

Antwoorden van G. Vanden Bossche op vragen gesteld door parlementaire commissie n.a.v. hoorzitting 'vaccinatieplicht' van 26.01.2022

Gezien vele van de gestelde vragen getuigen van een foutieve interpretatie van mijn waarschuwing en de wetenschappelijke staving – en dat ondanks de vele geschriften en interviews waarin ik die herhaaldelijk uiteenzette – vond ik het nuttig om vooraf een 2-tal zaken te verduidelijken om zodoende veel tijd te sparen bij het beantwoorden van de gestelde vragen..

i) M.b.t. tot mijn opinie m.b.t. de nefaste gevolgen van de huidige massavaccinatie
Nogmaals: Mijn enorme bezorgdheid gaat uit naar het

1. **grootschalig vaccineren** van de verschillende lagen vd bevolking
2. **tijdens een pandemie**
3. van **meer infectieuze SARS-CoV-2 (SC-2) varianten**
4. met C-19 **vaccins die niet in staat zijn om virusoverdracht te verhinderen.**

Deze 4 voorwaarden worden perfect vervuld door de huidige vaccinatiecampagnes en bevorderen de verspreiding (niet het ontstaan!!) van meer infectieuze mutanten/varianten. Omdat die daardoor beginnen te domineren (en minder infectieuze varianten verdringen), verhoogt de infectiedruk in de populatie. Dit leidt tot meer (gevallen van) ziekte (cfr. Omicron). Net zoals overbevolking (overcrowding) zal een golf van een hoog infectieus virus aanleiding geven tot sterke stijging van de infectiegraad en t.g.v. de hoge daaruit resulterende morbiditeitsgraad een hoge immuudruk op het virus uitoefenen (via natuurlijk verworven antistoffen die echter niet in staat zijn om bij hoge infectiedruk het virus te bedwingen!). Die infectiedruk naar beneden brengen is mogelijk via (éénmalige) antivirale chemoprophylaxe. Gewoon blijven doorvaccineren zal in tegendeel de immuudruk nog verhogen en ervoor zorgen dat de vicieuze cirkel van verhoogde infectiviteit onderhouden blijft.

ii) M.b.t. de wetenschappelijke staving van mijn argumenten:

Het zou mooi zijn indien er, net zoals voor Influenza, ook voor SARS-CoV-2 kant en klare studies bestonden die beschrijven hoe aangeboren en natuurlijk verworven immuniteit tegen SC-2 elkaar complementeren en hoe vaccin-gemedieerde immuniteit de effectorcellen van het aangeboren immuunsysteem met erkende werkzaamheid t.o.v. SC-2 eenvoudigweg omzeilt. Wél is beschreven hoe bij b.v. Influenza infectie de werking van aangeboren en natuurlijk verworven antistoffen elkaar opvolgen en die antistoffen enkel op die manier een synergistisch effect hebben (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11043776/>; <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15633017/>); tevens is ook algemeen bekend dat de effectorfunctie van vaccins berust op cellen van het *verworven* en niet van het aangeboren immuunsysteem.

Het zou ook mooi zijn moesten studies bestaan die precies beschrijven hoe effectorcellen van het aangeboren immuunsysteem (b.v., B1a en NK cellen) in de loop van een SC-2 pandemie kunnen worden getraind d.m.v. epigenetische veranderingen. Wél is algemeen bekend en gepubliceerd dat aangeboren immuniteit wel degelijk kan worden getraind door epigenetische veranderingen.

Het zou mooi zijn moesten de molecuulair-biofysische mechanismen bekend zijn van hoe *verworven* S(pike)-specifieke antistoffen *aangeboren*, polyspecifieke IgM antistoffen, die 'self-like' motieven herkennen op de oppervlakte van Coronavirussen, kunnen wegconcurreren op basis van een veel hogere affiniteit voor het antigeen. Wél werd dit meer algemeen beschreven voor antigeen(Ag)-specifieke en aangeboren antistoffen.

Het zou tenslotte ook mooi zijn indien precies beschreven was hoe aangeboren antistoffen SC-2 varianten en alle coronavirussen kunnen neutraliseren. Wél werd dit beschreven voor verschillende Influenzavirus varianten (trouwens voorzien van gelijkaardige 'self-like' N-glycaanpatronen op de oppervlakte).

Literatuurbronnen die bovengenoemde argumenten staven en ze in een logisch samenhangingsverband brengen worden vooral genoemd in mijn volgende bijdrage (tevens gepubliceerd op TrialSiteNews; <https://trialsitenews.com/>):

<https://www.voiceforscienceandsolidarity.org/scientific-blog/the-alleged-case-for-experimental-c-19-vaccination-of-children-is-merely-based-on-silo-mentality-and-immunological-ignorance>

Net als bij een uitvinding is het precies de kunst om deze stukjes van de puzzel in elkaar te passen, daarbij steunend op publicaties die – voor wat het specifieke SC-2 geval betreft - natuurlijk steeds achterlopen op de feiten. Wanneer de puzzelstukjes passen, dan wordt de hypothese getoetst aan de werkelijkheid om na te gaan of zij de evolutie van de pandemie – ondanks menselijke interventie – kan verklaren, daar waar conventionele epidemiologen en virologen ondanks alle mogelijke modellen daarin niet slagen. De sterkte van de hypothese ligt dus niet in de afzonderlijk gepubliceerde puzzelstukjes maar wel in de betrouwbaarheid van de gehele puzzel m.b.t. het voorspelde evolutief gedrag van de pandemie. Ik heb steeds gezegd dat massavaccinatie zou leiden tot een opeenvolging van dominant circulerende, meer infectieuze SC-2 varianten. Die voorspelling kwam uit. Tevens voorspelde ik dat dit uiteindelijk zou leiden tot resistentie van het virus tegen neutraliserende anti-S antilichamen. Ook die voorspelling kwam uit. Tenslotte voorspelde ik ook dat verdere massavaccinatie (dus nu weldra met anti-Omicronvaccins) zou leiden tot een nog sterkere toename van infectie, ziekte en sterfte in de gevaccineerde populatie. Ik hoop dat die voorspelling niet uitkomt maar het is wel wat ik afleid uit mijn wetenschappelijk inzicht in hoe de massavaccinatie de evolutie van het virus en de zich daaraan aanpassende reactie van het immuunsysteem beïnvloedt.

Ben ik een doemdenker? Alles behalve; wél ben ik vaak een spreuk van Sherlock Holmes indachtig:

"How often have I said to you that when you have eliminated the impossible, whatever remains, however improbable, must be the truth?"

Kathleen Depoorter (N-VA):

Ik heb straks nog een aantal algemene vragen beide sprekers, maar nu richt ik me tot de heer Vanden Bossche. U begon uw tussenkomst door te zeggen dat u geen belangenconflict hebt. Daarna heeft u een zekere verduidelijking gemaakt. Ik was hier graag nog even op ingegaan. In de pers heb ik gelezen dat u zelf een vaccin ontwikkelt, gebaseerd op de T-cellen. Klopt dat? Is uw stelling dat er geen belangenconflict zou zijn dan wel conform? Ook als consultant kan ik mij moeilijk voorstellen dat u volledig ongebonden bent. Een verduidelijking hiervan is volgens mij een belangrijke kanttekening.

Zoals u allicht weet, verkondigt de officiële pers m.b.t. mijn persoon alleen maar roddels. Vooreerst gaat het bij mijn concept niet om T cellen maar wel om N(atural) K(iller) cellen. Ondanks verwoede pogingen van factcheckers bestaat er omtrent dit concept geen patent en beschik ik noch over infrastructuur noch over om het even welk contract met mogelijke financiële sponsors of bedrijven die mogelijks zouden kunnen helpen met de verdere ontwikkeling van dit m.i. veelbelovend concept. Verschillende grote spelers uit de vaccinindustrie zijn trouwens op de hoogte van mijn concept en de gegevens die werden gegenereerd *in vitro*. Ondertussen ligt ook dat onderzoek sinds het begin van de Coronacrisis volledig stil. Bovendien dient trouwens ook de vraag te worden gesteld welke vaccinproducent überhaupt geïnteresseerd zou zijn in een universeel vaccin dat met één enkele toediening bescherming zou kunnen bieden tegenover tal van verschillende pathogene agentia. Misschien moet men een net iets grondiger huiswerk verrichten om te onderzoeken hoe in een dergelijke context zelfs ook maar sprake kan zijn van belangenvermenging. Ik heb trouwens reeds herhaaldelijk publiek te kennen gegeven dat, in de 'unlikely

event' dat er interesse zou bestaan voor een vaccinontwikkeling op basis van dit concept, ik al mijn kennis omtrent deze vaccinbenadering ter beschikking zal stellen zonder dat ik daarbij ook maar één eurocent of dollar wens te verdienen aan royalties of de commercialisering van mogelijke intellectuele eigendomsrechten. We leven blijkbaar in tijden waar echte filantropie en integriteit alleen maar 'verdacht' lijken. Gezien de belastingssinner in dit land blijkbaar de intentie heeft om, kost wat kost, de vaccinatie aan de bevolking op te dringen, zou het allicht nuttiger zijn een onderzoek te doen naar de mogelijke belangenvermenging van een aantal promotoren van deze massavaccinatie die precies met deze belastinggelden worden betaald. Het is ook duidelijk dat een niet onbelangrijk deel van de inkomsten die sommige van deze instituten uit C-19-gerelateerde samenwerkingen met de industrie opstrijken, terug naar eigen keukens vloeien.

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

Ik denk dat u de verkeerde literatuur heeft geraadpleegd. Het gaat niet over de literatuur van de 2 wereldoorlogen maar wel over die van pandemieën. Ziehier slechts een kleine greep uit de beschikbare literatuurbronnen:

<https://www.britannica.com/story/how-long-did-the-flu-pandemic-of-1918-last>

https://www.ccohs.ca/oshanswers/diseases/pandemic_flu.html

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC7252012/>

<https://sfamjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1751-7915.13889>

De gedocumenteerde duur van pandemieën varieert tussen de 10 en 20 maanden. De Russische griep (mogelijks zelfs niet eens veroorzaakt door Influenza maar door Coronavirus), die duurde van het voorjaar van 1889 tot het voorjaar van 1890 kende 2 jaar later nog wel een korte opflakking (van januari tot mei) met 2017 gevallen waarvan 66 met dodelijke afloop:

<https://www.um.edu.mt/library/oar/bitstream/123456789/651/1/2005.Vol17.Issue3.A2.pdf>

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

Zie bovenaan: **Bij de seizoensale griepvaccinatie gaat het wel degelijk niet om massavaccinatie noch om vaccinatie tijdens een pandemie of epidemie.** Het vaccinseizoen gaat wel degelijk vooraf aan het griepseizoen en enkel een klein deel vd bevolking (t.t.z. oudere en kwetsbare mensen) wordt gevaccineerd. Moesten wij tijdens een grieppandemie massaal gaan vaccineren met conventionele vaccins (waartoe ook griepvaccins behoren) zoals nu tijdens de SC-2 pandemie, dan zou ik inderdaad dezelfde noodgevoel slaan als nu.

Wat ik moeilijk vind in uw redenering over het competitieve voordeel door vaccinatie en de natuurlijke immuniteit is dat u stelt dat men moet starten met vaccineren alvorens er een pandemie uitbreekt. Er zijn nochtans heel wat voorbeelden uit het verleden met ebola, cholera enzovoort, waar men ook beginnen

vaccineren is middenin de epidemie. Is uw stelling dan dat u het opportuun had gevonden om te beginnen met vaccineren na de crisis?

Laat ons hier eerst en vooral geen appels met peren vergelijken. **Mij zijn geen voorbeelden bekend van vaccinaties tegen virale ziekten met niet-replicerende vaccins die plaatsvonden tijdens een pandemie.** Ook het Ebola vaccin was een replicerend vaccin (VSV-EBOV) waarvan trouwens de efficaciteit in klinische studies doorgevoerd door de WHO op beschamende wijze werd vervalst zoals blijkt uit mijn analyse destijds als medewerker van GAVI: https://uploads-ssl.webflow.com/616004c52e87ed08692f5692/61f65c43db047c9050ffe014_Critical_analysis_Ebola_vaccine_trial_GVB.pdf

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

Dat massavaccinatie zoals bovenaan beschreven wel degelijk op zijn minst zeer ernstige vragen oproept m.b.t. het bevorderen van de verspreiding van meer infectieuze varianten blijkt uit verschillende publicaties. Om hieruit slechts een kleine greep met u te delen:

<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0250780> :

"Hence, the evolutionary rate may underestimate the evolutionary potential of the virus to evade nAbs deployed as active immunity (vaccines) or passive immunity (nAb prophylactics)."

"When nAbs are broadly present in the population, population-level selection for antibody-evading, infection-competent viral mutants may result in a rapid resurgence of SARS-CoV-2 infections."

"Although these mutants are at a fitness disadvantage compared to the wild-type virus before nAbs are broadly present in the population, they are constantly generated through de novo mutation which allows them to exist at nonzero frequencies. However, once nAbs are common in the population, these mutants will have a selective advantage."

<https://pubs.acs.org/doi/10.1021/acs.jpcllett.1c03380>:

"Recent studies confirm that natural selection is the dominating mechanism of SARS-CoV-2 evolution, which favors mutations that strengthen viral infectivity. Here, we demonstrate that vaccine-breakthrough or antibody-resistant mutations provide a new mechanism of viral evolution."

"We anticipate that as a complementary transmission pathway, vaccine-breakthrough or antibody-resistant mutations, like those in Omicron, will become a dominating mechanism of SARS-CoV-2 evolution when most of the world's population is either vaccinated or infected."

<https://journals.plos.org/plosbiology/article?id=10.1371/journal.pbio.1002198> :

"Our data show that anti-disease vaccines that do not prevent transmission can create conditions that promote the emergence of pathogen strains that cause more severe disease in unvaccinated hosts."

(Nota: profylactische vaccinatie van kippen [levensduur: 6-8 weken] t.o.v. hooginfectieuze ziekte van Marek oefent echter geen druk uit op de infectiviteit van het virus – in tegenstelling tot massavaccinatie met C-19 vaccins - maar wel op de virulentie ervan)

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC8672435/pdf/jz1c03380.pdf>:

".....the binding between the S and antibodies could be transmitted among vaccinated people, especially in countries with high vaccination rates"

".... vaccine-resistant mutations will gradually become one of the main evolution driving forces of SARS-CoV-2, especially in those areas with high vaccination rates."

"By tracking the evolutionary trajectories of vaccine-resistant mutations in more than 2.2 million SARS-CoV-2 genomes, we reveal that the occurrence and frequency of vaccine-resistant mutations correlate strongly with the vaccination rates in Europe and America."

"The early stage of SARS-CoV-2 evolution was entirely dominated by infectivity-strengthening mutations. However, since late March 2021, once vaccines had provided protection to highly vaccinated populations, several vaccine-resistant mutations such as Y449S and Y449H have been observed relatively frequently"

[https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(21\)00036-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(21)00036-0/fulltext):

"If substantial immune evasion occurs, current vaccines are likely to still offer some benefit to individuals. At the population level, however, they could induce viral selection and escape, making the prospect of achieving herd immunity increasingly remote."

"We scientists working against COVID-19 must have the courage to address those in power, who bear ultimate responsibility for the policies chosen and their consequences. If this responsibility is shirked or delayed, the inevitable day of reckoning might be terrible."

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC7941658/>:

"The emergence and rapid rise in prevalence of three independent SARS-CoV-2 "501Y lineages", B.1.1.7, B.1.351 and P.1, in the last three months of 2020 prompted renewed concerns about the evolutionary capacity of SARS-CoV-2 to adapt to both rising population immunity, and public health interventions such as vaccines and social distancing. As a consequence, all have gained epidemiological and immunological properties that will likely complicate the control of COVID-19."

"Immune pressure is at present likely impacting the ongoing evolution of SC-2 variants"

"Besides favouring ACE2 in competitions with neutralizing antibodies for spike protein binding sites, increased ACE2 binding affinities might shorten the time needed for viruses to enter cells and, therefore, shrink the window of their vulnerability to antibodies."

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34873910/>:

"By tracking the evolutionary trajectories of vaccine-resistant mutations in more than 2.2 million SARS-CoV-2 genomes, we reveal that the occurrence and frequency of vaccine-resistant mutations correlate strongly with the vaccination rates in Europe and America."

