ASSEMBLÉE RÉUNIE DE LA COMMISSION COMMUNAUTAIRE COMMUNE

_____

Compte rendu intégral des interpellations et des questions orales

_____

Commission de la Santé

_____

RÉUNION DU

MERCREDI 25 MAI 2016

_____

VERENIGDE VERGADERING VAN DE GEMEENSCHAPPELIJKE GEMEENSCHAPSCOMMISSIE

_____

Integraal verslag van de interpellaties en mondelinge vragen

_____

Commissie voor de Gezondheid

_____

VERGADERING VAN

WOENSDAG 25 MEI 2016

_____

Le **Compte rendu intégral** contient le texte intégral des discours dans la langue originale. Ce texte a été approuvé par les orateurs. Les traductions - *imprimées en italique* - sont publiées sous la responsabilité du service des comptes rendus. Pour les interventions longues, la traduction est un résumé.

Publication éditée par le
Parlement de la Région de Bruxelles-Capitale
Direction des comptes rendus
tél 02 549 68 02
fax 02 549 62 12
e-mail criv@parlbru.irisnet.be

Les comptes rendus peuvent être consultés à l'adresse http://www.parlbruparl.irisnet.be/

Het **Integraal verslag** bevat de integrale tekst van de redevoeringen in de oorspronkelijke taal. Deze tekst werd goedgekeurd door de sprekers. De vertaling - *cursief gedrukt* - verschijnt onder de verantwoordelijkheid van de dienst verslaggeving. Van lange uiteenzettingen is de vertaling een samenvatting.

Publicatie uitgegeven door het
Brussels Hoofdstedelijk Parlement
Directie verslaggeving
tel 02 549 68 02
fax 02 549 62 12
e-mail criv@bruparl.irisnet.be

De verslagen kunnen geconsulteerd worden op http://www.parlbruparl.irisnet.be/

SOMMAIRE

INTERPELLATIONS 7

Interpellation de M. André du Bus de Warnaffe 7

à M. Guy Vanhengel, membre du Collège réuni, compétent pour la Politique de la santé, la Fonction publique, les Finances, le Budget et les Relations extérieures,

et à M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni, compétent pour la Politique de la santé, la Fonction publique, les Finances, le Budget et les Relations extérieures,

concernant "la journée e-patient et le plan d'action e-Santé".

Discussion – Orateurs : 10

M. Bea Diallo (PS)
Mme Brigitte Grouwels (CD&V)
M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni
M. André du Bus de Warnaffe (cdH)

Interpellation de Mme Isabelle Emmery 17

à M. Guy Vanhengel, membre du Collège réuni, compétent pour la Politique de la santé, la Fonction publique, les Finances, le Budget et les Relations extérieures,

et à M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni, compétent pour la Politique de la santé, la Fonction publique, les Finances, le Budget et les Relations extérieures,

concernant "la concertation entre le fédéral et la

INHOUD

INTERPELLATIES 7

Interpellatie van de heer André du Bus de Warnaffe 7

tot de heer Guy Vanhengel, lid van het Verenigd College, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid, het Openbaar Ambt, de Financiën, de Begroting en de Externe Betrekkingen,

en tot de heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid, het Openbaar Ambt, de Financiën, de Begroting en de Externe Betrekkingen,

betreffende "de e-patiënt-dag en het actieplan e-gezondheid".

Bespreking – Sprekers: 10

De heer Bea Diallo (PS)
Mevrouw Brigitte Grouwels (CD&V)
De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College
De heer André du Bus de Warnaffe (cdH)

Interpellatie van mevrouw Isabelle Emmery 17

tot de heer Guy Vanhengel, lid van het Verenigd College, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid, het Openbaar Ambt, de Financiën, de Begroting en de Externe Betrekkingen,

en tot de heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid, het Openbaar Ambt, de Financiën, de Begroting en de Externe Betrekkingen,

betreffende "het overleg tussen de federale staat

Région bruxelloise dans le cadre du financement des hôpitaux bruxellois".

Discussion – Orateurs : 19

M. Abdallah Kanfaoui (MR)
M. Alain Maron (Ecolo)
M. André du Bus de Warnaffe (cdH)
M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni

Mme Isabelle Emmery (PS)

Interpellation de Mme Simone Susskind 25

à M. Guy Vanhengel, membre du Collège réuni, compétent pour la Politique de la santé, la Fonction publique, les Finances, le Budget et les Relations extérieures,

et à M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni, compétent pour la Politique de la santé, la Fonction publique, les Finances, le Budget et les Relations extérieures,

concernant "les disparités en termes de santé chez les jeunes Bruxellois".

Discussion – Orateurs : 28

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni

Mme Simone Susskind (PS)

Interpellation de M. Zahoor Ellahi Manzoor 30

à M. Guy Vanhengel, membre du Collège réuni, compétent pour la Politique de la santé, la Fonction publique, les Finances, le Budget et les Relations extérieures,

et à M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni, compétent pour la Politique de la santé, la Fonction publique, les Finances, le Budget et les Relations extérieures,

en het Brussels Gewest voor de financiering van de Brusselse ziekenhuizen".

Bespreking – Sprekers: 19

De heer Abdallah Kanfaoui (MR)
De heer Alain Maron (Ecolo)
De heer André du Bus de Warnaffe (cdH)
De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College
Mevrouw Isabelle Emmery (PS)

Interpellatie van mevrouw Simone Susskind 25

tot de heer Guy Vanhengel, lid van het Verenigd College, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid, het Openbaar Ambt, de Financiën, de Begroting en de Externe Betrekkingen,

en tot de heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid, het Openbaar Ambt, de Financiën, de Begroting en de Externe Betrekkingen,

betreffende "de gezondheidsongelijkheden tussen de Brusselse jongeren".

Bespreking – Sprekers: 28

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College
Mevrouw Simone Susskind (PS)

Interpellatie van de heer Zahoor Ellahi Manzoor 30

tot de heer Guy Vanhengel, lid van het Verenigd College, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid, het Openbaar Ambt, de Financiën, de Begroting en de Externe Betrekkingen,

en tot de heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid, het Openbaar Ambt, de Financiën, de Begroting en de Externe Betrekkingen,

concernant "la politique de lutte contre la tuberculose et l'aspect social de cette maladie".

Discussion – Orateurs : 34

M. André du Bus de Warnaffe (cdH)
M. Zahoor Ellahi Manzoor (PS)
M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni

QUESTIONS ORALES 40

Question orale de M. Zahoor Ellahi Manzoor 40

à M. Guy Vanhengel, membre du Collège réuni, compétent pour la Politique de la santé, la Fonction publique, les Finances, le Budget et les Relations extérieures,

et à M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni, compétent pour la Politique de la santé, la Fonction publique, les Finances, le Budget et les Relations extérieures,

concernant "les défibrillateurs externes automatiques (DEA) dans la Région de Bruxelles-Capitale".

Question orale de Mme Fatoumata Sidibé 44

à M. Guy Vanhengel, membre du Collège réuni, compétent pour la Politique de la santé, la Fonction publique, les Finances, le Budget et les Relations extérieures,

et à M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni, compétent pour la Politique de la santé, la Fonction publique, les Finances, le Budget et les Relations extérieures,

concernant "la prise en charge par les hôpitaux des victimes de violences sexuelles".

betreffende "de bestrijding van tuberculose en het sociale aspect van deze ziekte".

Bespreking – Sprekers: 34

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH)
De heer Zahoor Ellahi Manzoor (PS)
De heer Gosuin, lid van het Verenigd College

MONDELINGE VRAGEN 40

Mondelinge vraag van de heer Zahoor Ellahi Manzoor 40

aan de heer Guy Vanhengel, lid van het Verenigd College, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid, het Openbaar Ambt, de Financiën, de Begroting en de Externe Betrekkingen,

en aan de heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid, het Openbaar Ambt, de Financiën, de Begroting en de Externe Betrekkingen,

betreffende "de automatische externe defibrillatoren (AED's) in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest".

Mondelinge vraag van mevrouw Fatoumata Sidibé 44

aan de heer Guy Vanhengel, lid van het Verenigd College, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid, het Openbaar Ambt, de Financiën, de Begroting en de Externe Betrekkingen,

en aan de heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid, het Openbaar Ambt, de Financiën, de Begroting en de Externe Betrekkingen,

betreffende "de opvang in de ziekenhuizen van slachtoffers van seksueel geweld".

Question orale de M. Alain Maron 51

à M. Guy Vanhengel, membre du Collège réuni, compétent pour la Politique de la santé, la Fonction publique, les Finances, le Budget et les Relations extérieures,

et à M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni, compétent pour la Politique de la santé, la Fonction publique, les Finances, le Budget et les Relations extérieures,

concernant "les mesures financières pour encourager l'installation de médecins généralistes".

Mondelinge vraag van de heer Alain Maron 51

aan de heer Guy Vanhengel, lid van het Verenigd College, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid, het Openbaar Ambt, de Financiën, de Begroting en de Externe Betrekkingen,

en aan de heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid, het Openbaar Ambt, de Financiën, de Begroting en de Externe Betrekkingen,

betreffende "de financiële stimuli voor de vestiging van huisartsen".

Présidence : Mme Khadija Zamouri, présidente.
Voorzitterschap: mevrouw Khadija Zamouri, voorzitter.

INTERPELLATIONS

Mme la présidente.- L'ordre du jour appelle les interpellations.

INTERPELLATION DE M. ANDRÉ DU BUS DE WARNAFFE

À M. GUY VANHENGEL, MEMBRE DU COLLÈGE RÉUNI, COMPÉTENT POUR LA POLITIQUE DE LA SANTÉ, LA FONCTION PUBLIQUE, LES FINANCES, LE BUDGET ET LES RELATIONS EXTÉRIEURES,

ET À M. DIDIER GOSUIN, MEMBRE DU COLLÈGE RÉUNI, COMPÉTENT POUR LA POLITIQUE DE LA SANTÉ, LA FONCTION PUBLIQUE, LES FINANCES, LE BUDGET ET LES RELATIONS EXTÉRIEURES,

concernant "la journée e-patient et le plan d'action e-Santé".

Mme la présidente.- Le membre du Collège réuni Didier Gosuin répondra à l'interpellation.

La parole est à M. du Bus de Warnaffe.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH).- Du 18 au 22 avril dernier, en tant que membres du Collège réuni chargés de la Santé, vous avez consacré une semaine centrée sur la promotion de l'e-santé à Bruxelles. Cette campagne a été lancée par la Journée e-patient le 18 avril, organisée en collaboration l'asbl Abrumet.

Au cours de cette journée, les hôpitaux bruxellois ont sensibilisé leurs patients et leur personnel au partage électronique des données de santé et ont tenté de répondre à certaines questions courantes comme "Quel est l'intérêt de ce partage de données pour la santé et pour la qualité des soins ?", "Le partage des données est-il

INTERPELLATIES

Mevrouw de voorzitter.- Aan de orde zijn de interpellaties.

INTERPELLATIE VAN DE HEER ANDRÉ DU BUS DE WARNAFFE

TOT DE HEER GUY VANHENGEL, LID VAN HET VERENIGD COLLEGE, BEVOEGD VOOR HET GEZONDHEIDS-BELEID, HET OPENBAAR AMBT, DE FINANCIËN, DE BEGROTING EN DE EXTERNE BETREKKINGEN,

EN TOT DE HEER DIDIER GOSUIN, LID VAN HET VERENIGD COLLEGE, BEVOEGD VOOR HET GEZONDHEIDS-BELEID, HET OPENBAAR AMBT, DE FINANCIËN, DE BEGROTING EN DE EXTERNE BETREKKINGEN,

betreffende "de e-patiënt-dag en het actieplan e-gezondheid".

Mevrouw de voorzitter.- Collegelid Didier Gosuin zal de interpellatie beantwoorden.

De heer du Bus de Warnaffe heeft het woord.

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH) *(in het Frans).- De week van 18 tot 22 april stond in het teken van e-gezondheid. De campagne werd op gang getrokken met de dag van de e-patiënt op 18 april.*

Tijdens die dag maakten de Brusselse ziekenhuizen patiënten en personeel vertrouwd met het elektronisch delen van patiëntengegevens. Ze probeerden ook een aantal courante vragen te beantwoorden.

Naar aanleiding van de dag van de e-patiënt werd er in het Centre hospitalier interrégional Edith Cavell (Chirec) een persconferentie gegeven.

suffisamment sécurisé ?", "Que faut-il faire pour partager ses données ?", "Est-ce valable partout en Belgique ?"...
À cette occasion, une conférence de presse a eu lieu dans un hôpital du Centre hospitalier interrégional Edith Cavell (Chirec). Choisir un hôpital pour réaliser une conférence de presse est un message fort symbolique et confirme une vision hospitalo-centrée de notre système de soins de santé.

Je dois dire que je ne comprends pas ce choix. D'autant plus que la Cocom vise à renforcer la première ligne des soins de santé et échelonner la trajectoire de soins, notamment à travers la réforme de la garde bruxelloise dont nous avons eu l'occasion de parler il y a précisément une semaine. En outre, lors d'un partage électronique des données de santé, les données partent de chez les médecins généralistes et reviennent vers ceux-ci.

Les médecins généralistes ainsi que la Fédération des associations de médecins généralistes de Bruxelles (FAMGB) ont-ils été associés à la conférence de presse ?

Il est primordial de sortir de cette vision hospitalo-centrée de notre système de soins de santé et de revaloriser à tout niveau et par tout acte la première ligne de soins de santé ainsi que les médecins généralistes. Une vision hospitalo-centrée ne fait qu'induire et renforcer un recours inutile aux urgences ainsi qu'à une médecine spécialisée.

Par ailleurs, je ne remets pas en cause le projet e-santé et je suis convaincu des bienfaits de cette initiative : simplification administrative, meilleure continuité de soins, développement d'un patient acteur, etc. Cependant, toutes ces déclinaisons du projet e-santé et la multiplication des dossiers portent, il faut le reconnaître, à confusion.

En effet, nous sommes face à une série d'acronymes peu familiers :

- le dossier médical informatisé (DMI) pour les médecins généralistes ;

- le dossier patient informatisé (DPl) pour tous les autres professionnels de soins ;

Daarmee werd de ziekenhuisgerichtheid van onze gezondheidszorg eens te meer bevestigd.

Die keuze begrijp ik niet, zeker niet omdat de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC) de eerstelijnszorg probeert te promoten. Bovendien zorgt het elektronisch delen van gezondheidsgegevens ervoor dat de huisarts zijn greep op de gegevens verliest.

Werden de huisartsen en de Fédération des associations de médecins généralistes de Bruxelles (FAMGB) bij de persconferentie betrokken?

We moeten zo snel mogelijk af van de ziekenhuisgerichte benadering van de gezondheidszorg en opnieuw de eerstelijnszorg en de huisarts op het voorplan plaatsen. Nu worden patiënten gestimuleerd om rechtstreeks naar de spoedafdeling van een ziekenhuis of naar een specialist te gaan.

Het actieplan e-gezondheid biedt heel wat voordelen, maar zorgt tegelijkertijd voor verwarring, onder andere omdat we met een hele reeks nieuwe, onbekende afkortingen voor dossiers worden geconfronteerd, zoals het elektronisch medisch dossier (EMD) voor huisartsen, het geïnformatiseerd patiëntendossier (GPD) voor de andere zorgverleners en het gedeeld farmaceutisch dossier (GFD) voor apothekers. Bovendien kunnen de verschillende deskundigen alle dossiers aanvullen.

Daarnaast is er het BelRAI-platform voor de registratie van gegevens van ouderen in rustoorden voor bejaarden (ROB), rust- en verzorgingstehuizen (RVT) en ziekenhuizen en ouderen die verpleegkundige zorg krijgen.

Bovendien is er ook nog het globaal medisch dossier (GMD), dat al langer bestaat en door de huisarts van de patiënt wordt beheerd. De ziekenfondsen moedigen het gebruik ervan financieel aan.

Hoe wilt u die verschillende dossiers op elkaar afstemmen? Zullen de gegevens van patiënten die nu al een GMD hebben, ook nog eens in een EMD terechtkomen?

- le dossier pharmaceutique partagé (DPG) pour les pharmaciens.

En outre, toutes ces informations et dossiers pourront être complétés de façon multidisciplinaire.

Nous parlons également, dans ce projet, d'une plateforme BelRAI (Resident Assessment instrument), outil qui gère les enregistrements des données relatives aux patients gériatriques en maison de repos (MR), en maison de repos et de soins (MRS), à l'hôpital et dans les soins infirmiers.

