook rekening te worden gehouden met wat de state-of-the-art evidence is op vlak van vaccineffectiviteit, de nood aan herhaaldoses, de mate waarin genezing leidt tot bescherming, het mogelijks verder epidemiologisch verloop van pandemie naar endemie, mogelijke nieuwe varianten, etc.

2) Ethische, juridische en sociale overwegingen: voor deze vragen willen graag beroep te doen op het Comité voor Bio-Ethiek, die reeds eerder adviezen heeft geformuleerd inzake verplichte vaccinatie en de coronapas, alsook de Commissie Patiëntenrechten. Ik wijs erop dat de GEMS ook reeds adviezen heeft uitgebracht inzake deze elementen.

- Wat zijn de ethische, juridische en sociale overwegingen bij de mogelijke instrumenten?
- Wat zijn motivationele aspecten die in rekening moeten worden genomen?

3) Internationale vergelijking: voor deze analyse zouden we graag beroep doen op de FOD Volksgezondheid

- Welke beslissingen en beleidsintenties bestaan er binnen de WHO Euro (en eventueel daarbuiten) omtrent de mogelijke instrumenten, alsook welke argumenten worden daarbij gehanteerd? Hoe wil men dit beleid operationaliseren op juridisch, technisch en handhavingsvlak?

4) Operationalisering: voor deze analyse zouden we graag beroep doen op de FOD Volksgezondheid, die voor bepaalde aspecten (handhaving) met de FOD Binnenlandse Zaken en de FOD Justitie kan afstemmen.

- Onder voorbehoud van eventuele beslissingen, wat zijn juridische, technische, communicatieve en handhavingsoverwegingen die in rekening moeten worden genomen? Welke zijn succes- en faalfactoren ter zake? En wat is de haalbaarheid om daarop een effectief antwoord te bieden?
- Welke ervaring hebben we ter zake met de verplichte polio-vaccinatie en welke lessen kunnen we trekken?

Het Coronacommissariaat vraagt, rekening houdend met de verwachtingen van het Overlegcomité, het advies ten laatste op 20 december te ontvangen, en zal op basis daarvan een geconsolideerd rapport aan het Overlegcomité overmaken. Qua aanpak is het mogelijk dat de verschillende adviesorganen deze opdrachten gezamenlijk opnemen, bv. in een gezamenlijke werkgroep, rekening houdend met de samenhang van de verschillende vragen.

Ik dank jullie alvast hartelijk voor uw antwoord en ben evident ter beschikking bij eventuele vragen of wens tot afstemming.

Pedro Facon
Regeringscommissaris COVID-19

Au sujet du Conseil Supérieur de la Santé (CSS)

Le Conseil Supérieur de la Santé est un organe d'avis fédéral dont le secrétariat est assuré par le Service Fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. Il a été fondé en 1849 et rend des avis scientifiques relatifs à la santé publique aux ministres de la Santé publique et de l'Environnement, à leurs administrations et à quelques agences. Ces avis sont émis sur demande ou d'initiative. Le CSS s'efforce d'indiquer aux décideurs politiques la voie à suivre en matière de santé publique sur base des connaissances scientifiques les plus récentes.

Outre son secrétariat interne composé d'environ 25 collaborateurs, le Conseil fait appel à un large réseau de plus de 500 experts (professeurs d'université, collaborateurs d'institutions scientifiques, acteurs de terrain, etc.), parmi lesquels 300 sont nommés par arrêté royal au titre d'expert du Conseil. Les experts se réunissent au sein de groupes de travail pluridisciplinaires afin d'élaborer les avis.

En tant qu'organe officiel, le Conseil Supérieur de la Santé estime fondamental de garantir la neutralité et l'impartialité des avis scientifiques qu'il délivre. A cette fin, il s'est doté d'une structure, de règles et de procédures permettant de répondre efficacement à ces besoins et ce, à chaque étape du cheminement des avis. Les étapes clé dans cette matière sont l'analyse préalable de la demande, la désignation des experts au sein des groupes de travail, l'application d'un système de gestion des conflits d'intérêts potentiels (reposant sur des déclarations d'intérêt, un examen des conflits possibles, et une Commission de Déontologie) et la validation finale des avis par le Collège (organe décisionnel du CSS, constitué de 30 membres issus du pool des experts nommés). Cet ensemble cohérent doit permettre la délivrance d'avis basés sur l'expertise scientifique la plus pointue disponible et ce, dans la plus grande impartialité possible.

Après validation par le Collège, les avis sont transmis au requérant et au ministre de la Santé publique et sont rendus publics sur le site internet (www.css-hgr.be). Un certain nombre d'entre eux sont en outre communiqués à la presse et aux groupes cibles concernés (professionnels du secteur des soins de santé, universités, monde politique, associations de consommateurs, etc.).

Si vous souhaitez rester informé des activités et publications du CSS, vous pouvez envoyer un mail à l'adresse suivante : info.hgr-css@health.fgov.be.

www.css-hgr.be

Cette publication ne peut être vendue.

service public fédéral
SANTE PUBLIQUE
SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT

Hoge
Gezondheidsraad

COVID SAFE TICKET (3G VS. 2G OF 1G) EN VERPLICHTE VACCINATIE IN HET KADER VAN DE COVID-19 PANDEMIE EN OMIKRON

FEBRUARI 2022
HGR NR. 9689



.be

COPYRIGHT

Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu

Hoge Gezondheidsraad
Victor Hortaplein 40 bus 10
B-1060 Brussel

Tel: 02/524 97 97
E-mail: info.hgr-css@health.belgium.be

Auteursrechten voorbehouden.
U kunt als volgt verwijzen naar deze publicatie:
Hoge Gezondheidsraad. Covid Safe Ticket (3G vs. 2G of 1G) en verplichte vaccinatie in het kader van de COVID-19 pandemie en Omikron Brussel: HGR; 2022. Advies nr. 9689

De integrale versie van dit advies kan gedownload worden van de website: **www.hgr-css.be**

Deze publicatie mag niet worden verkocht.

Hoge Gezondheidsraad

STAND VAN KENNIS EN POSITIENOTA
VAN DE HOGE GEZONDHEIDSRAAD nr. 9689

Covid Safe Ticket (3G vs. 2G of 1G) en verplichte vaccinatie in het kader van de COVID-19 pandemie en Omikron

In this STATE OF KNOWLEDGE AND POSITION PAPER, which offers guidance to public health policy-makers, the Superior Health Council of Belgium provides some partial answers about the efficacy of the Covid Safe Ticket (3G [vaccinated, tested or cured], as currently applied in Belgium, vs 2G or 1G) and mandatory vaccination on the immunization coverage in the context of the COVID-19 pandemic and Omicron.

Versie gevalideerd op het Bureau en het College van 02/02/2022.[1]

I INLEIDING

De Hoge Gezondheidsraad (HGR) ontving op 26 november 2021 een adviesaanvraag van de premier en de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over de doeltreffendheid van een Covid Safe Ticket (CST) of verplichte vaccinatie voor de vaccinatiegraad in het kader van de COVID-19-pandemie en Omikron (zie bijlage 1 – officiële vragen in het Nederlands).

In de context van Omikron werden er aan de *National Immunization Technical Advisory Group* (nationale werkgroep Vaccinatie, NITAG) vier specifieke vragen gesteld:

1) Rekening houdend met de huidige kennis over het virus en de epidemie: welk niveau van vaccinatie is vereist om een effectieve bescherming van burgers en bevolking te verzekeren?
2) In welke mate en onder welke voorwaarden dragen de mogelijke instrumenten tot verhoging van de vaccinatiegraad bij tot een betere beheersing van de epidemie, enerzijds op vlak van de viruscirculatie, anderzijds op vlak van de beperking van ziektelast, hospitalisatie en overlijden?
3) Welk potentieel hebben deze instrumenten op het vlak van de mogelijke versoepeling van niet-farmaceutische interventies?
4) Bij bovenstaande vragen dient ook rekening te worden gehouden met wat de state-of-the-art evidentie is op vlak van vaccineffectiviteit, de nood aan herhaaldoses, de mate waarin genezing leidt tot bescherming, het mogelijks verder epidemiologisch verloop van pandemie naar endemie, mogelijke nieuwe varianten, etc.

Al deze vragen houden geen rechtstreeks verband met de expertise van de NITAG-HGR of zijn zeer moeilijk (onmogelijk?) nu te beantwoorden in het licht van de onzekerheden en de evolutie van zorgwekkende varianten zoals Omikron.

[1] De Raad behoudt zich het recht voor om in dit document op elk moment kleine typografische verbeteringen aan te brengen. Verbeteringen die de betekenis wijzigen, worden echter automatisch in een erratum opgenomen. In dergelijk geval wordt een nieuwe versie van het advies uitgebracht.

Niettegenstaande lijkt het nuttig om, zoals momenteel ook in andere landen gebeurt, Belgische wetenschappers de kans te geven hun mening te geven over de status en de evolutie van het Covid Safe Ticket (CST), op basis van de volgende opties:

- CST - 3G (gevaccineerd, getest of genezen - zoals het nu in België wordt toegepast),
- CST - 2G (gevaccineerd of genezen),
- CST - 1G (gevaccineerd),

en/of

- verplichte COVID-19-vaccinatie.

Om de antwoorden die de HGR en het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek (BRCB) op deze vragen aan de autoriteiten zullen geven, beter te onderbouwen, hebben de Raad en het Comité besloten om de mening van de HGR-deskundigen rechtstreeks te vragen in de vorm van een online enquête over de omvang van het CST-systeem of de mogelijkheid van een verplichte COVID-19-vaccinatie in België. 300 Belgische wetenschappers (expertise in een zeer breed scala van onderwerpen, niet noodzakelijk infectieziekten/vaccins) van de 1769 die deel uitmaken van het netwerk van deskundigen van de HGR hebben de online enquête beantwoord.

Ter informatie: de landen die COVID-19-vaccins al "verplicht" stellen voor alle volwassenen, overheidsambtenaren, werknemers in de openbare en de particuliere sector, gezondheidswerkers, andere werknemers, kinderen, bejaarden of om toegang te kunnen krijgen tot openbare gelegenheden, enz. worden door Reuters gecompileerd (31/12/2021):

https://www.reuters.com/business/healthcare-pharmaceuticals/countries-making-covid-19-vaccines-mandatory-2021-08-16/

II METHODOLOGIE

Het verzoek werd behandeld door het Bureau en het College in nauwe samenwerking met de voorzitter en enkele deskundigen van de permanente nationale werkgroep Vaccinatie (NITAG). De experten van het Bureau en het College hebben een algemene belangenverklaring en een ad-hocverklaring ingevuld en de Commissie voor Deontologie heeft het potentieel risico op belangenconflicten beoordeeld.

Het advies berust op een overzicht van de wetenschappelijke literatuur, zowel uit peer-reviewed wetenschappelijke tijdschriften als uit preprint artikels en rapporten van nationale en internationale organisaties die in deze materie bevoegd zijn, alsook op het oordeel van de experten.

Deze stand van kennis en positienota werd door de leden van het Bureau en het College van de HGR gevalideerd.

III KERNBOODSCHAPPEN

1) Gezien de zeer hoge besmettelijkheid van de zorgwekkende Omikronvariant en de Belgische vaccinatiegraad voor de derde dosis, betekent een lagere ernst van deze variant niet dat de ziekenhuizen en de eerste lijn de komende weken en maanden niet zwaar onder druk zullen komen te staan.

   Door schattingen over de voorspelde verspreiding van Omikron op basis van SGTF-gegevens (*S gene target failure*) voor België te combineren met de huidige geschatte transmissiedynamiek in België, **voorspelt het model de komende weken een toenemend aantal infecties en ziekenhuisopnames door de zorgwekkende Omikronvariant, waarbij het aantal ziekenhuisopnames waarschijnlijk hoger zal uitvallen dan tijdens de vierde golf**. Hoewel het relatieve risico op ziekenhuisopname per infectie op grond van internationale waarnemingen lager wordt geschat voor Omikron dan voor Delta, **zou de verwachte hoge incidentie van infecties in alle leeftijdsgroepen nog steeds een grote belasting voor de gezondheidszorg kunnen betekenen, zowel in de eerstelijnszorg als in ziekenhuizen;** waarschijnlijk minder in de afdeling intensieve zorgen (SIMID, 05/01/2022).

2) Twee dosissen van het vaccin zijn niet voldoende tegen de Omikronvariant. Een eerste booster lijkt de doeltreffendheid van het vaccin (overlijden - intensieve zorg - ziekenhuisopname) tegen Omikron te herstellen. Er zijn meer onzekerheden met betrekking tot de doeltreffendheid van het vaccin tegen infecties en overdracht in de context van de zorgwekkende Omikronvariant. Er is aangetoond dat (de huidige) vaccins de overdracht gedeeltelijk kunnen voorkomen, maar de duur en de omvang van dit effect zijn onbekend en lijken korter. Voor volwassenen en in het bijzonder voor mensen met comorbiditeiten **blijft risicocommunicatie waarbij de nadruk wordt gelegd op het blijvende belang van volledige vaccinatie en van het halen van een extra dosis of boostervaccin, van groot belang**.

3) Om de COVID-19-pandemie onder controle te krijgen, is **een combinatie van acties en instrumenten nodig**. De huidige COVID-19-vaccins zijn zeer effectief tegen sterfte, opname op intensieve zorgen en ziekenhuisopname in het kader van Omikron. Geen enkel vaccin beschermt echter 100%. Daarom wijst de HGR, naast vaccinatie, met klem op het belang van niet-farmaceutische maatregelen, zoals het handhaven van handhygiëne, fysieke afstand, barrièremaatregelen en ventilatie, ook in openbare ruimten met alleen gevaccineerde mensen. De herinvoering en versterking van de niet-farmaceutische maatregelen zijn nodig om de voortdurende Delta-overdracht te verminderen, de verspreiding van de zorgwekkende Omikronvariant te vertragen en de COVID-19-gerelateerde last beheersbaar te houden.

4) **Het plannen voor een toenemende flexibiliteit van de capaciteit van de gezondheidszorg om het verwachte grotere aantal gevallen in de ziekenhuizen (niet noodzakelijk intensieve zorgafdelingen) te behandelen en voor de eerste lijn moet sterk worden overwogen.**

5) De Belgische modelsimulaties met betrekking tot de vaccinatie van kinderen en volwassenen (door het SIMID-consortium) moeten worden aangepast zodra er meer toereikende gegevens beschikbaar zijn.

6) Met betrekking tot het CST of verplichte COVID-19-vaccinatie

De HGR vindt het relevant om de meest optimale middelen te gebruiken om mensen ertoe aan te zetten zich te laten vaccineren (zoals wordt bevestigd door de schaal die door de *Nuffield Council on Bioethics* is vastgesteld). De strategieën die bijvoorbeeld gericht zijn op het gebruik van andere risicobeperkende maatregelen (zoals het CST) om de vaccinatiegraad en de epidemiologische situatie effectief te verbeteren, moeten ook op transparante wijze worden gecommuniceerd. **De doeltreffendheid van dergelijke risicobeperkende maatregelen moet worden beoordeeld aan de hand van de meest optimale indicatoren**.

Het gebruik van een CST in België, vooral tijdens de piek van de epidemie, sluit niet automatisch de invoering van een verplichte vaccinatie tegen COVID-19 uit.

EN

De invoering van een verplichte vaccinatie tegen COVID-19 in België, vooral tijdens de piek van de epidemie, sluit niet automatisch het gebruik van een CST uit.

COVIS SAFE TICKET (CST)

Het CST zou de vaccinatiegraad kunnen verhogen, maar bij de interpretatie en overdraagbaarheid van de bevindingen moet rekening worden gehouden met de reeds bestaande niveaus van vaccinatie en aarzeling, met veranderingen in de criteria om ervoor in aanmerking te komen en met het verloop van de pandemie. Het CST leidde tot een toename van het aantal vaccinaties 20 dagen vóór de invoering, met een effect dat tot 40 dagen erna voortduurde. In landen waar de vaccinatiegraad vóór deze maatregel onder het gemiddelde lag, was de toename van het aantal dagelijkse vaccinaties groter dan in landen waar de vaccinatiegraad reeds gemiddeld of hoger was (wat momenteel in België het geval is).

MAAR

Het CST wordt wellicht minder positief beoordeeld door sociaal-demografische groepen die in grote stedelijke gebieden wonen.

Het CST zou een potentiële weerslag kunnen hebben op de standaard vaccinatieprogramma's, vooral waar er een laag algemeen vertrouwen in vaccinaties bestaat.

Het CST kan ook leiden tot een vals gevoel van veiligheid, waardoor niet-farmaceutische maatregelen om de pandemie in te dammen, zoals sociale afstand bewaren, handhygiëne en het dragen van maskers, onverstandig achterwege worden gelaten of versoepeld.

Tot slot is het weliswaar aanvaardbaar om middelen te gebruiken om mensen ertoe aan te zetten zich te laten vaccineren, **maar de strategie om deze middelen zodanig vorm te geven dat ze resulteren in een verborgen verplichting wordt door de deskundigen van de HGR veel meer in vraag gesteld en minder gesteund**.

VERPLICHTE COVID-19-VACCINATIE VOOR VOLWASSENEN

In het kader van COVID-19 wordt het standpunt van verplichte vaccinatie voor zorgverleners gesteund door het BRCB en de HGR (HGR 9671, 2021; BRCB 75, 2020).

In dit stadium van onze wetenschappelijke, ethische en juridische kennis over dit onderwerp valt de verplichte COVID-19-vaccinatie van minderjarigen buiten het bestek van deze STANDPUNTNOTA.

Net als het BRCB en andere groepen van deskundigen is de HGR van mening dat verplichte vaccinatie, als de autoriteiten daaraan vasthouden, een beslissing moet zijn die op transparante wijze door de autoriteiten wordt gecommuniceerd. Transparante communicatie, een maatschappelijk debat en politieke arbitrage zijn noodzakelijk om een billijk en beheersbaar niveau van dwang in te voeren voor de COVID-19-vaccinatie van volwassenen in België.

De effecten van de verplichte COVID-19-vaccinatie op de vaccinatiegraad en de impact van de vaccinatiegraad op het aantal besmettingen, ziekenhuisopnames of sterfgevallen in België zijn onbekend. Het is bijna onmogelijk om de waarschijnlijke (zwakke?) positieve impact en de conclusies van publicaties (betreffende andere ziekten, specifieke groepen, in andere landen en in andere contexten) te extrapoleren naar de Belgische situatie bij een wereldwijde COVID-19-pandemie. **Landen die vaccinatie verplicht stellen zonder te voorzien in een schadevergoeding ongeacht de verantwoordelijkheid, zouden kunnen worden geacht het sociaal contract te verbreken**.

MAAR

Indien de autoriteiten besluiten om via een verplichte COVID-19-vaccinatie de sterfte te beperken, zou bijvoorbeeld een vaccinatieplicht kunnen worden opgelegd:

- voor alle mensen van 65 jaar en ouder

Indien de autoriteiten besluiten om via een verplichte COVID-19-vaccinatie de overbelasting van de ziekenhuizen en het uitstellen van gezondheidszorg te beperken, zou bijvoorbeeld een vaccinatieplicht kunnen worden opgelegd:

- voor alle mensen van 40 jaar en ouder

Indien de autoriteiten besluiten om via een verplichte COVID-19-vaccinatie te proberen de overbelasting van consulten voor infecties van de luchtwegen op het niveau van de eerste lijn zoveel mogelijk te beperken, zou bijvoorbeeld een vaccinatieplicht kunnen worden opgelegd:

- voor alle mensen van 16 tot 18 jaar*

Om redenen van vereenvoudiging, duidelijkheid en uniformiteit van de politieke beslissingen op Europees en mondiaal niveau, kunnen de leeftijdsgrenzen worden aangepast en worden ze slechts ter informatie gegeven.

Het vaccinatieschema van de verplichte COVID-19-vaccinatie moet de aanbevelingen van de NITAG volgen en moet regelmatig door de autoriteiten worden herzien.

De controle op de verplichte vaccinatie, de mogelijke sancties en de schadevergoeding ongeacht de verantwoordelijkheid zijn politieke beslissingen en vallen buiten het bestek van dit document.

* Het is belangrijk om in de discussie rekening te houden met de leeftijd waarop de bijwerkingen zich voordoen, de ernst ervan en de frequentie van de zeer zeldzame bijwerkingen van de huidige vaccins. Als er zich bij ongelukkige personen ernstige bijwerkingen van de vaccinatie voordoen, zouden er meer DALY's/QALY's verloren gaan als het gaat om een jongvolwassene.

7) Advies van het netwerk van HGR-deskundigen ter ondersteuning van deze standpunten

De antwoorden op deze online enquête zijn verzameld tijdens de overgangsfase tussen de Deltavariant en het verschijnen van de Omikronvariant. Aan deze nieuwe variant waren veel onzekerheden verbonden en de standpunten zouden kunnen variëren naarmate deze onzekerheden omtrent Omikron afnemen.

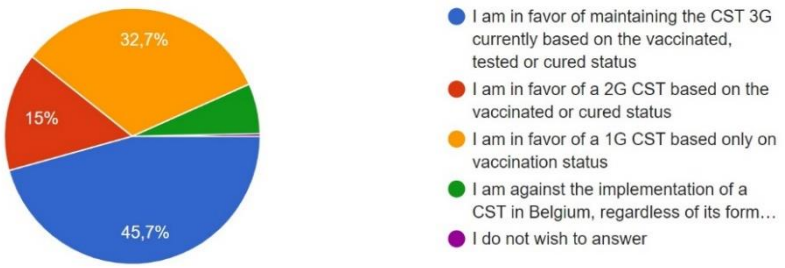
300 Belgische wetenschappers (expertise in een zeer breed scala van onderwerpen, niet noodzakelijk infectieziekten/vaccins) van de 1769 die deel uitmaken van het netwerk van deskundigen van de HGR hebben de online enquête beantwoord.

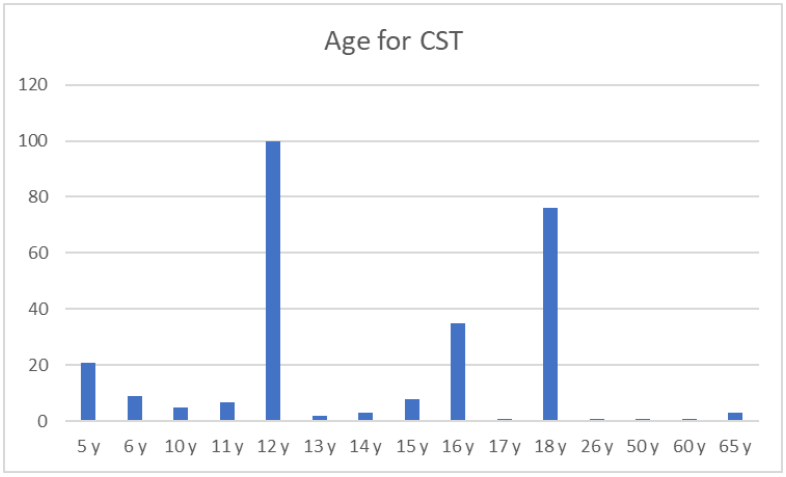
93,4% van de Belgische deskundigen die de online enquête hebben beantwoord zijn minstens voorstander van het behoud van het CST (45,7% voor CST - 3G / 15% voor CST - 2G / 32,7% voor CST - 1G).
6,3% is tegen het CST en 1 deskundige wenst niet te antwoorden.

De NITAG en het College hebben reeds het gebruik van het CST aanbevolen voor personen ouder dan 18 jaar en niet onder die leeftijd (HGR 9655 en 9680, 2021). Volgens sommige geraadpleegde deskundigen zou het gebruik van het CST aanvaardbaar zijn vanaf de leeftijd van 12 jaar.

1) To fight against COVID-19 and as an expert of the Superior Health Council, I endorse the following statements in the current Belgian context and not necessarily for an indefinite period. Concerning CST:

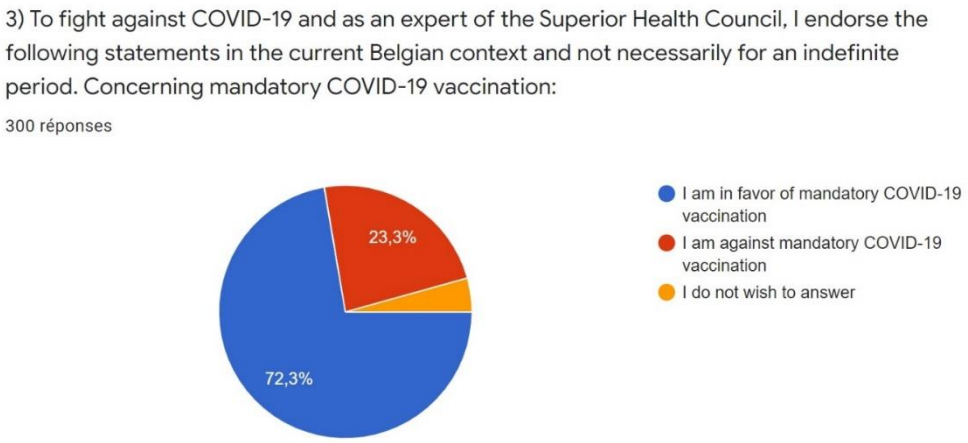
300 réponses

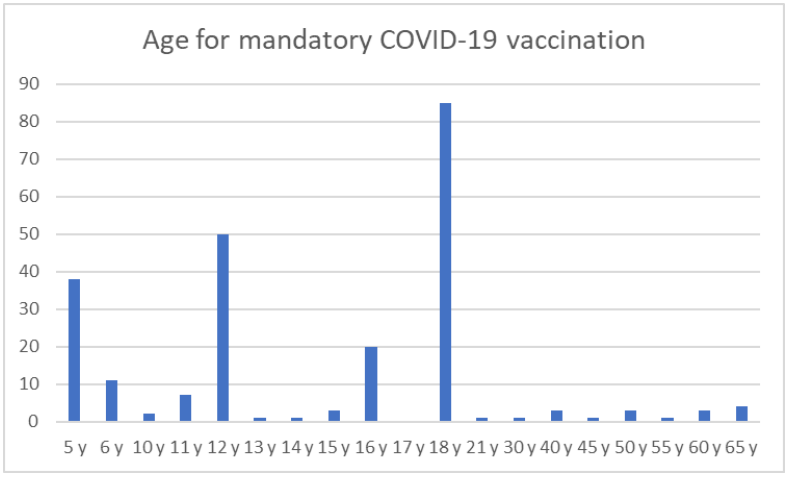




72,3% van de Belgische deskundigen die de online enquête hebben beantwoord, zijn (op dit moment en niet noodzakelijk voor onbepaalde tijd) voorstander van verplichte COVID-19-vaccinatie. 23,3% is tegen en 4,3% wenst geen antwoord te geven.

Volgens de geraadpleegde deskundigen zou de verplichte COVID-19-vaccinatie moeten gelden vanaf de **leeftijd van 16 jaar** (gemiddelde en mediaan gesteund door 54% van de deskundigen) **of 18 jaar** (gesteund door 93% van de deskundigen).





IV UITWERKING EN ARGUMENTATIE

Sleutelwoorden

Keywords	Sleutelwoorden	Mots clés	Schlüsselwörter
Prevention	Preventie	Prévention	Prävention
Covid Safe Ticket	Covid Safe Ticket	Covid Safe Ticket	Covid Safe Ticket
COVID-19	COVID-19	COVID-19	COVID-19
Mandatory vaccination	Verplichte vaccinatie	Vaccination obligatoire	Obligatorische Impfung

Lijst van gebruikte afkortingen

BI	Betrouwbaarheidsinterval
BRCB	Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek
BTI	*Breakthrough infections* (doorbraakinfecties)
COVID-19	Coronavirusziekte 2019
CST	Covid Safe Ticket
ECDC	*European Center for Disease Prevention and Control* (Europees Centrum voor ziektepreventie en -bestrijding)
GEMS	Groep van Experts voor Managementstrategie van COVID-19 - BE
GP	*General Practitioner* (huisarts)
HBV	Hepatitis B-virus
HCP	*Healthcare Personnel* (zorgpersoneel)
HCSP	*Haut Conseil de santé Publique* (Hoge Autoriteit voor Gezondheid) - FR
HCW	*Health Care Workers* (zorgmedewerkers)
HGR	Hoge Gezondheidsraad
HPV	Humaan papillomavirus
ICU	*Intensive Care Unit* (intensieve zorgeenheid)
mAb	Monoklonaal antilichaam
NITAG	*National Immunization Technical Advisory Group* (nationale werkgroep Vaccinatie)
NPI	*Non-pharmaceutical interventions* (niet-farmaceutische interventies)
OR	*Odds Ratio*
PCR	*Polymerase Chain Reaction* (polymerasekettingreactie)
RBD	*Receptor Binding Domain* (receptorbindend domein)
SAR	*Secondary Attack Rate*
SARS-CoV-2	*Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* (ernstig acuut ademhalingssyndroom coronavirus 2)
SGTF	*S-gene target failure*
SIMID	*Simulation Models for Infectious Diseases* (simulatiemodellen voor infectieziekten)
VE	Vaccineffectiviteit
VoC	*Variant of Concern* (zorgwekkende variant)
VoI	*Variant of Interest* (belangwekkende variant)
WHO	*World Health Organization* (Wereldgezondheidsorganisatie)

1 Rekening houdend met de huidige kennis over het virus en de epidemie: welk niveau van vaccinatie is vereist om een effectieve bescherming van burgers en bevolking te verzekeren?

1.1 Algemeen concept van groepsimmuniteit

Groepsimmuniteit is een vorm van indirecte bescherming tegen infectieziekten die bij sommige ziekten kan optreden wanneer een voldoende percentage van een populatie immuun is geworden voor infectie, hetzij door eerdere infecties, hetzij door vaccinatie (Lee, 2016), waardoor de kans op infectie voor individuen die geen immuniteit hebben, afneemt. Groepsimmuniteit werd erkend als een natuurlijk verschijnsel in de jaren 1930, toen werd waargenomen dat nadat een aanzienlijk aantal kinderen immuun was geworden voor mazelen, het aantal nieuwe infecties tijdelijk afnam (Sencer et al., 1967; JID, 2004).

In de context van de **Deltavariant** mogen beleidsmakers in landen met een lage seroprevalentie of een hoog percentage kinderen er op basis van de huidige gegevens bij het overwegen van heropeningsstrategieën zelfs bij vaccinatie van alle (100%) volwassenen niet van uitgaan dat dit voldoende zal zijn om de groepsimmuniteitsdrempel te bereiken. Vaccinatie zou echter de impact van een besmetting met SARS-CoV-2 op de resulterende ziekte binnen een populatie drastisch kunnen verminderen, vooral bij groepen met een hoger risico. Dit benadrukt het belang, vooral in regio's met een beperkte vaccinatiecapaciteit en een lage seroprevalentie, van volksgezondheidsmaatregelen en vaccinatiecampagnes die gericht zijn op het verminderen van de toekomstige ziektelast van COVID-19, in plaats van te vertrouwen op de veronderstelling dat de transmissie noodzakelijkerwijs zal worden geëlimineerd door de vaccinatie (Hodgson et al., 2021). In de context van de **Deltavariant** zou meer dan 82 tot 85% van de bevolking, met inbegrip van de kinderen, moeten worden gevaccineerd om groepsimmuniteit te bereiken. Zelfs zonder groepsimmuniteit zijn vaccins zeer effectief voor het verminderen van het aantal sterfgevallen (Mancuso et al., 2021; McBryde et al., 2021; Burki, 2021). **Deze conclusies, die gebaseerd waren op modellen ten tijde van de Deltavariant, blijken niet langer op te gaan nu gedeeltelijke gegevens over de werkzaamheid van het vaccin tegen overdracht met Omikron beschikbaar zijn.**

In een recente mededeling, gepubliceerd in Nature, legt C. Aschwanden echter uit dat zelfs met vaccinatie-inspanningen in volle kracht, de theoretische drempel voor het overwinnen van COVID-19 onbereikbaar lijkt. Die drempel is over het algemeen haalbaar bij een hoge vaccinatiegraad en veel wetenschappers dachten dat zodra mensen massaal zouden worden ingeënt, de groepsimmuniteit ervoor zou zorgen dat de samenleving opnieuw haar normale gang zou kunnen gaan. Nu de pandemie haar tweede jaar ingaat, begint dit idee te veranderen. De vooruitzichten voor de pandemie op lange termijn zijn waarschijnlijk dat COVID-19 een epidemische (endemische?) ziekte wordt, net als de griep. Op korte termijn denken wetenschappers echter aan een nieuw normaal dat geen groepsimmuniteit inhoudt. Enkele van de redenen achter deze kortetermijnvisie, en wat die betekenen voor het volgende jaar van de pandemie, zijn (Aschwanden, 2021) de volgende:

- Er is aangetoond dat (de huidige) vaccins de overdracht gedeeltelijk kunnen voorkomen, maar de duur en de omvang van dit effect zijn onbekend[2];
- op mondiaal niveau verloopt de vaccinatie ongelijkmatig;
- nieuwe varianten (besmettelijker en resistenter tegen de vaccins, zoals Omikron) veranderen de berekening van de groepsimmuniteit;
- de immuniteit zal misschien niet eeuwig duren;
- de vaccinatie zou het menselijk gedrag kunnen veranderen (bv. als er meer mensen zijn gevaccineerd, zullen ze hun interacties opvoeren).

[2] https://erictopol.substack.com/p/where-do-we-stand-with-omicron

Indien groepsimmuniteit tegen COVID-19 niet haalbaar is: welk vaccinatieniveau is dan vereist om de burgers doeltreffend te beschermen door de impact van besmetting met SARS-CoV-2 (Deltavariant) op ziekte, sterfte en overbelasting van de gezondheidszorg te verminderen?

1.2. Belgische modelsimulaties: Technische nota: SARS-CoV-2-varianten en vaccinatie in België (v2022-01-05 - door het SIMID-consortium)

Het SIMID-consortium heeft een nieuwe technische nota (v2022-01-05) opgesteld met de modelschattingen van ziekenhuisopnames en -belasting door middel van een stochastisch dynamisch overdrachtsmodel op basis van observatiegegevens tot en met 3 januari 2022.

Alle prognoses zijn gebaseerd op de thans beschikbare informatie en moeten wellicht worden aangepast naarmate in de komende dagen en weken meer informatie over Omikron beschikbaar wordt. De onzekerheden in verband met dit model worden verder uitgewerkt in de referentietekst.

Het volledige document van januari 2022 (v2022-01-05) is hier beschikbaar.
https://covid-en-wetenschap.github.io/assets/20220105_technical_note_SIMID.pdf

Conclusies

Zij onderzochten het effect van de zorgwekkende Omikronvariant voor België met een landspecifiek stochastisch transmissiemodel dat rekening houdt met infectie- en vaccin-geïnduceerde immuniteitsniveaus in de bevolking in het licht van de aan de gang zijnde COVID-19-pandemie. Door schattingen over de voorspelde verspreiding van Omikron op basis van SGTF-gegevens (S gene target failure) voor België te combineren met de huidige geschatte transmissiedynamiek in België, voorspelt het model de komende weken een toenemend aantal infecties en ziekenhuisopnames door de zorgwekkende Omikronvariant, **waarbij het aantal ziekenhuisopnames waarschijnlijk hoger zal uitvallen dan tijdens de vierde golf**.

Hoewel het relatieve risico op ziekenhuisopname per infectie op grond van internationale waarnemingen lager wordt geschat voor Omikron dan voor Delta, zou de verwachte hoge incidentie van infecties in alle leeftijdsgroepen **nog steeds een grote belasting voor de gezondheidszorg kunnen betekenen, zowel in de eerstelijnszorg als in ziekenhuizen**.

Zij schatten de toename van de besmettelijkheid van Omikron ten opzichte van Delta op basis van SGTF-gegevens (*S gene target failure*) uit België tussen 30% en 80%, afhankelijk van de aannames voor vaccinatie-gerelateerde bescherming tegen Omikron. Bovendien resulteerde de laatste modelkalibratie in een veel snellere overgang naar het pre-symptomatische infectiestadium na infectie met Omikron, in vergelijking met Delta. Dit komt overeen met een korter serieel interval voor Omikron, zoals gerapporteerd door Kim et al. (2021, voorpublicatie), vandaar dat het transmissievoordeel van Omikron in onze prognoses niet alleen gebaseerd is op immuunontsnapping en een verhoogde besmettelijkheid.

In deze technische nota is het bijzonder moeilijk om het model naar behoren te kalibreren en scenario's te definiëren om de volgende redenen:
(1) de zorgwekkende Omikronvariant is pas tegen het einde van de kerstvakantieperiode volledig dominant geworden en de in die periode geregistreerde ziekenhuisopnames (op basis waarvan het model is gekalibreerd) waren het gevolg van (meestal) Delta-

besmettingen en (in veel mindere mate) Omikron-besmettingen die vóór en aan het begin van de vakantieperiode zijn opgelopen;

(2) het is bekend dat de sociale contacten in vakantieperiodes heel anders zijn dan in niet-vakantieperiodes, niet alleen qua aantallen, maar ook qua leeftijden, en we beginnen nu pas het effect te zien van besmettingen die tijdens de kerstvakantie hebben plaatsgevonden op de ziekenhuisopnames (op basis waarvan het model is gekalibreerd; merk ook op dat recente gegevens over serologie bij niet-gevaccineerde personen niet beschikbaar zijn als aanvullende bron voor kalibratie);

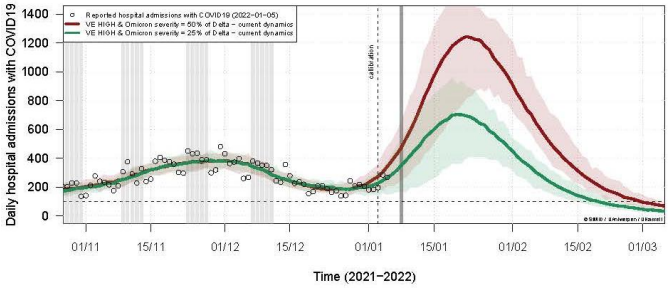
(3) we hebben momenteel geen gegevens over ziekenhuisopnames veroorzaakt door besmettingen die opgelopen zijn in een niet-vakantieperiode (met de bijbehorende sociale contacten van een niet-vakantieperiode) terwijl Omikron de dominante zorgwekkende variant in België is, wat ons in staat zou stellen de relatie tussen leeftijdsspecifieke contacten, besmettingen en ziekenhuisopnames vast te stellen die representatief is voor de periode waarvoor in deze technische nota prognoses worden gemaakt;

(4) de beleidsmakers hebben vanaf 10 januari belangrijke wijzigingen aangebracht in de quarantaine- en isolatieregels, waardoor de transmissie-dynamiek waarschijnlijk zal veranderen in vergelijking met de voorgaande maanden, bovenop de verwachte veranderingen als gevolg van de volledige dominantie van Omikron in België.

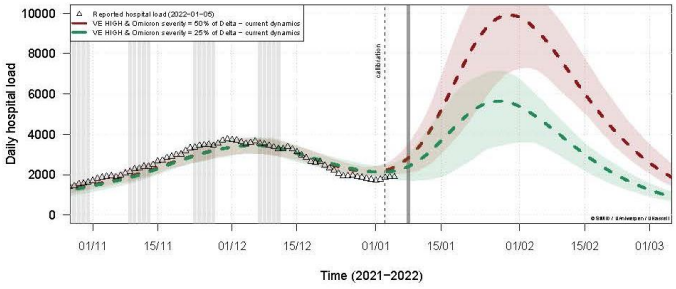
Modelresultaten

De volgende figuren geven de resultaten weer van onze scenario-analyses met betrekking tot sociale vermenging en vaccinatie. Alle prognoses vertonen een groot betrouwbaarheidsinterval van 95% en moeten derhalve met grote voorzichtigheid worden geïnterpreteerd.

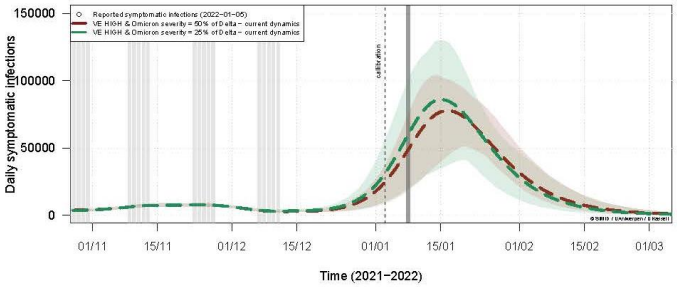
Scenario analysis: using the HIGH vaccine efficacy assumption and current dynamics.



(a) Daily hospital admissions with COVID-19



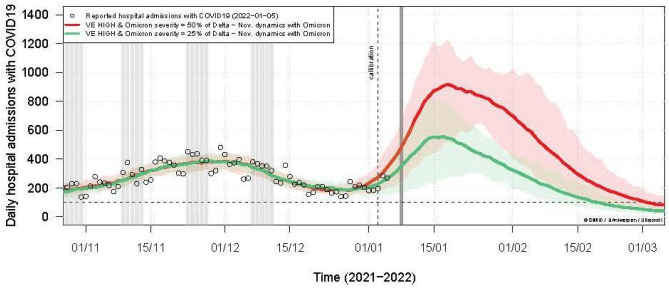
(b) Daily hospital load



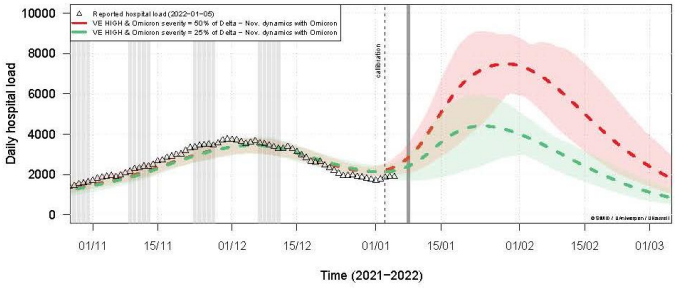
(c) Daily number of new symptomatic infections

Figure 2: Model projections for Belgium on daily hospital admissions, hospital load and symptomatic infections for different assumptions on Omicron VOC severity against hospitalisations. These projections are based on the current dynamics, based on social contact data from December 2021, with Omicron but during a school-holiday. The results are summarized by the mean (line) and 95% point-wise credible intervals (shaded area) of 25 model runs.

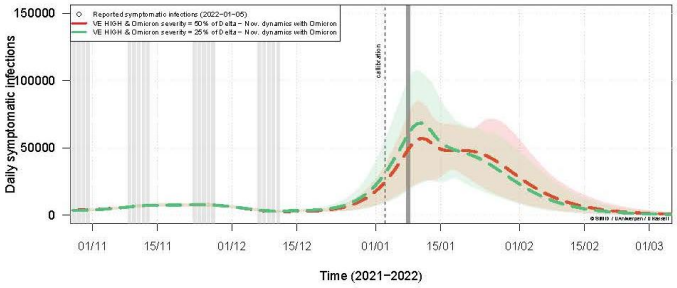
Scenario analysis: using the HIGH vaccine efficacy assumption and November behaviour with Omicron as proxy.



