NIET-NAGELEZEN DRUKPROEF

ÉPREUVE NON-RÉVISÉE

|  |  |
| --- | --- |
| Commission de la Santé et de l'Égalité des chances | Commissie voor Gezondheid en Gelijke Kansen |
| du  Vendredi 4 février 2022  Matin  \_\_\_\_\_\_ | 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 continenten en landen. 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 Riadh. 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 Johan Gielis, de meest geciteerde epide­mioloog aller tijden en verbonden aan Harvard University. Hij kwam anderhalf jaar geleden uit op een projectie van 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 een *infection fatality rate* van 0,009% is in de ganse populatie en vonden geen slachtoffers zonder comorbiditeiten onder de 0%.

Ter informatie, de oranje slides zijn diegene die ik meegeef in de presentatie, met alle referenties.

De *case fatality ratio* is iets anders dan de *infection fatality ratio*. De *infection fatality ratio* wordt bepaald op de totale populatie en de *case fatality ratio* 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 achterliggende 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 waning­effect 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 40 year olds is not in favour of the 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.

Nog een andere 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, onder de titel "*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 really messy*." 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 over 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 vooral 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 tripele 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 *(*Multsystem Inflamatory 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 0,02%. 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 0,02% van Anita Arola. 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 wetenschappelijk 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 voudrais vous livrer d'abord deux sentiments, très brièvement.

Le premier, c'est que je crois tout de même utile de souligner que, en matière de vaccination obligatoire, il n'y a évidemment pas de vérité scientifique. Il y a des connaissances. Il y a des méthodes scientifiques, dont vous devrez faire la synthèse pour prendre une décision, qui ne sera pas scientifique mais qui sera politique. Et parmi ces données scientifiques, il y des données juridiques. Parce que, oui, le droit est aussi une science, je tiens à le dire.

Le deuxième, c'est que je crois qu'il faut être conscients que ces données juridiques doivent être prises à leur juste valeur. Le droit n'offre pas ici de réponse toute faite. Certainement, d'autres juristes ont déjà dû vous le dire. Par contre, il vous contraint à vous poser les bonnes questions. En un mot comme en cent, le droit pose des balises, et il impose un cadre d'analyse.

Comme professeur de droit constitutionnel, la question des droits fondamentaux s'inscrit évi­dem­ment au cœur de mes préoccupations scienti­fiques. Et quand je parle de droits fonda­mentaux, je parle de ceux qui sont reconnus par notre Constitution, bien sûr, mais aussi de ceux qui sont reconnus au niveau européen et international, les uns et les autres formant aujourd'hui ce qu'on appelle un ensemble indissociable.

Je vais droit au but. Je crois qu'aucun juriste sérieux ne pourra vous dire qu'au regard des droits fondamentaux, en général, ou au regard d'un droit fondamental en particulier, la vaccina­tion obligatoire, c'est possible ou ce n'est pas possible 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, d'intérêts différents, voire divergents, des intérêts qui sont liés à des circonstances de fait qui varient d'un cas à l'autre.

Beaucoup de choses vous ont été dites et je suis bien conscient d'arriver en bout de course. Là où je pense vous être utile, en toute modestie, c'est en vous procurant une méthodologie et même davan­tage: une feuille de route juridique avec, à chaque étape, des vérifications à opérer. Pour le dire autrement, vous devez soumettre le dispositif législatif que vous voulez porter au vote à un *crash test* – si vous me permettez cette métaphore – de manière à vous assurer de la résistance en droit de ce dispositif.

Pour cela, je me focalise sur un droit fondamental en particulier, celui du droit à la vie privée, droit reconnu par la Constitution en son article 22 et par la Convention européenne des droits de l'homme (CEDH) en son article 8. Pourquoi ce droit? Parce que vous l'avez déjà entendu, la vaccination obligatoire est une atteinte à l'intégrité physique et que celle-ci est une composante de la vie privée, tout simplement. Cela ne signifie pas que le problème ne peut être posé au regard d'autres droits fondamentaux, comme par exemple, la liberté de conscience. Mais je me centre, moi, sur la vie privée.