Meer duiding en vooral ook literatuur hieromtrent vindt men in een bijdrage gepubliceerd in TrialSiteNews:

<https://www.voiceforscienceandsolidarity.org/scientific-blog/why-the-ongoing-mass-vaccination-experiment-drives-a-rapid-evolutionary-response-of-sars-cov-2>

Wetenschappers zoals ik gaan niet zomaar 'een toer op'. **Wie ook maar het geringste verstand heeft van evolutiebiologie zal niet kunnen ontkennen dat elk micro-organisme dat onder druk wordt gezet op een manier die zijn vermeerdering en verspreiding hindert beroep zal doen op natuurlijke selectie om zich uiteindelijk aan te passen aan zijn gewijzigde, 'vijandige' omgeving.** Het feit dat virussen, in tegenstelling tot bacteriën, voor hun vermeerdering aangewezen zijn op levende gastheercellen verandert niets aan de toepasselijkheid van de evolutietheorie van Darwin dat varianten

die een competitief 'fitness' voordeel verwerven op hun soortgenoten laatstgenoemde uiteindelijk verdringen en overheersen. Dit verklaart trouwens waarom massavaccinatie niet in staat is om SC-2 infectie te bedwingen:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC8481107/>

<https://thepulse.one/2021/11/17/a-100-vaccinated-nation-sees-exponential-rise-in-covid-cases-cautions-citernry/>

<https://theconservativetreehouse.com/blog/2021/11/16/geert-vanden-bossche-was-right-the-worlds-most-vaccinated-country-cancels-christmas-due-to-massive-rise-in-covid-19-infections/>

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

In tegenstelling tot immuniteit opgewekt door C-19 vaccins worden bij natuurlijke SC-2 infectie effector cellen van het aangeboren immuunsysteem gestimuleerd (b.v. B1a cellen en NK cellen). Die kunnen op zichzelf reeds volstaan om het virus te elimineren en bijgevolg de infectie symptomloos of hoogstens mild te doen verlopen.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33391280/> : 'Different Innate and Adaptive Immune Responses to SARS-CoV-2 Infection of Asymptomatic, Mild, and Severe Cases'

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC7202830/> : "The immune system of children: the key to understanding SARS-CoV-2 susceptibility?"

B1a cellen produceren polyreactieve IgM die een sleutelrol spelen bij het in bedwang houden van het virus in het vroege stadium van infectie. Dit werd in verschillende publicaties aangetoond (zie literatuur in bovenstaande link: <https://www.voiceforscienceandsolidarity.org/scientific-blog/why-the-ongoing-mass-vaccination-experiment-drives-a-rapid-evolutionary-response-of-sars-cov-2> alsook:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15633017/> : 'Inherent specificities in natural antibodies: a key to immune defense against pathogen invasion') voor onder andere een ander omhul en geglycosyleerd respiratoir virus (t.t.z., Influenza) dat - net zoals SC-2 - een acute infectie veroorzaakt die vanzelf tot stilstand komt ('acute, self-limiting'). De t.g.v. blootstelling aan pathogenen optredende training en adaptatie van deze IgM-producerende cellen tot meer antigeen-specifieke IgM memory B cellen werd tot nu toe nog maar weinig onderzocht:

(<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fimmu.2020.595535/full> : "Immunoglobulin M in Health and Diseases: How Far Have We Come and What Next?"). Het is echter waarschijnlijk dat, net zoals trouwens aangetoond voor NK cellen en voor andere mediators van het aangeboren immuunsysteem, ook aangeboren B1a cellen een dergelijke herprogrammatie en fine-tuning (t.t.z., 'training') ondergaan: "The cellular basis of trained immunity and heterologous protection against secondary infections resides in the functional reprogramming of innate immune cells, which were first observed in invertebrates." In: Trained Innate Immunity, Epigenetics, and Covid-19;

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMcibr2011679>. **Het voordeel van een natuurlijke SC-2 infectie ligt dus vooral in de training en het verwerven van een soort van geheugen door het aangeboren immuunsysteem dat daardoor in staat is om in toekomst SC-2 varianten (!) met steeds grotere efficiëntie te controleren en te elimineren.** Vaccinale antistoffen hebben een veel hogere affiniteit voor SC-2 dan aangeboren polyreactieve antistoffen (het verschil in bindingsmechanisme wordt tevens beschreven onder: <https://www.voiceforscienceandsolidarity.org/scientific-blog/why-the-ongoing-mass-vaccination-experiment-drives-a-rapid-evolutionary-response-of-sars-cov-2>). Op basis van hun hoge affiniteit bieden antigeen (Ag)-specifieke vaccinale antistoffen daarom een voordeel wanneer het te bestrijden virus goed door die antistoffen kan herkend worden. Dat is echter niet het geval bij de

huidige C-19 vaccins omdat die gericht zijn tegen een S(pike) eiwit dat steeds meer en meer verschilt van dat van de circulerende varianten. Op die manier blijken deze antistoffen nog amper functioneel terwijl aangeboren antistoffen die omwille van hun multispecifiek karakter deze varianten wél zouden kunnen herkennen en elimineren (in synergie met NK cellen) buiten spel worden gezet.

Buiten het voordeel van training van het aangeboren immuunsysteem wordt bij natuurlijke infectie – in tegenstelling tot vaccinatie – immune escape vermeden omdat de piek aan viruslading reeds geëlimineerd wordt vooraleer antistoffen worden gegenereerd (dankzij het aangeboren immuunsysteem). Op die manier zetten de antistoffen het virus niet onder immuudruk terwijl dit wel het geval is wanneer mensen gevaccineerd worden midden in een pandemie en antistoffen opbouwen terwijl zij volop door het virus belaagd worden
(<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0250780>;
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15633017/>).

Het effect van natuurlijke SC-2 infectie is dus - zelfs onafhankelijk van de betere kwaliteit en diversiteit van de gegenereerde antistoffen- duidelijk efficiënter en stabielere dan dat van vaccin-geïnduceerde immuniteit (t.t.z., omwille van steriliserende immuniteit, training van aangeboren cellulaire immuniteit en laag risico op immune escape). Dit verklaart allicht ook waarom natuurlijke immuniteit een meer langdurige en sterkere bescherming tegen SC-2 bewerkstelligt dan vaccin-geïnduceerde immuniteit (zie links onderaan), zelfs na toediening van een booster (en zelfs na een derde dosis lijkt de bescherming tegen ernstige C-19 ziekte maar van korte duur). Zelfs CDC heeft ondertussen de superioriteit van natuurlijke immuniteit toegegeven (zie bovenste van volgende links):

<https://childrenshealthdefense.org/defender/cdc-natural-immunity-trumps-vaccine-immunity/>

<https://twitter.com/martinkulldorff/status/1430660291579105284?s=21>

<https://thepulse.one/2021/11/23/130-research-studies-affirming-the-power-of-natural-immunity-to-covid/>

<https://brownstone.org/articles/79-research-studies-affirm-naturally-acquired-immunity-to-covid-19-documented-linked-and-quoted/>

<https://www.nature.com/articles/d41586-021-01557-z>

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352396421002036>

Er werd ondertussen ook aangetoond dat er voldoende reden is om aan te nemen dat zelfs na een milde natuurlijke infectie een robuuste, langdurige bescherming tegen SC-2 kan worden geïnduceerd, en dit zelfs bij zeer lage serum concentraties van verworven, antigeen (S)-specifieke antistoffen. Ook dit onderzoek wijst dus op de 'verborgen' beschermende kracht van natuurlijke SC-2 infectie:

<https://www.nature.com/articles/s41586-021-03647-4.pdf>

Er is volgens u een risico op immunologische bijwerkingen. Die stelling kunnen we inderdaad onderschrijven. Elk vaccin kan namelijk bijwerkingen hebben, en daar moet op worden geanticipeerd. U geeft aan dat u de pandemie op een andere manier zou indijken, maar echt concreet wordt u niet, buiten wat u zegt over de puzzel, die vandaag gangbaar is, want men stoelt niet enkel meer op de vaccinatie, maar ook op de andere wetenschappelijke inzichten, zoals profylaxe en dergelijke meer, het dragen van een mondkap, handhygiëne, afstand houden. Wat is concreet de stap die u zou voorstellen?

Ik heb reeds herhaaldelijk in geschriften en interviews, allemaal uitvoerig gedocumenteerd op mijn website, duidelijk gemaakt dat het cruciaal is om vooreerst de **massavaccinatie volledig te stoppen, de infectiedruk naar beneden te halen via een éénmalige massale antivirale chemoprofylaxe gedurende een 6-tal weken alsook campagnes te organiseren om de bevolking te sensibiliseren voor het cruciaal belang van gezonde voeding** (incl. vit D tijdens de winter) **en levensstijl** (b.v., beweging!, geen overgewicht, voldoende rust etc.) omdat er een sterk, wetenschappelijk aangetoond

verband bestaat tussen een goede gezondheid en een optimale functionaliteit van het aangeboren immuunsysteem (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33013904/>). Verder dient **de kwetsbare bevolking (b.v. ouderen en mensen met onderliggende ziekten) via infectie-preventiemaatregelen beschermd te worden zolang de pandemie niet onder controle is en dient deze groep tijdig met aangewezen medicatie** ('early, multi-drug treatment': zie verder) **behandeld te worden** (t.t.z., van zodra C-19 symptomen optreden).

U hebt het over de natuurlijke immuniteit. Had u dan – hoe onderschrijft u dat wetenschappelijk – van in het begin van de pandemie geen stappen naar vaccinatie of naar immunisatie gezet en waarop baseert u zich dat de pandemie dan na een jaar over had kunnen zijn?

In het begin van de pandemie bestonden er geen C-19 vaccins. Indien die er wel geweest waren, dan was het misschien te verrechtvaardigen geweest om alleen de kwetsbare mensen met een passend C-19 vaccin (t.t.z. waarvan het spike eiwit overeenstemt met dat van de circulerende variant) te vaccineren, alhoewel ik persoonlijk geen voorstander ben van zelfs een beperkte groep van de bevolking *tijdens een pandemie* te vaccineren met 'leaky' vaccins. Veel zinvoller was het geweest om onmiddellijk kwetsbare mensen te behandelen met de geneesmiddelen die toen reeds voorhanden waren (monoclonale antistoffen, virusremmers, ontstekingsremmers, corticoïden, anti-histaminica, bloedstollingsremmers etc.), desnoods bij positieve test ook preventief, om zodoende hospitalisatie te vermijden en deze patiënten via een spoediger herstel sneller tot groepsimmuniteit te laten bijdragen. De efficiëntie van dergelijke therapie werd duidelijk aangetoond, zelfs in peer-reviewed journals:

1. <https://www.ijrms.in/index.php/ijrms/article/view/1100>,
<https://www.ijrms.in/index.php/ijrms/article/view/1100#downloadTab>
2. <https://www.preprints.org/manuscript/202007.0025/v1>

U spreekt over het aangeboren immuunsysteem. Bij mijn weten maakt een kind heel wat infecties door wanneer het naar de crèche en de kleuterklas gaat en bouwt het daardoor een zekere basisimmuniteit op. Uiteraard zijn alle moleculen en schakels om de immuniteit op te bouwen aanwezig in dat kind, maar het is het contact met de verschillende virussen dat ervoor moet zorgen dat de immuniteit opgebouwd wordt.

En hoe denkt u dat het kind die basisimmuniteit waarvan u spreekt opbouwt in plaats van te bezwijken aan de infectie? Hoe kan een kind dat immunologisch naïef is aan deze infecties weerstaan? Het is de aangeboren immuniteit die initieel de infectie opvangt en daardoor erge ziekte of weefselschade voorkomt vooraleer de zich trager ontwikkelde adaptieve immuunrespons in werking treedt. De immuniteit die wordt opgebouwd t.o.v. verschillende ziekteverwekkers waarvan u spreekt is wordt slechts mogelijk indien het aangeboren immuunsysteem (b.v. o.v.v. aangeboren antistoffen) het grootste deel van de infectieuze lading voor haar rekening neemt (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15633017/>: "Inherent specificities in natural antibodies: a key to immune defense against pathogen invasion").

U stelt dat de aangeboren immuniteit voldoende geweest zou zijn om het coronavirus in te dijken, maar daar had ik graag een wetenschappelijke verklaring voor gehad, want wij weten allemaal dat het immuunsysteem met de leeftijd – u hebt daarnaar verwezen – ietsje minder alert zal reageren. De experts die de overheid hebben begeleid in de pandemie, hebben in het begin van de crisis heel duidelijk gesteld dat er nog geen natuurlijk opgebouwde immuniteit was bij de bevolking voor het coronavirus, omdat het een totaal nieuw virus was en het dus eigenlijk niet kon dat wij, als individu, al een immuniteit hadden opgebouwd.

Het probleem is dat onze experts blijkbaar geen weet hebben van het bestaan van aangeboren cellulaire immuniteit en zij de gevangene zijn van dogma's die dwepen met verworven antistoffen terwijl het genereren van die antistoffen pas plaatsvindt nadat het gros van het SC-2 virus reeds werd verwijderd door het aangeboren immuunsysteem. Het is dan ook de aangeboren immuniteit samen met de activatie

van CD8+ T cellen (zonder memory/ geheugen) die verantwoordelijk zijn voor steriliserende immuniteit (via eliminatie van virus-geïnficeerde cellen) en het herstel van ziekte (zie ook presentatie Covid-19 symposium: [Geert Vanden Bossche speaks at Covid-19 Health Symposium | Voice for Science and Solidarity](#)). Precies omwille daarvan noemt men deze virale infecties 'acute, self-limiting' en dit is trouwens ook de reden waarom de 'natuurlijk' verworven antistoffen niet correleren met bescherming. De aangeboren immuniteit bestond wel degelijk reeds bij het begin van de pandemie en verklaart ook waarom het overgrote deel van de gezonde bevolking – ondanks gebrek aan natuurlijke verworven antistoffen – op zijn minst beschermd was tegen ernstige C-19 ziekte.

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

Ook gezonde oudere mensen kunnen nog over een functionele aangeboren immuniteit beschikken, b.v. wanneer die voldoende getraind werd, zoals b.v. door andere virale infecties (b.v. Influenza, RSV etc.). Het is toch trouwens ook zo dat vele gezonde oudere mensen, zelfs al zijn ze niet gevaccineerd, beschermd blijken tegen griep (en dat geldt natuurlijk ook voor gezonde oudere mensen die gevaccineerd werden met een griepvaccin dat niet eens werkzaam is omwille van de mismatch met de circulerende griepstam). Het is toch ook duidelijk dat tal van oudere, gezonde mensen bij het begin van de pandemie, en ook nu nog, ondanks niet gevaccineerd te zijn niet zijn bezweken aan Covid 19 (C-19). Zeggen dat die allemaal niet besmet werden is maar moeilijk hard te maken.

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

Zij moeten speciaal beschermd worden via infectie-preventiemaatregelen (zolang er geen groepsimmuniteit is) én moeten kunnen beroep doen op vroegtijdige behandeling, temeer daarvan bewezen werd dat ze uiterst efficiënt is (zie hoger)

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

De immuniteit verworven door vaccinatie met de huidige C-19 vaccins krijgt bij mij geen plaats in de bestrijding van een CoV pandemie. Deze antistoffen induceren geen steriliserende immuniteit, ze zijn dus niet in staat om het virus te elimineren en wanneer ze massaal worden geïnduceerd (massavaccinatie) bevorderen zij de expansie van meer infectieuze *immune escape* varianten. Bovendien kan de binding van vaccinale antistoffen die het S antigeen op de circulerende variant onvoldoende herkennen aanleiding geven tot onvoldoende neutralisatie van het virus wat een potentieel gevaar voor het ontstaan van ADE (antibody-dependent enhancement) inhoudt ([https://www.journalofinfection.com/article/S0163-4453\(21\)00392-3/fulltext](https://www.journalofinfection.com/article/S0163-4453(21)00392-3/fulltext)). De bescherming tegen zware ziekte, de enige claim die nu nog voor de C-19 vaccins standhoudt, berust op de activatie van polyfunctionele, niet-cytolytische T cellen, zoals ik reeds eerder verduidelijkte (alle bijdragen tevens gepubliceerd op TrialSiteNews; <https://trialsitenews.com/>):

When anti-S(pike) antibodies against Omicron can no longer sustain the narrative, why not resort to T cells?
<https://www.voiceforscienceandsolidarity.org/scientific-blog/when-anti-s-pike-antibodies-against-omicron-can-no-longer-sustain-the-narrative-why-not-resort-to-t-cells>

Do cross-reactive T cells explain mild course of Omicron infection?
<https://www.voiceforscienceandsolidarity.org/scientific-blog/q-a-09-do-cross-reactive-t-cells-explain-mild-course-of-omicron-infection>

To all those who continue to attribute abrogation of SARS-CoV-2 infection to pre-existing cross-reactive T cells rather than to innate immunity. The devil is in the detail of peer-reviewed publications.

<https://www.voiceforscienceandsolidarity.org/scientific-blog/to-those-who-continue-attribute-abrogation-sars-cov-2-infection-pre-existing-cross-reactive-t-cells-rather-innate-immunity-the-devil-is-the-detail>

Cross-reactive memory T cells are associated with (but not responsible for) protection against SARS-CoV-2 infection in COVID-19 contacts.