(a) Daily hospital admissions with COVID-19



(b) Daily hospital load



(c) Daily number of new symptomatic infections

Figure 3: Model projections for Belgium of daily hospital admissions, hospital load and symptomatic infections using different assumptions on Omicron VOC severity. These projections are based on a change in social contact behaviour from 8th of January towards the risk behaviour we estimated for November 2021 with general transmission and severity assumptions for Omicron. See "Model input and assumptions 10." for pros and cons. The results are summarized by the mean (line) and 95% point-wise credible intervals (shaded area) of 25 model runs.

1.3. Franse modelsimulaties in het kader van Omikron

https://modelisation-covid19.pasteur.fr/variant/InstitutPasteur_Complement_Analyse_Impact_Omicron_20220107.pdf

*« Le 07/01/2022, l'Institut Pasteur présente des projections pour trois scénarios différents concernant l'avantage de transmission et la sévérité d'Omicron par rapport à Delta. Dans le Scénario 1 qui paraît actuellement le plus probable, le variant Omicron est caractérisé par une sévérité basse (**réduction de 77% de la probabilité d'hospitalisation lorsqu'on est infecté par rapport à Delta**) mais une transmissibilité haute.*

- *Dans le Scénario 1, sous des hypothèses optimistes concernant l'efficacité vaccinale, le pic d'hospitalisations pourrait atteindre 5.200 hospitalisations quotidiennes sans réduction des taux de transmission le 3 janvier. Dans les scénarios plus probables où les Français réduisent leurs contacts de 10 % et 20 %, ce pic passerait à 3.600 (-29 %) et 2.500 (-52 %) hospitalisations journalières, respectivement. Dans les scénarios où les taux de transmission sont réduits de 0 %, 10 % et 20 % début janvier, il faudrait respectivement 32.000, 23.000 (-27 %) et 17.000 (-46 %) lits d'hospitalisations conventionnelles et 6.000, 4.700 (-23 %) et 3.900 (-36 %) lits de soins critiques au pic de l'épidémie. Avec une réduction de 10 % des taux de transmission à compter du 3 janvier, les besoins de lits d'hospitalisation conventionnelle pourraient passer de 23.000 lits pour une durée moyenne de séjour de 6 jours pour les patients Omicron à 18.000 (-22 %) et 15.000 (-34 %) lits si l'on réussissait à réduire cette durée à 4 et 3 jours, respectivement.*
- *Dans le Scénario 1, sous des hypothèses plus pessimistes concernant l'efficacité vaccinale, le pic des admissions à l'hôpital serait de 7.200, 5.200 (-28 %) et 3.500 (-52 %), respectivement, si les taux de transmission sont réduits de 0 %, 10 % et 20 % début janvier. Au pic, il faudrait 43.000, 32.000 (-26 %) et 22.000 (-49 %) lits d'hospitalisations conventionnelles et 7.800, 6.000 (-23 %) et 4.400 (-44 %) lits de soins critiques.*
- *Des changements dans les hypothèses concernant l'avantage de transmission et la sévérité d'Omicron peuvent impacter de façon importante les projections, avec des projections substantiellement dégradées lorsque le risque d'hospitalisation est plus élevé. »*

CONCLUSIES

Op basis van het huidige bewijsmateriaal en rekening houdend met de kenmerken van de Deltavariant (en de onzekerheden van de zorgwekkende Omikronvariant, **met name inzake de overdracht, de afnemende immuniteit van eerder besmette personen en de afnemende doeltreffendheid van het vaccin**) en met de doeltreffendheid van de verschillende soorten vaccins die op de markt zijn **tegen de overdracht**, is het niet haalbaar een COVID-19-vaccinatiedrempel te bereiken **die leidt tot groepsimmuniteit, en mag dit niet de leidraad zijn voor politieke beslissingen op dit gebied**.

Niettemin zijn de vermindering van het sterftecijfer, de bescherming van kwetsbare personen (bejaarden en/of personen met comorbiditeiten) en het vermijden van de overbelasting van de gezondheidszorg in België nog steeds haalbare doelstellingen.

- In de context **van de Deltavariant en volgens de Belgische modellen** (HGR 9680, 2021) - wat nu niet meer het geval is. **De conclusies waren**:

- een vaccinatiegraad van 95% in de volledige Belgische bevolking **ouder dan 18 jaar** zou ten minste 30% van de ziekenhuisopnames voorkomen;
- een vaccinatiegraad van ten minste 90% in elk leeftijdscohort **boven de 18 jaar** heeft een vergelijkbaar potentieel als de invoering van een wijdverbreide (80%) vaccinatie van kinderen van 5 tot 11 jaar;
- een gecombineerde strategie, waarbij zowel de universele vaccinatie van kinderen wordt ingevoerd als de vaccinatiegraad bij volwassenen wordt verhoogd tot 90-95%, kan (volgens de modellen) een aanzienlijke meerwaarde opleveren ten opzichte van een van beide strategieën afzonderlijk.

2) In de context **van de zorgwekkende Omikronvariant**:

Alle prognoses zijn gebaseerd op de thans beschikbare informatie en moeten wellicht worden aangepast naarmate in de komende weken meer informatie over Omikron beschikbaar wordt, in afwachting van leeftijdsspecifieke hospitalisatiegegevens.

Door schattingen over de voorspelde verspreiding van Omikron op basis van SGTF-gegevens (S gene target failure) voor België te combineren met de huidige geschatte transmissiedynamiek in België, voorspelt het model de komende weken een toenemend aantal infecties en ziekenhuisopnames door de zorgwekkende Omikronvariant, **waarbij het aantal ziekenhuisopnames waarschijnlijk hoger zal uitvallen dan tijdens de vierde golf**.

Hoewel het relatieve risico op ziekenhuisopname per infectie op grond van internationale waarnemingen lager wordt geschat voor Omikron dan voor Delta, zou de verwachte hoge incidentie van infecties in alle leeftijdsgroepen **nog steeds een grote belasting voor de gezondheidszorg kunnen betekenen, zowel in de eerstelijnszorg als in ziekenhuizen**.

2 In welke mate en onder welke voorwaarden dragen de mogelijke instrumenten tot verhoging van de vaccinatiegraad bij tot een betere beheersing van de epidemie, enerzijds op vlak van de viruscirculatie, anderzijds op vlak van de beperking van ziektelast, hospitalisatie en overlijden?

De ethische aspecten in verband met de invoering van een CST of verplichte COVID-19-vaccinatie in België vallen onder de bevoegdheid van het BRCB. Gezien de nauwe samenwerking tussen de HGR en het BRCB over dit onderwerp, zal dit advies van de HGR deze overwegingen buiten beschouwing laten en steunt de Raad de standpunten die momenteel door de BRCB in deze kwestie worden verdedigd.

Advies nr. 75 van 11 december 2020 van het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek betreffende de ethische maatstaven voor de uitrol van de anti-COVID-19-vaccinatie ten voordele van de Belgische bevolking.
https://www.health.belgium.be/nl/advies-nr-75-ethische-maatstaven-voor-de-uitrol-van-de-anti-covid-19-vaccinatie-ten-voordele-van-de

Advies nr. 77 van het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek betreffende de ethische en maatschappelijke overwegingen bij het invoeren van een "coronapas" en andere overgangsmaatregelen om vrijheidsbeperkingen af te bouwen.
https://www.health.belgium.be/nl/advies-nr-77-besluit-en-aanbevelingen-invoeren-van-een-coronapas

Briefadvies nr. 11 van 13 december 2021 van het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek betreffende ethische uitdagingen van een COVID-19-vaccinatie bij kinderen van 5-11 jaar.
https://www.health.belgium.be/nl/briefadvies-nr11-vaccinatie-covid-19-bij-kinderen-van-5-11-jaar

Advies nr. 80 van het Raadgevend comité voor Bio-ethiek betreffende de ethische uitdagingen van een verplichte vaccinatie van de volwassen bevolking (18 jaar en ouder) tijdens een pandemie.
https://www.health.belgium.be/nl/advies-nr-80-verplichte-vaccinatie-tijdens-een-pandemie

2.1. Enkele publicaties over het CST

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) heeft richtsnoeren (operationele en ethische aspecten) opgesteld met betrekking tot de invoering van een CST (WHO, 27/08/2021). In advies nr. 77 presenteert het BRCB ethische en maatschappelijke overwegingen in verband met de invoering van een "coronapas" en andere overgangsmaatregelen ter versoepeling van de gezondheidsbeperkingen in België (BRCB 77, 2021).

Voor zover wij weten, zijn er zeer weinig publicaties die de werkelijke doeltreffendheid van het gebruik van het CST op de vaccinatiegraad aantonen.

In Israël wijzen Waitzberg et al. (2021) erop dat er in de praktijk discrepanties zullen zijn tussen de regelgeving inzake het CST en het gebruik ervan. Op sommige plaatsen zal een CST worden geëist zonder wettelijke noodzaak, terwijl het op andere plaatsen niet zal worden gevraagd ondanks een wettelijke verplichting. **De regelgeving inzake het CST moet gebaseerd zijn op gestandaardiseerde epidemiologische criteria, geleidelijk worden ingevoerd, flexibel blijven en worden aangepast aan de epidemiologische risico's**. Waitzberg et al. onderzoeken niet de doeltreffendheid van het CST voor de vaccinatiegraad.

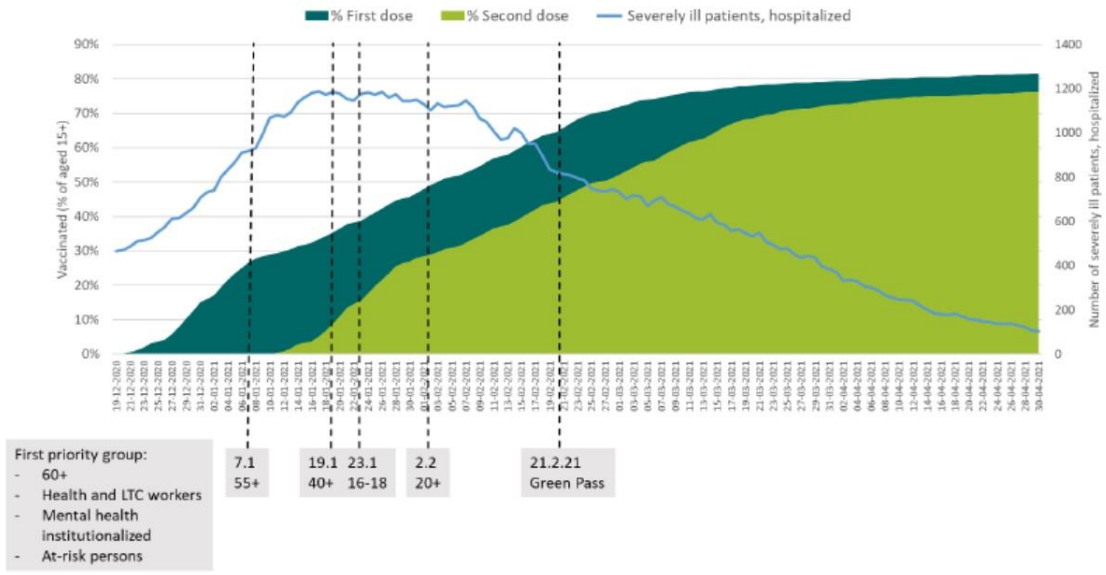


Figure 1. Vaccination rollout, hospitalized, prioritisation, and implementation of the Green Pass. (Sources: authors' own compilation based on https://datadashboard.health.gov.il/COVID-19/general, accessed on 18 October 2021 and [12]; Note: vaccination rates for the population aged 15+ for whom the vaccine was approved by the manufacturer.

In Israël waren de belangrijkste data 17 januari 2021, toen officieel werd afgezien van de quarantaine voor gevaccineerde personen die in contact waren geweest met een besmette persoon of terugkeerden van een buitenlandse reis, en 21 februari 2021, toen de *"green pass"* officieel werd ingevoerd. **Na 17 januari was er een piek in het aantal vaccinaties met de tweede dosis, die opliepen tot meer dan 200.000 per dag. De hoge vaccinatiegraad hield aan na het hoogste dagelijkse aantal nieuwe bevestigde besmettingen sinds het begin van de pandemie** (10.117 besmettingen of 1.088 besmettingen per miljoen op 18 januari) **en het hoogste sterftecijfer werd gemeld op 24 januari.** Saban et al. concluderen dat stimuleringsregelingen die beperkingen opleggen aan degenen die ervoor kiezen zich niet te laten vaccineren, sommige mensen kunnen motiveren om actie te ondernemen. De

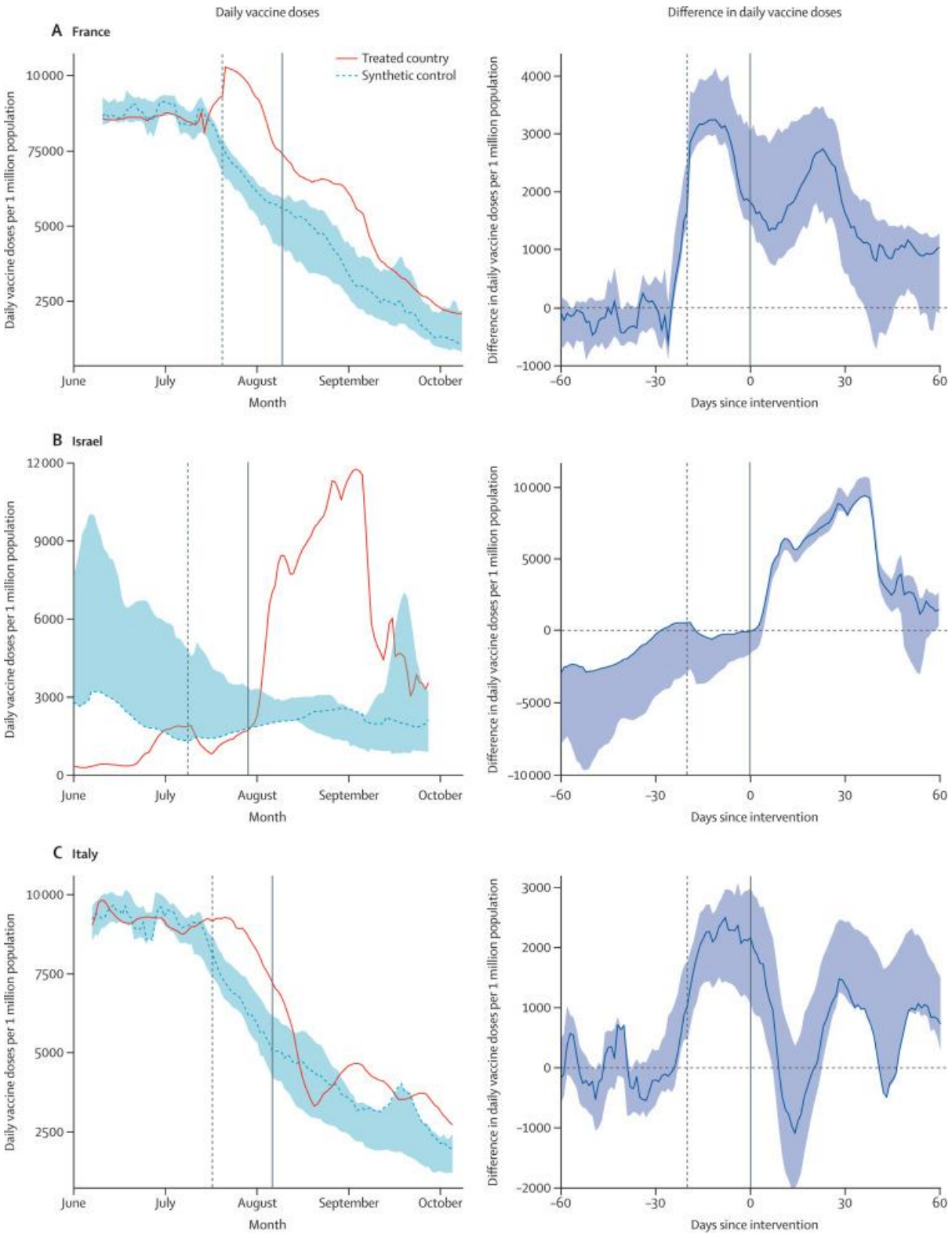
beleidsmakers moeten een weloverwogen aanpak hanteren om de volksgezondheid te beschermen, met zo min mogelijk inbreuk op de rechten van de burgers. Het verstrekken van transparante en cultureel geschikte informatie over vaccinatie en het zorgen voor een maximale en gelijke toegang tot COVID-19-vaccins kan helpen vertrouwen op te bouwen (Saban et al., 2021).

In het Verenigd Koninkrijk hebben de Figueiredo et al. (2021) tussen 9 en 27 april 2021 een grootschalig nationaal onderzoek uitgevoerd onder 17 611 volwassenen om het effect te bestuderen van de invoering van vaccinpaspoorten op de geneigdheid tot het accepteren van de COVID-19-vaccins evenals het differentiële effect van deze paspoorten op de geneigdheid tot acceptatie in de verschillende socio-demografische groepen. Zij stelden vast dat een grote minderheid van de respondenten verklaarde dat vaccinatiepaspoorten voor binnenlands gebruik (46,5%) of internationale reizen (42,0%) hen niet meer of minder geneigd zouden maken om een COVID-19-vaccin te accepteren en dat een aanzienlijke minderheid van de respondenten ook verklaarde dat zij een COVID-19-vaccin "zeker" zouden accepteren en dat vaccinatiepaspoorten hen meer geneigd zouden maken om zich te laten vaccineren (48,8% voor binnenlands gebruik en 42,9% voor internationale reizen). **Anderzijds stelden ze vast dat de invoering van vaccinpaspoorten de geneigdheid om een COVID-19-vaccin te accepteren waarschijnlijk zal doen afnemen na correctie voor de initiële intentie tot vaccinatie**. Deze daling is groter wanneer paspoorten vereist zouden zijn voor binnenlands gebruik dan voor het vergemakkelijken van internationale reizen. Man zijn (Odds Ratio - OR 0,87; 0,76 tot 0,99) en een diploma hebben (OR 0,84; 0,72 tot 0,94) worden geassocieerd met een verminderde geneigdheid om zich te laten vaccineren wanneer paspoorten voor binnenlands gebruik vereist zouden zijn (rekening houdend met de initiële intentie tot vaccinatie), terwijl christenen (OR 1,23; 1,08 tot 1,41) een grotere geneigdheid hebben dan atheïsten of agnostici. Veranderingen in de geneigdheid hangen sterk samen met de verklaarde intentie tot vaccinatie en zullen daarom waarschijnlijk geen verschuiving teweegbrengen in de houding van zwarte of zwarte Britse respondenten, jongere leeftijdsgroepen en niet-Engelstaligen. Deze bevindingen moeten worden geïnterpreteerd in het licht van subnationale trends in het gebruik van paspoorten in het VK, aangezien deze resultaten erop wijzen dat **paspoorten minder positief worden beoordeeld door sociaal-demografische groepen die in grote stedelijke gebieden zijn geconcentreerd**. De auteurs dringen aan op meer bewijsmateriaal over het effect van vaccincertificaten en **de mogelijke gevolgen daarvan voor standaard vaccinatieprogramma's** in zowel het VK als de rest van de wereld, vooral waar er een laag algemeen vertrouwen in vaccinaties bestaat.

Het CST kan ook leiden **tot een vals gevoel van veiligheid**, waardoor niet-farmaceutische maatregelen om de pandemie in te dammen, zoals sociale afstand bewaren, handhygiëne en het dragen van maskers, onverstandig achterwege worden gelaten of versoepeld (Montanari et al., 2021).

Mills en Rüttenauer (2021) onderzoeken het effect van verplichte COVID-19-certificaten op de vaccinatiegraad. Zij ontwierpen een synthetisch controlemodel waarin zes landen (Denemarken, Israël, Italië, Frankrijk, Duitsland en Zwitserland) die certificaten hebben ingevoerd (april-augustus 2021), werden vergeleken met 19 controle-landen. Aan de hand van dagelijkse gegevens over besmettingen, sterfgevallen en vaccinaties en landspecifieke informatie ontwikkelden ze een contrafeitelijk scenario, waarbij werd ingeschat wat er in soortgelijke omstandigheden zou zijn gebeurd indien er geen certificaten waren ingevoerd. Het belangrijkste resultaat was het aantal dagelijkse dosissen COVID-19-vaccin dat werd toegediend. Zij stelden vast dat de **COVID-19-certificaten leidden tot een toename van het aantal vaccinaties 20 dagen vóór de invoering, met een effect dat tot 40 dagen erna voortduurde**. In landen waar de vaccinatiegraad vóór deze maatregel onder het gemiddelde lag, was de toename van het aantal dagelijkse vaccinaties groter dan in landen waar de

vaccinatiegraad reeds gemiddeld of hoger was. In Frankrijk bedroeg het aantal dosissen meer dan 55.672 per miljoen (betrouwbaarheidsinterval (BI) van 95%: 49.668-73.707) of, in absolute cijfers, 3.761.440 (3.355.761-4.979.952) dosissen vóór de invoering van het verplichte certificaat en 72.151 (37.940-114.140) per miljoen erna. **Zij stelden geen effect vast in landen waar de vaccinatiegraad al gemiddeld was (Duitsland), of een onduidelijk effect wanneer de certificaten werden ingevoerd in een periode van beperkte beschikbaarheid van vaccins (Denemarken)**. De toename in de vaccinatiegraad na de invoering van het certificaat was **het grootst bij mensen jonger dan 30 jaar**. Toegangsbeperkingen verbonden aan bepaalde activiteiten (nachtclubs en evenementen met >1000 mensen) werden in verband gebracht met een stijging in de vaccinatiegraad bij mensen jonger dan 20 jaar. Wanneer het gebruik van het certificaat werd uitgebreid tot meer activiteiten bleef de vaccinatiegraad hoog in de jongste groep, maar werd ook een stijging waargenomen in de leeftijdsgroep van 30-49 jaar. Hieruit kan worden besloten dat het verplichte COVID-19-certificaat de vaccinatiegraad zou kunnen verhogen, maar bij de interpretatie en overdraagbaarheid van de bevindingen moet rekening worden gehouden met **de reeds bestaande niveaus van vaccinatie en aarzeling, met veranderingen in de criteria om ervoor in aanmerking te komen en met het verloop van de pandemie**.



Figuur: Dagelijkse nieuwe vaccinaties in Frankrijk, Israël en Italië voor en na de invoering van een verplicht COVID-19-certificaat voor verschillende activiteiten, vergeleken met een herwogen synthetische controlegroep. De gegevens zijn afkomstig van Our World in Data en Oxford COVID-19 Government Response Tracker. De gearceerde gebieden geven een BI van 95% weer op basis van een niet-parametrische bootstrap-procedure (1000 runs). De ononderbroken verticale lijn geeft de invoering van het COVID-19-certificaat aan en de onderbroken verticale lijn de interventie 20 dagen eerder (Mills en Rüttenauer, 2021).

In België (motivatiebarometer - 12 en 16 november 2021):

- **Motivatie en gedrag**: Een aanzienlijk deel van een grote steekproef[3] blijft vrijwillig gemotiveerd om de maatregelen te volgen, ook al gelden er nu minder maatregelen (bv. geen beperkingen bij privé-contacten) of zijn deze vrijblijvender (bv. aanbeveling van telewerken). Het verschil in motivatie tussen gevaccineerden en niet-gevaccineerden komt tot uiting in verschillen in de mate waarin men zich aan de maatregelen houdt. Tegelijkertijd blijkt dat niet-gevaccineerden zich vandaag meer houden aan de basismaatregelen (mondmaskerplicht, afstand houden, ontsmetting) dan in de zomermaanden. Bovendien is er onder hen ook veel motiverende steun voor telewerken, ventilatie en het volgen van quarantainemaatregelen.

- **Risicobewustzijn**: Er zijn verschillende redenen om bezorgd te zijn over het lot van de niet-gevaccineerden. Zij schatten het risico op besmetting – ondanks hun ongevaccineerde status – lager in. Bovendien zijn ze minder vatbaar voor de motiverende kracht van een dergelijke risicoperceptie. Hoewel niet-gevaccineerden niet blind zijn voor de risico's van een ernstige infectie, draagt het bewustzijn minder bij tot de motivatie om actie te ondernemen. Tegelijkertijd neemt het risicobewustzijn de laatste weken ook bij hen toe.

- **Evenementen met Covid Safe Ticket**: Gevaccineerden passen hun gedrag aan naargelang de omstandigheden. Zij beoordelen evenementen met een Covid Safe Ticket als minder riskant dan evenementen zonder Covid Safe Ticket, waardoor ze iets losser worden in de opvolging. Ze zullen dan meer handen schudden, knuffelen of kussen, maar ze blijven voorzichtiger dan niet-gevaccineerden. Deze laatsten zijn minder voorzichtig omdat ze de risico's op een ernstige infectie lager inschatten, ongeacht het gebruik van een Covid Safe Ticket.

- **Steun voor het Covid Safe Ticket en verplichte vaccinatie**: De meningen over het Covid Safe Ticket blijven verdeeld tussen gevaccineerden en niet-gevaccineerden. Hoewel de niet-gevaccineerden het Covid Safe Ticket sterk afwijzen, zijn ze meer bereid het gebruik ervan te aanvaarden als het de veiligheid verhoogt. De gevaccineerden vrezen steeds meer dat het Covid Safe Ticket tot spanningen kan leiden, maar erkennen ook steeds meer dat het geen onfeilbaar veiligheidsmiddel is. De steun voor verplichte vaccinatie bij +18-jarigen neemt licht toe onder de gevaccineerden.

- **Onzekerheid**: De groeiende onzekerheid vereist een duidelijk plan voor de winter. Dankzij een goede interpretatie van de huidige ontwikkeling van de situatie zullen mensen beter begrijpen wat er aan de hand is, waardoor ze de situatie gemakkelijker zullen aanvaarden.

- **Houding tegenover strengere maatregelen**: In het algemeen is de publieke opinie nog steeds (in vrij grote mate) voor allerlei strengere maatregelen, maar deze steun neemt af naarmate meer wordt ingegrepen in het privéleven van mensen en in het leven van kinderen vanaf 9 jaar.

- **Vaccinatiepas en coronapas**: Het is al bekend dat het aanvankelijk grote draagvlak voor het gebruik van de coronapas de afgelopen maanden is afgenomen (zie rapport 35, De Motivatiebarometer), maar het draagvlak voor de coronapas blijft redelijk groot en zeker

[3] Beschrijving van de steekproeven (uitgevoerd op drie meetpunten tussen 5 oktober en 8 november 2021: meetpunt 1 (5-11 oktober) = 4171; meetpunt 2 (25-30 oktober) = 5330; meetpunt 3 (1-8 november) = 3287 (blz. 3 rapport 35 voor uitvoerigere beschrijving). Beschrijving van de steekproeven (uitgevoerd op 15 en 16 november) = 2594 (blz. 3 rapport 36 voor uitvoerigere beschrijving).

breder dan voor de invoering van een strengere vaccinatiepas. Een analyse van de betekenis die aan beide passen wordt toegekend, werpt licht op dit punt. De vaccinatiepas wordt nog sterker als een polariserend instrument ervaren dan de coronapas, en meer als een middel om niet-gevaccineerden te dwingen zich te laten vaccineren. Een andere reden voor de beperkte steun voor de vaccinatiepas is waarschijnlijk dat de invoering ervan impliciet de waarde van de PCR-test afzwakt. Tot nu toe werd de PCR-test voorgesteld als een essentieel, veiligheidsbevorderend instrument.

CONCLUSIES

Voor zover wij weten, zijn er zeer weinig publicaties die de werkelijke doeltreffendheid van het gebruik van het CST op de vaccinatiegraad aantonen.

Het CST zou de vaccinatiegraad kunnen verhogen, maar bij de interpretatie en overdraagbaarheid van de bevindingen moet rekening worden gehouden met de reeds bestaande niveaus van vaccinatie en aarzeling, met veranderingen in de criteria om ervoor in aanmerking te komen en met het verloop van de pandemie.

Het CST leidde tot een toename van het aantal vaccinaties 20 dagen vóór de invoering, met een effect dat tot 40 dagen erna voortduurde. In landen waar de vaccinatiegraad vóór deze maatregel onder het gemiddelde lag, was de toename van het aantal dagelijkse vaccinaties groter **dan in landen waar de vaccinatiegraad reeds gemiddeld of hoger was (wat momenteel in België het geval is)**.

MAAR

Het CST wordt wellicht minder positief beoordeeld door sociaal-demografische groepen die in grote stedelijke gebieden wonen.

Het CST zou een potentiële weerslag kunnen hebben op de standaard vaccinatieprogramma's, vooral waar er een laag algemeen vertrouwen in vaccinaties bestaat.

Het CST kan ook leiden tot een vals gevoel van veiligheid, waardoor niet-farmaceutische maatregelen om de pandemie in te dammen, zoals sociale afstand bewaren, handhygiëne en het dragen van maskers, onverstandig achterwege worden gelaten of versoepeld.

*****

De HGR vindt het relevant om de meest optimale middelen te gebruiken om mensen ertoe aan te zetten zich te laten vaccineren (zoals wordt bevestigd door de schaal die door de *Nuffield Council on Bioethics* is vastgesteld).

De strategieën die bijvoorbeeld gericht zijn op het gebruik van andere risicobeperkende maatregelen (zoals het CST) om de vaccinatiegraad en de epidemiologische situatie effectief te verbeteren, moeten ook op transparante wijze worden gecommuniceerd. De doeltreffendheid van dergelijke risicobeperkende maatregelen moet worden beoordeeld aan de hand van de meest optimale indicatoren.

Het is weliswaar aanvaardbaar om middelen te gebruiken om mensen ertoe aan te zetten zich te laten vaccineren, maar de strategie **om deze middelen zodanig vorm te geven dat ze resulteren in een verborgen verplichting** wordt door de deskundigen van de HGR (zie punt 2.7) veel meer in vraag gesteld en minder gesteund.

Net als het BRCB en andere groepen van Belgische deskundigen is de HGR van mening dat verplichte vaccinatie, als deze noodzakelijk blijkt en de autoriteiten eraan vasthouden, een beslissing moet zijn die op transparante wijze door de autoriteiten wordt gecommuniceerd.

*****

Het gebruik van een CST in België, vooral tijdens de piek van de epidemie, sluit niet automatisch de invoering van een verplichte vaccinatie tegen COVID-19 uit.

2.2. Acceptatie van verplichte vaccinatie in het algemeen

Ondanks de groeiende weerklank van antivaccinatiebewegingen, en volgens de in een systematisch overzicht beoordeelde studies (2018; vooral Europese – 12 studies – en Noord-Amerikaanse – 10 studies), **lijkt de meerderheid van de bevolking voorstander te zijn van verplichte vaccinatie**. De houdingen verschilden echter in de verschillende studies naargelang het land, de context, de ziekte en de betrokken groepen (zorgverleners, kinderen enz.).

In Italië was volgens twee studies de meerderheid van het personeel in de gezondheidszorg en van de artsen van mening dat de verplichte vaccinatie moet worden gehandhaafd. Onder de tegenstanders waren de meest voorkomende meningen dat het weigeren van kindervaccinatie een ouderlijk recht is en dat het publiek zich voldoende bewust is van het belang van vaccinatie om de verplichting te laten vallen, hetgeen suggereert dat verplichte vaccinatie kan worden gezien als een verouderd beleid dat zijn doel heeft gediend en niet langer nodig is. **Uit een Franse studie bleek dat slechts 42% van de huisartsen en kinderartsen voorstander was van verplichte vaccinatie, terwijl in dezelfde studie 56,5% van de bevolking voorstander was van verplichte vaccinatie. De auteurs van deze studie suggereerden dat de verplichte vaccinatie de voorlichting van patiënten en de dialoog met de professionals in de gezondheidszorg mogelijk niet bevordert**. De mening van de zorgverleners over verplichte vaccinatie is cruciaal, vooral omdat studies hebben aangetoond dat ouders en patiënten op hen vertrouwen als hun belangrijkste bron van informatie over vaccinatie, en de houding van artsen een bepalende factor lijkt te zijn bij het overtuigen van patiënten: een van de belangrijkste redenen die ouders opgeven voor het weigeren van vaccins voor hun kinderen is dat hun huisarts het hen niet heeft aangeboden (Gualano et al., 2019).

2.3. Doeltreffendheid van verplichte vaccinatie voor zorgverleners in het algemeen

In de Verenigde Staten lijkt het Virginia Mason Medical Center in Seattle, Washington, de eerste instelling te zijn geweest die vanaf 2005 een griepvaccinatie als voorwaarde stelde voor alle zorgverleners, waarbij een percentage van 98% werd bereikt. **Latere verplichte programma's in de Verenigde Staten hebben de vaccinatiegraad voor griep doen stijgen van 71% in 2007 tot 98% in 2008 en van 69% in 2009 tot 96% in 2010**. Dit beleid stuitte in de Verenigde Staten soms op hevig verzet van individuele hulpverleners en hun verenigingen, en de veelbelovende resultaten zijn wellicht niet gemakkelijk te herhalen in alle omgevingen of in alle Europese landen.

In de Verenigde Staten zijn er gevallen gemeld van ontslagen of ontslagnemende zorgverleners, met percentages van 0,02% tot 0,15% (Kitt et al., 2021), maar niet in Europa. Zelfs in Europese landen met een beleid van verplichte vaccinatie wordt dit beleid in

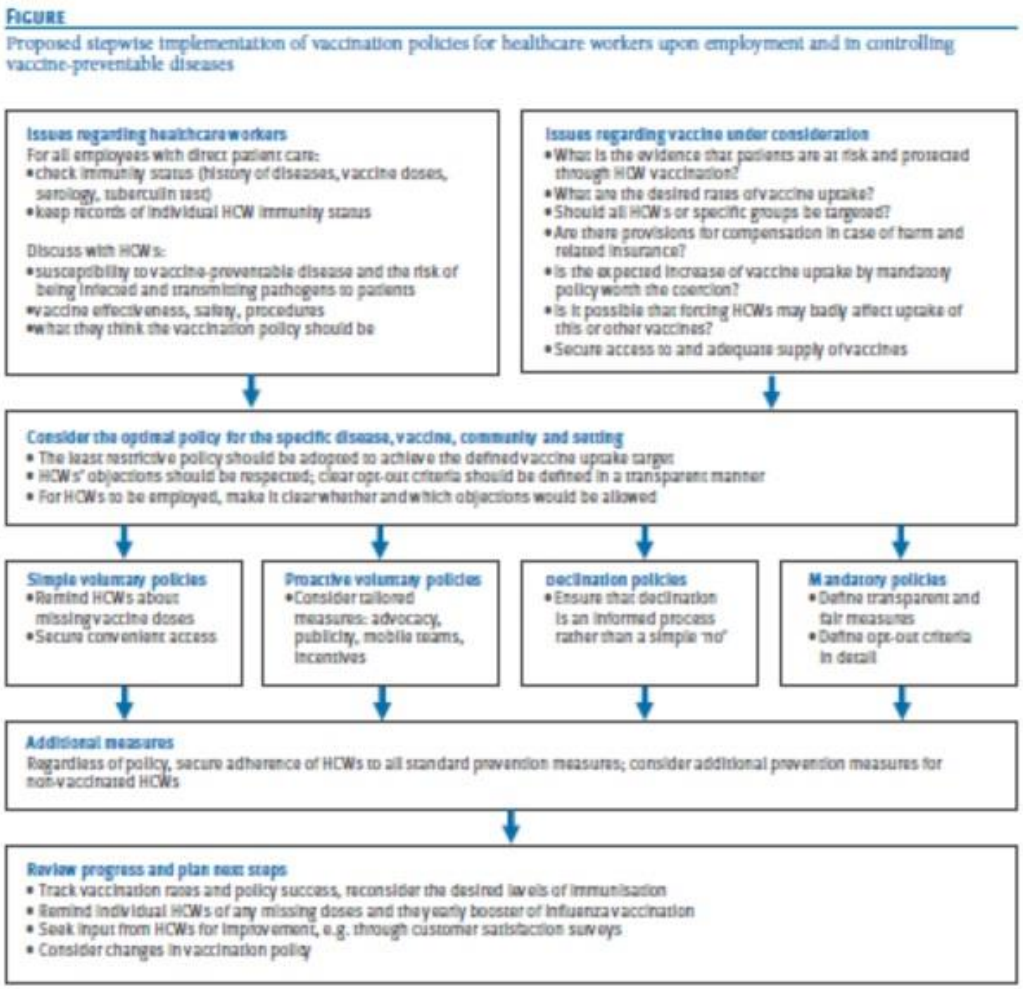
de praktijk niet altijd volledig uitgevoerd; het is niet zeker of zorgverleners ooit boetes hebben betaald voor het niet naleven van de regels.

Galanakis et al. (2013) concluderen dat er een morele verplichting bestaat voor zorgverleners om immuun te zijn en voor zorginstellingen om te zorgen voor de vaccinatie van de zorgverleners, in het bijzonder voor degenen die werken in omgevingen met risicopatiënten. Indien de vrijwillige vaccinatie van de zorgverleners niet optimaal is, moeten het welzijn van de patiënten, de volksgezondheid en ook de eigen gezondheidsbelangen van de zorgverlener zwaarder wegen dan de bezorgdheid over individuele autonomie: een redelijk beleid van verplichte vaccinatie voor zorgverleners zou aanvaardbaar kunnen zijn. Verschillen in ziekten, risicogroepen van patiënten en zorgverleners en beschikbare vaccins moeten in aanmerking worden genomen bij de vaststelling van het optimale beleid. In de volgende tabel worden de praktische argumenten en de stapsgewijze uitvoering samengevat:

TABLE 1

Practical arguments for and against mandatory vaccination for healthcare workers as a means to protect patients' health

Argument	For mandatory vaccination	Against mandatory vaccination
Effectiveness	Although protection is difficult to study in all settings, reason and existing data support benefit for patients through HCW vaccination.	Solid evidence for patients' benefit is missing, as are risk assessments for specific groups of HCWs, settings and diseases.
Necessity	Experience has shown well that only mandatory vaccination can achieve high vaccination rates.	Voluntary vaccine uptake rates among HCWs may not be high enough, but are not negligible and may become even higher without a need for mandates. It is questionable whether any increase by coercion would be worth the cost of conflict. Regardless of HCW vaccination, patients will continue to be exposed.
False sense of security	Over-stressing vaccination does not devalue other preventive measures. HCWs should adhere to all appropriate preventive measures.	Over-stressing mandatory vaccination might create a false sense of security and divert focus from other important preventive measures, e.g. hygiene, standard precautions or other interventions [12,23]. Studies to test this hypothesis have not been performed to date [26].
Administrative issues	Mandatory uptake facilitates a fair, simple and uniform policy of HCW vaccination.	Voluntary vaccination policies are closer to the principle of subsidiarity than authoritarian mandates.
Cost	Educational programmes to promote voluntary vaccination are costly and have not worked. Simple mandatory policies cost less.	Resources for enforcement and debate may be better devoted to educational programmes.
Coercion	Rules in healthcare settings are common and need not to be seen as coercion.	Enforcement and penalties may have a long-term detrimental effect on the employer–employee relationship, devalue HCWs who are allies in the promotion of vaccination and ultimately undermine uptake of the vaccine under consideration or of other vaccines [7,32]. HCWs declining vaccination have the right to expect that their opinion will be respected rather than being faced with infringement of the equal opportunity to work, and the challenge would be in convincing rather than forcing them [1,8]. Furthermore, use of coercion in HCW vaccination might suggest that HCWs are reluctant to be vaccinated themselves and might thus strengthen the arguments of vaccine sceptics.
Civil liberties	HCWs have a specific mission and obligations towards the common good.	Compulsory vaccination violates civil liberties.
Potential harm	Considerable side effects from vaccines are extremely rare.	Any harm from the vaccination is difficult to justify with mandatory policies and considerable insurance issues may emerge.



In Europa werden er antwoorden ontvangen voor het hepatitis B-virus (HBV) uit 21 landen (waaronder 19 EU-lidstaten), die 78% van de bevolking en 60% van de zorgverleners in de EU-28 vertegenwoordigen. De vaccinatie tegen hepatitis B was verplicht voor medisch en verplegend personeel in 10 landen; voor ander paramedisch personeel en studenten geneeskunde en verpleegkunde in 9 landen; voor paramedische studenten in 8 landen; voor schoonmaakpersoneel in 7 landen; en voor technisch personeel in 5 landen; in alle andere landen, op één na, werd ze aanbevolen. In 18 landen was er een beleid voor mensen bij wie het vaccin niet werkt. De vaccinatiegraad voor HBV (5 landen) bedroeg 70-95%. In 13 landen werden verwondingen door scherpe instrumenten gemeld, in 7 daarvan in het hele land; de respondenten maakten geen melding van meldingen op Europees niveau. **Uit deze resultaten blijkt hoe verschillend de tenuitvoerlegging van de EU-wetgeving in de deelnemende landen is. Meer overleg tussen actoren op EU-niveau, met inbegrip van het versterken van het medisch toezicht in de bedrijfsgeneeskunde, zou kunnen helpen om het beleid in de Europese landen te optimaliseren om de overdracht van HBV op zorgverleners verder terug te dringen** (De Schryver et al., 2020).

Dubov en Phung (2015) suggereren dat een succesvolle strategie voor beleidsmakers en anderen die hopen de vaccinatiegraad te verhogen, **is om een "keuzearchitectuur" te ontwerpen die het gedrag van zorgverleners beïnvloedt zonder andere opties uit te sluiten**. Middelen om mensen ertoe aan te zetten zich te laten vaccineren, dragen bij tot de vaccinatiegraad en helpen om de acties op korte termijn af te stemmen op de intentie tot vaccinatie. Zoals in het verleden is gebleken, moet er worden gestreefd naar hoge

vaccinatiepercentages om groepsimmuniteit te bereiken. Verplichte vaccinatie heeft bewezen te werken en tot een hogere vaccinatiegraad te leiden, maar veroorzaakt een verstoring van de medische ethiek voor zorgverleners. **De verplichte vaccinatie kan op een positieve manier worden afgedwongen met behulp van stimuleringsstrategieën die worden overgenomen uit gedragseconomisch onderzoek**.

Table 1
Cognitive biases involved in vaccination decision-making and potential nudges that may alleviate their effect.

