

## COMMISSION SPÉCIALE CHARGÉE D'EXAMINER LA GESTION DE L'ÉPIDÉMIE DE COVID-19 PAR LA BELGIQUE

du

LUNDI 21 SEPTEMBRE 2020

Après-midi

## BIJZONDERE COMMISSIE BELAST MET HET ONDERZOEK NAAR DE AANPAK VAN DE COVID-19-EPIDEMIE DOOR BELGIË

van

MAANDAG 21 SEPTEMBER 2020

Namiddag

**Audition de MM. Michel Roland, Alexis Andries et Ri De Ridder, représentants de Médecins du Monde.**

**Hoorzitting met de heren Michel Roland, Alexis Andries en Ri De Ridder, vertegenwoordigers van Dokters van de Wereld.**

De **voorzitter**: We kunnen starten met de hoorzitting. In de zaal is dokter Roland aanwezig. Via Zoom zijn dokter Andries en dokter De Ridder aanwezig. Zij zijn drie vertegenwoordigers van Dokters van de Wereld. Zij zullen ons eerst een inleiding geven en ik zou willen vragen om die tot 20 minuten te beperken. We zullen proberen om deze vergadering minder te laten uit te lopen dan de vorige. Nadien is er een vragen- en antwoordronde.

Monsieur Roland, je pense que c'est vous qui commencez la présentation. Je vous donne la parole.

**Michel Roland**: Monsieur le président, tout d'abord, je vous remercie vraiment de nous avoir invités à cette commission. Nous avons prévenu que nous n'étions pas exactement dans le thème OMS. J'entends que cela a posé un petit problème en première partie de réunion. Mais on nous a dit qu'on pouvait quand même venir exposer deux épisodes qui nous ont beaucoup occupés chez Médecins du Monde pendant cette épidémie de COVID.

Nous serons trois à parler: le Dr De Ridder, président, M. Andries, responsable des opérations belges et moi-même qui suis directeur santé ad interim. C'est M. De Ridder qui commencera notre présentation. Nous vous promettons de respecter un temps de parole de vingt minutes.

**Ri De Ridder**: Ik zal het kort houden en Dokters van de Wereld enkel situeren. Het is een

internationale beweging. We zijn in België maar ook internationaal actief. Onze missie is om universele toegang tot gezondheid mogelijk te maken voor iedereen. We doen dat door zorg, we kunnen getuigen en we zoeken ook naar sociale verandering. Vanuit die invalshoek getuigen we vandaag, op basis van onze ervaringen in België. We zullen ook verwijzen naar kennis die reeds in het begin aanwezig was, waartoe wij toegang hadden, maar die blijkbaar weinig gekend was.

Daarom wil ik vragen aan de heer Andries om te starten met wat wij wisten toen de crisis uitbrak.

**Alexis Andries**: Onze getuigenis gaat over de grote aandacht. In het begin wilden we vooral geen Italiaanse toestanden. We gaan hier geen mediakritiek uitrollen, maar het is duidelijk dat de kracht van de beelden er onder andere voor heeft gezorgd dat de prioriteit in België was om dat te allen prijze te vermijden: geen saturatie in de ziekenhuizen, meer bepaald op het niveau van intensieve zorg. Daarnaast waren de algemene maatregelen gericht op het afvlakken van de curve, *flatten the curve*.

Vandaag komen we hier getuigen over wat geen prioriteit was in onze ogen, met name de situatie in collectiviteiten. We spreken niet over woon-zorgcentra, want daar waren we niet actief, maar wel op het niveau van daklozen, mensen zonder wettig verblijf, mensen met een verslavingsproblematiek. Op dat vlak is in onze ogen toch een en ander misgelopen, of waren er toch een aantal gemiste kansen.

De eerste boodschap van de lockdown was "Blijf in uw kot!". Dat was onmiddellijk heel duidelijk. Dat was een krachtige boodschap. Over de vertaling naar daklozen was vooraf niet nagedacht.

Toen wij de boodschap "blijf in uw kot" kregen,

moesten we dus gaan bedenken hoe een dakloze in zijn kot blijft. Hoe konden wij ervoor zorgen dat de veiligheidsmaatregelen bij deze zeer kwetsbare populatie gehandhaafd konden worden? Hoe moesten wij de nacht- en dagopvang opnieuw gaan uitvinden? Dat zijn de problemen waarmee we geconfronteerd werden. We moesten een aantal basisdiensten vrijwaren, namelijk de toegang tot voedsel, de hygiëne enzovoort. Last but not least moest er ook toegang tot de medische zorg blijven.

Hoe moesten we daarvoor zorgen met een populatie die daar met de huidige regelgeving inzake dringende medische hulp al vaker niet dan wel toegang toe heeft? Uit de cijfers van het Kenniscentrum bleek dat bijvoorbeeld 90 % van de mensen zonder papieren geen toegang heeft tot medische zorg. Bij een pandemie moet men dan mensen gaan isoleren terwijl ze geen onderdak hebben en moeten er mensen verzorgd worden die geen toegang hebben tot de zorg. Dat vormt uiteraard een zeer grote uitdaging.

In functie van de beelden uit Italië konden we ook gaan kijken naar wat er in de Italiaanse straten gebeurde. Dat hebben we begin maart ook gedaan, zoals u kunt zien op de volgende slide. De kern van mijn getuigenis vandaag is eigenlijk dat we het hadden kunnen weten. We hadden immers contacten met onze Italiaanse collega's. Op de volgende slide ziet u een soort *road map* van wat we in België hebben moeten uitvinden in de daklozensector. Italië was ons in maart voor en daar had men dat eigenlijk allemaal al uitgevonden. De exclusieve aandacht voor de toestand op medisch vlak en de ziekenhuizen betekende dat men kansen miste om naar andere zeer kwetsbare doelgroepen te kijken, waaronder de doelgroepen van Dokters van de Wereld.

Ik zal de aanbevelingen niet in detail overlopen, maar soms gaat het om kleine zaken. Zo is er bijvoorbeeld het sluiten van de voedselbedeling voor daklozen. Niemand kon nog op straat komen en er was dus geen inkomen meer. Het zwartwerk viel stil, mensen met een verslavingsproblematiek hadden geen inkomen meer etc.

We gaan dan naar de laatste slide. We hebben het manco op het niveau van de nationale coördinatie opgemerkt. We leven in een land met versnipperde bevoegdheden wat gezondheid betreft, maar een nationale coördinatie op het niveau van de kwetsbare doelgroep, een vertaling van de nationale richtlijnen voor alle doelgroepen... Dat betekent dat maatregelen vertaald moeten worden naar op het terrein haalbare maatregelen. Op lokaal niveau is er enorm hard gewerkt door lokale overheden, ngo's en andere organisaties, maar we

moesten het bij manier van spreken voor elke stad of gemeente weer opnieuw gaan uitvinden.

Wat wij ook missen, vandaag nog, zijn specifieke maatregelen voor de lange duur van de pandemie. Wij zijn gestart met hotels enzovoort. Die capaciteit wordt afgebouwd. Wij zijn gestart met een versoepeling op het niveau van de dringende medische hulpverlening. Dat wordt afgebouwd. Op het niveau van de toegang tot internationale bescherming zijn er ook maatregelen genomen die het aantal mensen op straat hebben doen vermeerderen. Dat zijn allemaal zaken die wij missen. Vandaag nog stellen wij bijvoorbeeld vast dat kraakpanden niet als een collectiviteit worden beschouwd op het niveau van Sciensano, waardoor er geen terugbetaling is.

Dat zijn allemaal consequenties van een gebrek aan nationale coördinatie, een plaats waar de uitdagingen – het zijn grote en belangrijke uitdagingen voor kwetsbare doelgroepen, zoals die van ons – kunnen worden beantwoord en gecoördineerd.

Vandaar mijn laatste zin: het gebrek aan coördinatie en daadkracht, vandaag nog steeds, zorgt voor grote drempels in ons werk om toegang tot zorg en tot testing en tracing voor onze doelgroepen in Brussel en andere steden van Vlaanderen en Wallonië te kunnen verzekeren.

**De voorzitter:** U bent alle drie helemaal klaar?

**Ri De Ridder:** Nee, dokter Roland zal aansluitend nog een aantal gegevens meedelen. Dat is het vervolg van de presentatie.

**De voorzitter:** Dat dacht ik al.

**Michel Roland:** Je vais centrer mon intervention sur la campagne de dépistage que nous avons menée pendant plusieurs semaines, décrite sous forme de recherche. Je vous demanderai de bien vouloir respecter un certain degré de confidentialité parce que toutes les données ne sont pas encore compilées ni publiées. Nous trouvons néanmoins important de vous présenter des données préliminaires dans le cadre de cette commission.

Le protocole de recherche, centré sur le dépistage, a été écrit par une chaire qui allie une structure humanitaire – Médecins du Monde – et une structure académique – l'Université libre de Bruxelles – et qui est axée sur les inégalités sociales de santé. Comme vous le savez tous, ce sont les inégalités sociales qui provoquent les inégalités de santé, que ce soit en matière d'espérance de vie, de morbidité physique ou somatique ou encore de santé mentale. Tous les

risques liés aux déterminants non médicaux de la santé sont accrus chez les populations les plus précaires.