Pour qu'une mesure de vaccination obligatoire comme celle que vous envisagez puisse être considérée comme acceptable au regard du droit à la vie privée, vous devez faire cinq vérifications. J'y reviendrai plus loin. Et, vous devez montrer que vous avez bien fait ces vérifications qui sont en quelque sorte comme cinq tests. Je me permets de vous dire que tout ce que vous avez pu entendre de mes collègues non-juristes jusqu'à présent pourra assez largement être injecté à travers ces différents tests.

Le premier test tient en un seul mot: loi. Pour imposer la vaccination obligatoire, il est néces­saire de passer par une loi. Qu'entend-on par loi? Je serai ici très bref. Si vous combinez l'article 22 de la Constitution avec l'article 8 de la CEDH, et que vous y ajoutez les règles de répartition des compétences, j'en arrive à une double conclusion. D'abord, il faut une norme législative. Celle-ci est nécessairement une loi fédérale. C'est bien, on y est. Ensuite, elle doit être suffisamment claire et précise afin de garantir aux individus une prévi­sibilité de leur comportement. Je ne crois pas que ce test soit de nature à poser de problème à condition que la loi que vous allez voter soit suffisamment claire et précise.

Second test: la vaccination obligatoire poursuit-elle un objectif clairement défini? Ce test est souvent négligé alors qu'il est capital. Pourquoi est-il capital? Parce que l'objectif poursuivi par le législateur est mobilisé dans les autres tests. Il est impossible d'organiser les tests 3, 4 et 5 si vous n'avez pas une connaissance précise de l'objectif que vous poursuivez et ensuite parce que, selon l'objectif que vous poursuivez, les modalités et les conditions de la vaccination obligatoire seront différentes. Fondamentalement, il me semble que vous devez trancher entre deux objectifs possibles: soit il s'agit d'éradiquer le virus – est-ce seulement possible? Je ne suis pas compétent pour le dire –, soit il s'agit d'éviter une saturation des unités de soins intensifs dans les hôpitaux, ce qui corres­pond à la justification qui a jusqu'ici été donnée aux mesures sanitaires.

Je précise qu'il doit s'agir d'un objectif en soi. Par exemple, protéger les personnes vulnérables ou éviter les contaminations ne sont pas des finalités en soi. Le but de la protection des plus vulné­rables ou le but de la lutte contre les contami­nations, c'est d'éviter l'engorgement des unités de soins intensifs par ces mêmes personnes vulné­rables ou ces personnes contaminées. En d'autres termes, l'objectif qui en réalité renvoie à un autre objectif sous-jacent ne peut être considéré comme un objectif en soi.

La réponse à la question à l'objectif à poursuivre, je ne l'ai pas, mesdames et messieurs, étant donné que la question relève du pouvoir d'appré­ciation des élus du peuple, c'est-à-dire de vous.

Troisième test: l'ingérence dans le droit à la vie privée est-elle liée à des motifs d'ingérence qui sont expressément prévus par l'article 8, § 2 de la CEDH? Vous le connaissez. Il énumère un certain nombre de motifs légitimes d'ingérence, d'intérêts qui sont protégés par l'article 8, § 2 et parmi eux, il y a la protection de la santé. Le test 3 ne me paraît pas être problématique non plus parce que, quel que soit l'objectif précis que vous entendriez poursuivre en imposant la vaccination obligatoire, il sera nécessairement lié à une préoccupation de protection de la santé. La Cour européenne des droits de l'homme dit "un besoin social impérieux de protéger la santé individuelle et publique". Ce besoin est d'autant plus impérieux qu'en Belgique, le droit à la protection de la santé est consacré par l'article 23 de notre Constitution.

Sans entrer dans le détail, j'ajouterai qu'une vaccination obligatoire peut indirectement servir d'autres intérêts que celui de la protection de la santé qui sont également protégés par l'article 8, § 2. Je pense, par exemple, à la liberté de circulation entravée par des mesures de confine­ment. Vous avez entendu, mercredi après-midi, Vanessa De Greef que je n'ai malheu­reusement pas eu l'occasion d'écouter, mais elle a écrit dans le *Journal des Tribunaux,* il y a un an, un article dans lequel elle abordait cette question de la liberté de circulation: "Vaccination et liberté de circulation". Je pense aussi à la liberté d'enseignement, puisque la vaccination permet d'éviter la fermeture des écoles.

