

Conférence interministérielle Santé publique

5 Juin 2021

Rapport

Membres

○ Wouter Beke, Ministre (président de la CIM) + Katrien Van Kets, cheffe de Cabinet	Gouvernement flamand
○ Christie Morreale, Ministre + Yolande Husden, cheffe de cabinet adjoint	Gouvernement wallon
○ Ministre Vandenbroucke + Ri De Ridder, conseiller + Stefaan Thijs, conseiller diplomatique	Gouvernement fédéral
○ Antonios Antoniadis, Ministre	Gouvernement de la Communauté germanophone
○ Bénédicte Linard, Ministre + Deborah Cuignet, conseillère	Gouvernement de la Fédération Wallonie-Bruxelles
○ Valérie Glatigny, + Delphine Haulotte, conseillère	Gouvernement de la Fédération Wallonie-Bruxelles
○ Alain Maron, Ministre + Miguel Lardennois, conseiller	Commission communautaire commune, Commission communautaire française et Commission communautaire flamande
○ Kurt Doms, conseiller ○ Vincent Hubert, conseiller	Secrétariat de la Conférence interministérielle Santé publique

Invités :

○ Karine Moykens, secrétaire-générale	Présidente du comité Interfédéral Testing et Tracing
○ Frank Robben, administrateur-général	e- Health

<ul style="list-style-type: none"> ○ Pedro Facon, Commissaire Corona du Gouvernement, ○ Carole Schirvel, Commissaire-adjointe ○ Dirk Ramaekers, Président de la Taskforce Vaccination ○ Laurence de l'Escaille, conseillère 	Commissariat Corona du Gouvernement
<ul style="list-style-type: none"> ○ Saskia Van den Bogaert, cheffe de cellule 	SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement
<ul style="list-style-type: none"> ○ Yves Van Laethem ○ Fabrice Peters ○ Pierre Van Damme 	Conseil Supérieur de la Santé
<ul style="list-style-type: none"> ○ Barbara Van Den Haute, administrateur-général ○ Gert De Gelder 	Digitaal Vlaanderen

1. Politique en matière de COVID-19

1.1. Modèle et coûts du financement interfédéral de la campagne de vaccination COVID-19, et rédaction du protocole d'accord : approbation

Des informations complémentaires ont été données, relativement à l'estimation des coûts supplémentaires de l'achat de vaccins non utilisés ; ce point doit néanmoins encore être clarifié.

CONCLUSION ET DÉCISIONS

1. Ce point est reporté à la prochaine CIM.

1.2. Certificat « EU digitaal covid »

1.2.1. Financement et gouvernance en termes de communication

CONCLUSION ET DÉCISIONS

2. La CIM approuve le dossier.

1.2.2. Go Live le 16 juin

CONCLUSION ET DÉCISIONS

3. La CIM approuve le dossier.

1.3. Opérationnalisation stratégie de vaccination COVID-19

1.3.1. Mise en place d'un stock fédéral au profit du personnel des institutions européennes

1.3.2. Options concernant la réallocation des vaccins entre entités fédérées : discussion

Le Ministre Maron réprecise les arguments qui sont repris dans sa note.

Les Ministres Vandembroucke, Morreale, Linard, Antoniadis disent comprendre les arguments du collègue, le Ministre Maron ; le Ministre Beke s'oppose à la demande de ce dernier et s'en explique :

- Des grandes villes du nord du pays, telles Gand ou Anvers accueillent également des populations précaires difficiles à atteindre ;
- Les cohortes d'âges ne sont pas vaccinées en même temps : le concept de « chances égales » pour tous n'est pas respecté ;
- Les mesures d'assouplissements prises sont dus aux bons résultats de la Flandre (objectif de 80% de personnes avec comorbidités atteint) ;
- Le système Bruvax a pu donner lieu à des fraudes ;
- Possibilité connaître le vaccin administré préférentiellement dans les centres de vaccination à Bruxelles ;
- Concernant les eurocrates, et la mise à disposition éventuelle de doses à leur égard, la discussion n'a jamais été menée en CIM ;
- Les 500.000 doses de Vaxzevria, permettront à Bruxelles d'atteindre un taux de vaccination, pour les personnes entre 18 et 65 ans, de 72-73% pour fin juin ;
- Ratio d'efficience estimé différent entre la Flandre et Bruxelles ;
- 40.000 travailleurs saisonniers accueilli chaque année en Flandre, (assimilés aux précaires, éligibles à J&J);
- Approche différentes relativement à certains groupes cibles (pompiers) ;
- Vaccination à domicile plus élevée en Flandre ;
- Afin que chaque région soit sur la même ligne, la Flandre demande donc 550.000 doses supplémentaires ; avec les livraisons prévues d'ici fin juin, la Région de Bruxelles-Capitale devrait pouvoir rencontrer ses objectifs. Dans la semaine qui va suivre, une décision doit être prise sur le million de vaccins supplémentaires que la Belgique va recevoir ; dans ce cadre, la demande la Flandre pourra être rencontrée.