L'épidémie de coronavirus n'a fait qu'accentuer cette tendance des inégalités sociales en touchant de plein fouet les plus précaires et les plus vulnérables que sont les sans-abri, les consommateurs de drogues et toutes les populations dont Mr. Andries vous a déjà parlé. Avec le soutien des autorités publiques et d'organisations partenaires, nous, Médecins du Monde, avons mis sur pied un dépistage organisé systématique dans la population des sans-abri, qui constitue la partie immergée de l'iceberg, qui est nettement plus profond.

L'on dénombre très peu d'études épidémiologiques qui sont consacrées à ce genre de population, et encore moins qui peuvent servir de base à la mise en place de politiques adaptées. Nous avons trouvé une étude, publiée à l'hôpital Saint-Pierre et portant sur un petit nombre de patients, qui montrait que les sans-abri présentaient un risque d'hospitalisation trois fois plus élevé que la population générale.

Nous avons adapté les stratégies de dépistage officielles recommandées par Sciensano aux populations que nous voulions dépister. Ainsi, nous avons systématiquement compté sur le capital confiance que nous avions construit avec nos consultants et nos usagers, et nous avons systématiquement associé le dépistage et les tests à des mesures et procédures de promotion de la santé, afin d'encourager les gestes barrières et les mesures de distanciation sociale, autrement dit toutes les mesures susceptibles de freiner la propagation du virus.

La population cible, ce sont bien les sans-abri. Nous avons été les chercher, en *outreach*, à la fois dans des centres d'accueil agréés, mais aussi dans les très nombreux centres d'accueil non agréés qui permettent de tamponner le surplus qui, sinon, ne trouverait pas de place dans les centres officiels. Nous avons travaillé dans des centres du Samusocial, dans des hôtels d'hébergement, des hôtels de confinement, des hôtels d'isolement, dans des squats, dans des centres de la Croix-Rouge, dans des centres de Médecins sans Frontière.

Et nous avons fait trois choses: au-delà de la promotion de la santé, récolter des données médicales, dont des données épidémiologiques, auprès de ces personnes sans-abri. On les a testées par un test PCR chez les symptomatiques et chez tous les asymptomatiques. Donc, on a vraiment testé des communautés, qu'on pourrait

appeler résidentielles, et pas seulement les personnes symptomatiques comme le recommandait Sciensano à ce moment-là. On verra qu'on a probablement eu raison de procéder de la sorte.

Et puis, on a essayé d'utiliser tout le matériel recueilli pour faire une série de recommandations pour mettre en place des processus opérationnels et aussi pour documenter finalement les barrières d'accès aux soins.

C'était une recherche collaborative qui a mis en synergie Bruss'Help, qui est une structure bicommunautaire publique de Bruxelles, Iriscare, le cabinet du ministre Maron, Médecins sans Frontières, un poste médical de garde Athéna, le New Samusocial, Infirmiers de rue, etc. On a procédé à des analyses statistiques et on a demandé l'avis du comité d'éthique d'Erasmus.

*(La suivante, s'il vous plaît.)*

Ça, c'est la population telle qu'on l'a étudiée. Vous voyez qu'en fait, on est allés dans 52 centres entre avril et juin. Cette période est importante parce qu'en fait, on a commencé avec un petit peu de retard par rapport au début de l'épidémie comme nous l'aurions voulu. On avait déjà rédigé le protocole, mais on manquait de matériel de test, on manquait de matériel de protection. Et c'est important quand on verra le décalage entre, par exemple, ce qui se passait dans les maisons de repos. Et on verra que nos chiffres sont d'autant plus significatifs.

On a testé des bébés qui n'avaient que quelques jours. On a testé un monsieur de 90 ans. Il y a des gens très âgés qui sont dans la rue. Voyez, le profil social de cette population, l'aide médicale urgente 27 %, aucune couverture sociale 31 %, et 35 % de gens avec mutuelle mais qui souvent, ignoraient qu'ils avaient des droits.

Vous voyez que les deux premières catégories, "aide médicale urgente" et "aucun", dépassent largement les 50 %. Cela veut dire que les gens dans la rue n'ont, *a priori*, en majorité, pas d'accès à une couverture médicale.

Qu'ont montré les résultats? D'abord, que des études scientifiques rigoureuses sont possibles sur des populations réputées difficiles et instables. En accompagnant, en utilisant ce fameux capital confiance, et en associant des recherches à des mesures de santé publique comme la promotion de la santé, c'est tout à fait possible de procéder à ce genre de recherche.

Les résultats bruts sont les suivants. Il s'agit vraiment de résultats bruts. Quasiment 90 % des

usagers de ces centres n'avaient aucun symptôme; 90 % n'avaient non plus aucune maladie chronique. Symptômes respiratoires aggravés (qui sont un critère de test): 90 % pas du tout. Par contre, la cohabitation dans un lieu de sommeil: oui pour 15 % de ces patients. On avait à peu près 5 % de tests positifs, ce qui n'est pas tellement plus que dans la population générale ou dans les maisons de repos. Mais, comme je l'ai dit, il faut décaler nos résultats puisqu'au début, on avait des prévalences, dans certains centres, qui constituaient donc des *clusters*, jusqu'à 33 % de patients positifs. La majorité était d'ailleurs totalement asymptomatique.

Manifestement, le nombre important de ces patients asymptomatiques, on en avait connaissance dès la mi-avril, début mai, donc qu'ils étaient potentiellement contaminants de leurs proches puisqu'on atteignait des taux de quasiment un tiers de tests positifs dans ces lieux. Certains lieux étaient spécialement touchés et ce sont surtout les lieux particulièrement précaires, c'est-à-dire avec des conditions d'hygiène parfois déplorables. Le fait d'avoir une carte médicale d'urgence dans le cadre du CPAS était un facteur de risque pour être testé positif. Je viens de parler du moment du *testing*. Les symptômes n'étaient pas du tout un critère d'éventuelle positivité; par contre, le partage d'une chambre avec un quelqu'un testé positif l'était.

À partir de ces données, nous avons procédé à une rédaction et à une proposition de communication pour l'extérieur. Nous allons pouvoir mettre en place des mesures qui vont suivre celle-ci. Mais surtout, peut-être, recommander une série de choses, qui comme l'a dit Alexis Andries, devraient avoir une visée de pérennité qui devraient se prolonger au-delà de cette première vague.

- Adapter les recommandations générales au contexte personnel, mais aussi au contexte collectif en testant toutes les personnes-cibles symptomatiques ou pas, dans des lieux connus comme spécialement vulnérables.

- Associer systématiquement le *testing* et maintenant le *testing-tracing* - ce que nous sommes en train de remettre sur pied - à la promotion de la santé en s'appuyant sur la capital confiance. Un *testing* non individualisé dans certaines populations a peu de chance d'aboutir, ne fût-ce que par crainte d'un certain quadrillage social.

- Garantir la confidentialité et le respect de la vie privée.

- Pérenniser tous ces lieux d'accueil qui ont été

mis sur pied durant la première vague: lieux d'accueil d'hébergement et lieux d'accueil de confinement pour ceux qui ont été testés positifs.

- Disposer aussi le plus rapidement possible (j'ai entendu durant la première partie que c'était cité) de matériel de test et de matériel de protection individuelle qui, au début, nous ont furieusement manqué et qui ont fait qu'on a dû différer le début de cette campagne.

- Avoir des budgets suffisants car la force de travail nécessaire est très, très importante pour aller dans des lieux de ce type.

- Simplifier et unifier les procédures d'enregistrement. Actuellement, d'énormes progrès ont été faits, mais au début de cette campagne de *testing*, il était impossible d'encoder sur la plate-forme fédérale des gens qui n'étaient en ordre de mutuelle. Vous voyez qu'ici, on en avait vraiment beaucoup.

- Surtout, assurer une couverture médicale, des soins de prévention ou du curatif, et pour le diagnostic et pour le traitement, de façon universelle. Je pense, que ce sera la dernière intervention de mon collègue qui vous montrera l'importance de cet élément. Merci beaucoup.

**Ri De Ridder:** We hebben aan het secretariaat van de commissie een document bezorgd ter attentie van de leden: "Welke relance voor het Belgische gezondheids- en zorgsysteem na COVID?"

De boodschap die wij daarin brengen, is dat het niet alleen gaat over de kwetsbaarheid tijdens de COVID-19-crisis, gelinkt aan COVID-19, maar over de algemene maatschappelijke uitdaging. Wij hebben geleerd dat de samenleving er geen belang bij heeft te weinig aandacht te besteden aan de kwetsbaarheid van uitgesloten groepen in de samenleving. Vanuit een volksgezondheidsperspectief moeten we dus kijken naar de sterkte van het gezondheidssysteem om ook die soms onzichtbare groepen in de samenleving mee te hebben en te zorgen voor een universele dekking van de gezondheidszorg. De gezondheidszorg moet ook zo worden georganiseerd dat de moeilijker bereikbare groepen inderdaad mee zijn. Dat is een uitnodiging om te bekijken welke lessen we kunnen trekken uit de werking van ons systeem.

Wij staan uiteraard ter beschikking van de commissieleden voor het beantwoorden van eventuele vragen. Hartelijk dank om ons de gelegenheid te geven de aandacht te vestigen op

deze groep in de samenleving.