Quatrième test: le test de la pertinence et j'y passe brièvement. Il faut s'assurer que la mesure envisagée est de nature à atteindre l'objectif que vous avez défini, c'est-à-dire qu'elle soit suffi­samment vigoureuse pour atteindre cet objectif. Ici, les données de mes collègues des sciences médicales ont toute leur utilité. Pour prendre un exemple simple - tous ne le sont pas -, si l'objectif poursuivi est l'éradication du virus, l'on doit se demander si la vaccination obligatoire limitée à certaines catégories de personnes suffira à atteindre cet objectif. C'est cela la question de la pertinence.

Cinquième test: le test de la proportionnalité. C'est ce que l'on appelle le test des effets collatéraux. À supposer que la mesure envisagée soit de nature à atteindre l'objectif poursuivi, encore faut-il que l'ingérence dans le droit à la vie privée ne produise pas des effets à ce point démesurés et dispro­portionnés que ce droit serait frappé dans ce qu'il a de plus essentiel.

Vous connaissez cette image souvent véhiculée: "On ne tue pas une mouche avec un canon." En d'autres termes et elle est là la vraie question de la proportionnalité: existe-t-il des solutions alter­natives qui permettraient d'atteindre le même objectif en créant moins de dégâts collatéraux? C'est évidemment le test le plus délicat. Pour vous permettre d'y voir plus clair, je préciserai que le test de proportionnalité peut se décliner en plusieurs questions. J'en ai isolé cinq que j'aborderai avec vous.

1. La question de la proportionnalité est une question de coût. Pourquoi? Parce qu'elle vous oblige à vous demander si l'objectif poursuivi ne pourrait pas être atteint par une mesure moins coûteuse. Que signifie moins coûteuse? Tout d'abord, moins coûteuse en termes d'atteinte aux droits fondamentaux, moins coûteuse aussi sociale­ment et donc financièrement. Je n'ai pas pu entendre toutes les auditions, mais tout de même certaines. Il y a des alternatives qui vous ont été présentées et je pense notamment à celle de mon collègue Marius Gilbert sur l'obligation d'infor­mation vaccinale. C'est évidemment à ce stade de la feuille de route juridique que ces alternatives doivent être envisagées.

Pour chacune d'elles, vous devez vous poser deux questions.

D'abord, cette mesure alternative a un coût. Oui, mais lequel? Et elle a aussi un coût en termes de liberté.

Ensuite, en admettant que la mesure alternative est moins coûteuse, encore faut-il s'assurer qu'elle permet d'atteindre le même objectif, notamment en vérifiant que l'on peut la faire respecter en pratique. J'ai entendu que la suggestion de Marius Gilbert posait certaines questions sur ce plan.

2. La proportionnalité est aussi une question d'équilibre. Elle vous oblige à procéder à ce que l'on appelle, en droit, une conciliation entre, en l'occurrence, le droit à la vie privée et un ou plu­sieurs autres droits fondamentaux avec lesquels il entre en conflit. Le principal conflit est le droit à la vie privée *versus* le droit à la protection de la santé.

Pourquoi? Parce que l'atteinte que la vaccination obligatoire porte à la vie privée est justifiée par la volonté de protéger la santé. Nous sommes dans un système - les membres de votre commission qui ne sont pas juristes doivent bien le comprendre - qui refuse toute hiérarchie abstraite et générale entre les droits fondamentaux. Vous ne pouvez pas dire qu'il y a un droit fondamental - hormis des droits absolus comme l'interdiction de la torture, bien sûr - qui soit prééminent de manière générale et abstrait par rapport aux autres. Le seul moyen de résoudre un conflit entre plusieurs droits fondamentaux c'est, au cas par cas, de concilier ces droits fondamentaux, de le faire par une balance des intérêts car, derrière des droits, il y a des intérêts en recherchant un point d'équilibre entre les droits qui sont en conflit. C'est compliqué, bien sûr!

3. La question de la proportionnalité est aussi une question de temporalité. La balance des intérêts dont je viens de parler ne conduit pas aux mêmes résultats à un temps X ou Y. Qu'entends-je par temps? C'est d'abord le temps médical. Les don­nées à prendre en compte ne sont évidemment pas les mêmes aujourd'hui qu'il y a un an, ou même qu'il y a six ou un mois. Je pense au nombre de contaminations, au nombre de personnes qui sont en soins intensifs, au taux de couverture vaccinale, etc. Je passe ici le relais à mes collègues du secteur des sciences de la santé.