Cognitive bias	Definition	Effect on vaccination decisions	Potential nudges
Omission bias	The tendency to prefer a potentially harmful inaction (omission) to a potentially less harmful act	Higher risk of catching a disease is preferable to suffering from vaccine side effects. Willingness to suffer longer from symptoms of a disease rather than the side effects of a vaccine	Pre-commitment devices (writing down date and time of the vaccination appointment)
Ambiguity aversion	The tendency to prefer a known risk (continue without treatment) to unknown risk (a confusing treatment)	Foregoing vaccination when the safety information appears to be inconsistent	Social norms
Present bias	The tendency to place more weight on costs and benefits today, and less weight on those realized in the future	The inconveniences of vaccination experienced in the present outweigh the benefits of future protection	Financial incentives, tax incentives
Availability bias	The tendency to judge occurrence of side effects as likely or frequent if it is easy to imagine or recall	The more vivid information about vaccine side-effects clouds the factual information about vaccine benefits	Vaccination message framing
Optimism bias	The tendency to be more optimistic about a particular health risk, believing it is greater for other people than for themselves	Chances of getting a disease are higher for other people than for oneself, therefore no felt urgency to vaccinate	Pre-commitment devices (writing down date and time of the vaccination appointment)
Naturalness bias	The tendency to prefer natural products or substances even when they are identical or worse than synthetic alternatives	Declination of synthetic treatments and belief in the natural immunity of the body	Emotional prompting
Protected values	Values absolutely held and not amenable to tradeoffs	Vaccinations are wrong	Nudges may backfire

Met betrekking tot zorgverleners bestaat er een brede consensus onder Europese deskundigen dat een verplichte gerichte vaccinatie het risico van infectie en overdracht van door vaccinatie te voorkomen ziekten binnen de gezondheidszorg zou minimaliseren. **Over het algemeen lijkt de steun voor een beleid van verplichte vaccinatie toe te nemen na de implementatie ervan, hoewel er andere strategieën moeten worden toegepast om de houding en de acceptatie onder hulpverleners te verbeteren, zoals het verbeteren van de opleiding van het personeel en het leveren van bewijs voor de werkzaamheid, voordelen en veiligheid van vaccins** (Gualano et al., 2019).

Gur-Arie et al. (2021) zeggen dat: "Het verplichten van COVID-19-vaccinatie voor zorgpersoneel zou de vaccinatiegraad kunnen maximaliseren, **maar houdt het risico in dat de vertrouwensbreuken tussen het zorgpersoneel en hun instellingen verergeren**. De ethische argumenten voor het verplichten van COVID-19-vaccinatie voor zorgpersoneel zijn gebaseerd op hun plichten om "geen schade te berokkenen" en om voor patiënten te zorgen, maar de vervulling van deze plichten vereist een veilige werkomgeving." **Zij pleiten voor een beleid dat erop gericht is het vertrouwen van het zorgpersoneel in de gezondheidszorgsystemen te versterken door de bezorgdheid van het zorgpersoneel aan te pakken, met inbegrip van de institutionele factoren die hen tijdens de COVID-19-pandemie aan besmettingsgevaar hebben blootgesteld, alvorens een verplichte COVID-19-vaccinatie te overwegen**.

2.4. Meningen over verplichte COVID-19-vaccinatie voor zorgverleners

Naarmate de volledige goedkeuring van de SARS-CoV-2-vaccins dichterbij komt en de gegevens over hun uitstekende doeltreffendheid tegen zowel symptomatische als asymptomatische COVID-19-infectie bekend worden, wordt het duidelijker of een SARS-CoV-2-vaccinatiebeleid voor zorgverleners als arbeidsvoorwaarde moet worden ingevoerd.

Zorgverleners zouden besmettelijke ziekten zoals mazelen en griep niet onopzettelijk mogen verspreiden onder hun patiënten en andere zorgverleners. De tijd is gekomen om COVID-19 aan die lijst toe te voegen (Talbot, 2021).

Er komt een moment waarop een beslissing moet worden genomen, ook als de beschikbare informatie niet perfect of volledig is. Dat moment is nu. Net als de werknemers in verzorgingstehuizen en hun collega's in veel Europese landen, zou volgens Sokol het personeel in de gezondheidszorg in het Verenigd Koninkrijk, tenzij ze zijn vrijgesteld, verplicht moeten worden gevaccineerd tegen COVID-19 om het leven en de gezondheid van degenen die ze behandelen te beschermen (Sokol, 2021).

Gagneux-Brunon et al. (2021) zijn van mening dat aan de voorwaarden is voldaan om een verplicht COVID-19-vaccin voor zorgpersoneel aan te bevelen volgens het kader van de Franse hoge autoriteit voor gezondheid HCSP (*Haut Conseil de Santé Publique*). Aan ethische kwesties zoals autonomie is echter nog niet voldaan. Interventies om zorgverleners te helpen een op feiten gebaseerde beslissing te nemen, moeten voorrang krijgen en moeten gericht zijn op de problemen van alle beroepscategorieën van zorgverleners. Daarnaast kunnen stimuleringsmaatregelen ook bijdragen tot een grotere vaccinatiegraad in zorginstellingen. In plaats van een verplichte COVID-19-vaccinatie voor alle zorgverleners zou het vaccin alleen verplicht kunnen worden gesteld voor zorgverleners die in direct contact staan met kwetsbare patiënten voor wie er bewijs is van de suboptimale effectiviteit van de COVID-19-vaccins. Hiertoe zouden ontvangers van transplantaties van vaste organen, ontvangers van beenmergtransplantaties en patiënten met actieve maligniteiten zoals beschreven in de cocooningstrategie behoren. In elk geval moet een beleid van verplichte vaccinatie gepaard gaan met een adequate opleiding van alle categorieën van zorgverleners, gericht op het bespreken van alle bezorgdheden, met een grondige en transparante evaluatie van de doeltreffendheid en de veiligheid, en met een uitvoerige en betrouwbare communicatie over het effect ervan (Gagneux-Brunon et al., 2021).

Tot slot zijn sommige deskundigen tegen elke vorm van verplichte COVID-19-vaccinatie, zelfs voor zorgverleners (Khunti et al., 2021; Osbourne en Clark, 2021; Hayes en Pollock, 2021).

CONCLUSIES

In het kader van COVID-19 wordt het standpunt van verplichte vaccinatie voor zorgverleners gesteund door het BRCB en de HGR (CSS 9671, 2021; BRCB 75, 2020).

2.5. Doeltreffendheid van verplichte vaccinatie voor kinderen in het algemeen

Deze gegevens houden geen verband met de COVID-19-context.

Vanderslott en Marks (2021) presenteren een uitgebreide en bijwerkbare gegevensbank van het beleid van verplichte vaccinatie voor kinderen wereldwijd, die 149 landen omvat. De lijst geeft aan of een land een beleid van verplichte vaccinatie heeft en de graad van verplichting op een schaal van drie niveaus: verplicht, verplicht voor toegang tot de school of aanbevolen. Uit hun bevindingen blijkt dat het vaccinatiebeleid in de verschillende landen varieert en dat het vaccinatiebeleid en de vaccinatiepraktijk uiteenlopen. Zij constateren, met name voor landen met hoge inkomens, **dat het optreden van recente uitbraken een belangrijke factor is voor de invoering van verplichte vaccinatie**. Ook hebben veel landen met een laag of gemiddeld inkomen hun toevlucht genomen tot een beleid van verplichte vaccinatie bij **gebrek**

aan andere beleidsopties, maar toch zijn de vaccinatiepercentages nog steeds lager dan de nagestreefde percentages als gevolg van problemen met de levering van en toegang tot vaccins.

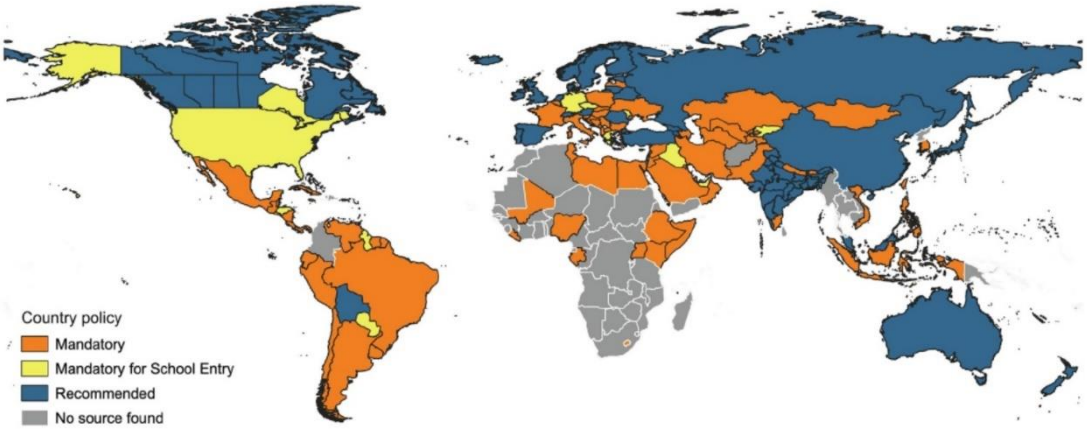


Fig. 1. Map of mandatory childhood vaccination worldwide (created with QGIS version 3.10 [74], QGIS.org, 2021 [51]).

De bewijzen van het positieve effect van verplichte vaccinatie en handhaving komen vooral uit de VS. In één systematisch overzicht werd gesuggereerd dat **de invoering of verbeterde handhaving van de verplichte vaccinatie voor toegang tot de basis- of middenschool de vaccinatiegraad verhoogt** in de groep waarop de verplichting van toepassing is, zowel op korte termijn als na verloop van tijd (Lee et al., 2016).

Moeilijkheden met de handhaving van vaccins en een sterke oppositie tegen verplichte vaccinatie zijn gebruikelijk in Europa en hebben bijvoorbeeld geleid tot de afschaffing van de verplichte vaccinatie in 1948 in Engeland, waar deze was ingevoerd met de pokkenvaccinatiewet in 1853. **Daardoor is er weinig informatie beschikbaar over het effect van verplichte vaccinatie in Europa**. Uit een door de EU gefinancierd project bleek dat landen die een beleid van aanbeveling en landen die een beleid van verplichte vaccinatie voeren, vergelijkbare vaccinatiepercentages bereikten, wat erop zou wijzen dat verplichte vaccinatie niet bepalend is voor de vaccinatiegraad (http://www.assetscienceinsociety.eu/reports/page1.html). De gegevens waren echter waarschijnlijk beïnvloed door "ecologische fouten". Eenvoudige vergelijkingen van de vaccinatiegraad tussen verschillende landen kunnen immers worden beïnvloed door een reeks verstorende factoren, zoals het niveau van gezondheidsgeletterdheid onder de bevolking of de efficiëntie van het vaccinatiesysteem van het land (Rezza, 2019).

Europese landen bevelen verplichte vaccinatie aan of overwegen deze. Onder hen hebben elf landen (35,4%) verplichte vaccinaties voor ten minste één van de vaccins tegen difterie, tetanus, kinkhoest, hepatitis B, poliovirus, Haemophilus influenzae B, mazelen, bof, rodehond en waterpokken voor kinderen (Bozzola et al., 2018).

Table 1 Information on policies of mandatory or recommended vaccinations of the European Countries

Country	Dhyptheria	Tetanus	Pertussis	Hepatitis B	HiB	Poliovirus	Measles	Mumbs	Rubella	Varicella
Austria	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
Belgium	R	R	R	R	R	Ma	R	R	R	R*
Bulgaria	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Nr
Croatia	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Nr
Cipro	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
Czech Republic	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	R
Denmark	R	R	R	R*	R	R	R	R	R	Nr
Estonia	R	R	R	R	R	R	R	R	R	Nr
Finland	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
France	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Nr
Germany	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
Greece	Ma	Ma	Ma	Ma	R	R	R	R	R	R
Hungary	Ma	R*	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Nr
Iceland	R	R	R	Nr	R	R	R	R	R	Nr
Ireland	R	R	R	R	R	R	R	R	R	Nr
Italy	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma
Latvia	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma
Lichteinstein	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
Lituania	R	R	R	R	R	R	R	R	R	Nr
Luxemburg	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
Malta	R	R	R	R	R	R	R	R	R	Nr
Netherlands	R	R	R	R	R	R	R	R	R	Nr
Norvegia	R	R	R	R	R	R	R	R	R	Nr
Poland	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	R*
Portugal	R	R	R	R	R	R	R	R	R	Nr
Romania	R	R	R	R	R	R	R	R	R	Nr
Slovakia	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Ma	Nr
Slovenia	R	R	R	R	R	R	R	R	R	Nr
Spain	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
Sweden	R	R	R	R	R	R	R	R	R	Nr
UK	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R*

Ma Mandatory, *R* Recommanded, *Nr* Not recommended
R* recommanded for specific groups only

De houding van de ouders ten opzichte van de verplichte vaccinaties verschilde naargelang de studie, **waarbij de steun voor verschillende vaccinatieprogramma's uiteenliep van 53% tot 97%**. De weerstand was groter voor het vaccin tegen het humaan papillomavirus (HPV): het percentage van instemming met een verplichte HPV-vaccinatie varieerde van 27% tot 63,5%. Verschillende studies hebben de perceptie van ouders over het HPV-vaccin geanalyseerd en geconcludeerd dat ouders het HPV-vaccin eerder weigeren dan elke andere vaccinatie van adolescenten. Naast andere factoren die de aarzeling van ouders om te vaccineren bepalen, was een veelgehoord argument tegen verplichte HPV-vaccinatie de overweging dat HPV niet overdraagbaar is door gewoon sociaal contact. Bovendien bleek uit verschillende studies dat de kennis over HPV-vaccinatie beperkt is. Hogere percentages van instemming werden gevonden bij het beoordelen van de houding van jongvolwassenen ten opzichte van HPV-vaccinatie (van 35,7% in Hongarije tot 82,2% in Maleisië), hoewel in de studie van Tyrell et al. de meeste meisjes die tegen verplichte vaccinatie waren aangaven dat de informatie beperkt was (Gualano et al., 2019).

Wat betreft de vaccinatiegraad in Italië sinds de invoering van de verplichte vaccinatie voor kinderen (nieuwe wet die het aantal verplichte vaccins uitbreidde van 4 naar 10 en de in juli 2017 ingevoerde dwangmaatregelen versterkte), zijn onlangs bemoedigende resultaten gemeld. **Van juni tot oktober 2017 is een stijging van 1% waargenomen voor het hexavalente vaccin (tegen tetanus, difterie, kinkhoest, Haemophilus influenza B, hepatitis B en poliovirus) en van 2,9% voor het vaccin tegen mazelen, bof en rubella (MBR)** (Bozzola et al., 2018).

De nieuwe Italiaanse wet leverde onmiddellijk veelbelovende resultaten op, met een stijging van de vaccinatiegraad met respectievelijk 1,2% en 4,4% voor het hexavalente en het MBR-vaccin. Deze trend zette zich door in 2018. **Interessant is dat de vaccinatiegraad ook is gestegen voor de vaccins die enkel worden aanbevolen, zoals het vaccin tegen pneumokokken en het vaccin tegen meningokokken C**. Na verloop van tijd is ook een stijging van de vaccinatiegraad op 36 maanden en op 5 jaar vastgesteld. Of, en in welke mate, dit ook te wijten was aan andere factoren, zoals het publieke debat over vaccins dat in de media werd gevoerd en/of de toegenomen risicoperceptie als gevolg van de epidemiegolf van mazelen, kan niet worden gekwantificeerd en blijft onzeker. Hoewel het niet mogelijk is de rol van andere factoren die tot het positieve resultaat hebben bijgedragen te isoleren, lijken verplichte vaccinaties, in overeenstemming met de resultaten van studies in de VS, succesvol te zijn in het verhogen van de vaccinatiegraad in Italië. **De duurzaamheid op lange termijn van het effect van verplichte vaccinatie en de mogelijke negatieve effecten van de dwangmaatregelen moeten worden geëvalueerd om wetenschappelijk bewijs te genereren in het domein van de volksgezondheid** (Rezza, 2019).

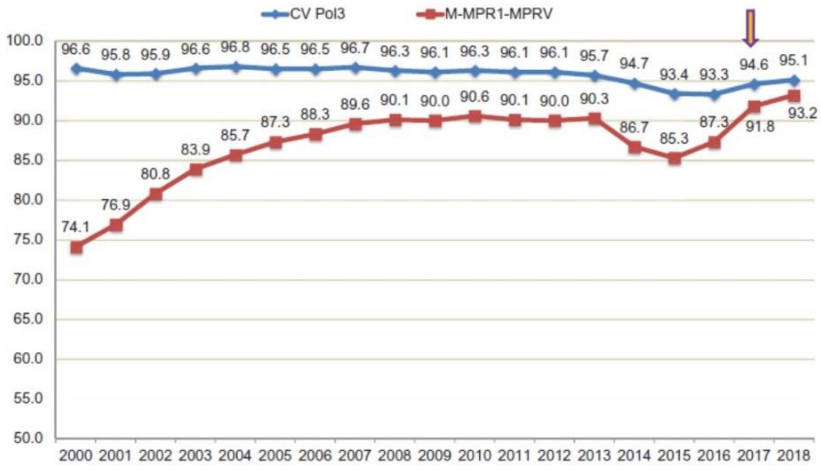


Figure 2. Long-term trend of vaccination coverage in Italy (Polio is used as a proxy of the hexavalent vaccine, and measles for the trivalent vaccine): 2000–2018 (Source: Italian ministry of health).



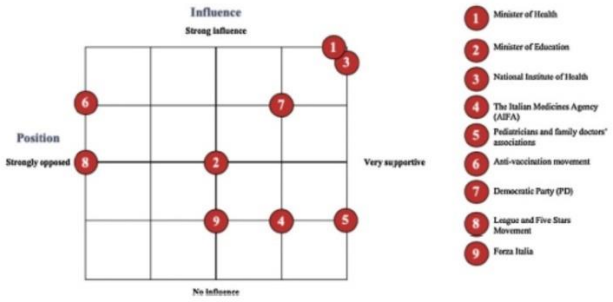
Figure 3. Proportional changes in vaccine coverage (2a: polio, and 2b: measles) in Italy, 2011–2018 (Source: Italian ministry of health).

De verplichte vaccinatie lijkt positieve effecten te hebben in landen met een dalende vaccinatiegraad, zoals Italië. De gegevens moeten echter met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd, aangezien het moeilijk is het effect van andere factoren, zoals uitbraken van mazelen en media-aandacht, te isoleren. Uiteraard is dit geen universeel "wondermiddel" en moet bij de beslissing om dwangstrategieën toe te passen, rekening worden gehouden met de specifieke geografische en culturele context, waarin andere proactieve maatregelen nuttig kunnen zijn als alternatieve opties. **Het zou ideaal zijn om een hoge vaccinatiegraad te handhaven zonder verplichting, maar deze kan noodzakelijk worden wanneer een lage gezondheidsgeletterdheid, een hoog percentage van mensen die aarzelend tegenover vaccins staan en een grote mediadruk van de minderheid die tegen vaccinatie is, de gezondheid van de gemeenschap bedreigen. In ieder geval mag de aanpak niet ideologisch zijn en moeten de resultaten wetenschappelijk worden geëvalueerd om de effecten van de interventie aan te tonen** (Rezza, 2019; Casula en Toth, 2020).

Table 1
Vaccination coverage (2010-2019) - Vaccination on the 24th month.

	Mandatory vs. not mandatory before decree law no. 73/2017	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
diphtheria	Mandatory	96.4	96.3	96.2	95.7	94.7	93.3	93.6	94.6	95.1	95.0
tetanus	Mandatory	96.4	96.3	96.2	95.8	94.8	93.6	93.7	94.7	95.1	95.0
pertussis	Not mandatory	96.4	96.3	96.2	95.7	94.6	93.3	93.6	94.6	95.1	95.0
poliomyelitis	Mandatory	96.3	96.1	96.2	95.7	94.7	93.4	93.3	94.6	95.1	95.0
hepatitis B	Mandatory	95.8	96	96	95.6	94.6	93.2	93	94.4	94.9	94.9
Haemophilus influenzae type B (Hib)	Not mandatory	94.6	95.6	94.8	94.9	94.3	93	93.1	94.3	94.3	94.9
measles	Not mandatory	90.6	90.1	90	90.3	86.7	85.3	87.3	91.8	93.2	94.5
mumps	Not mandatory	90.6	90.1	90	90.3	86.7	85.2	87.2	91.8	93.2	94.4
rubella	Not mandatory	90.6	90.1	90	90.3	86.7	85.2	87.2	91.8	93.2	94.5
chickenpox	Not mandatory	n.a.	n.a.	n.a.	30.7	36.6	33.2	46.1	45.6	74.2	90.5

Source: EpiCentro (2020)



Graph 1. Positions of stakeholders and influence at a glance.

In Frankrijk bestonden er tot 2017 drie verplichte vaccins (tegen difterie, tetanus en poliomyelitis) naast acht aanbevolen vaccins (tegen MBR, kinkhoest, Streptococcus pneumoniae, hepatitis B (HepB), Neisseria meningiditis groep C (MenC) en Haemophilus influenza (Hib)) voor de routinematige vaccinatie van kinderen. **Misvattingen bij de bevolking, namelijk dat niet-verplichte vaccins minder waardevol, facultatief of niet zo veilig en doeltreffend zijn als de verplichte, hebben echter geleid tot een ontoereikende en stagnerende vaccinatiegraad voor de aanbevolen vaccins.** Deze groeiende aarzeling om te vaccineren, evenals grote uitbraken en sterfgevallen als gevolg van mazelen, leidde tot een wijziging in het Franse beleid om de verplichting uit te breiden tot alle 11 kindervaccins (Lévy-Bruhl et al., 2018).

In Europa hing verplichte vaccinatie samen met een 3,71 (95% BI: 1,68 tot 5,74) procentpunt hogere prevalentie van mazelenvaccinatie en een 2,14 (95% BI: 0,13 tot 4,15) procentpunt hogere prevalentie van kinkhoestvaccinatie in vergelijking met landen die geen verplichte vaccinatie kenden. Verplichte vaccinatie werd alleen geassocieerd met een lagere incidentie van mazelen in landen zonder niet-medische vrijstellingen (aangepaste incidentieratio = 0,14; 95% BI: 0,05 tot 0,36). Er werd geen significant verband gevonden tussen verplichte vaccinatie en de incidentie van kinkhoest. Verplichte vaccinatie en de hoogte van de boetes

werden in verband gebracht met een hogere vaccinatiegraad. Bovendien werd verplichte vaccinatie geassocieerd met een lagere incidentie van mazelen in landen met verplichte vaccinatie zonder niet-medische vrijstellingen (Vaz et al., 2020).

De conclusie voor Europa is dat verplichte vaccinatie niet volgens een uniforme procedure kan worden ingevoerd en wellicht niet voor alle landen een oplossing is vanwege de verschillende doelgroepen met verschillende leeftijden en sociale, culturele, psychologische en educatieve achtergronden binnen de bevolkingen. Tijdens aanhoudende grote uitbraken kan het echter nodig zijn de verspreiding van de ziekte tijdelijk te beheersen via vaccinatieverplichtingen voor kinderen en groepen met een hoge blootstelling in onderwijs- en gezondheidszorginstellingen, teneinde de lacunes in de vaccinatie te dichten en de overdracht een halt toe te roepen. Aangezien er in verscheidene Europese landen lacunes bestaan in de vaccinatie van adolescenten en jongvolwassenen, is de invoering van verplichte vaccinaties in het kader van het vaccinatieprogramma voor baby's/kinderen wellicht niet geschikt om de lacunes in de vaccinatie in deze leeftijdsgroepen onmiddellijk te dichten. Daarom zijn aanvullende vaccinatie-activiteiten dringend nodig om de dekkingsgraad in deze leeftijdsgroepen te verhogen. Het is belangrijk dat deze strategieën vergezeld gaan van verdediging, vertrouwenwekkende communicatie of elektronische vaccinatieregisters/oproepsystemen (Holzmann en Wiedermann, 2019).

Attwell et al. (2019) stelden vast dat er van de 62 door hen geïdentificeerde landen met een beleid van verplichte vaccinatie voor kinderen, **slechts 7 (11%) ook schadevergoedingen ongeacht de verantwoordelijkheid hadden ingevoerd**. Schadevergoedingen ongeacht de verantwoordelijkheid zijn een van de manieren waarop overheden de onbedoelde gevolgen van vaccinatie aanpakken. Er zijn maar weinig landen die dergelijke regelingen hebben ingevoerd, zelfs bij een beleid van verplichte vaccinatie. **Verplichte vaccinatie roept een sterke behoefte op om diegenen te beschermen die het slachtoffer worden van uiterst zeldzame gevallen van aantoonbare vaccinatieschade zonder verantwoordelijkheid**. Landen die vaccinatie voor kinderen verplicht stellen zonder te voorzien in een schadevergoeding ongeacht de verantwoordelijkheid, zouden kunnen worden geacht het sociaal contract te verbreken. Dit is vooral belangrijk wanneer het overheidsbeleid de keuze van ouders om al dan niet te vaccineren beperkt (Attwell et al., 2019).

Gravagna et al. (2020) voerden een uitgebreide beoordeling uit van het nationale beleid inzake verplichte vaccinatie in verschillende landen en identificeerden een brede waaier aan sancties om de naleving te bevorderen. **Uit hun resultaten blijkt dat de toepassing van sancties wegens niet-naleving kritisch moet worden geëvalueerd om de doeltreffendheid ervan te bepalen en goede praktijken vast te stellen om wereldwijd een hoge vaccinatiegraad te handhaven**. Van de 193 onderzochte landen werd er in december 2018 in 54% (n = 105) een nationale verplichting vastgesteld. De frequentie, soort en zwaarte van de sancties liepen in alle regio's sterk uiteen. We stelden vast dat 59% (n = 62) van de landen met een nationale verplichting ten minste één sanctie hadden voor niet-naleving van een vaccinverplichting. Onderwijssancties (d.w.z. het beperken van de toegang van een kind tot de school of van het verder naar school gaan) kwamen het meest voor (69%; n = 43), waarbij de meeste landen met onderwijssancties de inschrijving op school weigerden totdat aan de vaccinatievoorschriften was voldaan (81%; n = 35).

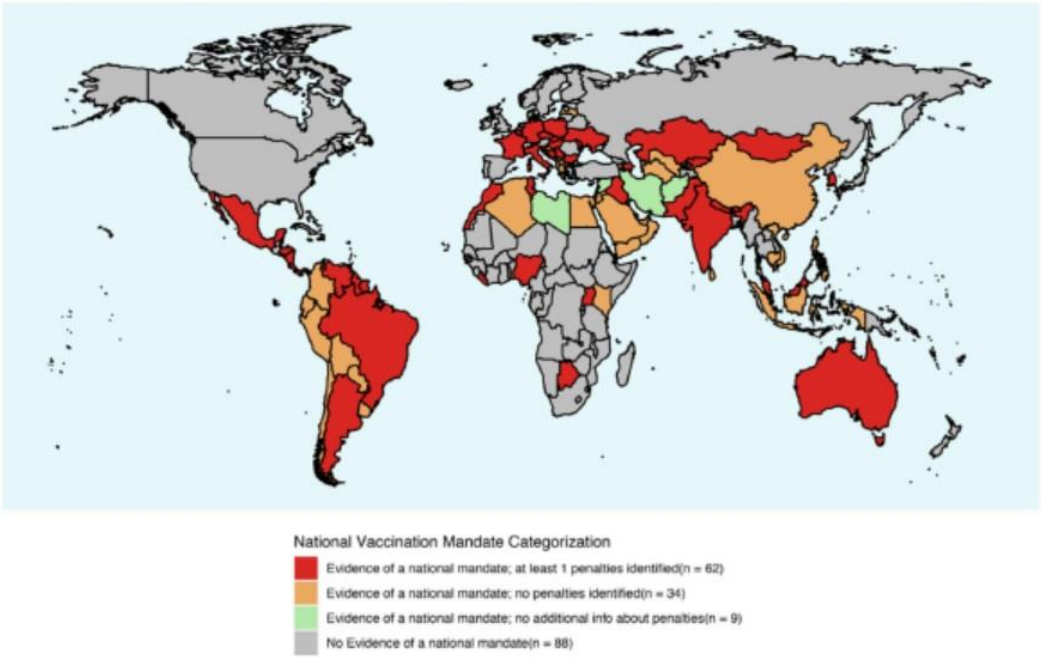


Fig. 3.
Distribution of national mandatory vaccination policies globally, further categorized based on whether evidence was obtained that the policy includes penalties for non-compliance.

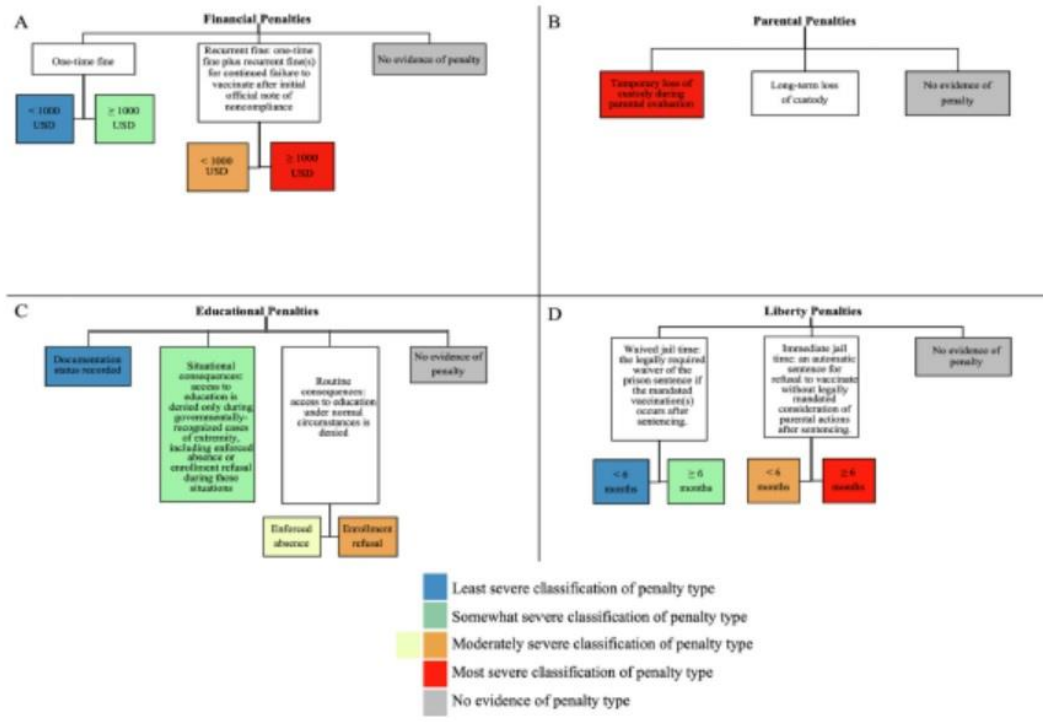


Fig. 2.
Classification scheme used in this global analysis of national mandatory vaccination policies to categorize the severity of each penalty type for: (a) financial penalties; (b) parental penalties; (c) educational penalties; (d) liberty penalties.

2.6. Verplichte COVID-19-vaccinatie (voornamelijk gegevens en opinies met betrekking tot volwassenen)

Ter informatie: de landen die COVID-19-vaccins al "verplicht" stellen (of dit bespreken) voor alle volwassenen, overheidsambtenaren, werknemers in de openbare en de particuliere sector, gezondheidswerkers, andere werknemers, kinderen, bejaarden of toegang tot openbare gelegenheden enz. worden door Reuters gecompileerd (31/12/2021): https://www.reuters.com/business/healthcare-pharmaceuticals/countries-making-covid-19-vaccines-mandatory-2021-08-16/

*****

In Duitsland (juni 2020) tonen Graeber et al. (2021) aan dat ongeveer 70% van de volwassenen zich vrijwillig tegen het coronavirus zou laten vaccineren als er een vaccin zonder bijwerkingen beschikbaar zou zijn. Ongeveer de helft van de Duitse bevolking is voor en de helft is tegen een beleid van verplichte vaccinatie. De instemming met verplichte vaccinatie is aanzienlijk groter bij degenen die zich vrijwillig zouden laten vaccineren (ongeveer 60%) dan bij degenen die zich niet vrijwillig zouden laten vaccineren (27%). De individuele bereidheid om zich te laten vaccineren en de aanvaarding van een beleid van verplichte vaccinatie correleren systematisch met sociaal-demografische en psychologische kenmerken van de respondenten.

In Frankrijk (Ward et al., januari 2022) heeft het INSERM een preliminaire nota met de volgende conclusies gepubliceerd:

« Seules 55 % des personnes interrogées utilisent l'application TousAntiCovid. Seuls un quart des répondants utilisent cette application afin de participer au contact tracing tandis que 32 % ne l'utilisent que pour le pass sanitaire. ***67 % des parents d'enfants âgés de 5 à 11 ans sont défavorables à la vaccination de ce groupe d'âge. Si l'on prend l'ensemble des personnes ayant des enfants à leur charge, 58 % d'entre elles sont défavorables à la vaccination des enfants de 5 à 11 ans****. Les attitudes à l'égard de la vaccination des enfants sont plus négatives chez les parents ayant des difficultés financières ».*

« 89,5% des répondants déclarent s'être fait vacciner ou avoir l'intention de le faire. ***Parmi les 10,5% restants, il est important de noter qu'une majorité semble s'être fait un avis définitif sur ce sujet (7 % sont « certains » de ne pas se faire vacciner contre 3,5 % qui ne le feront « probablement pas »)****. Les répondants qui refusent encore de se faire vacciner contre le Covid sont plus souvent des femmes, jeunes, se sentant proches de partis de la droite radicale et de la gauche radicale, ou ne se sentant proches d'aucun parti. Si l'on n'observe plus de différences très marquées en fonction du revenu mensuel,* ***les questions de ressources et d'accès aux soins semblent rester déterminantes****. Ainsi, ceux pour qui il est très facile d'acheter des médicaments s'ils en ont besoin ont plébiscité ce vaccin. Ils sont plus de 95 % à avoir été vaccinés ou à compter le faire. Cette proportion est seulement de 82 % chez ceux pour lesquels il est très difficile d'acheter ces médicaments. On trouve des écarts similaires entre ceux pour lesquels il est très facile de payer toutes les factures à la fin du mois et ceux pour lesquels c'est très difficile (92 % vs 79 %) ».*

In België (winter 2020) droegen de autonome motivatie en het op wantrouwen gebaseerde gebrek aan motivatie respectievelijk positief en negatief bij aan a) de vaccinatie-intentie, b) de zelfgerapporteerde vaccinatie en c) de latere inschrijving op een wachtlijst om een vaccin te krijgen. De infectiegerelateerde risicoperceptie van de deelnemers voorspelde positievere vaccinatieresultaten door een grotere autonome motivatie voor vaccinatie en minder wantrouwen, terwijl pandemiegerelateerde gezondheidszorgen niet zulke adaptieve effecten

opleverden. De resultaten benadrukken het belang van het bevorderen van de autonome motivatie voor vaccinatie en het omgaan met wantrouwen, zowel op maatschappelijk als op individueel niveau (Schmitz et al., 2021).

POINT OF VIEW ON MANDATORY VACCINATION: WEIGHTING THE PROS AND CONS (STANDPUNT OVER VERPLICHTE VACCINATIE: AFWEGING VAN DE VOOR- EN NADELEN). Expertengroep Psychology & Corona, 12 januari 2022.
https://fr.bfp-fbp.be/_files/ugd/990707_c780daa386e3404e93e24396366e4c4a.pdf

Samenvattend standpunt

Uit dit overzicht blijkt dat er vanuit psychologisch oogpunt voordelen en kosten verbonden zijn aan het verplicht stellen van vaccinatie. Deze hebben betrekking op de gezondheid, maar houden ook verband met andere belangrijke psychologische en maatschappelijke aspecten, zoals het vertrouwen in de autoriteiten, de sociale cohesie en het gevoel van persoonlijke vrijheid van de mensen. De verschillende psychologische dynamieken kunnen in verschillende mate van toepassing zijn op verschillende subgroepen in de samenleving, zowel onder gevaccineerden als onder niet-gevaccineerden.

Op basis van een functionele kosten-batenanalyse zijn zij van mening dat de voordelen van verplichte vaccinatie op dit moment groter zijn dan de nadelen. Maar om te voorkomen dat er nadelen ontstaan, is een zorgvuldige communicatie vereist. De volgende punten moeten in beschouwing worden genomen.

- Als vaccinatie verplicht wordt, moeten de doelstellingen op het vlak van collectieve en individuele gezondheid in de communicatie duidelijk worden uitgelegd. Op basis van wetenschappelijke studies is concrete en correcte informatie nodig, zodat de mensen begrijpen hoe vaccinatie de kans op besmetting en ziekte vermindert. Dit kan de bevolking doen inzien dat verplichte vaccinatie de volgende legitieme stap is in de aanpak van deze crisis. Natuurlijk kunnen wetenschappelijke bevindingen moeilijk te begrijpen zijn, en er is geen bewijs dat mensen die sterk tegen vaccinatie zijn, overtuigd zullen worden door wetenschappelijke argumenten. Dergelijke argumenten kunnen mensen echter helpen reageren op argumenten tegen vaccinatie. In ieder geval is het van groot belang ervoor te zorgen dat alleen degelijke bevindingen worden gepresenteerd. In dit stadium valt er weinig te winnen met correcte wetenschappelijke informatie in de communicatie, maar veel te verliezen met onjuiste informatie.

- Aangezien duidelijke communicatie berust op duidelijke besluitvorming, moet worden verduidelijkt wat wordt bedoeld met "verplichte vaccinatie": gaat het om de eerste en tweede dosis, periodieke herhalingsvaccinatie, en vanaf welke leeftijd geldt ze?

- Om de naleving zo gemakkelijk mogelijk te maken, kan het nuttig zijn het mogelijk te maken dat eerstelijnszorgverleners het vaccin kunnen toedienen tijdens routineconsulten. Een bijkomend voordeel daarvan zou zijn dat het mensen ook in staat zou stellen zich te laten vaccineren zonder dat dit in hun onmiddellijke omgeving publiekelijk bekend wordt, wat nuttig kan zijn in geval van sociale druk tegen vaccinatie.

- Om het vertrouwen in de autoriteiten in stand te houden, is het van cruciaal belang het publiek duidelijk te maken dat stabiliteit in de boodschap (vertrouwen dat de boodschap altijd dezelfde zal zijn) moet worden onderscheiden van stabiliteit in de bedoelingen en intenties van de autoriteiten (vertrouwen dat de autoriteiten tijdens een onstabiele crisissituatie zullen blijven streven naar de juiste en veilige aanpak). Anders

gezegd, het is belangrijk uit te leggen dat voortdurend veranderende omstandigheden voortdurende beleidsaanpassingen vergen, en dat een goede, betrouwbare overheid ook inhoudt dat zij de burgers de garantie geeft dat die aanpassingen zullen worden doorgevoerd als en wanneer ze nodig zijn. Natuurlijk moet alles in het werk worden gesteld om een evenwicht te vinden tussen aanpassing en duidelijk en consequent zijn.

Dubov en Phung (2015) stellen bovendien het volgende: "De verplichte vaccinatie kan op een positieve manier worden afgedwongen met behulp van stimuleringsstrategieën die worden overgenomen uit gedragseconomisch onderzoek." Savulescu (2020) betoogt voor COVID-19 het volgende: "Onder omstandigheden van risico of waargenomen risico van een nieuwe vaccinatie, kan een systeem van betaling voor risico bij vaccinatie superieur zijn. Hij verdedigt een betalingsmodel tegen verschillende bezwaren, onder meer dat het dwang inhoudt en de solidariteit ondermijnt. Hij stelt dat de betaling in geld of in natura kan geschieden en dat de mogelijkheid van altruïstische vaccinatie behouden kan blijven door mensen die gevaccineerd zijn de mogelijkheid te bieden het geldbedrag terug te schenken aan de gezondheidszorg.

Attwell et al. (2019) zeggen: "Verplichte vaccinatie roept een sterke behoefte op om diegenen te beschermen die het slachtoffer worden van uiterst zeldzame gevallen van aantoonbare vaccinatieschade zonder verantwoordelijkheid. Landen die vaccinatie verplicht stellen zonder te voorzien in een schadevergoeding ongeacht de verantwoordelijkheid, zouden kunnen worden geacht het sociaal contract te verbreken. Dit is vooral belangrijk wanneer het overheidsbeleid de keuze van ouders om al dan niet te vaccineren beperkt."

Savulescu et al. (2021) zeggen het volgende in verband met kinderen en verplichte COVID-19-vaccinatie: "Verplichte vaccinatie van kinderen **tegen griep met lichte tot matige dwang zou gerechtvaardigd kunnen zijn**. Deze praktijk zou redelijkerwijs moeilijke "opt-out"-procedures of misschien bescheiden boetes kunnen omvatten. Als alternatief kunnen stimuleringsmaatregelen gerechtvaardigd zijn. De verplichte vaccinatie van kinderen (of stimuleringsmaatregelen) **voor COVID-19 is moeilijker te rechtvaardigen**, gezien de geringere ernst van de ziekte in vergelijking met volwassenen en de onzekerheid over de doeltreffendheid en het risicoprofiel bij kinderen. De combinatie van COVID-19 en griep vormt echter een veel grotere bedreiging voor de volksgezondheid dan elk van beide ziekten afzonderlijk. Terwijl het argument voor verplichte vaccinatie van kinderen tegen COVID-19 zwak is, is het argument voor verplichte vaccinatie van kinderen tegen griep waarschijnlijk sterker dan anders, omdat de behoefte van kwetsbare personen om tegen griep te worden beschermd groter is, evenals de noodzaak om de ziekenhuiscapaciteit op peil te houden. Ook al is er enig risico voor het kind, kunnen ouders, als dat risico voldoende klein is, vrij zijn om dat risico te nemen in het belang van anderen, en als het nodig is om de kwetsbaren te beschermen, kan de staat de ouders terecht een zekere mate van dwang opleggen. We moeten er zeker van zijn dat het voordeel voor de volksgezondheid groot genoeg is om het opleggen van dit kleine risico te rechtvaardigen. Als kinderen het virus bijvoorbeeld niet in significante mate verspreiden, dan zou het voordeel van het vaccineren van kinderen voor anderen beperkt zijn. En als er andere beleidsmaatregelen zijn, zoals de identificatie van gevallen en contacttracing, die de noodzaak om kinderen te vaccineren verminderen, dan kunnen die de voorkeur verdienen. Uiteindelijk hangen het al dan niet aanbieden van een nieuw vaccin aan kinderen voor een ziekte die geen grote bedreiging voor hen vormt, en het verplicht stellen of stimuleren van vaccinatie, af van zeer precieze informatie over de aard van de ziekte, de ernst ervan, de verspreiding en het vaccin zelf. Maar het vereist ook een evenwicht tussen eigenbelang en plicht tegenover anderen, en tussen vrijheid en nut."

Met de analyse van enkele ethische criteria als kader concluderen Opel et al. (2020): "De enige logische conclusie is dat we momenteel te weinig weten over de prestaties van alle

mogelijke vaccins tegen COVID-19 of over de epidemiologie van SARS-CoV-2 bij kinderen om harde uitspraken te kunnen doen over de vraag of een COVID-19-vaccin bij kinderen verplicht zou moeten zijn. Toch is het niet te vroeg om deze criteria in onze planning te integreren om ervoor te zorgen dat we een goede beslissing nemen hieromtrent. Onze kinderen verdienen dat."

CONCLUSIES

Er zijn vooralsnog **slechts weinig gegevens** over de doeltreffendheid van verplichte COVID-19-vaccinatie. Het is bijna onmogelijk om de waarschijnlijke (zwakke?) positieve impact en de conclusies van publicaties (betreffende andere ziekten, specifieke groepen, in andere landen en in andere contexten) te extrapoleren naar de Belgische situatie bij een wereldwijde COVID-19-pandemie.