<https://www.voiceforscienceandsolidarity.org/scientific-blog/cross-reactive-memory-t-cells-are-associated-with-but-not-responsible-for-protection-against-sars-cov-2-infection-in-covid-19-contacts>

'Killer' immune cells still recognize Omicron variant.... oh really?

<https://www.voiceforscienceandsolidarity.org/scientific-blog/killer-immune-cells-still-recognize-omicron-variant-oh-really>

Ook het induceren van dergelijke T cellen is niet zonder gevaar. Als vaccinoloog weet ik inderdaad maar al te goed dat elke auto-immuunziekte of immuun-inflammatoire pathologie t.g.v. natuurlijke ziekte of vaccinatie steeds verbonden is met sterke activatie van T cellen, meestal CD4+ T cellen.

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

Dit berust op simpelweg op een feit, een vaststelling: Wanneer men mensen vaccineert tijdens een pandemie, t.t.z., tijdens een periode van verhoogd infectiegevaar, dan zal steeds een deel van de bevolking nog antistoffen aan het opbouwen zijn terwijl ze reeds worden blootgesteld aan het virus. Deze antistoffen zijn per definitie 'immatuur' (b.v., tijdens opbouw of na eerste van 2 prikken) en dus onvoldoende functioneel. Wanneer ze dan ook nog eens gericht zijn tegen een antigeen (spike) van een variant die verschilt van de Wuhan stam, dan heeft ook dit nog eens een negatieve invloed op de antigeen affiniteit en dus functionaliteit (t.t.z., virus-neutraliserende capaciteit) van deze antistoffen. Vandaar dat massavaccinatie tijdens een pandemie van varianten met vaccins die geen steriliserende immuniteit induceren gedoemd is om de verspreiding van meer infectieuze immune escape varianten aan te wakkeren (zie boven)

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

Dan moet u inderdaad de literatuur eens opnieuw doornemen. Sommige van uw collega's weten dat blijkbaar wel. Het staat als een paal boven water dat de varianten, zelfs de fameuse VoCs (variants of concern) reeds bestonden vooraleer de massa vaccinatie werd opgestart. Dat zullen zelfs de meest genadeloze factcheckers beamen.

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

Ik stel niet alleen dat ze niet noodzakelijk is, ik stel dat ze met hoge waarschijnlijkheid zelfs schadelijk is. Zoals ik reeds zei moeten we inzetten op (getrainde) aangeboren immuniteit, niet op vaccinatie met vaccins die het virus steeds meer onder druk zetten zonder dat zij het onder controle

krijgen. De Omicron familie kan zich uitbreiden met nieuwe leden zolang die maar aan de voorwaarde voldoen van een receptor-binding domain (RBD) dat resistent is t.o.v. virus-neutraliserende antistoffen (bewerkstelligd door 15 mutaties in RBD die gemeenschappelijk zijn tussen de totnogtoe bekende leden vd Omicron familie). De aangeboren immuniteit moet bij een nieuwe, sterk verschillende variant zoals Omicron misschien opnieuw wat worden getraind, toch is het te verwachten dat zij omwille van haar polyvalent karakter binnen de kortste tijd kan weerstand bieden aan nieuwe leden van de Omicron familie. Vooraleer die training voltrokken is, kunnen we wel een piek van milde tot matige ziekte meemaken als gevolg van de zeer hoge infectiedruk. De resistentie t.o.v. anti-S antistoffen zorgt er echter voor dat de aangeboren antistoffen opnieuw maximaal met het virus kunnen interageren hetgeen m.i. de hoofdoorzaak is voor het – althans aanvankelijk - in de regel vrij milde verloop van Omicron. **Zolang de bevolking niet massaal antistoffen opbouwt tegen Omicron** (b.v. als gevolg van steigende immuundruk op het virus veroorzaakt door steigende anti-S seroprevalentie) **is er geen reden om aan te nemen dat meer gevaarlijke varianten zullen ontstaan.** Naarmate echter mensen meer frequent met Omicron in aanraking komen zullen zij meer en meer minderwaardige antistoffen ontwikkelen t.g.v. ‘antigenic sin’ (bij diegenen die gevaccineerd werden met huidige C-19 vaccins of zij die herstelden van C-19 ziekte) of, in geval van de niet-gevaccineerden, t.g.v. asymptomatische/ milde infectie. **Omwille van de hoge infectiviteit van Omicron zal dit ongetwijfeld leiden tot meer en meer ziekte en dus een hogere anti-S (Omicron) seroprevalentie in de bevolking. De volgende variant wordt er op die manier één die mogelijks resistent wordt t.o.v. anti-Omicron antistoffen.** Natuurlijk wordt gezien de veelvuldige circulerende varianten de kans ondertussen steeds groter dat SC-2 varianten zich onderling in dezelfde gastheer recombineren en daardoor aanleiding geven tot nieuwe varianten met totaal onvoorspelbare eigenschappen. Maar ook in dat geval zullen die enkel kunnen gedijen indien hun infectieuze eigenschappen toelaten om weerstand te bieden aan de anti-Omicron antistoffen. **Een dergelijke natuurlijke selectie zal alleen maar bespoedigd worden door een massale anti-Omicron vaccinatie van de bevolking** omdat ook deze in de eerste plaats de ‘oude’ anti-Wuhan anti-S antistoffen blijkt herop te wekken (<https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2022.02.03.479037v1.full.pdf>). Het infectieus karakter van volgende varianten zal dus m.i. afhangen van de immuundruk die de bevolking uitoefent als gevolg van de hogere morbiditeitsgraad die Omicron zelf (t.g.v. natuurlijke boost van de seropositieve bevolking en/ of de hoge infectiositeit van het virus) of het anti-Omicron vaccin (t.g.v. vaccin-gemedieerde boost van de seropositieve bevolking) zal bewerkstelligen.

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

Misschien zijn dat de gegevens waarover u beschikt. In ieder geval ligt ondertussen volgens Sciensano het dagelijks gemiddelde van het aantal nieuwe C-19 hospitalisaties hoger bij de gevaccineerden (met inbegrip van diegenen die reeds een boost kregen na volledige vaccinatie) dan bij de niet-gevaccineerden (<https://covid-19.sciensano.be/nl/covid-19-epidemiologische-situatie>; p. 28). Uw bewering wordt vooral ook niet gestaafd door gegevens uit andere landen:

<https://theconservativetreehouse.com/blog/2021/09/28/truth-being-ignored-victoria-australia-records-867-new-covid-cases-375-in-hospital-and-95-of-those-hospitalized-are-vaccinated/>

<https://www.lifesitenews.com/news/death-rate-from-variant-covid-virus-six-times-higher-for-vaccinated-than-unvaccinated-uk-health-data-show/>

<https://dailyexpose.uk/2021/07/03/fully-vaccinated-people-have-a-885-higher-chance-of-death-due-to-covid-19-than-people-who-are-unvaccinated-according-to-official-data/>

Er verscheen onlangs een publicatie die trouwens aangeeft dat gevaccineerden gevoeliger zijn voor infectie met Omicron en dus makkelijker ziek worden (<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2022.01.28.22270044v1>). Wel bleken gevaccineerden in die studie minder virus uit te scheiden. Er zijn reeds honderden berichten, publicaties en dgl. verschenen waarvan de gegevens zich vaak blijken tegen te spreken. De graad van gevoeligheid voor infectie alsook

van virale uitscheiding hangt af van zeer vele factoren, zoals virale lading ('viral load'), type van SC-2 variant, graad en type van immuniteit (waarvan vaccin-geïnduceerde immuniteit slechts een onderdeel vormt), leeftijd van getest individu en mogelijke aanwezigheid van onderliggende ziekten, tijdstip van onderzoek, omgevingsfactoren etc. Omdat zowel dominerende virale varianten alsook de immuniteit (training!) van de bevolking in de loop van de pandemie evolueren en gelijkaardige criteria door verschillende onderzoekers vaak volgens verschillende parameters of methoden worden onderzocht hoeft het niet te verwonderen dat ook de gegevens i.v.m. gevoeligheid t.o.v. infectie en uitscheiding evolueren in de loop van de pandemie en verschillen in functie van de onderzoeksinstelling.

Ik blijf echter beweren dat het perfect mogelijk en m.i. zelfs waarschijnlijk is dat gevaccineerden steeds gevoeliger zullen worden voor C-19 ziekte en het steeds moeilijker zullen krijgen om het virus te bedwingen terwijl ik bij niet-gevaccineerden net het omgekeerde verwacht (vnl. t.g.v. het adaptief vermogen en reprogrammatie van lymfocyten die verantwoordelijk zijn voor de productie van aangeboren antilichamen die werkzaam zijn t.o.v. alle varianten). Laat ons daarom gerust de cijfers van de hospitalisaties 'ten gevolge van' (en niet 'met') Covid opvolgen, netjes gestratificeerd volgens vaccinatiestatus, leeftijdsgroep en onderliggende ziekten. En laat ons die cijfers tussen dit en een maand opnieuw bekijken. **Uit cijfers van Public Health Scotland blijkt dat het risico op ernstige ziekte en hospitalisatie bij dubbel-gevaccineerden nu al gevoelig hoger ligt dan bij niet-gevaccineerden** (<https://palexander.substack.com/p/devastating-negative-efficacy-public>). Echter, in plaats van zich blind te staren op 'snapshots' en de verkeerde vragen te stellen is het m.i. hoog tijd dat wetenschappers en experts zich eindelijk buigen over i) **hoe we via (echte!) groepsimmuniteit de pandemie kunnen bedwingen en ze laten overgaan in een endemische fase** en ii) **voor welke immuniteit mensen ondertussen best kiezen**. Dit zijn m.i. de enige twee vragen die van cruciaal belang zijn, respectievelijk vanuit het oogpunt van de openbare en individuele gezondheid.

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

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

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

Er zijn duidelijk verschillen m.b.t. veiligheid tussen de genetische vaccins en de conventionele vaccins. **Omdat het mijn overtuiging is dat zij echter bij gebruik voor massavaccinatie alle zullen leiden tot een fiasco zowel vanuit het oogpunt van de individuele als openbare gezondheid kan ik niemand aanbevelen om zich te laten vaccineren met om het even welk van deze vaccins. Het is pakken veiliger en efficiënter om bescherming van kwetsbaren t.o.v. zware ziekte te verzekeren via preventiemaatregelen en vooral via vroegtijdige behandeling.**

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

Gezien mijn antwoord boven is deze vraag voor mij irrelevant. Als we zo verder doen, dan wordt SC-2 alles behalve endemisch. Bovendien kan ik ook alleen maar waarschuwen dat indien overheden het in hun hoofd halen om nu ook voor seizoenale griep massavaccinatie met conventionele vaccins te gaan toepassen we binnen de kortste keren ook nog eens dreigen geconfronteerd te worden met golven van steeds meer infectieuze Influenza varianten.

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

Neen, het is niet omdat deze vaccins mucosale antistoffen induceren dat hun toediening tijdens een pandemie de expansie van steeds meer infectieuze varianten zal voorkomen. Het probleem van *immune escape* t.o.v. de ook door deze (mucosale) vaccins geïnduceerde, hoogspecifieke antistoffen blijft identisch. En zelfs wanneer dergelijke vaccins profylactisch (t.t.z. buiten pandemie) worden toegediend, zo is bekend dat zij regelmatig (om de 3 à 6 maand) moeten worden geboost opdat de mucosale antistoffen in voldoende concentratie aanwezig blijven. Men kan zich trouwens ook de vraag stellen waarom er tot nu toe geen enkel mucosaal vaccin op de markt is dat doelt op virusinfecties en gebaseerd is op een niet-replicerend antigeen.

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

Niet zeker of die vraag voor mij bedoeld was. In ieder geval kan ik u als vaccinoloog meedelen dat ik achterover val van de neveneffecten die tot nog toe gerapporteerd werden (b.v. VAERS, EudraVigilance, DoD), vooral in associatie met de genetische C-19 vaccins. In hoeverre het al dan niet immunogene karakter van PEG hiertoe bijdraagt, is m.i. onbekend maar dient, zoals tal van andere factoren, grondig te worden onderzocht vooraleer deze vaccins op zuiver experimentele basis massaal aan alle lagen van de bevolking worden toegediend.

Sofie Merckx (PVDA-PTB):

Ik kom aan de vragen voor de heer Vanden Bossche.

Deze hoorzittingen vinden plaats in in het kader van een al of niet verplichte vaccinatie. Ik stel vast dat we nu in een debat zijn terechtgekomen over het nut van vaccinatie, alleszins in deze pandemie.

Ik denk dat het belangrijk is dat we dit thema ook aansnijden. U hebt gesteld dat een pandemie spontaan stopt na 1 jaar. Kunt u daar voorbeelden van geven uit de geschiedenis, want we hebben blijkbaar niet dezelfde geschiedenisboeken gelezen.

Ik lees geen geschiedenisboeken maar wel wetenschappelijke publicaties. Ik deel met u graag dezelfde opmerking die ik hoger reeds deelde met mevrouw Depoorter. Het is duidelijk dat de duur van de huidige pandemie zich ondertussen reeds verdubbeld heeft in vergelijking met die van een natuurlijke pandemie ook al gaan er nu plots stemmen op die de bevolking willen doen geloven dat het infectiegebeuren ondertussen een endemisch verloop kent. **De infectiegraad was nog nooit zo hoog en er is alles behalve groepsimmuniteit. Bijgevolg is het einde van deze pandemie nog helemaal niet in zicht.**

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

Deze analyse getuigt van het 'korte termijn denken' dat ons belet om deze pandemie onder controle te krijgen. Het aantal hospitalisaties op zichzelf is een foutieve maatstaf om het succes van menselijke interventie in een pandemie te beoordelen. **Het succes van een interventie in een pandemie kan alleen maar betrouwbaar worden beoordeeld aan de hand van de impact daarvan op virale transmissie.** Het reduceren van het aantal hospitalisaties is het gevolg van een 'symptomatische' ingreep die alleen maar tot gevolg heeft dat meer competitieve, t.t.z., meer infectieuze varianten, steeds weelderiger gaan tieren tot zij volledig resistent worden t.o.v. de vaccinale antistoffen. Op dat ogenblik leidt de nog hogere graad van infectiviteit (b.v. Omicron) tot meer gevallen van ziekte. Men kan zeker niet uitsluiten dat de daaruit resulterende verhoging van de immuundruk op het virus op zijn beurt zal leiden tot een natuurlijke selectie van een variant die tot een nog hogere infectiositeit in staat is doordat b.v. de gegenereerde antistoffen zich nog wel aan het virus kunnen binden maar het niet meer kunnen neutraliseren. Op die manier kan een dergelijke variant ADE veroorzaken. Dit kan alleen maar bespoedigd worden door bovendien ook nog eens tegen Omicron te vaccineren. Het triggeren van ADE zou pas echt aanleiding geven tot een storm van hospitalisaties. **Vandaar dat ik in de eerste plaats pleit voor een onmiddellijke stop van de massavaccinatie en een algemene antivirale chemoprophylaxe in landen met een hoge vaccinatie- en infectiegraad (zoals b.v. België).**

Ter vergelijking dient bovendien het aantal vermeden hospitalisaties ook berekend te worden over de duur van een natuurlijke pandemie. Zoals hoger reeds aangegeven hebben we die ondertussen reeds verdubbeld. Hospitalisaties dienen te worden vermeden door vroegtijdige behandeling (waarvan de effectiviteit onomstreden is zoals zelf blijkt uit verschillende peer-reviewed publicaties (<https://www.ijirms.in/index.php/ijirms/article/view/1100>, <https://www.preprints.org/manuscript/202007.0025/v1>) en niet door vaccins die alleen maar de verspreiding van meer infectieuze *immune escape* varianten bevorderen. **Dit staat gelijk met dweilen met de kraan wagewijd open....**

Brazilië kent ondanks een zeer hoge infectiegraad nog steeds een relatief laag sterftecijfer en ook bestaan er belangrijke regionale verschillen. Zoals men via antivirale middelen en vroege therapie de hospitalisatie van patiënten sterk kan reduceren, zo is ook te verwachten dat een algemene antivirale chemoprophylaxe een sterke vermindering van de infectiedruk en daarmee van het aantal zieken kan bewerkstelligen. Dit vooral op plaatsen waar de infectiedruk t.g.v. van overbevolking en gebrekkige hygiëne zeer snel kan stijgen. Het is dus net zoals bij individuele behandeling de bedoeling om ook op populatieniveau natuurlijke immuniteit op een gecontroleerde manier te laten plaatsvinden, hetgeen diametraal staat tegenover de bewering dat ik zou pleiten om de pandemie, zelfs in gebieden van zeer hoge infectiedruk, haar gang te laten gaan! **In ieder geval verwacht ik dat de nu reeds afnemende golf van infecties in Brazilië zal leiden tot het ontstaan van groepsimmuniteit terwijl ik die groepsimmuniteit in Europese landen die massaal hun burgers blijven vaccineren (weldra met anti-Omicron vaccins) niet gauw zie intreden.**

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

Zie hoger: vanzelfsprekend bestonden varianten reeds vooraleer de massavaccinaties startten. Dat is dus ook helemaal niet mijn punt bij het aankaarten van de massavaccinatie.