Additionné à tous ces types de dossiers et aux différentes plates-formes, nous avons aussi le dossier médical global (DMG), plus ancien que le projet e-santé et déjà bien implanté dans notre pays. Par exemple, en 2014, 61% des affiliés à Solidaris possédaient un DMG, lequel est aussi géré par le médecin généraliste du patient. En outre, les mutuelles encouragent l'utilisation des DMG, notamment à travers des avantages financiers. Par exemple, l'ouverture d'un DMG est totalement gratuite, ou encore le patient paie 30% de moins sur sa quote-part personnelle pour une consultation.

Comment coordonner ces différents types de dossiers ? Qu'en est-il des patients possédant déjà un DMG ? N'y a-t-il pas un risque de doublon entre le DMG et le DMI ?

Comment envisagez-vous le passage du DMG vers le DMI ? Le DMG et le DMI utilisent-ils les mêmes structures de l'information ? Une harmonisation de ces deux types de dossiers est-elle possible ?

Quant aux données informatiques, vous nous aviez expliqué, en commission du 7 octobre 2015, la structure décentralisée du système et les divers mécanismes de sécurité. Vous aviez aussi annoncé votre intention de renforcer les obligations de sécurité dans les institutions dont l'agrément dépend de la Cocom.

Quel est l'état d'avancement de cette réflexion ? Quelles sont les évolutions et avancées en la matière depuis cette commission d'octobre 2015 ?

Hoe ziet u de omzetting van een GMD in een EMD? Werken zij op basis van dezelfde informatiestructuur? Is het mogelijk om die dossiers op elkaar af te stemmen?

Op 7 oktober 2015 schetste u een beeld van de gedecentraliseerde structuur van het systeem en van de veiligheidsmechanismen. Bovendien wilde u de veiligheidsvereisten voor de door de GGC erkende instellingen aanscherpen.

Welke vorderingen hebt u sindsdien op dat vlak geboekt?

Veiligheid is een cruciaal element in de uitwerking van het actieplan e-gezondheid. In februari bleek bijvoorbeeld dat hackers in het systeem van twee buitenlandse ziekenhuizen waren binnengedrongen.

Op 24 februari kondigde u aan dat de interministeriële conferentie (IMC) aan een samenwerkingsakkoord werkte waarin wordt vastgelegd hoeveel elke belanghebbende aan de financiering van het e-Healthplatform moet bijdragen. Hoever staat de IMC met dat akkoord? Hebt u een idee van het budget voor het platform?

Il s'agit d'un point fondamental pour le développement du projet e-santé. Pour rappel, à la mi-février de cette année, nous pouvions lire dans la presse que deux hôpitaux, l'un à Hollywood, l'autre à Berlin, avaient été bloqués par des pirates informatiques.

Enfin, lors de la commission de la santé du 24 février 2016, vous nous aviez annoncé qu'un accord de coopération était en cours de négociation au sein de la conférence interministérielle (CIM) santé. Celui-ci déterminera la contribution de chacune des parties au financement de la plate-forme e-Health. Où en est l'élaboration de cet accord de coopération ? Pouvez-vous nous donner une estimation du budget pour la plate-forme e-Health ?

Discussion

Mme la présidente.- La parole est à M. Diallo.

M. Bea Diallo (PS).- Nous partageons effectivement le souhait de notre collègue d'éviter une seule vision hospitalière centrée sur la première ligne de soins, même si nous sommes particulièrement attachés à notre excellent réseau d'hôpitaux publics bruxellois.

La place du médecin généraliste est en effet essentielle. Le travail en réseau au plan local dans tous les quartiers de notre capitale doit être l'axe fort de notre futur Plan de santé.

Nous connaissons évidemment l'intérêt du ministre pour la médecine générale et vous étiez d'ailleurs l'invité, le samedi 21 mai, de la Fédération des associations des médecins généralistes de Bruxelles (FAMGB), qui se penchait précisément sur l'e-santé et la télématique.

Nous partageons également son étonnement par rapport au lieu choisi pour la conférence de presse. Nous avons toujours fait part de l'attention particulière que nous accordons à la sécurité des données, au respect de la vie privée et à la protection du secret professionnel.

Nous partageons donc l'intérêt de notre collègue pour la mise en place, notamment, des coffres-

Bespreking

Mevrouw de voorzitter.- De heer Diallo heeft het woord.

De heer Bea Diallo (PS) *(in het Frans)*.- *Wij zijn sterk gehecht aan het uitstekende net van Brusselse openbare ziekenhuizen, maar zouden ook graag vermijden dat ziekenhuizen voor eerstelijnszorg worden ingeschakeld. De rol van de huisarts is essentieel. Het toekomstige Gezondheidsplan moet gebaseerd zijn op een nauwe samenwerking in alle delen van de stad.*

Iedereen weet dat de minister veel belang hecht aan huisartsgeneeskunde, en u was overigens uitgenodigd op een bijeenkomst op 21 mei van de Fédération des associations des médecins généralistes de Bruxelles (FAMGB) rond e-gezondheid en telematica.

Ook wij zijn verbaasd over de locatie die werd gekozen voor de persconferentie. We hebben altijd veel aandacht besteed aan de veiligheid van gegevens, respect voor het privéleven en de bescherming van het beroepsgeheim.

Ook wij vinden het dan ook een goed idee om beveiligde databanken in te voeren.

forts.

Mme la présidente.- La parole est à Mme Grouwels.

Mme Brigitte Grouwels (CD&V) *(en néerlandais).- Le projet eHealth permettra d'améliorer l'efficacité et la qualité des soins de santé en Belgique, notamment grâce à l'échange électronique de données pertinentes par les différents acteurs des soins de santé. De plus, cet échange de données médicales permettra au citoyen de devenir un véritable partenaire dans la résolution de ses problèmes de santé.*

Par ailleurs, l'e-santé rejoint les objectifs visés par le gouvernement, à savoir l'élaboration d'un réseau autour du patient et impliquant celui-ci et ouvre de nouvelles perspectives, en tenant compte du maintien à domicile, de l'augmentation des maladies chroniques, des éventuels manques de soignants, etc. Par le biais des applications, le patient peut rechercher lui-même l'information et avoir un contact avec le médecin de famille.

Comment l'e-santé est-elle appliquée à Bruxelles ? La plate-forme e-Health est une initiative fédérale et est destinée à tous les acteurs des soins de santé. Cette plate-forme offre gratuitement une série de services de base, tout en garantissant la sécurité de l'information et la protection de la vie privée.

Les plates-formes électroniques d'échange de données flamande (Vitalink), wallonne (Intermed) et bruxelloise (Abrumet) travaillent-elles ensemble ? Si oui, de quelle manière ? Y a-t-il des conventions réciproques ? Les données peuvent-elles être transmises entre Régions ?

Les patients bruxellois vont d'un hôpital à l'autre en fonction de la présence et de la disponibilité de spécialistes. Comment l'échange de données se passe-t-il entre hôpitaux publics et privés ?

Mevrouw de voorzitter.- Mevrouw Grouwels heeft het woord.

Mevrouw Brigitte Grouwels (CD&V).- Dankzij eHealth zal de gezondheidszorg in België kwaliteitsvoller en efficiënter verlopen, onder meer door het elektronisch uitwisselen van relevante gegevens door de verschillende spelers in de gezondheidszorg. Bovendien zal die uitwisseling van medische gegevens ervoor zorgen dat de burger een echte partner wordt in de aanpak van zijn gezondheidsproblemen.

Die ontwikkeling sluit goed aan bij wat de regering beoogt, namelijk een netwerk opbouwen rond en met de patiënt. EHealth biedt heel wat nieuwe mogelijkheden, houdt rekening met patiënten die langer thuis willen blijven, met de toename van chronische ziekten, met de mogelijke tekorten aan zorgverstrekkers, enzovoort. Via applicaties kan de patiënt zelf informatie opzoeken en contact hebben met de huisarts. Het is tenslotte de taak van de huisarts om over de gezondheid van zijn patiënt te waken.

Ik ben ervan overtuigd dat eHealth een bijzonder hulpmiddel kan zijn. De Universiteit Gent en de KULeuven hebben er onderzoek naar gedaan.

Hoe wordt eHealth in Brussel toegepast? Het eHealth-platform is een federaal initiatief en is bedoeld voor alle spelers uit de gezondheidszorg: zorgverleners, zorginstellingen, patiënten, ziekenhuizen, gewesten, gemeenschappen, enzovoort. Het platform biedt gratis een aantal basisdiensten aan, waarbij de informatieveiligheid en de bescherming van de persoonlijke levenssfeer gewaarborgd zijn.

Vitalink is het platform voor elektronische gegevensuitwisseling in Vlaanderen. De tegenhanger in Wallonië is Intermed, dat beheerd wordt door het Réseau Santé Wallon. Het Brusselse platform heet Abrumet. Werken die drie platformen samen en zo ja, op welke manier? Zijn er onderling afspraken gemaakt? Dat kan belangrijk zijn als patiënten uit Brussel bijvoorbeeld op vakantie gaan naar de zee of de Ardennen. Kunnen de gegevens dan worden uitgewisseld?

Brusselse patiënten gaan wel eens van het ene ziekenhuis naar het andere naargelang de aanwezige en beschikbare specialisten. Hoe verloopt de gegevensuitwisseling tussen de openbare ziekenhuizen en de privéziekenhuizen?

Mme la présidente.- La parole est à M. Gosuin.

Mevrouw de voorzitter.- De heer Gosuin heeft het woord.

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Je commencerais par apporter quelques corrections par rapport à des informations erronées, mais il est vrai que ce dossier est assez complexe.

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College *(in het Frans).- Het betreft inderdaad een complex dossier.*

La conférence de presse du 18 avril dernier destinée à lancer la semaine de la promotion de l'e-santé à Bruxelles n'a pas eu lieu au Chirec, mais bien à la Clinique Saint-Jean.

De persconferentie van 18 april, het startschot van de week van de e-gezondheid, vond niet plaats in het Centre hospitalier interrégional Edith Cavell (Chirec), maar in de Kliniek Sint-Jan.

Nous comprenons évidemment que ce choix puisse interpeller. Néanmoins, il n'est en aucun cas lié à une volonté hospitalocentrée et était notamment conditionné, d'une part, par des contingences pragmatiques, à savoir la disponibilité d'une salle suffisamment grande comprenant tout l'équipement technique nécessaire, d'autre, part, par la thématique puisque nous avons décidé d'organiser une action chaque année et que l'action 2016 porte sur les milieux hospitaliers.

Ik begrijp dat die keuze enigszins verrassend is. Ze werd echter niet ingegeven door een overdreven focus op ziekenhuizen, maar door pragmatische overwegingen. We hadden immers een voldoende grote zaal met de geschikte technische infrastructuur nodig. Anderzijds paste dat ook bij ons jaarlijkse thema dat in 2016 de ziekenhuizen betrof. Wij kiezen elk jaar immers voor een gerichte campagne.

Ce choix est motivé, et je réponds ici à Mme Grouwels, par le fait que tous les hôpitaux situés à Bruxelles sont déjà présents sur la plateforme et y sont connectés. L'année prochaine, l'action se concentrera sur les médecins généralistes et, dans deux ans, sur les maisons de repos (MR) et les maisons de repos et de soins (MRS) et les unités psychiatriques.

Hierbij antwoord ik op de vraag van mevrouw Grouwels. Wij hebben die locatie ook gekozen omdat alle Brusselse ziekenhuizen al verbonden zijn met het platform. Volgend jaar zal de actie in het teken van de huisartsen staan en over twee jaar in dat van de rustoorden voor bejaarden (ROB's) en rust- en verzorgingstehuizen (RVT's).

Nous menons chaque année une campagne ciblée et cette année, elle concerne les hôpitaux parce que nous venons de terminer la connexion de l'ensemble des hôpitaux bruxellois.

Uiteraard werden de huisartsen ook betrokken bij die persconferentie. Zo waren er vertegenwoordigers van de Fédération des associations de médecins généralistes de Bruxelles (FAMGB) en de Brusselse Huisartsenkring (BHAK) aanwezig.

Bien entendu, les médecins généralistes étaient associés à cette conférence puisqu'y étaient présents la fédération des associations de médecins généralistes de Bruxelles (FAMGB) et le Brusselse Huisartsenkring (BHAK).

Naast dokters Michel De Volder en Lawrence Cuvelier, respectievelijk voorzitter en ondervoorzitter van de FAMGB, heeft ook dokter Piquard, die huisarts is in het centrum van Brussel, het woord genomen. Hij gaf zijn standpunt over de uitwisseling van gegevens en benadrukte de meerwaarde van het Brusselse Gezondheidsnetwerk bij de begeleiding van patiënten. Alle sprekers waren huisartsen.

Les docteurs Michel De Volder et Lawrence Cuvelier, président et vice-président de la FAMGB, membres du Service intégré de soins à domicile (SISD) bruxellois, étaient présents à la conférence de presse et ont pu participer au débat. Nous avons également donné la parole au docteur Piquard, généraliste du centre de Bruxelles, qui a donné son point de vue quant à la dynamique de l'échange de données et souligné la plus-value du réseau de santé bruxellois dans la prise en charge de patients en médecine générale. En réalité, tous les intervenants étaient des médecins généralistes.

Nous profitons de votre interpellation pour souligner que notre campagne de communication "Semaine de e-santé" à Bruxelles est un succès. En effet, rien que sur la période d'un mois, nous avons enregistré 30.000 adhésions supplémentaires de Bruxellois. Nous avons donc désormais dépassé le cap des 300.000 adhésions à ce réseau santé. En avril, les inscriptions de consentement de patients quant à l'échange de données ont triplé. Cette campagne de communication sera réitérée l'année prochaine, à la même époque, en ciblant cette fois la première ligne. L'année suivante, ce sont les maisons de repos et de soins ainsi que les unités psychiatriques qui seront dans le viseur.

De surcroît, l'asbl Abrumet est en train, à notre demande, de développer un coffre-fort de première ligne multidisciplinaire. Les premiers projets pilotes d'échange de données entre secteurs et entre disciplines débuteront à la fin 2017.

Avant de répondre aux questions suivantes, il nous semble utile de redéfinir les différentes notions que vous évoquez. En effet, une certaine confusion entre elles est bien compréhensible. Tout d'abord, rappelons que la loi relative aux droits des patients exige que le patient ait un dossier soigneusement tenu à jour et conservé en lieu sûr. Néanmoins, cette loi ne précise aucune norme à laquelle il doit correspondre. Il n'y a donc pas d'exigence quant au fait que ce dossier soit électronique.

Le dossier médical informatisé (DMI) est le nom donné au système informatique utilisé par les médecins généralistes. C'est donc un logiciel et non un dossier. Il permet aux médecins généralistes d'enregistrer les données d'un patient

De campagne "week van de e-gezondheid in Brussel" was een groot succes. In een maand tijd hebben wij 30.000 bijkomende inschrijvingen in Brussel geregistreerd. Vandaag zijn al meer dan 300.000 Brusselaars bij het gezondheidsnetwerk aangesloten. De communicatiecampagne zal volgend jaar in april worden herhaald en toegespitst zijn op de eerstelijnszorg. Het jaar nadien zullen de rust- en verzorgingstehuizen en de psychiatrische diensten aan de beurt komen.

De vzw Abrumet is op onze vraag een multidisciplinaire databank voor eerstelijnszorg aan het ontwikkelen. De eerste proefprojecten voor het uitwisselen van gegevens zullen eind 2017 van start gaan.

Voor ik uw vragen beantwoord, verduidelijk ik graag even de begrippen die u aanhaalt. De wet inzake de rechten van de patiënt bepaalt dat het dossier van de patiënten nauwkeurig moet worden bijgehouden en bewaard op een veilige plaats. De wet vermeldt evenwel niet aan welke normen dat dossier moet voldoen. Er wordt dus niet geëist dat dit dossier elektronisch is.

Het elektronisch medisch dossier (EMD) is de naam van het computerprogramma dat de huisartsen gebruiken. Via het EMD kan de huisarts de gegevens van een patiënt op een elektronische en gestructureerde manier registreren. Het dossier van de patiënt bevat gegevens uit verschillende bronnen: de patiënt zelf, de behandelend arts, andere gezondheidswerkers, familie, ...