Le Ministre Maron précise ce qui suit :

- Le système Bruvax a dû être mis en place car le système Doclr n'était pas adapté aux spécificités de la population bruxelloise ; plus personne ne peut actuellement s'inscrire de manière frauduleuse avec Bruvax ;
- Aucun vaccin n'a jamais été administré exclusivement à un seul centre ;
- Bruxelles a quatre fois plus d'habitants au m² qu'Anvers : l'on ne peut faire de comparaison en termes de population précarisée ;
- Un déficit de 120.000 doses à Bruxelles est, en termes d'impacts, beaucoup plus important à Bruxelles qu'en Flandre ;
- Il y a eu une sous-utilisation de Vaxzevria à Bruxelles, car on les gardait pour la seconde dose ;
- par Qvax, des personnes également plus jeunes sont arrivés à se faire vacciner ;

Demande donc est réitérée qu'un calcul de la TF Vaccination sur une répartition théorique équivalente du nombre de doses à allouer pour chacune des entités.

Suite à ces interventions, proposition est faite d'objectiver, dans les meilleurs délais, les clés de distribution pour toutes les composantes de la campagne ; sur l'ensemble de celle-ci, les Régions auront-elles été en mesure de donner à ses concitoyens une possibilité de se voir administrer le vaccin ? L'argument donné par le Ministre Bruxellois sur les fonctionnaires européens parle en faveur d'une objectivation. A ce titre, le point de l'agenda qui concerne la mise en place d'un stock fédéral au profit du personnel des institutions européennes (qui est objectivement un groupe extérieur) pourrait être une piste de solution pour le problème qui nous occupe.

Il est rappelé que cette objectivation doit se faire sur la base des besoins de la population et non des chiffres de population.

CONCLUSION ET DÉCISIONS

- 4. La CIM demande à la TF vaccination d'objectiver, dans les meilleurs délais, les clés de distribution pour toutes les composantes. L'on examinera ce qu'impliquerait une prolongation de la campagne jusqu'au 5/10.**

1.3.3. Introduction de la vaccination volontaire des moins de 41 ans avec « informed consent »

Ce point, tout comme le point « 1.4 » - *Inclusion de la vaccination des jeunes de 16 et 17 ans dans la stratégie de vaccination COVID- 19* – fait l'objet d'échanges vues entre les Ministres : une proposition de communiqué de presse, (partie II) reprenant les points 1.3.3 et 1.4.4 est discutée et finalisée en séance.

La CIM demande à la Task Force – en tenant compte de ce qui est fait dans les états-membres européens - d'étudier si et comment il est souhaitable et possible de permettre aux jeunes âgés de 18 à 40 ans de faire un choix éclairé en faveur d'une vaccination avec le J&J ou l'Astra-Zeneca. Cela permettrait aux citoyens de faire ce choix sur une base volontaire en vue de se faire vacciner. « Sur une base volontaire » signifie que toute personne qui n'opte pas pour cette solution pourra néanmoins continuer de bénéficier d'un vaccin à ARNm.

La Task Force examinera plus en détail comment cette option de vaccination sur base d'un choix éclairé pourrait être mise en pratique, en prêtant attention aux aspects juridiques et opérationnels tant de l'invitation à la vaccination que de la réservation du moment de cette vaccination.

La CIM prendra sa décision sur base de cette analyse et l'étude complémentaire de la balance des bénéfices et des risques des différents vaccins.

Concernant l'aspect « informed consent », un avis juridique est demandé.

CONCLUSION ET DÉCISIONS

5. La CIM demande à la Task force - par analogie avec un certain nombre d'autres pays européens - d'étudier si et comment il est souhaitable et possible d'offrir aux jeunes âgés de 18 à 40 ans un choix éclairé entre le vaccin de J&J et celui d'Astra-Zeneca. Cela permettrait aux individus de choisir volontairement de se faire vacciner. "Volontaire" signifie que toute personne qui ne choisit pas cette option pourra quand même recevoir un vaccin à ARNm.

1.4. Inclusion de la vaccination des jeunes de 16 et 17 ans dans la stratégie de vaccination COVID-19: discussion et décision

L'avis du CSS recommande la vaccination des 16 à 17 ans, avec et sans comorbidités.

Quelques points d'attention sont émis :

- Attention de ne pas lier la vaccination des jeunes avec le fonctionnement 'normalisé' des écoles ;
- Concernant l'éventuelle vaccination des 12-15 ans, cela ne peut être un argument pour pallier au refus de vaccination des adultes ;
- L'on constaterait rarement des myocardies avec Pfizer ; donc, aucune urgence de vacciner les 12-15 ans ;

En termes opérationnel, l'on rappelle le dossier du consentement éclairé.



CONCLUSION ET DÉCISIONS

- 6. La CIM a décidé du principe de proposer aux jeunes de 16 et 17 ans une vaccination contre le COVID-19, selon les modalités précisées par la Task Force. Cela se fera avec le vaccin Pfizer, qui a obtenu l'autorisation de l'Agence européenne des médicaments (EMA) pour cette tranche d'âge.**

2. Divers

Pas de divers.

3. Communication

CONCLUSION ET DÉCISIONS

- 7. La CIM approuve le communiqué de presse, tel que discuté en séance.**

4. Prochaine réunion : mercredi 9 juin 2021 de 8h00 à 10h00.