De **voorzitter**: Dank u wel voor de interessante uiteenzetting. We geven het woord aan de leden.

**Kathleen Depoorter** (N-VA): Dank u voor uw uiteenzetting, die ik interessant vond, maar ik stel mij wel de vraag waarom deze uiteenzetting vandaag in de commissie wordt gegeven. We hebben het op dit moment over de internationale aanbevelingen in verband met de COVID-19-crisis en over hoe België die heeft geïmplementeerd. Dat onderwerp mis ik hier. U snijdt inderdaad belangrijke thema's aan, namelijk de zorg voor kwetsbaren en het feit dat niet iedereen toegang heeft tot de mutualiteit of een globaal medisch dossier, waardoor die mensen absoluut moeilijker bereikt werden tijdens de COVID-19-crisis, maar wat is de relevantie van uw uiteenzetting?

Ik verklaar mij nader.

Als het over de doelgroepcommunicatie gaat, denk ik dat u absoluut juist bent. Er is te weinig naar de doelgroepen gecommuniceerd. Men kan het daarbij hebben over mensen met een verslavingsproblematiek of daklozen, maar dan moeten we het ook hebben over de jeugd en over ouderen. We moeten dus veel verder kijken, maar we zijn het er absoluut over eens dat de communicatie beter had gekund en beter had moeten.

Waarmee ik het niet eens ben, is de aanpak van de drugsverslaafden. Lokale besturen hebben daarop heel hard ingezet. Ik ben zelf apotheker in een grote stad. Ik werk met afkickcentra. Wij hebben ons met de eerstelijnszorg en het lokale bestuur hard ingezet om die mensen te kunnen bereiken. Het is dus niet allemaal kommer en kwel. Wat wel heel juist is, is dat het moeilijk is om hen te bereiken. Zij beschikken inderdaad niet allemaal over een mutualiteitsaansluiting. De contacttracing is in die gevallen heel moeilijk.

In mijn ogen is het een veel globaler probleem. U zegt dat zij veel meer kans hebben om gehospitaliseerd te worden. Hun initiële gezondheidsstatus zal ook wel iets minder gecontroleerd zijn. Dat weten we allemaal. De risicopatiënten hebben meer kans om gehospitaliseerd te worden. In dat opzicht vind ik dat de 5 % positieve testen nog meevallen. Ik had het erger verwacht. Het is niet dat ik het goedkeur, maar het had erger gekund. U zegt dat men rekening moet houden met afwijkingen, maar dat geldt voor de hele samenleving. Voor één positieve test waren er tien positieven in de eerste golf. Nu rekenen we een op de drie.

Ik richt mij nu tot mijn collega's. We hebben de vragenronde met professor Van Gucht moeten afronden. We hebben onze antwoorden niet gekregen. Dit is interessant, maar ik vraag mij af of dit vandaag in deze commissie echt noodzakelijk was. Of zien we dit eerder in een andere propagandapraat? Ik heb het daar een beetje moeilijk mee.

De **voorzitter**: Mevrouw Gijbels heeft het woord.

**Frieda Gijbels** (N-VA): Als we het dan toch over internationale bespiegelingen hebben, wil ik graag vernemen of u in een ander land een aanpak ziet die u goed vindt.

**Barbara Creemers** (Ecolo-Groen): Ik dank de sprekers. Ik heb uw rapport gelezen. Er staan heel wat interessante zaken in, die wij met deze commissie zeker moeten meenemen. Of dat nu vandaag is of een andere keer, ze zijn zeker relevant.

Ik heb een paar bijkomende vragen. Zeker als we de insteek van vandaag gebruiken, vraag ik mij af of er vanuit de Wereldgezondheidsorganisatie of vanuit het ECDC, waarover we het toch al een aantal keren hebben gehad, specifieke richtlijnen naar de deelstaten zijn gegaan met betrekking tot de kwetsbare groepen en over de aanpak van die problematiek. Zo ja, wat waren die instructies? Naar wie zijn die instructies in ons land dan gegaan? Wie had die moeten oppakken?

Dokter De Ridder, welke personen of diensten binnen de FOD Volksgezondheid of binnen het RIZIV hadden u moeten helpen en hadden ervoor moeten instaan dat die kwetsbare groep in deze crisis niet ultrakwetsbaar werd?

Wij hebben in volle coronacrisis, en nog steeds, gezien dat het heel moeilijk is voor mensen die geen rijksregisternummer hebben om zich te laten testen en tracen. Worden die personen, als zij positief testen, dan wel opgenomen in de statistieken? Dat is een vraag uit pure nieuwsgierigheid.

Als we de timing die u ons nu geeft naast de timing van daarnet leggen, zien we duidelijk dat u in april en mei al asymptomatische personen hebt getest, terwijl dat nog niet gebeurde bij de andere bevolkingsgroepen. Jullie zijn daarin dus vooruitziend geweest. Hoe verliep dat dan concreet? Hoe kregen jullie toegang tot het testmateriaal en hoe kregen jullie de toestemming om mensen zonder symptomen te testen?

Als we de internationale context voor ogen houden, hoe zijn jullie in contact gebleven met de rest van

de wereld? Het is immers geen lokaal probleem. Net als collega Gijbels vraag ik mij af welk land het beter heeft gedaan dan België. Hoe verliep de internationale samenwerking?

Vrijdag hebben wij hier geleerd dat de Wereldgezondheidsorganisatie bij de eerste tekenen van de pandemie vooral heel bezorgd was om Afrika. Dat was toch opvallend. De situatie mocht niet ontsporen op plaatsen waar de mensen slecht toegang hebben tot gezondheidszorg. Op het moment dat wij merkten dat de ziekte hier was, hebben wij blijkbaar niets met die aanbeveling gedaan. Dat vond ik vandaag een heel opvallende vaststelling.

Er was veel internationale kennisuitwisseling, maar was die er ook met de FOD Volksgezondheid en Sciensano over wat jullie in april al deden? Is die kennisuitwisseling er geweest en hoe verliep die?

Blijkbaar heeft het lang geduurd vooraleer bij Sciensano het besef doordrong dat er ook asymptomatische patiënten elkaar aan het besmetten waren, terwijl jullie daar al zicht op hadden in april, als ik jullie tijdlijn goed interpreteer. Hoe verliep die uitwisseling? Is daar iets mee gebeurd?

Ik heb ten slotte nog een vraag die vandaag wellicht nog altijd relevant is. Hebben jullie jullie doelgroepen kunnen voorzien van mondklappers en alcoholgel of zeep? Wij hebben het nu vooral over testen gehad, maar het gaat ook over hygiëne. Als er wordt opgeroepen om zoveel mogelijk de handen te wassen, maar als men geen stromend water heeft op de plaats waar men meestal verblijft, dan is dat natuurlijk een moeilijk na te leven maatregel.

Hoe gaan jullie met die zaken aan de slag?

**Laurence Hennuy** (Ecolo-Groen): Monsieur le président, je remercie les intervenants pour leur exposé fort intéressant. Ma collègue ayant posé des questions très précises, je ne vais pas m'exprimer plus avant. Je suis plutôt intéressée par les réponses.

**Patrick Prévot** (PS): Monsieur le président, c'est ma collègue Éliane Tillieux qui se chargera d'intervenir pour le Parti socialiste.

**Eliane Tillieux** (PS): Monsieur le président, je remercie les intervenants, aussi bien les deux premiers que les trois représentants de Médecins du Monde. "Comment réagir à une pandémie qui touche un public vulnérable?" constitue une question préoccupante. Dès lors, votre présence me semble tout à fait pertinente.

Vous déplorez des mesures inadaptées au public vulnérable. Je pense, par exemple, aux personnes sans abri ou à celles qui ne disposent pas de couverture de soins de santé. Quelle communication avez-vous déployée auprès de ces gens? Vous avez présenté l'étude et étiez sur le terrain. Vous avez évoqué la nécessaire confiance entre les équipes sur le terrain et les personnes en situation de vulnérabilité. Vous êtes-vous servis de moyens de communication plus particuliers? Nous savons que la communication reste l'une des grandes difficultés de la gestion de cette crise sanitaire.

Pendant ces longs mois, les médecins généralistes ont eu bien du mal à recueillir une information adaptée et pertinente au bon moment. Avez-vous entretenu des contacts avec la première ligne pour accorder une attention toute particulière à ce public?

Avez-vous dialogué avec les autorités? Si oui, cela fut-il le cas à plusieurs reprises? Avez-vous été écoutés quant à vos difficultés sur le terrain?

Tout à l'heure, nous avons beaucoup parlé du plan pandémie pour regretter qu'il n'ait pas été actualisé ni prêt pour affronter le début de la crise. Dans le cadre d'un tel plan, auriez-vous des propositions à soumettre pour poursuivre le combat contre le coronavirus, mais également – dans une tout autre situation – pour obtenir le matériel nécessaire et constituer des roulements de stocks, puisqu'une échéance est assignée à ce matériel?

Qu'en est-il en termes d'approvisionnement, le cas échéant, en termes d'actions prioritaires à mener – il faut pouvoir prioriser les soins ou tout simplement les actions –, en termes de mise à disposition de ressources humaines et en termes de vaccin. On espère, en tout cas, que le vaccin arrivera. Avez-vous des recommandations à cet égard?