Mais le temps 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. Pourquoi? Parce que beaucoup de choses se sont passées depuis lors. Le CST n'est pas la moindre de ces choses. Ce sont des choses 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, aujourd'hui, refusent catégoriquement toute forme de contrainte sociale. Quand je vous dis cela, je ne pose pas un jugement de valeur: c'est un constat objectif.

4. La question de la proportionnalité est aussi une question de sanctions, celles-ci pouvant être infli­gées à celles et ceux qui se soustraient à l'obligation. À cet égard, vous devez rester attentifs à distinguer la mesure elle-même, c'est-à-dire le principe même de l'obligation vaccinale et les sanctions qui assortissent cette obligation précisément pour la rendre effective.

Les sanctions peuvent être tout à fait déter­minantes et faire pencher la balance d'un côté ou de l'autre. C'est de nouveau la balance des intérêts dont je vous parlais tout à l'heure qui est ici en cause. Pourquoi? Parce qu'elle peut faire pencher la balance d'un côté ou de l'autre en raison de leur gravité. Entre une amende d'un montant raison­nable et une peine d'emprisonne­ment, il y a une gamme possible de sanctions. Elles peuvent faire pencher la balance aussi en raison de leur degré d'effectivité ou d'ineffectivité. Et aussi parce qu'à elles seules, les sanctions peuvent entrer en conflit avec d'autres droits fondamentaux, et ce, indépendamment du prin­cipe de l'obligation vaccinale.

Donc la sanction elle-même.

Bien sûr, mesdames et messieurs, comme le disait le premier ministre, il y a quelques mois: "On ne va tout de même pas piquer les gens dans la rue". Bien évidemment, mais… car il y a un mais, l'État pourrait être tenté au départ de croisement de données personnelles de suspendre des droits: les allocations de chômage, par exemple, ou les allocations familiales. Et ce risque est d'autant plus sérieux que l'État dispose déjà de nombreuses données sur les citoyens que nous sommes, et vous le savez mieux que moi.

Cette question doit à mon sens être abordée dès à présent. Parce qu'elle est étroitement liée à l'obligation vaccinale elle-même puisqu'elle touche à l'effectivité même de cette obligation. Or, de telles sanctions, fondées sur les croisements de données personnelles ne pourraient être con­sidérées comme de simples mesures d'exécution de la loi qui seraient déléguées au pouvoir exécutif. L'article 22 de la Constitution impose au législateur lui-même de déterminer les traitements de données qui peuvent être mis en place et de les organiser clairement dans une loi. Cette loi, ce doit être la loi qui organise l'obligation vaccinale si vous l'adoptez.

Il faut un chapitre sur l'obligation et un autre sur la mise en œuvre de cette obligation dans lequel apparaissent clairement - si c'est la voie que vous privilégiez -, les traitements de données mis en place pour sanctionner les personnes non vac­cinées. Et, il ne s'agit pas d'une loi, mais d'une loi qui respecte le plus scrupuleusement possible le droit à la vie privée. Je n'en dis pas plus parce que, je vous le confesse, je ne suis pas un spécialiste de la protection des données. Je tire juste un signal d'alarme: qu'il s'agisse de la vaccination obligatoire ou du pass vaccinal sur lequel je m'exprimerai tout à l'heure, dans tous les cas, des données per­sonnelles circuleront et, si vous n'y prenez garde, le risque existe que ces données soient utilisées par l'État a des fins différentes des objectifs qui justifieraient la vaccination obligatoire ou le pass vaccinal.

À l'heure où le traitement des données personnelles par l'État est mis sur la sellette notamment sur la scène européenne, je ne peux que vous incliner à la plus grande prudence sur ce point.

5. La question de la proportionnalité est une question casuistique. J'ai tenté de vous montrer brièvement, parce que le temps est court, que le test de proportionnalité peut vous conduire à renoncer à la vaccination obligatoire, à la décréter et, dans ce cas, à la décréter de manière générale ou à la moduler selon les catégories de la popu­lation auxquelles elle s'adresse. Peu importe la portée de la vaccination obligatoire, générale ou ciblée, le test de proportionnalité peut vous conduire aussi à prévoir des modalités, des conditions particulières, par exemple un vaccin contre-indiqué pour certaines personnes.