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

Alles heeft te maken met een open wetenschappelijk debat en een waarheidsgetrouwe communicatie naar de bevolking toe. **Ik kan me maar moeilijk voorstellen dat wanneer vele artsen recht van**

ongecensureerd spreken zouden hebben en de bevolking terdege zou worden geïnformeerd over i) de niet te verwaarlozen neveneffecten van bepaalde van deze vaccins en ii) de negatieve efficiëntie die zich alsnog meer aftekent (zeker voor wat gevallen van milde en matige ziekte betreft) en iii) het uitzichtsloze perspectief om via deze vaccinatie ooit groepsimmunitet te bereiken en iv) de hoge doeltreffendheid van 'early, multi-drug treatment' in kwetsbare groepen, nog vele mensen zich 'sowieso' bereid zouden vinden om zich de ene na de andere booster in het lijf te laten jagen, met inbegrip van hun kinderen.

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

Zie boven: Er zijn wel degelijk meerdere bronnen die dit tegenspreken. Maar zoals ik boven reeds aangaf, alsook in mijn toespraak, is men niet gediend met 'snapshots' / momentopnames maar wél met een kijk op het eindstation. **Het verder opdrijven van massavaccinatie op basis van de verhouding tussen gehospitaliseerde gevaccineerden versus ongevaccineerden kan onmogelijk leiden tot het gewenste eindstation van groepsimmunitet.** Tenzij men de virologie en immunologie herschrijft dreigt een dergelijke strategie alleen maar de natuurlijke selectie te bevorderen van een nieuwe variant waartegen nog alleen diegenen bestand zijn wier aangeboren immuunafweer t.o.v. CoV niet door vaccinatie werd gecompromitteerd.

Catherine Fonck (cdH):

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

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

Zie hoger: opnieuw: ik heb nooit gezegd dat massavaccinatie varianten genereert, wél dat ze de verspreiding van meer infectieuze varianten bevordert

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

Ik heb nooit iets anders beweerd. Goed luisteren naar mijn woorden is de boodschap. Heb verschil tussen immunitet geïnduceerd door natuurlijke infectie versus vaccin werd boven reeds uitgelegd

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

Zie tevens boven

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

Ik heb hier in mijn voordracht niet eens over gesproken. Geen enkele wetenschapper zal echter ontkennen dat antilichamen die zich binden aan het virus zonder het virus te neutraliseren een risico vormen voor het induceren van ADE. Men vermoedt dat een dergelijk fenomeen ook verklaart waarom onvolledig gevaccineerde mensen (b.v. na 1 dosis) die aan SC-2 worden blootgesteld een ernstige vorm van C-19 ziekte kunnen ontwikkelen. Als u graag naar een professor luistert die zijn mening hieromtrent uitlegt, gelieve dan op volgende link te klikken: <https://www.youtube.com/watch?v=wBm1BKL4zlg>

Het lijkt geen twijfel dat ADE een zeer gevreesde complicatie is, niet alleen bij infecties met CoV maar het fenomeen is bij dit soort van virussen niet alleen wel bekend maar ook gevreesd. **Gezien het feit dat varianten steeds minder efficiënt door de vaccin-geïnduceerde immuniteit worden geneutraliseerd komt het er vooral op aan te bewijzen dat de kans dat dit fenomeen (t.t.z. ADE) optreedt zo goed als uitgesloten kan worden.** Het optreden van neveneffecten en ziekte bij gevaccineerden met zwak neutraliserende antistoffen (t.g.v. onvolledige vaccinatie of vaccinatie met C-19 vaccins waarvan het doelantigeen sterk afwijkt van het antigeen gepresenteerd op de dominerende variant) **dient vooreerst veel beter te worden onderzocht om hierover uitsluitsel te kunnen geven.**

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

Zie mijn commentaren hogerop. Misschien moet u zich ook eventjes realiseren dat de gehospitaliseerden slechts een kleine fractie uitmaken van de populatie en dat het m.b.t. controle over de pandemie relevanter is om het aantal gevallen van infectie te vergelijken (b.v., tussen gevaccineerden en niet-gevaccineerden) in het overgrote deel van de bevolking dat niet gehospitaliseerd wordt. **Zoals blijkt uit de statistieken van Public Health Scotland (PHS) en UK Health Security Agency ligt in dat gedeelte van de bevolking het aantal SC-V positieve gevallen duidelijk lager bij de niet-gevaccineerden dan bij de gevaccineerden, hetgeen nu reeds sinds geruime tijd tot een negatieve vaccin efficiëntie leidt:**

<https://andrewmadry.substack.com/p/vaccine-effectiveness-time-to-recalibrate>

https://paretos.substack.com/p/vaccine-failure-across-the-board?utm_source=substack&utm_campaign=post_embed&utm_medium=web

https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1041593/Vaccine-surveillance-report-week-50.pdf

<https://dailysceptic.org/2022/02/04/evidence-of-increased-infection-risk-following-third-dose-exacerbated-by-vaccination-drive-during-omicron-wave-ukhsa-data-show/>

<https://palexander.substack.com/p/devastating-negative-efficacy-public>

https://uploads-ssl.webflow.com/616004c52e87ed08692f5692/61fea931da6b2fad72873ea4_Appendix_11_negative_vaccine_efficacy.pdf

Verontrustend is echter wel dat t.g.v. de massale vaccinatie doorheen alle leeftijdsgroepen van de bevolking in de praktijk **geen enkel vergelijkend onderzoek meer mogelijk is tussen gevaccineerden en niet-gevaccineerden, niet op korte, maar ook niet op langere termijn**. Gezien de bovenvermelde resultaten kan men zich maar moeilijk van de indruk ontdoen dat gezondheidsautoriteiten zich blijkbaar bij dergelijke vergelijkingen steeds ongemakkelijker voelen.

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

Misschien dient u zich vooreerst te informeren of er wel ooit een niet-replicerend vaccin gebruikt werd om een epidemie te bedwingen van een virus dat een acute, spontaan tot stilstand komende infectie/ ziekte veroorzaakt ('acute, self-limiting viral infection/ disease'). Bij mijn weten bestaan er zelfs voor levend verzwakte vaccins geen geschriften die hun gebruik voor massavaccinatie in het midden van een pandemie/epidemie van een hoog muteerbaar virus (om niet te zeggen in aanwezigheid van reeds circulerende virale 'varianten') documenteren. Als uw documentatie dit tegenspreekt, dan hoor ik dat graag.

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

Als u dan al prat gaat op uw wetenschappelijke vorming, dan is het allicht aangewezen dat u zich eerst verder in de vakliteratuur verdiept i.p.v. een aantal ongeschoolde maar wel arrogante aantijgingen naar het hoofd van een door-en-door ervaren en gepassioneerde vaccinoloog te slingeren. Uw argumenten raken kant noch wal. Dit is puur tijdverlies. U moest zich als politica diep schamen.

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

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

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

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

Zie mijn commentaar hogerop m.b.t. "korte' versus 'lange' termijn visie en het feit dat openbare gezondheidsinstanties niet op de hoogte blijken te zijn van de hoge efficiëntiegraad van 'early treatment'.

Zoals in het verleden reeds herhaaldelijk aangehaald lijkt mij de **combinatie van 'early (multi-drug) treatment' samen met een verlaging van de virale infectiedruk** d.m.v. infectie-preventie maatregelen of, meer doeltreffend, antivirale prophylaxe, de meer wetenschappelijk gefundeerde en ethisch verantwoorde benadering om zelfs in het huidige 'hoog infectieuze' stadium van de C-19 pandemie alsnog groepsimmunitet te kunnen bereiken. We gaan het 3^{de} jaar in van de pandemie en de infectiedruk was

nog nooit zo hoog. Beseft dan niemand dat de symptomatische massavaccinatie alleen maar leidt tot een hogere graad van infectie, daardoor meer ziekte veroorzaakt en uiteindelijk (als men lang genoeg doorgaat met de massavaccinatie) ook zware ziekte?

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

Inderdaad, de resultaten van de klinische studies zouden een dergelijke berekening niet eens toelaten. Wel betwijfel ik of hierbij rekening werd gehouden met de totaliteit van de bevolking omdat namelijk in het overgrote deel van de bevolking het aantal geregistreerde infectieuze gevallen duidelijk lager ligt bij de niet-gevaccineerden dan bij de gevaccineerden zoals en u dat trouwens zelf kan nakijken in de rapporten van UK Health Security Agency en Public Health Scotland. Zoals reeds hoger vermeld leidt dit trouwens tot een duidelijke negatieve vaccin effectiviteit ('vaccine efficiency'). Minder kans op ziekte in de niet-gevaccineerde bevolking betekent dus ook minder kans op zware ziekte en dus ook minder kans op hospitalisatie. **Analyses en conclusies die vertrekken vanuit vergelijkingen tussen gehospitaliseerde patiënten geven dus omwille van storende/ verwarrende factoren ('confounder') een vertekend beeld van de graad van bescherming tegen hospitalisatie voor de totaliteit van de gevaccineerde in vergelijking tot de niet-gevaccineerde populatie.**

Ik hoor u in uw laatste slide oproepen om onafhankelijke wetenschappers. Beschouwt u Sciensano dan niet als onafhankelijk? Dat is toch de overheidsinstelling waar wij ons op baseren?

Wanneer de belastingsinner (t.t.z. de overheid) probeert om vaccinatie verplicht te maken, dan kan men er maar moeilijk van uitgaan dat diegenen die met dit belastingsgeld worden betaald zich gemakkelijk kunnen veroorloven om er een andere (wetenschappelijke?) mening op na te houden. Maar ook onze geneesheren staan blijkbaar serieus onder druk. Dat blijkt b.v. onder meer uit de vergelijking tussen verschillende landen van het aantal gerapporteerde nevenwerkingen (bron: EudraVigilance; stand: eind januari 2021). Wanneer we die enkel voor het vaccin van Moderna vergelijken, dan komen we tot de vaststelling dat Nederland met kop en schouders boven andere landen uitsteekt (met inbegrip van België!):

Nederland 17,4 miljoen inwoners
Duitsland 83,2 miljoen inwoners
Dat is 4,78 keer meer dan in Nederland en toch minder rapporteringen

Nederland 17,4 miljoen inwoners
Frankrijk 67,4 miljoen inwoners
Dat is 3,9 keer meer dan in Nederland en toch minder rapporteringen

Nederland 17,4 miljoen inwoners
België 11,4 miljoen inwoners
Dat is slechts ca 1,5 keer minder dan in Nederland maar daartegenover staan ca 12 keer minder rapporteringen!

Number of individual cases	
Netherlands	34,306
Germany	31,163
France	20,763
Italy	14,991
Spain	10,803

Austria	6,744
Denmark	6,509
Norway	4,727
Sweden	3,573
Belgium	2,816
Portugal	2,724
Ireland	1,351
Czech Republic	1,227
Finland	1,181
Iceland	675
Croatia	673
Greece	614
Lithuania	603
Romania	534
Latvia	505
Estonia	482
Bulgaria	393
Northern Ireland (UK)	362
Poland	347
Cyprus	260
Hungary	248
Luxembourg	174
Slovakia	93
Slovenia	66
Malta	39
Liechtenstein	29
Total	148,975

Meer algemeen blijken de rapporten en gegevens verstrekt door Sciensano alles behalve transparant: <https://legalhearts.org/wp-content/uploads/2022/02/Persbericht-Wanneer-ook-de-waakhond-een-slaappil-krijgt.pdf>. Een algemeen gebrek aan transparantie en het verborgen houden van belangrijke klinische data en informatie door gezondheidsautoriteiten en regelgevende instanties werd trouwens reeds stevig aangekaart door de uitgevers van één van de meest prestigieuze peer-reviewed journals, the British Medical Journal:

https://uploads-ssl.webflow.com/616004c52e87ed08692f5692/61fea9310d82c58b6cd89454_Appendix_09_lack_of_transparency_of_data.pdf

en verder:

https://www.researchgate.net/publication/357778435_Official_mortality_data_for_England_suggest_systematic_miscategorisation_of_vaccine_status_and_uncertain_effectiveness_of_Covid-19_vaccination:

“A recent investigation conducted by world-class experts qualified the data published by UKHSA as unreliable and misleading, especially in regard of their reporting on Covid deaths. A preprint of their findings has been published (“Official mortality data for England suggest systematic miscategorisation of vaccine status and uncertain effectiveness of Covid-19 vaccination their findings”)”

U zei letterlijk dat het niet nodig is om kinderen te vaccineren. Ik hoorde vanmorgen Ann De Guchtenaere op de radio. Wij horen haar hier vanmiddag ook, maar ik wil u toch even een quote van haar voorleggen.

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

Als A. De Guchtenaere dan al beschikt over uitgebreid statistisch materiaal dat op een voldoende representatieve populatie het talrijk voorkomen van deze aandoening aantoonde, dan wil ik die database graag inkijken. **Mij interesseert daarbij om welke kinderen het hier precies gaat en of er met name onderliggende ziektes bij deze kinderen werden vastgesteld. Heeft trouwens A. De Guchtenaere haar enthousiasme getoetst aan de frequentie van neveneffecten die bij deze leeftijdsgroep voorkomen zoals b.v. uitvoerig gedocumenteerd in VAERS?: [Dr. Jessica Rose on Sars-CoV-19 vaccines for Children? | Voice for Science and Solidarity](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC8483988/); <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC8483988/>².** Van de VAERS gaat wel degelijk een alarmsignaal uit m.b.t. een sterk verhoogd aantal van ernstige neveneffecten, zoals bijvoorbeeld (maar verre van uitsluitend) myocarditis. Ook al kan de causale samenhang daardoor nooit onomstootbaar worden bewezen, toch is het **de taak van de gezondheidsautoriteiten om dit uit te sluiten eerder dan een experiment toe te laten waarmee de verhoogde frequentie van ernstige neveneffecten vooreerst zou dienen bewezen te worden.**

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

Een soliede en duurzaam verworven natuurlijke immuniteit betekent geenszins dat een persoon geen milde ziekte meer kan oplopen en al helemaal niet dat hij/zij beschermd is tegen infectie. Het betekent wel dat bij goede gezondheid het aangeboren immuunsysteem na herstel voldoende getraind werd om te vermijden dat het doorbreken van die eerste defensielinie nu of in toekomst zou leiden tot ernstige C-19 ziekte en het betekent ook dat na herbesmetting het virus geëlimineerd wordt. Men mag namelijk niet vergeten dat de evolutie naar Omicron uit een soort van 'evolutionary burst' resulteert waarbij een antigeen 'shift' zelfs voor de antilichaam-producerende B1a cellen van het aangeboren immuunsysteem een grotere uitdaging vormt dan wanneer het SC-2 virus slechts een antigeen 'drift' zou hebben doorgemaakt. Het is dus niet verwonderlijk dat zelfs i.g.v. een voorafgaandelijke natuurlijke infectie het immuunsysteem in 2 stappen zal moeten werken om de infectie volledig onder controle te krijgen. Maar dit doet geen afbreuk aan de onontbeerlijke taak van het aangeboren immuunsysteem om als eerste defensielinie het gros van de CoV lading 'op te kuisen' en op die manier aangeboren IgM-producerende immuuncellen te herprogrammeren om in toekomst formaties van N-glycanen op SC-2 CoV met hogere affiniteit te herkennen ('trainingseffect').

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

Opnieuw: Men dient de gezondheidstoestand en medische historiek van deze mensen te bekijken. Vele virale ziekten, die beschreven worden als acute, zelf-beperkende infecties, kunnen tot immuunpathologie of een zekere vorm van chronische ziekte lijden wanneer de bijdrage van het aangeboren immuunsysteem verzwakt is. Dat is zeker geen exclusief kenmerk van Coronavirus infectie. Vandaar het belang om bij deze

¹ Deze publicatie werd onverwachts en zonder enige wetenschappelijke reden door de uitgeverij Elsevier teruggetrokken, toevallig (?) net een paar dagen vooraleer FDA over toelating kindervaccinatie zou beslissen...