Quant à l'idée d'un plan pandémie, êtes-vous inclus? Étiez-vous inclus dans le plan précédent ou pas du tout? Faudrait-il émettre des recommandations pour avoir un volet particulier dans le plan pandémie par rapport au public le plus vulnérable? Si vous étiez malgré tout présents dans un plan pandémie, y a-t-il alors un lien avec les autres autorités au plan européen ou au plan international? Je sais que vous êtes attentifs au public, parfois de manière différenciée pour les femmes et les enfants. Avez-vous à cet égard constaté, de manière genrée, des difficultés plus grandes et donc, des solutions adaptées à mettre en œuvre en fonction du public, par exemple pour les femmes et les enfants.

Vous avez largement parlé du manque de coordination national. Auriez-vous des recommandations? À quel niveau celle-ci pourrait-elle être effectuée? Est-ce au SPF Santé ou ailleurs? Quels sont vos points de contact? En général, on sait qu'une crise est bien gérée s'il n'y a qu'un point d'entrée, un *Single Point of Contact* (SPOC). Avez-vous des recommandations à émettre à cet égard? Dans l'étude que vous avez eu la bienveillance de nous présenter, vous avez relevé le nombre de contaminations des personnes asymptomatiques. Sur la ligne du temps, quand vous êtes-vous rendu compte que les personnes asymptomatiques pouvaient également être contaminantes?

Vous avez dit que les centres n'étaient pas considérés comme des collectivités par Sciensano. Pouvez-vous nous dire pourquoi si vous en avez la réponse?

Enfin, vous avez évoqué la nécessité d'une procédure d'enregistrement de *testing* et de *tracing* plus simple et centralisée. Pourriez-vous développer cet aspect?

**Dominiek Sneppe** (VB): Geachte heren, ik dank u in naam van het Vlaams Belang voor de andere invalshoek die u hebt verhelderd.

Wat de internationale problematiek betreft, heb ik maar één vraag en die gaat over de resultaten van uw onderzoek. Aan wie zult u die rapporteren? Wat zult u daarmee doen? Zijn er ook cijfers uit andere landen? Hebt u wat u in België hebt gedaan, ook in bijvoorbeeld Duitsland of Frankrijk gedaan? Kunnen wij die cijfers vergelijken en zo de beste van de klas een beloning geven, bij manier van spreken, zodat de rest eruit kan leren?

Mijn andere vragen zijn meer gericht op u als experten en op het werkveld, dus ik hoop dat ik ook daar vandaag enkele antwoorden op kan krijgen.

Eerst en vooral, hoe verliep de communicatie vanuit de regering en de instellingen met de eerstelijnszorg? Wanneer kreeg u concrete info in verband met het virus en de aanpak van het virus en op welke manier werd dat gecommuniceerd?

Vanaf wanneer was het duidelijk dat er te weinig persoonlijk beschermingsmateriaal was? Hoe hebt u daarop zelf geanticipeerd? U bent immers toch redelijk snel in het veld gaan opereren, dus ik denk dat u toch ook beschermingsmateriaal nodig had. Waar haalde u dat dan en hoe hebt u daarop geanticipeerd? Wanneer kreeg de eerstelijnszorg uiteindelijk voldoende beschermingsmateriaal? Was u ervan op de hoogte dat de strategische

stock vernietigd was? Dat zou ik toch ook graag weten.

Met het testmateriaal liep het in het begin ook reeds fout. Professor Van Gucht heeft het daarnet proberen uit te leggen, maar goed. Wanneer werd duidelijk dat er ook te weinig testkits waren? Wanneer werd u daarvan op de hoogte gesteld en wanneer werd dat probleem opgelost? Hoe hebt u daarop geanticipeerd? Ik hoor u immers vertellen dat u breder test, dus u moet in het bezit geweest zijn van meer testmateriaal.

Wat de collectiviteiten betreft, de alarmbel is eigenlijk maar beginnen rinkelen toen de doden, bij wijze van spreken, uit de woon-zorgcentra vielen. Hoe had dat vermeden kunnen worden? Als ik u hoor, dan heb ik de indruk dat de collectiviteiten gewoon vergeten waren? Klopt dat of ga ik te kort door de bocht?

Hebben jullie de indruk dat naar jullie en naar het werkveld werd en nog steeds wordt geluisterd?

Steeds meer dissidente stemmen zijn de mening toegedaan dat de maatregelen erger zijn dan het virus zelf. Wat is de positie van Dokters van de Wereld tegenover die dissidente stemmen?

Sneltests werden in België heel snel, bij wijze van spreken zelfs bijna onmiddellijk, verboden. In Nederland zal TNO een snelle, betrouwbare en goedkope sneltest op de markt brengen of uittesten. Ziet u heil in het gebruik van een sneltest? Zouden wij een dergelijke test hier in België volgens u ook moeten gebruiken, bijvoorbeeld om de huisartsen en de triageposten te ontlasten?

De immuniteit bedroeg op 17 mei 2020 6 %. Sindsdien zagen wij praktisch geen cijfers meer over de immuniteit. Hebt u enig zicht, eventueel uit de resultaten van jullie onderzoek, op de evolutie van de immuniteit? Weet u misschien waarom de immuniteit niet nader wordt onderzocht of waarom er niet meer over wordt gecommuniceerd?

Daarmee samenhangend wil ik u, als artsen die met de voeten in het veld staan, nog de volgende vraag voorleggen. Welke oplossingen zien jullie voor de overbevraging van de huisartsen en van de artsen in de triagecentra? Onze huisartsen zijn immers van bij het begin voor 200 % ingeschakeld. Wij zijn ondertussen 6 maanden of meer later. Zij staan nog steeds voor 200 % met de voeten in het werkveld. Zij moeten zelfs bijna 300 % werken. Welke oplossingen stellen jullie voor om onze huisartsen bij te staan?

Mijn slotvraag wil ik aan iedereen stellen. Wat

hebben jullie geleerd uit deze crisis?

**Michel De Maegd (MR):** Merci à nos intervenants de Médecins du Monde pour leur présence et leurs recommandations concrètes et axées sur l'avenir. J'avoue être quelque peu désespéré par la méthodologie de notre commission. Nous avons en effet constitué un *cluster* sur les aspects internationaux de cette crise et je vois que, une fois de plus, nous débordons du cadre. J'aimerais dès lors revenir brièvement sur la crise et sa dimension internationale.

Dans le prolongement de la question que j'ai posée à nos orateurs précédents, comment s'est déroulé, à votre niveau, le flux de communication en provenance de Sciensano et des autorités sanitaires vers vous? Comment ce flux pourrait-il, le cas échéant, être amélioré?

Ensuite, avec quelles organisations internationales actives en matière de santé publique Médecins du Monde a-t-elle eu des contacts réguliers? Comment se sont déroulés ces contacts? Ces institutions et leurs recommandations à destination des praticiens ont-elles pu vous accompagner dans la prise en charge de vos projets en période de crise aiguë?

Enfin, votre organisation est, par nature, internationale. Avez-vous ressenti une curiosité de la part des autres pays vis-à-vis de nos mesures de lutte contre le COVID-19? Comment pourrait-on renforcer cette harmonisation internationale des mesures de lutte contre le coronavirus? Peut-être avez-vous un guide de bonnes pratiques à nous proposer, vous qui êtes amenés, dans le cadre de votre pratique professionnelle, à coordonner des projets sur la scène internationale?

**Nawal Farih (CD&V):** Mijnheer de voorzitter, geachte sprekers, bedankt voor uw uiteenzetting. Persoonlijk vind ik de beknoptheid ervan zeer jammer, want het thema belangt mij erg aan. Ik snap de opmerkingen van de collega's over de structuren, maar ik ben wel zeer blij dat wij jullie te gast hebben en vandaag een toch wel zeer belangrijk thema met jullie kunnen bespreken. Hopelijk kunnen wij in een andere commissievergadering nog dieper op dit thema ingaan.

De sociale ongelijkheid groeit alsmaar en in dat verband heb ik enkele vragen. Ik heb jullie witboek doorgenomen en zag daarin enkele frapperende cijfers. Zo heeft 66 % van de patiënten die jullie behandelen geen toegang tot het klassieke zorgsysteem van de sociale zekerheid, 70 % heeft geen vaste behandelende geneesheer en 36 % kent zijn rechten zeer slecht of niet. De *health*

*literacy*, de bekwaamheid en de inschatting van de medische wereld door de burger, wordt alsmaar belangrijker. Aan jullie als experts wil ik dan ook vragen naar jullie aanbevelingen daaromtrent. Wat hebben jullie tijdens de coronacrisis daarover geleerd? Welke concrete aanbevelingen op dat vlak kunnen jullie aan ons als parlementsleden meegeven?

Welke instanties hebben er volgens jullie een cruciale rol gespeeld in de communicatie naar de kwetsbare doelgroepen? Hoe hadden zij die op een betere manier kunnen aanpakken? Op de communicatie hebben we namelijk wel wat kritiek gehoord. Misschien kunt u ons meer inzichten verschaffen over een betere communicatie.