Entre le "oui" et le "non", le curseur peut être placé à différents endroits. Une leçon que je tire du droit en général est qu'il nous apprend - nous le voyons ici de manière particulièrement aiguë -, que ce n'est pas tout ou rien, ce n'est pas tout le monde ou personne. Il n'y a pas que du blanc ou du noir: il y aussi toute une gamme intermédiaire.

J'ai parlé de curseur et j'insisterai sur le fait que la position du curseur est directement liée aux éléments concrets propres à la décision que vous allez devoir prendre, propres à la situation que cette décision entend régler. À cet égard, je reviendrai sur l'arrêt rendu par la Cour européenne en Grande Chambre le 8 avril 2021. C'est un arrêt que d'autres orateurs ont déjà évoqué ici et je sais donc que vous le connaissez. La Cour a rejeté cinq recours dirigés contre l'État tchèque, recours qui dénonçaient une obligation légale générale de vacciner les enfants contre neuf maladies. Les recours étaient notamment fondés sur l'article 8 de la Convention européenne des droits de l'homme. On a dit tout et n'importe au sujet de cet arrêt. Pas devant vous! J'ai entendu Hendrick Vuye. Tout ce qu'il vous a dit sur cet arrêt est, selon moi, parfaitement exact. On a dit tout et n'importe quoi en dehors de votre commission. Ce que je retiens de cet arrêt, et 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 États, "une ample marge d'appréciation", selon les termes utilisés par la Cour – se sont fondés sur un ensemble d'éléments concrets, propres au cas dont ils étaient saisis, pour décider que le droit à la vie privée n'avait pas été violé par l'État tchèque. C'est une manière pour moi de vous redire que le contrôle que la Cour européenne des droits de l'homme peut exercer sur une mesure de vaccination obligatoire est marginal et concret. Il est marginal au sens où la marge d'appréciation laissée à l'État est grande – c'est vrai. Il est concret au sens où le contrôle s'effectue en fonction des éléments propres au cas précis dont est saisie la Cour. Hendrick Vuye vous a parlé de casuistique. Il a raison, c'est exactement le mot qu'il faut utiliser.

On peut, bien sûr, trouver dans l'arrêt des éléments qui pèsent en faveur d'une vaccination obligatoire: "La vaccination est estimée sûre et efficace par la communauté scientifique", "les destinataires de la vaccination obligatoire sont des enfants, donc une catégorie vulnérable", "l'obliga­tion de vaccination est assortie d'exceptions, de garanties procé­durales", "les sanctions ne sont pas dispro­portionnées", etc. Ces caractéristiques sont, à l'évidence, transposables et exploitables, pour me servir d'un mot plus précis, pour d'autres formes de vaccination obligatoire. Cependant, elles ne sont pas une assurance tous risques – loin s'en faut.

Je conclus, monsieur le président, par deux observations complémentaires. Tout d'abord, 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. Je pense – et vous me voyez venir – à une autre obligation: celle du pass vaccinal. Il est bien évident que vous ne pourriez recourir à cette autre mesure qu'en suivant exactement la même feuille de route – laquelle ne vous conduira pas nécessairement aux mêmes réponses. Pourquoi? Parce que les enjeux sont différents et que – et c'est le juriste qui parle – les droits fondamentaux en jeu ne sont pas nécessairement les mêmes que dans le cas de la vaccination obligatoire. Je serais même tenté de penser que les droits fondamentaux qui sont menacés par le pass vaccinal sont bien plus nombreux que s'agissant de la vaccination obligatoire. Si, convaincus de ne pas imposer la vaccination, vous vous rabattez, à titre d'alter­native, sur le pass vaccinal sans opérer les cinq vérifications que j'ai tenté de vous exposer, je m'excuse de vous le dire aussi franchement, mais vous allez droit dans le mur. C'est ici mon devoir de juriste de vous le dire.

J'en viens à ma deuxième et toute dernière observation. Ce que j'ai appelé "*crash test*" – et je pense l'image éloquente – n'est pas un outil que vous pouvez utiliser parmi d'autres. Je suis désolé de devoir vous le dire. C'est un outil que vous avez l'obligation d'utiliser en droit. 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 État à s'ingérer dans un droit fondamental autant qu'à l'ingérence elle-même. Cela revient à dire que l'État mis en cause devant la Cour doit être à même de démontrer qu'en usant de la marge d'appréciation que lui laisse la Convention, il a opéré de manière suffisante les vérifications rappelées plus haut, et tout spécialement le test de proportionnalité. Ce phénomène est ce qu'on appelle une procéduralisation des droits fonda­mentaux. Plus la CEDH est convaincue que les autorités étatiques ont accompli ce travail de mise en balance des intérêts en présence, moins elle sera encline à entrer dans le fond du problème. Inversement, elle peut censurer une mesure d'ingérence dans un droit fondamental en se basant exclusivement sur le fait que les autorités étatiques n'ont pas opéré ce travail de mise en balance.