De effecten van de verplichte COVID-19-vaccinatie op de vaccinatiegraad en de impact van de vaccinatiegraad op het aantal besmettingen, ziekenhuisopnames of sterfgevallen in België zijn onbekend.

Transparante communicatie, een maatschappelijk debat en politieke arbitrage zijn noodzakelijk om een billijk en beheersbaar niveau van dwang in te voeren voor de COVID-19-vaccinatie van volwassenen in België.

Landen die vaccinatie verplicht stellen zonder te voorzien in een schadevergoeding ongeacht de verantwoordelijkheid, zouden kunnen worden geacht het sociaal contract te verbreken.

*****

Indien de autoriteiten besluiten om via een verplichte COVID-19-vaccinatie de sterfte te beperken, zou bijvoorbeeld een vaccinatieplicht kunnen worden opgelegd: voor alle mensen van 65 jaar en ouder;

Indien de autoriteiten besluiten om via een verplichte COVID-19-vaccinatie de overbelasting van de ziekenhuizen en het uitstellen van gezondheidszorg te beperken, zou bijvoorbeeld een vaccinatieplicht kunnen worden opgelegd: voor alle mensen van 40 jaar en ouder; en

Indien de autoriteiten besluiten om via een verplichte COVID-19-vaccinatie de overbelasting van consulten voor infecties van de luchtwegen op het niveau van de eerste lijn zoveel mogelijk te beperken, zou bijvoorbeeld een vaccinatieplicht kunnen worden opgelegd: voor alle mensen van 16 tot 18 jaar*.

In dit stadium van onze wetenschappelijke, ethische en juridische kennis over dit onderwerp valt de verplichte COVID-19-vaccinatie van minderjarigen buiten het bestek van deze STANDPUNTNOTA.

*****

Om redenen van vereenvoudiging, duidelijkheid en uniformiteit van de politieke beslissingen op Europees en mondiaal niveau, kunnen de leeftijdsgrenzen worden aangepast en worden ze slechts ter informatie gegeven.

Het vaccinatieschema van de verplichte COVID-19-vaccinatie moet de aanbevelingen van de NITAG volgen en moet regelmatig door de autoriteiten worden herzien.

De invoering van een verplichte vaccinatie tegen COVID-19 in België, vooral tijdens de piek van de epidemie, sluit niet automatisch het gebruik van een CST uit.

De controle op de verplichte vaccinatie, de mogelijke sancties en de schadevergoeding ongeacht de verantwoordelijkheid zijn politieke beslissingen en vallen buiten het bestek van dit document.

* Het is belangrijk om in de discussie rekening te houden met de leeftijd waarop de bijwerkingen zich voordoen, de ernst ervan en de frequentie van de zeer zeldzame bijwerkingen van de huidige vaccins. Als er zich bij ongelukkige personen ernstige bijwerkingen van de vaccinatie voordoen, zouden er meer DALY's/QALY's verloren gaan als het gaat om een jongvolwassene.

2.7. Advies van het netwerk van deskundigen van de HGR

Om de antwoorden die de NITAG en het BRCB op deze vragen aan de autoriteiten geven, beter te onderbouwen, hebben de Raad en het Comité besloten om de mening van de deskundigen van de HGR rechtstreeks te vragen in de vorm van een online enquête over de omvang van het CST-systeem of de mogelijkheid van een verplichte COVID-19-vaccinatie in België. De online enquête werd op 20/12/2021 verstuurd en op 16/01/2022 afgesloten. Op 27/12/2021 werd er ook een herinnering gestuurd.

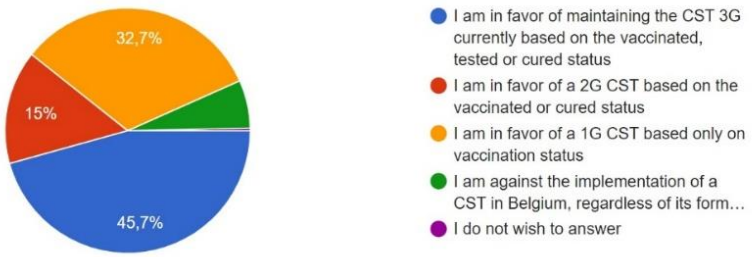
De antwoorden op deze online enquête zijn verzameld tijdens de overgangsfase tussen de Deltavariant en het verschijnen van de Omikronvariant. Aan deze nieuwe variant waren veel onzekerheden verbonden en de standpunten zouden kunnen variëren naarmate deze onzekerheden omtrent Omikron afnemen.

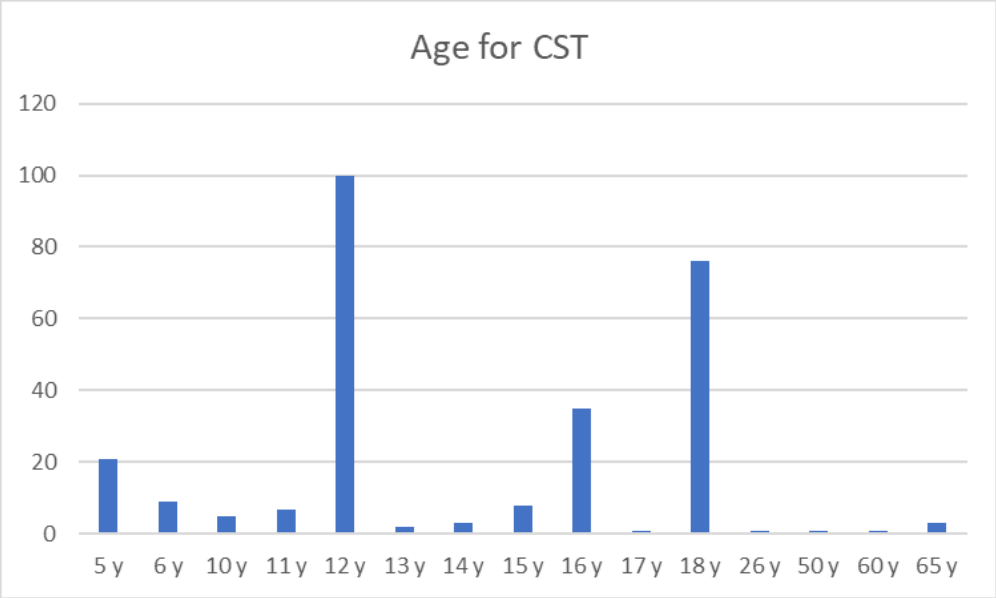
300 Belgische wetenschappers (expertise in een zeer breed scala van onderwerpen, niet noodzakelijk infectieziekten/vaccins) van de 1.769 die deel uitmaken van het netwerk van deskundigen van de HGR hebben de online enquête beantwoord. Dit komt overeen met een respons van 17%.

De resultaten zijn:

1) To fight against COVID-19 and as an expert of the Superior Health Council, I endorse the following statements in the current Belgian context and not necessarily for an indefinite period. Concerning CST:

300 réponses



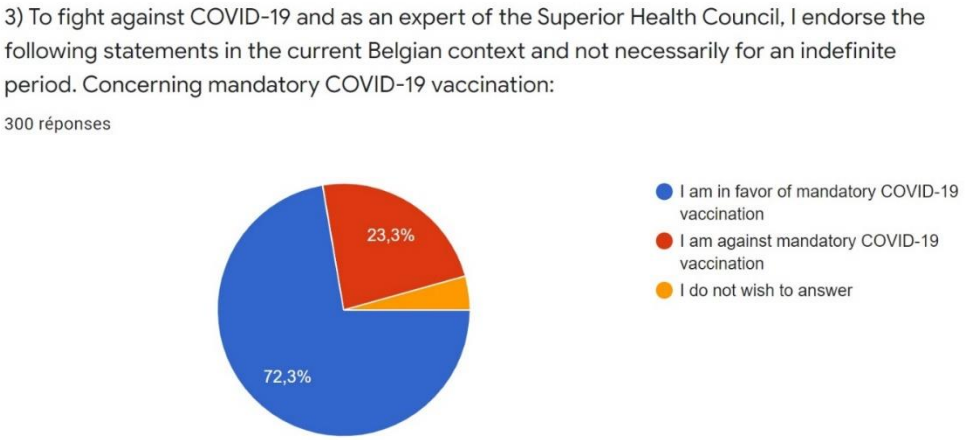


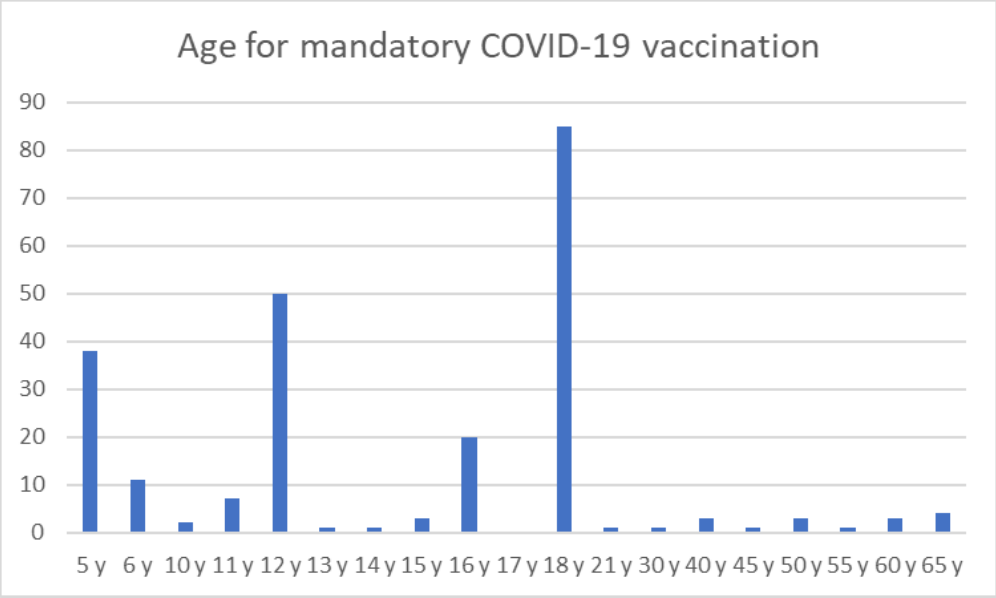
CONCLUSIES

93,4% van de Belgische deskundigen die de online enquête hebben beantwoord zijn minstens voorstander van **het behoud van het CST** (45,7% voor CST - 3G / 15% voor CST - 2G / 32,7% voor CST - 1G).

6,3% is tegen het CST en 1 deskundige wenst niet te antwoorden.

De NITAG en het Comité hebben reeds het gebruik van het CST aanbevolen voor personen ouder dan 18 jaar en niet onder die leeftijd (CSS 9655 en 9680, 2021). Volgens sommige geraadpleegde deskundigen zou het gebruik van het CST aanvaardbaar zijn vanaf de leeftijd van 12 jaar.





CONCLUSIES

72,3% van de Belgische deskundigen die de online enquête hebben beantwoord, zijn (op dit moment en niet noodzakelijk voor onbepaalde tijd) voorstander van verplichte COVID-19-vaccinatie.

23,3% is tegen en 4,3% wenst geen antwoord te geven.

Volgens de geraadpleegde deskundigen zou de verplichte COVID-19-vaccinatie moeten gelden vanaf de **leeftijd van 16 jaar** (gemiddelde en mediaan gesteund door 54% van de geconsulteerde deskundigen die voorstander waren van verplichte vaccinatie) **of 18 jaar** (gesteund door 93% van de geconsulteerde deskundigen die voorstander waren van verplichte vaccinatie).

3 Welk potentieel hebben deze instrumenten op het vlak van de mogelijke versoepeling van niet-farmaceutische interventies?

CONCLUSIES

In dit stadium van onze kennis en gezien de onzekerheden in verband met de nieuwe zorgwekkende variant is het onmogelijk deze vraag te beantwoorden.

Om de COVID-19-pandemie onder controle te krijgen, is **een combinatie van acties en instrumenten nodig**. De huidige COVID-19-vaccins zijn zeer effectief. Geen enkel vaccin beschermt echter 100%. Daarom steunt de HGR, naast vaccinatie, het belang van niet-farmaceutische maatregelen, zoals het handhaven van handhygiëne, fysieke afstand, barrièremaatregelen en ventilatie, ook in openbare ruimten met alleen gevaccineerde mensen.

Het is aan de GEMS (Groep van Experts voor Managementstrategie van COVID-19) om de autoriteiten te begeleiden bij de uitvoering van deze niet-farmaceutische maatregelen in functie van de evolutie van de viruscirculatie en de kenmerken van besmettelijkheid en virulentie van zorgwekkende varianten, en dit in functie van de verzadiging van de Belgische ziekenhuizen en de middelen die hen ter beschikking worden gesteld.

De ECDC (15/12/2021) stelt:

- **De snelle herinvoering en versterking van de niet-farmaceutische maatregelen zijn nodig om de voortdurende Delta-overdracht te verminderen, de verspreiding van de zorgwekkende Omikronvariant te vertragen en de COVID-19-gerelateerde last beheersbaar te houden**. Dit zal de verspreiding van de zorgwekkende Omikronvariant vertragen, zodat landen tijd kunnen winnen om de vaccinatie verder uit te rollen en een plotselinge grote impact van de verspreiding van deze variant te voorkomen.

  Tot deze maatregelen behoren het vermijden van grote openbare of privébijeenkomsten, het aanmoedigen van het gebruik van mondmaskers, het beperken van contacten tussen groepen mensen in sociale of werksituaties, telewerken, uitgebreid testen en intensieve contacttracing. De autoriteiten moeten overwegen om mensen te adviseren de contacten tussen huishoudens te beperken en extra voorzichtig te zijn bij reizen en bij contacten tussen verschillende generaties tijdens de feestdagen. Zolang het aantal gevallen van de zorgwekkende Omikronvariant laag blijft en de middelen het toelaten, moet prioriteit worden verleend aan contacttracing voor waarschijnlijke of bevestigde gevallen van besmetting met de zorgwekkende Omikronvariant, ongeacht de vaccinatiestatus, en wel tijdig en zo volledig mogelijk.

- **Een onmiddellijke planning voor een grotere capaciteit van de gezondheidszorg om het verwachte grotere aantal gevallen te behandelen, moet worden overwogen**. Risicocommunicatie waarbij de nadruk wordt gelegd op het blijvende belang van volledige vaccinatie en van het halen van een extra dosis of boostervaccin, blijft essentieel.

4 Bij bovenstaande vragen dient ook rekening te worden gehouden met wat de state-of-the-art evidence is op vlak van vaccineffectiviteit, de nood aan herhaaldoses, de mate waarin genezing leidt tot bescherming, het mogelijks verder epidemiologisch verloop van pandemie naar endemie, mogelijke nieuwe varianten, etc.

CONCLUSIES

In dit stadium van onze kennis en gezien de onzekerheden in verband met de nieuwe zorgwekkende variant is het onmogelijk deze vraag te beantwoorden.

5 Wat kunnen we zeggen over de zorgwekkende Omikronvariant?

In België (11/01/2021) zijn in dit stadium 1.378 sequenties van positieve SARS-CoV-2-monsters geanalyseerd die tussen 27/12/2021 en 09/01/2022 zijn verzameld in het kader van de bewaking van de situatie. In die monsters **vertegenwoordigde Omikron 84,6% van de geanalyseerde stammen** (NRC UZ Leuven & KU Leuven, rapport 2021_63).

5.1 Verslagen en mededelingen van het ECDC (15/12/2021) en de CDC (20/12/2021)

https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/ecdc-publishes-new-risk-assessment-further-emergence-omicron-variant

https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/variants/omicron-variant.html

Er is reeds sprake van lokale overdracht van de zorgwekkende Omikronvariant in EU/EER-landen (de gevallen worden gedetecteerd via representatieve steekproeven in het kader van het routinematige monitoringsysteem van de EU/EER) en de komende maanden wordt een verdere snelle toename van het aantal gevallen van de zorgwekkende Omikronvariant verwacht. Op basis van voorspellingen door middel van modellen, en afhankelijk van het groeivoordeel en de mate van immuunontsnapping, zal de zorgwekkende Omikronvariant waarschijnlijk de dominante variant worden in de EU/EER in de eerste twee maanden van 2022.

Zelfs indien de door de zorgwekkende Omikronvariant veroorzaakte ziekte even of minder ernstig is dan die veroorzaakt door de zorgwekkende Deltavariant, zullen de hogere besmettelijkheid en de daaruit voortvloeiende exponentiële groei van het aantal ziektegevallen snel opwegen tegen de voordelen van een mogelijk geringere ernst. Daarom wordt het waarschijnlijk geacht dat de zorgwekkende Omikronvariant bijkomende ziekenhuisopnames en sterfgevallen zal veroorzaken, naast die welke reeds werden verwacht in eerdere prognoses waarin alleen rekening werd gehouden met de zorgwekkende Deltavariant. **Het algehele risico voor de volksgezondheid als gevolg van het verder opduiken en zich verspreiden van de zorgwekkende Omikronvariant van SARS-CoV-2 in de EU/EER wordt beoordeeld als ZEER HOOG.**

Vaccinatie blijft een essentieel onderdeel van de gelaagde aanpak die nodig is om het effect van Omikron te beperken, terwijl ook de voortdurende circulatie van de Deltavariant wordt aangepakt. Boosterdosissen zullen de bescherming tegen ernstige gevolgen van de zorgwekkende Deltavariant en mogelijk van Omikron verhogen.

Uit eerste, nog niet collegiaal getoetste gegevens van in vitro neutralisatiestudies blijkt dat **sera van personen die een vaccin hebben gekregen en van herstelde patiënten een verminderd neutralisatievermogen hebben tegen de zorgwekkende Omikronvariant** in vergelijking met andere SARS-CoV-2-varianten, hoewel er nog grote onzekerheden bestaan. Bovendien zijn er nog steeds onvoldoende gegevens uit de praktijk over de doeltreffendheid van de in de EU goedgekeurde vaccins tegen de zorgwekkende Omikronvariant. Volgens de thans beschikbare gegevens zullen **boosterdosissen de bescherming tegen ernstige gevolgen die door de zorgwekkende Deltavariant en mogelijk de zorgwekkende Omikronvariant worden veroorzaakt, verhogen, waarbij het effect op de bevolking naar verwachting groter zal zijn indien de boosterdosis binnen een kort tijdsbestek aan het grootste deel van de volwassen bevolking wordt toegediend**. De thans beschikbare gegevens wijzen erop dat een veilige en doeltreffende toediening van een boosterdosis reeds drie maanden na voltooiing van de primaire vaccinatie mogelijk is.

De resultaten van de wiskundige modellering tonen aan **dat een sterke en onmiddellijke vermindering van het aantal contacten ook nodig is om een hoge piek in de door de zorgwekkende Omikronvariant veroorzaakte gevallen te vermijden en de impact van COVID-19 op de gezondheid en de sterfte op korte termijn beheersbaar te houden, zelfs met een onmiddellijke versnelde uitrol van de vaccins**.

Zonder een vermindering van het aantal contacten via de invoering van niet-farmaceutische maatregelen en het opdrijven van het aantal herhalingsvaccinaties zouden de gezondheidszorgssystemen in de EU/EER snel kunnen worden overweldigd door het aantal besmettingen.

In het kader van Omikron zouden landen met een hogere (>80%) vaccinatiegraad voor de totale bevolking bij het huidige aantal contacten een beheersbare belasting kunnen ondervinden. Deze belasting zou echter hoog kunnen worden als het aantal contacten verder toeneemt, zoals te verwachten valt gezien de eindejaarsfeesten.

Omdat vaccins een hoge mate van bescherming bieden tegen de ernstige gevolgen van COVID-19-infectie, zal een groot deel van de COVID-19-ziekenhuisopnames bestaan uit niet-gevaccineerde personen, met name niet-gevaccineerde personen in risicogroepen. Aangezien echter de doeltreffendheid van het vaccin tegen ernstige ziekte niet 100% is, zal een groter aantal meldingen ook leiden tot een groter aantal gevaccineerden met ernstige vormen van ziekte die ziekenhuisopname vereisen. Samen met de afnemende immuniteit na verloop van tijd na vaccinatie, verklaart dit het percentage gevaccineerden onder de gehospitaliseerde COVID-19-patiënten in sommige landen met een hoge vaccinatiegraad.

Overdraagbaarheid

Voorlopig wijzen alle studies erop dat de zorgwekkende Omikronvariant een groeivoordeel heeft in vergelijking met andere varianten, waaronder de zorgwekkende Deltavariant. Er blijven echter onzekerheden bestaan ten aanzien van de huidige schattingen van de overdraagbaarheid en er zijn verdere studies nodig om betrouwbare schattingen te kunnen maken van de overdraagbaarheid van de variant in het algemeen, en in relatie tot de maatregelen die genomen zijn in verschillende gemeenschapsomgevingen (ECDC, 15/12/2021).

De Omikronvariant zal zich waarschijnlijk gemakkelijker verspreiden dan het oorspronkelijke SARS-CoV-2-virus en het is nog onbekend hoe gemakkelijk Omikron zich verspreidt in vergelijking met Delta. De CDC verwachten dat iedereen die besmet is met Omikron het virus kan verspreiden naar anderen, zelfs als men gevaccineerd is of geen symptomen heeft (CDC, 20/12/2021).

Ernst

De huidige schattingen van de ernst van de zorgwekkende Omikronvariant zijn nog onzeker en verdere studies, met een opvolging van de vastgestelde gevallen op langere termijn, waarbij gekeken wordt naar de leeftijdsgroep, eerdere besmetting en vaccinatiestatus, zijn nodig om meer betrouwbare schattingen te kunnen geven (ECDC, 15/12/2021).

Er zijn meer gegevens nodig om te weten of de Omikronbesmettingen, en met name de herinfecties en doorbraakinfecties bij mensen die volledig zijn gevaccineerd, meer ernstige ziekte of overlijdens veroorzaken dan de besmettingen met andere varianten (CDC, 20/12/2021).

Potentieel voor immuunontsnapping

Omikron is de genetisch meest afwijkende SARS-CoV-2-variant die tot dusver tijdens de pandemie in significante aantallen is aangetroffen. Dit heeft geleid tot bezorgdheid dat het in verband kan worden gebracht met een aanzienlijke vermindering van de doeltreffendheid van vaccins en monoklonale antilichaamtherapieën, alsook met een verhoogd risico van herinfecties met SARS-CoV-2.

De niet-peer-reviewde, voorgepubliceerde gegevens die momenteel beschikbaar zijn, suggereren dat het neutralisatievermogen van sera van gevaccineerden (primaire kuur) en herstelde patiënten tegen Omikron aanzienlijk kleiner is in vergelijking met eerdere zorgwekkende varianten van SARS-CoV-2. Er zijn echter aanwijzingen dat de neutralisatie van het virus door sera van personen die een combinatie van besmetting en volledige vaccinatie (primaire kuur) hebben doorgemaakt, of van gevaccineerde personen die boosters hebben gekregen, ten minste gedeeltelijk effectief blijft in het neutraliseren van Omikron in vitro.

Deze voorlopige gegevens met betrekking tot de neutralisatie wijzen erop dat er mogelijk sprake is van een verminderde doeltreffendheid van de vaccins, met name voor het voorkomen van besmetting. De resultaten moeten echter worden bevestigd met grotere steekproeven en door meer laboratoria voor patiënten met verschillende klinische profielen (merk van vaccin, extra dosissen, ernst van de besmetting) en bemonsteringsintervallen na besmetting en/of vaccinatie.

Het is moeilijk om in-vitro-neutralisatiegegevens rechtstreeks te vertalen naar klinische resultaten zoals bescherming tegen infectie of ernstige ziekte; daarvoor zijn solide gegevens in verband met de doeltreffendheid van de vaccins en doorbraakinfecties in klinische settings nodig.

Tot dusver is er geen absolute drempelwaarde voor antilichaamtiters vastgesteld als correlaat van bescherming tegen SARS-CoV-2. Lagere neutraliserende antilichaamtiters in serum dat drie tot zes maanden na besmetting of vaccinatie wordt afgenomen, kunnen worden gecompenseerd door de persistentie van virusspecifieke, langlevende B-cellen die in staat zijn om zich tijdens de daaropvolgende besmetting snel uit te breiden en zo hogere neutraliserende antilichaamtiters te genereren. Bovendien wordt het effect van geconserveerde niet-neutraliserende antilichamen of T-geheugencelresponsen niet geëvalueerd door in vitro neutralisatiestudies, hoewel het waarschijnlijk is dat ze bijdragen tot de bescherming tegen ernstige ziekte.

Verwacht wordt dat de huidige vaccins bescherming bieden tegen ernstige ziekte, ziekenhuisopnames en sterfgevallen als gevolg van besmetting met de Omikronvariant. Er zullen echter waarschijnlijk doorbraakinfecties optreden bij mensen die volledig gevaccineerd zijn. Bij andere varianten, zoals Delta, zijn vaccins doeltreffend gebleven in het voorkomen van ernstige ziekte, ziekenhuisopnames en overlijdens. De recente opkomst van Omikron **benadrukt nog eens het belang van vaccinatie en boosters** (CDC, 20/12/2021).

Behandelingen

Wetenschappers zijn bezig te bepalen hoe goed de bestaande behandelingen voor COVID-19 werken. Door de veranderde genetische samenstelling van Omikron zullen sommige behandelingen waarschijnlijk effectief blijven, terwijl andere mogelijk minder effectief zullen zijn (CDC, 20/12/2021).

5.2 Technische briefing VK (14/01/2021)

https://www.gov.uk/government/publications/investigation-of-sars-cov-2-variants-technical-briefings

LET OP: Dit rapport is gepubliceerd om de gedetailleerde analyses van de monitoring van varianten te delen die bijdragen tot de risicobeoordeling van Omikron. Deze gespecialiseerde technische briefing bevat voorlopige gegevens en analyses over opkomende varianten en de bevindingen hebben een hoge mate van onzekerheid. In deze technische briefing wordt 10 januari 2022 als uiterste datum voor het verzamelen van gegevens vastgesteld, zodat er voldoende tijd is voor de analyses.

Genomische diversiteit

Er is nog weinig diversiteit binnen de Omikron BA.1 clade. In de Britse gegevensverzameling zijn twee verworven mutaties in het spike-eiwit geconstateerd, A701V en R346K. De groeisnelheid van Omikron met deze mutaties is niet groter dan die van de rest van de Omikron clade. Omikron omvat ook de BA.2 clade. Deze wordt vanuit technisch oogpunt apart gevolgd en beoordeeld en wordt opgenomen in het totale aantal Omikrongevallen.

Ernst

Vermindering van het relatieve risico op ziekenhuisopname bij volwassenen

Meerdere laboratoriumstudies wijzen op aanzienlijke veranderingen in het fenotype, **waaronder veranderingen in het binnendringen van de cel en de bevordering van de fusie**, hoewel deze niet rechtstreeks in verband kunnen worden gebracht met virulentie. Voorlopige dierstudies wijzen op een **verminderde virulentie**. In herhaalde Britse analyses (meer dan één studie) werd een vermindering van het relatieve risico op ziekenhuisopname bij besmetting van volwassenen met Omikron in vergelijking met Delta vastgesteld. Dit is in overeenstemming met gegevens uit Zuid-Afrika. Uit de beschikbare gegevens blijkt dat de waargenomen vermindering van het risico op ziekenhuisopname bij volwassenen waarschijnlijk ten dele het gevolg is van een verminderde intrinsieke ernst van het virus en ten dele van bescherming door een eerdere infectie.

Ernst van de infectie bij kinderen: onvoldoende gegevens

In het VK en enkele andere landen wordt melding gemaakt van een toename van het aantal ziekenhuisopnames bij jonge kinderen, hoewel uit de eerste gegevens blijkt dat de opgenomen kinderen niet ernstig ziek zijn. Verdere analyses zijn nodig om het risico op ziekenhuisopname tussen Omikron en Delta te vergelijken, en om de klinische kenmerken van de ziekte bij kinderen te beoordelen.

Symptomen

Wat betreft de symptomen, werd in de gegevens van NHS *Test and Trace* minder vaak melding gemaakt van reuk- of smaakverlies bij Omikronbesmettingen dan bij Deltabesmettingen (bij 13% van de Omikronbesmettingen en 34% van de Deltabesmettingen, OR: 0,22, 95% BI: 0,21-0,23). Keelpijn werd vaker gemeld bij besmetting met Omikron (bij 53% van de Omikronbesmettingen en 34% van de Deltabesmettingen, OR: 1,93, 95% BI: 1,88-1,98). Er dient echter te worden opgemerkt dat in een andere recente studie een

toename van keelpijn werd gemeld bij degenen die negatief testten voor SARS-CoV-2, dus dit kan een incidentele bevinding zijn.

Vaccineffectiviteit

Bij de analyse van geactualiseerde populatiegegevens is de bescherming van de vaccinatie tegen milde ziekte grotendeels verdwenen tegen 20 weken na de vaccinatie met een primaire vaccinatiekuur van 2 dosissen. **Na een boosterdosis neemt de bescherming aanvankelijk toe tot ongeveer 65 à 70%, maar daalt ze opnieuw tot 45 à 50% vanaf 10+ weken**. Het is daarom waarschijnlijk dat de huidige vaccins op lange termijn een beperkte bescherming bieden tegen besmetting of overdracht. **De bescherming tegen ernstige ziekte is veel hoger: na een boosterdosis wordt de effectiviteit van het vaccin tegen ziekenhuisopname geschat op 92% en blijft deze hoog op 83% 10+ weken na de boosterdosis**. Deze gegevens zullen ook worden opgenomen in het wekelijkse opvolgingsverslag van de COVID-19-vaccinatie dat elke donderdag wordt gepubliceerd.

SIREN-studie

In de SIREN-studie wordt een groot cohort zorgverleners regelmatig getest met behulp van een polymerasekettingreactie (PCR) om asymptomatische besmettingen op te sporen, naast de normale testpraktijken voor symptomatische besmettingen. Uit de bijgewerkte analyse blijkt dat elke blootstelling aan het vaccin, ook voor boosters, extra voordelen oplevert, zelfs bij mensen die al eerder besmet zijn geweest.

Bijgewerkte risicobeoordeling

Er is een bijgewerkte risicobeoordeling voor de Omikronvariant gepubliceerd: VOC-21NOV-01 (B.1.1.529). https://www.gov.uk/government/publications/investigation-of-sars-cov-2-variants-of-concern-variant-risk-assessments

12 January 2022 Risk assessment for SARS-CoV-2 variant: Omicron VOC-21NOV-01 (B.1.1.529) UK Health Security Agency

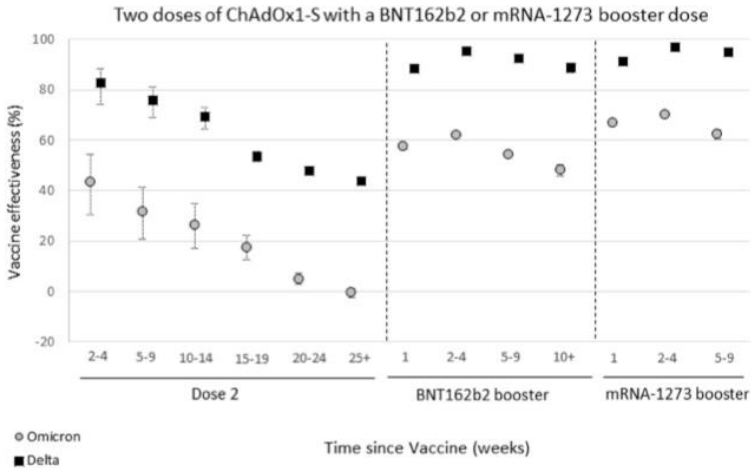
Indicator	Red, amber, or green status*	Confidence level	Assessment and rationale
Growth advantage	Red	High	**Omicron is the dominant circulating variant** Omicron displayed a pronounced growth advantage in the UK and rapidly rose to dominance. This growth advantage is also apparent in other countries with equivalent surveillance. We have high confidence that immune evasion is a substantial contributor to the growth advantage, but the very high growth rate and laboratory findings raise the possibility that other properties may also be contributing.
Transmissibility	Amber	Low	**Omicron is at least as transmissible as Delta** Increased transmissibility compared to Delta is biologically plausible. There are extensive changes to the receptor binding domain and other regions of spike, and increased ACE2 binding is measured in some assays. Several studies find that Omicron can use the endosomal pathway as an additional cell entry pathway although the clinical significance of this is unclear. There is evidence for increased replication of Omicron over Delta in upper airway cells in vitro. Generation time and transmissibility as distinct properties of Omicron still require further confirmatory analysis.
Immune evasion (including natural and vaccine derived immunity)	Red	High	**Omicron displays substantial immune evasion properties in the current population context** Neutralisation data, real world vaccine effectiveness against symptomatic disease, and reinfection rate all confirm substantial immune evasion properties. Whilst vaccine effectiveness (VE) is lower for Omicron than Delta after 2 doses of vaccine, boosting returns it to a higher level. Early data on hospitalisations following confirmed symptomatic infection indicates the VE against hospitalisation is high after 3 doses. Waning of vaccine effectiveness against symptomatic infection occurs more rapidly with Omicron than Delta. Further data is required to assess the duration of protection against hospitalisation.
Infection severity (adults)	Green	High	**Reduction in the relative risk of hospitalisation** Multiple laboratory studies indicate considerable change in phenotype including changes in cell entry and fusogenesis, although these cannot be directly correlated to virulence. Preliminary animal studies are consistent with reduced virulence. Iterated UK analyses (more than one study) find a reduction in the relative risk of hospitalisation for adult Omicron cases compared to Delta. This is consistent with data from South Africa. Available data suggests that the observed reduction in risk of hospitalisation in adults is likely to be partly a reduction in intrinsic severity of the virus and partly to protection provided by prior infection.
Infection severity (children)	Amber	Low	**Insufficient data** Increased numbers of hospital admissions in young children are reported in the UK and some other countries although early data suggests that admitted children are not severely unwell. Further analyses are required to compare the risk of hospitalisation between Omicron and Delta, and to assess the clinical nature of the illness in children.

* Refer to scale and confidence grading slide.

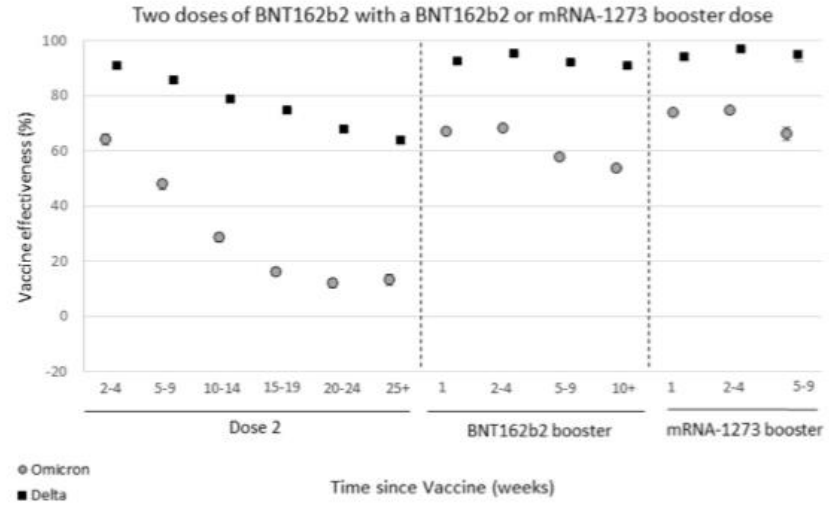
Figure 11. Vaccine effectiveness against symptomatic diseases by period after dose 1 and dose 2 for Delta (black squares) and Omicron (grey circles) for (a) recipients of 2 doses of AstraZeneca (ChAdOx1-S) vaccine as the primary course and Pfizer (BNT162b2) or Moderna (mRNA-1273) as a booster; (b) recipients of 2 doses of Pfizer vaccine as the primary course and Pfizer or Moderna as a booster, and (c) recipients of 2 doses of Moderna as a primary course (insufficient data for boosters after a Moderna primary course)

Supplementary data is not available for this figure.

(a)



(b)



(c)

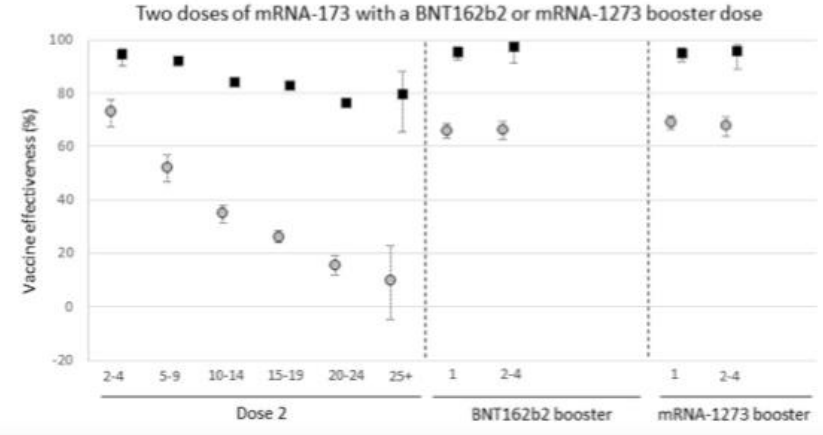


Table 2. Hazard ratios and vaccine effectiveness against hospitalisation (all vaccine brands combined). OR = odds ratio, HR = hazards ratio, VE = vaccine effectiveness

Dose	Interval after dose (weeks)	OR v symptomatic disease	HR vs hospitalisation	VE vs hospitalisation
1	4+	0.74 (0.72-0.76)	0.57 (0.38-0.85)	58% (37-72)
2	2 to 24	0.81 (0.8-0.82)	0.45 (0.36-0.56)	64% (54-71)
2	25+	0.94 (0.92-0.95)	0.6 (0.49-0.74)	44% (30-54)
3	2 to 4	0.32 (0.31-0.33)	0.26 (0.19-0.35)	92% (89-94)
3	5 to 9	0.42 (0.41-0.43)	0.29 (0.23-0.37)	88% (84-91)
3	10+	0.5 (0.49-0.51)	0.34 (0.26-0.44)	83% (78-87)

5.3 Publicaties en voorpublicaties over Omikron

LET OP: Voorpublicaties zijn voorlopige verslagen van studies die niet zijn gecertificeerd door collegiale toetsing. Ze mogen niet worden gebruikt als leidraad voor de klinische praktijk of voor gezondheidsgerelateerd gedrag en mogen niet in de nieuwsmedia worden gemeld als vaststaande informatie.

Pathofysiologie

Op basis van een genetische studie zeggen Kandeel et al. (2021) dat het mogelijk is, gezien de nauwe verwantschap
met de alfavariant, dat Omikron er al veel langer is dan gedacht wordt, ook al werd er een aparte monofyletische groep gecreëerd. Wei et al. (2021) identificeerden 45 puntmutaties die Omikron heeft verworven sinds de divergentie van de B.1.1 lijn. Zij ontdekten dat de spike-eiwitsequentie van Omikron aan een sterkere positieve selectie onderhevig was dan die van alle gerapporteerde SARS-CoV-2-varianten waarvan bekend is dat ze zich blijvend in menselijke gastheren ontwikkelen, wat wijst op de mogelijkheid van het overspringen naar een andere gastheer. **Samen suggereren hun resultaten dat de voorloper van Omikron van de mens op muizen is overgesprongen, snel mutaties heeft ontwikkeld die bevorderlijk zijn voor het infecteren van die gastheer en vervolgens weer op de mens is overgesprongen, wat voor de Omikronuitbraak wijst op een evolutionair traject dat verschillende soorten omvat**. Cameroni et al. (2021) lijken dit ook te bevestigen.

Zhao et al. (2021) onderzoeken de virologische kenmerken van de Omikronvariant en vergelijken die met de Deltavariant. De Omikronvariant plantte zich langzamer voort dan de Deltavariant in transmembrane serineprotease 2 (TMPRSS2)-overexpresserende VeroE6-cellen (VeroE6/TMPRSS2). Hun resultaten suggereren dat de **besmetting met de Omikronvariant niet wordt bevorderd door TMPRSS2, maar grotendeels wordt gemedieerd via de endocytische route. Het verschil in ingangsroute tussen de Omikron- en de Deltavariant kan gevolgen hebben voor de klinische verschijnselen of de ernst van de ziekte.**

In een voorpublicatie tonen Meng et al. (2021) een significant lagere infectiviteit aan van longorganoïden en Calu-3 longcellen die endogene niveaus van ACE2 en TMPRSS2 tot

expressie brengen, maar een vergelijkbare infectiviteit als Delta bij gebruik van H1299 longepitheelcellen. Belangrijk is dat de fusiebevorderende capaciteit van het spike-eiwit van Omikron is aangetast, hetgeen leidt tot een duidelijke vermindering van de vorming van syncytia. **Deze waarnemingen wijzen erop dat Omikron immuunontwijkende eigenschappen heeft verworven en mogelijkerwijs eigenschappen in verband met replicatie en pathogeniciteit heeft aangepast**.

In een voorpublicatie onderzochten Syed et al. (2022) mutaties in alle vier structurele eiwitten en ontdekten ze bij Omikron een 3 maal hogere vorming van de eiwitmantel en binnendringing in de cel dan bij Delta, een eigenschap die werd teweeggebracht door S- en N-eiwitmutaties. 38 antiserummonsters van personen die waren gevaccineerd met vaccins van Pfizer/BioNTech, Moderna en Johnson & Johnson en sera van herstelde, niet-gevaccineerde overlevenden van COVID-19 hadden een 15 maal lagere werkzaamheid om celtransductie door virusachtige deeltjes die de Omikronmutaties bevatten te voorkomen ten opzichte van het voorouderlijke B.1 spike-eiwit. Een derde dosis van het Pfizer-vaccin wekte aanzienlijk hogere neutralisatietiters tegen Omikron op, wat resulteerde in aantoonbare neutraliserende antilichamen bij 8 van de 8 proefpersonen, vergeleken met 1 van de 8 vóór de booster. Bovendien vertoonden de op monoklonale antilichamen (mAb) gebaseerde geneesmiddelen Casirivimab en Imdevimab een sterke neutralisatieactiviteit tegen virusachtige deeltjes van de B.1-, B.1.1- of Deltavariant, maar geen detecteerbare neutralisatie van virusachtige deeltjes van de Omikronvariant. **De resultaten suggereren dat Omikron efficiënter is bij de vorming van de eiwitmantel en het binnendringen van de cel dan Delta, en dat de antilichaamrespons die wordt opgewekt door de bestaande vaccins of een eerdere besmetting, althans vóór de boosterdosis, een beperkt vermogen zal hebben om Omikron te neutraliseren. Bovendien zullen sommige thans beschikbare mAb's niet bruikbaar zijn voor de behandeling van patiënten die besmet zijn met Omikron.**

Overdraagbaarheid

Gu et al. (2021) melden een geval van de Omikronvariant (B.1.1.529) van SARS-CoV-2 bij een asymptomatische, volledig gevaccineerde reiziger in een quarantainehotel in Hongkong (China). **De Omikronvariant werd ook gedetecteerd bij een volledig gevaccineerde reiziger die in een kamer aan de overkant van de gang van de indexpatiënt verbleef, wat wijst op overdracht ondanks strikte quarantainemaatregelen**.