Er zijn al verschillende vragen gesteld over het medische materiaal. Ik kan mij indenken dat het ook voor jullie een zeer grote uitdaging is geweest aan om medisch materiaal te raken. Kunnen jullie inzicht geven in de creatieve manieren waarop jullie de stocks hebben beheerd? Zijn jullie vandaag voldoende voorbereid om de tweede of een derde golf te beheersen? Hoe is het vandaag met jullie stocks gesteld?

Hoe bereiden jullie zich vandaag voor op de derde golf? Richtten jullie de communicatie specifiek tot kwetsbare doelgroepen? Op welke manier?

Kunt u aan het Parlement meegeven waar u nog een zekere groeimarge mogelijk ziet? Hebt u daarvan concrete voorbeelden uit het buitenland? Hebt u zelf concrete suggesties?

**Sofie Merckx (PVDA-PTB):** Je me demande s'il n'y a pas eu une petite confusion, l'association s'appelant Médecins du Monde. Du coup, on vous a invités dans le volet international. C'est surtout une association qui, en Belgique, est active auprès des personnes sans couverture mutuelle - les sans-abri, etc.

J'ai lu le rapport établi à la suite de votre travail. Je vous remercie d'avoir rendu visibles "les invisibles". Comme vous nous l'avez fait comprendre, l'épidémie a bien sévi parmi eux.

Mes questions sont les suivantes. Au niveau de la Belgique, quel est l'interlocuteur principal à qui vous pouvez faire part des problématiques que vous rencontrez? Avez-vous trouvé une oreille attentive?

Vous parlez de la confiance tellement nécessaire pour, par exemple, faire du traçage dans les publics que vous rencontrez. De manière générale, nous savons que les Belges ne sont pas friands du dispositif de traçage instauré par les autorités.

Nous avons oublié, je pense, que la confiance est essentielle dans un contexte médical.

J'ai deux questions relatives à la situation actuelle et aux recommandations que vous portez. Comment faites-vous aujourd'hui pour tester, dans vos structures, les personnes symptomatiques et qui sont sans couverture mutuelle? Avez-vous des subsides? Pouvez-vous tester les personnes qui répondent aux critères de cas possibles? Arrivez-vous à le faire ou pas du tout? Y a-t-il des problèmes d'accessibilité aujourd'hui?

Nous savons que l'épidémie reprend aujourd'hui et je suppose que c'est le cas aussi dans votre public. À l'approche de l'hiver, quels dispositifs sont-ils mis en place? Comme vous l'avez dit, il y a de la promiscuité dans les salles qui hébergent les sans-abri. Il est urgent de prévoir des dispositifs hivernaux adaptés pour ce public-cible. Y a-t-il une stratégie de *testing* prévue à l'entrée de ces centres ou a-t-on prévu d'isoler les personnes plus que d'habitude?

Par rapport à l'avenir, vous mettez en avant une couverture de santé universelle, y compris pour les personnes qui n'ont pas de couverture mutuelle, et justement dans le cadre de la pandémie. Cela faisait partie des recommandations du GEES. Y a-t-il une avancée sur ce dossier? Un virus ne connaît pas les frontières, ni nationales ni internationales et une épidémie, cela se combat tous ensemble ou pas du tout.

**Bram Delvaux** (Open Vld): Mijnheer de voorzitter, mijne heren sprekers, ik dank u voor uw uiteenzetting en de zorg en hulp die u dagelijks biedt aan kwetsbare groepen in onze maatschappij. Ik heb begrepen dat u zowel in het binnen- als in het buitenland actief bent.

Hoe beoordeelt u de communicatie over COVID vanuit de overheid naar de kwetsbaarste groepen?

De eerste spreker benadrukte meermaals dat er een gebrek was aan nationale coördinatie. Kunt u dat gebrek extra duiden? Wat had u bijkomend verwacht van het nationale niveau? Of was het aan andere niveaus om in te zetten op die coördinatie?

U hebt benadrukt dat de steden heel goed werk hebben geleverd. Geldt dat voor alle steden? Welke zijn de goede voorbeelden? Kunt u daarbij nog bijkomende duiding geven?

Zijn alle kwetsbare personen die een ziekenhuisopname nodig hadden ook effectief opgenomen in het ziekenhuis? Hebt u daar problemen ervaren?

Waren er voldoende plaatsen voor besmette personen om veilig uit te zieken?

U zegt dat er lessen moeten worden getrokken. Kunt u daarop nog dieper ingaan? Welke lessen moeten wij trekken met het oog op de tweede golf?

Aangezien u ook op het internationale vlak actief bent, zijn er *best practices* in andere landen? Ziet u in andere landen een goede aanpak, die wij ook hier in België zouden kunnen toepassen?

**Karin Jiroflée** (sp.a): Mijnheer de voorzitter, mijne heren sprekers, in tegenstelling tot sommige collega's vind ik dat deze uiteenzetting perfect thuishoort op deze plaats. Als deze crisis één zaak heeft bewezen, is het wel dat er steeds grotere gaten in ons opvangnet en in onze gezondheidszorg komen. Dat is een vaststelling die veel verder reikt dan deze COVID-crisis. Voor mij was die uiteenzetting hier dus perfect op haar plaats.

Er werd reeds een paar keer gesteld dat er te weinig naar die doelgroep is gecommuniceerd, los van de gaten in ons opvangnet. Naar heel wat doelgroepen is er te weinig gecommuniceerd. De communicatie van de federale overheid leek steeds beperkt tot de modale Belg, waardoor de kwetsbare groepen extra kwetsbaar werden gemaakt.

Op welke manier kan dat dan beter, los van de gaten in het opvangnet? Welke adviezen geeft u om een doelgroep die wegens allerlei omstandigheden veel moeilijker bereikbaar is in een acute situatie beter te bereiken?

Mevrouw Depoorter had het over de lokale besturen die er hard op hebben ingezet om die mensen te bereiken. Dat klopt helemaal. Ik ben zelf actief in een lokaal bestuur. Bij ons, en waarschijnlijk overal, is daar inderdaad heel hard op ingezet. Dat is echter gebeurd met veel kunst- en vliegwerk en veel improvisatie. Het is wraakroepend dat er vanuit de hogere overheden niet werd ingezet op die groepen en dat het probleem gewoon aan de lokale besturen werd overgelaten, heel vaak zonder daarbij enige aanwijzing te geven, zonder enige richting te bepalen. We moesten op sommige momenten echt onze plan trekken. Dat kan niet.

U hebt een aantal, uiteraard interessante, aanbevelingen naar voren geschoven. Zijn die aanbevelingen aangereikt aan de verschillende deelstaten en aan de federale regering of zal dat nog gebeuren? Als dat al gebeurd is, wat waren dan de reacties?

Het gaat uiteraard veel verder dan alleen het bedwingen van deze crisis bij deze specifieke doelgroep. We moeten ervoor zorgen dat de grote gaten die op dit moment in onze gezondheidszorg geslagen zijn, gedicht worden. Helaas worden die gaten steeds groter. Dat is de belangrijkste aanbeveling die kan worden gegeven. Is er enige reactie gekomen van de verschillende overheden? Zo ja, welke reactie was dat dan?

**Catherine Fonck** (cdH): Monsieur le président, je voudrais également remercier nos trois intervenants, pas seulement pour leurs interventions mais pour leur investissement au quotidien. Merci pour les recommandations qui portaient, de manière plus globale, sur la politique de santé et surtout sur une politique de santé qui soit plus inclusive pour ces groupes vulnérables. Il me semble que cela ne portait pas que sur le curatif; le volet préventif sera aussi particulièrement important.

J'ai quelques questions plus précises si vous me le permettez. Si j'ai bien compris, vous avez dit que Sciensano ne considérait toujours pas ces personnes particulièrement précarisées, sans abri etc., comme un groupe particulier. Est-ce à dire, dès lors, qu'il n'y a toujours pas de recommandations de bonnes pratiques venant de Sciensano, non seulement vers l'ensemble des communes et des CPAS, mais également vers le secteur associatif? En effet, vous-même êtes impliqués, mais de nombreuses associations sont directement impliquées dans le soutien à ces personnes, qu'il s'agisse de professionnels ou de bénévoles. Il serait donc important que des recommandations soient faites pour les semaines et les mois qui viennent, puisque la période de l'automne et de l'hiver sera encore plus difficile pour ces groupes plus vulnérables. Est-ce le cas aujourd'hui ou pas? Avez-vous un dialogue positif avec Sciensano?

Voici ma deuxième question. Vous avez évoqué le fait que vous alliez maintenant retester régulièrement toutes ces personnes cibles. Y a-t-il une procédure officielle? Quel sera le rythme du *testing* de ces groupes plus vulnérables? Dans la foulée, j'aurais voulu savoir quelle était la politique d'isolement lorsque des personnes sont positives. Je pense qu'il est encore plus difficile d'isoler les personnes sans abri que le reste de la population. Des centres d'hébergement "COVID-19 positifs" sont-ils prévus ou devraient-ils l'être, notamment pour les semaines et les mois qui viennent, et singulièrement pour l'hiver, pour que l'on puisse effectivement isoler les porteurs?

Merci beaucoup pour vos réponses à venir.

**De voorzitter:** Ik wil daaraan nog iets toevoegen. Van een aantal fracties heb ik de vraag gehoord wat Dokters van de Wereld hier zit te doen. Onder anderen mevrouw Jiroflée alludeerde daarop.