De wetgever heeft het eHealth-platform gevraagd na te gaan of de software van de elektronische medische dossiers aan de normen en de functionele en technische en ICT-standaarden beantwoordt en om de software te registreren (gelabelde EMD's). Via het EMD kan de informatie van de huisarts gedeeld worden. De informatie kan de vorm aannemen van een Summarised Electronic Healthcare Record (Sumehr). Het EMD is identiek voor de drie gewesten.

(verder in het Nederlands)

De verschillende platformen in Vlaanderen, Wallonië en Brussel staan met elkaar in contact.

de manière électronique et structurée. Il comprend des données sur le patient provenant de différentes sources : le patient lui-même, le médecin traitant, d'autres professionnels de la santé, la famille, etc.

Le législateur a confié à la plate-forme e-Health la mission de vérifier si les logiciels de gestion de dossiers de patients informatisés répondent aux normes standards de spécifications TIC fonctionnelles et techniques, et d'enregistrer ces logiciels. C'est dans ce contexte qu'on parle de "DMI labellisé". Le DMI permet donc le partage d'informations de la part du médecin généraliste, qui peut prendre la forme d'un Sumehr (Summarised Electronic Healthcare Record). Ce DMI est commun aux trois Régions et, aujourd'hui, il y a déjà la communication entre les trois.

(poursuivant en néerlandais)

Les plates-formes flamande, wallonne et bruxelloise sont en contact. Elles gèrent ensemble une plate-forme pour les hôpitaux et des groupes (Vitalink, Intermed et BruSafe) pour les dispensateurs de soins de première ligne. Nous nous concertons régulièrement avec la Flandre et la Wallonie à ce propos.

(poursuivant en français)

Rassurez-vous, tout fonctionne et est mis à temps en ligne.

Le DMI assure le partage de l'information qui peut prendre la forme d'un Sumehr (Summarised Electronic Healthcare Record) : un schéma de médication et d'autres formes d'exportation visant des soins partagés ou la collecte de données administratives. Le Sumehr correspond à la photographie de l'état de santé du patient. C'est un fichier codifié et structuré, accessible à tout médecin, moyennant le consentement du patient, ainsi qu'à ce dernier. Il ne s'agit donc pas d'un dossier complet du patient, mais bien d'une extraction du Sumehr, à partir du DMI, des éléments de soins utiles au suivi médical.

Le dossier patient informatisé est l'équivalent du DMI pour tous les autres prestataires de soins, dont les hôpitaux.

Samen beheren ze een hub voor de ziekenhuizen en clusters (Vitalink, Intermed en BruSafe) voor de zorgverleners van de eerste lijn. We overleggen daarover regelmatig met Vlaanderen en Wallonië.

(verder in het Frans)

Via het EMD kan informatie worden gedeeld. Deze informatie kan de vorm aannemen van een Summarised Electronic Healthcare Record) (Sumehr), die een overzicht biedt van de gezondheidstoestand van de patiënt. Dat gecodificeerde en gestructureerde bestand is toegankelijk voor elke arts (mits toestemming van de patiënt), alsook voor de patiënt zelf. Het gaat niet om een volledig dossier, maar over de zorgelementen die nuttig zijn voor de medische follow-up van de patiënt.

Via het gedeeld farmaceutisch dossier (GFD) kunnen apothekers, na toestemming van de patiënt, de medicatiehistoriek van die patiënt raadplegen. Dat moet de continuïteit van de zorg ten goede komen: apothekers kunnen makkelijker de afgeleverde geneesmiddelen opvolgen en contra-indicaties opsporen.

Het globaal medisch dossier (GMD) is een deel van het medisch dossier. Het bevat een synthese van gegevens die belangrijk zijn voor een continue en kwaliteitsvolle patiëntgerichte zorg.

De inhoud werd vastgelegd in het akkoord tussen artsen en ziekenfondsen van 2006/2007. Naast de administratieve gegevens van de patiënt bevat het GMD medische gegevens zoals de medische voorgeschiedenis, de kritieke punten, de huidige aandoeningen, de aanvullende onderzoeken, het advies van specialisten en de voorgeschreven geneesmiddelen.

De huisarts neemt in het dossier systematisch alle relevante gegevens op die hij zelf verzamelt of van andere zorgverleners ontvangt, voor zover de patiënt zijn toestemming verleent en met respect voor de privacyregels. Hij beheert die gegevens en stelt, indien nodig, preventieve (vaccinaties, screenings) of curatieve acties voor.

Er werden verschillende maatregelen genomen om het gebruik van het GMD te stimuleren en de patiënt aan een huisarts te binden. Wie een GMD

Le dossier pharmaceutique partagé permet au pharmacien de consulter dans sa pharmacie l'historique de médicaments du patient, après avoir obtenu son autorisation. Ces outils doivent favoriser la continuité des soins, et permettre au pharmacien de suivre plus facilement les médicaments délivrés et de détecter les contre-indications.

Le dossier médical global est un instrument de qualité et de continuité des soins. Il constitue une partie du dossier médical qui se compose d'une synthèse de données importantes pour des soins continus et de qualité axés sur le patient.

L'accord médico-mutualiste 2006-2007 définit comme suit le contenu du DMG : "Le DMG contient les données administratives du patient.

Il reprend les données médicales telles que les antécédents, les données d'alerte, les infections en cours, les examens complémentaires, les avis spécialisés, les médications prescrites. Le médecin de famille consigne méthodiquement tous les éléments pertinents qu'il recueille lui-même ou qu'il reçoit de tout autre dispensateur de soins pour autant que le patient marque son accord et dans le respect des législations et règlementations régissant la vie privée des patients. Il gère ces données et propose, le cas échéant, des actions individualisées préventives (vaccination, dépistage) ou curatives."

Ceci permet au médecin d'encore mieux accompagner le patient individuellement et de se concerter plus aisément avec d'autres médecins. Grâce au module de prévention du DMG, le médecin peut aussi veiller à la santé du patient de manière préventive. Pour stimuler l'utilisation fonctionnelle du DMG et fidéliser le patient à un médecin généraliste, pivot de l'organisation des soins de santé dans notre pays, des mesures incitatives ont été mises en place. En effet, les patients qui ont un DMG chez un généraliste bénéficient d'un remboursement plus élevé pour une consultation chez ce médecin ou lors d'une visite à domicile.

Ne confondons pas DMG et DMI, l'un est un dossier et l'autre un logiciel. Le DMG est de préférence soutenu par le DMI mais, à l'heure actuelle, il n'est pas encore garanti que le DMG

bij een huisarts heeft geniet bijvoorbeeld een grotere terugbetaling voor een consultatie of huisbezoek.

Het GMD en het EMD zijn twee aparte zaken. Het GMD is een dossier, het EMD een computerprogramma. Het GMD wordt het best ondersteund door het EMD. Voorlopig kan de elektrische ondersteuning echter nog niet worden gegarandeerd, aangezien nog niet alle huisartsen naar behoren uitgerust zijn.

Het elektronische beheer van het GMD via gelabelde software is overigens het eerste actiepunt van het federale actieplan e-gezondheid 2013-2018

Tijdens de komende interministeriële conferentie Gezondheid zal een eerste stand van zaken van de acties van het federale actieplan worden opgemaakt.

Over de versterking van de beveiliging van de computergegevens in de door de GGC erkende instellingen moet nog overleg met de ziekenhuizen worden gepleegd.

Ook de onderhandelingen over de financiële participatie van de deelstaten aan het eHealth-platform zijn nog aan de gang. De GGC heeft een adviserende stem in het beheerscomité van het platform.

soit tenu électroniquement puisque tous les médecins ne sont pas équipés. Lorsque tous les médecins seront informatisés, tous les DMG seront soutenus par le DMI. Vous avez donc bien compris que DMG et DMI sont des choses totalement différentes : le DMI est un logiciel et le DMG est une initiative de qualité qui favorise la gestion de toutes les données de santé d'un patient par un seul médecin généraliste en vue d'un meilleur suivi.

En vue de converger de plus en plus vers une gestion électronique du dossier médical global (DMG), la première action du Plan d'action fédéral santé vise à faire en sorte que le DMG soit géré dans le dossier médical informatisé (DMI) au moyen du logiciel labellisé, raison pour laquelle ce dossier s'appelle le "DMI labellisé".

Différents travaux ont été programmés pour atteindre cet objectif. Un premier état des lieux des différentes actions du Plan fédéral santé sera effectué lors de la prochaine conférence interministérielle Santé publique de juin.

Concernant le renforcement des obligations de sécurité des données informatiques dans les institutions agréées par la Commission communautaire commune (Cocom), ce dossier doit encore faire l'objet de concertations avec les hôpitaux.

Pour terminer, la négociation relative à l'accord de coopération concernant la participation financière des entités fédérées à la gestion de la plateforme e-Health est toujours en cours, et comme vous le savez, la Cocom participe déjà au comité de gestion de la plateforme avec voix consultative.

Je pense avoir ainsi répondu à l'intégralité de vos questions.

Mme la présidente.- La parole est à M. du Bus de Warnaffe.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH).- Je remercie le ministre pour ses réponses très éclairantes sur les plans politique et pédagogique.

Sur le plan politique, je comprends mieux le choix de l'hôpital, dès lors qu'il s'inscrit dans une

Mevrouw de voorzitter.- De heer du Bus de Warnaffe heeft het woord.

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH) *(in het Frans).- Op politiek vlak begrijp ik nu beter de keuze van het ziekenhuis. Elk jaar wordt een andere plaats gekozen om de diversiteit van de gezondheidspartners te weerspiegelen.*

alternance pluriannuelle avec d'autres lieux qui illustrent la diversité des acteurs de santé, dont les généralistes.

Sur le plan pédagogique, je vous remercie pour vos explications précises des concepts utilisés. Nous assistons à une informatisation croissante de la gestion des données. Je me réjouis du fait que le docteur Lawrence Cuvelier est à la manœuvre, car il figure parmi les grands spécialistes de la gestion des données informatiques.

- *L'incident est clos.*

Op pedagogisch vlak dank ik u voor de uitleg over de verschillende begrippen. Alsmaar meer gegevens worden elektronisch beheerd. Dokter Lawrence Cuvelier is een grote specialist ter zake. Het verheugt mij dan ook dat hij de leiding over het project heeft.

- *Het incident is gesloten.*

INTERPELLATION DE MME ISABELLE EMMERY

À M. GUY VANHENGEL, MEMBRE DU COLLÈGE RÉUNI, COMPÉTENT POUR LA POLITIQUE DE LA SANTÉ, LA FONCTION PUBLIQUE, LES FINANCES, LE BUDGET ET LES RELATIONS EXTÉRIEURES,

ET À M. DIDIER GOSUIN, MEMBRE DU COLLÈGE RÉUNI, COMPÉTENT POUR LA POLITIQUE DE LA SANTÉ, LA FONCTION PUBLIQUE, LES FINANCES, LE BUDGET ET LES RELATIONS EXTÉRIEURES,

concernant "la concertation entre le fédéral et la Région bruxelloise dans le cadre du financement des hôpitaux bruxellois".

INTERPELLATIE VAN MEVROUW ISABELLE EMMERY

TOT DE HEER GUY VANHENGEL, LID VAN HET VERENIGD COLLEGE, BEVOEGD VOOR HET GEZONDHEIDS-BELEID, HET OPENBAAR AMBT, DE FINANCIËN, DE BEGROTING EN DE EXTERNE BETREKKINGEN,

EN TOT DE HEER DIDIER GOSUIN, LID VAN HET VERENIGD COLLEGE, BEVOEGD VOOR HET GEZONDHEIDS-BELEID, HET OPENBAAR AMBT, DE FINANCIËN, DE BEGROTING EN DE EXTERNE BETREKKINGEN,

betreffende "het overleg tussen de federale staat en het Brussels Gewest voor de financiering van de Brusselse ziekenhuizen".

Mme la présidente.- Le membre du Collège réuni Didier Gosuin répondra à l'interpellation.

La parole est à Mme Emmery.

Mevrouw de voorzitter.- Collegelid Didier Gosuin zal de interpellatie beantwoorden.

Mevrouw Emmery heeft het woord.

Mme Isabelle Emmery (PS).- En avril 2015, la ministre de la santé Maggie De Block annonçait que la réforme du financement des hôpitaux et du paysage hospitalier débuterait peu à peu.

Un an plus tard, je m'inquiète du peu de progrès dans ce dossier. En effet, compétence dévolue à la suite de la sixième réforme de l'État, la dotation prévue par la loi spéciale de financement ne permet pas de couvrir la totalité des charges

Mevrouw Isabelle Emmery (PS) *(in het Frans)*.- *In april 2015 kondigde minister van Gezondheid De Block een grondige hervorming aan van de financiering van de ziekenhuizen. Een jaar later is er echter weinig vooruitgang merkbaar. De dotatie uit de Bijzondere Financieringswet volstaat immers niet om alle ziekenhuiskosten voor het gewest te dekken, in het bijzonder die uit het verleden.*

hospitalières pour notre Région, et notamment celles du passé.

Outre ce problème, je m'inquiète des critères pris en compte pour le financement proprement dit des hôpitaux publics ayant une situation particulière.

En conséquence du double statut de Bruxelles de capitale du pays et de capitale européenne, une part importante des soins hospitaliers sont délivrés chaque jour à des non-Bruxellois. Ainsi, pour les hôpitaux représentant 91% des lits agréés en Région bruxelloise, 36% en moyenne des patients hospitalisés ne sont pas bruxellois.

Un autre exemple concerne les services médico-techniques définis dans la programmation fédérale, où la proportion de non-Bruxellois varie de 30 à 50%.

Au regard de ces chiffres et du statut particulier de notre Région, avec des hôpitaux au caractère frontalier ayant une autorité de tutelle spécifique, élaborer le plan de financement sur la base de bassins de soins multirégionaux et non uniquement en fonction du critère régional me semble donc logique. Par ailleurs, étant donné le volume de population et la prise en charge de patients non-bruxellois, la logique de constitution de réseaux locaux au sein de la Région de Bruxelles-Capitale, en vue notamment de consolider les collaborations existantes, me paraît tout à fait pertinente. Mais visiblement, cette vision stratégique ne semble pas partagée par le pouvoir fédéral.

M. le ministre, j'en viens maintenant à mes questions.

Vers la fin de l'année 2015, un groupe de travail avait été mis en place afin de mener une réflexion sur le financement des hôpitaux. Quelles sont les avancées de ce groupe de travail ? Les travaux menés ont-ils abouti à des pistes concrètes ? Qu'en est-il de la concertation entre le pouvoir fédéral et les entités fédérées dans ce dossier à l'heure actuelle ?

Connaissons-nous précisément les critères sur lesquels reposera désormais le financement de nos hôpitaux ? Prendra-t-on en considération le statut particulier de Bruxelles, comme évoqué dans mon

Daarnaast maak ik me ook zorgen over de criteria voor de eigenlijke financiering van de openbare ziekenhuizen met een specifieke situatie. Door het dubbele statuut van Brussel als nationale en Europese hoofdstad, worden er dagelijks immers heel wat ziekenhuiszorgen verstrekt aan niet-Brusselaars. Zo'n 36% van de ziekenhuisbedden wordt ingenomen door niet-Brusselaars en bij de medisch-technische diensten schommelt het percentage niet-Brusselaars tussen 30 en 50%.

Daarom zou het een goed idee zijn om het financieringsplan uit te werken op basis van multigewestelijke zorgbekkens in plaats van alles per gewest te bekijken. Het verdient de voorkeur om binnen het gewest lokale netwerken op te richten, om zo de bestaande samenwerkingsverbanden te versterken. Die visie wordt echter niet gedeeld door de federale overheid.

Eind 2015 werd er een werkgroep opgericht die moest nadenken over de financiering van de ziekenhuizen. Heeft die al vorderingen geboekt? Zijn er al concrete oplossingen? Hoe staat het met het overleg daarover tussen de federale overheid en de deelstaten?

Op welke criteria zal de financiering van onze ziekenhuizen gebaseerd zijn? Zullen die rekening houden met het specifieke statuut van Brussel?

Wat is uw standpunt over de oprichting van lokale netwerken?

développement, à savoir son statut de ville enclavée entre deux Régions et de double capitale ?

Quelle est votre position vis-à-vis de la logique de constitution de "réseaux locaux" ?

Discussion

Mme la présidente.- La parole est à M. Kanfaoui.