² Deze publicatie werd onverwachts en zonder enige wetenschappelijke reden door de uitgeverij Elsevier teruggetrokken, toevallig (?) net een paar dagen vooraleer FDA over toelating kindervaccinatie zou beslissen...

beoordeling te kijken of er bij de betrokken patiënten onderliggende ziektes of andere predisposerende factoren aanwezig waren. En die waren er wel degelijk. Het rapport vermeldt dat personen met een voorgeschiedenis van chronische aandoeningen significant meer kans hebben op *long covid*, net als mensen met overgewicht en obesitas. **Maar kijkt u aub toch ook even naar de mogelijke nevenwerkingen van het vaccin en beoordeelt u dan zelf of de regelmaat en de hoedanigheid daarvan niet buitensporig lijkt, gezien het feit dat de vaccinatie nog slechts hoogstens tegen ernstige ziekte beschermt.** Een greep uit deze talrijke en op zijn minst verontrustende, officieel gerapporteerde nevenwerkingen vindt u in erkende bronnen zoals vermeld in volgende links:

https://uploads-ssl.webflow.com/616004c52e87ed08692f5692/61fea9310d82c5d9b1d89455_Appendix_10_adverse_events.pdf

<https://thepulse.one/2021/11/08/50-of-serious-vaccine-injuries-reported-in-last-30-years-are-from-covid-shots/>

<https://thepulse.one/2021/11/25/pfizer-was-aware-of-over-50k-serious-covid-vaccine-reactions-with-months-of-distribution/>

<https://rumble.com/vqx3kb-the-pfizer-inoculations-do-more-harm-than-good.html>

https://emea01.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Fuploads-ssl.webflow.com%2F616004c52e87ed08692f5692%2F61fea931189c4d366ffb7cf3_Appendix_03_Cumulative_Analysis_of_Post-authorization_Adverse_Event_Reports.pdf&data=04%7C01%7C%7C7f41765bdeee403274ab08d9e8e76391%7C84df9e7fe9f640afb435aaaaaaaaaaaa%7C1%7C0%7C637796902766686608%7CUnknown%7CTWFpbGZsb3d8eyJWIjoiMC4wLjAwMDAiLCJQIjoiV2luMzliLCJBTiI6Iklk1haWwiLCJXVCI6Mn0%3D%7C3000&sdata=kZoqC9LS3I%2BuZJ3OpEqEfuJvtVL37Ts2fp49ZEAhxco%3D&reserved=0

<https://www.aier.org/article/all-cause-mortality-in-the-united-states-during-2021/>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC8483988/>

https://uploadsssl.webflow.com/616004c52e87ed08692f5692/61fea931a30e6edce164f876_Appendix_06_Eudravigilance_tem_Jan_29_2022.pdf

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2113017>

https://www.nejm.org/doi/suppl/10.1056/NEJMoa2113017/suppl_file/nejmoa2113017_appendix.pdf

<https://www.jessicasuniverse.com>

https://uploads-ssl.webflow.com/616004c52e87ed08692f5692/61fea9327b175b0d58023139_Appendix_08_Dr_Jessica_Rose_Analysis_of_Supplementary_Appendix.pdf

https://uploads-ssl.webflow.com/616004c52e87ed08692f5692/61fea932e132248c62d1fffd_Appendix_05_Dr_Jessica_Rose_Symposium_CHONG.pdf

Ook de cijfers die onlangs via klokkenluiders bekend raakten vanuit DoD (US department of defense) illustreren dat vaccin-gerelateerde bijwerkingen alles behalve verwaarloosbaar zijn:

<https://www.ronjohnson.senate.gov/2022/2/sen-johnson-to-secretary-austin-has-dod-seen-an-increase-in-medical-diagnoses-among-military-personnel>

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

Vooreerst zal elke immuuninterventie die bijdraagt tot groepsimmunititeit het bedwingen van een pandemie bevorderen. Mij kan mij in ieder geval niet overtuigen van het feit dat dit kan met een vaccin dat geen steriliserende immunititeit bewerkstelligt. Anderzijds werkt een vaccin dat dit niet doet als schimmel op een vochtige muur wanneer het massaal wordt ingezet tijdens een pandemie van varianten.

Communicatie is één ding, zich ter dege informeren is nog iets anders. Ik heb mijn onderzoek m.b.t. tot het gebruik van NK cellen als doelwit voor vaccins reeds hoger toegelicht. Het spectrum van dit onderzoek is zeer breed en richt zich niet specifiek op Coronavirussen. Ik kan u als extraatje nog wel meegeven dat ik mijn diepe inzichten in deze pandemie en hoe ons immuunsysteem in staat is het SC-2 virus doeltreffend te bestrijden dank aan mijn studie over hoe cellen van ons immuunsysteem in staat zijn om de fijne grens tussen 'eigen' ('self') en 'gelijkend op eigen' ('self-like') te herkennen. Die studie laat een wetenschapper automatisch kennis maken met de fascinerende wereld van NK (Natural Killer) cellen. Ik vraag me af of ik er mij moet over verwonderen dat uitgerekend politici zich argwanend opstellen t.o.v. mensen die zich in alle eer en geweten inzetten voor een hoger doel...Sinds wanneer maakt men zich 'verdacht' door integriteit?

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

Ik hoop dat de diverse literatuurbronnen die ik in mijn antwoorden citeer ervoor zullen zorgen dat u niet langer op die honger hoeft blijven te zitten.

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

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

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

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

Ik denk dat de literatuurbronnen die ik hoger aangaf een goede start vormen om te begrijpen hoe complex en evolutief een pandemie is. Van zodra u dit inzicht verwerft zal u zelf kunnen concluderen hoe kort het door de bocht is om met dit soort van vaccins massaal een hele bevolking te vaccineren tijdens een pandemie en daardoor het virus danig onder evolutiedruk te zetten terwijl men het hoegenaamd niet kan bedwingen. Een vleugje Darwin erbij, en men begrijpt onmiddellijk wat de gevolgen zijn van dit grootscheeps experiment.

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

Mijn mening hieromtrent kan uit voorafgaandelijke antwoorden worden afgeleid

Aansluitend daarop, de vraag van 1 miljoen, kunnen we onszelf volgens u uit deze pandemie vaccineren? Mijnheer Vanden Bossche, als ik het goed heb begrepen, zegt u dat de huidige vaccins het virus onder druk zetten, het doen muteren en varianten doen ontstaan. Begrijp ik dat goed? Waarop baseert u uw uitspraak?

Opnieuw, de vaccins doen het virus niet muteren maar bevorderen de verspreiding van reeds bestaande, meer infectieuze viral varianten/ mutanten

Ik las dat een virus er geen belang bij heeft om zijn host te doden en dat varianten dus niet noodzakelijk een slechte zaak zijn omdat een virus, in zijn overlevingsdrang, besmettelijker en minder dodelijk of ziekmakend probeert te worden. Het probeert dus gewoon te overleven. Hoe staat u daartegenover?

Een virus kan zich alleen maar vermeerderen of muteren of zich verbergen (b.v. in het gastheergenoom maar dit laatste is voor CoV niet van toepassing- wel voor latente virussen). Het virus kan niet redeneren en heeft geen strategie. **Als het virus minder ziekmakend of dodelijk wordt, dan is dat zuiver en alleen het gevolg van de groeiende immuniteit van de populatie.** Bepaalde virussen kunnen echter ook dan blijven overleven omdat sommige mensen als asymptomatische drager/ uitscheider fungeren en ook bepaalde dierpapulaties het virus kunnen herbergen (zog. 'reservoirs'). Beide modaliteiten zijn bekend en gedocumenteerd in geval van SC-2.

Is vaccinatie in die optiek geen goede zaak? Zoals u zelf al aangaf, zo heb ik dat althans begrepen, wordt het virus op die manier onder druk gezet en muteert het in een zachtere vorm die voor ons minder problematisch wordt. Ik hoor daarover graag uw mening.

Ook al is de dominantie van Omicron m.i. het gevolg van de steeds stijgende immuudruk van de populatie op de infectiviteit van het virus (antistoffen zijn gericht t.o.v. spike eiwit dat voor infectiviteit van het virus verantwoordelijk is), toch kan men Omicron niet als een 'softere' SC-2 versie beschouwen dan het oorspronkelijk Wuhan virus. Ook al maakt Omicron niet sterk ziek, het veroorzaakt een enorme infectiedruk die ongetwijfeld tot meer ziektegevallen zal leiden. Een plotse verhoging van het aantal ziektegevallen veroorzaakt een plotse verhoging van de immuudruk in de populatie zonder dat de verspreiding van het virus kan worden tegengegaan. Die druk – en zodoende de kans dat ditmaal een

Omicron-resistente variant wordt geselecteerd – wordt alleen nog hoger wanneer men de massavaccinatie (met anti-Omicronvaccins) zal verderzetten. **Eens te meer blijkt hieruit dat het verder zetten van de huidige vaccinatie campagnes vanuit geen enkel oogpunt een goede zaak is.**

Wat de tijdigheid van verplichte vaccinatie betreft, voorspelt de WHO in haar glazen bol het einde van de pandemie in Europa. Ik vraag mij af of verplichte vaccinatie dan hoegenaamd nog zin heeft. Komt dit volgens u beiden nog op tijd als potentiële maatregel, onder andere rekening houdend met de varianten die nu dominant zijn, met de medicatie tegen COVID-19 die wordt ontwikkeld en met de vaccinatiegraad?

Zoals ik reeds aangaf in mijn presentatie valt geen enkele verplichting tot C-19 vaccinatie wetenschappelijk gezien te verrechtvaardigen.

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

Zoals ik reeds aangaf in mijn presentatie valt geen enkele verplichting tot C-19 vaccinatie wetenschappelijk gezien te verrechtvaardigen.

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

Virusremmers kunnen een zinvolle plaats innemen in het vroegstadium van C-19 behandeling. Zij zijn dan vooral zinvol bij kwetsbare mensen (immuungesupprimeerd, ouderlingen, mensen met onderliggende ziekten) om de virusvermeerdering tegen te gaan. Maar ook een *algemene* antivirale prophylaxe kan zinvol zijn, vooral in het vroegstadium van een infectiegolf, om de infectiedruk en de daaruit resulterende immuudruk van de populatie op het virus in te dijken. Het heeft nooit zin om antivirale middelen langdurig en in een laat stadium van infectie te gebruiken omdat dit de kans op resistentie sterk doet toenemen.

Gisteren zei de heer Vandenbroucke tijdens de commissievergadering dat vaccinatie bij kinderen en jongeren eigenlijk essentieel is in de verdediging tegen het virus. Hij beveelt het ook sterk aan. Hoe staat u tegenover de vaccinatie bij kinderen tot en met elf jaar en jongeren tot en met zeventien jaar? Hoe staat u tegenover de verplichte vaccinatie bij die jongeren? Wat zijn voor u de voornaamste af te wegen voor- en nadelen?

Volgens de Office of National Statistics (UK) stierven op 23 maand tijd (gerekend t.e.m. eind december 2021) welgeteld 3 kinderen onder de 18 jaar aan Covid-19. **Dit illustreert duidelijk dat SC-2 geen ernstige kinderziekte is**, ook al worden kinderen geïnfecteerd en kunnen zij ook ziek worden. Slechts hoogst zelden worden zij zwaar ziek. Ook bij kinderen kunnen de vaccins de infectie niet bedwingen. Zelfs indien de literatuur eensgezind zou aantonen dat vaccinatie de virusuitscheiding bij kinderen aanzienlijk onderdrukt, dan is ook dat nog geen reden om kinderen te gaan vaccineren, wel integendeel: Hoe meer men het virus onder druk zet met vaccins die de verspreiding niet kunnen verhinderen, hoe meer druk men zet op de infectiviteit van het virus en hoe sneller nog meer infectieuze ‘immune escape’ varianten,

die als gevolg hiervan worden geselecteerd, zich zullen verspreiden. Bovendien genieten kinderen een sterke bescherming t.o.v. SC-2 dankzij relevante (t.t.z. breed werkzaam t.o.v. CoV) aangeboren antistoffen die in staat zijn om alle SC-2 varianten te herkennen. Wanneer echter de binding van deze antistoffen wordt overheerst door vaccinale antistoffen die weliswaar sterk binden aan het virus zonder nog een noemenswaardige neutralisatie te bewerkstelligen, dan is dit geen goede zaak m.b.t. individuele bescherming t.o.v. SC-2 varianten. Mogelijks onderdrukt dit zelfs de herkenning van andere respiratoire virussen die uitgerust zijn met een gelijkaardig geglycosyleerde envelope (b.v. Influenza, RSV) en wordt de capaciteit van deze aangeboren antistoffen om bepaalde overtollige eigen antigenen (*self-antigens*), zoals b.v. afkomstig van gedegenererde cellen, te herkennen en te verwijderen mogelijks ingeperkt (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15633017/>; <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33193450/>). Dit roept dan ook vragen op m.b.t. een mogelijk risico op het ontstaan van autoimmuunziekten. Wanneer men hierbij daarenboven de statistieken van de mogelijke bijwerkingen bij kinderen in acht neemt ([Dr. Jessica Rose on Sars-CoV-19 vaccines for Children? | Voice for Science and Solidarity](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC8483988/); <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC8483988/>³), dan **is de vaccinatie van kinderen t.o.v. SC-2 al helemaal onverantwoord. Tenslotte is ook vanuit het oogpunt van groepsimmunitet het massaal vaccineren van kinderen een slechte zaak.** Deze mening wordt trouwens bijgetreden door verschillende experts:

[Feature: The scientific case for an immediate halt to covid 'vaccination' of children | Alliance For Natural Health \(webflow.com\)](#)

[Microsoft Word - Verkerk paper NL.docx \(webflow.com\)](#)

<https://www.thehumanside.be/post/de-olifant-en-de-mug-deel-2>

<https://covidrationnel.be/2022/01/03/revision-04-01-2022-la-vaccination-anti-covid-19-des-enfants-nest-pas-obligatoire-elle-nest-surtout-pas-necessaire/>

<https://americasvoice.news/video/17LSdDeqVc40GgZ/>

Soliede natuurlijke immuniteit (t.t.z. aangeboren ± natuurlijke verworven immuniteit), zoals die bij gezonde kinderen van nature uit aanwezig is, resulteert in viruseliminatie en sterke reductie van virustransmissie (zonder selectiedruk uit te oefenen op het virus!). Vooral na training van hun aangeboren IgM-secreterende B1 cellen **leveren gezonde kinderen dus een belangrijke bijdrage tot het ontstaan van groepsimmunitet**. Massale vaccinatie van kinderen draagt alleen maar bij tot de dominante circulatie van meer infectieuze tot zelfs vaccin-resistente varianten waardoor de infectiedruk alleen maar verder toeneemt en de kans op groepsimmunitet smelt als sneeuw voor de zon.

Professor Ann De Guchtenaere zei vandaag in De Ochtend dat 70% van de kinderen al corona had doorgemaakt. Wat doe ik het beste met mijn kind?

Zie bovenaan voor mijn commentaar m.b.t. conclusies van De Guchtenaere.

Hoe zit het trouwens met het verschil in immuniteit verworven door infectie en door vaccinatie? Wat beschermt het beste?

Het verschil heb ik hoger beschreven. Er is wel degelijk een groot verschil.

³ Deze publicatie werd onverwachts en zonder enige wetenschappelijke reden door de uitgeverij Elsevier teruggetrokken, toevallig (?) net een paar dagen vooraleer FDA over toelating kindervaccinatie zou beslissen...

Is dat gelijkaardig of is dat bij jongeren anders dan bij volwassenen?