Ik wil benadrukken dat een en ander gebeurde op vraag van deze commissie. Het voorstel om hen uit te nodigen is ook aan iedereen bezorgd vooraleer we hen gecontacteerd hebben. Daarop zijn geen opmerkingen gekomen. Ik wil wel benadrukken dat dokter De Ridder mij afgelopen zaterdag gebeld heeft met de opmerking dat Dokters van de Wereld misschien beter in een andere cluster zou uitgenodigd worden. Het is niet altijd evident om mensen in hun juiste cluster te plaatsen. Deze manier van werken hebben wij bepaald, maar de organisaties zijn daarop niet georganiseerd.

Ik heb toen aan dokter De Ridder aangegeven dat er op een later moment mogelijk ook hoorzittingen plaatsvinden in andere clusters, waar hun inbreng ook interessant is, en waarvoor we hen op dat moment opnieuw zullen uitnodigen.

**Michel Roland:** Monsieur le président, je répondrai à certaines questions - et mes collègues m'y aideront. J'en ai noté vingt-deux. C'est énorme. Dès lors, j'y répondrai dans l'ordre en essayant d'en regrouper certaines.

Beaucoup de questions ont été posées au sujet de l'aspect international de Médecins du Monde. Cette organisation, dont le siège principal se trouve en France, est composée de seize délégations et chapitres, qui sont en contact régulier les uns avec les autres. Fatalement, nous échangeons des procédures et des recommandations adaptées aux différents contextes. Nous comparons aussi des chiffres en fonction de certaines situations, parfois très localisées.

Une expérience nous a incités entre autres à développer cette large campagne de *testing*. Elle s'est déroulée à Singapour, qui avait été identifié comme le pays modèle sur le plan du contrôle de l'épidémie. Or, au moment du déconfinement - qui s'est déroulé assez rapidement -, les populations invisibles sont sorties. En l'occurrence, il s'agissait de migrants qui s'occupaient des enfants de familles nanties de Singapour. Une seconde vague s'est alors déclarée. Ce fait démontre la nécessité de tenir compte de ceux qu'on ne voit pas. De même, comme quelqu'un l'a dit ici, le virus ne s'arrête ni aux frontières ni aux murs des maisons; il circule partout.

Voici quelques jours, nous avons reçu des notifications d'Afrique, nous indiquant que, si les recueils de données sont peut-être moins performants qu'en Europe, l'épidémie semble

quand même moins agressive là-bas. Une hypothèse doit être testée en Afrique. On y connaît trois épidémies de "grippe" par an, mais une seule est vraiment due au virus grippal, les autres l'étant à des virus du type SARS, assez proches du coronavirus. Peut-être une immunité basique au coronavirus s'est-elle donc formée au sein de ces populations africaines, mais ce n'est qu'une hypothèse qu'il convient de tester.

Médecins du Monde est donc une structure, dont la vocation s'appuie sur des échanges internationaux.

J'imagine que Médecins du Monde a été invité car, le plus souvent, les problèmes de santé publique sont particulièrement évidents dans des populations qui sont le plus à risque d'en souffrir. Vu cette notion totalement acceptée d'inégalité sociale de santé, c'est chez ces populations-là – ceux que le monde oublie peu à peu, comme dit Médecins du Monde – que ces problèmes de santé publique émergent avec le plus de force. Et finalement, cela peut servir de leçon et permettre des recommandations, des analyses préalables qui sont évidemment étendues, dans un deuxième temps, à toute la population. Et c'est là qu'on prouve vraiment que, justement dans des contextes épidémiques et infectieux, toxiques et écologiques, il est très important d'avoir une couverture médicale universelle. M. De Ridder interviendra certainement rapidement sur ce point. Et, quand je dis "médicale", pour nous, ce ne sont pas uniquement les soins, car on sait que les soins ne constituent qu'une petite partie des déterminants de la santé, les autres déterminants étant l'éducation, la culture, le social, etc.

Mais commençons par la couverture médicale universelle, qui est maintenant une revendication de l'OMS, de l'UNICEF, du CNCD, d'Oxfam, de MSF, de Médecins du Monde et même de l'Union européenne au travers de l'Agence des droits fondamentaux (la FRA) qui reconnaît qu'au-delà même de l'idéal humanitaire et social, il y a un intérêt économique très évident à protéger tout le monde et à fournir à tout le monde des soins de qualité. Au bout du compte, cela coûterait moins cher à nos sociétés plutôt que d'attendre l'apparition, le développement de problèmes de santé publique majeurs, aigus ou chroniques et extrêmement coûteux.

On m'a interrogé sur le matériel nécessaire pour ces groupes cibles. C'était dans le cadre d'une expérience pilote, financée par les autorités publiques, certains moyens nous ont dès lors été rendu disponibles. Mais nous avons néanmoins, été confrontés à des problèmes d'approvisionnement alors que certains budgets

étaient potentiellement présents. Je ne sais plus combien de stocks de masques j'ai été contrôler dans les réserves de Médecins du Monde, avec des N95, des KN95, avec des estampilles chinoises que je ne comprenais pas. On nous a même fourni certains masques qui venaient de sources totalement officielles mais qui, après évaluation, se sont révélés parfaitement inadaptés et qu'on a dû renvoyer.

Pour les tests, c'était la même chose. Leur financement était assuré dans le cadre de cette action ponctuelle. Ces événements doivent pouvoir nous servir de révélateur par rapport à la garantie de stocks suffisants et à certaines connaissances bien établies en matière de santé publique.

Les communications avec les communautés locales. Je pense vraiment que - je m'avance, parce que je n'ai aucune corroboration de cette hypothèse - quand Sciensano parlait de "communautés résidentielles", cela incluait de façon informelle les communautés résidentielles, également par exemple pour des patients psychotiques, des patients toxicomanes, les squats, tous ces lieux de *outreach* que nous visitons, mais qui sont restés invisibles et donc non cités dans les recommandations officielles. Effectivement, ce sont des communautés résidentielles où les gens vivent les uns à côté des autres, dorment les uns à côté des autres, dans des conditions de promiscuité qui, évidemment, favorisent la contagiosité.

On m'a posé une question sur le genre, femmes et enfants. Commençons peut-être par les lieux de protection. Il y avait deux types de lieux de protection que nous avons pu mettre sur pied. D'abord, nous avons pu récupérer des lieux d'hébergement qui existaient déjà antérieurement, et puis on a mis à notre disposition beaucoup, quand même, de locaux qui permettaient soit de confiner des cas testés positifs, soit d'héberger et de protéger des cas testés négatifs.

Se posait évidemment l'adaptation des recommandations: est-ce qu'il faut tester ceux qui rentrent pour la première fois dans une communauté considérée comme résidentielle? ne faut-il tester que les personnes symptomatiques? A nouveau ce n'est peut être qu'un intérêt que d'inclure dans une réflexion de santé publique toutes ces populations plus précaires qui révèlent plus tôt les problèmes qui apparaîtront plus tard.

Quand est-ce qu'on s'est rendu compte que les patients asymptomatiques pouvaient transmettre et donc amener la construction de *clusters* locaux? Très, très vite. En fait, je dirais fin avril, début mai, on avait des *clusters* avec 20, 25, 30 % de testés

positifs, la plupart asymptomatiques. La conclusion était d'emblée évidente.

L'enregistrement centralisé, c'est une des grandes revendications pour pouvoir gérer la santé individuelle et collective. Il faut des bases de données qui assurent évidemment la validité des données, la confidentialité et le respect de la vie privée. C'est vrai que pour des problèmes de type infectieux, ça peut questionner. N'empêche qu'actuellement, avec Mediprima et même le système Coronalert qui va être mis en place, je pense que des protections sont prévues.

La publication de l'étude n'est pas encore d'actualité mais nous allons évidemment la publier dans les revues scientifiques parce que je pense que cela présente un intérêt académique majeur. Nous allons aussi la communiquer à toutes les autorités publiques. Comme on l'a souligné, le coronavirus, l'épidémie de COVID-19 intéresse tous les niveaux de pouvoir: le fédéral, les entités fédérées. Je pense qu'il faut à un moment donné pouvoir rassembler tout cela et avoir une cohérence. Sciensano est effectivement une structure unique qui pourrait peut-être servir de lien sur le plan scientifique pour qu'il y ait des attitudes complètement homogènes dans les différentes parties.

Au niveau des tests, c'est vrai qu'ici, on a été aidé par certaines structures de financement public, par exemple par la Région de Bruxelles-Capitale et le labo IBC, par l'Institut de médecine tropicale d'Anvers qui a également assumé la réalisation de certains tests. Il est vrai que nous avons envisagé d'utiliser des tests d'orientation rapide, les TROD tests rapides d'orientation diagnostique, comme ce qui se fait pour l'hépatite C qui est un problème de santé publique qui touche préférentiellement le même genre de population précarisée et spécialement les patients toxicomanes. Ces tests existent mais leur validation n'est pas confirmée et nous ne les avons pas utilisés.