In een voorpublicatie suggereren Pulliam et al. (2021) dat **de Omikronvariant in verband wordt gebracht met een aanzienlijk vermogen op populatieniveau om de immuniteit door een eerdere besmetting te omzeilen**. Er zijn daarentegen geen epidemiologische aanwijzingen voor immuunontsnapping op populatieniveau bij de beta- of Deltavariant. Deze bevinding heeft belangrijke gevolgen voor de planning van de volksgezondheid, met name in landen als Zuid-Afrika met een hoge mate van immuniteit door een eerdere besmetting.

In een voorpublicatie schatten Viana et al. (2021) dat Omikron in Gauteng (Zuid-Afrika) een groeivoordeel had van 0,24 (95% BI: 0,16-0,33) per dag ten opzichte van Delta. Dit komt overeen met een 5,4-voudige (95% BI: 3,1-10,1) wekelijkse toename van het aantal gevallen in vergelijking met Delta. Het groeivoordeel van Omikron is waarschijnlijk het gevolg van een grotere intrinsieke overdraagbaarheid van het virus ten opzichte van andere varianten, een groter vermogen dan andere varianten om eerder besmette en gevaccineerde personen te infecteren en via hen overgedragen te worden, of beide. Genotypische en fenotypische gegevens wijzen erop dat Omikron in staat is neutraliserende antilichaamresponsen in aanzienlijke mate te omzeilen, en modellering suggereert **dat immuunontsnapping een belangrijke drijvende kracht zou kunnen zijn achter de waargenomen transmissiedynamiek**. De verspreiding van Omikron in landen buiten zuidelijk Afrika moet nauwlettend in het oog worden gehouden om een beter inzicht te krijgen in de

overdraagbaarheid ervan en het vermogen van deze variant om zich te onttrekken aan de immuniteit na besmetting en de immuniteit als gevolg van vaccinatie. Neutraliserende antilichamen zijn slechts één bestanddeel van de immuunbescherming van vaccins en eerdere besmettingen, en **de cellulaire immuunrespons zal naar verwachting minder worden beïnvloed door de mutaties in Omikron**.

In een wiskundig model presenteren Chen et al. (2021) een uitgebreide kwantitatieve analyse van de infectiviteit van Omikron, doorbraakinfecties en de weerstand tegen antilichamen. Uit een model op basis van artificiële intelligentie, dat is getraind met tienduizenden experimentele datapunten en uitvoerig is gevalideerd door experimentele gegevens over SARS-CoV-2, blijkt **dat Omikron meer dan tien keer zo besmettelijk zou kunnen zijn als het oorspronkelijke virus of ongeveer twee keer zo besmettelijk als de Deltavariant**. Op basis van 132 driedimensionale (3D) structuren van antilichaam-RBD-complexen onthulden zij **dat Omikron mogelijk twee keer meer kans heeft om aan de huidige vaccins te ontsnappen dan de Deltavariant**. De door de Food and Drug Administration goedgekeurde mAb's van Eli Lilly kunnen ernstig op de helling komen te staan. Omikron kan ook de werkzaamheid van de mAb's van Celltrion en de Rockefeller Universiteit verminderen. Het effect ervan op de mAb-cocktail van Regeneron lijkt echter gering te zijn.

In een voorpublicatie hebben Plesner Lyngse et al. (2021) een schatting gemaakt van de transmissiedynamiek na de verspreiding van de zorgwekkende Omikronvariant binnen Deense huishoudens gedurende december 2021. Zij gebruikten gegevens uit Deense registers om de secundaire attack rate (SAR) van huishoudens te schatten. In 11.937 huishoudens (2.225 met de zorgwekkende Omikronvariant) stelden zij 6.397 secundaire infecties vast gedurende een opvolgingsperiode van 1-7 dagen. De SAR bedroeg 31% en 21% in huishoudens met respectievelijk de Omikron- en de Deltavariant. In vergelijking met volledig gevaccineerde personen stelden ze een verhoogde overdracht vast bij niet-gevaccineerden en een verminderde overdracht bij gevaccineerden die de boosterdosis hadden ontvangen. Wanneer ze huishoudens die besmet waren met de Omikronvariant vergeleken met huishoudens die besmet waren met de Deltavariant, vonden ze een 1,17 (95% BI: 0,99-1,38) maal hogere SAR voor niet-gevaccineerden, een 2,61 (95% BI: 2,34-2,90) maal hogere voor volledig gevaccineerden en een 3,66 (95% BI: 2,65-5,05) maal hogere voor gevaccineerden die de boosterdosis hadden ontvangen, hetgeen sterk bewijs levert voor immuunontsnapping van de zorgwekkende Omikronvariant. **Hun bevindingen bevestigen dat de snelle verspreiding van de zorgwekkende Omikronvariant in de eerste plaats kan worden toegeschreven aan de immuunontsnapping en niet zozeer aan een inherente toename van de overdraagbaarheid.**

Ernst

Mahase (24/12/2021) zegt dat iemand die besmet is met de Omikronvariant van SARS-CoV-2 naar schatting tussen 31% en 45% minder kans heeft om op de spoedafdeling te belanden dan bij besmetting met de Deltavariant en 50-70% minder kans om in het ziekenhuis te worden opgenomen, zo blijkt uit een analyse van het Britse Health Security Agency[4]. Dit agentschap gaf echter aan dat de bevindingen, die mensen met een eerdere SARS-CoV-2-infectie uitsluiten, **slechts voorlopig en zeer onzeker zijn** vanwege het kleine aantal ziekenhuisopnames bij Omikron, het onvermogen om alle eerdere infecties effectief te meten, en de beperkte verspreiding van Omikron in oudere leeftijdsgroepen. Ook werd benadrukt dat, hoewel een kleiner deel van de mensen met Omikron in het ziekenhuis zou kunnen belanden

[4] UK Health Security Agency. SARS-CoV-2 variants of concern and variants under investigation in England: technical briefing 33. Dec. 2021. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1043680/technical-briefing-33.pdf.

dan bij eerdere varianten, **het werkelijke aantal dat ernstig ziek wordt en ziekenhuiszorg nodig heeft enorm kan zijn door de grotere overdraagbaarheid van de variant**. Binnen 28 dagen na een Omikrondiagnose werden er **14 overlijdens gemeld, op leeftijden variërend van 52 tot 96 jaar**. Uit de analyse, die op 23 december werd gepubliceerd, bleek ook dat er bij Omikron **een grotere kans was dan bij eerdere varianten op herbesmetting van mensen die eerder COVID-19 hadden gehad: 9,5% van de besmette personen hadden een voorgeschiedenis van eerdere besmetting**. Wat de doeltreffendheid van de vaccins betreft, wordt in het Britse rapport gezegd dat de **gegevens nog steeds een lagere doeltreffendheid tegen symptomatische Omikron laten zien**. Er zijn aanwijzingen dat, hoewel twee vaccindosissen minder effectief zijn tegen Omikron dan tegen de voorheen dominante Deltavariant, **een boosterdosis de bescherming verbetert. Deze extra bescherming neemt mogelijk echter sneller af tegen Omikron dan tegen Delta, met een daling van 15-25% vanaf 10 weken na de booster**. Het is nog te vroeg om de doeltreffendheid van de vaccins tegen ziekenhuisopname in te schatten, maar het agentschap zei dat de kans groter was dat deze aanhield, vooral na een booster. De bevindingen van het agentschap komen overeen met drie recente, nog niet collegiaal getoetste studies van onderzoekers in Engeland, Schotland en Zuid-Afrika, die alle tot de conclusie kwamen **dat Omikron een lager risico op ziekenhuisopname met zich meebracht dan Delta** (WHO-rapport 50, 2021; Sheikh et al., 2021; Wolter et al., 2021; Christie, 2021).

In een voorpublicatie hebben Ahmad et al. (2021) een realtime aanvoer van Omikronmonsters gehaald uit ziekenhuizen in Greater Manchester, een gebied in het VK met een bevolkingsomvang van ongeveer drie miljoen personen. De Omikronmonsters van de ziekenhuizen nemen exponentieel toe in heel Greater Manchester (verdubbelingstijd 2,7 dagen (95% BI: 2,1 tot 3,7)). Het aandeel van Omikron in de monsters uit de ziekenhuizen volgt een gelijkaardige curve als het SGTF-aandeel in de gevallen, maar met een vertraging van twee dagen. Dit komt overeen met de tijd die verstrijkt tussen de positieve test en de ziekenhuisopname, **hetgeen impliceert dat een vergelijkbaar percentage Omikrongevallen in een ziekenhuisopname uitmondt als Deltagevallen**. Bij vergelijking van de gegevens van Greater Manchester met de nationale gegevens over ziekenhuisopnames worden gelijkaardige tendensen zichtbaar. **Er zijn derhalve geen aanwijzingen dat het risico op ziekenhuisopname bij Omikron aanzienlijk afneemt, en Omikron-epidemieën zullen waarschijnlijk een zware belasting vormen voor de infrastructuur van de gezondheidszorg**. Sommige studies suggereren dat Omikron minder ernstig is dan Delta, waarbij de ernst van Omikron 20% tot 80% lager wordt ingeschat. **Hoewel dit een aanzienlijke vermindering van de ernst van de ziekte betekent, zal deze niet substantieel genoeg zijn om de druk op de reeds onder druk staande gezondheidszorgsystemen weg te nemen**.

Immunologische gegevens

Wang et al. (2021) gaven aan dat de gemiddelde neutralisatie-ED50 van de sera tegen Omikron daalde tot 66, wat ongeveer 8,4-voudig is in vergelijking met de referentiestam D614G (ED50 = 556), terwijl de neutralisatie-activiteit van andere zorgwekkende of belangwekkende varianten van pseudovirussen slechts ongeveer 1,2-4,5-voudig daalde. De bevindingen van deze in-vitrotest suggereren dat de **Omikronvariant kan leiden tot een grotere ontsnapping aan de immuunbescherming die door eerdere SARS-CoV-2-infecties en misschien zelfs door de bestaande COVID-19-vaccins is opgewekt**.

In een voorpublicatie hebben Aggarwal et al. (2021) de impact van een besmetting met Omikron beoordeeld op het vermogen van serum van gevaccineerde en/of eerder geïnfecteerde personen, geconcentreerd humaan IgG van plasmadonoren en goedgekeurde mAb-therapieën om het virus in vitro te neutraliseren. Er was een 17- tot 22-voudige

vermindering in de neutralisatietiters bij alle donoren met een aantoonbare neutraliserende antistoftiter tegen de Omikronvariant. Geconcentreerd gebundeld menselijk IgG van herstelde en gevaccineerde donoren vertoonde een grotere mate van neutralisatie, hoewel het vermogen nog steeds 16-voudig was verlaagd. Van alle geteste therapeutische antilichamen werd enkel een significante neutralisatie van de Omikronvariant waargenomen voor Sotrovimab, waarbij andere mAb's niet in staat waren om Omikron in vitro te neutraliseren. **Deze resultaten hebben implicaties voor de lopende behandeling van personen die besmet zijn met de Omikronvariant**.

In een voorpublicatie laten Cele et al. (2021) zien dat een hoog neutralisatievermogen, opgewekt door een combinatie van besmetting en vaccinatie, en eventueel een booster, **redelijk effectief zou kunnen blijven tegen Omikron**. Een afnemende neutralisatierespons zal de effectiviteit van de vaccins waarschijnlijk tot onder deze ramingen doen dalen. **Aangezien de bescherming tegen ernstige ziekte echter lagere neutralisatieniveaus vereist en T-celimmuniteit impliceert, wordt deze bescherming mogelijk in stand gehouden.**

In een voorpublicatie geven Wilhelm et al. (2021) aan dat, in tegenstelling tot de momenteel circulerende Deltavariant, **het neutralisatievermogen van vaccin-geïnduceerde sera tegen Omikron sterk verminderd was, wat wijst op T-cel-gemedieerde immuniteit als essentiële barrière om ernstige COVID-19 te voorkomen**. Aangezien de Omikronvariant van SARS-CoV-2 resistent was tegen casirivimab en imdevimab, kan genotypering van SARS-CoV-2 nodig zijn voordat met de behandeling met een mAb wordt begonnen. Variantspecifieke vaccins en mAb-agentia kunnen nodig zijn voor de behandeling van COVID-19 als gevolg van Omikron en andere opkomende zorgwekkende varianten.

In een voorpublicatie hebben Redd et al. (2021) onderzocht of de eerder geïdentificeerde virale epitopen waar CD8+ T-cellen zich bij deze personen op richten (n=52 verschillende epitopen) gemuteerd zijn in de recent beschreven zorgwekkende Omikronvariant (n=50 mutaties). Binnen deze populatie bevatte slechts één laag prevalente epitoop van het spike-eiwit, beperkt tot twee HLA-allelen en gevonden bij 2/30 (7%) van de personen, een enkele aminozuurverandering die geassocieerd wordt met de zorgwekkende Omikronvariant. **Deze gegevens suggereren dat vrijwel alle personen met bestaande anti-SARS-CoV-2 CD8+ T-celresponsen de zorgwekkende Omikronvariant zouden moeten herkennen, en dat SARS-CoV-2 op dit moment geen grote T-cel-ontsnappingsmutaties heeft ontwikkeld**.

In een voorpublicatie tonen Schubert et al. (2021) aan dat Omikron-RBD een zwakkere binding aan ACE2 vertoonde in vergelijking met beta en Delta, en betogen ze dat een verbeterde ACE2-binding geen waarschijnlijke drijfveer is voor de evolutie van Omikron. De antilichaamtiters in serum tegen Omikron-RBD waren aanzienlijk lager dan tegen de oorspronkelijke Wuhan-stam. Er werd echter een verschil van 2,5 maal waargenomen in de RBD-binding, terwijl in andere studies de neutralisatie van de Omikronvariant van SARS-CoV-2 met een factor 10 en meer werd verminderd. Deze resultaten wijzen op een immuunontsnapping gericht op neutraliserende antilichamen. **De verminderde binding van sera aan Omikron-RBD levert bijkomend bewijs dat de huidige vaccinatieprotocollen mogelijk minder efficiënt zijn tegen de Omikronvariant.**

In een voorpublicatie onderzochten Carreno et al. (2021) de neutraliserende en bindende activiteit van sera van herstelde personen, dubbel gevaccineerden met mRNA, personen die een mRNA-booster hadden ontvangen en herstelde dubbel gevaccineerden en herstelde geboosterde personen tegen wild-type, B.1.351 en B.1.1.529 (Omikron) SARS-CoV-2-isolaten. De neutraliserende activiteit van sera van herstelde en dubbel gevaccineerde deelnemers was niet aantoonbaar tot zeer laag tegen B.1.1.529, terwijl de neutraliserende

activiteit van sera van personen die drie of vier keer aan spike-eiwit waren blootgesteld, gehandhaafd bleef, zij het op sterk verlaagde niveaus. De binding aan het receptorbindend domein (RBD) en het N35-terminale domein bij B.1.1.529 was verminderd bij niet gevaccineerde herstelde personen, maar bleef grotendeels behouden bij gevaccineerde personen. **Belangrijk is dat deze gegevens bijdragen tot het groeiende bewijsmateriaal dat suggereert dat specifieke vaccins voor B.1.1.529 dringend noodzakelijk zijn**.

In een voorpublicatie vonden Lu et al. (2021) dat immuunsera van BNT162b2- en Coronavac-ontvangers aanzienlijk verminderde neutraliserende antilichaamtiters hadden tegen de Omikronvariant. Er was geen statistisch significant verschil tussen de geometrische gemiddelde neutralisatietiters tegen stammen van de Omikronvariant met of zonder spike R346K-mutatie. Deze gegevens suggereren ook **dat de Omikronvariant in verband zou kunnen worden gebracht met een lagere effectiviteit van de COVID-19-vaccins**.

In een voorpublicatie vergeleken Lechemere et al. (2021) neutraliserende antilichaamresponsen tussen niet-gevaccineerde en dubbel tegen COVID-19 gevaccineerde personen (zowel met AZD1222 als met BNT162b2) die besmet zijn met de Deltavariant (B.1.617.2). Een snelle productie van spike-reactief IgG werd waargenomen in de gevaccineerde groep, wat bewijs levert voor een doeltreffende "priming" door het vaccin. In het algemeen **werd een krachtige kruisneutraliserende activiteit tegen de huidige zorgwekkende varianten van SARS-CoV-2 waargenomen in de groep met doorbraakinfectie in vergelijking met de groep met infectie, inclusief neutralisatie van de Omikronvariant (B.1.1.529)**. Deze studie biedt belangrijke inzichten in de immuniteit van de bevolking wanneer de transmissieniveaus hoog blijven en in de context van nieuwe of opkomende zorgwekkende varianten.

Effectiviteit van de booster

Garcia-Beltran et al. (2022) maten het neutraliserend vermogen van sera van vaccinontvangers van 88 mRNA-1273, 111 BNT162b en 40 Ad26.COV2.S tegen pseudovirussen van de wild-type-, de Delta- en de Omikronvariant van SARS-CoV-2. Hun onderzoek omvatte personen die hun primaire reeks recent (<3 maanden) of langer geleden (6-12 maanden) hadden gekregen, of een extra "boosterdosis" hadden gekregen, waarbij rekening werd gehouden met een eerdere SARS-CoV-2-infectie. Opmerkelijk was dat de neutralisatie van Omikron bij de meeste gevaccineerden niet aantoonbaar was. Bij personen die een boosterdosis van een mRNA-vaccin gekregen hadden, was de neutralisatie van Omikron echter krachtig, slechts 4-6 maal lager dan bij de wild-type-variant, wat wijst op een verhoogde kruisreactiviteit van neutraliserende antilichaamresponsen. Bovendien vonden zij dat het Omikron-pseudovirus efficiënter infecteert dan andere geteste varianten. **In het algemeen wijst deze studie op het belang van extra dosissen van de mRNA-vaccins om de neutraliserende antilichaamresponsen tegen sterk uiteenlopende SARS-CoV-2-varianten te vergroten. Twee dosissen van op mRNA gebaseerde vaccins leiden tot een gebrekkige neutralisatie van Omikron. Drie dosissen van een mRNA-vaccin veroorzaken een krachtige kruisneutralisatie van varianten, waaronder Omikron. Het Omikron-pseudovirus infecteert cellen efficiënter dan andere SARS-CoV-2-varianten.** Vanwege de aanwezigheid van B- en T-geheugencelresponsen bij gevaccineerde personen, en omdat 80% van de epitopen in het spike-eiwit die door CD8+ T-cellen worden herkend, niet worden beïnvloed door Omikronmutaties, kunnen twee dosissen toch bescherming bieden tegen ernstige ziekte (Ledford, 2022).

In een recente praktijkstudie van de CDC constateerden Thompson et al. (CDC, 21/01/2022) dat de vaccineffectiviteit significant hoger lag bij patiënten die hun tweede dosis van het mRNA-vaccin tegen COVID-19 hadden gekregen <180 dagen voor de medische afspraak,

vergeleken met degenen die ≥180 dagen eerder waren gevaccineerd. Zowel tijdens de periode dat Delta de dominante variant was als toen dit Omikron was, was de ontvangst van een derde vaccindosis zeer effectief in het voorkomen van medische contacten in verband met COVID-19 die bestonden uit een beroep op de spoedafdeling of dringende medische hulp (respectievelijk 94% en 82%) en van ziekenhuisopnames wegens COVID-19 (respectievelijk 94% en 90%) voor volwassenen. Zij concludeerden dat alle niet-gevaccineerden zo snel mogelijk met de vaccinatie moeten beginnen. Alle volwassenen die tijdens hun primaire COVID-19-vaccinatiereeks mRNA-vaccins hebben gekregen, moeten een derde dosis krijgen wanneer ze daarvoor in aanmerking komen, en personen die in aanmerking komen, moeten up-to-date blijven met hun COVID-19-vaccinaties.

In een voorpublicatie tonen Ai et al. (2021) aan dat Omikron wellicht eerder aan de door vaccins geïnduceerde immuunbescherming ontsnapt dan prototypes en andere zorgwekkende varianten. Na twee dosissen van vaccins op basis van geïnactiveerd heel virion als "priming"-injectie, zouden **een derde heteroloog eiwitsubunitvaccin en een homoloog geïnactiveerd boostervaccin de neutralisatie tegen Omikron kunnen verbeteren**.

In een voorpublicatie tonen Nemet et al. (2021) een lage neutralisatie-efficiëntie van de vaccins aan tegen Delta en wild type meer dan 5 maanden na de tweede dosis van BNT162b2, en geen neutralisatie-efficiëntie tegen Omikron. We tonen het belang aan van een derde dosis, door **een 100-voudige toename aan te tonen van de neutralisatie-efficiëntie tegen Omikron na een derde dosis, met een 4-voudig verminderde neutralisatie in vergelijking met die tegen de de zorgwekkende Deltavariant**. De duurzaamheid van het effect van de derde dosis moet nog worden vastgesteld.

In een voorpublicatie beoordelen Doria-Rose et al. (2021) het potentiële risico van deze variant voor bestaande vaccins. Serummonsters van ontvangers van mRNA-1273-vaccins werden getest op neutraliserende activiteit tegen Omikron en vergeleken met neutralisatietiters tegen D614G en beta in tests met levende virussen en pseudovirussen. Omikron was 41-84 maal minder gevoelig voor neutralisatie dan D614G en 5,3-7,4 maal minder gevoelig dan beta bij tests met serummonsters die 4 weken na 2 standaardinentingen met 100 µg mRNA-1273 werden verkregen. **Een booster van 50 µg verhoogde de neutralisatietiters tegen Omikron en kan het risico op symptomatische doorbraakinfecties aanzienlijk verminderen**.

In een voorpublicatie laten Schmidt et al. (2021) zien dat Omikron een vergelijkbare verdeling van sequentieveranderingen en neutralisatieresistentie vertoont als een in het laboratorium ontworpen neutralisatieresistent spike-eiwit, wat wijst op een natuurlijke evolutionaire druk om de menselijke antilichaamrespons te omzeilen. **De momenteel beschikbare mRNA-boostervaccins, die de affiniteitmaturatie van de antilichamen kunnen bevorderen, verbeteren de SARS-CoV-2-neutraliserende antilichaamtiters aanzienlijk.**

In een voorpublicatie hebben Gruell et al. (2021) het neutraliserend vermogen van serum in longitudinale cohorten van gevaccineerde en herstelde personen beoordeeld, evenals de mAb-activiteit tegen Omikron, met behulp van pseudovirus-neutralisatietests. Zij melden een vrijwel volledig gebrek aan neutraliserende activiteit tegen Omikron in polyklonale sera na twee dosissen van het BNT162b2-vaccin bij herstelde personen, en resistentie tegen verschillende monoklonale antilichamen in een klinische context. De toediening van mRNA-boostervaccins bij gevaccineerde en herstelde personen resulteerde echter in een aanzienlijke toename van de neutraliserende activiteit van het serum tegen Omikron. **De studie toont aan dat boostervaccinaties van cruciaal belang zullen zijn om de humorale immuunrespons tegen de Omikronvariant aanzienlijk te verbeteren.**

In een voorpublicatie vergelijken Amir et al. (2021) de effectiviteit in de praktijk van een recente boosterdosis met die van een recente vaccinatie met 2 dosissen. Zij voeren een quasi-experimentele studie uit waarin populaties worden vergeleken die op verschillende tijdstippen in aanmerking kwamen om het vaccin te ontvangen als gevolg van een leeftijdsgrensbeleid. **Uit de analyse blijkt dat een recente booster de bescherming tegen een bevestigde besmetting met een factor 3,7 (95% BI: 2,7 tot 5,2) verhoogt in vergelijking met een recente vaccinatie met 2 dosissen in Israël**.

In een voorpublicatie laten Eggink et al. (2021) in Nederland een grote afname zien in de bescherming van de vaccin- of infectie-geïnduceerde immuniteit tegen SARS-CoV-2-infecties veroorzaakt door de Omikronvariant in vergelijking met de Deltavariant. Dit is in overeenstemming met in-vitrostudies die een 30- tot 40-voudige vermindering aantoonden van de neutralisatie van de Omikronvariant met sera van herstelde of volledig gevaccineerde personen. De boostervaccinatie lijkt een kleinere vermindering van de neutralisatiegevoeligheid te vertonen. In het VK werd een aanzienlijke vermindering opgetekend van de doeltreffendheid van de vaccins tegen besmetting met de Omikronvariant na de primaire vaccinatie in vergelijking met Delta. Na de boostervaccinatie nam de doeltreffendheid van het vaccin tegen besmetting met Omikron toe, maar lag deze nog steeds lager dan voor Delta. Uit hun gegevens blijkt een OR van ongeveer 5, wat wijst op een significante vermindering van de vaccineffectiviteit. **Dit onderstreept de dringende noodzaak van een herhalingsvaccinatie en zal het opleggen van niet-farmaceutische maatregelen** rechtvaardigen om een overbelasting van de ziekenhuizen te voorkomen indien de ernst van COVID-19 niet in grote mate afneemt.

In een voorpublicatie geven Gardner en Kilpatrick (2021) een overzicht van enkele studies en komen ze tot de conclusie dat **er onvoldoende gegevens waren om de vaccineffectiviteit voor één enkel vaccin over de varianten heen te schatten**, vooral voor de hogere niveaus van immuunontsnapping (>7-voudige vermindering van neutraliserende antilichaamtiters) die zijn waargenomen bij de Omikronvariant (40 maal hoger). In plaats daarvan maakten zij gebruik van de variatie tussen vaccins en virusvarianten om de relatie tussen vaccineffectiviteit en de neutraliserende antilichaamtiter te schatten over een bereik van een 30 tot 100-voudige vermindering van de neutraliserende antilichaamtiter. **Omikron verhoogde het risico op ziekenhuisopname vier tot vijf maal en het risico van symptomatische ziekte zeven tot tien maal voor personen die met mRNA waren gevaccineerd**, met vergelijkbare relatieve effecten voor recent gevaccineerden of personen met afgenomen antilichaamtiters. **Een derde dosis herstelde de titer en de bescherming tot niveaus vergelijkbaar met afgenomen immuniteit tegen Delta**. Over het geheel genomen blijkt uit deze analyses dat de doeltreffendheid van de vaccins tegen ernstige ziekte aanzienlijk verminderd is voor personen met een afgenomen immuniteit, en dat de bescherming tegen besmetting, symptomatische ziekte en overdracht bijna is opgeheven. **De derde dosis vermindert deze afname van de immuniteit aanzienlijk, maar herstelt de bescherming slechts tot een niveau dat vergelijkbaar is met de afgenomen bescherming tegen de Deltavariant**. De invasie van Omikron zal waarschijnlijk leiden tot een groot aantal besmettingen en ziekenhuisopnames, tenzij de immuniteit op grote schaal wordt versterkt.

In een voorpublicatie analyseren Levine-Tiefenbrun et al. (2021) de Ct-waarden van SARS-CoV-2 qRT-PCR-tests van meer dan 22.000 besmettingen tijdens de dominante periode van de Deltavariant in Israël. Zij ontdekten dat de effectiviteit van de vermindering van de virale belasting binnen enkele maanden na de boosterdosis aanzienlijk afneemt. Gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht en kalenderdatum, stegen de Ct-waarden van het RdRp-gen aanvankelijk met 2,7 [BI: 2,3-3,0] ten opzichte van niet-gevaccineerden in de eerste maand na de boosterdosis, **maar daarna nam het verschil af tot 1,3 [BI: 0,7-1,9] in de tweede maand**

en werd het klein en niet-significant in de derde en vierde maand. De snelheid en omvang van deze afname van de effectiviteit om de virale belasting te verminderen na de boostervaccinatie komen overeen met die welke na het tweede vaccin zijn waargenomen. Deze resultaten wijzen op een snelle afname van de effectiviteit van de booster voor het verminderen van de besmettelijkheid, wat de verspreiding van het virus op gemeenschapsniveau zou kunnen beïnvloeden.

Vaccineffectiviteit tegen besmetting en doorbraakinfecties

In een voorpublicatie tonen Hansen et al. (2021) originele onderzoeksresultaten met vroege schattingen uit Deense nationale databanken van de **doeltreffendheid van de vaccins tegen infectie** met de nieuwe Omikronvariant (B.1.1.529) van SARS-CoV-2 tot vijf maanden na een primaire vaccinatiereeks met de vaccins BNT162b2 of mRNA-1273. De studie levert bewijs van bescherming tegen infectie met de Omikronvariant na voltooiing van een primaire vaccinatiereeks met de vaccins BNT162b2 of mRNA-1273. Zij vonden met name een vaccineffectiviteit tegen de Omikronvariant van 55,2% (95% BI: 23,5 tot 73,7%) en 36,7% (95% BI: -69,9 tot 76,4%) voor de vaccins BNT162b2 en mRNA-1273, respectievelijk, in de eerste maand na de primaire vaccinatie. De effectiviteit van de vaccins is echter aanzienlijk lager dan tegen besmetting met de Deltavariant en neemt snel af na slechts enkele maanden. Na hervaccinatie met het BNT162b2-vaccin (54,6%, 95% BI: 30,4% tot 70,4%) wordt de vaccineffectiviteit hersteld.

In een voorpublicatie illustreren Goga et al. (2021) meer doorbraakinfecties maar geruststellend minder ernstige COVID-19 bij Omikron. De herbesmettingen en eerste besmettingen door Omikron waren waarschijnlijk het gevolg van een hoge seroprevalentie van de bevolking tegen SARS-CoV-2, de afnemende effectiviteit van de vaccins na verloop van tijd, de grotere infectiviteit van Omikron, immuunontsnapping van Omikron of een combinatie hiervan en moeten verder worden onderzocht. De opvolging van dit cohort zal worden voortgezet en de verslagen zullen worden bijgewerkt naarmate de tijd voorbijgaat en de besmettingen toenemen. In totaal werden 40.538 doorbraakinfecties waargenomen, waarvan 609 tijdens de betaperiode, 22.279 tijdens de Deltaperiode en 17.650 tijdens de Omikronperiode. Tegen 15 december 2021 waren de dagelijkse besmettingen tijdens de Omikronperiode drie keer zo hoog als tijdens de piek van de Deltaperiode. Anders dan bij Delta was er bij Omikron echter een duidelijke en vroege ontkoppeling van de ziekenhuisopnames en de besmettingen als percentage van de piekcurves van Delta. Omikron besmette een aanzienlijk groter aantal zorgverleners in de leeftijdsgroep van 18-30 jaar dan in de leeftijdsgroep van 55-plussers. Er waren 1.914 ziekenhuisopnames naar aanleiding van doorbraakinfecties – 77, 1.429 en 408 in respectievelijk de beta- (89 dagen), de Delta- (180 dagen) en de Omikronperiode (30 dagen). Tijdens Omikron had 91% van de opgenomen zorgverleners algemene ziekenhuiszorg nodig, 6% verhoogde zorg en 3% intensieve zorg, vergeleken met 89% algemene ziekenhuiszorg, 4% verhoogde zorg en 7% intensieve zorg tijdens Delta en 78% algemene ziekenhuiszorg, 7% verhoogde zorg en 16% intensieve zorg tijdens beta ($p<0,001$). Tijdens beta en Delta had 43% van de gehospitaliseerde zorgverleners extra zuurstof nodig en 7-8% beademing, vergeleken met respectievelijk 16% en 0,2% tijdens de Omikronperiode ($p<0,001$). De mediane duur van de ziekenhuisopname was significant lager bij Omikron dan bij beta en Delta (3 dagen tegenover 5-6 dagen, $p<0,001$).

Bates et al. (2021) tonen een aanzienlijke versterking aan van de humorale immuniteit na een doorbraakinfectie, ondanks een overwegend milde ziekte. De versterking was het meest uitgesproken voor IgA, mogelijk als gevolg van de verschillen in blootstellingsroute tussen vaccinatie en natuurlijke besmetting. Bovendien vertoonden de sera na een doorbraakinfectie een verbeterde kruisneutralisatie van de varianten, en was er vooral na een doorbraakinfectie

met Delta een verbeterde werkzaamheid tegen Delta in vergelijking met WA1, wat suggereert dat de beschermende immuunrespons kan worden verbreed door de ontwikkeling van variantboosters met antigene inserts die overeenkomen met de opkomende SARS-CoV-2-varianten. De beperkingen van deze studie zijn onder meer het kleine aantal monsters en het tijdsverschil tussen de eerste vaccinatie en de verzameling van de sera in de doorbraak- en de controlegroep. **Er zijn nieuwe aanwijzingen voor de ontwikkeling van antilichaamresponsen met kruisneutralisatie van varianten**.

Omikron en kinderen

In een voorpublicatie beschrijven Cloete et al. (2021) de snelle toename van pediatrische COVID-19-geassocieerde ziekenhuisopnames in het district Tshwane in de provincie Gauteng van Zuid-Afrika – een van de eerste bekende epicentra van de nieuwe Omikronvariant van het SARS-CoV-2-virus. Het klinische beeld en de sterke stijging van het aantal positieve gevallen en ziekenhuisopnames bij kinderen worden gedetailleerd beschreven vanuit het perspectief van een groot Zuid-Afrikaans gezondheidsdistrict, waardoor een breed overzicht wordt gegeven van de invloed van de Omikronvariant op de pediatrische populatie. Gedurende een periode van zes weken werden er in het district Tshwane 6.287 pediatrische (≤19 jaar) gevallen van COVID-19 geregistreerd, waarvan er 462 (7,2%) werden opgenomen in 42 ziekenhuizen (18% van alle opnames). Het aantal pediatrische gevallen was hoger dan tijdens de vorige 3 golven en lag vreemd genoeg voor op de ziekenhuisopnames bij volwassenen. Van de 75 virusmonsters uit het district was 99% Omikron. Gedetailleerde klinische informatie verkregen van 139 (76%) van de 183 opgenomen kinderen (≤13 jaar; inclusief alle ziekenhuisopnames in de openbare sector) toonde aan dat jonge kinderen (0-4 jaar) het meest getroffen waren (62%). De symptomen omvatten koorts (47%), hoest (40%), braken (24%), ademhalingsmoeilijkheden (23%), diarree (20%) en stuiptrekkingen (20%). De duur van het verblijf in het ziekenhuis was kort (gemiddeld 3,2 dagen), en in 44% was COVID-19 de primaire diagnose. **De meeste kinderen kregen algemene ziekenhuiszorg (92%) en 31 kinderen (25%) kregen zuurstoftherapie. Zeven kinderen (6%) werden beademd en vier kinderen overleden, allemaal in verband met complexe onderliggende copathologieën**. Alle kinderen en de meeste ouders van wie gegevens beschikbaar waren, waren niet gevaccineerd. De snelle toename van pediatrische COVID-19-gevallen en ziekenhuisopnames weerspiegelen een hoge lokale overdracht van SARS-CoV-2 (Omikronvariant) in het district Tshwane in Zuid-Afrika. Om de langetermijngevolgen van de Omikronvariant voor kinderen te begrijpen, is verdere monitoring nodig.

De onderzoekers waarschuwen echter nogmaals **dat dit niet noodzakelijkerwijs betekent dat kinderen kwetsbaarder zijn voor Omikron dan voor Delta of andere varianten**. Deskundigen merken op dat kinderen minder vaak besmet zijn met het coronavirus en minder vaak gevaccineerd zijn dan volwassenen, wat betekent dat hun reeds bestaande immuniteit niet zo hoog is. Het hogere percentage ziekenhuisopnames bij kinderen **in de eerste stadia van een uitbraak kan ook te maken hebben met een grotere ziekenhuiscapaciteit, waardoor een kind dat anders naar huis zou worden gestuurd, ter observatie kan worden opgenomen** (Ledford, 2021).

CONCLUSIES

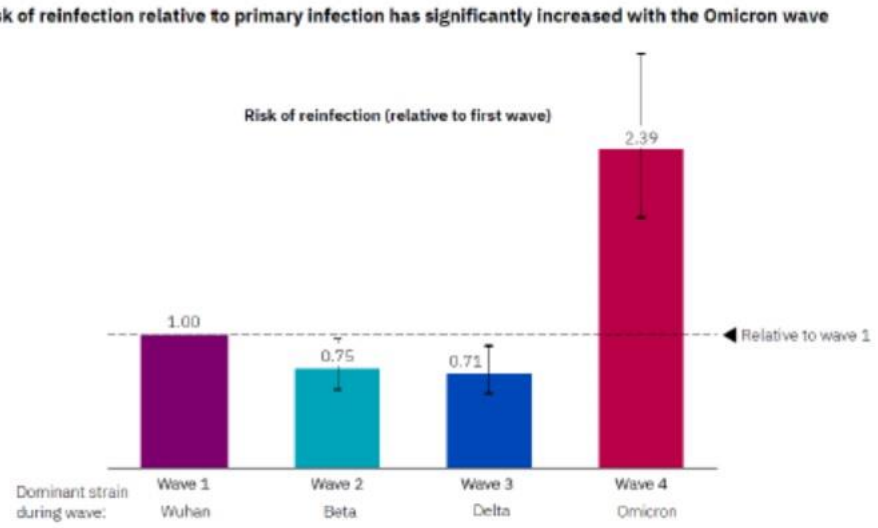
In dit stadium van onze kennis

Overdraagbaarheid

Voorlopig wijzen alle studies erop dat de zorgwekkende Omikronvariant een groeivoordeel heeft in vergelijking met andere varianten, waaronder de zorgwekkende Deltavariant. Iedereen die besmet is met Omikron kan het virus verspreiden naar anderen, zelfs als men gevaccineerd is of geen symptomen heeft.

Omikron zou meer dan tien keer besmettelijker kunnen zijn dan het oorspronkelijke virus of ongeveer 2-3 keer besmettelijker dan de Deltavariant. Het aantal gevallen van Omikron verdubbelt om de twee tot vier dagen – een veel kortere tijd dan Delta nodig had om te verdubbelen. Bij Omikron was de kans op besmetting binnen het huishouden 3,2 keer zo groot als bij Delta.

Er is voldoende bewijs van **een verminderde immuniteit tegen Omikron na een eerdere besmetting met SARS-CoV-2** in vergelijking met Delta, op basis van zowel in-vitro-neutralisatiestudies als epidemiologische evaluaties (Sciensano, 03/01/2022).



De snelle verspreiding van de zorgwekkende Omikronvariant kan in de eerste plaats worden toegeschreven aan de immuunontsnapping en niet zozeer aan een inherente toename van de overdraagbaarheid.

Ernst

De gegevens over de symptomen van een besmetting met Omikron zijn nog beperkt, **maar lijken erop te wijzen dat deze bij de meeste patiënten overeenkomen met die van een gewone verkoudheid**. Er zijn ook recente aanwijzingen dat Omikron de neiging heeft zich niet zo diep in de longen in te graven als eerdere varianten (Sciensano, 03/01/2022).

Uit steeds meer gegevens uit Zuid-Afrika, Denemarken en het VK blijkt dat het risico op ziekenhuisopname bij Omikron 15-80% lager ligt dan bij Delta.

- Het Zuid-Afrikaanse Nationale Instituut voor Overdraagbare Ziekten heeft vastgesteld dat er bij vermoedelijke gevallen van Omikron 80% minder kans was op hospitalisatie, maar de analyse houdt geen rekening met de vaccinatiestatus. Niettemin is het aantal sterfgevallen in Zuid-Afrika in de week eindigend op 28 november 2021 bijna verdubbeld ten opzichte van de voorgaande periode van zeven dagen toen een nieuwe variant van het coronavirus zich over het land verspreidde. De stijging, die slechts betrekking heeft op de gegevens van één week, staat in contrast met de gegevens over de ziekenhuisopnames, waaruit blijkt dat de meeste opgenomen patiënten milde vormen van het coronavirus hebben. https://www.samrc.ac.za/reports/report-weekly-deaths-south-africa

- Uit een rapport van het *Imperial College* in Londen bleek dat mensen die besmet waren met Omikron in vergelijking met de Deltavariant 40-45% minder kans hadden om voor een nacht of langer in het ziekenhuis te worden opgenomen, terwijl uit een grote analyse van het Britse *Health Security Agency* bleek dat zij 50-70% minder kans hebben om ziekenhuiszorg nodig te hebben.

- Uit voorlopig onderzoek van *Public Health Scotland* bleek dat mensen die in november en december 2021 besmet waren met de Omikronvariant ongeveer twee derde minder kans hadden om in het ziekenhuis te worden opgenomen dan bij de Deltavariant.

- Uit gegevens uit Denemarken blijkt dat mensen die positief testten op Omikron drie keer minder kans hadden om in het ziekenhuis te worden opgenomen.

Gezien de zeer hoge besmettelijkheid van Omikron en de Belgische vaccinatiegraad voor de derde dosis, betekent een lagere ernst van deze variant niet dat de ziekenhuizen (niet noodzakelijk intensieve zorgafdelingen) en de eerste lijn de komende weken en maanden niet zwaar onder druk zullen komen te staan (SIMID, 05/01/2022).

Vaccinatie

Deze voorlopige gegevens met betrekking tot de neutralisatie wijzen erop dat er **mogelijk sprake is van een verminderde doeltreffendheid van de vaccins, met name voor het voorkomen van besmetting**. De resultaten moeten echter worden bevestigd met grotere steekproeven en door meer laboratoria voor patiënten met verschillende klinische profielen (merk van vaccin, extra dosissen, ernst van de besmetting) en bemonsteringsintervallen na besmetting en/of vaccinatie. Het is moeilijk om in vitro neutralisatiegegevens rechtstreeks te vertalen naar klinische resultaten zoals bescherming tegen infectie of ernstige ziekte; daarvoor zijn solide gegevens in verband met de doeltreffendheid van de vaccins en doorbraakinfecties in klinische settings nodig. Tot dusver is er geen absolute drempelwaarde voor antilichaamtiters vastgesteld als correlaat van bescherming tegen SARS-CoV-2. Lagere neutraliserende antilichaamtiters in serum dat drie tot zes maanden na besmetting of vaccinatie wordt afgenomen, kunnen worden gecompenseerd door de persistentie van virusspecifieke, langlevende B-cellen die in staat zijn om zich tijdens de daaropvolgende besmetting snel uit te breiden en zo hogere neutraliserende antilichaamtiters te genereren. Bovendien wordt het effect van geconserveerde niet-neutraliserende antilichamen of T-geheugencelresponsen niet geëvalueerd door in vitro neutralisatiestudies, hoewel het waarschijnlijk is dat ze bijdragen tot de bescherming tegen ernstige ziekte.

Verwacht wordt dat de huidige vaccins (basiskuur en eerste booster) bescherming bieden tegen ernstige ziekte, ziekenhuisopnames en sterfgevallen als gevolg van besmetting met de Omikronvariant. Er zullen echter waarschijnlijk doorbraakinfecties optreden bij mensen die volledig gevaccineerd zijn. Bij andere varianten, zoals Delta, zijn vaccins doeltreffend gebleven in het voorkomen van ernstige ziekte, ziekenhuisopnames en overlijdens.