Mogelijks hebben de aangeboren immuuncellen van volwassenen een groter adaptatievermogen dat resulteert in een hogere affiniteit van relevante aangeboren antistoffen terwijl de aangeboren B1a cellen van kinderen meer talrijk zijn maar IgMs produceren met een relatief lage affiniteit (t.t.z., meer antigeen-naïef). Dit zou tenminste kunnen verklaren waarom bij oudere niet-gevaccineerde leeftijdsgroepen het aantal infecties lager ligt (zowel bij gevaccineerden als niet gevaccineerden) en deze tendens zelfs toeneemt met toenemende blootstelling (t.t.z. in functie van de tijd) zoals blijkt uit onderstaande grafieken (bron: UKPHA):

Figure 2. Rates (per 100,000) by vaccination status from week 33 to week 36 2021

(a) COVID-19 cases

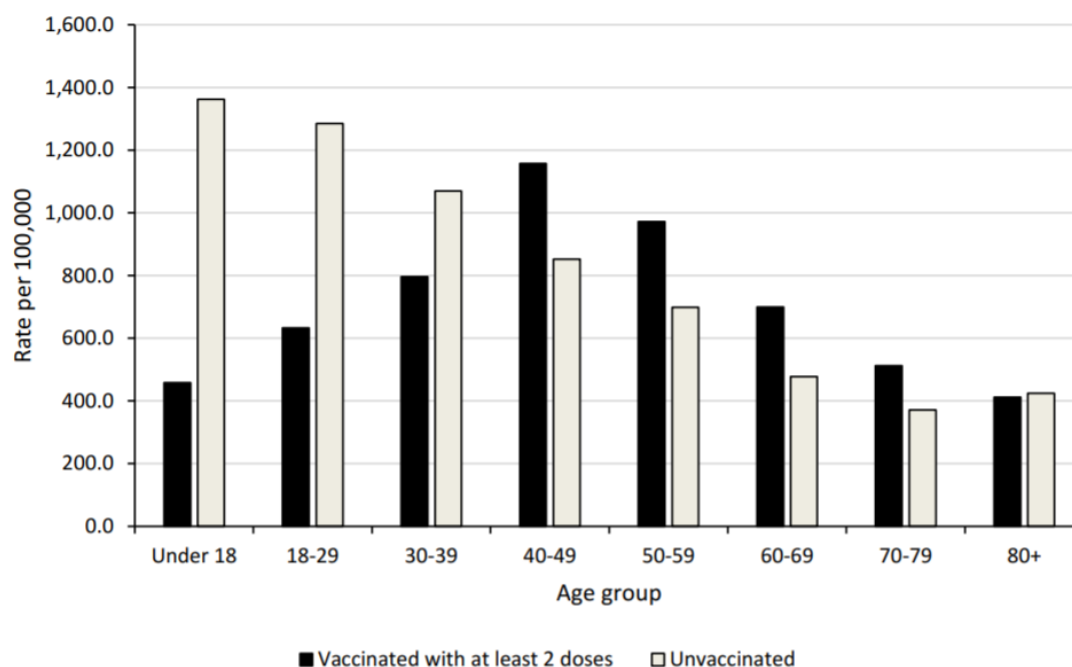
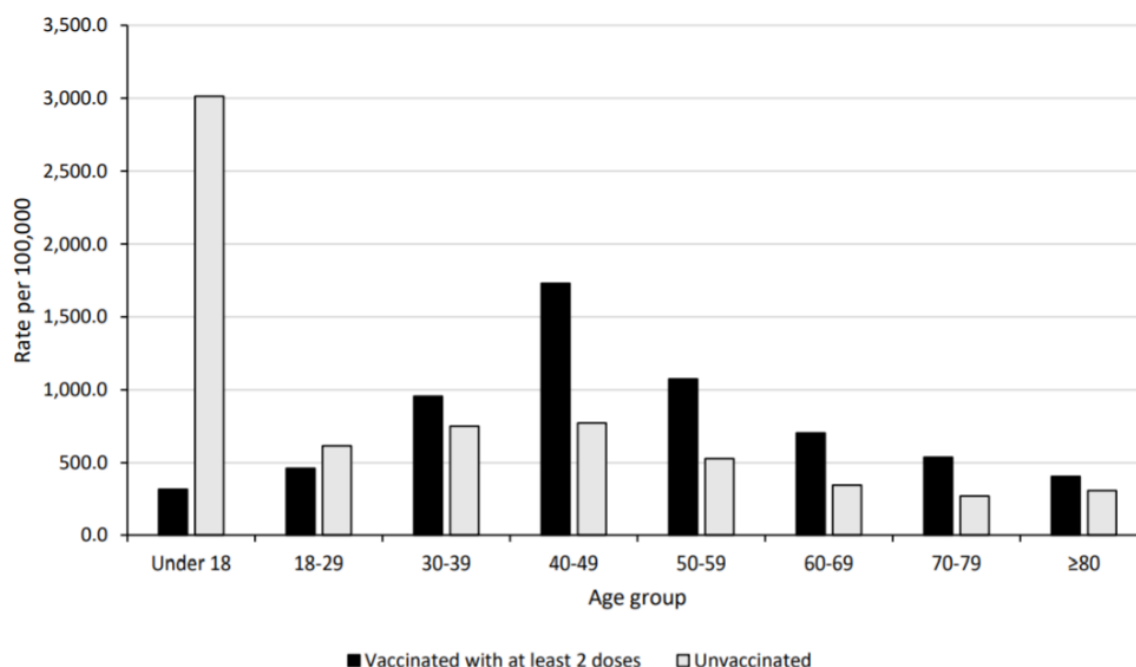


Figure 2. Rates (per 100,000) by vaccination status from week 38 to week 41 2021

(a) COVID-19 cases



Is het een meerwaarde om gezonde mensen te vaccineren die al een infectie hebben doorgemaakt? Is daar een wetenschappelijke consensus over?

Zoals hoger opgeleest bestaan er tal van studies die aantonen dat mensen die een symptomatische infectie doorgemaakt hebben, en dus op natuurlijke wijze antistoffen hebben verworven, een stevige en duurzame bescherming genieten. Waarom zou men zich dan blootstellen aan een risico op nevenwerkingen door zich te laten vaccineren? Persoonlijk ben ik ook van mening dat het verder opdrijven van de concentratie van S-specifieke antistoffen er alleen maar zal voor zorgen dat de antivirale werking van relevante, polyspecifieke aangeboren antistoffen en andere mediators van het aangeboren immuunsysteem (https://www.researchgate.net/publication/357994624_Innate_Immune_Suppression_by_SARS-CoV-2_mRNA_Vaccinations_The_role_of_G-quadruplexes_exosomes_and_microRNAs) gedurende langere tijd wordt onderdrukt. Dit verklaart mogelijk de hogere incidentie in de gevaccineerde populatie van andere, zowel infectieuze als niet-infectieuze, ziekten (waaronder ook kanker) waarover ondertussen in de medische wereld steeds meer wordt gerapporteerd. Ook al wordt de bewijsvoering daarvan niet officieel aanvaard, de bezorgdheid hieromtrent is wetenschappelijk gezien voldoende ernstig te nemen om meer doelgericht onderzoek te verrichten in plaats van dergelijke - trouwens zeer ongebruikelijke - vaccinatiepraktijken op experimentele basis verder te zetten.

Tot slot, wat is het eindstation?

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

Het eindstation voor een CoV is bereikt wanneer er een evenwicht ontstaat tussen het virus en de immuniteit van de gastheer. Dat evenwicht kan ofwel bereikt worden door groepsimmuniteit⁴ ofwel doordat door grootschalige, niet steriliserende immuundruk een SC-2 virus wordt geselecteerd dat nog slechts in bedwang kan worden gehouden door diegenen die over voldoende functionele aangeboren antistoffen beschikken. Dit komt m.i. neer op een selectie van dat deel van de populatie wier aangeboren immuniteit niet gecompromitteerd wordt door b.v. S-specifieke vaccinale antistoffen die b.v. nog wel aan het virus binden, echter zonder het te kunnen neutraliseren.

Zoals hoger beschreven moet massavaccinatie worden afgeschaft en moet ingezet worden op een éénmalige maar grootschalige antivirale chemoprofylaxe (om infectiedruk te doen dalen) en het bevorderen van de individuele gezondheid (om aangeboren immuniteit te stimuleren). Alleen op die manier kan groepsimmuniteit gecreëerd worden. Hierdoor worden automatisch ook kwetsbare personen beter beschermd. Laatsgenoemden moeten bovendien **toegang krijgen** (b.v. via de huisarts) **tot een vroegtijdige behandeling** die bestaat uit verscheidene off-label medicamenten die veilig zijn, goedkoop en overal verkrijgbaar (b.v., onstekingsremmers, antihistaminica, cortisone, bloedstollingsremmers,...)

***Daniel Bacquelaïne (MR):** Monsieur le président, je voudrais remercier le Dr Herry pour avoir réaffirmé le bienfait de la vaccination parce que je pense intéressant et nécessaire qu'il n'y ait aucun doute par rapport à la plus-value qu'amène la vaccination. Le débat que nous menons aujourd'hui a pour but de déterminer la meilleure façon d'obtenir une augmentation de la couverture vaccinale de la population. Quels sont les*

⁴ Zoals reeds gezegd kan die onmogelijk worden bereikt indien de massavaccinatie doorgaat omdat vaccinatie met de C-19 vaccins geen steriliserende immuniteit toelaat

instruments et les stratégies les mieux adaptés pour arriver à cet objectif? Le but du Parlement n'est pas de faire un débat sur l'intérêt de la vaccination. Le Dr Herry a été très clair à ce sujet. La vaccination est un outil efficace et nécessaire. Je le remercie aussi d'avoir rappelé l'implication des médecins généralistes et hospitaliers dans ce combat – ce terme est juste – contre cette pandémie au service de l'ensemble de la population.

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

Concernant la légitimité, je pense qu'il n'y a pas de difficulté. On poursuit un objectif de santé publique, ce qui est légitime. Il n'y a pas de doute. Par contre, il convient de déterminer si la façon d'atteindre cet objectif de santé publique est bien proportionnel et respecte une certaine proportionnalité dans l'ampleur de la contrainte. C'est le deuxième critère et c'est celui qui, à mes yeux, est extrêmement important quand on parle d'obligation vaccinale.

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

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

Toujours dans le principe de proportionnalité, il y a de la proportionnalité dans le cadre de l'étendue de l'obligation et de la temporalité de l'obligation. Ce sont deux notions que nous devons prendre en considération. Dans l'étendue de la mesure, il y a le personnel soignant dont j'ai parlé et un autre point qui n'a pas vraiment été abordé. Quid d'une obligation éventuelle pour les enfants ou pour les mineurs? Dans l'esprit du Dr Herry, l'obligation vaccinale couvre-t-elle également les enfants, à partir de quel âge? L'obligation vaccinale vise-t-elle aussi des patients qui viennent de faire le covid?

Quel est le nombre de mois qui pourrait être pris en considération pour rendre cette obligation effective après une infection par le covid? Je pense d'ailleurs que l'intérêt du pass vaccinal en France est de prendre cette notion-là en considération. Dans le pass vaccinal, il y a non seulement la nécessité vaccinale mais est également le fait d'avoir été infecté par le covid dans les cinq mois qui précèdent. Quelle est la position du Dr Herry à ce propos?

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

les chiffres que l'on cite. Je vous signale que beaucoup de gens ont été infectés par l'omicron sans le savoir ou n'ont pas fait de test PCR.

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

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

Hierop hoef ik dus niet te antwoorden.

Nathalie Muylle (CD&V):

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

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

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

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

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

Het is steeds gemakkelijker om post-hoc terug te kijken op de feiten. Zoals ik reeds hoger aanduidde is het een stuk moeilijker om bij een complex en door mensenhand sterk beïnvloed evolutief gebeuren naar de toekomst te kijken. Het is nochtans onontbeerlijk om op een zo betrouwbaar mogelijke manier in te schatten welke de eindbestemming is van de verschillende pandemische treinen die wereldwijd sporen. Is die eindbestemming wel diegene die we met tal van menselijke tussenkomsten beogen en is die mogelijks identisch? Publicaties uit de verschillende deelgebieden die de pandemie aanbelangen, leveren waardevolle informatie als puzzelstukjes die echter dienen in elkaar te worden gepast vooraleer zij effectief kunnen bijdragen tot een beter inzicht in de dynamische wisselwerking tussen de wisselende viruspopulaties (varianten) enerzijds en de zich daaraan aanpassende immuunafweer van de gastheerpopulatie anderzijds. De publicaties die beschrijven hoe een virus onder immuundruk van de populatie evolueert heb ik boven reeds vermeld. Anderzijds heb ik hoger ook reeds de publicaties aangegeven die het belang van aangeboren polyspecifieke antistoffen illustreren als cruciale componenten van de eerste verdedigingslinie t.o.v. CoV en vooral ook documenteren hoe cellen van het aangeboren

immuunsysteem zich door blootstelling aan CoV aanpassen om het virus meer efficiënt te bestrijden. **Zij tonen daarmee inderdaad de *bias* aan in de interpretatie van vele experts, en wel in die zin dat zij door gebrek aan inzicht in bovengenoemde wisselwerking niet alleen de evolutionaire capaciteit van het virus maar tevens het natuurlijke aanpassingsvermogen van het immuunsysteem van de gastheer immens hebben onderschat. De credibiliteit van mijn inzichten dient daarom niet te worden getoetst aan publicaties die hieromtrent *de facto* niet bestaan maar wel aan mijn voorspellingen:** Het induceren van populatie-immuniteit (via massavaccinatie) die alleen beschermt tegen (ernstige) ziekte zal er m.i. uiteindelijk toe leiden dat alleen het niet-gevaccineerde gedeelte van de bevolking beschermd blijft tegen (ernstige) ziekte.

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

Ik meen reeds hoger op een gelijkaardige vraag te hebben geantwoord. 'Korte termijn' versus 'lange termijn' visie. Tunnelvisie versus holistische visie.

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

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

Waarom hier nog altijd zonder enige besluitvorming wordt over gedebatteerd begrijp ik in ieder geval ook niet. De reeds hoger vermelde peer-reviewed studies beschrijven haarfijn hoe geneesmiddelen die off-label zijn, dus goedkoop, en bovendien overal verkrijgbaar en als zeer veilig bekend staan, tot een 85 %-ige reductie van hospitalisatie leiden indien ze gebruikt worden in een vroegstadium van ziekte (t.t.z. binnen de week na optreden van eerste symptomen). Men moet zich i.d.d. de vraag stellen waarom dergelijke behandelingen geen ingang vinden. Gezien de veelvuldige studies die de efficiëntie van deze geneesmiddelen in het bestrijden van C-19 ziekte bewijzen is dat wetenschappelijk-ethisch gezien totaal onverantwoord.

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

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

Hoe dikwijls dient het nog te worden herhaald dat deze vaccinatiecampagnes niet te vergelijken zijn met de klassieke kindervaccinaties waarvan sprake is? Coronavirussen, incl. SC-2, zijn alom aanwezig en verschillende diersoorten vormen een reservoir voor het virus dat bovendien zeer variabel is. De C-19 vaccins zijn bovendien niet-replicerende vaccins. De combinatie van deze gegevens is op geen enkel van de bedoelde vaccins of kinderziekten van toepassing. Gebrek aan inzicht aan de top leidt tot verwarring bij de bevolking en spijtig genoeg tot argwaan m.b.t. vaccinatie in het algemeen. Door twijfelaars te gaan bestempelen als 'anti-vaxxers' maakt men de argwaan t.o.v. de basisvaccinaties alleen maar erger. Het gebruik van het label 'anti-vaxxer' wordt ook spijtig genoeg alsmaar meer gehanteerd door individuen of groeperingen die van deze materie geenszins kaas gegeten hebben.

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

Gebrek aan kennis is één ding maar dat ook nog met zoveel overtuiging tot uiting brengen is nog iets anders. Misschien moet u zich eerst eens ter dege informeren naar de definitie van een vaccin-gerelateerde bijwerking. En misschien moet u zich ook eens informeren naar de verschillende parameters aan dewelke dient te worden voldaan om een causale samenhang als waarschijnlijk of onwaarschijnlijk te beschouwen. En dan ook in hoeverre de analyse van die parameters, b.v. voor wat VAERS betreft (zie onderstaande links), leidde tot een regelrechte alarmkreet geslaakt door mensen zoals Jessica Rose, een dame met een achtergrond in computerbiologie, biostatistiek and Life Sciences om 'U' tegen te zeggen (<https://www.jessicasuniverse.com/cv-1>):

<https://www.jessicasuniverse.com>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC8483988/>

https://uploads-ssl.webflow.com/616004c52e87ed08692f5692/61fea9327b175b0d58023139_Appendix_08_Dr_Jessica_Rose_Analysis_of_Supplementary_Appendix.pdf

https://uploads-ssl.webflow.com/616004c52e87ed08692f5692/61fea932e132248c62d1fffd_Appendix_05_Dr_Jessica_Rose_Symposium_CHONG.pdf

Die gegevens en analyses allemaal zomaar op een hoop gooien en negeren, dat vind ik pas onbegrijpelijk en onverantwoordelijk gedrag.

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

Zeer zeker. U vindt deze en vele andere terug in mijn antwoorden hierboven.

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

Het zou utopisch zijn om ervan uit te gaan dat mijn inzichten in een korte uiteenzetting zoals deze zouden volstaan om u te overtuigen. Zoals ik reeds zei is dit een bijzonder complexe materie waarbij vele verschillende disciplines en samenhangingsverbanden tussen deze disciplines aan bod komen. **Vandaar dat ik van bij aanvang gepleit heb voor een publiek maar wel wetenschappelijk debat binnen een multidisciplinair kader.** Ik begrijp uw frustratie m.b.t. de overtuigingskracht en credibiliteit van mijn uiteenzetting. Ik verzeker u dat ze bij mij minstens even groot is.