M. Abdallah Kanfaoui (MR).- Je remercie Mme Emmery pour son interpellation, car elle permet de faire le point sur une réforme ambitieuse de notre système de santé et en particulier du financement des hôpitaux. Pour rappel, l'objectif de cette réforme est d'améliorer les réseaux constitués d'hôpitaux de base, de référence et universitaires. Ce système permettra notamment d'acquérir de la technologie onéreuse au sein d'un réseau et non d'un unique hôpital.

Comme nous en sommes tous conscients, une telle réforme ne se fait pas en une nuit et il est normal, dans ce domaine, de se baser sur l'évolution progressive et sur la concertation. C'est dans cette optique que le niveau fédéral a décidé de passer par des projets pilotes afin de collecter les idées en provenance immédiate du terrain avant de lancer des projets concrets.

L'objectif est de trouver des projets qui visent à mieux répartir les budgets afin d'améliorer la qualité des soins sans augmenter le coût pour le patient et en mettant ce dernier au centre du débat.

En septembre dernier, 470 propositions ont ainsi été reçues par le cabinet de la ministre des Affaires sociales et de la Santé. Propositions en provenance notamment d'hôpitaux, de patients, de membres du personnel soignant et de CPAS. Plusieurs thèmes ont ainsi été dégagés de cet appel à projets, notamment celui de l'accouchement avec séjour hospitalier écourté. Ce dernier avait, il est vrai, fait grand bruit dans la presse à l'époque. Trente-cinq projets concernaient ce thème et sept projets pilotes ont été sélectionnés, dont deux à Bruxelles : les Cliniques universitaires Saint-Luc et l'hôpital Erasme. L'objectif est d'évaluer ces projets pendant deux ans avant d'évaluer quels

Bespreking

Mevrouw de voorzitter.- De heer Kanfaoui heeft het woord.

De heer Abdallah Kanfaoui (MR) *(in het Frans).- De hervorming van het gezondheidssysteem en van de ziekenhuisfinanciering moet de werking van de ziekenhuisnetwerken verbeteren. Die zouden dan kostbare technologie kunnen aankopen die in het volledige netwerk kan worden gebruikt.*

Zo'n hervorming gebeurt vanzelfsprekend niet op een dag, maar wel geleidelijk en in overleg. Daarom heeft de federale overheid beslist om via proefprojecten te werken en zo ideeën te verzamelen voor ze concrete projecten start die een betere verdeling van de budgetten en een hogere zorgkwaliteit mogelijk maken zonder prijsverhoging voor de patiënt.

Het kabinet van de minister van Volksgezondheid en Sociale Zaken ontving in september 470 voorstellen van ziekenhuizen, patiënten verpleegkundigen en OCMW's. Daar werden enkele thema's uit gedistilleerd, zoals bijvoorbeeld kortere opnames na bevallingen. Daar hebben zeven geselecteerde projecten mee te maken, waarvan twee in Brussel, in de ziekenhuizen Saint-Luc en Erasmus. De projecten zullen gedurende twee jaar worden geëvalueerd om na te gaan welke aspecten ervan ruimer toegepast kunnen worden.

De hervorming zal dus niet snel gebeuren. We moeten de evolutie volgen. Brussel kent immers een specifieke bevolking met specifieke behoeften.

Hoe loopt het overleg hierover tussen de verschillende ministers die bevoegd zijn voor volksgezondheid?

Kunt u ons meer vertellen over de verschillende

aspects de ces projets seront introduits plus largement.

Cette réforme, basée sur la concertation et l'écoute des acteurs du terrain, ne se fera donc pas en quelques jours ni en quelques semaines. Toutefois, comme le souligne ma collègue, il est important de garder un œil sur l'évolution de ce dossier. Particulièrement à Bruxelles, est touché un public bien spécifique et dont les besoins le sont tout autant.

Je me joins donc aux questions de ma collègue pour savoir où en est la concertation entre les différents ministres en charge de la santé dans ce domaine.

Par ailleurs, pouvez-vous nous en dire davantage sur les différents projets qui seront testés à Bruxelles ?

projecten die in Brussel worden uitgetest?

Mme la présidente.- La parole est à M. Maron.

Mevrouw de voorzitter.- De heer Maron heeft het woord.

M. Alain Maron (Ecolo).- J'aimerais vous poser une question connexe à celles de mes collègues que je remercie d'avoir abordé le sujet de manière générale.

Eurostat, qui scrute nos comptes nationaux et nos budgets, recommande l'intégration de l'ensemble du financement des hôpitaux dans le périmètre de consolidation des finances publiques et la Banque nationale de Belgique (BNB) a également émis un communiqué de presse en ce sens.

Nous nous orientons donc vers l'obligation d'inscrire les comptes du budget de tous les hôpitaux, y compris les hôpitaux privés lorsqu'il s'agit d'investissements publics, dans le périmètre de consolidation budgétaire.

Si, à l'échelle de la Belgique, cette décision ne semble pas avoir de conséquences trop importantes, la situation est peut-être un peu différente au niveau de la Région bruxelloise, vu le grand nombre d'hôpitaux implantés sur notre territoire au regard de la population, une proportion qui est d'ailleurs supérieure au reste du pays.

De heer Alain Maron (Ecolo) *(in het Frans).- Eurostat beveelt aan om de volledige financiering van de ziekenhuizen binnen de consolidatieperimeter van de overheidsfinanciën te brengen. De Nationale Bank van België (NBB) onderschreef die aanbeveling in een persbericht en de regering zal ze volgen, ook voor privéziekenhuizen die overheidsgeld krijgen.*

Die beslissing zal gezien het grote aantal ziekenhuizen in Brussel een aantal gevolgen hebben voor het gewest.

Kaart u dat aspect ook aan bij de federale regering binnen de bestaande overlegorganen, zoals de interministeriële conferentie?

J'aurais aimé savoir si cet aspect est également abordé avec l'État fédéral dans le cadre du financement des hôpitaux au sein des organes de concertation existants, comme la conférence interministérielle (CIM).

Mme la présidente.- La parole est à M. du Bus de Warnaffe.

Mevrouw de voorzitter.- De heer du Bus de Warnaffe heeft het woord.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH).- Selon la clé de répartition, le financement des hôpitaux est assuré à 45% par les honoraires des médecins, à 45% par le prix de la journée et à 10% par les médicaments.

S'agissant des honoraires des médecins, les pratiques et les tarifications varient. En effet, certaines spécialités coûtent beaucoup plus que d'autres. Un pédiatre ou un gériatre reviennent moins chers que d'autres spécialistes, car leurs pratiques requièrent moins de technicité.

Ce constat a amené la ministre De Block à revoir la nomenclature. Certes, cette matière ne relève pas de vous, mais vous participez à la conférence interministérielle (CIM) Santé publique. Où en est ladite révision de la nomenclature ?

Les 45% émanant des facturations du prix de la journée ne suffisent pas et les médecins sont obligés de compenser pour garantir le financement hospitalier. Or, il manque parfois de solidarité entre médecins et l'on assiste à des pratiques discutables. Ainsi, des médecins consultent en cabinet privé et renvoient les patients à l'hôpital pour les urgences.

La capacité de tarification est différente en cabinet privé et en système hospitalier.

Il y a donc des mesures à prendre pour limiter et mieux encadrer les pratiques tarifaires. Menez-vous une réflexion sur cette question en concertation avec le gouvernement fédéral ?

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH) *(in het Frans).- Volgens de verdeelsleutel wordt de financiering van de ziekenhuizen voor 45% gedekt door de erelonen van de artsen, voor 45% door de dagprijs en voor 10% door de geneesmiddelen.*

Voor de erelonen van de artsen verschillen de praktijken en tarieven. Bepaalde specialisten zijn immers veel duurder dan andere. Dat bracht minister De Block er dan ook toe de nomenclatuur te herzien. Hoe staat het daarmee?

De 45% afkomstig van de dagprijs volstaat niet en artsen zijn verplicht die te compenseren om de financiering van de ziekenhuizen te waarborgen. De solidariteit tussen artsen is soms echter ver te zoeken. Ook vinden er soms twijfelachtige praktijken plaats, zoals artsen die hun patiënten in hun privépraktijk ontvangen en ze naar het ziekenhuis sturen voor noodgevallen.

Er moeten dan ook maatregelen worden genomen om dergelijke praktijken te beperken. Denkt u daarover na in overleg met de federale regering?

Mme la présidente.- La parole est à M. Gosuin.

Mevrouw de voorzitter.- De heer Gosuin heeft het woord.

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Je vous remercie pour votre interpellation qui me

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College *(in het Frans).- Ik zal niet uitweiden over*

semble comporter plusieurs aspects. Je ne vais pas rentrer ici dans la technicité de la question ni entrer dans les détails d'une compétence qui relève par ailleurs du niveau fédéral. Par contre, je vais vous expliquer comment nous sommes impliqués, informés, alertés et où se situent les difficultés.

Tout d'abord, vous évoquez, en préambule, votre inquiétude sur l'avancement de la réforme du financement. Disant cela, j'imagine que vous visez la réforme annoncée par la ministre fédérale, Maggie De Block, sur la partie du financement qui concerne le fonctionnement de l'hôpital et qui ne relève donc pas de la compétence de la Cocom. Il me semblerait utile que ces débats soient portés urgemment au niveau fédéral.

Néanmoins, je vous livre la seule information dont je dispose : des groupes de travail sont en cours avec les représentants hospitaliers, dont les coupoles hospitalières comme le réseau Iris qui, pas plus tard qu'hier, m'a alerté par courrier sur les conséquences de cette négociation. Rien que pour le réseau Iris, cela représente un coût de neuf millions d'euros. Je parle ici du financement lié au fonctionnement de l'hôpital. Je ne vous parle pas encore du litige qui nous oppose au pouvoir fédéral, à savoir l'insuffisance de moyens pour couvrir les investissements.

Nous savons également que cette réforme a un impact sur les lits de psychiatrie. Rien qu'en Région bruxelloise, on parle d'un impact de près de dix millions d'euros.

Il s'agit de 9 millions pour le réseau Iris. Bien entendu, je ne dispose pas des informations des autres groupes hospitaliers privés. Pour le psychiatrique, il s'agit d'une dizaine de millions et je vous rappelle que le fossé au niveau des investissements est de 13 millions.

Vous constatez donc l'ampleur du différentiel. En tant que ministre, je suis très inquiet. Le Collège fait le siège pour être mieux informé des discussions actuelles qui se déroulent uniquement entre le pouvoir fédéral et les groupements hospitaliers.

Le problème vient de ce que la réflexion à l'échelle fédérale est ramenée au niveau des territoires. Comme vous le mentionnez, Mme

de technische aspecten van deze kwestie, die onder de bevoegdheid van de federale regering valt, maar ik wil u wel uitleggen hoe het Brussels Gewest bij de hervorming betrokken wordt en welke problemen zich voordoen.

U uit uw bezorgdheid over de hervorming van de financiering. Het gaat wellicht om de door federaal minister De Block aangekondigde hervorming van de financiering van de werking van de ziekenhuizen, die buiten de bevoegdheid van de GGC valt. Daar moeten de federale instellingen over debatteren.

Er zijn werkgroepen actief waarin vertegenwoordigers van de ziekenhuiskoepels zitten, onder andere van de Iriskoepel, die mij gisteren pas op de hoogte bracht van de gevolgen die de onderhandelingen zullen hebben. Voor de Iriskoepel alleen gaat om 9 miljoen euro aan werkingskosten. Bovendien verschilt de Brusselse regering met de federale regering van mening over het tekort aan middelen om de investeringen te dekken.

De hervorming zal ook gevolgen hebben voor het aantal plaatsen in psychiatrische instellingen, met een impact van bijna 10 miljoen euro in het Brussels Gewest.

Ik herinner eraan dat er voor de psychiatrische instellingen een put van 13 miljoen bestaat wat de investeringen betreft.

Er is dus sprake van een aanzienlijk, zelfs verontrustend verschil. De GGC doet er alles aan om zo veel mogelijk informatie te krijgen over de besprekingen tussen de federale regering en de ziekenhuisgroepen.

Het probleem is ontstaan doordat de federale regering alles vanuit een gewestperspectief bekijkt, terwijl het ziekenhuisbezoek in Brussel heel andere verhoudingen vertoont dan in Vlaanderen of Wallonië. Zo woont 36% van de in Brusselse ziekenhuizen opgenomen patiënten niet in het Brussels Gewest.

Doordat de ziekenhuizen strikt op basis van het aantal inwoners van het gewest gefinancierd worden, ontstaat er een kloof tussen de financiering en de werkelijke behoefte aan

Emmery, l'impact sur la fréquentation des hôpitaux bruxellois est totalement différent de ce qui se passe en Flandre et en Wallonie.

En effet, 36% des patients hospitalisés dans les hôpitaux bruxellois, quelle que soit leur tutelle, ne sont pas des Bruxellois.

Si vous ramenez cela à un territoire, à une population, vous voyez le fossé que cela peut représenter.

Il s'agit donc d'une programmation strictement liée au nombre d'habitants. Par exemple, il y aurait x lits de psychiatrie pour 100.000 habitants. Ce type de clé que l'on semble vouloir appliquer risque de porter grandement préjudice à la Région bruxelloise.

Mon collègue Vanhengel et moi-même faisons régulièrement valoir auprès de la ministre fédérale que la situation de Bruxelles est particulière, par son attraction au-delà des 19 communes et par sa place de pôle de référence. Cette situation particulière doit être prise en compte. Jusqu'ici, nous avons pu obtenir que toute nouvelle mesure de programmation soit préalablement discutée au sein de la conférence interministérielle (CIM) de la santé publique. Nous comptons insister à nouveau pour que nos arguments soient pris en considération et pour qu'au moment où la ministre De Block aura terminé ses concertations et où des choix politiques seront posés, nous y soyons associés.

Ensuite, vous rappelez que la dotation prévue par la loi spéciale de financement dans le cadre du transfert de la compétence du financement des investissements n'est pas suffisante pour couvrir les dépenses liées à des charges décidées avant l'exécution de la sixième réforme. Les auteurs de cette dernière ont bien prévu un transfert des obligations avec les dotations correspondantes lors de la passation de la compétence aux entités fédérées.

Malheureusement, alors que ces éléments étaient en cours d'inscription dans les textes, la sixième réforme de l'État fixait les dotations. Or, ces dernières ont été mal évaluées, ce qui a creusé un écart de plus de 200 millions d'euros à l'échelle du pays : environ 13 millions pour la Commission

middelen. Het risico is groot dat het Brussels Gewest sterk benadeeld wordt.

We kaarten bij de federale minister regelmatig aan dat Brussel een uitzonderlijke positie inneemt doordat het ook patiënten van buiten het gewest aantrekt. Tot nu toe konden we ervoor zorgen dat elke nieuwe programmatiemaatregel vooraf binnen de interministeriële conferentie Volksgezondheid werd besproken. We blijven erop hameren dat er met onze argumenten rekening moet worden gehouden en dat we bij het beleid moeten worden betrokken.

U stelt dat de dotatie die in de Bijzondere Financieringswet is opgenomen in het kader van de overdracht van de bevoegdheid voor de financiering van de investeringen niet volstaat om de uitgaven te dekken voor de lasten die werden vastgelegd voor de uitvoering van de zesde staatshervorming. In die zesde staatshervorming werd echter voorzien in een overdracht van de verplichtingen met de overeenstemmende dotaties.

Jammer genoeg werden de dotaties verkeerd geëvalueerd, waardoor er op nationale schaal een kloof van meer dan 200 miljoen euro ontstond: ongeveer 13 miljoen voor de Franse Gemeenschapscommissie, 40 miljoen voor de Federatie Wallonië-Brussel, 100 miljoen voor het Waals Gewest en 100 miljoen voor het Vlaams Gewest.

Het probleem vloeit voort uit die foute evaluatie. Daarover vinden nog steeds werkvergaderingen plaats. Wij spraken er Eurostat over aan, want er hangt Brussel nog een ander risico boven het hoofd, namelijk de gevolgen van de tekorten bij de ziekenhuizen voor de begrotingsnorm.

In elk geval zijn de gewesten en gemeenschappen en de federale regering het erover eens dat ze in een brief aan Eurostat voor een andere regeling zullen pleiten.

Voor de evolutie in de regeling voor de financiering van de investeringen verwijs ik naar mijn antwoord van twee weken geleden aan de heer du Bus de Warnaffe.

Uiteraard ben ik een voorstander van ziekenhuisnetwerken, die de doeltreffendheid en

communautaire française, 40 pour la Fédération Wallonie-Bruxelles, 100 pour la Région wallonne et autant pour la Région flamande.