Onderzoek **naar besmettingen** in de praktijk lijkt de resultaten van de immunologische gegevens te bevestigen.

- In Zuid-Afrika stelden onderzoekers vast dat twee dosissen van Comirnaty® slechts voor 33% doeltreffend waren tegen besmetting met Omikron. Tegen andere varianten stelden ze een effectiviteit van 80% vast. Voorlopige studies suggereren dat twee dosissen van Comirnaty® een effectiviteit van 70% hadden tegen ziekenhuisopname tijdens de Omikrongolf.

- In Groot-Brittannië was het risico van opname op de spoedafdeling of ziekenhuisopname bij Omikron ongeveer de helft in vergelijking met Delta (Hazard Ratio 0,53, 95% BI: 0,50 tot 0,57). Het risico op ziekenhuisopname vanuit de spoedafdeling was bij Omikron ongeveer een derde in vergelijking met Delta (Hazard Ratio 0,33, 95% BI: 0,30 tot 0,37). In deze analyse ligt het risico op ziekenhuisopname bij besmetting met Omikron lager na 2 en 3 vaccindosissen, met een vermindering van 81% (77 tot 85%) van het risico op ziekenhuisopname na 3 dosissen in vergelijking met besmettingen met Omikron bij niet-gevaccineerden. De effectiviteit van de vaccins tegen symptomatische ziekte blijft lager voor Omikron dan voor Delta, met een afname tegen 10 weken na de derde dosis. Na 3 vaccindosissen werd het risico op ziekenhuisopname voor een symptomatisch geval geïdentificeerd met Omikron via tests in de gemeenschap naar schatting verminderd met 68% (42 tot 82%) in vergelijking met soortgelijke personen met Omikron die niet waren gevaccineerd (na correctie voor leeftijd, geslacht, eerdere positieve test, regio, etniciteit, klinisch zeer kwetsbare status, risicogroepstatus en periode). Gecombineerd met de bescherming tegen het worden van een symptomatisch geval, geeft dit een vaccineffectiviteit tegen ziekenhuisopname van 88% (78 tot 93%) voor Omikron na 3 vaccindosissen. Hoewel een afnemende doeltreffendheid tegen symptomatische ziekte wordt waargenomen, zijn er onvoldoende gegevens om de duur van de bescherming tegen ziekenhuisopname, die naar verwachting langer zal zijn, te beoordelen.

De effectiviteit van de vaccins tegen ziekenhuisopname bij Omikron blijft nog steeds hoog na een booster (~80%) en er zijn meer en meer aanwijzingen van een lagere ernst, maar er is momenteel nog steeds een hoge belasting van de ziekenhuizen (met een hoge bezetting van de afdeling intensieve zorgen) in België, en zelfs een klein percentage van een zeer groot aantal besmettingen vormt nog steeds een bedreiging voor de gezondheidszorg. Bovendien wordt verwacht dat Omikron een grote belasting zal vormen voor de eerstelijnszorg en het systeem van testen en contactonderzoek (Sciensano, 03/01/2022).

De duur van het beschermende effect van de vaccins tegen Omikron is momenteel onbekend, en de snel afnemende effectiviteit van de tweede dosis tegen besmetting met Omikron, evenals gegevens van neutralisatietests op de booster, doen bezorgdheid rijzen over de levensduur van de boosterrespons (Sciensano, 03/01/2022).

In een recente praktijkstudie van de CDC constateerden Thompson et al. (CDC, 21/01/2022) dat de vaccineffectiviteit significant hoger lag bij patiënten die hun tweede dosis van het mRNA-vaccin tegen COVID-19 hadden gekregen <180 dagen voor de medische afspraak, vergeleken met degenen die ≥180 dagen eerder waren gevaccineerd. Zowel tijdens

de periode dat Delta de dominante variant was als toen dit Omikron was, was de ontvangst van een derde vaccindosis zeer effectief in het voorkomen van medische contacten in verband met COVID-19 die bestonden uit een beroep op de spoedafdeling of dringende medische hulp (respectievelijk 94% en 82%) en van ziekenhuisopnames wegens COVID-19 (respectievelijk 94% en 90%) voor volwassenen. Zij concludeerden dat alle niet-gevaccineerden zo snel mogelijk met de vaccinatie moeten beginnen. Alle volwassenen die tijdens hun primaire COVID-19-vaccinatiereeks mRNA-vaccins hebben gekregen, moeten een derde dosis krijgen wanneer ze daarvoor in aanmerking komen, en personen die in aanmerking komen, moeten up-to-date blijven met hun COVID-19-vaccinaties.

Omikron en kinderen

Het is nog niet bekend of de variant een hoger risico voor baby's en kinderen inhoudt dan eerdere varianten. Wetenschappers houden nauwlettend toezicht op regio's in de wereld waar de Omikronvariant zich op grote schaal verspreidt, waaronder Zuid-Afrika en het Verenigd Koninkrijk, om het effect ervan op kinderen beter te begrijpen.

V SAMENSTELLING VAN DE WERKGROEP

De samenstelling van het Bureau en het College alsook de lijst met de bij KB benoemde experten is beschikbaar op de website van de HGR: wie zijn we?.

Hun algemene belangenverklaringen kunnen worden geraadpleegd op de website van de HGR (belangenconflicten).

Het wetenschappelijk secretariaat voor het Bureau en het College werd waargenomen door Fabrice PETERS, Veerle MERTENS, Muriel BALTES en Jean-Jacques DUBOIS.

Dit advies werd door een extern vertaalbureau vertaald.

VI REFERENTIES

- Abrams S, et al. (2021) Modeling the early phase of the Belgian COVID-19 epidemic using a stochastic compartmental model and studying its implied future trajectories. Epidemics. 100449.

- Aggarwal A., Alberto Ospina Stella, Gregory Walker, Anouschka Akerman, Vanessa Milogiannakis, Fabienne Brilot, Supavadee Amatayakul-Chantler, Nathan Roth, Germano Coppola, Peter Schofield, Jennifer Jackson, Jake Y. Henry, Ohan Mazigi, David Langley, Yonghui Lu, Charles Forster, Samantha McAllery, Vennila Mathivanan, Christina Fichter, Alexandra Carey Hoppe, Mee Ling Munier, Hans-Martin Jack, Deborah Cromer, David Darley, Gail Matthews, Daniel Christ, David Khoury, Miles Davenport, William Rawlinson, Anthony D. Kelleher, Stuart Turville. SARS-CoV-2 Omicron: evasion of potent humoral responses and resistance to clinical immunotherapeutics relative to viral variants of concern. medRxiv 2021.12.14.21267772; doi: https://doi.org/10.1101/2021.12.14.21267772

- Ai J, Zhang H, Zhang Y, Lin K, Zhang Y, Wu J, Wan Y, Huang Y, Song J, Fu Z, Wang H, Guo J, Jiang N, Fan M, Zhou Y, Zhao Y, Zhang Q, Liu Q, Lv J, Li P, Qiu C, Zhang W. Omicron variant showed lower neutralizing sensitivity than other SARS-CoV-2 variants to immune sera elicited by vaccines after boost. Emerg Microbes Infect. 2021 Dec 22:1-24. doi: 10.1080/22221751.2021.2022440. Epub ahead of print. PMID: 34935594.

- Ahmad S., Benjamin Brown, Andre Charlett et al. Early signals of Omicron severity in sentinel UK hospitals, 28 December 2021, PREPRINT (Version 1) available at Research Square [https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-1203019/v1].

- Amir O., Yair Goldberg, Micha Mandel, Yinon M. Bar-On, Omri Bodenheimer, Nachman Ash, Sharon Alroy-Preis, Amit Huppert, Ron Milo. Protection following BNT162b2 booster substantially exceeds that of a fresh 2-dose vaccine: a quasi-experimental study. medRxiv 2021.12.19.21267933; doi: https://doi.org/10.1101/2021.12.19.21267933

- Aschwanden C. Five reasons why COVID herd immunity is probably impossible: Even with vaccination efforts in full force, the theoretical threshold for vanquishing COVID-19 looks to be out of reach. Nature 2021;591:520-2.

- Bates TA, McBride SK, Winders B, et al. Antibody Response and Variant Cross-Neutralization After SARS-CoV-2 Breakthrough Infection. JAMA. Published online December 16, 2021. doi:10.1001/jama.2021.22898

- Bozzola E, Spina G, Russo R, Bozzola M, Corsello G, Villani A. Mandatory vaccinations in European countries, undocumented information, false news and the impact on vaccination uptake: the position of the Italian pediatric society. Ital J Pediatr 2018;44:67.

- Burki TK. Lifting of COVID-19 restrictions in the UK and the Delta variant. The Lancet 2021;9:E85.

- Cameroni E, Saliba C, Bowen JE, Rosen LE, Culap K, Pinto D, De Marco A, Zepeda SK, di Iulio J, Zatta F, Kaiser H, Noack J, Farhat N, Czudnochowski N, Havenar-Daughton C, Sprouse KR, Dillen JR, Powell AE, Chen A, Maher C, Yin L, Sun D, Soriaga L, Gustafsson

C, Franko NM, Logue J, Iqbal NT, Mazzitelli I, Geffner J, Grifantini R, Chu H, Gori A, Riva A, Giannini O, Ceschi A, Ferrari P, Franzetti-Pellanda A, Garzoni C, Hebner C, Purcell LA, Piccoli L, Pizzuto MS, Walls AC, Telenti A, Virgin HW, Lanzavecchia A, Veesler D, Snell G, Corti D. Broadly neutralizing antibodies overcome SARS-CoV-2 Omicron antigenic shift. bioRxiv [Preprint]. 2021 Dec 14:2021.12.12.472269. doi: 10.1101/2021.12.12.472269. PMID: 34931194; PMCID: PMC8687478.

- Carreño J.M., Hala Alshammary, Johnstone Tcheou, Gagandeep Singh, Ariel Raskin, Hisaaki Kawabata, Levy Sominsky, Jordan Clark, Daniel C. Adelsberg, Dominika Bielak, Ana Silvia Gonzalez-Reiche, PSP/PARIS Study Group, Komal Srivastava, Emilia Mia Sordillo, Goran Bajic, Harm van Bakel, Viviana Simon, Florian Krammer. Activity of convalescent and vaccine serum against a B.1.1.529 variant SARS-CoV-2 isolate. medRxiv 2021.12.20.21268134; doi: https://doi.org/10.1101/2021.12.20.21268134

- Casulaa M, Tothb F. The 2017 Italian reform on mandatory childhood vaccinations: Analysis of the policy process and early implementation. Health Policy 2021;125:7-11.

- Cele S, Jackson L, Khan K, Khoury DS, Moyo-Gwete T, Tegally H, Scheepers C, Amoako D, Karim F, Bernstein M, Lustig G, Archary D, Smith M, Ganga Y, Jule Z, Reedoy K, Cromer D, San JE, Hwa SH, Giandhari J, Blackburn JM, Gosnell BI, Karim SSA, Hanekom W; NGS-SA; COMMIT-KZN Team, von Gottberg A, Bhiman J, Lessells RJ, Moosa MS, Davenport MP, de Oliveira T, Moore PL, Sigal A. SARS-CoV-2 Omicron has extensive but incomplete escape of Pfizer BNT162b2 elicited neutralization and requires ACE2 for infection. medRxiv [Preprint]. 2021 Dec 11:2021.12.08.21267417. doi: 10.1101/2021.12.08.21267417. PMID: 34909788; PMCID: PMC8669855.

- Chen J, Wang R, Gilby NB, Wei GW. Omicron (B.1.1.529): Infectivity, vaccine breakthrough, and antibody resistance. ArXiv [Preprint]. 2021 Dec 1:arXiv:2112.01318v1. PMID: 34873578; PMCID: PMC8647651.

- Christie B. Covid-19: Early studies give hope omicron is milder than other variants. BMJ. 2021 Dec 23;375:n3144. doi: 10.1136/bmj.n3144. PMID: 34949600.

- Cloete J., Annelet Kruger, Maureen Masha, Nicolette M du Plessis, Dini Mawela, Mphailele Tshukudu, Tabea Manyane, Lekwetji Komane, Marietjie Venter, Waasila Jassat, Ameena Goga, Ute Feucht. Rapid rise in paediatric COVID-19 hospitalisations during the early stages of the Omicron wave, Tshwane District, South Africa. medRxiv 2021.12.21.21268108; doi: https://doi.org/10.1101/2021.12.21.21268108

- Coletti, P., Wambua, J., Gimma, A. et al. CoMix: comparing mixing patterns in the Belgian population during and after lockdown. Sci Rep 10, 21885 (2020). https://doi.org/10.1038/s41598-020-78540-7Dawood FS, Porucznik CA, Veguilla V, et al. Incidence rates, household infection risk, and clinical characteristics of SARS-CoV2 infection among children and adults in Utah and New York City, New York. JAMA Pediatr 2021. https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/2785007

- Comité Consultatif de Bioéthique de Belgique. Avis n° 75 du 11 décembre 2020 relatif aux repères éthiques en vue du déploiement de la vaccination anti-COVID-19 au bénéfice de la population belge.

https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/210212_avis_75_reperes_ethiques_vaccination_anti-covid-19.pdf

- Comité Consultatif de Bioéthique de Belgique. Avis n° 77 du Comité consultatif de Bioéthique de Belgique relatif aux considérations éthiques et sociétales liées à la mise en place d'un « pass corona » et d'autres mesures transitoires d'assouplissement des contraintes sanitaires.
  https://www.health.belgium.be/fr/avis-ndeg-77-du-10-mai-2021-conclusions-et-recommandations-mise-en-place-dun-pass-corona

- Comité Consultatif de Bioéthique de Belgique. Avis par lettre n° 11 du 13 décembre 2021 du Comité consultatif de Bioéthique de Belgique relatif aux enjeux éthiques liés à une vaccination COVID-19 dans la population pédiatrique des 5-11 ans.
  https://www.health.belgium.be/fr/avis-par-lettre-ndeg-11-vaccination-covid-19-de-la-population-pediatrique-5-11-ans

- Comité Consultatif de Bioéthique de Belgique. Avis n° 80 du Comité consultatif de Bioéthique relatif aux enjeux ethiques liés à la vaccination obligatoire de la population adulte (18 ans et plus) en période de pandémie.
  https://www.health.belgium.be/fr/avis-ndeg-80-vaccination-obligatoire-en-periode-de-pandemie

- Conseil Supérieur de la Santé. Vaccination contre le COVID-19 pour le personnel de santé : Besoin d'un encadrement supplémentaire en matière d'obligation ? Bruxelles: CSS; 2021. Avis n° 9671.

- de Figueiredo A, Larson HJ, Reicher SD. The potential impact of vaccine passports on inclination to accept COVID-19 vaccinations in the United Kingdom: Evidence from a large cross-sectional survey and modeling study. EClinicalMedicine. 2021 Oct;40:101109. doi: 10.1016/j.eclinm.2021.101109. Epub 2021 Sep 9. PMID: 34522870; PMCID: PMC8428473.

- Doria-Rose NA, Shen X, Schmidt SD, O'Dell S, McDanal C, Feng W, Tong J, Eaton A, Maglinao M, Tang H, Atmar RL, Lyke KE, Wang L, Zhang Y, Gaudinski MR, Black WP, Gordon I, Guech M, Ledgerwood JE, Misasi JN, Widge A, Roberts PC, Beigel J, Korber B, Pajon R, Mascola JR, Montefiori DC. Booster of mRNA-1273 Vaccine Reduces SARS-CoV-2 Omicron Escape from Neutralizing Antibodies. medRxiv [Preprint]. 2021 Dec 15:2021.12.15.21267805. doi: 10.1101/2021.12.15.21267805. PMID: 34931200; PMCID: PMC8687471.

- Dubov A, Phung C. Nudges or mandates? The ethics of mandatory flu vaccination. Vaccine 2015;33:2530-5.

- ECDC - European Centre for Disease Prevention and Control. Assessment of the further emergence and potential impact of the SARS-CoV-2 Omicron variant of concern in the context of ongoing transmission of the Delta variant of concern in the EU/EEA, 18th update - 15 December 2021. ECDC: Stockholm; 2021.

- Eggink D., Stijn P. Andeweg, Harry Vennema, Noortje van Maarseveen, Klaas Vermaas, Boris Vlaemynck, Raf Schepers, Arianne B. van Gageldonk-Lafeber, Susan van den Hof, Chantal B.E.M. Reusken, Mirjam J. Knol. Increased risk of infection with SARS-CoV-2 Omicron compared to Delta in vaccinated and previously infected individuals, the

Netherlands, 22 November to 19 December 2021. medRxiv 2021.12.20.21268121; doi: https://doi.org/10.1101/2021.12.20.21268121

- Gagneux-Brunon A, Botelho-Nevers E, Launay O. Are the conditions met to make COVID-19 vaccination mandatory for healthcare professionals? ScienceDirect 2021;51:507-9.

- Galanakis E, Jansen A, Lopalco PL, Giesecke J. Ethics of mandatory vaccination for healthcare workers. Euro Surveill 2013;18.

- Garcia-Beltran WF, Kerri J. St. Denis, Angelique Hoelzemer, Evan C. Lam, Adam D. Nitido, Maegan L. Sheehan, Cristhian Berrios, Onosereme Ofoman, Christina C. Chang, Blake M. Hauser, Jared Feldman, Alex L. Roederer, David J. Gregory, Mark C. Poznansky, Aaron G. Schmidt, A. John Iafrate, Vivek Naranbhai, Alejandro B. Balazs. mRNA-based COVID-19 vaccine boosters induce neutralizing immunity against SARS-CoV-2 Omicron variant, Cell, 2022, ISSN 0092-8674, https://doi.org/10.1016/j.cell.2021.12.033.

- Gardner B. J. and A. Marm Kilpatrick. Estimates of reduced vaccine effectiveness against hospitalization, infection, transmission and symptomatic disease of a new SARS-CoV-2 variant, Omicron (B.1.1.529), using neutralizing antibody titers. medRxiv 2021.12.10.21267594; doi: https://doi.org/10.1101/2021.12.10.21267594

- Goga A., Linda-Gail Bekker, Nigel Garrett, Tarylee Reddy, Nonhlanhla Yende-Zuma, Lara Fairall, Harry Moultrie, Azwidihwi Takalani, Valentina Trivella, Mark Faesen, Veronique Bailey, Ishen Seocharan, Glenda E Gray. Breakthrough Covid-19 infections during periods of circulating Beta, Delta and Omicron variants of concern, among health care workers in the Sisonke Ad26.COV2.S vaccine trial, South Africa. medRxiv 2021.12.21.21268171; doi: https://doi.org/10.1101/2021.12.21.21268171

- Gravagna K, Beckerb A, Valeris-Chacinc R, Mohammeda I, Tambea S, Awand FA. et al. Global assessment of national mandatory vaccination policies and consequences of non-compliance. Vaccine 2020;38:7865-73.

- Graeber D, Schmidt-Petri C, Schro¨der C, (2021). Attitudes on voluntary and mandatory vaccination against COVID-19: Evidence from Germany. PLoS ONE 16(5): e0248372. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0248372

- Gruell H., Kanika Vanshylla, Pinkus Tober-Lau, David Hillus, Philipp Schommers, Clara Lehmann, Florian Kurth, Leif E. Sander, Florian Klein. mRNA booster immunization elicits potent neutralizing serum activity against the SARS-CoV-2 Omicron variant. medRxiv 2021.12.14.21267769; doi: https://doi.org/10.1101/2021.12.14.21267769

- Gualano MR, Olivero E, Voglino G, Corezzi M, Rossello P, Vicentini C et al. Knowledge, attitudes and beliefs towards compulsory vaccination: a systematic review. Hum Vaccin Immunother 2019;15:918-31.

- Gu H, Krishnan P, Ng DYM, Chang LDJ, Liu GYZ, Cheng SSM, Hui MMY, Fan MCY, Wan JHL, Lau LHK, Cowling BJ, Peiris M, Poon LLM. Probable Transmission of SARS-CoV-2 Omicron Variant in Quarantine Hotel, Hong Kong, China, November 2021. Emerg Infect Dis. 2021 Dec 3;28(2). doi: 10.3201/eid2802.212422. Epub ahead of print. PMID: 34860154.

- Gur-Arie R, Jamrozik E, Kingori P. No Jab, No Job? Ethical Issues in Mandatory COVID-19 Vaccination of Healthcare Personnel. BMJ Glob Health 2021;6:e004877.

- Hansen C. H., Astrid Blicher Schelde, Ida Rask Moustsen-Helm, Hanne-Dorthe Emborg, Tyra Grove Krause, Kåre Mølbak, Palle Valentiner-Branth. Vaccine effectiveness against SARS-CoV-2 infection with the Omicron or Delta variants following a two-dose or booster BNT162b2 or mRNA-1273 vaccination series: A Danish cohort study. medRxiv 2021.12.20.21267966; doi: https://doi.org/10.1101/2021.12.20.21267966

- Hayes L, Pollock A M. Mandatory covid-19 vaccination for care home workers BMJ 2021; 374 :n1684 doi:10.1136/bmj.n1684.

- Hodgson D, Flasche S, Jit M, Kucharski AJ. CMMID COVID-19 Working Group. The potential for vaccination-induced herd immunity against the SARS-CoV-2 B.1.1.7 variant. Euro Surveill 2021;26:2100428.

- Holzmann H, Wiedermann U. Mandatory vaccination: suited to enhance vaccination coverage in Europe? Euro Surveill 2019;24:1900376.

- INSERM – Ward et al. Enquête SLAVACO Vague 3 - SESSTIM : Vaccination des enfants, intentions de vaccination contre le Covid et usage de l'application TousAntiCovid. Janvier 2022. http://www.orspaca.org/notes-strategiques/enqu%C3%AAte-slavaco-vague-3-sesstim-vaccination-des-enfants-intentions-de-vaccination

- INSTITUT PASTEUR - COMPLÉMENT D'ANALYSE. Impact du variant Omicron sur l'épidémie COVID-19 et son contrôle en France métropolitaine durant l'hiver 2021-2022. 7 janvier 2022.
  https://modelisation-covid19.pasteur.fr/variant/InstitutPasteur_Complement_Analyse_Impact_Omicron_20220107.pdf

- JID - Evolution of Measles Elimination Strategies in the United States, The Journal of Infectious Diseases, Volume 189, Issue Supplement_1, May 2004, Pages S17–S22, https://doi.org/10.1086/377694

- Kandeel M, Mohamed MEM, Abd El-Lateef HM, Venugopala KN, El-Beltagi HS. Omicron variant genome evolution and phylogenetics. J Med Virol. 2021 Dec 10. doi: 10.1002/jmv.27515. Epub ahead of print. PMID: 34888894.

- Kim et al. (2021). Serial interval and basic reproduction number of SARS-CoV-2 Omicron variant in South Korea. MedRxiv, 2021.

- Kitt E, Burt S, Price SM, Satchell L, Offit PA, Sammons JS et al. Implementation of a Mandatory Influenza Vaccine Policy: A 10-Year Experience. Clin Infect Dis 2021;73:e290-e6.

- Khunti K, Kamal A, Pareek M, Griffiths A. Should vaccination for healthcare workers be mandatory? J R Soc Med 2021;114:235-6.

- Lechmere T, Snell LB, Graham C, Seow J, Shalim ZA, Charalampous T, et al. Broad neutralization of SARS-CoV-2 variants, including omicron, following breakthrough infection with Delta in COVID-19 vaccinated individuals [Internet]. Infectious Diseases

(except HIV/AIDS); 2021 Dec [cited 2021 Dec 24]. Available from: http://medrxiv.org/lookup/doi/10.1101/2021.12.01.21266982

- Lee, Brian K. "herd immunity". Encyclopedia Britannica, 3 Mar. 2016, https://www.britannica.com/science/herd-immunity. Accessed 21 December 2021.

- Lee C, Robinson JL. Systematic review of the effect of immunization mandates on uptake of routine childhood immunizations. J Infect. 2016;72:659–666.

- Ledford H. How severe are Omicron infections? Nature. 2021 Dec;600(7890):577-578. doi: 10.1038/d41586-021-03794-8. PMID: 34934198.

- Ledford H. 'Killer' immune cells still recognize Omicron variant. Nature. 2022 Jan;601(7893):307. doi: 10.1038/d41586-022-00063-0. PMID: 35017690.

- Lévy-Bruhl D, Desenclos JC, Quelet S, Bourdillon F. Extension of French vaccination mandates: from the recommendation of the Steering Committee of the Citizen Consultation on Vaccination to the law. Euro Surveill. 2018;23(17):18-00048. https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2018.23.17.18-00048

- Levine-Tiefenbrun M., Idan Yelin, Hillel Alapi, Esma Herzel, Jacob Kuint, Gabriel Chodick, Sivan Gazit, Tal Patalon, Roy Kishony. Waning of SARS-CoV-2 booster viral-load reduction effectiveness. medRxiv 2021.12.27.21268424; doi: https://doi.org/10.1101/2021.12.27.21268424

- Lu L, Mok BW, Chen LL, Chan JM, Tsang OT, Lam BH, Chuang VW, Chu AW, Chan WM, Ip JD, Chan BP, Zhang R, Yip CC, Cheng VC, Chan KH, Jin DY, Hung IF, Yuen KY, Chen H, To KK. Neutralization of SARS-CoV-2 Omicron variant by sera from BNT162b2 or Coronavac vaccine recipients. Clin Infect Dis. 2021 Dec 16:ciab1041. doi: 10.1093/cid/ciab1041. Epub ahead of print. PMID: 34915551.

- Mancuso M, Eikenberry SE, Gumel AB. Will vaccine-derived protective immunity curtail COVID-19 variants in the US? ScienceDirect 2021;6:1110-34.

- McBryde ES, Meehan MT, Caldwell JM, Adekunle AI, Ogunlade ST, Kuddus MdA et al. Modelling direct and herd protection effects of vaccination against the SARS-CoV-2 Delta variant in Australia. Med J Aust 2021;2015:427-32.

- Meng Bo, Isabella A.T.M Ferreira, Adam Abdullahi, Steven A. Kemp, Niluka Goonawardane, Guido Papa, Saman Fatihi, Oscar J. Charles, Dami A. Collier, CITIID-NIHR BioResource COVID-19 Collaboration, The Genotype to Phenotype Japan (G2P-Japan) Consortium, Jinwook Choi, Joo Hyeon Lee, Petra Mlcochova, Leo James, Rainer Doffinger, Lipi Thukral, Kei Sato, Ravindra K. Gupta. SARS-CoV-2 Omicron spike mediated immune escape, infectivity and cell-cell fusion. bioRxiv 2021.12.17.473248; doi: https://doi.org/10.1101/2021.12.17.473248

- Mills MC, Rüttenauer T. The effect of mandatory COVID-19 certificates on vaccine uptake: synthetic-control modelling of six countries. Lancet Public Health. 2021 Dec 13:S2468-2667(21)00273-5. doi: 10.1016/S2468-2667(21)00273-5. Epub ahead of print. PMID: 34914925; PMCID: PMC8668192.

- Montanari Vergallo G, Zaami S, Negro F, Brunetti P, Del Rio A, Marinelli E. Does the EU COVID Digital Certificate Strike a Reasonable Balance between Mobility Needs and Public Health? Medicina 2021;57:1077.

- Motivation Barometer (November 12, 2021). Is the population still conscious of the risks and motivated to follow the measures? What is the role of the COVID Pass in this? Ghent, Leuven, Louvain, Bruxelles, Belgium. Authors (in alphabetical order): Olivier Klein, Olivier Luminet, Sofie Morbée, Mathias Schmitz, Omer Van den Bergh, Pascaline Van Oost, Maarten Vansteenkiste, Joachim Waterschoot, Vincent Yzerbyt. Rapports - Le baromètre de la motivation (motivationbarometer.com).

- Motivation Barometer (November 16, 2021). On the eve of stricter measures: Attitudes toward the new measures and the vaccine pass. Ghent, Leuven, Louvain-la-Neuve, Brussels, Belgium. Authors (in alphabetical order): Olivier Klein, Olivier Luminet, Sofie Morbée, Mathias Schmitz, Omer Van den Bergh, Pascaline Van Oost, Maarten Vansteenkiste, Joachim Waterschoot, Vincent Yzerbyt. Rapports - Le baromètre de la motivation (motivationbarometer.com).

- Nemet Ital, Limor Kliker, Yaniv Lustig, Neta S. Zuckerman, Oran Erster, Carmit Cohen, Yitshak Kreiss, Sharon Alroy-Preis, Gili Regev-Yochay, Ella Mendelson, Michal Mandelboim. Third BNT162b2 vaccination neutralization of SARS-CoV-2 Omicron infection. medRxiv 2021.12.13.21267670; doi: https://doi.org/10.1101/2021.12.13.21267670.

- Opel DJ, Diekema DS, Friedman Ross L. Should We Mandate a COVID-19 Vaccine forChildren? JAMA Pediatr 2021;175:125-6.

- Osbourne RM, Clark SJ. Should the SARS-CoV-2 vaccine be mandatory for nurses? An ethical debate. Br J Nurs 2021;30:116-21.

- Plesner Lyngse F., Laust Hvas Mortensen, Matthew J. Denwood, Lasse Engbo Christiansen, Camilla Holten Møller, Robert Leo Skov, Katja Spiess, Anders Fomsgaard, Maria Magdalena Lassaunière, Morten Rasmussen, Marc Stegger, Claus Nielsen, Raphael Niklaus Sieber, Arieh Sierra Cohen, Frederik Trier Møller, Maria Overvad, Kåre Mølbak, Tyra Grove Krause, Carsten Thure Kirkeby. SARS-CoV-2 Omicron VOC Transmission in Danish Households. medRxiv 2021.12.27.21268278; doi: https://doi.org/10.1101/2021.12.27.21268278

- Pulliam JRC, Schalkwyk C van, Govender N, Gottberg A von, Cohen C, Groome MJ, et al. Increased risk of SARS-CoV-2 reinfection associated with emergence of the Omicron variant in South Africa [Internet]. 2021 Dec [cited 2021 Dec 3] p. 2021.11.11.21266068. Available from: https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.11.11.21266068v2

- Redd AD, Nardin A, Kared H, Bloch EM, Abel B, Pekosz A, Laeyendecker O, Fehlings M, Quinn TC, Tobian AA. Minimal cross-over between mutations associated with Omicron variant of SARS-CoV-2 and CD8+ T cell epitopes identified in COVID-19 convalescent individuals. bioRxiv [Preprint]. 2021 Dec 9:2021.12.06.471446. doi: 10.1101/2021.12.06.471446. PMID: 34909772; PMCID: PMC8669839.

- Rezza G. Mandatory vaccination for infants and children: the Italian experience. Pathog Glob Health 2019;113:291-96.

- Saban M, Myers V, Shetrit SB, Wilf-Miron R. Issues surrounding incentives and penalties for COVID-19 vaccination: The Israeli experience. Preventive Medicine 2021;153:106763.

- Savulescu J, Giubilini A, Danchin A. Global Ethical Considerations Regarding Mandatory Vaccination in Children. J Pediatr 2021;231:10-6.

- Savulescu J. Good reasons to vaccinate: mandatory or payment for risk?. J Med Ethics 2021;47:78-85.

- Schmidt F, Muecksch F, Weisblum Y, Silva JD, Bednarski E, Cho A, Wang Z, Gaebler C, Caskey M, Nussenzweig MC, Hatziioannou T, Bieniasz PD. Plasma neutralization properties of the SARS-CoV-2 Omicron variant. medRxiv [Preprint]. 2021 Dec 13:2021.12.12.21267646. doi: 10.1101/2021.12.12.21267646. PMID: 34931199; PMCID: PMC8687470.

- Schmitz M., Olivier Luminet, Olivier Klein, Sofie Morbée, Omer Van den Bergh, Pascaline Van Oost, Joachim Waterschoot, Vincent Yzerbyt, Maarten Vansteenkiste. Predicting Vaccine Uptake during COVID-19 Crisis: A Motivational Approach. Preprint : https://psyarxiv.com/3f4pb

- Schubert M., Federico Bertoglio, Stephan Steinke, Philip Alexander Heine, Mario Alberto Ynga-Durand, Fanglei Zuo, Likun Du, Janin Korn, Marko Milošević, Esther Veronika Wenzel, Henrike Maass, Fran Krstanović, Saskia Polten, Marina Pribanić-Matešić, Ilija Brizić, Antonio Piralla, Fausto Baldanti, Lennart Hammarström, Stefan Dübel, Alan Šustić, Harold Marcotte, Monika Strengert, Alen Protić, Qiang Pan-Hammarström, Luka Čičin-Šain, Michael Hust. Human serum from SARS-CoV-2 vaccinated and COVID-19 patients shows reduced binding to the RBD of SARS-CoV-2 Omicron variant. medRxiv 2021.12.10.21267523; doi: https://doi.org/10.1101/2021.12.10.21267523

- Sciensano - IMPACT DU VARIANT OMICRON SUR L'ISOLEMENT ET LA QUARANTAINE. RAG - 03/01/2022. https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/20220104_Advice_RAG_Omicron%20impact%20on%20Q%20and%20isolation_FR.pdf

- Sencer, et al. Epidemiologic Basis for Eradication of Measles in 1967: A Statement by the Public Health Service. Public Health Reports (1896-1970), vol. 82, no. 3, Association of Schools of Public Health, 1967, pp. 253–56, https://doi.org/10.2307/4592985.

- Sheikh, A, Kerr, S, Woolhouse, M, McMenamin, J & Robertson, C 2021 'Severity of Omicron variant of concern and vaccine effectiveness against symptomatic disease: national cohort with nested test negative design study in Scotland'. https://www.research.ed.ac.uk/en/publications/severity-of-omicron-variant-of-concern-and-vaccine-effectiveness-

- Sokol D. Covid-19 vaccination should be mandatory for healthcare workers. BMJ 2021;375:n2670.

- Syed A. M., Alison Ciling, Mir M. Khalid, Bharath Sreekumar, Pei-Yi Chen, G. Renuka Kumar, Ines Silva, Bilal Milbes, Noah Kojima, Victoria Hess, Maria Shacreaw, Lauren Lopez, Matthew Brobeck, Fred Turner, Lee Spraggon, Taha Y. Taha, Takako Tabata, Irene P. Chen, Melanie Ott, Jennifer A. Doudna. Omicron mutations enhance infectivity

and reduce antibody neutralization of SARS-CoV-2 virus-like particles. medRxiv 2021.12.20.21268048; doi: https://doi.org/10.1101/2021.12.20.21268048

- Talbot TR. COVID-19 Vaccination of Health Care Personnel as a Condition of Employment: A Logical Addition to Institutional Safety Programs. JAMA. 2021 Jul 6;326(1):23-24. doi: 10.1001/jama.2021.8901. PMID: 34096978.

- Thompson MG, Natarajan K, Irving SA, et al. Effectiveness of a Third Dose of mRNA Vaccines Against COVID-19–Associated Emergency Department and Urgent Care Encounters and Hospitalizations Among Adults During Periods of Delta and Omicron Variant Predominance — VISION Network, 10 States, August 2021–January 2022. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. ePub: 21 January 2022. DOI: http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm7104e3external icon.

- Vanderslott S, Marks T. Charting mandatory childhood vaccination policies worldwide. ScienceDirect 2021;39:4054-62.

- Vaz OM, Ellingson MK, Weiss P, Jenness SM, Bardají A, Bednarczyk RA et al. Mandatory Vaccination in Europe. Pediatrics 2020;145:e20190620.

- Verelst, F., Hermans, L., Vercruysse, S. et al. SOCRATES-CoMix: a platform for timely and open-source contact mixing data during and in between COVID-19 surges and interventions in over 20 European countries. BMC Med 19, 254 (2021). https://doi.org/10.1186/s12916-021-02133-y

- Viana R., Sikhulile Moyo, Daniel G Amoako, Houriiyah Tegally, Cathrine Scheepers, Christian L Althaus, Ugochukwu J Anyaneji, et al. Rapid epidemic expansion of the SARS-CoV-2 Omicron variant in southern Africa. medRxiv 2021.12.19.21268028; doi: https://doi.org/10.1101/2021.12.19.21268028

- Waitzberg R, Triki N, Alroy-Preis S, Lotan T, Shiran L, Ash N. The Israeli Experience with the “Green Pass” Policy Highlights Issues to Be Considered by Policymakers in Other Countries. Int J Environ Res Public Health 2021;18:11212.

- Wei C, Shan KJ, Wang W, Zhang S, Huan Q, Qian W. Evidence for a mouse origin of the SARS-CoV-2 Omicron variant. J Genet Genomics. 2021 Dec 23:S1673-8527(21)00373-8. doi: 10.1016/j.jgg.2021.12.003. Epub ahead of print. PMID: 34954396.

- WHO - Digital Documentation of COVID-19 Certificates: Vaccination Status — Technical Specifications and Implementation Guidance, 27 August 2021. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

- WHO - WHO Collaborating Centre for Infectious Disease Modelling, MRC Centre for Global Infectious Disease Analysis, Jameel Institute, Imperial College London. Report 50: Hospitalisation risk for Omicron cases in England. Dec 2021. https://www.imperial.ac.uk/mrc-global-infectious-disease-analysis/covid-19/report-50-severity-omicron.

- Wang Y, Zhang L, Li Q, Liang Z, Li T, Liu S, Cui Q, Nie J, Wu Q, Qu X, Huang W. The significant immune escape of pseudotyped SARS-CoV-2 variant Omicron. Emerg Microbes Infect. 2022 Dec;11(1):1-5. doi: 10.1080/22221751.2021.2017757. PMID: 34890524.

- Wilhelm Alexander, Marek Widera, Katharina Grikscheit, Tuna Toptan, Barbara Schenk, Christiane Pallas, Melinda Metzler, Niko Kohmer, Sebastian Hoehl, Fabian A. Helfritz, Timo Wolf, Udo Goetsch, Sandra Ciesek. Reduced Neutralization of SARS-CoV-2 Omicron Variant by Vaccine Sera and Monoclonal Antibodies. medRxiv 2021.12.07.21267432; doi: https://doi.org/10.1101/2021.12.07.21267432.

- Wolter N, Jassat W, Walaza S, et al. Early assessment of the clinical severity of the SARS-CoV-2 omicron variant. MedRxiv 2021. https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.12.21.21268116v1.

- Zhao H, Lu L, Peng Z, Chen LL, Meng X, Zhang C, Ip JD, Chan WM, Chu AW, Chan KH, Jin DY, Chen H, Yuen KY, To KK. SARS-CoV-2 Omicron variant shows less efficient replication and fusion activity when compared with Delta variant in TMPRSS2-expressed cells. Emerg Microbes Infect. 2021 Dec 24:1-18. doi: 10.1080/22221751.2021.2023329. Epub ahead of print. PMID: 34951565.

VII BIJLAGE(N)

Bijlage 1: officiële vragen

Beste allen,

Het Overlegcomité van 17 november 2021 vroeg aan het Coronacommissariaat om “na te gaan op welke manieren de vaccinatiegraad maximaal verhoogd kan worden. Hierbij dienen minstens de juridische, ethische en motivationele aspecten bekeken te worden.” Deze vraag kaderde in een debat binnen het Overlegcomité over de opportuniteit, haalbaarheid, voor- en nadelen, etc. van mogelijke pistes als overgang van een coronapas op basis van 3G (gevaccineerd, getest, genezen) naar 2G (gevaccineerd of genezen) of 1G (gevaccineerd), of de verplichte vaccinatie. Het Overlegcomité heeft ter zake nog geen oriëntaties genomen. Bovendien kunnen ook andere opties inzake het verhogen van de vaccinatiegraad overwogen worden, aanvullend op de reeds bestaande informatieve en communicatieve acties die door de overheden, gecoördineerd binnen de Taskforce Vaccinatie van het Commissariaat, worden ondernomen in het kader van de vaccinatiecampagne.

Het Coronacommissariaat onderscheidt, na overleg de voorbije dagen op politiek niveau over de aanpak en inhoud van de opdracht, volgende vraagstukken en wenst de beschikbare expertise en adviesorganen te valoriseren inzake deze kwesties. Deze aanpak en vragen zijn goedgekeurd door de Premier, voorzitter van het Overlegcomité en de federale minister van Volksgezondheid.

1) Epidemiologische impact: voor deze vragen wensen we graag beroep te doen op de Hoge Gezondheidsraad, die via de NITAG, advies levert in het kader van de vaccinatiecampagne

- Rekening houdend met de huidige kennis over het virus en de epidemie: welk niveau van vaccinatie is vereist om een effectieve bescherming van burgers en bevolking te verzekeren?
- In welke mate en onder welke voorwaarden dragen de mogelijke instrumenten tot verhoging van de vaccinatiegraad bij tot een betere beheersing van de epidemie, enerzijds op vlak van de viruscirculatie, anderzijds op vlak van de beperking van ziektelast, hospitalisatie en overlijden?
- Welk potentieel hebben deze instrumenten op het vlak van de mogelijke versoepeling van niet-farmaceutische interventies?
- Bij bovenstaande vragen dient ook rekening te worden gehouden met wat de state-of-the-art evidence is op vlak van vaccineffectiviteit, de nood aan herhaaldoses, de mate waarin genezing leidt tot bescherming, het mogelijks verder epidemiologisch verloop van pandemie naar endemie, mogelijke nieuwe varianten, etc.

2) Ethische, juridische en sociale overwegingen: voor deze vragen willen graag beroep te doen op het Comité voor Bio-Ethiek, die reeds eerder adviezen heeft geformuleerd inzake verplichte vaccinatie en de coronapas, alsook de Commissie Patiëntenrechten. Ik wijs erop dat de GEMS ook reeds adviezen heeft uitgebracht inzake deze elementen.

- Wat zijn de ethische, juridische en sociale overwegingen bij de mogelijke instrumenten?
- Wat zijn motivationele aspecten die in rekening moeten worden genomen?

3) Internationale vergelijking: voor deze analyse zouden we graag beroep doen op de FOD Volksgezondheid

- Welke beslissingen en beleidsintenties bestaan er binnen de WHO Euro (en eventueel daarbuiten) omtrent de mogelijke instrumenten, alsook welke argumenten worden daarbij

gehanteerd? Hoe wil men dit beleid operationaliseren op juridisch, technisch en handhavingsvlak?

4) Operationalisering: voor deze analyse zouden we graag beroep doen op de FOD Volksgezondheid, die voor bepaalde aspecten (handhaving) met de FOD Binnenlandse Zaken en de FOD Justitie kan afstemmen.

- Onder voorbehoud van eventuele beslissingen, wat zijn juridische, technische, communicatieve en handhavingsoverwegingen die in rekening moeten worden genomen? Welke zijn succes- en faalfactoren ter zake? En wat is de haalbaarheid om daarop een effectief antwoord te bieden?
- Welke ervaring hebben we ter zake met de verplichte polio-vaccinatie en welke lessen kunnen we trekken?

Het Coronacommissariaat vraagt, rekening houdend met de verwachtingen van het Overlegcomité, het advies ten laatste op 20 december te ontvangen, en zal op basis daarvan een geconsolideerd rapport aan het Overlegcomité overmaken. Qua aanpak is het mogelijk dat de verschillende adviesorganen deze opdrachten gezamenlijk opnemen, bv. in een gezamenlijke werkgroep, rekening houdend met de samenhang van de verschillende vragen.