Le problème de la prise de sang et du délai de réponse aurait été résolu par les TROD. On pourrait également imaginer pour l'avenir des TROD de séroprévalence, c'est-à-dire d'analyse de sang des anticorps. Et puis il y a aussi des tests salivaires pour identifier les anticorps. Je pense que l'État central, Sciensano peut-être, devrait pouvoir proposer des études de validation et envisager l'utilisation des tests rapides. Des études longitudinales sont en effet à présent nécessaires, par exemple des études de séroprévalence chez les enfants. Un projet en voie d'être mis en place envisage une étude à monter dans les écoles avec mesure des anticorps à deux, trois moments différents pendant l'année scolaire). Piquer trois

fois les enfants, je pense que beaucoup de parents vont dire non, tandis que faire un petit frottis dans la bouche même pas au niveau de la gorge (parce que les anticorps passent dans la salive), ce serait vraiment beaucoup plus facile. Je pense que là aussi, l'expérience de populations particulières pourrait servir de leçon pour la population en général.

La littératie. Je pense que c'est là une autre leçon qu'on peut tirer de notre étude, à savoir qu'il est nécessaire d'adapter les recommandations générales aux contextes locaux. Certaines données scientifiques sont bien entendu validées et ont une valeur universelle, mais appliquer purement et simplement des stratégies venues d'en haut sans les adapter aux contextes locaux est voué à l'échec et est représentatif d'un manque de valeur à l'égard de nos populations, qui auront tendance à se méfier et à ne pas se présenter pour le test.

Nous nous sommes systématiquement appuyés sur les intervenants locaux, autrement dit ceux qui entretenaient déjà une relation de confiance avec les résidents de certains centres d'accueil, par exemple. Nous avons vraiment travaillé en collaboration avec eux en commençant chaque fois par de l'information et par des campagnes de promotion de la santé qui permettaient d'améliorer la distanciation sociale et le respect des gestes barrières. C'est peut-être une autre leçon que nous pouvons tirer.

La santé, ce sont bien sûr les soins, mais pas uniquement les soins curatifs. Les aspects liés à la prévention et à l'éducation et à la promotion de la santé ont, eux aussi, leur importance. C'est précisément l'intérêt de la première ligne, qui est composée de ceux qui sont en contact direct avec les patients et qui peut gérer conjointement les aspects curatifs, préventifs et liés à la promotion de la santé.

À l'approche de l'hiver, nous observons de la part de la population et des décideurs une certaine panique liée à l'incertitude due au virus et à la crise sanitaire, qui présente des particularités inédites. Soudainement, nous avons eu la possibilité d'ouvrir des lieux d'hébergement afin de confiner ces gens "invisibles" que sont notamment les sans-abri, qui n'avaient plus l'occasion de mendier ou d'aller se laver. C'est la raison pour laquelle nous avons ouvert des lieux d'accueil de jour, dont certains assuraient à la fois les services de blanchisserie, la restauration et l'hébergement.

Ces lieux aussi, avec l'été, ont tendance à diminuer. Mais c'est une de nos grandes recommandations: par exemple, à Bruxelles, il y a

3 à 4 mille personnes (grand maximum et ce n'est rien par rapport à la population générale) qui sont véritablement dans la rue, c'est-à-dire qu'ils ne sont pas chez un ami, un hébergeur ou un cousin. On pense qu'il serait important, même fondamental d'avoir des lieux d'accueil et pas seulement pendant un plan hiver. Dans ces lieux d'accueil, on pourrait imaginer une espèce d'encadrement psycho-médico-social sans qu'il y ait un quadrillage de ces populations, mais pour permettre justement que la santé et leur insertion citoyenne et sociale soient améliorées.

Est-ce qu'on a eu accès aux hôpitaux pour référer nos patients testés positifs qui présentaient une morbidité importante? Oui! Je ne me souviens pas avoir eu ne fût-ce qu'un seul cas qui nous ait été refusé. J'imagine que vous en avez discuté dans la première partie de la réunion, mais je pense que les maisons de repos qui ont envoyé volontairement leurs patients dans des hôpitaux n'ont jamais essuyé de refus non plus. Je pense que c'était plutôt une espèce d'attitude générale.

Ces synergies avec les intervenants locaux, ayant moi-même travaillé longtemps en maison médicale, ont été mises sur pied avec la Fédération des maisons médicales qui a apporté du soin, du *testing* dans les maisons de repos alors que Médecins sans Frontières apportait son expertise de promotion de la santé. Là, je pense qu'on voit que quand des intervenants, avec un objectif commun se mettent ensemble, cela augmente nettement l'efficacité des interventions.

Par rapport aux ressources humaines de Médecins du Monde, ressources humaines et financières, comment avait-on accès à certaines protections et certains matériels? Bien disons qu'on a été dans la débrouillardise! On a préféré, à un moment donné, l'eau de javel diluée au gel hydroalcoolique. On avait de grands bidons etc. Puis, il y a eu les masques en tissu. Puis on a eu un nombre incroyable de bénévoles et de volontaires qui se sont manifestés pour donner un coup de main aux équipes.

Six à huit cents personnes, donc beaucoup plus que nos permanents et nos salariés ici en Belgique nous ont prêté main forte. On a aussi eu la chance d'avoir une récolte de fonds qui a bien progressé pendant cette épidémie, témoignant par là de la solidarité de toute la population par rapport à une structure qui, je crois, avec d'autres, donne confiance. Synergie très importante aussi entre ces différentes structures, je pense au Samusocial, à la Croix-Rouge, à Médecins sans Frontières, à Infirmiers de rue, au Smes, qui ont collaboré pour aller chercher ces populations invisibles qui, je l'espère, ne le resteront plus, comme c'est le cas

aujourd'hui. Ce qui serait un intérêt pour elles-mêmes mais vraiment aussi pour la santé publique. En matière de santé, le social ne joue pas, sinon pour aggraver les inégalités. Peut-être mes collègues ont-ils des choses à ajouter? J'espère ainsi avoir répondu à la majorité des questions.

**Ri De Ridder:** Ik zou graag nog een algemene bedenking aan het debat willen toevoegen. Er zijn heel veel vragen gekomen over de communicatie met de doelgroepen. Die communicatie kan enkel maar vlot verlopen als er een zekere band is, als men toegang heeft tot deze mensen, als men naar hen toe kan stappen en er vertrouwen is. Ik zou willen benadrukken dat COVID-19 tot heel wat angst heeft geleid. Die angst is er ook door de onzekerheid waarmee veel mensen waarmee wij contact hebben te maken hebben en dat is een factor die misschien wordt onderschat.

Wij, en met ons vele andere organisaties die naar deze doelgroepen toegaan, zijn heel vaak met ad-hoc oplossingen op de proppen moeten komen. Het kostte heel veel energie om te gaan aankloppen bij deuren op verschillende niveaus. We missen een veel structurelere aanpak. Eén van de basisprincipes van het volksgezondheidsbeleid is dat men moet voorzien in een aantal basisinitiatieven, zoals bescherming, een dak boven het hoofd of toegang tot water.

Tijdens de pandemie zijn we geconfronteerd met het feit dat aan een aantal basisvoorwaarden niet voldaan is. Er zijn uiteraard mooie initiatieven geweest. Misschien heeft de COVID-19-crisis er zelfs toe bijgedragen dat we nu ook een ziekenboek hebben in Antwerpen. Daar kunnen we mensen onderbrengen die verzorging nodig hebben. We hebben een dagcentrum kunnen oprichten, waar mensen zich de handen konden wassen en konden douchen. Dat zijn allemaal elementen die belangrijk zijn.

Wij hebben nog heel sterk het gevoel dat er nog veel ad hoc gebeurt. Alles wordt op korte termijn projectmatig gefinancierd en kent men het verdere perspectief niet.

Moeten wij straks opnieuw de gewone winterplannen volgen, zullen wij dan opnieuw moeten aankloppen als er een probleem is? Het is de boodschap naar de structurele aanpak. In het beleid is er over de verschillende niveaus heen echt wel nood aan een consistente aanpak.

Dat maakt dat onze communicatie anders moet, ook die met de overheid. Zo bijvoorbeeld heeft de eenvoudige problematiek van de rijksregisternummers als identificatiemiddel in de teststrategie heel veel energie gevraagd. Wij

hebben het nagegaan en blijkbaar heeft niet iedereen een rijksregisternummer. Waar moet men dan zijn om een oplossing te krijgen? Wie zal die oplossing tot stand brengen? Dat nagaan heeft heel veel energie gevraagd.

Deze problemen zouden beter georganiseerd worden via een kanaal dat zich bezighoudt met de zorg voor mensen. Wij schatten dan 200.000 tot 250.000 mensen bijna continu grote moeilijkheden ondervinden om toegang te hebben tot de zorg. Wij moeten onderzoeken hoe wij in ons zorgsysteem een constante plaats hebben waardoor de informatie kan doorstromen naar de overheid, en waardoor omgekeerd de overheid met ons in dialoog kan gaan.

Het gaat echt wel om structurele oplossingen. Wij willen zeer sterk inzetten op de eerste lijn, die in staat moet zijn die moeilijk bereikbare doelgroepen mee te nemen.

Daar past dan ook ons pleidooi in, waar wij misschien op een ander moment op moeten terugkomen: welke structurele maatregelen in ons systeem kunnen bijvoorbeeld de universele gezondheidsdekking mogelijk maken en hoe kan de eerste lijn ook de meest uitgesloten groepen ontdekken?