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

Ik dacht dat zij van mening waren dat de wetenschap evolueert? Of gebruiken zij dit argument alleen maar wanneer de voorspellingen die zagezegd berusten op algemeen aanvaarde waarheden niet uitkomen? Misschien hebben zij met hun zagezegd algemeen aanvaarde wetenschappelijke theorieën meer succes bij het beantwoorden van de vragen waarmee ik hen reeds eerder in online geposte bijdragen confronteerde. U vindt ze netjes opgelijst terug op mijn website (<https://www.voiceforscienceandsolidarity.org/blog/critical-unresolved-questions>) alsook in enkele van mijn geschriften (b.v. <https://www.voiceforscienceandsolidarity.org/scientific-blog/the-alleged-case-for-experimental-c-19-vaccination-of-children-is-merely-based-on-silo-mentality-and-immunological-ignorance>)

Het meest recente rapport van Sciensano van 22 januari meldt dat er op dat ogenblik al 28.780 mensen zijn overleden als gevolg van Covid-19, het merendeel tijdens de eerste en tweede golf, toen er nog niet werd gevaccineerd. U voorspelde toen dat, door massale vaccinatie, het aantal doden nog meer de hoogte zou ingaan. Dat is uiteindelijk niet zo gebleken. Was het volgens u dan beter geweest om nog enkele duizenden meer doden als prijs te betalen? Daar had ik graag verduidelijking over. mensen met een medische achtergrond trekken dat in twijfel. Beschikt u over onderzoek dat die theorie bevestigt?

Ik meen hierop in een vorig antwoord reeds uitvoerig te hebben duidelijk gemaakt dat **niet vaccineren niet gelijkstaat met het doen of je neus bloedt en dat een korte termijn visie ongetwijfeld een hoge tol zal eisen in de toekomst.** Een tol die veroorzaakt wordt door i) het steeds verder ontsnappen van het virus aan de suboptimale immuudruk uitgeoefend door de massaal gevaccineerde populatie, ii) de t.g.v. symptomatische massavaccinatie verlengde duur van de pandemie en iii) de gevallen van ziekte en sterfte te wijten aan vaccin-gerelateerde nevenwerkingen. Met betrekking tot deze laatste factor is vooral de aanzienlijke oversterfte, o.a. vastgesteld door verzekeringsmaatschappijen bijzonder opmerkelijk en erg verontrustend:

<https://www.fox28spokane.com/indiana-life-insurance-ceo-says-deaths-are-up-40-among-people-ages-18-64/>

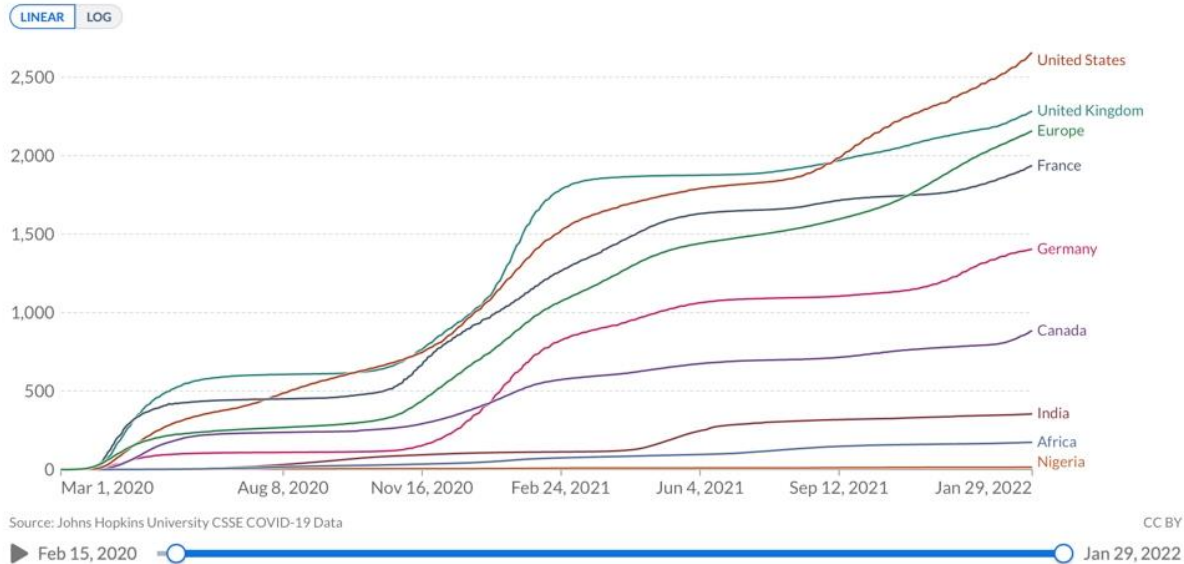
Verder is het ook merkwaardig dat een toenemende vaccinatiegraad blijkbaar vergezeld wordt van een duidelijk verhoogde sterftegraad waarbij het mortaliteitspercentage beduidend lager ligt in landen met een relatief lage graad van vaccinatie. In Israël b.v. geeft een hoge vaccinatiegraad met snel op elkaar

volgende boosters zelfs aanleiding tot een nieuwe, spectaculaire golf van sterfte (zie onderaan). Van een gunstige invloed van massavaccinatie op het sterftecijfer is dus blijkbaar maar weinig te merken.

Cumulative confirmed COVID-19 deaths per million people

For some countries the number of confirmed deaths is much lower than the true number of deaths. This is because of limited testing and challenges in the attribution of the cause of death.

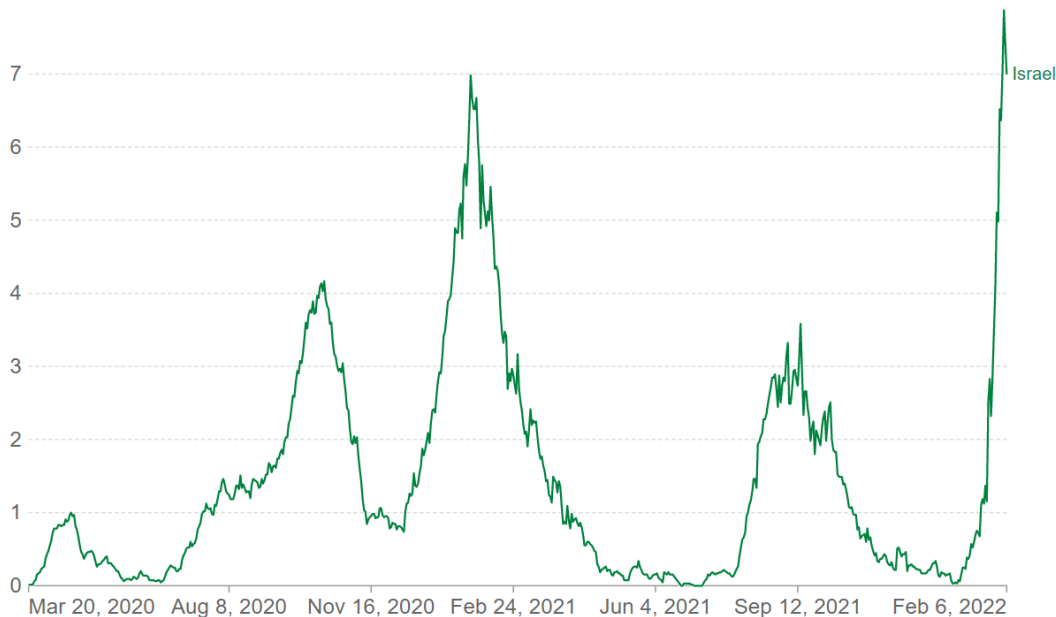
Our World
in Data



Daily new confirmed COVID-19 deaths per million people

7-day rolling average. For some countries the number of confirmed deaths is much lower than the true number of deaths. This is because of limited testing and challenges in the attribution of the cause of death.

Our World
in Data



Er waren voorts uw beweringen over een storm aan auto-immuunziekten bij vaccinatie en vaccinatie van kinderen. Kunt u uitleggen wat het verschil is met andere vaccins die kinderen krijgen – dat vind ik ook belangrijk – of is uw theorie daarover hetzelfde, namelijk dat het eigenlijk ook weinig zinvol is om bijvoorbeeld kinderen tegen polio te vaccineren? Er was iets dat mij enorm verraste, maar ik denk dat ik u

verkeerd heb begrepen. Ik heb begrepen dat u zei dat het vaccineren van kinderen tegen COVID-19 met het argument dat men op die manier MIS-C zou vermijden, eigenlijk not done is. Ik vind dat wel vreemd, want MIS-C is een van de gevolgen van een coronabesmetting, net zoals andere mensen een sepsis of een verkoudheid krijgen. Ik begrijp die redenering dus niet goed.

Ik heb reeds hoger uitgelegd dat er wel degelijk onderscheid dient te worden gemaakt tussen de verschillende modaliteiten van vaccinatie en dit al naargelang de ziektekiem, het voorkomen van de ziekte en het type van vaccin. Een vergelijking maken met de vaccinatie tegen polio is zo ongeveer het meest tegenovergestelde uiterste. Zoals ik ook reeds vermeldde wil ik de statistieken van MIS-C bij gezonde kinderen zien; tevens vraag ik me af hoe groot de kans is dat een vaccin dat in het beste geval nog slechts tegen ernstige C-19 ziekte bescherming biedt in staat is om MIS-C te voorkomen. Zelfs indien men mijn waarschuwing omtrent het risico dat deze massavaccinatie uiteindelijk tot natuurlijke selectie zal leiden van een vaccin-resistente *immune escape* variant met meer pathogeen karakter volledig negeert, ook dan dient de kans op ernstige, vaccin-gerelateerde bijwerkingen op de gezondheid van volledig gezonde kinderen te worden afgewogen t.o.v. een gesuggereerde preventie van MIS-C.

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

‘Experimenteel’ betekent dit niet dat deze vaccins niet werden getest, het betekent echter wel dat ze onvoldoende werden getest. De preklinische studies waren duidelijk ontoereikend (b.v., geen genotoxiciteitsstudies, geen biodistributie studies ondanks de *in vivo* productie van het antigeen i.g.v. Moderna, Pfizer en J&J vaccins), de klinische studies van te korte duur om een relevante inschatting te maken van mogelijke bijwerkingen, zelfs op middellange termijn, en verschillende bevolkingsgroepen die nu blindelings worden ingespoten maakten geen deel uit van de efficaciteitsstudie (b.v., kinderen, zwangere vrouwen, vrouwen in vruchtbare leeftijd, mensen met onderliggende ziekten, mensen die hersteld waren van C-19, hoogbejaarden). **Volgens wetenschappelijke criteria kan men het breed uitrollen van deze vaccins door alle lagen van de bevolking alleen maar een ‘experiment’ noemen.** Zelfs wanneer een perfect gedefinieerd product wordt getest op onbekend terrein dient dit product in die hoedanigheid als *experimenteel* te worden beschouwd. Ik heb een té lange ervaring in de vaccinindustrie om mij van het tegenovergestelde te laten overtuigen.

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

De talrijke bronnen die over de alarmerende frequentie van ernstige bijwerkingen rapporteren heb ik reeds hoger opgelijst. **Er zou een verplichting moeten bestaan voor onze regelgevende autoriteit om deze bijwerkingen op zeer regelmatige tijdstippen (b.v., wekelijks) pro-actief, volledig en transparant naar de bevolking toe te rapporteren. Dat gebeurt echter niet.** De bevolking wordt verondersteld van zelf de hieromtrent door Sciensano vrijgegeven gegevens te consulteren. Het probleem van objectieve rapportering en vooral ook de vermoedelijke oorzaak van de onderrapportering werden reeds hoger vermeld.

U beweert voorts dat natuurlijke immuniteit beter, sterker en veiliger is dan de immuniteit opgebouwd via een vaccin. U hebt het over het onuitwisbaar immunologisch geheugen in dat verband, maar ik begrijp niet goed waarom dat niet in werking zou treden bij een besmetting. Wat is dan het verschil?

Het verschil tussen natuurlijke en vaccin-geïnduceerde immuniteit werd reeds hoger uitvoerig besproken met inbegrip van de 'geheugenfunctie' die zich bij natuurlijke immuniteit ook vooral op de aangeboren immuniteit betreft ('training')

Vindt u het verstandig dat mensen zich bewust laten besmetten met het coronavirus? Er worden immers besmettingsfeestjes georganiseerd, sommige mensen halen nog gekkere dingen uit – in mijn ogen althans – om toch maar besmet te raken. Dat is natuurlijk ingegeven door hun geloof dat een natuurlijke immuniteit sterker zou zijn. Wat is uw reactie hierop?

Ik kan alleen maar zeggen dat dergelijk gedrag uitsluitend wordt geïnspireerd en aangewakkerd door een aantal zinloze voorschriften die mensen discrimineren maar geenszins gestoeld zijn op wetenschappelijke evidentie. Bij natuurlijke infectie gaat het om besmetting via aerosolen of kleine druppeltjes, nooit om een intranasale inoculatie waarnaar u mogelijks verwijst. Voor jonge en gezonde niet-gevaccineerde mensen zie ik geen enkele reden om contact te vermijden, wel integendeel. Bijeenkomsten van zeer veel mensen in relatief kleine en slecht geventileerde ruimtes waren nog nooit een goed idee en dat is bij deze respiratoire infectie niet anders.

Tot slot zou ik willen zeggen dat de cijfers eigenlijk tegenspreken wat u zegt over de immuniteit. Wij zien echt een verschil tussen mensen die gevaccineerd zijn en niet-gevaccineerd qua ziekenhuisopnames, zelfs qua besmettingen en qua overlijdens. Als uw theorie zou kloppen, zouden de mensen die gevaccineerd zijn veel meer in het ziekenhuis moeten belanden. Dan zou de incidentie bij hen veel hoger moeten zijn.

Zie desbetreffende mijn vorige commentaren. Misschien goed om af en toe eens over de landsgrenzen heen te kijken.... 'Vertrauen ist gut, Kontrolle ist besser' zegt men in Duitsland. Tenslotte woedt overal dezelfde pandemie.

In het laatste RAG-advies heeft men, weliswaar op basis van een kleine steekproef, de variant van een aantal patiënten onderzocht en daaruit bleek dat van de mensen in de steekproef die met de omikronvariant besmet waren, 61 personen niet gevaccineerd waren en dat slechts een van de patiënten wel gevaccineerd was. Dat is een enorm verschil. Het gaat voor alle duidelijkheid over opnames wegens een coronabesmetting. Mensen die om andere redenen opgenomen werden, zitten niet vervat onder dit cijfer. Ik haal die cijfers uit het laatste RAG-advies van vorige woensdag.

Zie voorafgaandelijk. Als men kijkt naar de cijfers van mensen die niet gehospitaliseerd worden, dan ziet men precies het omgekeerde. Gevaccineerden lopen gemakkelijker infectie op met Omicron dan niet-gevaccineerden (<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2022.01.28.22270044v1>). U zal zien dat de door u aangegeven verhouding snel kan veranderen zoals dit nu reeds het geval is volgens rapporten/berichten uit het buitenland: zie mijn vorig antwoord m.b.t. *negatieve* vaccin efficiëntie (b.v., PHS, UKHSA), precies voor wat gevallen van besmetting aanbelangt! **'Snapshots' en 'momentopnames' vormen dus geen betrouwbare basis voor een gezond pandemiebeleid.**

De vraag die men zich in plaats daarvan dient te stellen is: **Hoe kunnen we de pandemie beëindigen en voor welke immuniteit kiest men best om zich ondertussen zo goed mogelijk te beschermen?**

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

Juist.