Ik dank jullie alvast hartelijk voor uw antwoord en ben evident ter beschikking bij eventuele vragen of wens tot afstemming.

Pedro Facon
Regeringscommissaris COVID-19

Over de Hoge Gezondheidsraad (HGR)

De Hoge Gezondheidsraad is een federaal adviesorgaan waarvan de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu het secretariaat verzekert. Hij werd opgericht in 1849 en geeft wetenschappelijke adviezen i.v.m. de volksgezondheid aan de ministers van Volksgezondheid en van Leefmilieu, aan hun administraties en aan enkele agentschappen. Hij doet dit op vraag of op eigen initiatief. De HGR probeert het beleid inzake volksgezondheid de weg te wijzen op basis van de recentste wetenschappelijke kennis.

Naast een intern secretariaat van een 25-tal medewerkers, doet de Raad beroep op een uitgebreid netwerk van meer dan 500 experten (universiteitsprofessoren, medewerkers van wetenschappelijke instellingen, praktijkbeoefenaars, enz.), waarvan er 300 tot expert van de Raad zijn benoemd bij KB; de experts komen in multidisciplinaire werkgroepen samen om de adviezen uit te werken.

Als officieel orgaan vindt de Hoge Gezondheidsraad het van fundamenteel belang de neutraliteit en onpartijdigheid te garanderen van de wetenschappelijke adviezen die hij aflevert. Daartoe heeft hij zich voorzien van een structuur, regels en procedures die toelaten doeltreffend tegemoet te komen aan deze behoeften bij iedere stap van het tot stand komen van de adviezen. De sleutelmomenten hierin zijn de voorafgaande analyse van de aanvraag, de aanduiding van de deskundigen voor de werkgroepen, het instellen van een systeem van beheer van mogelijke belangenconflicten (gebaseerd op belangenverklaringen, onderzoek van mogelijke belangenconflicten en een Commissie voor Deontologie) en de uiteindelijke validatie van de adviezen door het College (eindbeslissingsorgaan van de HGR, samengesteld uit 30 leden van de pool van benoemde experten). Dit coherent geheel moet toelaten adviezen af te leveren die gesteund zijn op de hoogst mogelijke beschikbare wetenschappelijke expertise binnen de grootst mogelijke onpartijdigheid.

Na validatie door het College worden de adviezen overgemaakt aan de aanvrager en aan de minister van Volksgezondheid en worden ze gepubliceerd op de website (www.hgr-css.be). Daarnaast wordt een aantal onder hen gecommuniceerd naar de pers en naar bepaalde doelgroepen (beroepsbeoefenaars in de gezondheidssector, universiteiten, politiek, consumentenorganisaties, enz.).

Indien u op de hoogte wilt blijven van de activiteiten en publicaties van de HGR kunt u een mail sturen naar info.hgr-css@health.belgium.be.

www.hgr-css.be

Deze publicatie mag niet worden verkocht.

federale overheidsdienst

**VOLKSGEZONDHEID,
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN
EN LEEFMILIEU**

Covid Safe Ticket

Avis n° 5/2022 du 7 mars 2022

de l'Institut Fédéral pour la protection et la promotion des Droits Humains

L'Institut Fédéral pour la protection et la promotion des Droits Humains

L'Institut Fédéral pour la protection et la promotion des Droits Humains (IFDH) a été créé en vertu de la loi du 12 mai 2019. L'IFDH a pour objet de contribuer à la protection et à la promotion des droits humains en Belgique. Le présent avis s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre de la mission de l'IFDH qui consiste à conseiller le gouvernement fédéral et les chambres fédérales sur toutes les questions relatives aux droits humains, soit sur demande, à l'instar du présent avis, soit de sa propre initiative.

Introduction

Cet avis a été préparé à la demande de la Commission de la Santé et de l'Égalité des Chances de la Chambre afin d'évaluer le système du Covid Safe Ticket (CST)[1]. Le CST repose sur un schéma vaccinal complet, une preuve de rétablissement suite à une infection par le Covid-19 ou un test négatif récent (également appelé '3G') [2]. À l'origine, le CST a été introduit pour faciliter les déplacements au sein de l'Union européenne. Il est utilisé depuis août 2021 comme condition d'accès aux événements (culturels, par exemple) d'une certaine ampleur[3]. L'utilisation du CST a été prolongée le 15 octobre par la Région bruxelloise et le 1er novembre 2021 par les autres entités fédérées. Depuis lors, un CST est exigé comme condition d'accès, entre autres, aux établissements du secteur de l'horeca, aux centres de fitness, aux lieux de vie nocturne. Dans certaines entités fédérées, il est également requis pour l'accès aux établissements de soins résidentiels pour personnes vulnérables (par exemple, les hôpitaux et les maisons de repos et de soins). En janvier 2022, les autorités compétentes des différents entités fédérées ont toutes prolongé cette mesure, initialement valable pour trois mois[4].

[1] Le contenu de cet avis a été déterminé avant qu'il ne soit décidé de désactiver le CST avec effet au 7 mars 2022.

[2] L'expression '3G' vient de l'allemand. Les trois 'G' signifient 'geimpft' (vacciné), 'genesen' (rétabli) et 'getestet' (testé). Dans le cas de la '1G', l'accès aux services peut être obtenu moyennant production d'un certificat de vaccination. Dans le cas de la '2G', un certificat de rétablissement est également accepté. Pour la '3G', un certificat de test de dépistage récent s'ajoute.

[3] La base juridique du système CST est contenue dans l'Accord de coopération de 14 juillet 2021 entre l'État fédéral, la Communauté flamande, la Communauté française, la Communauté germanophone, la Commission communautaire commune, la Région wallonne et la Commission communautaire française concernant le traitement des données liées au certificat COVID numérique de l'UE et au Covid Safe Ticket, le PLF et le traitement des données à caractère personnel des travailleurs salariés et des travailleurs indépendants vivant ou résidant à l'étranger qui effectuent des activités en Belgique, *Moniteur Belge* 23 juillet 2021.

[4] Décret du 14 janvier 2022 modifiant le décret du 21 octobre 2021 relatif à l'usage du Covid Safe Ticket et à l'obligation du port du masque, *Moniteur Belge* 26 janvier 2022 (Région wallonne) ; Arrêté du 14 janvier 2022 du Collège réuni de la Commission communautaire commune portant exécution de l'ordonnance du 14 octobre 2021 relative à l'extension du Covid Safe Ticket en cas de nécessité découlant d'une situation épidémiologique particulière, *Moniteur Belge* 14 janvier 2022 (Bruxelles) ; Décret du 26 janvier 2022 modifiant le décret du 29 octobre 2021 relatif au Covid Safe Ticket, en ce qui concerne le relèvement de la limite d'âge inférieure pour l'usage du Covid Safe Ticket et le couplage de l'expiration du décret du 29 octobre 2021 à l'urgence épidémique,

L'IFDH a déjà analysé le recours au CST dans son avis n° 6/2021 du 8 décembre 2021. Le CST a également été indirectement discuté dans l'avis n° 3/2022 du 4 février 2022 sur la vaccination obligatoire. L'IFDH réitère ici sa position selon laquelle un passeport vaccinal[5] comme le CST peut être conforme aux droits de l'homme, à condition que sa mise en œuvre soit proportionnée (1.). L'IFDH aborde ensuite la proportionnalité de l'actuel CST. Il conclut que le caractère proportionnel du maintien de cet outil n'a pas été suffisamment démontré avant que les décisions de prolongation au-delà de la période initiale de trois mois soient prises (2.). Enfin, l'IFDH formule plusieurs recommandations relatives à l'éventuelle utilisation future du CST dans le contexte du Covid-19 (3.).

1. Passeport vaccinal : autorisé en principe, pourvu que sa mise en œuvre soit proportionnée

Dans son avis n° 6/2021, l'IFDH s'est prononcé sur une question de principe : celle de l'admissibilité du passeport vaccinal dans le contexte d'une épidémie. Vous êtes invités à prendre connaissance de l'avis dans son intégralité. En voici les principaux éléments.

L'avis n° 6/2021 s'appuyait sur l'arrêt Vavřička rendu le 8 avril 2021 par la Cour européenne des droits de l'homme, à propos de l'obligation établie par la loi tchèque de vacciner les enfants contre neuf maladies dites infantiles. Dans cet arrêt, la Cour considère que la vaccination obligatoire constitue une ingérence dans l'exercice du droit au respect de l'intégrité physique, qui fait partie du droit au respect de la vie privée (article 8 de la Convention européenne des droits de l'homme ou CEDH). Selon la Cour, cependant, un gouvernement peut raisonnablement décider que cette obligation est nécessaire pour qu'un niveau de protection suffisant contre les maladies graves soit atteint (§ 288). Les gouvernements nationaux disposent par ailleurs d'une large marge d'appréciation à cet égard (§ 280).

Pour cette raison, dans son avis n° 6/2021, l'IFDH a considéré que le principe du passeport vaccinal peut être conforme au droit au respect de l'intégrité physique. Le passeport vaccinal constitue en effet une ingérence moindre dans l'exercice des droits humains que la vaccination obligatoire. Toutefois, selon l'IFDH, l'impact des restrictions au droit d'établir des relations avec autrui, qui est également protégé par l'article 8 de la CEDH, doit également être pris en compte. L'arrêt Vavřička indique clairement qu'il n'est pas en soi incompatible avec les droits humains de faire dépendre l'exercice de certaines libertés, dans certains contextes, du statut vaccinal de la personne concernée. En effet, dans le cas du refus d'accès à l'école maternelle aux enfants non vaccinés de la République tchèque, la Cour a accepté que la liberté d'enseignement soit restreinte. La section législative du Conseil d'État a également estimé que le système du CST pouvait, en principe, être conforme aux droits de l'homme[6].

Dans l'avis n° 3/2022, l'IFDH a souligné que le passeport vaccinal ne peut être utilisé que comme une mesure de sécurité sanitaire : une mesure qui vise à accroître la sécurité dans certains milieux sociaux en évitant les infections. Cet avis était motivé par une proposition du Commissariat Corona du Gouvernement visant à transformer le CST en un passeport vaccinal dit 1G (basé uniquement sur le

Moniteur Belge 28 janvier 2022 (Communauté flamande) ; Arrêté du Gouvernement du 31 janvier 2022 modifiant l'Arrêté du Gouvernement du 21 janvier 2021 fixant des mesures visant à prévenir la propagation du coronavirus (COVID-19), *Moniteur Belge* 8 février 2022 (Communauté germanophone).

[5] Dans le présent avis, le terme 'passeport vaccinal' est utilisé dans un sens générique pour désigner un système dans lequel certaines restrictions d'accès sont liées à la preuve du statut vaccinal (avec ou sans exceptions basées sur le rétablissement ou sur un test négatif récent).

[6] Conseil d'État, 23 septembre 2021, avis n° 70.160/VR.

certificat de vaccination, c'est-à-dire sans certificat de rétablissement ou de test), l'objectif principal étant d'augmenter la couverture vaccinale[7]. Cependant, selon l'IFDH, le passeport vaccinal ne peut pas servir de mécanisme de sanction pour une obligation indirecte de vaccination[8]. En effet, le principe de proportionnalité exige que, lorsqu'un droit est restreint, les moyens employés soient raisonnablement liés à l'objectif poursuivi. C'est le cas, par exemple, d'une mesure de sécurité sanitaire qui impose des restrictions à la vie sociale dans le but de rendre cette vie sociale plus sûre. Ce n'est par contre pas le cas dans la logique d'un 'mécanisme de sanction', où il n'y a pas de lien raisonnable entre le but poursuivi et la restriction de la liberté individuelle. Aussi, la Cour européenne, dans l'arrêt Vavřička, n'a accepté la restriction de liberté en question (la restriction de l'accès à l'enseignement maternel) que dans une logique 'protectrice' et non 'punitive'.

Le passeport vaccinal conçu comme mesure de sécurité sanitaire pourrait donc, en principe, être conforme aux droits de l'homme. Toutefois, la mise en œuvre d'un tel passeport vaccinal doit nécessairement respecter le principe de proportionnalité. Dans le contexte de la lutte contre une épidémie, ce principe exige que les avantages sanitaires que présente une mesure sanitaire particulière l'emportent sur son impact en termes de restriction des liberté. Sur l'un des plateaux de la balance se trouve donc la contribution de la mesure à la protection de la santé publique. Une question importante ici concerne l'efficacité du passeport vaccinal dans la prévention des infections : plus son efficacité est élevée, plus le dispositif passe facilement le test de proportionnalité. On peut aussi raisonnablement tenir compte des circonstances épidémiologiques : lorsqu'il existe déjà une charge élevée sur le système de soins de santé, ou un risque imminent, une éventuelle réduction des infections par le biais d'un passeport vaccinal contribuerait davantage à éviter une surcharge du système de soins de santé.

Sur l'autre plateau de la balance, on trouve l'impact de la mesure sur les droits individuels. Dans son avis n° 6/2021, l'IFDH considérait déjà que plus les restrictions qu'elle emporte sont étendues, plus il est difficile à la mesure de passer le test de proportionnalité. C'est le cas par exemple si l'usage du passeport vaccinal est étendu à d'autres secteurs (par exemple, l'éducation ou le marché du travail), ou si moins d'exceptions sont prévues (par exemple, une politique '2G' ou '1G' au lieu de '3G'). En outre, l'IFDH a souligné le fait que l'impact des restrictions imposées par la mesure sur les droits des personnes non vaccinées augmente avec le temps. Le principe de proportionnalité exige que plus l'impact sur les droits humains est important, plus le bénéfice obtenu en contrepartie pour la santé publique doit être élevé.

Dans l'avis n° 6/2021, l'IFDH a estimé que, au moment où la vague du variant delta pesait lourdement sur le système des soins de santé, le gouvernement pouvait raisonnablement supposer que le CST contribuait suffisamment à réduire le risque d'infection. Pour cette raison, le gouvernement pouvait alors raisonnablement considérer le CST comme un moyen proportionné de protéger la santé publique tout en préservant le secteur des loisirs de nouvelles restrictions. Toutefois, l'IFDH a immédiatement souligné que la proportionnalité du maintien de cette mesure devrait être évaluée sur une base régulière.

[7] Commissariat Corona du Gouvernement, 11 janvier 2022, Note au comité de consultation sur 'Augmenter le taux de vaccination par le biais de la vaccination obligatoire et/ou la conversion de l'actuel instrument Covid Safe Ticket (3G) en un Certificat Corona 2G ou 1G : opportunité, conditions préalables et points d'attention'.

[8] Voir aussi, dans le même sens, le Comité consultatif de bioéthique, 13 décembre 2021, Avis no. 80 relatif aux enjeux éthiques liés à la vaccination obligatoire de la population adulte (18 ans et plus) en période de pandémie, p. 20.

2. La proportionnalité du maintien du CST n'a pas été suffisamment démontrée

Plusieurs éléments rendent aujourd'hui plus difficile pour le CST de passer ce test essentiel de proportionnalité. Par comparaison avec le contexte dans lequel l'avis n° 6/2021 a été émis, début décembre 2021, il est clair aujourd'hui que si la vaccination offre encore une protection importante contre la maladie grave, la protection qu'elle assure contre la transmission n'est pas aussi efficace et décline plus rapidement qu'on ne l'espérait initialement, du fait notamment de l'émergence de nouveaux variants. C'était déjà vrai avec le variant delta[9], mais ça l'est encore plus avec le variant omicron[10]. Le fait que le CST "ne garantit pas l'absence de toute contamination" a d'ailleurs été la raison pour laquelle le Commissariat Corona du Gouvernement a décidé que "l'instrument devra être repositionné en cas d'utilisation ultérieure", par exemple comme une obligation de vaccination indirecte (voir ci-dessus) [11]. En outre, une étude néerlandaise sur l'efficacité des passeports corona montre qu'une politique '3G' ou '2G' perd de son efficacité lorsqu'un grand groupe de personnes non vaccinées a déjà eu le Covid-19 et a donc acquis une immunité[12]. Ce groupe s'était déjà considérablement développé sous l'effet de la vague du variant delta et n'a fait que croître sous l'effet de la vague omicron.

L'IFDH ne dispose pas de l'expertise nécessaire pour réaliser une évaluation propre des bénéfices du CST pour la santé publique. Cependant, l'IFDH est d'avis que les éléments ci-dessus auraient dû donner lieu à une évaluation de la proportionnalité du maintien du CST. Contrairement à ce que l'IFDH avait recommandé dans son avis n° 6/2021 (voir ci-dessus), aucune évaluation formelle de l'efficacité ni de la proportionnalité du CST n'a eu lieu. L'accord de coopération sur le CST requiert l'avis du RAG (le groupe d'évaluation des risques ou 'Risk Assessment Group' est un organe consultatif) pour déterminer si les circonstances épidémiologiques locales nécessitent l'introduction ou l'extension du CST (voir article 13a, § 5 de l'accord). Avant que la décision de prolonger le CST ne soit prise dans le courant du mois de janvier 2022, l'avis du RAG a donc été demandé par chacune des entités fédérées. Pour évaluer l'opportunité de maintenir le CST, les avis rendus se sont limités à observer l'existence d'un certain niveau d'alerte épidémiologique (principalement sur la base du nombre d'infections pour 100 000 habitants au cours des 14 derniers jours)[13]. Ces avis ne constituent pas une évaluation scientifique de l'efficacité ou des avantages du CST pour la santé publique. De ce fait, ils ne permettent pas d'évaluer sur une base scientifique la proportionnalité du maintien du CST.

---

[9] A. Wilder-Smith, "What is the vaccine effect on reducing transmission in the context of SARS-CoV-2 delta variant ?", *The Lancet* 2022 (publié en ligne le 28 octobre 2021).

[10] F. Plesner Lynge et. al. , "SARS-CoV-2 Omicron VOC Transmission in Danish Households" (article préimprimé disponible sur medRxiv, disponible à l'adresse suivante https://doi.org/10.1101/2021.12.27.21268278).

[11] Commissariat Corona du Gouvernement, *op. cit.* , p. 16.

[12] TU Delft, "Effectiveness of different applications of the Corona Access Ticket", janvier 2022, https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/01/17/effectiviteit-van-verschillende-toepassingen-van-het-coronatoegangsbewijs.

[13] Voir, sur tout ceci : RAG, 29 septembre 2021, avis générique concernant l'utilisation du Covid Safe Ticket. Voir également RAG, avis du 16 décembre 2021 (Région wallonne), du 7 janvier (Bruxelles), du 14 janvier (Flandre) et du 26 janvier 2022 (Communauté germanophone), disponibles à l'adresse suivante https://covid-19.sciensano.be/fr/covid-19-informations-scientifiques. Les avis de janvier mentionnent, à titre d'information, le fait que les vaccins offrent une protection moindre contre le variant omicron que dans le cas des variants antérieures, mais n'en tiennent pas compte dans leur évaluation, qui repose uniquement sur la détermination du niveau d'alerte épidémiologique.

L'IFDH convient de ce que, dans le contexte d'une crise sanitaire qui évolue rapidement, il n'est pas nécessairement approprié pour le gouvernement d'attendre d'avoir une certitude scientifique sur les avantages sanitaires de certaines mesures spécifiques avant de les adopter. Il est toutefois nécessaire d'évaluer l'efficacité de ces mesures dans les meilleurs délais, notamment en ce qui concerne leur contribution à la prévention de la surcharge du système de soins de santé. L'IFDH est d'avis que l'évaluation du CST aurait dû avoir lieu – au plus tard – avant que, dans le courant du mois de janvier 2022, les différents entités fédérées ne décident de prolonger le CST.

En l'absence d'une telle évaluation, et compte tenu de son impact croissant dans le temps sur les droits des personnes non vaccinées, l'IFDH n'est pas convaincu que la proportionnalité du maintien du CST, après l'expiration de la période initiale de trois mois, ait été suffisamment démontrée[14]. Si la mesure ne peut plus être considérée comme proportionnée à l'objectif de protection de la santé publique, elle constitue une violation des droits humains (en particulier du droit au respect de la vie privée) des citoyens qui y sont soumis.

3. Commentaires sur le maintien du CST dans la 'boîte à outils'

Si le CST ne peut plus raisonnablement être considéré comme une restriction acceptable aux droits de l'homme dans les circonstances actuelles, il est néanmoins possible qu'il le soit à nouveau dans d'autres circonstances. Par exemple, on peut imaginer un scenario dans lequel un nouveau vaccin ou un vaccin actualisé serait plus efficace contre la transmission des variants alors en circulation, ce qui augmenterait le bénéfice sanitaire du CST et permettrait de considérer plus facilement son usage comme proportionné. Selon l'IFDH, il ne serait donc pas contraire aux droits humains de conserver le CST comme un outil parmi d'autres, à réactiver si les circonstances épidémiologiques le justifient et à condition que le principe de proportionnalité soit respecté.

Au cas où il serait décidé de conserver le système du CST pour une utilisation future, l'IFDH souhaite faire les observations suivantes :

1) Il ne peut y avoir de lien automatique entre le CST et le baromètre dit corona[15]. Le dépassement des seuils prévus par le baromètre corona ne dispense pas le gouvernement d'évaluer individuellement la proportionnalité de chaque mesure avant leur adoption. Ce n'est donc pas parce que le baromètre corona est orange ou rouge que l'usage du CST est par définition proportionnée.
2) La proportionnalité du maintien du CST doit être évaluée de manière régulière. L'obligation actuelle de demander l'avis du RAG sur les circonstances épidémiologiques n'est pas suffisante à cet égard. L'évaluation de la proportionnalité dépend non seulement des circonstances épidémiologiques mais aussi, par exemple, de l'impact de la mesure sur les droits des personnes non vaccinées (y compris l'impact en termes de durée) et de l'efficacité du CST. Cette dernière dépend à son tour de facteurs tels que l'efficacité des vaccins, l'immunité accumulée au sein de la collectivité, mais aussi du comportement humain, notamment de la

[14] Voir également le Tribunal de première instance de Namur (9ème chambre), 1 mars 2022, ASBL Notre Bon Droit et autres contre Région wallonne (ordonnance de référé), dans lequel il a été jugé que l'évolution de la pandémie et les connaissances scientifiques disponibles ne permettaient plus de considérer le CST comme proportionné.
[15] Voir https://www.info-coronavirus.be/fr/.

mesure dans laquelle le CST entraîne une réduction des contacts à risque pour les personnes non vaccinées plutôt qu'un déplacement de celles-ci vers d'autres milieux[16].

3) Le passeport vaccinal doit rester une mesure exceptionnelle. Par conséquent, l'usage du CST ne peut se justifier que si le Covid-19 est de nature épidémique, les vagues caractérisées par une croissance exponentielle pouvant constituer une menace aiguë pour la santé publique. Si le Covid-19 devient endémique, avec un impact raisonnablement prévisible sur les soins de santé, il ne peut plus être considéré comme une circonstance exceptionnelle justifiant une mesure exceptionnelle comme le CST.

4. Conclusion

La mise en œuvre d'un passeport vaccinal comme le CST, qui lie le statut vaccinal avec certaines restrictions dans l'accès aux droits, n'est pas forcément contraire aux droits humains. Toutefois, ces restrictions doivent être proportionnées à l'objectif de protection de la santé publique. En outre, la proportionnalité d'une telle mesure devrait être évaluée régulièrement.

Selon l'IFDH, lors de l'adoption de l'actuel CST, le gouvernement pouvait raisonnablement considérer qu'il s'agissait là d'une mesure efficace et proportionnée susceptible de contribuer à prévenir les infections et ainsi à éviter indirectement la surcharge du système de santé. **Toutefois, en l'absence d'une évaluation de l'efficacité et de la proportionnalité du CST, l'IFDH estime que la proportionnalité de son maintien n'a pas été suffisamment démontrée avant que la prolongation de la mesure au-delà de la période initiale de trois mois soit décidée.**

Si 'l'outil' CST devait être maintenu, c'est-à-dire dans la perspective où il pourrait à nouveau constituer un instrument efficace et proportionné pour contribuer à contrôler le Covid-19, l'IFDH fait les recommandations suivantes :

1) Il ne peut pas y avoir de lien automatique entre le CST et le baromètre corona.
2) La proportionnalité du maintien du CST doit être évaluée de manière régulière.
3) Le CST ne peut pas être maintenu si le Covid-19 évolue vers une endémie ayant un impact raisonnablement prévisible sur les soins de santé.

Institut Fédéral des Droits Humains
Chaussée de Louvain 48
1000 Bruxelles
www.federaalinstituutmensenrechten.be

[16] TU Delft, *op. cit.*

Covid Safe Ticket

Advies n° 5/2022 van 7 maart 2022

van het Federaal Instituut voor de bescherming en de bevordering van de Rechten van de Mens

Het Federaal Instituut voor de bescherming en de bevordering van de Rechten van de Mens
Het Federaal Instituut voor de bescherming en de bevordering van de Rechten van de Mens (FIRM) werd opgericht bij Wet van 12 mei 2019. Het FIRM heeft tot doel bij te dragen tot de bescherming en de bevordering van de mensenrechten in België. Het voorliggend advies kadert in de uitvoering van de opdracht van het FIRM om advies te verstrekken aan de federale regering en aan de federale Kamers betreffende alle aangelegenheden die verband houden met mensenrechten, hetzij, zoals in dit geval, op verzoek, hetzij op eigen initiatief.

Inleiding

Dit advies werd opgesteld op vraag van de Commissie voor Gezondheid en Gelijke Kansen van de Kamer met het oog op de evaluatie van het systeem van het Covid Safe Ticket (CST).[1] Het CST is gebaseerd op volledige vaccinatie, bewijs van herstel van een Covid-19 infectie of een recente negatieve test (ook '3G' genoemd).[2] Oorspronkelijk ingevoerd om reizen binnen de Europese Unie mogelijk te maken, wordt het CST sinds augustus 2021 gebruikt als toegangsvoorwaarde tot (bijv. culturele) evenementen van een bepaalde grootte.[3] Op respectievelijk 15 oktober (Brussels Gewest) en 1 november 2021 (de andere deelstaten) werd het gebruik van het CST uitgebreid. Een CST is sindsdien vereist als toegangsvoorwaarde tot onder meer horeca, fitnesscentra, het nachtleven en, in sommige deelstaten ook voor de toegang tot voorzieningen voor residentiële opvang van kwetsbare personen (o.a. ziekenhuizen en woonzorgcentra). De bevoegde overheden van de verschillende deelstaten hebben deze maatregel, die initieel voor drie maanden gold, allen verlengd in de loop van januari 2022.[4]

[1] De inhoud van dit advies is vastgesteld voor beslist werd om het CST te desactiveren met ingang van 7 maart 2022.

[2] De uitdrukking '3G' is afkomstig uit het Duits. De G's staan voor 'geimpft' (gevaccineerd), 'genesen' (genezen) en 'getestet' (getest). Bij '1G' kan toegang enkel verkregen worden via een vaccinatiecertificaat, bij '2G' ook via een herstelcertificaat, en bij '3G' kan dit ook via een recent testcertificaat.

[3] De wettelijke basis voor het CST-systeem ligt vervat in het Samenwerkingsakkoord van 14 juli 2021 tussen de Federale Staat, de Vlaamse Gemeenschap, de Franse Gemeenschap, de Duitstalige Gemeenschap, de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, het Waalse Gewest en de Franse Gemeenschapscommissie betreffende de verwerking van gegevens met betrekking tot het digitaal EU-COVID-certificaat, het Covid Safe Ticket, het PLF en de verwerking van persoonsgegevens van in het buitenland wonende of verblijvende werknemers die activiteiten uitvoeren in België, *B.S.* 23 juli 2021.

[4] Decreet van 14 januari 2022 houdende wijziging van het decreet van 21 oktober 2021 betreffende het gebruik van het COVID Safe Ticket en de mondmaskerplicht, *B.S.* 26 januari 2022 (Waals Gewest); Besluit van 14 januari 2022 van de Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie tot uitvoering van de ordonnantie van 14 oktober 2021 betreffende de uitbreiding van het Covid Safe Ticket in geval van noodzakelijkheid voortvloeiend uit een specifieke epidemiologische situatie, *B.S.* 14 januari 2022 (Brussel);

Het FIRM heeft zich eerder al uitgesproken over het gebruik van het CST in advies nr. 6/2021 van 8 december 2021. Ook in advies nr. 3/2022 van 4 februari 2022 over de vaccinatieplicht werd het CST zijdelings besproken. In het huidig advies herhaalt het FIRM zijn standpunt dat een vaccinatiepaspoort[5] zoals het CST in overeenstemming met de mensenrechten kan zijn, op voorwaarde dat de toepassing hiervan ook proportioneel is (1.). Het FIRM gaat vervolgens in op de proportionaliteit van het huidig CST, en komt tot de conclusie dat de proportionaliteit van het behoud hiervan onvoldoende werd aangetoond alvorens beslist werd tot de verlenging hiervan voorbij de initiële periode van drie maanden (2.). Ten slotte maakt het FIRM enkele aanbevelingen inzake een eventueel toekomstig gebruik van het CST in de context van Covid-19 (3.).

1. Een vaccinatiepaspoort: principieel toelaatbaar, op voorwaarde dat de toepassing ook proportioneel is

In advies 6/2021 sprak het FIRM zich uit over de vraag van de principiële toelaatbaarheid van een vaccinatiepaspoort in de context van een epidemie. Voor een uitgebreidere bespreking wordt verwezen naar de tekst van het advies zelf, zodat het volstaat om de hoofdlijnen hiervan te hernemen.

Het uitgangspunt van advies nr. 6/2021 was het Vavřička-arrest van 8 april 2021 van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens, dat betrekking had op de in Tsjechische geldende wettelijke verplichting om kinderen in te enten tegen negen zogenaamde kinderziektes. In dit arrest erkende het Hof dat een vaccinatieverplichting een inmenging uitmaakt van het recht op eerbiediging van de fysieke integriteit, dat een onderdeel vormt van het recht op eerbiediging van het privéleven (artikel 8 van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens of EVRM). Volgens het Hof kan een overheid echter redelijkerwijze beslissen dat een dergelijke verplichting noodzakelijk is om een voldoende niveau van bescherming tegen ernstige ziekte te bereiken (§ 288), en beschikken de nationale overheden in dit verband over een brede appreciatiemarge (§ 280).

In advies nr. 6/2021 was het FIRM van oordeel dat, om deze redenen, ook het principe van een vaccinatiepaspoort in overeenstemming zou kunnen zijn met het recht op eerbiediging van de fysieke integriteit, aangezien dit om een minder verregaande aantasting gaat dan een vaccinatieplicht. Tegelijkertijd moet er volgens het FIRM ook rekening gehouden worden met de impact van de toegangsbeperkingen op het recht om relaties aan te knopen met anderen, dat tevens beschermd wordt door artikel 8 EVRM. Het Vavřička-arrest maakt duidelijk dat het niet per definitie onverenigbaar is met de mensenrechten om de uitoefening van bepaalde vrijheden in bepaalde contexten afhankelijk te maken van iemands vaccinatiestatus. Het Hof aanvaardde immers dat de vrijheid van onderwijs beperkt werd door niet-gevaccineerde kinderen in Tsjechië de toegang tot het kleuteronderwijs te

Decreet van 26 januari 2022 tot wijziging van het decreet van 29 oktober 2021 over het COVID Safe Ticket wat betreft de verhoging van de onderste leeftijdsgrens voor het gebruik van het COVID Safe Ticket en de koppeling van de buitenwerkingtreding van het decreet van 29 oktober 2021 aan de epidemische noodsituatie, *B.S.* 28 januari 2022 (Vlaamse Gemeenschap); en Besluit van 31 januari 2022 van de Regering tot wijziging van het besluit van de Regering van 21 januari 2021 tot vaststelling van maatregelen ter voorkoming van de verspreiding van het coronavirus, *B.S.* 8 februari 2022 (Duitstalige Gemeenschap).

[5] In dit advies wordt de term 'vaccinatiepaspoort' in generieke zin gebruikt voor een systeem waarbij bepaalde toegangsbeperkingen gekoppeld worden aan het bewijs van vaccinatiestatus (al dan niet met uitzonderingen op basis van herstel of recente negatieve test).

ontzeggen. Ook de Afdeling Wetgeving van de Raad van State was overigens van oordeel dat het systeem van het CST principieel in overeenstemming zou kunnen zijn met de mensenrechten.[6]

In advies 3/2022 benadrukte het FIRM dat een vaccinatiepaspoort enkel kan gebruikt worden als een sanitaire veiligheidsmaatregel. Dit is een maatregel die tot doel heeft om de veiligheid in bepaalde sociale settings te verhogen door het vermijden van besmettingen. Aanleiding voor dit advies was een voorstel van het Coronacommissariaat om het CST om te vormen tot een '1G'-vaccinatiepaspoort (enkel op basis van vaccinatiecertificaat, dus zonder herstel- of testcertificaat) met als hoofddoel het verhogen van de vaccinatiegraad.[7] Volgens het FIRM kan een vaccinatiepaspoort echter niet gebruikt worden als een soort van sanctiemechanisme voor dergelijke indirecte vaccinatieverplichting.[8] Het proportionaliteitsbeginsel vereist immers dat, wanneer een recht beperkt wordt, het gehanteerde middel redelijkerwijze verband houdt met het nagestreefde doel. Dit is bijvoorbeeld het geval vanuit de logica van een sanitaire veiligheidsmaatregel, die beperkingen oplegt aan het sociaal leven met als doel om dat sociaal leven veilig te laten verlopen. Dit is echter niet het geval vanuit de logica van een 'sanctiemechanisme', waarbij redelijkerwijze geen verband meer bestaat tussen het nagestreefde doel en de beperking van de persoonlijke vrijheid. Ook het Europees Hof, in het Vavřička-arrest, aanvaardde de vrijheidsbeperking in kwestie (de beperking op de toegang tot het kleuteronderwijs) enkel vanuit een 'beschermende' en niet vanuit een 'bestraffende' logica.

Een vaccinatiepaspoort dat uitgaat van de logica van een sanitaire veiligheidsmaatregel zou dus in principe in overeenstemming kunnen zijn met de mensenrechten. Belangrijke voorwaarde hierbij is echter dat de toepassing van een dergelijk vaccinatiepaspoort ook in overeenstemming is met het proportionaliteitsbeginsel. In de context van de strijd tegen een epidemie, vereist dit beginsel dat de gezondheidswinst van een bepaalde sanitaire maatregel opweegt tegen het vrijheidsbeperkend karakter hiervan. Aan de ene kant van de balans bevindt zich dus de bijdrage aan de bescherming van de volksgezondheid. Een belangrijke vraag hierbij betreft de effectiviteit van het vaccinatiepaspoort bij het voorkomen van besmettingen: hoe hoger deze effectiviteit, hoe gemakkelijker deze de proportionaliteitstoets doorstaat. Ook kan men redelijkerwijze rekening houden met de epidemiologische omstandigheden: wanneer er reeds een hoge belasting voor de gezondheidszorg of een dreigend risico daarop bestaat, zou een eventuele vermindering van besmettingen via een vaccinatiepaspoort immers meer bijdragen tot het vermijden van een overbelasting van de gezondheidszorg.

Aan de andere kant van de balans bevindt zich de impact op de rechten van het individu. In advies nr. 6/2021 oordeelde het FIRM reeds dat hoe verregaander de toegangsbeperkingen zijn des te moeilijker deze de proportionaliteitstoets kunnen doorstaan – bijvoorbeeld wanneer een vaccinatiepaspoort ook in andere sectoren (bijv. onderwijs of arbeidsmarkt) zou worden gebruikt, of indien in minder uitzonderingen zou worden voorzien (bijv. '2G' of '1G' i.p.v. '3G'-beleid). Bovendien benadrukte het FIRM ook het feit dat de impact van de toegangsbeperkingen op de rechten van niet-gevaccineerde personen groter wordt naarmate deze langer in de tijd geleden. Het proportionaliteitsbeginsel vereist

[6] RvS 23 september 2021, advies nr. 70.160/VR.

[7] Regeringscommissariaat Corona, 11 januari 2022, Nota aan het Overlegcomité betreffende het Verhogen van de vaccinatiegraad door verplichte vaccinatie en/of omvorming van het huidige Covid Safe Ticket-instrument (3G) naar een 2G of 1G coronacertificaat: opportuniteit, randvoorwaarden en aandachtspunten.

[8] Zie ook, in dezelfde zin, Raadgevend Comité voor Bio-ethiek, 13 december 2021, Advies nr. 80 betreffende de ethische uitdaging van een verplichte vaccinatie van de volwassen bevolking (18 jaar en ouder) tijdens een pandemie, p. 20.

dat hoe groter de impact op de rechten van het individu, hoe groter de gezondheidswinst moet zijn die hier tegenover staat.

In advies nr. 6/2021 was het FIRM van oordeel dat de overheid er op dat moment – toen de deltagolf een ernstige belasting voor onze gezondheidszorg vormde – redelijkerwijze van uit kon gaan dat het systeem van het CST in voldoende mate bijdroeg tot het verminderen van risico's op besmetting. Om deze reden kon de overheid het CST op dat moment redelijkerwijs beschouwen als een proportioneel middel om de volksgezondheid te beschermen en tegelijkertijd de vrijetijdssector te vrijwaren van verdergaande beperkingen. Het FIRM maakte wel onmiddellijk het voorbehoud dat de proportionaliteit van het behoud van deze maatregel op regelmatige basis moest geëvalueerd worden.

2. De proportionaliteit van het behoud van het CST werd onvoldoende aangetoond

In vergelijking met het moment waarop advies nr. 6/2021 werd aangenomen, dragen verschillende elementen er op dit moment toe bij dat het CST moeilijker de proportionaliteitstoets kan doorstaan. Ten opzichte van begin december 2021 is duidelijk geworden dat vaccinatie wel in belangrijke mate blijft beschermen tegen ernstige ziekte, maar dat de bescherming tegen transmissie minder sterk is en sneller afneemt dan oorspronkelijk verhoopt, in het bijzonder in het licht van de opkomst van nieuwe varianten. Dit was reeds het geval bij de delta-variant,[9] maar bij de omikron-variant was dit effect nog sterker.[10] Het feit dat de het CST 'geen garantie is op het verhinderen van besmetting', was trouwens de reden voor het Coronacommissariaat om te besluiten dat het 'instrument geherpositioneerd moet worden in geval van verder gebruik', bijvoorbeeld als een indirecte vaccinatieplicht (zie hierboven).[11] Uit een Nederlandse studie naar de effectiviteit van coronapaspoorten, blijkt bovendien dat een '3G'- of '2G'-beleid minder effectief wordt wanneer een grote groep niet-gevaccineerden al Covid-19 heeft gehad en dus immuniteit heeft opgebouwd.[12] Deze groep was al sterk gegroeid ten gevolge van de deltagolf, en is enkel maar toegenomen ten gevolge van de omikrongolf.

Het FIRM beschikt niet over de expertise om zelf een evaluatie van de gezondheidswinst van het CST te maken. Wel is het FIRM van oordeel dat bovenstaande elementen aanleiding hadden moeten geven tot een evaluatie van de proportionaliteit van het behoud van het CST. In tegenstelling tot wat het FIRM had aangeraden in advies nr. 6/2021 (zie hierboven), heeft een formele evaluatie van de effectiviteit en de proportionaliteit van het CST nooit plaatsgevonden. Het Samenwerkingsakkoord betreffende het CST vereist wel het advies van het adviesorgaan RAG (de Risk Assessment Group) over de vraag of de lokale epidemiologische omstandigheden de invoering of verlenging van het CST vereisen (artikel 13bis, § 5). Voorafgaand aan de beslissing tot verlenging van het CST door de verschillende deelstaten in de loop van januari 2022, werd ook het advies van het RAG gezocht door elk van de deelstaten. Deze adviezen beperken zich, wat de beoordeling van de wenselijkheid van het behoud van het CST betreft, louter tot de vaststelling dat er sprake is van een bepaald epidemiologisch

[9] A. Wilder-Smith, "What is the vaccine effect on reducing transmission in the context of the SARS-CoV-2 delta variant?", *The Lancet* 2022 (online gepubliceerd op 28 oktober 2021).
[10] F. Plesner Lynge et. al., "SARS-CoV-2 Omicron VOC Transmission in Danish Households" (preprint artikel beschikbaar via medRxiv, beschikbaar op https://doi.org/10.1101/2021.12.27.21268278).
[11] Regeringscommissariaat Corona, *op. cit.*, p. 16.
[12] TU Delft, "Effectiviteit van verschillende toepassingen van het Coronatoegangsbewijs", januari 2022, https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/01/17/effectiviteit-van-verschillende-toepassingen-van-het-coronatoegangsbewijs.

alarmniveau (hoofdzakelijk gebaseerd op het aantal besmettingen per 100.000 inwoners in de voorbije 14 dagen).[13] Deze adviezen houden op zichzelf dus geen wetenschappelijke evaluatie in van de effectiviteit of de gezondheidswinst van het CST, en volstaan dus niet om op een wetenschappelijk onderbouwde manier over de proportionaliteit van het behoud van het CST te oordelen.

Het FIRM heeft begrip voor het feit dat het, in de context van een snel evoluerende gezondheidscrisis, niet aangewezen is voor de overheid om te wachten tot het moment dat er wetenschappelijke zekerheid bestaat over de gezondheidswinst van specifieke maatregelen alvorens deze aan te nemen. Zeker wat betreft maatregelen die een verregaande beperking vormen van de rechten van het individu, is het echter wel noodzakelijk om de effectiviteit van dergelijke maatregelen zo snel mogelijk te evalueren, in het bijzonder wat betreft hun bijdrage tot het voorkomen van een overbelasting van de gezondheidszorg. Het FIRM is van oordeel dat de evaluatie van het CST ten laatste plaats had moeten vinden alvorens de verschillende deelstaten in de loop van januari 2022 beslisten om het CST te verlengen.

Bij gebrek aan dergelijke evaluatie, en rekening houdende met de steeds grotere impact in de tijd op de rechten van niet-gevaccineerden, is het FIRM er niet van overtuigd dat de proportionaliteit van het behoud van het CST, na het verstrijken van de initiële termijn van drie maanden, voldoende werd aangetoond.[14] Indien de maatregel niet langer beschouwd kan worden als evenredig ten opzichte van de doelstelling om de volksgezondheid te beschermen, maakt deze een schending uit van de mensenrechten (met name van het recht op eerbiediging van het privéleven) van de burgers die hieraan worden onderworpen.

3. Kanttekeningen bij het behoud van het CST in de 'gereedschapskist'

Indien het CST in de huidige omstandigheden niet meer redelijkerwijze als een toelaatbare beperking van de mensenrechten kan worden beschouwd, valt niettemin niet uit te sluiten dat dit in andere omstandigheden wel terug het geval zou kunnen zijn. Men kan bijvoorbeeld denken aan een scenario waar een nieuw of geactualiseerd vaccin een hogere effectiviteit tegen transmissie van de dan circulerende varianten zou hebben, waardoor de gezondheidswinst van het CST zou toenemen en de toepassing ervan dus gemakkelijker als proportioneel zou kunnen beschouwd worden. Volgens het FIRM zou het daarom niet in strijd zijn met de mensenrechten om het CST te behouden als instrument in de 'gereedschapskist', dat in de toekomst zou kunnen geheractiveerd worden als de epidemiologische omstandigheden dit rechtvaardigen en op voorwaarde dat het proportionaliteitsbeginsel daarbij gerespecteerd wordt.