In onze bevolking zijn er mensen die onze gezondheidszorg vandaag moeilijk bereiken en wie de gezondheidszorg moeilijk bereikt. Daar moeten wij absoluut oplossingen voor vinden.

De **voorzitter**: Dank u, dokter De Ridder.

We zijn een half uur later begonnen. We hadden gepland dat de vergadering tot 18.30 uur zou duren. Ik wil nog ruimte laten voor aanvullingen. Leden die bepaalde vragen niet beantwoord zagen of nog iets dieper op bepaalde zaken willen ingaan, krijgen die kans.

**Michel De Maegd (MR)**: Monsieur le président, je tiens sincèrement à remercier nos interlocuteurs de ce jour et à me montrer très clair quant à ce que j'ai exprimé tout à l'heure. Si M. De Ridder vous a appelé samedi, c'est qu'il se rendait lui-même compte que se posait un problème pour le *cluster*. Peut-être auriez-vous dû décaler cette audition pour maintenir la cohérence de nos travaux et de notre méthodologie. Si nous commençons par mêler des *clusters* différents dans nos auditions, cela risque de brouiller complètement le message auprès des citoyens. Cela dit, messieurs Roland et De Ridder, vous aurez compris que j'ai été enchanté d'entendre votre rapport.

Madame Jiroflée, ces interventions prennent toute

leur place dans cette commission. Il ne faut pas travestir ma pensée. Il importait de les entendre, mais je ne comprends pas la méthodologie de notre commission. Dès lors, j'aimerais bien qu'on en revienne à une manière de travailler plus pragmatique, parce que j'ai l'impression que cela part dans tous les sens.

**Sofie Merckx (PVDA-PTB)**: Monsieur le président, je ne pense pas avoir obtenu de réponse à ma question. J'avais demandé aux intervenants s'ils pouvaient tester aujourd'hui des personnes qui répondent à la définition des cas, quand bien même ils ne disposeraient pas de numéro de registre national. Comment cela se passe-t-il?

**Eliane Tillieux (PS)**: Monsieur le président, je remercie les intervenants pour leurs réponses.

Il me reste une question. Avez-vous été inclus dans l'éventuel nouveau plan pandémie? Quelle en est votre vision? Il importe évidemment que le public le plus vulnérable de notre pays y accède et reçoive des informations. Dès lors, êtes-vous partie prenante? (...)

Le **président**: La dernière partie de votre question n'était pas claire.

**Eliane Tillieux (PS)**: Monsieur le président, je souhaitais savoir si l'organisation Médecins du Monde était partie prenante à un éventuel plan de pandémie. Si ce n'est pas le cas, quelles seraient ses recommandations pour y figurer?

**Barbara Creemers (Ecolo-Groen)**: We kunnen besluiten dat de meeste vragen over het internationale kader nu wel beantwoord zijn. Ik heb bij de vorige hoorzitting begrepen dat het secretariaat een lijst maakt van onze vragen en misschien is het wel handig als de sprekers die even overlopen om te bekijken of ze op dit moment nog antwoorden kunnen geven over het internationale kader.

Tevens wil ik nog even een boodschap benadrukken die ik in het rapport gelezen heb. We lopen als samenleving, nationaal en internationaal, echt een risico als niet alle mensen onverkort een beroep kunnen doen op de zorgverlening. We moeten dat dus altijd in het achterhoofd blijven houden bij ons werk hier. Verder wil ik de sprekers bedanken voor hun bijdrage.

**Dominiek Snelpe (VB)**: Mijnheer de voorzitter, ik heb niks horen zeggen over de immuniteit. Kunnen jullie iets meer kwijt over de testresultaten? Het lijkt mij interessant dat te weten.

**Alexis Andries**: Au niveau du dépistage, la

situation est toujours assez compliquée. Nous disposons d'un outil informatique qui nous permet de créer des numéros *bis*, mais nous éprouvons toujours beaucoup de difficultés pour ce qui concerne l'accès à la plate-forme nationale. La question du numéro national ou du numéro *bis* reste un obstacle assez important à l'accès aux tests pour les publics qui sont difficiles à aborder. Nous devons être en mesure de tester rapidement avec un minimum de barrières, et il reste beaucoup de travail à accomplir à cette fin.

Le point de contact unique au niveau de Sciensano est la priorité mise en avant à ce niveau-là, afin de faire en sorte que ces publics puissent aisément accéder aux tests, mais ce point de contact unique fait toujours défaut aujourd'hui. Ainsi, les personnes qui vivent dans des squats ou au sein de communautés et qui ne sont pas reconnues comme collectivités ne bénéficient pas du remboursement au niveau de la plate-forme. Nous devons parfois faire appel à nos collègues de Médecins Sans Frontières, qui paient eux-mêmes les tests.

Nous sommes donc encore souvent amenés à improviser, en collaboration avec les acteurs locaux, qui font un travail extraordinaire afin de tenter de pallier le manque de clarté ou l'absence de dispositifs adaptés à nos publics. Il reste donc un travail considérable à accomplir sur ce plan-là.

Je laisse mes collègues répondre à la question du plan pandémie.

**Ri De Ridder:** Heel belangrijk in de pandemieplanning is dat ook de specificiteit daarin wordt meegenomen, dus alle mogelijke specifieke situaties. Wij zijn uiteraard vragende partij en staan klaar om mee te helpen.

Het is belangrijk dat dit wordt ondersteund door gedegen onderzoek, zodat we op de juiste manier kunnen leren uit wat tot nog toe is gebeurd. Dat is een van de lessen die wij in het document meenemen, die specificiteit met betrekking tot de noden van doelgroepen. Het is enorm belangrijk om daarvoor scenario's te hebben en om een heel goed zicht daarop te hebben, zodat de netwerken die in direct contact staan met de verschillende specifieke doelgroepen onmiddellijk kunnen worden geactiveerd.

Dat is iets heel belangrijk dat in het pandemieplanning moet worden meegenomen. Wij zijn bereid om wat dat betreft mee rond de tafel te komen zitten. Het was niet zo eenvoudig om onze stem te laten horen. Er is even verwezen naar de GEES. In het vijfde rapport van de GEES werd inderdaad aandacht besteed aan kwetsbare

groepen. Wij appreciëren dat wij daarin onze boodschap hebben kunnen meegeven.

Er zijn nog verschillende initiatieven geweest waarop we inderdaad onze invloed konden uitoefenen, maar wij hebben heel weinig feedback gekregen op wat er daarmee gebeurde. Wij zijn dus ook vragende partij om duidelijkheid te krijgen over wat de overheid en het beleid nu leren uit deze elementen en om het maatschappelijk debat daarover te zien plaatsvinden, waarin wij dan als onderdeel van *la société civile* onze inbreng kunnen leveren.

**Michel Roland:** S'agissant de l'immunité, il existe très peu d'études sur les séroprévalences actuellement. Mais, toutes les études vont dans le même sens, comme par exemple celle qui s'est centrée sur les donneurs de sang qui sont une population spécifique, donnent des chiffres inférieurs à 10 %. Quand on sait qu'une immunité de troupeau nécessite au moins 70 %, on en est très, très loin. Je pense qu'à court terme, ce n'est pas un facteur sur lequel nous pouvons agir.

En ce qui concerne la vaccination de la grippe, on insiste déjà beaucoup auprès de nos consultants et usagers pour promouvoir cette vaccination. Ce sera encore plus le cas cet hiver-ci. On est occupé à imaginer un accès à l'information – cette fameuse littérature – pour qu'une personne venant consulter pour n'importe quelle raison, par exemple au CASO, notre Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation, puisse être vaccinée; c'est pourquoi nous veillons à avoir les vaccins en réserve. Car effectivement, l'âge et les comorbidités comme les difficultés respiratoires, et Dieu sait qu'il y en a beaucoup, sont des facteurs favorisant la grippe, mais aussi les complications les plus graves du coronavirus et du COVID-19.

Je ne peux vous en dire tellement plus que cela sinon que, mais cela ne concerne pas que Médecins du Monde, on a un urgent besoin d'études sur les séroprévalences séquencées, afin de voir le rythme des contaminations, l'apparition d'anticorps et s'ils sont protecteurs ou pas et pendant combien de temps.

**Alexis Andries:** Je souhaiterais encore ajouter un élément. Aujourd'hui, on est en train de constater dans les centres d'accueil et les lieux d'hébergement non pas des clusters mais que le virus est à nouveau présent. Il circule.

On ne va pas faire le débat sur la première ou deuxième vague. Toutefois, en termes de capacité, notre capacité à prendre cela en charge avec tous les acteurs est sans doute meilleure de par l'expérience acquise lors de la première vague

mais il manque toujours de ressources et de moyens pour vraiment réaliser un *testing* à grande échelle, rapide et efficace. On manque de visibilité sur la possibilité de confiner. À Bruxelles, par exemple, en cas de nouveau cluster, un centre sera très rapidement saturé. Là, on répète certaines erreurs ou un manque d'anticipation comme ce fut le cas en mars.

De **voorzitter**: Dan wil ik de drie sprekers nog graag danken voor hun heel interessante toelichting.

Ook de leden wil ik graag danken voor hun deelname.