Le problème résulte donc de cette mauvaise évaluation. Le litige qui nous oppose continue de faire l'objet de réunions de travail. Nous avons interrogé Eurostat à ce sujet, car un autre risque nous guette, à savoir l'impact des déficits des hôpitaux sur la norme budgétaire.

À tout égard, les entités fédérées et l'autorité fédérale se sont déjà mises d'accord pour écrire une lettre à Eurostat afin de plaider pour qu'il n'en soit pas ainsi. Je vous passe les arguments qui ont été développés. Nous attendons les informations d'Eurostat, mais ce courrier ne vide en rien le litige budgétaire.

En ce qui concerne l'évolution de la réglementation du financement des investissements, je vous renvoie à ma réponse d'il y a deux semaines à M. du Bus de Warnaffe.

Je suis évidemment favorable aux réseaux hospitaliers. Nous gagnerons tous en efficience et en amélioration de la qualité à ce que nos hôpitaux coopèrent encore plus étroitement. Le cabinet travaille d'ailleurs en ce moment, avec les coupoles hospitalières, à un état des lieux des collaborations structurées existant entre hôpitaux et des possibilités d'extension de celles-ci, voire des innovations possibles en la matière.

Mon souhait - presque consubstantiel à mon engagement politique - est que la création de réseaux dépasse les clivages historiques entre les groupes hospitaliers. À première vue, les pratiques actuelles prennent le bon chemin, mais la pilarisation de notre société est un fléau qui a été largement entretenu pour toutes sortes de bonnes ou mauvaises raisons. Il ne faut en effet pas non plus négliger les obstacles juridiques à la création de réseaux, obstacles qui pour une majorité relèvent de la législation organique.

Pour encourager les réseaux, une révision des dispositions fédérales serait nécessaire. En ce qui me concerne, j'y suis favorable : dépasser à Bruxelles cette logique de réseaux pour aller vers des structurations plus complètes en vue d'une meilleure médecine, d'une synergie, permettra des

de kwaliteit van de Brusselse ziekenhuizen zullen doen toenemen. Ik werk trouwens samen met de ziekenhuiskoepels aan een overzicht van de bestaande samenwerkingsstructuren tussen ziekenhuizen en bestudeer de mogelijkheden om uit te breiden en te innoveren.

Ik zou graag zien dat er netwerken ontstaan die de historische verdeeldheid tussen de ziekenhuisgroepen overstijgen. Het lijkt de goede kant op te gaan, maar de verzuiling is te lang om allerlei redenen in stand gehouden. Daarnaast valt het niet te ontkennen dat er heel wat juridische obstakels zijn, die hoofdzakelijk uit de organieke wet voortvloeien.

Om de vorming van netwerken te bevorderen, is een herziening van de federale wet nodig. Ik sta positief tegenover het overstijgen van de netwerklogica in Brussel, om te gaan naar een doorgedreven structurering met het oog op betere geneeskunde en meer synergie. De besparingen die dat laatste oplevert, kunnen we in gezondheid investeren.

Het is geen geheim dat Brussel niet betrokken was bij de besprekingen tussen de federale minister en de ziekenhuizen. De ziekenhuizen luiden nu zelf de alarmklok. We onderhandelen over een bijkomende bijdrage van 200 miljoen euro van de federale regering. Gezien de budgettaire inspanning gaat het eerder om een politieke dan om een rationele beslissing.

économies qui seront utilement réinvesties dans la santé.

Je ne vous fais pas mystère que nous ne sommes pas associés aux échanges qui ont lieu entre la ministre fédérale et les hôpitaux. Ce sont les hôpitaux eux-mêmes qui lancent des signaux d'alerte. Je vous en ai cité deux, au niveau de la coupole Iris (9 millions) et des lits psychiatriques. Nous négocions pour que le gouvernement fédéral assume 200 millions d'euros de plus tous les ans pour honorer ses engagements. Vu l'effort budgétaire, il s'agit d'un choix davantage politique que rationnel. Affaire à suivre.

Mme la présidente.- La parole est à Mme Emmery.

Mme Isabelle Emmery (PS).- Votre réponse, si elle a le mérite d'être claire, suscite toujours autant d'inquiétudes que j'en avais lors de la formulation de mon interpellation. En effet, quand on ne maîtrise pas un système qui peut avoir des impacts très négatifs sur notre politique, il y a vraiment lieu d'être inquiet.

En ce qui concerne les délais, vous semblez ne pas en avoir connaissance. Le dossier est actuellement "encommissionné" et la seule réalité que nous en avons se fait par le biais de notre coupole publique.

Il s'agit donc d'un dossier à suivre de près. Peut-être y aurait-il même lieu d'adopter une démarche proactive en la matière auprès de la ministre De Block. Puisque l'alerte a été lancée par le secteur sur lequel nous avons la tutelle, peut-être pourriez-vous la répercuter auprès de cette dernière.

Enfin, j'apprécie votre réflexion sur la logique de réseau et sur la nécessité de dépasser les clivages pour aller vers une meilleure efficacité de notre système de santé bruxellois. Au groupe socialiste, nous pensons qu'il existe une spécificité du réseau public : celle précisément de remplir des missions de service public et de solidarité entre tous les Bruxellois.

- L'incident est clos.

INTERPELLATION DE MME SIMONE SUSSKIND

Mevrouw de voorzitter.- Mevrouw Emmery heeft het woord.

Mevrouw Isabelle Emmery (PS) *(in het Frans).- Uw antwoord is dan wel duidelijk, maar heeft mijn ongerustheid niet weggenomen. Als een systeem dat het beleid negatief kan beïnvloeden, niet onder controle is, is dat wel degelijk reden tot ongerustheid.*

U blijkt niet op de hoogte te zijn van de termijnen: het dossier ligt op dit moment bij de commissie. We moeten het dan ook van nabij opvolgen. Misschien moeten we ons zelfs proactief opstellen tegenover minister De Block. Het is de sector waarop we toezicht houden die aan de alarmbel trok, en misschien kunt u de boodschap aan minister De Block doorgeven.

Het is goed dat u nadenkt over de netwerken en de noodzaak om tegenstellingen te overbruggen teneinde het Brusselse gezondheidssysteem efficiënter te maken.

- Het incident is gesloten.

INTERPELLATIE VAN MEVROUW SIMONE SUSSKIND

À M. GUY VANHENGEL, MEMBRE DU COLLÈGE RÉUNI, COMPÉTENT POUR LA POLITIQUE DE LA SANTÉ, LA FONCTION PUBLIQUE, LES FINANCES, LE BUDGET ET LES RELATIONS EXTÉRIEURES,

ET À M. DIDIER GOSUIN, MEMBRE DU COLLÈGE RÉUNI, COMPÉTENT POUR LA POLITIQUE DE LA SANTÉ, LA FONCTION PUBLIQUE, LES FINANCES, LE BUDGET ET LES RELATIONS EXTÉRIEURES,

concernant "les disparités en termes de santé chez les jeunes Bruxellois".

TOT DE HEER GUY VANHENGEL, LID VAN HET VERENIGD COLLEGE, BEVOEGD VOOR HET GEZONDHEIDS-BELEID, HET OPENBAAR AMBT, DE FINANCIËN, DE BEGROTING EN DE EXTERNE BETREKKINGEN,

EN TOT DE HEER DIDIER GOSUIN, LID VAN HET VERENIGD COLLEGE, BEVOEGD VOOR HET GEZONDHEIDS-BELEID, HET OPENBAAR AMBT, DE FINANCIËN, DE BEGROTING EN DE EXTERNE BETREKKINGEN,

betreffende "de gezondheidsongelijkheden tussen de Brusselse jongeren".

Mme la présidente.- Le membre du Collège réuni Didier Gosuin répondra à l'interpellation.

La parole est à Mme Susskind.

Mme Simone Susskind (PS).- Une récente étude du Brussels Studies nous dresse un portrait de la jeunesse bruxelloise qui doit retenir toute notre attention.

Nous connaissons déjà bien les difficultés des jeunes à trouver un emploi de nos jours. En 2014, le taux de chômage des jeunes actifs était de 39,5%. Je pense que nous sommes également conscients des inégalités existant au sein de notre système scolaire et qui conduisent 14,4% des jeunes à quitter prématurément l'école. À la Région et à la Fédération Wallonie-Bruxelles, nous essayons avec force de réduire cet état de fait.

Cette nouvelle étude de Brussels Studies nous confirme qu'il n'existe pas "une" jeunesse bruxelloise, mais "des" jeunesses bruxelloises. Lors d'un récent colloque que mon groupe organisait sur la pauvreté infantile et juvénile à Bruxelles, Bernard De Vos, Délégué général aux droits de l'enfant, nous rappelait que lorsqu'on lui demandait ce qu'il pensait de la jeunesse bruxelloise, il répondait : "Mais de quelle jeunesse me parlez-vous ?" en dénonçant ce qu'il appelle un véritable "apartheid bruxellois".

En effet, et nous le savons pertinemment, les réalités vécues par les jeunes issus du croissant

Mevrouw de voorzitter.- Collegelid Didier Gosuin zal de interpellatie beantwoorden.

Mevrouw Susskind heeft het woord.

Mevrouw Simone Susskind (PS) *(in het Frans)*.- *In een recente studie van Brussels Studies wordt een interessant beeld geschetst van de Brusselse jeugd.*

Het is genoegzaam bekend hoe moeilijk jongeren het vandaag hebben om een baan te vinden. In 2014 lag het werkloosheidspercentage bij jongeren op 39,5%. Door de ongelijkheid binnen de Brusselse onderwijsinstellingen verlaat 14,4% van de jongeren de school voortijdig.

Uit de nieuwe studie blijkt dat er niet slechts één, maar verschillende soorten Brusselse jongeren bestaan. Jongeren die in de arme wijken opgroeien, leven heel anders dan die uit Woluwe en Ukkel.

Een van de punten uit de studie die mijn aandacht trokken, is de ongelijkheid op het vlak van gezondheid. Jonge Brusselaars verklaren vaker in slechte gezondheid te verkeren dan die uit andere grote Belgische steden. Ook stellen ze medische zorg twee tot drie keer vaker uit.

Dat valt te verklaren door de kostprijs van de gezondheidszorg, een slechte kennis van de steunmaatregelen (verhoogde tussenkomst, dringende medische hulp ...) en een ontoereikende kennis van het gezondheidszorgsysteem in het

pauvre de Bruxelles sont bien différentes de celles vécues par les jeunes de Woluwe et d'Uccle.

Un des points mis en exergue dans cette étude, et qui a attiré toute mon attention, porte sur les inégalités dans l'état de santé et sa perception. On y apprend ainsi que les jeunes Bruxellois se déclarent plus souvent en mauvaise santé que les jeunes des autres grandes villes belges. Il y est également expliqué que les jeunes Bruxellois reportent deux à trois fois plus souvent les soins de santé que dans les autres Régions.

Les facteurs explicatifs de cette situation résident entre autres dans le coût des soins de santé, la méconnaissance des systèmes d'aide tels que l'intervention majorée ou l'aide médicale urgente (AMU) et un déficit de connaissance du système des soins de santé en général.

À ces deux constats préoccupants pour notre Région s'ajoutent des inégalités en termes de revenus et d'éducation, ainsi que des disparités culturelles. Ainsi, les personnes diplômées se sentent globalement en meilleure santé que celles sans diplôme. Les jeunes d'origines maghrébine et turque se sentent en moins bonne santé que les autres. Ce constat est d'autant plus marqué pour les jeunes issus des deuxièmes générations.

Enfin, les inégalités sociales se répercutent aussi sur la souffrance psychologique, dont un tiers des jeunes Bruxellois souffrent.

Lorsque l'on superpose les différentes cartographies, on constate que les jeunes les plus lésés en matière de santé sont peu ou prou issus du croissant pauvre. Avez-vous eu connaissance de cette étude ? Disposez-vous de chiffres plus précis sur les disparités, en termes de santé des jeunes, dans les différentes communes bruxelloises ?

L'un des points mis en exergue dans l'étude est la méconnaissance du système de soins. Que sera-t-il mis en place pour informer davantage les jeunes des possibilités qui s'offrent à eux ? Jeunes ou moins jeunes, nous sommes dans une période où le moral n'est pas au beau fixe. Cela se répercute rapidement sur la santé mentale des jeunes, qui sont plus vulnérables. Qu'est-il fait pour eux en matière de prévention en santé mentale ?

algemeen.

Daarbovenop komen nog de culturele verschillen en de ongelijkheid op het vlak van inkomen en onderwijs. Mensen met een diploma voelen zich doorgaans gezonder dan mensen zonder diploma. Jongeren van Maghrebijnse en Turkse origine voelen zich ongezonder dan anderen. Vooral bij jongeren van de tweede generatie komt dat duidelijk naar voor.

Sociale ongelijkheid heeft ook gevolgen voor psychologisch lijden. Een derde van de jonge Brusselaars wordt daarmee geconfronteerd.

De jongeren die het sterkst benadeeld worden op het vlak van gezondheidszorg komen doorgaans uit de gemeenten van de arme sikkel.

Bent u op de hoogte van de studie van Brussels Studies? Beschikt u over nauwkeurigere cijfers in verband met de ongelijkheid tussen Brusselse jongeren op het vlak van gezondheid?

Wat wordt er gedaan om jongeren beter te informeren over de bestaande mogelijkheden op het vlak van gezondheidszorg? Het is voor iedereen een moeilijke tijd, en jongeren staan mentaal zwakker. Welke initiatieven worden er genomen op het vlak van geestelijke gezondheidspreventie?

Hoe verklaart u dat de Maghrebijnse en Turkse jongeren het zorgaanbod zo slecht kennen? Krijgen die groepen onvoldoende toegang tot informatie?

La perception des jeunes d'origines maghrébine et turque m'interpelle. Comment expliquez-vous ce sentiment ? S'agit-il d'un manque d'accès de ces groupes à l'information ?

Discussion

Mme la présidente.- La parole est à M. Gosuin.

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Les inégalités sociales de santé sont maintenant bien établies et les études montrent que la mortalité et la morbidité sont en lien avec le niveau d'éducation, le niveau social, et pour certains avec la nationalité. Les inégalités sont déjà bien présentes à la naissance, chez les adolescents et les jeunes adultes.

Nous avons bien pris connaissance de la publication de Brussels Studies "Jeunesses bruxelloises : entre diversité et précarité". Il ne s'agit pas d'une étude, mais d'un travail d'analyse de la littérature des dix dernières années portant sur les jeunes Bruxellois de 12 à 25 ans. Cette publication aborde toute une série de thématiques, dont la santé des jeunes. Les résultats présentés de manière assez succincte sont développés dans les travaux réalisés par l'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale.

Les travaux de l'observatoire donnent des chiffres plus précis sur les disparités en termes de santé des jeunes par rapport aux données reprises par Brussels Studies dans leur publication.

La mortalité des jeunes hommes (15 à 34 ans) de niveau d'éducation moins élevé est de 32 cas pour 100.000 personnes (10 cas pour les femmes), contre 13 cas pour les hommes avec un niveau d'éducation plus élevé (9 cas pour les femmes).

Des disparités apparaissent également au niveau de la santé subjective. Alors que 92% des jeunes adultes au niveau d'éducation le plus élevé se sentent en bonne santé, ils ne sont que 86% dans le groupe de niveau d'éducation moyen et 80% dans le groupe le moins élevé.

En matière de santé mentale, un tiers des jeunes adultes présentent des signes de souffrance

Bespreking

Mevrouw de voorzitter.- De heer Gosuin heeft het woord.

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College *(in het Frans).- Uit studies blijkt dat ziekte en overlijden mede bepaald worden door het opleidingsniveau, de sociale status en in sommige gevallen ook de nationaliteit van de persoon in kwestie. Ongelijkheid bestaat al voor borelingen, adolescenten en jongvolwassenen.*

Brussels Studies onderzocht de voorbije tien jaar uiteenlopende thema's bij jonge Brusselaars tussen 12 en 25 jaar. Het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad werkte de cijfers over de gezondheid vervolgens verder uit.

Men telt 32 sterftegevallen op 100.000 laagopgeleide mannen tussen 15 en 34 jaar (10 op 100.000 vrouwen), tegenover 13 op 100.000 hoogopgeleide mannen (9 op 100.000 vrouwen).