In geval beslist zou worden het systeem van het CST achter de hand te houden voor toekomstig gebruik, wil het FIRM hierbij graag volgende kanttekeningen maken:

---

[13] Zie, in algemene zin, RAG, 29 september 2021, generisch advies betreffende de toepassing van het Covid Safe Ticket. Zie RAG, adviezen van 16 december 2021 (Waals Gewest), 7 januari (Brussel), 14 januari (Vlaanderen) en 26 januari 2022 (Duitstalige Gemeenschap), beschikbaar op https://covid-19.sciensano.be/nl/covid-19-wetenschappelijke-informatie-rag. De adviezen van de maand januari maken ter informatieve titel wel melding van het feit dat de vaccins minder bescherming bieden tegen de omikronvariant dan in het geval van vroegere varianten, maar betrekken dit verder niet in de beoordeling die puur gebaseerd is op de vaststelling van het epidemiologische alarmniveau.

[14] Zie ook Rechtbank van Eerste Aanleg van Namen (9de kamer), 1 maart 2022, ASBL Notre Bon Droit e.a. t. het Waals Gewest (beschikking in kort geding), waarin geoordeeld werd dat de evolutie van de pandemie en de beschikbare wetenschappelijke kennis niet toelaten om het CST nog als proportioneel te beschouwen.

1) Er kan geen sprake zijn van een automatische koppeling van het CST aan de zogenaamde coronabarometer.[15] Het feit dat de in de coronabarometer opgenomen drempelwaarden overschreden zijn, ontslaat de overheid immers niet van de noodzaak om de proportionaliteit van de verschillende maatregelen afzonderlijk te beoordelen alvorens deze aan te nemen. Het is dus niet omdat de coronabarometer op oranje of rood staat, dat het gebruik van het CST per definitie proportioneel is.
2) De proportionaliteit van het behoud van het CST moet op regelmatige basis beoordeeld worden. De huidige vereiste om het advies in te winnen van het RAG over de epidemiologische omstandigheden volstaat hiervoor niet. De proportionaliteitsbeoordeling hangt immers niet enkel af van de epidemiologische omstandigheden, maar bijvoorbeeld ook van de impact op de rechten van niet-gevaccineerde personen (incl. de impact qua duur) en van de effectiviteit van het CST. Dat laatste hangt dan weer af van factoren zoals de werking van de vaccins, de opgebouwde immuniteit binnen de gemeenschap maar ook van menselijk gedrag, zoals de mate waarin het CST tot een vermindering van risicocontacten voor niet-gevaccineerde personen leidt, eerder dan tot een verschuiving hiervan naar andere settings.[16]
3) Een vaccinatiepaspoort moet een uitzonderlijke maatregel blijven. Het gebruik van het CST kan dan ook enkel gerechtvaardigd zijn zolang Covid-19 een epidemisch karakter vertoont, waarbij golven gekenmerkt door exponentiële groei een acute bedreiging voor de volksgezondheid kunnen vormen. Wanneer Covid-19 evolueert naar een endemie met een redelijk voorspelbare impact op de gezondheidszorg, kan het niet langer als een uitzonderlijke omstandigheid beschouwd worden die een dergelijke uitzonderlijke maatregel rechtvaardigt.

4. Conclusie

De mensenrechten verzetten zich niet per definitie tegen het gebruik van een vaccinatiepaspoort zoals het CST waarbij bepaalde toegangsbeperkingen gekoppeld worden aan vaccinatiestatus. Deze beperkingen moeten echter proportioneel zijn ten aanzien van het nagestreefde doel van de bescherming van de volksgezondheid. Bovendien moet de proportionaliteit van dergelijke maatregel op regelmatige basis geëvalueerd worden.

Volgens het FIRM kon de overheid bij het aannemen van het huidig CST redelijkerwijze oordelen dat dit een effectieve en proportionele maatregel was die zou kunnen bijdragen tot het voorkomen van besmettingen en zo indirect tot het voorkomen van een overbelasting van de gezondheidszorg. **Bij gebrek aan een evaluatie van de effectiviteit en de proportionaliteit van het CST, is het FIRM echter van oordeel dat de proportionaliteit van het behoud hiervan onvoldoende werd aangetoond alvorens beslist werd het CST te verlengen voorbij de initiële periode van drie maanden.**

Indien zou beslist worden het CST achter de hand te houden voor omstandigheden waarin het mogelijks terug een effectief en proportioneel instrument zou kunnen vormen ter bijdrage aan de beheersing van Covid-19, formuleert het FIRM de volgende aanbevelingen:

[15] Zie https://www.info-coronavirus.be/nl/coronabarometer/.
[16] TU Delft, *op. cit.*

1) Er kan geen sprake zijn van een automatische koppeling aan de zogenaamde coronabarometer.
2) De proportionaliteit van het behoud van het CST moet op regelmatige basis beoordeeld worden.
3) Het CST kan niet behouden blijven wanneer Covid-19 evolueert naar een endemie met een redelijk voorspelbare impact op de gezondheidszorg.

Federaal Instituut voor de Rechten van de Mens
Leuvenseweg 48
1000 Brussel
www.federaalinstituutmensenrechten.be

Quelles leçons tirer du CST?

Février 2022

- **Refuser des soins au nom du statut vaccinal?**
- **Exiger la vaccination dans une offre d'emploi ?**
- **Demander le CST pour une activité scolaire ?**

Mars 2020. La Belgique entame sa lutte contre le virus par un confinement généralisé. Ces restrictions, généralisées puis partielles affectent les libertés individuelles (liberté de circuler, liberté de manifester, respect de la vie privée, libertés de réunion et d'association…) et les droits collectifs

Avec le répit apporté par les nouveaux vaccins et le Green pass européen réouvrant les frontières, l'idée d'une combinaison alliant le retour vers nos libertés et nos droits et une activité économique, sociale et culturelle moins entravée engage les autorités sur un arbitrage. Le CST est né. Il concerne les grands événements puis, à partir les salles de spectacle et les lieux culturels, les bars et restaurants, les clubs de sport et de fitness, les hôtels, les établissements de soins résidentiels pour personnes âgées et handicapées, etc.

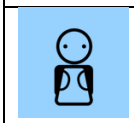
Des secteurs comme l'emploi, l'accès aux soins de santé, l'enseignement, l'accès aux services publics ont, en revanche, été exclus du champ d'application du CST. Ces secteurs sont en effet considérés comme essentiels et justifient, à ce titre, un traitement différent.

Mais que s'est-il passé dans la réalité ? Le CST a-t-il été le seul instrument de tri dans l'accès à un service ou à un emploi ? Un accès inconditionnel à ces secteurs a-t-il pu réellement être garanti ? Et, si ce n'est pas le cas, les personnes concernées par un refus illégal ont-elles pu faire valoir leurs droits ?

Place Victor Horta 40, 1060 Saint-Gilles
T +32 (0)2 212 30 00 www.unia.be

1. Distinguer sur base de l'état vaccinal ou conditionner l'accès dans un secteur sanctuarisé

En 2021, trois quarts des dossiers de discrimination ou de délits haineux liés au Covid sont motivés par une distinction sur base de l'état de santé. Dans 20% des cas, cette distinction motivée par le Covid - et sur base de l'état de santé « Covid » - a lieu dans l'emploi. Un dossier sur 10 concerne les soins de santé. Un sur 10 concerne l'enseignement.

	– *Parce que j'ai choisi de ne pas être vacciné, mon médecin généraliste ne veut plus me soigner. Sur son site web, il déclare également : "Les patients qui refusent d'être vaccinés contre le corona ne sont PAS les bienvenus dans le cabinet. Leur comportement antisocial met en danger la santé publique".* – *Je reçois une lettre de mon hôpital : "Selon les dernières directives de notre hôpital, tout patient qui subit une intervention chirurgicale ou un traitement doit être entièrement vacciné ou avoir un test PCR (écouvillon nasal) négatif, qui montre qu'il n'est pas infecté par le virus Corona." Cela signifie donc que je dois passer un test PCR tous les mois à mes frais pour obtenir ma perfusion de lidocaïne.* – *La veille de mon rendez-vous avec le dentiste, il me dit que je devrai présenter un CST. Comme je n'ai pas de certificat de vaccination ou de guérison, j'allais donc devoir me faire tester. Je n'avais pas d'autre choix que d'annuler mon rendez-vous. Un dentiste ne peut quand même pas faire dépendre les soins d'un CST ?*
	– *Je reçois une invitation pour me présenter au poste auquel j'ai postulé. L'examen écrit aura lieu le 06/12/2021. Le CST est obligatoire, avec le masque, et il faut prévenir de sa présence ou absence le plus vite possible. Compte tenu de la date limite, je n'ai pas d'autre choix que de me faire tester. Cet employeur est en effraction, n'est-ce pas ?* – *J'ai lu dans le journal qu'un certain groupe hospitalier n'accepte plus les candidats qui n'ont pas été vaccinés. Un employeur ne peut quand même pas faire ça ? Cela doit être dénoncé.* – *Sur le site d'une agence de placement, j'ai trouvé une offre d'emploi pour un poste de commis de cuisine/lavage dans un restaurant de pâtes. Ils exigent que vous vous soyez fait vacciner !Je dois effectuer un stage qui m'oblige à effectuer test PCR sous peine de pas pouvoir effectuer mon stage et donc entraver mon cursus scolaire. Je n'ai pas les moyens de payer ce test PCR.*
	– *L'école de ma fille lui interdit de partir en voyage scolaire à l'étranger parce qu'elle n'a pas été vaccinée. Un CST basé sur un résultat de test négatif n'est pas accepté car, une fois sur place, le voyage serait impossible à organiser. Je trouve cela vraiment absurde, car il existe une politique 3G et le vaccin n'est pas obligatoire.* – *Nous avons une personne malade dans notre famille. Mon fils n'est pas autorisé à aller à l'école parce que nous avons choisi de ne pas être vaccinés. Les adolescents qui ont été vaccinés sont toujours autorisés à aller à l'école après les contacts à risque. Le statut vaccinal de notre famille aurait tout aussi bien pu être publié dans le journal de l'école. Et d'ailleurs, le Conseil supérieur de la santé n'avait-il pas précisé que le statut vaccinal des jeunes ne devait pas être utilisé pour restreindre leurs droits et libertés ?* – *Nous avons reçu une lettre de notre école maternelle nous invitant à une soirée d'information. Cependant, en tant que parents non vaccinés, nous n'avons pas été autorisés à y assister ! Peuvent-ils nous exclure comme ça ?*

2. Les limites et le périmètre sont connus

- A ce jour, la vaccination contre le Covid, si elle est vivement conseillée et encouragée, n'est cependant pas obligatoire. Ni pour l'ensemble de la population, ni pour des groupes particuliers, ni pour des professions spécifiques. Aussi, conditionner l'accès aux biens et services à une vaccination contre la COVID19 pourrait être considéré comme discriminatoire. **Faute de texte de loi autorisant ce type de pratique, et au stade actuel des connaissances, il n'est donc pas possible, faute de justification objective et raisonnable, d'utiliser l'état vaccinal pour autoriser, conditionner ou refuser l'accès à un service, quel qu'il soit.**

  Ceci est d'autant plus important qu'il s'agit de secteurs essentiels tels que l'accès à des soins médicaux, à un emploi ou à un stage professionnel.

- Le statut vaccinal comme l'état de santé ressortent du **droit à la vie privée et familiale**. Ce droit est protégé par l'article 22 de la Constitution belge et toute exception à celui-ci doit être établie par une loi, un décret ou une ordonnance. Or, **les exceptions à un droit fondamental doivent être interprétées de manière restrictive,** ce qui est un principe de base dans les Etats démocratiques[1]. En l'occurrence, le législateur exclut explicitement du champ d'application du CST une série de secteurs. Il réaffirme ainsi que l'exercice des droits à l'éducation, au travail ou à la santé ne peut être soumis à des conditions de vaccination, de test PCR ou de preuve de rétablissement.

- A fortiori, il ne peut être question pour l'un de ces secteurs d'exiger des usagers la preuve d'une ou plusieurs de ces conditions pour y autoriser l'accès : **quel serait l'intérêt d'une législation excluant l'utilisation du CST pour l'accès aux soins de santé si les hôpitaux pouvaient décider de conditions d'accès encore plus restrictives que le CST lui-même** (par exemple, être tenu de produire soit une preuve de vaccination, soit un test PCR, ce qui écarte l'utilisation de la preuve de rétablissement) ?

- Néanmoins, un **équilibre entre la protection des travailleurs·euses et l'accès à la santé pour tous** doit être trouvé, et constamment réadapté en fonction de l'évolution de l'épidémie, de l'efficacité vaccinale et de l'adhésion populaire. Cet équilibre concerne aussi la protection des autres usagers tels que les patients d'un hôpital ou les autres écoliers.

- Dans le **secteur des soins**, l'importance d'assurer un système de soins de santé fort (et staffé) associé à l'épuisement et au sentiment de discrédit qui animent certains professionnels appellent à plus de vigilance. C'est pour cette raison que la réglementation prévoit la possible mise en œuvre d'autres mesures sanitaires garantissant la protection des professionnels et usagers.

- Ces mesures complémentaires doivent être **proportionnées,** afin de garantir le droit à une santé accessible et non discriminante. Sciensano précise d'ailleurs la nature des mesures complémentaires envisageables, sur le site dédié aux professionnels des soins : organisation du cabinet, de la salle d'attente, désinfection, aération…

[1] Ce principe est rappelé par le Conseil d'Etat dans un arrêt n°229.200 du 18 novembre 2014 en cause de s.a. ROCOLUC contre Commission des Jeux de hasard : « Ce domaine d'activités n'échappe pas à l'un des principes gouvernant un Etat démocratique, à la différence d'une dictature, selon lequel tout ce qui n'est pas interdit, est permis ».

- En matière d'**emploi**[2], les employés des entreprises publiques et privées ont droit à un environnement de travail sûr. L'employeur a le devoir de prendre les mesures appropriées et nécessaires pour raisonnablement prévenir les dommages. Dans le secteur des soins en particulier, la sécurité des clients et du personnel revêt une grande importance. L'employeur est tenu de protéger tous les employés contre les dangers éventuels pour leur santé mentale et physique. Il doit évaluer les risques et prendre les mesures préventives nécessaires. D'un point de vue juridique, la démarche s'inscrit dans le cadre de l'Arrêté Royal du 4 août 1996 concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à l'exposition à des agents biologiques.[3]

3. Des pistes

- **Conditionner des soins** au statut vaccinal ou à la production d'un test PCR négatif constitue un **frein**. Ce secteur, encadré par des dispositions spécifiques restreignant par exemple la circulation dans les lieux et les résidences de soins, a par ailleurs été explicitement écarté du champ d'application du CST tant pour les malades que pour leur accompagnant. De manière complémentaire, Sciensano a depuis le début de la crise proposé des guidelines procédure aux professions médicales et paramédicales.

- **Obliger des travailleurs à se faire vacciner, le mentionner dans une offre d'emploi ou de stage** entrave l'accès au travail. Faute de législation obligeant une vaccination pour certaines professions (ou pour toutes) et bien que l'objectif de la protection de travailleurs puisse être légitime, l'employeur a toujours l'obligation, y compris dans les secteurs présentant un risque accru de contamination, d'examiner si des mesures moins drastiques que la vaccination auraient permis d'atteindre les objectifs visés de manière équivalente. D'autres mesures, d'autant plus importantes que l'efficacité vaccinale et les degrés de contagions des variants du Covid et sont variables, sont préconisées notamment dans ce qu'on appelle le « fromage » mais pas seulement : l'application des directives de sécurité liées au COVID-19, la pratique de tests réguliers, le fait de rendre possible le travail à domicile ou le transfert vers une fonction adaptée au travail à domicile, une communication claire et accessible sur les conséquences de la vaccination et son impact positif sur la population générale.

---

[2] Lire à ce sujet la note complète éditée par Unia ainsi que son FAQ

[3] Sont notamment pertinent à ces sujet les articles suivants du Code du Bien-être au travail :

➢ Art VII 1-5 à 1-8 : l'employeur réalise l'évaluation des risques en collaboration avec le Conseiller en prévention-Médecin du travail, détermine les mesures préventives, assure l'information des travailleurs exposés et leur surveillance de santé ; cette évaluation doit être renouvelée régulièrement et en tout cas lors de tout changement des conditions de travail ou s'il s'avère qu'un travailleur est atteint d'une infection ou d'une maladie qui résulterait d'une telle exposition. Les éléments ayant contribué à l'évaluation, les résultats de l'évaluation et les mesures générales à prendre sont consignés dans un document écrit qui est soumis à l'avis du CPPT. »

➢ Art VII 1-51 à 1-58 : si l'analyse des risques révèle que les travailleurs sont ou peuvent être exposés à des agents biologiques, l'employeur doit offrir la possibilité aux travailleurs qui ne sont pas suffisamment immunisés de se faire vacciner s'il s'agit d'un agent biologique pour lequel un vaccin efficace est disponible et il doit les faire vacciner s'il s'agit d'un vaccin obligatoire (hépatite B, tétanos, test tuberculinique). Les vaccinations sont effectuées par le Conseiller en Prévention-Médecin du travail ou si le travailleur le souhaite par un médecin de son choix.

➢ Le conseiller en prévention-Médecin du travail doit également prendre les mesures nécessaires à l'égard d'un travailleur atteint d'une maladie contagieuse grave afin de préserver la santé de ses collègues.

- Il n'est pas permis à l'école de refuser l'accès à certaines activités scolaires, stages, à la réunion de parents sur base de l'état de vaccination et le CST ne peut pas être un frein au droit à l'instruction. Lorsque l'école organise une activité faisant partie du projet pédagogique et qui requiert un pass, telle une excursion ou un voyage, une **approche inclusive** appelle à ce que des options adaptées à tous et qui permettent ainsi la participation du plus grand nombre soient trouvées. Cette attention pour le caractère inclusif peut impliquer de changer la destination initialement prévue, d'adapter le programme de l'activité ou du voyage par exemple. Mais aussi à négocier avec les lieux de stages ou à organiser les réunions de parents conformément aux dispositions de prévention recommandées, telles que le respect des distances, la ventilation,…

- Les témoignages recueillis par Unia illustrent le manque de clarté quant aux **recours** disponibles en cas de mésusage du CST, de demande de statut vaccinal ou de distinction sur cette base. Or, et cela est d'autant plus vrai quand on parle d'un instrument de contrôle, les recours possibles sont difficilement accessibles et parfois lents. A qui s'adresser quand un dentiste refuse de soigner un patient non vacciné? Que faire quand une école refuse l'accès aux vestiaires de la salle de sport au moment où il faut aider son enfant ? Que faire quand l'accès à un stage dans le cadre des études professionnelles est refusé en fonction de son statut vaccinal ? Unia plaide par conséquent pour que la question des recours contre les abus constatés soit rencontrée sérieusement. **Chaque personne devrait avoir accès à un recours abordable (idéalement gratuit), accessible, efficace, transparent et rapide lorsqu'elle fait face à une utilisation abusive ou restrictive du CST ou d'un futur pass.**

  Ce recours pourrait faire l'objet d'un guichet unique, quel que soit le secteur, dont les coordonnées seraient visibles sur Info-coronavirus.be.

  A cet égard, se contenter des recours judiciaires classiques ne suffit pas.

4. Conclusions – vers un nouveau pass ?

Un pass vaccinal constituera une obligation vaccinale déguisée, et ce à l'heure où l'émergence de nouveaux variants moins sévères et une efficacité relative de la vaccination sur la propagation du virus sont établis.

Qu'en est-il de la création d'un pass pour l'avenir ?

- Légiférer au sujet d'un pass instaurant une obligation vaccinale déguisée sans vision précise de ce que sera l'épidémie de demain, voire les vaccins de demain, n'offre pas de garanties suffisantes pour mesurer aujourd'hui la proportionnalité d'une mesure telle que le pass.

- Or, pour que des mesures d'exception respectent le principe de proportionnalité, il faut qu'elles soient appropriées aux objectifs poursuivis et nécessaires à leur poursuite mais aussi qu'il n'y ait pas d'autres moyens d'atteindre le même objectif avec une mesure qui serait moins attentatoire aux droits fondamentaux. Il convient donc que les mesures ne soient adoptées *« qu'en l'absence de toute autre mesure*

qui serait aussi appropriée tout en étant moins contraignante »[4] . Enfin, les mesures devraient être strictement proportionnées, à savoir qu'elles n'entraînent pas d'effets ou de conséquences démesurés.

- Comme nous l'avons vu au travers de cette analyse de l'expérience des derniers mois, un instrument comme le CST présente des risques inhérents à son existence même. Il est toujours tentant d'étendre l'utilisation d'un outil déjà existants (à d'autres groupes d'âge, à d'autres secteurs, dans le temps) et les frontières qui, jadis, paraissaient infranchissables s'effondrent bien plus rapidement qu'initialement imaginé.
- Enfin, quelles que soient les décisions qui seront prises par le Parlement, les limitations des droits humains devront être interprétées strictement, en ce compris pour ce qui concerne l'utilisation du CST ou de toute autre variante de celui-ci qui serait utilisée à l'avenir. Ceci devrait être conçu, communiqué et évalué avec clarté[5] et aussi souvent que nécessaire. Des dérogations justifiées ainsi que des recours contre le mésusage ou la sanction associée à l'instrument doivent être accessibles, lisibles et rapides. Enfin, l'étude de proportionnalité devrait intégrer une variable motivationnelle abordant l'effet polarisant, stigmatisant et discriminant du pass.

Souvenons-nous que les mesures restrictives et stigmatisantes peuvent entraîner des abus significatifs des droits humains, avec impact plus fort sur les personnes en situation de vulnérabilité.

Février 2022

Cet avis est rendu sur base du contexte sanitaire en vigueur à la date à laquelle il est publié. Il est dès lors important de le lire et de l'interpréter à la lumière de ce contexte, et de tenir compte des évolutions sur les plans de la vaccination, de l'immunité collective, etc.

Nous attirons votre attention sur le fait que dans certaines citations ou dans un souci de lisibilité du texte, les formes masculines « employé », « employeur » et « législateur » ont été utilisées. Néanmoins, avec ces termes, nous nous référons aux deux sexes, hommes et femmes, ainsi qu'aux différentes formes d'identité ou d'expression de genre.

Unia est l'Institution Nationale des Droits de l'Homme belge et l'organe de promotion de l'égalité au regard de la directive européenne 2000/43. *Unia est une institution publique indépendante qui lutte contre la discrimination et défend la participation égale et inclusive de tous et toutes dans tous les secteurs de la société. Notre mission est déterminée dans l'accord de coopération entre l'État fédéral, les Régions et les Communautés. Nous sommes aussi le* ***mécanisme indépendant chargé de la promotion, de la protection et du suivi de l'application de la Convention de l'ONU relative aux droits des personnes handicapées****.* ***Unia - www.unia.be***

[4] Sébastien Van Droogenbroeck et Xavier Delgrange, « Le principe de proportionnalité : retour sur quelques espoirs déçus », Revue du droit des religions [En ligne], 7 | 2019, 8 octobre 2019, http://journals.openedition.org/rdr/290

[5] *Nothing about us without us*

Overzicht van het CST?

Februari 2022

➢ Weigeren van zorg op grond van vaccinatiestatus?
➢ Vaccinatie eisen in een jobaanbieding?
➢ Een CST vragen voor schoolactiviteiten?

In maart 2020 begon België de strijd tegen het virus met een algemene lockdown. De bijhorende beperkingen, eerst nog algemeen en daarna partieel, tastten de individuele vrijheden (vrijheid van verplaatsing, recht om te betogen, eerbiediging van het privéleven, vrijheid van vergadering en vereniging, enz.) en de collectieve rechten aan.

De vaccins en de Europese Green Pass, die de grenzen heropende, brachten respijt. Er werd door de autoriteiten een evenwicht gezocht tussen een terugkeer naar onze rechten en vrijheden en het minder belemmeren van economische, sociale en culturele activiteit: het CST was geboren. Het gebruik ervan betrof eerst de grote evenementen en vervolgens ook theater- en concertzalen, bars en restaurants, sport- en fitnessclubs, hotels, residentiële voorzieningen voor ouderen en personen met een handicap, enz.

Sectoren als **de arbeidsmarkt, de gezondheidszorg, het onderwijs** en openbare diensten **behoren evenwel niet tot het toepassingsgebied van het CST. Deze sectoren worden immers als essentieel beschouwd en verdienen daarom een andere behandeling.**

Maar wat gebeurde er in werkelijkheid? Was het CST het enige instrument om de toegang tot dienstverlening of tot arbeid te regelen? Werd de onvoorwaardelijke toegang tot deze sectoren ook werkelijk gegarandeerd? En zo niet, waren degenen die onwettig werden geweigerd in staat hun rechten te doen gelden?

Victor Hortaplein 40, 1060 Sint-Gillis
T +32 (0)2 212 30 00 www.unia.be

1. Het maken van onderscheid op grond van vaccinatiestatus of het instellen van toegangsvoorwaarden in een beschermde sector

In 2021 is driekwart van de gevallen van discriminatie of haatmisdrijven met betrekking tot Covid ingegeven door een onderscheid op grond van gezondheidstoestand. In 20% van de Covid-dossiers gelinkt aan het criterium gezondheidstoestand vindt het onderscheid plaats op het werk. Daarnaast vinden we één op de tien gevallen in de gezondheidszorg en nog één op tien in het onderwijs.

	– *Omdat ik ervoor kies om mij niet te laten vaccineren wil mijn huisarts mij niet langer behandelen. Op zijn website vermeldt hij ook: "Patiënten die weigeren zich te laten vaccineren tegen corona zijn NIET welkom in de praktijk. Hun asociaal gedrag brengt de volksgezondheid in gevaar."* – *Ik ontvang een brief van mijn ziekenhuis: "Volgens de meest recente richtlijnen van ons ziekenhuis moet elke patiënt, die een ingreep of een behandeling ondergaat, ofwel volledig gevaccineerd zijn, ofwel een negatieve PCR-test (neuswisser) hebben, waaruit blijkt dat hij of zij niet besmet is met het Coronavirus." Dat betekent dat ik dus maandelijks op eigen kosten een PCR-test moet ondergaan om mijn lidocaïne infuus te kunnen krijgen.* – *Daags voor mijn afspraak bij de tandarts bericht deze mij dat ik een Covid Safe Ticket zal moeten voorleggen. Aangezien ik geen vaccinatie- of herstelcertificaat heb, ging ik mij dus moeten laten testen. Ik kon niet anders dan mijn afspraak te annuleren. Een tandarts mag zorg toch niet afhankelijk maken van een CST?*
	– *Ik ontvang een uitnodiging om op gesprek te gaan voor een functie. Het schriftelijk examen vindt plaats op 06/12/2021. Het CST is verplicht, mét een mondmasker, en aanwezigheid moet zo spoedig mogelijk worden bevestigd. Gezien de deadline, heb ik geen andere keuze dan me te laten testen. Deze werkgever is in overtreding, toch?* – *Ik lees in de krant dat een bepaalde ziekenhuisgroep geen sollicitanten meer aanvaardt die niet gevaccineerd zijn. Een werkgever mag dat toch niet zomaar? Dit moet aan de kaak gesteld worden.* – *Op de website van de VDAB vind ik een vacature voor een job als keukenhulp/afwasser in een pastarestaurant. Men eist dat je gevaccineerd bent?!* – *Ik moet een stage doen waarvoor ik een PCR-test moet afleggen, anders kan ik mijn stage niet doen en komt mijn opleiding in het gedrang. Ik kan deze PCR test niet betalen.*
	– *Mijn dochter mag van haar school niet mee op buitenlandse schoolreis omdat ze niet gevaccineerd is. Een coronapas op basis van een negatief testresultaat wordt niet aanvaard omdat dit, eens ter plaatse, organisatorisch onhaalbaar zou worden. Ik vind dit echt absurd, ter plaatse geldt immers een 3G-beleid en is het vaccin geen vereiste.* – *We zitten met een besmetting in ons gezin. Mijn zoon mag niet naar school omdat we er voor hebben gekozen om ons niet te laten vaccineren. Tieners die wel gevaccineerd zijn mogen wel nog naar school na hoogrisicocontacten. De vaccinatiestatus van ons gezin had evengoed in schoolkrant gepubliceerd kunnen worden. En trouwens, had de Hoge Gezondheidsraad niet beklemtoond dat de vaccinatiestatus van jongeren niet mag worden gebruikt om hun rechten en vrijheden te beperken?!* – *Wij ontvingen van onze kleuterschool per brief een uitnodiging voor een infoavond. Als niet-gevaccineerde ouders mogen wij echter niet deelnemen! Kan dat zomaar dat zij ons op die manier uitsluiten?*

2. De grenzen en de reikwijdte zijn bekend

- Tot vandaag is vaccinatie tegen Covid, hoewel sterk aanbevolen, niet verplicht. Noch voor de hele bevolking, noch voor bepaalde groepen, noch voor specifieke beroepen. Daarom kan het afhankelijk stellen van de toegang tot goederen en diensten van vaccinatie tegen Covid als discriminerend worden beschouwd. **Bij gebrek aan een wettekst die dit soort praktijken toestaat, en bij de huidige stand van de kennis, is het dus niet mogelijk om, bij gebrek aan een objectieve en redelijke rechtvaardiging, de vaccinatiestatus te gebruiken om de toegang tot een dienst toe te staan, te beperken of te weigeren.**

  Dit is des te belangrijker wanneer het gaat om de toegang tot essentiële sectoren zoals medische zorg, werkgelegenheid of een stage.

- Vaccinatiestatus en gezondheidstoestand vallen beide onder **het recht op privé- en gezinsleven.** Dit recht wordt beschermd door artikel 22 van de Belgische Grondwet en elke uitzondering daarop moet bij wet, decreet of ordonnantie worden vastgesteld. **Uitzonderingen op een grondrecht moeten restrictief worden geïnterpreteerd, hetgeen een grondbeginsel is in een democratische staat[1].** In dit geval sluit de wetgever een aantal sectoren uitdrukkelijk uit van het toepassingsgebied van het CST. Aldus wordt bevestigd dat de uitoefening van het recht op onderwijs, arbeid of gezondheid niet afhankelijk mag worden gesteld van voorwaarden zoals vaccinatie, een PCR-test of een herstelcertificaat.

- A fortiori kan er geen sprake van zijn dat een van deze sectoren de gebruikers zou verplichten om het bewijs van een of meer van deze voorwaarden te leveren om toegang te krijgen: **wat zou de zin zijn van wetgeving die gebruik van het CST in de gezondheidszorg uitsluit, als de ziekenhuizen kunnen beslissen over nog restrictievere toegangsvoorwaarden dan het CST zelf** (bijvoorbeeld het moeten voorleggen van een bewijs van vaccinatie of een PCR-test, waardoor gebruik van een herstelcertificaat wordt uitgesloten)?

- Niettemin moet **een evenwicht worden gevonden tussen de bescherming van werknemers en de toegang tot gezondheidszorg voor iedereen**, en moet dit evenwicht voortdurend worden bijgesteld naar gelang de evolutie van de epidemie, de doeltreffendheid van de vaccins en de maatschappelijke draagkracht. Dit evenwicht betreft ook de bescherming van andere gebruikers, zoals ziekenhuispatiënten of andere schoolkinderen.

- In de **zorgsector** noopt het belang van een sterk (en bemand) zorgstelsel, in combinatie met de uitputting en het gevoel van diskrediet bij sommige beroepsbeoefenaars tot grotere waakzaamheid. Daarom voorziet de regelgeving in de mogelijke toepassing van andere gezondheidsmaatregelen om de bescherming van beroepsbeoefenaren en gebruikers te waarborgen.

- Deze aanvullende maatregelen moeten **evenredig** zijn, teneinde het recht op toegankelijke en niet-discriminerende gezondheidszorg te waarborgen. Sciensano geeft ook de aard van mogelijke aanvullende maatregelen aan op de website voor gezondheidswerkers: organisatie van de praktijk, de wachtzaal, desinfectie, ventilatie, enz.

[1] Aan dit beginsel wordt herinnerd door de Raad van State in een arrest nr. 229.200 van 18 november 2014 in de zaak van nv ROCOLUC tegen de Kansspelencommissie: "Dit werkterrein ontsnapt niet aan een van de beginselen die een democratische staat beheersen, in tegenstelling tot een dictatuur, volgens welke alles wat niet verboden is, is toegestaan".

- In de **arbeidscontext**[2] hebben werknemers van overheids- en particuliere bedrijven recht op een veilige werkomgeving. De werkgever heeft de plicht passende en noodzakelijke maatregelen te nemen om schade redelijkerwijs te voorkomen. In het bijzonder in de zorgsector is de veiligheid van cliënten en personeel van groot belang. De werkgever is verplicht alle werknemers te beschermen tegen mogelijke gevaren voor hun geestelijke en lichamelijke gezondheid. Hij moet de risico's beoordelen en de nodige preventieve maatregelen nemen. Vanuit juridisch oogpunt is de aanpak in overeenstemming met het Koninklijk Besluit van 4 augustus 1996 betreffende de bescherming van de werknemers tegen de risico's van blootstelling aan biologische agentia[3].

3. Actiemogelijkheden

- **Zorg afhankelijk maken van de vaccinatiestatus** of van het voorleggen van een negatieve PCR-test is een hinderpaal. Deze sector, waarvoor specifieke bepalingen gelden die bijvoorbeeld de bewegingsvrijheid in zorginstellingen en residenties beperken, is uitdrukkelijk uitgesloten van het toepassingsgebied van het CST, zowel voor patiënten als voor degenen die hen begeleiden. Bovendien heeft Sciensano sinds het begin van de crisis procedurele richtsnoeren voorgesteld voor de medische en paramedische beroepen.

- **Werknemers dwingen zich te laten vaccineren, dit vermelden in een jobaanbieding of bij een stage, belemmert de toegang tot werk.** Hoewel het beschermen van werknemers een legitiem doel kan zijn, heeft de werkgever – gezien het ontbreken van wetgeving die vaccinatie voor sommige (of alle) beroepen verplicht stelt – ook de verplichting om na te gaan of met minder drastische maatregelen dan vaccinatie de gewenste doelstellingen op gelijkwaardige wijze hadden kunnen worden bereikt. Dit geldt ook in sectoren met een verhoogd besmettingsrisico. Andere maatregelen zijn bijvoorbeeld de toepassing van de veiligheidsrichtsnoeren voor Covid, regelmatig testen, de mogelijkheid om thuis te werken of over te stappen naar een job die geschikt is voor thuiswerk en duidelijke en toegankelijke communicatie over de gevolgen van vaccinatie en het positieve effect ervan op de bevolking in het algemeen. Deze alternatieve maatregelen, gekend als het model van Zwitserse kaas, zijn des te belangrijker omdat de doeltreffendheid van het vaccin en de besmettingsgraad van de Covid-varianten uiteenlopen.

---

[2] Lees de volledige door Unia gepubliceerde nota en de FAQ over dit onderwerp

[3] In het bijzonder relevant zijn Codex over het welzijn op het werk, Boek VII.- Biologische agentia, artikels VII 1-51 tot 1-58: ▪ VII 1-5 tot 1-8: de werkgever verricht de risicoanalyse in samenwerking met de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer, stelt de preventieve maatregelen vast, informeert de blootgestelde werknemers en staat in voor hun gezondheidstoezicht. Deze evaluatie moet regelmatig worden vernieuwd en in ieder geval telkens een wijziging plaatsvindt van de omstandigheden of indien blijkt dat een werknemer getroffen wordt door een infectie of een ziekte die het resultaat zou zijn van zo'n blootstelling. De elementen die tot de evaluatie hebben bijgedragen, de resultaten van de risicoanalyse en de te nemen algemene maatregelen worden bijgehouden in een geschreven document dat wordt voorgelegd aan het advies van het Comité voor preventie en bescherming op het werk.
Art VII 1-51 t/m 1-58: indien uit de risicoanalyse blijkt dat werknemers worden of kunnen worden blootgesteld aan biologische agentia moet de werkgever de werknemers die niet voldoende immuun zijn de mogelijkheid bieden zich te laten inenten indien het gaat om biologische agentia waarvoor er een doeltreffend vaccin beschikbaar is, en doen inenten indien een inenting verplicht is (hepatitis B, tetanus, tuberculinetest). De inentingen worden toegediend door de preventieadviseur-arbeidsarts of, indien de werknemer dat wenst, door een arts van zijn keuze.
De preventieadviseur-arbeidsarts moet bovendien ook de nodige maatregelen treffen ten aanzien van een werknemer die aan een ernstige besmettelijke ziekte lijdt, om de gezondheid van zijn collega's te vrijwaren.

- De school mag de toegang tot bepaalde schoolactiviteiten, stages, oudervergaderingen niet ontzeggen op grond van de vaccinatiestatus en het CST mag geen belemmering vormen voor het recht op onderwijs. Wanneer de school een activiteit organiseert die deel uitmaakt van het pedagogisch project en waarvoor een CST nodig is, zoals een excursie of een reis, is **een inclusieve aanpak** wenselijk. Het is raadzaam keuzes te maken die voor iedereen geschikt zijn en de deelname van een zo groot mogelijk aantal mensen mogelijk maken. Deze aandacht voor inclusie kan betekenen dat de oorspronkelijke bestemming wordt gewijzigd of dat het programma van de activiteit of de reis wordt aangepast. Maar het kan ook betekenen dat er onderhandeld moet worden met stageplaatsen of dat het oudercontact georganiseerd wordt met inachtneming van de aanbevolen preventiemaatregelen, zoals het respecteren van afstand, ventilatie, enz.

- De door Unia verzamelde getuigenissen illustreren het gebrek aan duidelijkheid over de beroepsmogelijkheden in geval van misbruik van het CST, van het vragen naar de vaccinatiestatus of van een onderscheid op deze basis. De mogelijke oplossingen zijn moeilijk toegankelijk en soms traag. Dit geldt des te meer wanneer we het hebben over een controle-instrument. Met wie moet er contact worden opgenomen wanneer een tandarts weigert een niet-gevaccineerde patiënt te behandelen? En wat wanneer een school de toegang tot de kleedkamers van de sporthal weigert wanneer men zijn kind moet helpen? Wat moet er gebeuren als iemand op grond van zijn vaccinatiestatus niet wordt toegelaten tot een stage in het kader van een beroepsopleiding? Daarom pleit Unia er voor dat de kwestie van beroep tegen vastgesteld misbruik ernstig wordt genomen. **Elke persoon moet toegang hebben tot een betaalbare (idealiter gratis), toegankelijke, doeltreffende, transparante en snelle beroepsprocedure wanneer hij geconfronteerd wordt met onrechtmatig of restrictief gebruik van het CST of van een toekomstige pas.**
  Dergelijk beroep zou kunnen worden behandeld door een centraal loket, ongeacht de sector, waarvan de contactgegevens vermeld worden op Info-coronavirus.be.
  In dit opzicht volstaat het niet om genoegen te nemen met traditionele rechtsmiddelen.

4. Conclusies - naar een nieuwe pas?

Een vaccinatiepas vormt een verkapte vaccinatieplicht. En dat met de opkomst van nieuwe, minder ernstige varianten en een relatieve effectiviteit van vaccinatie tegen de verspreiding van het virus.

Een pas creëren voor de toekomst?

- Een pas die dienst doet als een verkapte vaccinatieplicht, zonder een duidelijke visie op de epidemie van morgen, of zelfs op de vaccins van morgen, biedt onvoldoende garanties om er op vandaag de proportionaliteit van te kunnen afwegen.
- Om het evenredigheidsbeginsel te eerbiedigen, moeten buitengewone maatregelen in verhouding staan tot de nagestreefde doelstellingen en noodzakelijk zijn voor de verwezenlijking ervan. Er moet ook er worden gekeken of er geen andere manieren zijn om dezelfde doelstellingen te bereiken met een maatregel die de grondrechten minder schendt. Maatregelen mogen derhalve alleen worden genomen "bij ontstentenis van een andere maatregel die even geschikt maar minder beperkend zou zijn"[4]. De maatregelen moeten strikt evenredig zijn, ze mogen dus geen onevenredige effecten of gevolgen hebben.

[4] Sébastien Van Drooghenbroeck et Xavier Delgrange, « Le principe de proportionnalité : retour sur quelques espoirs déçus », Revue du droit des religions [En ligne], 7 | 2019, 8 octobre 2019, http://journals.openedition.org/rdr/290

- Zoals uit deze analyse van de ervaringen van de afgelopen maanden blijkt, zijn risico's inherent aan het bestaan van een instrument als het CST. De verleiding is altijd groot om het gebruik van een bestaand instrument uit te breiden (tot andere leeftijdsgroepen of sectoren of in de loop van de tijd). Grenzen die ooit duidelijk waren, verbrokkelen sneller dan gedacht.
- Ongeacht de beslissingen van het Parlement moet het inperken van mensenrechten strikt worden geïnterpreteerd. Dat geldt ook voor het gebruik van het CST of toekomstige varianten daarvan. Zulks moet op een duidelijke manier worden ontworpen, gecommuniceerd en geëvalueerd, en dit zo vaak als nodig[5]. Gerechtvaardigde vrijstellingen, beroepsprocedures tegen misbruik of gerelateerde sancties moeten toegankelijk, duidelijk en snel kunnen verlopen. Tot slot moet in de evenredigheidsstudie een motivationele variabele worden opgenomen die het polariserende, stigmatiserende en discriminerende effect van de pas aanpakt.

Laten we niet vergeten dat restrictieve en stigmatiserende maatregelen kunnen leiden tot aanzienlijke schendingen van mensenrechten, met een groter effect op mensen in kwetsbare situaties.

Februari 2022

Dit advies wordt gegeven in de huidige sanitaire omstandigheden. Bij de interpretatie van dit advies moet steeds rekening worden gehouden met de evoluties van de gezondheidscrisis waarin we ons bevinden.

Graag vestigen we uw aandacht erop dat in sommige citaten of omwille van de leesbaarheid van de tekst, de mannelijke vormen 'werknemer', 'werkgever' en 'wetgever' gebruikt wordt. Met die termen verwijzen we niettemin naar de beide geslachten, zowel naar mannen als naar vrouwen alsook naar de verschillende vormen van genderidentiteit of -expressie.

*Unia is **het Belgisch nationaal mensenrechteninstituut en de instantie die gelijke kansen bevordert krachtens de Europese Richtlijn 2000/43**. Unia is een onafhankelijke openbare instelling die discriminatie bestrijdt, gelijke kansen bevordert en streeft naar een inclusieve en gelijke participatie van iedereen in alle maatschappelijke domeinen. Onze opdracht is vastgelegd in de samenwerkingsovereenkomst tussen de federale overheid, de gewesten en de gemeenschappen. Wij zijn ook **het onafhankelijke mechanisme belast met de bescherming, de promotie en de opvolging van de uitvoering van het VN-Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap**.*

Unia – www.unia.be

[5] *Nothing about us without us*