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

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

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

Spijtig genoeg moet ik vaststellen dat u blijkbaar alleen de media volgt die het narratief ondersteunen. **Er zijn vele duizenden wetenschappers die – zoals ik – er een totaal andere wetenschappelijke mening op nahouden. Zij krijgen echter op de mainstream media geen forum ondanks hun diepe expertise.** Misschien moet u in toekomst ook eens aandacht schenken aan de alternatieve media waarop deze mensen hun wetenschappelijke bevindingen delen. Ik kan u bovendien verzekeren dat uit verschillende kringen van mijn vroegere werkgevers heel wat steun en begrip komt voor mijn analyse. Om redenen die u wel bekend zullen zijn verkiezen velen van hen om anoniem te blijven. Ziet u trouwens niet hoe het narratief afbrokkelt precies omwille van de vele tegenstrijdigheden die dankzij onafhankelijke wetenschappers en verslaggevers steeds meer worden blootgelegd? Merkt u dan niet hoe meer en meer landen beseffen dat het doorvoeren van complexe, discriminerende maar wetenschappelijk ongefundeerde maatregelen niet langer houdbaar is. Hoe zij die maatregelen en verordeningen terugschroeven? **Opmerkelijk is pas de kleine wereld waarin velen leven en het blinde geloof in media en ambtenaren die betaald worden met belastingsgeld en geïnd door een staat die bloederstig overweegt om een vaccinatieplicht in te voeren.** Als u de klemtoon legt op 'onafhankelijke' regulatoren, dan blijkt daaruit wel degelijk dat u niet op de hoogte bent van de bakken kritiek die het FDA hieromtrent dagelijks over zich heen krijgt. Twee ambtenaren dienden daar vorig jaar hun ontslag in. Toevallig ken ik één van hen van zeer nabij. Toevallig ken ik ook één van de bekendste vaccinologen op deze planeet **die me reeds begin van vorig jaar volstrekt gelijk gaf voor wat betreft de gevolgen van massavaccinatie met deze vaccins op de evolutie van het virus en me meteen ook waarschuwde dat het niet de moeite zou lonen om zich hiertegen te verzetten vermits ik toch op onbegrip zou stoten en geen gehoor zou vinden.** Vanzelfsprekend zijn ook deze koryfeeën niet vrij van belangenvermenging. Maar denkt u maar gerust verder dat ik diegene ben die het allemaal bij het verkeerde eind heeft en die zich vooral als anti-vaxxer wil profileren. Die houding is in ieder geval eenvoudiger dan ervoor te zorgen dat er **i.p.v. een verplichting tot vaccinatie een verplichting komt voor een ernstig multidisciplinair wetenschappelijk debat.**

Kak Meer zelfs, de vaccins zouden ook de immuniteit schaden, omdat zij het virus versterken. De vaccins geven volgens u gedeeltelijke immuniteit. Het virus past zich daaraan aan.

Ik heb nooit beweerd dat vaccins het virus versterken?! Wel dat de immuundruk uitgeoefend door de populatie t.g.v. massavaccinatie met de huidige C-19 vaccins tijdens een pandemie van SC-2 varianten leidt tot dominantie van meer infectieuze ontsnappingsmutanten. Dit is dus een gevolg van de combinatie van voornoemde factoren en niet van de vaccins zelf.

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

Indien ik uw vraag goed begrijp verwacht u twee totaal verschillende fenomenen. De fameuse 'immune escape' waar ik voor waarschuw is een populatie-fenomeen terwijl het wegebben van het effect van de

infectie betrekking heeft of het individu. Met andere woorden sluit *immune escape* geenszins uit dat de door het vaccin geïnduceerde immuunrespons perfect in staat is om individuen te beschermen tegen (zware) ziekte. Bovendien is het ook verkeerd om te denken dat wanneer individuele antistoffen verdwijnen die persoon niet meer beschermd zou zijn tegen (zware) ziekte. **Ook is het een totale misvatting om te denken dat natuurlijke immuniteit niet beschermend is omdat mensen opnieuw besmet geraken. Een SC-2 variant die hoog infectieus is breekt gemakkelijker door de eerste (aangeboren) defensielijn; dit wil niet zeggen dat die defensielijn verzwakt is;** bovendien mag men er vanuit gaan dat - zoals dit het geval is voor andere effectoren van het aangeboren immuunsysteem - de aangeboren B1a cellen, die via productie van relevante polyspecifieke antistoffen tegen CoV beschermen, steeds beter getraind en dus geherprogrammeerd worden om met hogere affiniteit, en dus doeltreffender, CoV (met inbegrip van alle SC-2 varianten) te herkennen en te elimineren. Dit impliceert dus dat de beschermende functie van deze aangeboren immuuncellen niet afneemt, maar wel integendeel toeneemt. **Dit verklaart trouwens de 'negatieve' vaccin efficiëntie die ondertussen duidelijk werd aangetoond (zie hoger). Het is dus een misvatting om - zolang de pandemie woedt - de titers van antistoffen verworven na natuurlijke infectie te correleren met de graad van bescherming die een persoon die herstelde van natuurlijk C-19 ziekte geniet.** De immunologie is dus wel iets complexer dat vaak door onze experts wordt aangenomen.

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

Ik heb reeds eerder uitgelegd waarom tijdens een natuurlijke infectie CoV niet onder druk wordt gezet terwijl dit wel het geval is bij C-19 massavaccinatie tijdens een pandemie. **Dit is omwille van het feit dat tijdens natuurlijke infectie de strijd tegen het virus in 2 verschillende fasen wordt gevoerd (aangeboren immuniteit gevolgd door verworven immuniteit)** terwijl dit bij massavaccinatie tijdens een pandemie niet het geval is.

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

Zie inleiding. Ik heb nooit beweerd dat massavaccinatie verantwoordelijk is voor het ONTSTAAN van virale varianten!!

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

Indien u min of meer op de hoogte was van de literatuur, dan zou u vaststellen dat uw vergelijking met de nationale loterij helemaal niet opgaat. **We kennen ondertussen maar al te goed de risicofactoren met predisponerend karakter.** We weten welke onderliggende ziekten de kans op ernstige C-19 ziekte sterk verhogen. **We weten ook hoe een gezonde levensstijl en gezonde voedingsgewoonten het risico sterk verminderen. Alleen reeds regelmatige beweging leidt tot een sterke vermindering van de kans op C-19 ziekte** (<https://bjsm.bmj.com/content/55/19/1099>). Spijtig genoeg wordt hier door overheden te weinig belang aangehecht en blijft men SC-2 dan maar over dezelfde kam scheren als andere

virale ziektes met een totaal verschillende pathogenese, verschillende ziektegevoelige doelgroep(en) en veroorzaakt door virussen met een sterk verschillende mutatiegraad en infectiviteit en dewelke trouwens grotendeels bestreden worden met een ander type van vaccins (b.v., levend verzwakt) die bovendien nooit voor massavaccinatie worden gebruikt in het midden van een pandemie of epidemie⁵. Daarbij komt nog dat vroegtijdige behandeling van C-19 symptomen de kans op zware ziekte en hospitalisatie met 85%. Of men dit nu graag hoort of niet, ik kan u als viroloog met omvangrijke ervaring in de immunologie verzekeren dat men zonder groepsimmunitet deze C-19 pandemie niet zonder 'kleerscheuren' kan beëindigen.

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

Met betrekking tot uw vergelijking in Brazilië verwijs ik u naar een eerder antwoord. De redenering dat het verwerven van groepsimmunitet impliceert dat men helemaal geen maatregelen kan nemen om hospitalisatie en sterfte tegen te gaan is kort door de bocht. Kwetsbare mensen moeten beschermd en behandeld worden; haarden van hoge infectiedruk dienen te worden bestreden (via doelgerichte infectiepreventie maatregelen en aangepaste huisvesting om bv. *overcrowding* te vermijden) en meer nadruk dient te worden gelegd op gezonde voeding en levensstijl om de kwetsbare fractie van de bevolking gevoelig te reduceren. **De chroniciteit van de pandemie waartoe ons ondoordacht beleid heeft geleid kan onmogelijk tot groepsimmunitet leiden en zal dus met hoogste waarschijnlijkheid uiteindelijk tot meer hospitalisaties en sterfte leiden dan wanneer men zoals boven aangegeven maatregelen zou aanwenden om – zolang groepsimmunitet geen feit is – de schade van een natuurlijke pandemie zoveel mogelijk te beperken.** Wanneer men echter deze maatregelen – vooral dan vroegtijdige behandeling – aan zijn laars lapt, dan hoeft het niet te verwonderen dat er een overbelasting van de ziekenhuizen plaatsvindt. **En zelfs indien een mildere variëte zoals Omicron de druk van de ziekenhuizen wegneemt, ook dan schijnt men nog niet te beseffen dat dit een laatste kans is om alsnog groepsimmunitet te verwerven tegen een verantwoorde prijs**⁶. In plaats daarvan bestelt onze regering anti-Omicron vaccins en zal zodoende verhinderen dat groepsimmunitet kan ontstaan.

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

Eveneens met alle respect, maar vooringenomenheid was nog nooit een goede deugd.

Sophie Rohonyi (DéFI): *Monsieur le président, à l'instar de mes collègues, je tenais à remercier nos deux orateurs pour leur exposé, même si je constate toutefois que M. Herry a quand même eu l'honnêteté et la*

⁵ Zoals (amper) bekend raakte was trouwens ook de toediening van een Ebolavaccin tijdens de Ebola pandemie in West-Afrika (2014-2016) hoogst problematisch: https://uploads-ssl.webflow.com/616004c52e87ed08692f5692/61f65c43db047c9050ffe014_Critical_analysis_Ebola_vaccine_trial_GVB.pdf

⁶ op voorwaarde van flankerende maatregelen zoals vroegrijd medicamenteuze behandeling en, *idealiter*, collectieve antivirale profylaxe

décence d'appuyer ses propos par des études scientifiques, au contraire de M. Vanden Bossche, mais j'y reviendrai plus tard.

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

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

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

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

De tegenindicaties waarvan in mijn betoog sprake betrekken zich niet op factoren die nevenwerkingen van het vaccin zouden kunnen bevorderen maar wel op toedieningswijzen die ofwel de resistentie van het pathogeen aan het vaccin alsook de verergering van de ziekte zelf bij blootstelling aan het pathogeen kunnen bevorderen. Dergelijke tegenindicaties worden merkwaardig genoeg voor vaccins niet bekend gemaakt.

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

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

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

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

Uit de vraagstelling blijkt een totaal gebrek aan inzicht in de konsekventies van symptomatische vaccinatie op de evolutie van het virus. Massavaccinatie, of zelfs vaccinatie van een gehele groep van

kwetsbare individuen, zal wanneer zij doorgevoerd wordt tijdens een pandemie steeds leiden tot natuurlijke selectie, vooral wanneer de huidige C-19 vaccins gebruikt worden tegen varianten waarvan het spike-eiwit sterk verschilt van het spike-eiwit waartegen het vaccin gericht is.

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

Dergelijke vaccinatie van een beperkte groep van de populatie (b.v. kwetsbaren) zou eventueel kunnen worden overwogen indien deze vaccins zouden worden gebruikt BUITEN een pandemie.

Dit is echter voorlopig hoegenaamd niet het geval. De pandemie is nog steeds volop aan de gang. Simultane toediening vergt natuurlijk ook uitgebreide klinische studies, niet alleen om *non-inferiority* van de immunrespons t.o.v. elk vaccin aan te tonen maar ook om voldoende safety gegevens te genereren.

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

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

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

Mijn betoog gaat over de wetenschappelijke verrechtvaardiging. **Als wetenschapper kan men zich maar moeilijk voorstellen dat immuuninterventies die wetenschappelijk niet te verrechtvaardigen zijn een juridische basis zouden vinden.** Indien dit het geval is, dan schort er duidelijk iets met de desbetreffende rechtsgeving

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

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

Ik heb reeds stelling genomen met betrekking tot de statistieken in de hospitalisaties; hoe deze voortdurend evolueren, absoluut geen gezonde basis vormen voor maatregelen op lange termijn en hoe de 'snapshot' mentaliteit een gigantisch risico vormt dat symptomatische massavaccinatie uiteindelijk zal leiden tot varianten die zich niet alleen kenmerken door een hoge infectiviteit maar bovendien ook door

een hogere virulentie. Ik denk daarbij aan een verhoogde virulentie die niet noodzakelijk t.g.v. een verandering van intrinsieke virale eigenschappen ontstaat maar b.v. als gevolg van de binding van niet-neutraliserende antilichamen aan het virus, een fenomeen wat duidelijk een risico vormt voor ADE ('antibody-dependent enhancement' of disease). Pas wanneer een dergelijke evolutie van het virus optreedt zal men misschien beseffen dat de kortzichtige strategie om, los van elke doelstelling die het genereren van groepsimmunität beoogt, hospitalisaties te vermijden via massale vaccinatie verkeerd was en men daartoe beter beroep had gedaan op 'early multi-drug treatment'.

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

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

Het onderzoek naar veiligheid van een vaccin dient te gebeuren tijdens de verschillende fasen van de klinische ontwikkeling, niet als een 'experiment' op de bevolking. Mij dunkt dat u niet op de hoogte bent van de ernst en omvang van de gerapporteerde neveneffecten. En wellicht ook niet van de onderrapportering. Zo worden ook in België b.v. 15 maal minder neveneffecten gerapporteerd dan in Nederland voor een bevolking die slechts 1,5 x talrijker is dan de Belgische (zie hoger). Ik kan alleen hopen dat de bovenvermelde bronnen die de diverse C-19 vaccin-gerelateerde effecten rapporteren u tot nadenken zullen stemmen.

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

Zie boven. Misschien is het belangrijk om even 'over over de landsgrenzen heen te kijken naar de databanken van VAERS, EudraVigilance en DoD en de daarin gerapporteerde C-19 vaccin-gerelateerde neveneffecten zoals gedocumenteerd in 2021 te vergelijken met de soortgelijke neveneffecten van de voorbije Jaren.

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

Het idee van 'vrijwillige besmetting' kwam alleen maar tot stand door de druk die overheden uitoefenen op de jeugd om zich ofwel te laten vaccineren of om ofwel een certificaat van herstel na besmetting voor te leggen. **Men hoeft zich er niet over te verwonderen dat dergelijke, wetenschappelijk niet te verrechtvaardigen maatregelen leiden tot paniek en onbezonnenheid bij niet-gevaccineerden die steeds meer onder druk worden gezet om zich te laten vaccineren terwijl ze dat duidelijk niet willen.** Indien u dit zou begrijpen, dan hoefde u mij misschien niet te beschuldigen van het aanzetten tot vrijwillige besmetting.

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

Uw arrogante aantijging vormt een rechtstreekse *ad hominem* aanval en is niets minder dan poging tot karaktermoord. Dergelijke uitspraken van mensen met een politiek mandaat bedreigen de samenleving en geven snel aanleiding tot een spiraal van mensonterende discriminatie en segregatie waarvan nu reeds een aantal landen spijtig genoeg getuigen. En dit terwijl uw kennis van de pandemie niet verder reikt dan die van de kat van mijn buurvrouw. Blijkbaar schijnt u zelfs niet eens te beseffen dat u hiermee uw visitekaartje onafscheidelijk vastniet op de eerste pagina van de notulen van deze hoorzitting.

Enfin, toujours par rapport à votre théorie, je tiens aussi à rappeler qu'il y a des personnes qui ont été infectées par le virus à plusieurs reprises sans jamais toucher au vaccin. Cela montre bien que l'immunité acquise par une infection, sans être vacciné, est temporaire.

U begrijpt duidelijk niet dat telkens in deze gevallen de gezonde persoon in kwestie beschermd was tegen ziekte, precies dankzij natuurlijke immuniteit. Dat kan van de vaccins niet gezegd worden. **Waarom legt u de lat bij vaccinatie zo laag mogelijk (bescherming tegen zware ziekte) terwijl u ze zo hoog mogelijk legt bij natuurlijke immuniteit (bescherming tegen infectie)?**

Autrement dit, avec votre stratégie, nous aurions tout intérêt à garder le virus avec nous puisqu'on devra se faire réinfecter dès que l'immunité acquise par une contamination ne serait plus suffisante. Je voulais avoir votre réponse par rapport à cela, d'autant plus que, comme on l'a entendu, certains experts, comme l'épidémiologiste Pascal Crépey, ont rappelé que plus la circulation du virus est importante, plus vous laissez d'opportunités à ce virus de trouver des solutions face à un problème tel que la vaccination ou l'immunité naturelle.

Dacht u dan werkelijk dat we dit virus zouden uitroeien? Dit zou dan wel veronderstellen dat de vaccins steriliserende immuniteit hebben, dat er in de populatie geen asymptomatische dragers zijn en dat er ook geen dierpopulaties zijn die het virus herbergen. Aan geen enkel van deze voorwaarden is voldaan. In tegendeel, de massavaccinatie tijdens de pandemie geeft alleen maar aanleiding tot het dominant circuleren van steeds meer infectieuze varianten met Omicron als kers op de taart. Precies dat leidt tot steeds meer viruscirculatie en inderdaad – zoals P. Crépey beweert – verhoogt de kans op natuurlijke selectie van SC-2 varianten die in staat zijn de immense immuudruk die uitgeoefend wordt door de populatie te overwinnen. **Ik pleit precies voor het omgekeerde, t.t.z. om via groepsimmuniteit de infectiedruk en kans op transmissie drastisch te verminderen.** Ook al leidt een drastische vermindering van de infectiedruk tot het wegebben van natuurlijk verworven antistoffen, toch bestaat er iets als een 'immunologisch geheugen' wat een voorheen van ziekte hersteld individu in staat stelt om de natuurlijke immuniteit zeer snel opnieuw te heractiveren. Zodoende krijgt de populatie de 'uitbraak' ook opnieuw snel onder controle. Dergelijke uitbraken kunnen steeds voorkomen (b.v. seizoenaal) tijdens de endemische fase. **Gezien het mismanagement van deze pandemie kunnen we echter van een dergelijke endemische fase voorlopig alleen maar dromen....**

Je vous remercie.