Ook als het om subjectieve gezondheid gaat, zijn er verschillen: 92% van de hoogstopgeleide jongeren voelt zich gezond, tegenover slechts 86% van de jongeren met een gemiddeld opleidingsniveau en 80% van de laagstopgeleiden.

Een derde van de jongvolwassenen vertoont tekenen van psychisch lijden. Ook hier speelt het sociaal-economische statuut van de jongere een rol.

Jongvolwassenen die opgroeien in een gezin met financiële problemen hebben 1,6 keer meer kans op psychologische problemen dan leeftijdsgenoten uit een gezin zonder financiële moeilijkheden.

Brusselse jongvolwassenen stellen een doktersbezoek twee tot drie keer vaker uit dan inwoners van de andere twee gewesten.

De perceptie van de eigen gezondheid en de

psychologique. Ici aussi, le statut socio-économique influence la santé mentale.

Les jeunes adultes vivant dans un ménage qui a des difficultés financières ont un risque 1,6 fois plus élevé de souffrir de problèmes psychologiques que ceux vivant dans un ménage sans difficultés financières.

En ce qui concerne l'accès aux soins, les jeunes adultes bruxellois postposent deux à trois fois plus souvent les soins que dans les autres Régions (21 % à Bruxelles, versus 6 % en Flandre et 13 % en Wallonie).

La perception de l'état de santé et le recours aux soins ne sont pas seulement liés aux moyens financiers, mais également à une faible connaissance de la santé et du système de santé. Différentes pistes existent pour mieux informer les jeunes quant au système de santé et à leurs droits, pistes qui, pour être mises en place, nécessitent la mobilisation d'autres compétences que la seule politique de santé en Cocom.

À titre d'exemple, il y a la possibilité de rendre l'information sur l'offre de services de santé disponible au moment où le jeune en a besoin dans les lieux qu'il fréquente (internet, salle d'urgence, écoles, SAMU social), l'ouverture de cellules d'aides répondant spécifiquement aux besoins des jeunes au sein des CPAS, des écoles supérieures via les services de promotion de la santé à l'école, d'associations d'aide aux jeunes, ou encore la prolongation plus automatique des droits acquis en tant que mineurs.

La prévention en santé mentale est principalement faite au sein des Services de santé mentale, en grande majorité financés par la Cocof et la Communauté flamande.

La Cocom finance, quant à elle, 5 services. Ils mènent des activités dès le stade de la petite enfance, pouvant déboucher, si besoin en est, sur un dépistage, un diagnostic et une prise en charge.

Grâce à une approche globale, ils peuvent prendre des mesures en rapport avec la santé, mais également l'éducation et l'enseignement. À titre d'exemple, le service de santé mentale Chapelle-aux-Champs a lancé un projet intitulé "Aux

beslissing om een beroep te doen op gezondheidszorg hebben niet alleen met financiële draagkracht te maken, maar ook met gezondheidsbewustzijn en met kennis van het gezondheidssysteem.

Er zijn meerdere mogelijkheden om jongeren beter op de hoogte te brengen van hun rechten, maar die overstijgen de bevoegdheid van de GGC. Preventie op het vlak van geestelijke gezondheid gebeurt immers hoofdzakelijk binnen de diensten voor geestelijke gezondheidszorg, die grotendeels door de Cocof en de Vlaamse Gemeenschap gefinancierd worden.

De GGC financiert vijf diensten voor geestelijke gezondheidszorg, die zich richten tot de Brusselaars vanaf hun eerste levensjaren. Indien nodig sporen de diensten problemen op, stellen ze een diagnose en zorgen ze voor opvang. Ze hanteren een globale aanpak, waardoor ze maatregelen nemen die zowel met gezondheid als met opvoeding en onderwijs te maken hebben.

In de publicatie van Brussels Studies worden cijfers van een VUB-studie overgenomen, waaruit blijkt dat jongeren met een Maghrebijnse of Turkse achtergrond zich minder gezond voelen dan de overige Belgische jongeren. De onderzoekers van Brussels Studies stellen echter dat de groep jongeren bij wie dat onderzocht werd, niet groot genoeg was om een relevant resultaat op te leveren.

De onderzoekers wijzen er wel op dat culturele verschillen, sociaal-economische ongelijkheid, de familiegeschiedenis en blootstelling aan racisme, stress veroorzaken en daardoor een negatieve invloed kunnen hebben op het welzijn en de geestelijke gezondheid van de jongere in kwestie.

Alizés", dans le cadre duquel de jeunes adolescents trouvent, notamment par le biais d'activités artistiques, une possibilité de s'exprimer, d'échanger, de partager, de trouver des réponses aux questionnements qui sont les leurs et donc de développer leur ancrage social et scolaire.

Enfin, la publication du Brussels Studies indique que les jeunes d'origine maghrébine et turque se sentent en moins bonne santé que les jeunes Belges. Ce constat est repris de l'étude "Le profil sanitaire des jeunes dans la Région de Bruxelles-Capitale" publiée en 2014 par la VUB. Les chercheurs précisent cependant que ce résultat n'est pas statistiquement significatif, dans la mesure où l'échantillon des jeunes d'origine maghrébine et turque est trop faible : seules 124 personnes ont été interrogées.

Ces mêmes chercheurs mettent cependant en évidence que les différences culturelles, les inégalités socio-économiques, l'histoire familiale ou encore les phénomènes de racisme sont sources de stress et peuvent avoir un impact négatif sur le bien-être et la santé mentale.

Mme la présidente.- La parole est à Mme Susskind.

Mme Simone Susskind (PS).- Je vous remercie pour vos réponses. Nous devons rester attentifs à cette évolution. Puisque l'échantillon que vous évoquez est trop faible, il faudrait pouvoir se référer à d'autres études afin de préciser la perception de ces jeunes concernant leur santé mentale.

Nous connaissons les limites économiques des pouvoirs publics. Ceux-ci pourraient néanmoins diversifier les approches pour travailler avec ces jeunes et les aider à surmonter ce sentiment et leurs perceptions, et les informer davantage sur les outils existants.

- L'incident est clos.

INTERPELLATION DE M. ZAHOOR ELLAHI MANZOOR

Mevrouw de voorzitter.- Mevrouw Susskind heeft het woord.

Mevrouw Simone Susskind (PS) *(in het Frans).- We moeten die ontwikkeling in het oog houden. We hebben meer studies nodig om een preciezer beeld te krijgen van de perceptie die jongeren hebben van hun eigen geestelijke gezondheid.*

We kennen de financiële beperkingen van de overheid. Toch zou die moeten proberen de Brusselse jongeren beter over het bestaande zorgaanbod in te lichten.

- Het incident is gesloten.

INTERPELLATIE VAN DE HEER ZAHOOR ELLAHI MANZOOR

À M. GUY VANHENGEL, MEMBRE DU COLLÈGE RÉUNI, COMPÉTENT POUR LA POLITIQUE DE LA SANTÉ, LA FONCTION PUBLIQUE, LES FINANCES, LE BUDGET ET LES RELATIONS EXTÉRIEURES,

ET À M. DIDIER GOSUIN, MEMBRE DU COLLÈGE RÉUNI, COMPÉTENT POUR LA POLITIQUE DE LA SANTÉ, LA FONCTION PUBLIQUE, LES FINANCES, LE BUDGET ET LES RELATIONS EXTÉRIEURES,

concernant "la politique de lutte contre la tuberculose et l'aspect social de cette maladie".

TOT DE HEER GUY VANHENGEL, LID VAN HET VERENIGD COLLEGE, BEVOEGD VOOR HET GEZONDHEIDS-BELEID, HET OPENBAAR AMBT, DE FINANCIËN, DE BEGROTING EN DE EXTERNE BETREKKINGEN,

EN TOT DE HEER DIDIER GOSUIN, LID VAN HET VERENIGD COLLEGE, BEVOEGD VOOR HET GEZONDHEIDS-BELEID, HET OPENBAAR AMBT, DE FINANCIËN, DE BEGROTING EN DE EXTERNE BETREKKINGEN,

betreffende "de bestrijding van tuberculose en het sociale aspect van deze ziekte".

Mme la présidente.- Le membre du Collège réuni Didier Gosuin répondra à l'interpellation.

La parole est à M. Manzoor.

M. Zahoor Ellahi Manzoor (PS).- La tuberculose atteint principalement les poumons, mais elle peut affecter aussi d'autres organes comme les reins, les ganglions ou la colonne vertébrale. Elle reste, après le sida, la deuxième maladie infectieuse la plus mortelle chez l'adulte.

Selon le dernier rapport du Fonds des affections respiratoires (Fares), 959 nouveaux malades ont été recensés en 2014 en Belgique. Même si ces chiffres sont en baisse constante, notre pays s'affiche aujourd'hui comme un des mauvais élèves européens en la matière, avec la quatrième plus haute incidence derrière l'Angleterre, l'Espagne et le Portugal. À Bruxelles, l'incidence de 2014 a diminué d'une manière non significative par rapport à 2013. Elle reste cependant supérieure à celle des deux autres Régions. Cette situation s'explique évidemment par le caractère urbain de notre Région et sa forte concentration de populations à risque, comme les personnes sans domicile fixe, les détenus ou les demandeurs d'asile.

La tuberculose est souvent qualifiée de maladie sociale ou de la pauvreté, car les déterminants non médicaux de la santé, comme la pauvreté ou la précarité, jouent un rôle essentiel dans son développement, mais également dans la capacité

Mevrouw de voorzitter.- Collegelid Didier Gosuin zal de interpellatie beantwoorden.

De heer Manzoor heeft het woord.

De heer Zahoor Ellahi Manzoor (PS) *(in het Frans).- Tuberculose is de op een na meest dodelijke infectieziekte bij volwassenen, na aids. Tuberculose tast vooral de longen aan, maar kan ook andere organen treffen, zoals de nieren, de klieren of de wervelkolom.*

Volgens het recentste rapport van Fares waren er in 2014 959 nieuwe gevallen van tuberculose in België. Hoewel de cijfers jaar na jaar dalen, is België een van de slechtst presterende landen in Europa. Alleen Engeland, Spanje en Portugal doen het nog slechter.

In Brussel is de incidentie in 2014 lichtjes gedaald ten opzichte van 2013, maar ze blijft hoger dan in de andere twee gewesten. Dat komt onder meer door het stedelijk karakter van ons gewest en de sterke concentratie van risicogroepen, zoals daklozen, gedetineerden of asielzoekers.

Tuberculose wordt vaak gezien als een armenziekte omdat armoede een grote rol speelt in de ontwikkeling en de bestrijding van de ziekte. Volgens de specialisten, zoals dokter Maryse Wanlin van Fares, moet daarom ook voldoende aandacht gaan naar het sociale aspect van de ziekte.

des patients à suivre le traitement correctement jusqu'à son terme.

Selon les médecins spécialistes, comme le Dr Maryse Wanlin, qui dirige le Fares, il faut, dans le cadre de la lutte contre la tuberculose, mobiliser aussi d'autres ressources, qui concernent l'aspect social de la maladie.

En effet, payer un traitement à un patient qui n'a ni toit ni de quoi se nourrir n'a pas de sens. Une situation socio-économique défavorable diminue d'une manière considérable les chances d'une personne de suivre son traitement correctement. Selon le rapport de 2014, le taux d'abandon en Région bruxelloise est plus important (13,6%) que dans les deux autres Régions bien qu'il ait fortement diminué par rapport à l'année précédente.

De son côté, le Conseil supérieur de la santé (CSS) a lancé en mars un appel pressant pour un renforcement de la coordination des initiatives en matière de tuberculose en Belgique. D'abord, selon le CSS, le protocole d'accord signé entre les différents pouvoirs, notamment les Régions et le niveau fédéral, n'a été suivi d'aucun effet. Ensuite, le manque de gestion centralisée mène à des politiques asymétriques. Les méthodes de dépistage, les procédures et les financements diffèrent selon les Régions. Enfin, la Belgique ne dispose actuellement d'aucun plan national de lutte contre la tuberculose, même si notre pays a signé plusieurs engagements internationaux. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'incidence de la tuberculose en Belgique devra diminuer de 12% par an. À l'heure actuelle, la diminution observée n'est que de l'ordre de 3,3% chaque année, soit quatre fois plus lente.

Le CSS a aussi souligné des difficultés pour récolter des données correctes et actualisées sur la tuberculose et son dépistage dans les différents groupes à risque. Ces difficultés s'expliquent par la multiplicité des acteurs et par la complexité du système. Or, ces informations sont indispensables pour lutter de manière efficace contre cette maladie.

En prenant en compte ces éléments, j'aimerais vous poser les questions suivantes.

Het heeft geen zin om de behandeling te betalen van tuberculosepatiënten die dakloos zijn of geen geld hebben om te eten. Hoe slechter de sociaal-economische toestand van een patiënt is, hoe groter het risico dat hij de behandeling voortijdig stopzet. Volgens het rapport van Fares stopte 13,6% van de Brusselse patiënten in 2014 zijn behandeling. Dat is meer dan in de twee andere gewesten.

De Hoge Gezondheidsraad (HGR) verspreidde in maart een dringende oproep om de Belgische initiatieven beter te coördineren. Volgens de Hoge Gezondheidsraad heeft het protocolakkoord niet de verhoopte resultaten opgeleverd. Het gebrek aan een gecentraliseerd beleid leidt tot verschillende opsporingsmethodes, procedures en vormen van financiering in de gewesten. België heeft nog steeds geen nationaal actieplan voor de bestrijding van tuberculose, ook al heeft ons land meerdere internationale verbintenissen aangegaan. Volgens de Wereldgezondheids-organisatie (WGO) zou het aantal nieuwe gevallen van tuberculose in België met 12% per jaar moeten dalen. Momenteel is dat maar 3,3%.

De Hoge Gezondheidsraad merkt ook op dat het grote aantal spelers en het complexe systeem het moeilijk maken om correcte gegevens te verzamelen, terwijl die informatie van wezenlijk belang is om de ziekte efficiënt te kunnen bestrijden.

Welke initiatieven werden het voorbije jaar genomen of zullen nog worden genomen door het Verenigd College om tuberculose te bestrijden in het Brussels Gewest? Ik denk aan bewustmaking, preventie en opsporing.

Om een armoedeziekte als tuberculose uit te roeien, volstaat het niet om geneeskundige maatregelen nemen. Wij moeten ook de levensomstandigheden verbeteren, sociale ongelijkheid wegwerken en armoede bestrijden. Overheidsdiensten voor sociale zaken, volksgezondheid, justitie, asiel en migratie en armoedebestrijding enzovoort moeten efficiënt samenwerken. Is er overleg gepland met de vertegenwoordigers van alle sectoren die bij deze problematiek betrokken zijn?

De Hoge Gezondheidsraad pleit voor een

Quelles nouvelles initiatives le Collège réuni a-t-il prises depuis un an ou va-t-il prendre dans la lutte contre la tuberculose dans notre Région ? Je pense aux niveaux de la sensibilisation, de la prévention et du dépistage.

Pour éliminer la tuberculose, qui est principalement une maladie de la pauvreté, les actions entreprises doivent dépasser le domaine médical. Elles doivent viser à améliorer les conditions de vie, de logement et de travail, mais aussi à réduire les inégalités sociales et à lutter contre la pauvreté. Une collaboration efficace, entre les secteurs des affaires sociales, de la santé publique, de la justice, de l'asile et de la migration, de la lutte contre la pauvreté et les différents acteurs est nécessaire. Prévoyez-vous des concertations avec les représentants des autres secteurs concernés par cette problématique ?

Dans sa note de positions, le Conseil supérieur de la santé (CSS) propose, comme une des pistes pour améliorer le contrôle de la tuberculose en Belgique, la mise sur pied d'une plateforme multidisciplinaire où seront représentés les différents secteurs. Cette plateforme permettrait aux différents niveaux de pouvoir de coordonner leurs actions et de renforcer l'intersectorialité dans la lutte contre la tuberculose. Quelle est la position du Collège par rapport à cette proposition ?

Pour éliminer la tuberculose, une coordination aux différents niveaux des politiques de santé est indispensable. Une telle coordination a-t-elle déjà été entamée ? Dans l'affirmative, quels sont ses résultats ?