En conclusion, mesdames et messieurs, qu'il s'agisse de la vaccination obligatoire ou du pass vaccinal, quelle que soit la décision que vous prendrez, vous devez pouvoir démontrer que vous avez suivi la feuille de route que je vous ai présentée. Pour le dire autrement, la question du respect des droits fondamentaux par la loi n'est pas, comme on a trop tendance à le dire au­jourd'hui, que l'affaire des juges; c'est d'abord et avant tout celle du Parlement. Le juge est là pour vérifier que le travail parlementaire a été correctement rempli et que le Parlement n'a pas commis d'erreur marginale d'appréciation. Mais, en première ligne, c'est le Parlement qui est chargé de faire respecter les droits fondamentaux. Je suis parfois frappé de constater, et je le dis souvent à mes étudiants, qu'il arrive régulièrement que, devant la Cour constitutionnelle, une loi soit contestée au regard des droits fondamentaux sans que la question ait été examinée sérieusement par le Parlement. Je trouve cela extrêmement regret­table.

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 zij 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 risico­groepen. 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 in 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 corona­barometer, 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 Jan Nillis, die in sero­logisch onderzoek werkelijk naar de bloedwaarden 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 Jan Nillis 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 geven.

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. De UK gooit alles open. Andere landen zijn teruggekomen van de vaccinatie­verplichting. 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 studie­materiaal 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 milder 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 te 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 impactassessments 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 infor­matie. 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 un certain nombre d'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.

Pour ce qui concerne les sanctions, attention aux dérapages juridiques! Attention aussi à la question de l'efficacité! 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 pass vaccinal. Tout d'abord, je n'ai pas dit que j'étais contre ou pour celui-ci. Lors de mon discours, je pense avoir essayé d'être le plus nuancé possible. Je souhaiterais maintenant faire quelques observations sur le pass vaccinal.

Monsieur Bacquelaine, vous avez raison de dire que le pass vaccinal n'implique pas une atteinte à l'intégrité physique comparable à la vaccination obligation. C'est évident. Mais il n'en reste pas moins que d'autres aspects de la vie privée sont mis en cause par le pass 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 pass vaccinal porte atteinte à la vie privée. En tout cas, la question de savoir si le pass 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 pass 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 tiquement très chargés. Autrement dit, l'enjeu démocratique est très important. Le pass 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 pass vaccinal peut causer en matière de différents droits fondamentaux, ce sont les personnes qui ne sont pas vaccinées, mais aussi les personnes qui sont vaccinées. Le pass vaccinal me paraît être une obligation vaccinale déguisée qui sanctionne tout le monde, en ce compris les personnes qui ne sont pas vaccinées.

Quatrième 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 pass vaccinal ou du CST. Vous ne pouvez pas ne pas intégrer cette dimen­sion dans vos réflexions.

Cinquième point, toujours sur le pass 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 pass 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 pass vaccinal. Non, je le répète, le pass 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 pass 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 pass 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 pass 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, psychologue, médecin, 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, la balance des intérêts. 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 selon moi 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 pass 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 pass 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 récente 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, et avec Roxanne Delforge, une chercheuse ici. Nous avons, en 40 pages, 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 qu 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 -, 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. Je n'ai pas la loi Pandémie sous les yeux, Sophie Rohonyi, mais les mesures qui sont permises par la loi Pandémie n'incluent pas du tout la vaccination obligatoire. Il faudrait modifier la loi Pandémie, sauf erreur de ma part. Mais j'ai du mal à considérer qu'imposer une vaccination obliga­toire qui sera finalement mise en oeuvre 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 bien plus sérieuse. Mais mon mot est maladroit. C'est plutôt 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, dd 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 mortaal 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 ? 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 woon-zorgcentra 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 in 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 onderwijs­situatie 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.