Selon le Conseil supérieur de la santé, mais aussi le Fonds des affections respiratoires (Fares), la définition d'une stratégie ambitieuse, en particulier un plan national, est indispensable pour lutter efficacement contre cette maladie et l'éliminer à l'horizon 2050, conformément aux objectifs de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Dans l'écrasante majorité des pays de la zone Europe de l'OMS, il y a un plan uniforme contre la tuberculose. L'inexistence d'un tel plan dans un pays aussi complexe institutionnellement que la Belgique est un handicap. La mise en place d'un plan national a-t-elle déjà été discutée ?

multidisciplinair platform waarin de verschillende sectoren verenigd zijn, zodat de overheden hun maatregelen beter op elkaar kunnen afstemmen en tuberculose op een meer intersectorale wijze kan worden aangepakt. Wat vindt u van dat voorstel? Zijn er al maatregelen genomen om de coördinatie tussen de beleidsniveaus te verbeteren?

Volgens de Hoge Gezondheidsraad en Fares is een nationaal actieplan noodzakelijk als wij tuberculose tegen 2050 willen uitroeien. Wordt daar werk van gemaakt? Zo ja, met welke resultaten?

In de meeste Europese landen is er een algemeen plan voor de bestrijding van tuberculose. Het ontbreken van een gelijkaardig plan voor België is een ernstige handicap.

Binnen de interministeriële werkgroep werd een werkgroep opgericht. Waarover buigt die zich? Welke resultaten heeft die al bereikt? Hoe kunnen we de betrouwbaarheid van statistieken over tuberculose en de opsporing van de ziekte in het Brussels Gewest verbeteren?

De Hoge Gezondheidsraad stelt een snelle en goedkope oplossing voor, namelijk een externe evaluatie door de deskundigen van de WGO en het European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Hoe staat u daar tegenover?

Un groupe de travail a été créé au sein de la conférence interministérielle de la santé. Pourriez-vous nous donner plus d'informations concernant les travaux et les avancées de ce groupe ? Comment pourrait-on améliorer la précision et la fiabilité des statistiques concernant la tuberculose et son dépistage dans notre Région, surtout dans les différents groupes à risque, afin de mieux lutter contre cette maladie ?

Une des solutions rapide et peu coûteuse, proposée par le Conseil Supérieur de la Santé, est la réalisation d'une évaluation externe du contrôle de la tuberculose par les experts de l'OMS et de l'ECDC (Centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies). Qu'en pense le Collège ?

Discussion

Mme la présidente.- La parole est à M. du Bus de Warnaffe.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH).- Je remercie M. Manzoor pour son interpellation qui me permet de rebondir à deux niveaux.

Tout d'abord, M. Manzoor, je ne vous cache pas que c'est avec un certain amusement que j'entends aujourd'hui dans la bouche d'un parlementaire socialiste le fait d'appuyer la demande du Fonds des affections respiratoires (Fares) d'établir et d'adopter un plan national de lutte contre la tuberculose. En effet, chaque fois que j'ai relayé cette demande lors du précédent gouvernement fédéral auprès de la ministre de la santé, Laurette Onkelinx, j'ai systématiquement essuyé un refus. J'apprends donc aujourd'hui avec plaisir que le Parti socialiste évolue et se positionne favorablement par rapport à la demande du Fares qui relaie non seulement une demande sensée, mais aussi une demande appuyée par l'Europe. Je fais référence au plaidoyer de l'Europe en faveur de plans nationaux de la tuberculose pour chacun de ses membres.

Ensuite, dans sa réponse à ma question à la Cocof il y a quelques semaines à peine, Mme Jodogne avait fait état de deux protocoles d'accord de coopération entre les entités fédérées et le gouvernement fédéral portant précisément sur deux aspects de la tuberculose. Le premier accord

Bespreking

Mevrouw de voorzitter.- De heer du Bus de Warnaffe heeft het woord.

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH) *(in het Frans).- Ik hoor een socialist zeggen dat we de eis van het Fonds des affections respiratoires (Fares) moeten steunen en een nationaal plan voor de strijd tegen tuberculose moeten opstellen en goedkeuren. Welnu, telkens als ik dit voorstelde aan mevrouw Onkelinx, die minister van Volksgezondheid was in de vorige federale regering, kreeg ik nul op het rekest. Het is een goede zaak dat de PS zijn standpunt heeft aangepast en de eis van Fares steunt. Ook Europa staat daar achter, want de EU wil dat alle lidstaten over een nationaal tuberculoseplan beschikken.*

Mevrouw Jodogne sprak enkele weken geleden nog over twee samenwerkingsovereenkomsten tussen de gewesten en de federale regering over twee aspecten van tuberculose. Het eerste akkoord uit 2013 betreft de betaling van de medische kosten voor de patiënten.

Het tweede is een ruimer samenwerkingsakkoord over preventie dat tijdens de interministeriële conferentie Volksgezondheid van 22 maart nog werd besproken.

De heer Manzoor wijst er in zijn interpellatie op dat de samenwerkingsovereenkomst volgens de

datant de 2013 porte sur la prise en charge des patients.

Et le deuxième, c'est un accord de coopération plus large, mais qui comprend la prévention et qui était, lors de la conférence interministérielle (CIM) Santé du 22 mars, encore en cours de discussion.

M. Manzoor, dans votre interpellation, je vois que vous faites référence au fait que le protocole d'accord signé entre les différents pouvoirs, selon le Conseil supérieur de la santé (CSS), n'est suivi d'aucun effet. Il serait donc intéressant de connaître la position de la ministre par rapport à cette question et concernant la mise en œuvre du nouvel accord de coopération qui fait référence à la CIM Santé du 22 mars.

Hoge Gezondheidsraad niet wordt gevolgd. Wat is het standpunt van het Verenigd College over deze kwestie en over het nieuwe samenwerkingsakkoord?

Mme la présidente.- La parole est à M. Manzoor.

Mevrouw de voorzitter.- De heer Manzoor heeft het woord.

M. Zahoor Ellahi Manzoor (PS).- Je dirais qu'il n'est jamais trop tard pour revoir ses positions.

De heer Zahoor Ellahi Manzoor (PS) *(in het Frans).- Het is nooit te laat om van mening te veranderen.*

Mme la présidente.- La parole est à M. Gosuin.

Mevrouw de voorzitter.- De heer Gosuin heeft het woord.

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Je vous remercie pour votre interpellation sur la maladie infectieuse qu'est la tuberculose. Vous avez parfaitement résumé la situation en soulignant l'importante prévalence de cette maladie en Belgique par rapport aux autres pays européens, et en particulier son incidence en Région bruxelloise.

En réponse à votre première question sur les nouvelles initiatives en matière de sensibilisation, de prévention et de dépistage, je rappelle que nous collaborons sur ces dossiers avec nos homologues de la Cocof, de la Vlaamse Gemeenschap et de la Vlaamse Gemeenschapscommissie (VGC) en étroite concertation avec les services du Fonds des affections respiratoires (Fares) et de la Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding (VRGT). D'importantes subventions, comme vous le savez, sont accordées par les différentes autorités communautaires au Fares et à la VRGT afin de soutenir les axes de

De heer Gosuin, lid van het Verenigd College *(in het Frans).- Inzake nieuwe initiatieven op het vlak van bewustmaking, preventie en opsporing werken we samen met de Cocof, de Vlaamse Gemeenschap en de Vlaamse Gemeenschapscommissie (VGC), in nauw overleg met de diensten van het Fonds des affections respiratoires (Fares) en de Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding (VRGT). De verschillende gemeenschapsoverheden kennen Fares en de VRGT immers aanzienlijke subsidies toe.*

Samen met de collegeleden die bevoegd zijn voor Bijstand aan personen hebben we de werking rond tuberculose ingeschreven in het Brussels Actieplan armoedebestrijding, naar aanleiding van een andere parlementaire vraag uit 2015.

Voor Fares en de VRGT hadden de nieuwe Brusselse initiatieven voor 2015-2016 betrekking op toezicht, socioprofylaxe, informatieverstrekking

travail de ces organisations.

Nous avons, en collaboration avec nos homologues de l'aide aux personnes, inscrit la tuberculose dans le Plan d'action bruxellois de lutte contre la pauvreté, notamment en réponse à une autre question parlementaire de 2015.

Pour le Fares et la VRGT, les nouvelles initiatives bruxelloises de terrain 2015-2016 ont porté sur les points suivants : la surveillance, la socioprophylaxie, la communication de l'information et la formation.

Dans le cadre de la surveillance, les initiatives visent l'amélioration de l'exhaustivité de la déclaration via une collaboration avec les mutuelles lancée en 2014. L'exhaustivité de la déclaration constitue une priorité pour la qualité du registre ainsi que pour l'organisation de la socio-prophylaxie.

L'inspection d'hygiène de la Cocom est aussi très attentive à stimuler les déclarants. En 2016, une affichette rappelant les bases de la déclaration va être distribuée par les infirmières du Fonds des affections respiratoires (Fares) dans tous les hôpitaux bruxellois et affichée dans tous les services concernés.

Dans le domaine de la socio-prophylaxie, en dehors du dépistage des contacts, l'accent a été mis sur le diagnostic précoce du risque de non-compliance afin d'organiser rapidement un suivi adéquat du patient en collaboration avec les acteurs de terrain concernés et l'inspection d'hygiène de la Cocom. Au vu des chiffres du registre relatif à l'abandon de traitement (pour les cohortes 2012 et 2013 respectivement 20,2% et 13,6%) et aux perdus de vue (12,5% et 7,1%), il était important de mettre en place ce type d'approche globale centrée sur le patient, à l'instar de ce qui est préconisé dans le projet Chroniccare. La bonne prise du traitement reste un élément majeur de la stratégie afin de guérir le patient, de limiter la transmission et de prévenir la résistance.

Dans le cadre de la communication, de l'information et de la formation, deux groupes à risque sont concernés prioritairement.

D'une part, les demandeurs d'asile dont le nombre

en opleiding.

De initiatieven inzake toezicht moeten de aangifte vervolledigen via een samenwerking met de ziekenfondsen die in 2014 van start is gegaan.

Ook de Inspectie voor Hygiëne van de GGC besteedt de nodige aandacht aan het melden van de ziekte. In 2016 zullen de verpleegkundigen van Fares in alle Brusselse ziekenhuizen affiches uitdelen met de krachtlijnen voor aangifte.

Behalve het opsporen van de contacten werd de nadruk gelegd op de vroegtijdige diagnose van het risico op non-compliance om snel een aangepaste follow-up van de patiënt te organiseren, in samenwerking met de betrokken actoren op het terrein en de Inspectie voor Hygiëne van de GGC. Gelet op het aantal patiënten die de behandeling hebben stopgezet of uit het oog werden verloren, was een dergelijke op de patiënt gerichte totaalaanpak noodzakelijk. Een correct toezicht op de behandeling blijft van essentieel belang met het oog op het genezen van de patiënt, het beperken van de overdracht en het vermijden van resistentie.

Wat betreft communicatie, informatie en opleiding zijn er twee risicogroepen. Ten eerste de asielzoekers, van wie het aantal asielaanvragen in 2015 verdubbeld is tegenover 2014. Wanneer ze het land binnenkomen, worden ze onmiddellijk getest op tbc, en de diagnosetermijn bij symptomen wordt korter. De Brusselse partners werden ingelicht over die strategische veranderingen.

Anderzijds zijn er de kwetsbare personen, namelijk de daklozen voor wie de aanpak aan hun bijzondere levensomstandigheden moet worden aangepast. In 2015 werd samen met Damiaanactie een proefproject gestart om hen van onderdak, voeding en vervoer te voorzien.

In de toekomst zullen we dergelijke initiatieven blijven steunen. Voorts moeten de artsen, van wie de expertise afneemt, goed worden geïnformeerd. Zij spelen immers een sleutelrol in de vroegtijdige diagnose van tbc en de start van een geschikte behandeling.

Er heeft reeds overleg plaatsgevonden met

de requêtes d'asile a doublé en 2015 par rapport à 2014. La stratégie de dépistage les concernant a été adaptée en mettant la priorité sur le dépistage à l'entrée et sur la limitation de délai de diagnostic en présence de symptômes. Les partenaires bruxellois ont été informés de ces changements stratégiques.

D'autre part, pour les autres personnes vulnérables, notamment les sans-abri, nous devons adapter l'approche à leurs conditions de vie particulières. Un projet pilote visant à donner des "incentives" (logement, nourriture, déplacement) a été mis en place en 2015 en collaboration avec l'Action Damien. Le réseau des intervenants en contact avec ce type de population s'en est trouvé renforcé.

Pour le futur, nous soutiendrons la poursuite des initiatives décrites ci-dessus. L'accent doit également être mis sur la bonne information des médecins, dont l'expertise diminue, car ils sont le maillon essentiel pour assurer le diagnostic précoce de la tuberculose et instaurer un traitement adéquat.

En ce qui concerne les concertations avec les représentants d'autres secteurs, je peux vous confirmer que certaines concertations ont déjà été mises en place. Comme je vous l'ai dit précédemment, au niveau politique, la décision d'inclure la tuberculose dans le nouveau plan pauvreté bruxellois a été prise. Au niveau du terrain, le renforcement des partenariats pour la prise en charge des populations les plus vulnérables et les demandeurs d'asile est en route.

Nous devons dans un futur proche prévoir via le groupe de travail intercabinets "maladie chronique" de la conférence interministérielle santé publique, la mise en place d'un groupe de travail pour traiter les aspects particuliers de la stratégie de lutte contre la tuberculose.

Le protocole d'accord du 21 mars 2016 en matière de prévention, qui est maintenant signé, prévoit notamment d'étudier comment le suivi actif des détenus peut être organisé de manière plus efficiente. Ce type de réflexion suppose évidemment une concertation avec le ministère de la justice. Mais on ne va pas embêter le ministre avec cela pour l'instant, il a d'autres chats à

afgevaardigden van andere sectoren. Op het terrein wordt gewerkt aan een versterking van de partnerschappen met het oog op de zorg voor de meest kwetsbare groepen en de asielzoekers.

In de nabije toekomst moeten we via de interkabinettenwerkgroep Chronische Ziekten van de interministeriële conferentie voor Volksgezondheid een ad-hocwerkgroep oprichten om de bijzondere aspecten van de strategie in de strijd tegen tuberculose te behandelen.

Het protocolakkoord van 21 maart 2016 inzake preventie dwingt ons om na te denken over hoe de actieve screening bij gedetineerden efficiënter kan worden georganiseerd. Daarvoor is overleg met justitie nodig, maar de bevoegde minister heeft nu wel wat anders aan zijn hoofd.

fouetter.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH).- Avec l'épisode des prisons...

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- C'est ce que je dis. Bientôt, peut-être.

La coordination aux différents niveaux de la politique de santé est entamée dans le groupe intercabinets maladies chroniques, avec d'abord un consensus sur les résultats des différents niveaux de pouvoir régionaux, communautaires et fédéral en ce qui concerne la prévention. Je vous renvoie au protocole d'accord du 21 mars 2016. La concertation doit évidemment se poursuivre avec les ministres concernés pour fixer les modalités concrètes du suivi.

J'en arrive à votre quatrième question portant sur les recommandations émises par le CSS à propos du plan national. Nous n'avons pas encore eu l'occasion d'aborder officiellement cette question avec les entités fédérées et fédérales.

La ministre fédérale de la santé actuelle a déjà été interpellée plusieurs fois sur cette question, mais nous ne connaissons pas encore sa position. Le position paper du CSS émet une recommandation sur ce sujet, et ce, à la suite d'une demande de la ministre Laurette Onkelinx sous l'ancienne législature.

Nous ne sommes pas convaincus que ce plan national soit la panacée. Nous voulons en tout cas nous assurer du développement d'une vision commune qui garantisse sur le terrain une réelle intersectorialité. Il s'agit pour nous d'adresser un message fort montrant notre préoccupation commune par rapport aux enjeux pour éliminer la tuberculose. Il ne faut pas baisser les bras, mais au contraire renforcer certains aspects de la lutte, notamment vers les populations les plus vulnérables, ce qui demandera sans nul doute des moyens plus importants.

Il nous faut aussi être attentifs à inscrire la politique de lutte contre la tuberculose dans la durée en nous fixant clairement des objectifs de réduction de la prévalence. Gérer la lutte contre la tuberculose en ne sachant pas d'une année à l'autre si elle va être financée est un non-sens en

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH) *(in het Frans).- De gevangenissen...*

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College *(in het Frans).- Inderdaad. Binnenkort misschien.*

De coördinatie op de verschillende niveaus van het gezondheidsbeleid is van start gegaan in de interkabinettenwerkgroep Chronische Ziekten, met als eerste resultaat een consensus over de resultaten van de verschillende bevoegdheden van de gewesten, gemeenschappen en de federale overheid inzake preventie. Het overleg met de betrokken ministers moet worden voortgezet om de criteria voor de follow-up vast te leggen.

We hebben nog niet de gelegenheid gehad om de aanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad over het Nationaal Plan officieel te bespreken met de deelstaten en de federale overheid. De huidige federale minister van Volksgezondheid werd er al meermaals over geïnterpelleerd, maar haar antwoord bleef uit. Het position paper van de Hoge Gezondheidsraad bevat er een aanbeveling over.

Wij zijn er niet van overtuigd dat dit Nationaal Plan een wondermiddel is, maar we streven naar een gemeenschappelijke visie die op het terrein een echte intersectorialiteit waarborgt. Wij willen een krachtige boodschap uitdragen waarin we onze gezamenlijke bezorgdheid uiten in verband met de uitdagingen om tuberculose te doen verdwijnen. We moeten de strijd opvoeren, in het bijzonder voor de meest kwetsbare groepen. Daarvoor zijn ongetwijfeld meer middelen nodig.

Voorts is het belangrijk dat we een langetermijnbeleid voeren, door duidelijke doelstellingen vast te leggen voor het verminderen van de prevalentie. Het heeft geen zin om tuberculose te bestrijden als we niet weten of die strijd volgend jaar nog wordt gefinancierd, vooral omdat het om een besmettelijke ziekte gaat die zich via de lucht verspreidt en iedereen kan treffen. Een nationaal plan omvat meer dan het aspect preventie alleen.

Er wordt de laatste hand gelegd aan een voorstel

termes de santé publique, a fortiori lorsqu'il s'agit d'une maladie infectieuse se propageant par voie aérienne et pouvant toucher n'importe quel individu. Un plan national est plus global que le seul aspect prévention évoqué dans le dernier protocole d'accord.

S'agissant de votre question sur la mise en place d'un groupe de travail interministériel sur le thème de la tuberculose, je peux vous informer qu'une proposition de constitution du groupe de travail ainsi qu'une description des missions sont en cours de finalisation. Ce groupe de travail réunira des experts externes et des représentants des différentes administrations dont la Commission communautaire commune.

Les missions proposées s'alignent sur les éléments repris dans les protocoles d'accord des 24 juin 2013 et 21 mars 2016. Il s'agit en effet d'aborder notamment les questions relatives :

- au dépistage systématique, au suivi et à la prise en charge des personnes en prison, des demandeurs d'asile primo-arrivants ayant séjourné ou transité dans un pays à forte endémicité ;

- à l'inventaire des capacités d'accueil des patients atteints de tuberculose ;

- à l'échange des données sur les dépistages systématiques, le suivi et l'accueil des personnes à risque.

J'en arrive à votre dernière question sur l'amélioration des statistiques concernant la tuberculose.

Nous mettons la priorité sur la déclaration rapide et exhaustive. Je souligne à cet égard le rôle central de l'inspection d'hygiène de la Commission communautaire commune et des associations en charge du registre pour sensibiliser les déclarants. Par ailleurs, la collaboration avec les mutuelles doit être maintenue et optimisée. Signalons à cet égard que le taux de participation des mutuelles est en baisse actuellement. Une relance devra être opérée dans les mois à venir.

Pour évaluer les stratégies, il est important de centraliser les données relatives aux dépistages organisés par différents partenaires autres que le

voor de samenstelling van de werkgroep en de omschrijving van de opdrachten. De werkgroep zal bestaan uit externe deskundigen en vertegenwoordigers van de verschillende administraties, waaronder de GGC.

De voorgestelde opdrachten sluiten aan bij de elementen die zijn opgenomen in de protocolakkoorden van 24 juni 2013 en 21 maart 2016. Het betreft:

- de systematische opsporing, opvolging en tenlasteneming van personen in de gevangenis en van nieuwkomers die verbleven hebben in of gereisd hebben via een land waar tuberculose een sterk endemisch karakter heeft;

- de inventaris van de opvangcapaciteit voor tuberculosepatiënten;

- de uitwisseling van gegevens over de systematische opsporingen, de opvolging en het onthaal van risicopersonen.

We geven voorrang aan een snelle en volledige aangifte. Daarbij is de rol van de Inspectie voor Hygiëne van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie essentieel, evenals die van de verenigingen die verantwoordelijk zijn voor het register. De samenwerking met de ziekenfondsen dient overigens te worden behouden en geoptimaliseerd. De bijdrage van de mutualiteiten daalt op dit moment echter. We moeten ervoor zorgen dat die komende maanden opnieuw stijgt.

Om de strategieën te evalueren, moeten de gegevens betreffende de opsporing door andere partners dan Fares en de VRGT worden gecentraliseerd. Dit is een prioritair punt dat op de agenda moet worden geplaatst van het overleg met andere betrokken instanties, zoals justitie en het staatssecretariaat voor Asiel en Migratie.

Externe expertise is inderdaad erg belangrijk voor de evaluatie van de initiatieven op het vlak van tuberculose, maar ook voor de optimaliseringsvoorstellen.

Tal van Europese landen, waaronder Nederland, hebben al een beroep gedaan op teams van het European Centre for Disease Prevention and

Fares et la Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding (VRGT). C'est un point prioritaire à mettre à l'agenda des concertations avec les autres secteurs dont la justice et le secrétariat d'État à l'asile et la migration.

Le recours à une expertise externe serait en effet un plus, car un regard extérieur peut s'avérer pertinent non seulement pour l'évaluation des initiatives développées dans le domaine de la tuberculose, mais aussi pour faire des propositions d'optimisation.

Plusieurs pays européens, dont les Pays-Bas, ont déjà eu recours aux équipes du Centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies (ECDC) et de l'OMS dont les équipes réalisent ce type d'intervention dans le cadre des missions attribuées à ces instances internationales.

Control en de WHO.

Mme la présidente.- La parole est à M. Manzoor.

Mevrouw de voorzitter.- De heer Manzoor heeft het woord.

M. Zahoor Ellahi Manzoor (PS).- J'entends que vous êtes favorable à demander l'avis de l'OMS et de l'ECDC.

Nous suivrons les avancées du groupe de travail et attendrons la position de la ministre fédérale de la Santé.

De heer Zahoor Ellahi Manzoor (PS) *(in het Frans).- Ik hoor dat u het advies wilt inwinnen van de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) en van het Europees Centrum voor ziektepreventie en -bestrijding (ECDC). Wij houden de activiteiten van de werkgroep in het oog en wachten het standpunt van de federale minister van Volksgezondheid af.*

- L'incident est clos.

- Het incident is gesloten.

QUESTIONS ORALES

MONDELINGE VRAGEN

Mme la présidente.- L'ordre du jour appelle les questions orales.

Mevrouw de voorzitter.- Aan de orde zijn de mondelinge vragen.

QUESTION ORALE DE M. ZAHOOR ELLAHI MANZOOR

À M. GUY VANHENGEL, MEMBRE DU COLLÈGE RÉUNI, COMPÉTENT POUR LA POLITIQUE DE LA SANTÉ, LA FONCTION PUBLIQUE, LES FINANCES, LE BUDGET ET LES

MONDELINGE VRAAG VAN DE HEER ZAHOOR ELLAHI MANZOOR

AAN DE HEER GUY VANHENGEL, LID VAN HET VERENIGD COLLEGE, BEVOEGD VOOR HET GEZONDHEIDS-BELEID, HET OPENBAAR AMBT, DE FINANCIËN, DE BEGROTING EN DE

RELATIONS EXTÉRIEURES,

ET À M. DIDIER GOSUIN, MEMBRE DU COLLÈGE RÉUNI, COMPÉTENT POUR LA POLITIQUE DE LA SANTÉ, LA FONCTION PUBLIQUE, LES FINANCES, LE BUDGET ET LES RELATIONS EXTÉRIEURES,

concernant "les défibrillateurs externes automatiques (DEA) dans la Région de Bruxelles-Capitale".

Mme la présidente.- Le membre du Collège réuni Didier Gosuin répondra à la question orale.

La parole est à M. Manzoor.

M. Zahoor Ellahi Manzoor (PS).- Chaque année en Belgique, 10.000 personnes sont victimes d'un arrêt cardiaque en dehors de l'hôpital, et seulement 10% y survivent. Parmi ces survivants, quatre sur cinq le doivent à des gestes simples, comme l'appel rapide au 112, les premiers secours et l'utilisation d'un défibrillateur externe automatique (DEA).

Cependant, dans notre pays, les chiffres concernant les défibrillateurs externes automatiques sont interpellants. Premièrement, selon la Ligue cardiologique belge (LCB), dans notre pays, on compte seulement 4.000 appareils de ce type, ce qui n'est pas suffisant. Deuxièmement, un Belge sur deux n'ose pas agir pour autrui en cas d'arrêt cardiaque et ne sait pas reconnaître un DEA. Troisièmement, 70,4% ne savent pas comment l'utiliser et 95% ne reconnaissent pas le pictogramme du DEA.

La loi autorise pourtant toute personne à les utiliser, mais seulement 29% de nos citoyens le savent. Selon les estimations de la LCB, l'utilisation plus fréquente des défibrillateurs externes automatiques permettrait d'augmenter ce taux à plus de 50%.

Ces chiffres témoignent de la nécessité d'encourager les citoyens à agir. Un DEA est entièrement automatique. En cas d'arrêt cardiorespiratoire, il doit être collé sur le thorax de la victime. L'appareil fait les analyses lui-même et selon ses résultats, décide ou non de procéder à un

EXTERNE BETREKKINGEN,

EN AAN DE HEER DIDIER GOSUIN, LID VAN HET VERENIGD COLLEGE, BEVOEGD VOOR HET GEZONDHEIDS-BELEID, HET OPENBAAR AMBT, DE FINANCIËN, DE BEGROTING EN DE EXTERNE BETREKKINGEN,

betreffende "de automatische externe defibrillatoren (AED's) in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest".

Mevrouw de voorzitter.- Collegelid Didier Gosuin zal de mondelinge vraag beantwoorden.

De heer Manzoor heeft het woord.

De heer Zahoor Ellahi Manzoor (PS) *(in het Frans).- Jaarlijks worden in België 10.000 personen buiten het ziekenhuis het slachtoffer van een hartstilstand. Slechts 10% van hen overleeft dat. In vier op vijf gevallen is dat te danken aan eenvoudige handelingen zoals het verwittigen van de hulpdiensten, het toedienen van eerste hulp en het gebruik van een automatische externe defibrillator (AED).*

Volgens de Belgische Cardiologische Liga (BCL) zijn er in België slechts 4.000 AED's, wat onvoldoende is. Daarnaast durft één Belg op twee niet in te grijpen bij een hartstilstand en weet de helft van onze landgenoten niet wat een AED is. Bovendien heeft 70,4% er geen idee van hoe hij het apparaat moet gebruiken en herkent 95% het pictogram van de AED niet.

Slechts 29% van de Belgen weet dat de wet iedereen toelaat een AED te gebruiken. Volgens de BCL zou meer dan 50% van de slachtoffers van een hartstilstand overleven als AED's vaker werden gebruikt.

Burgers moeten dus duidelijk worden aangespoord om te reageren als iemand een hartstilstand krijgt. Een AED werkt volledig automatisch en geeft bovendien instructies in meerdere talen.

Hebt u cijfers over het aantal AED's en het gebruik ervan in Brussel?

choc électrique externe sans l'intervention de l'homme. De plus, ces appareils délivrent les instructions en plusieurs langues.

Disposez-vous de données chiffrées concernant le nombre de défibrillateurs automatiques externes et leur utilisation à Bruxelles ?

La Ligue cardiologique belge dénonce un problème lié à la localisation et à la signalisation des défibrillateurs dans les lieux publics. Un défibrillateur qui peut sauver une vie est un défibrillateur rapidement localisable et trouvable. En effet, en cas d'arrêt cardio-respiratoire, chaque seconde est importante. Le Collège réuni a-t-il pris ou va-t-il prendre des mesures nécessaires pour faciliter la localisation des défibrillateurs dans les endroits publics dans notre Région ?

Avez-vous déjà organisé ou envisagez-vous d'organiser des campagnes de sensibilisation et d'information pour les citoyens, sur l'utilisation des défibrillateurs externes automatiques ? Dans l'affirmative, sous quelle forme ?

Le Collège réuni mène-t-il ou prévoit-il des actions de sensibilisation pour encourager le placement d'un plus grand nombre de ces appareils dans les endroits publics dans notre Région afin de les rendre plus accessibles en cas d'urgence, notamment la nuit ?

Volgens de BCL worden AED's slecht aangegeven in de openbare ruimte. Zo'n toestel kan echter enkel levens redden als het snel kan worden gebruikt. Overweegt het Verenigd College maatregelen om ervoor te zorgen dat de AED's gemakkelijker te vinden zijn in de openbare ruimte?

Zult u informatie- en bewustmakingscampagnes over het gebruik van AED's organiseren? Hoe wilt u dat aanpakken?

Bent u van plan om een bewustmakingsactie te voeren rond de plaatsing van meer AED's op openbare plaatsen in het gewest, zodat ze in noodgevallen gemakkelijker te vinden zijn, en vooral nachts?

Mme la présidente.- La parole est à M. Gosuin.

Mevrouw de voorzitter.- De heer Gosuin heeft het woord.

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Je vous remercie pour votre question. Il n'existe pas de programmation de placement de défibrillateurs externes automatiques (DEA). Le libre choix est laissé aux propriétaires, dans le respect de l'arrêté du 21 avril 2007 fixant les normes de sécurité et les autres normes applicables au défibrillateur externe automatique utilisé dans le cadre d'une réanimation. Cette matière relève donc du niveau fédéral.

D'après les dernières données disponibles au Service public fédéral (SPF) Santé publique, la Région bruxelloise compte près de 600 défibrillateurs externes automatiques, soit 12% du nombre total d'appareils disponibles en Belgique,

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College *(in het Frans).- We hebben geen programma voor de plaatsing van AED's. Het staat eigenaars vrij om er een te installeren, met naleving van de betreffende veiligheids- en andere normen. De AED's vallen onder de bevoegdheid van de federale regering.*

Uit de recentste gegevens van de FOD Volksgezondheid blijkt dat het Brussels Gewest over bijna 600 AED's beschikt, of 12% van het totale beschikbare aantal in België. Ze hangen in de openbare ruimte of in ziekenwagens. Gegevens over het gebruik zijn er niet.

Het Verenigd College plant geen programma voor

placés dans les lieux publics ou les ambulances. Nous ne disposons pas, par contre, de données sur leur utilisation.

Le lancement d'un programme d'installation de défibrillateurs externes ne s'improvise pas et ne doit pas se limiter aux pouvoirs publics régionaux ni à leurs opérateurs. Il relève principalement des compétences fédérales. Les recommandations internationales en la matière insistent sur l'importance :

- d'analyser de manière fine les lieux d'implantation des défibrillateurs (dans des lieux publics fixes ou dans des unités mobiles) ;

- de former correctement à l'utilisation de ces appareils, en privilégiant certains métiers : professionnels déjà familiarisés avec les procédures élémentaires de réanimation (policiers, pompiers, etc.) et intervenants potentiels aux premiers secours (par exemple, les conseillers en prévention dans les entreprises). Il est à noter que des services externes de prévention et de protection au travail offrent des formations à l'utilisation des défibrillateurs ;

- d'impliquer les services médicaux d'urgence ;

- d'élaborer un monitoring, notamment par la collecte de données permettant l'évaluation.

Un tel programme devrait être piloté par divers niveaux de compétences à l'échelon fédéral : ministre de la santé, ministre de l'emploi, du travail et de la concertation sociale... C'est également dans ce cadre que devraient être pensées et organisées, le cas échéant, des campagnes de sensibilisation et d'information des citoyens sur l'utilisation des défibrillateurs externes automatiques.

Sans me défausser, j'estime que chaque niveau de compétence doit prendre ses responsabilités, mais je ne manquerai pas de relayer votre préoccupation.

Mme la présidente.- La parole est à M. Manzoor.

M. Zahoor Ellahi Manzoor (PS).- Il est certain que, vu le nombre de vies que l'on pourrait sauver

de installatie van AED's aangezien dat hoofdzakelijk een federale bevoegdheid is.

In internationale aanbevelingen worden een aantal belangrijk punten in verband met AED's benadrukt. Zo moet nauwgezet worden nagegaan waar ze zullen worden geplaatst, moeten bepaalde beroepsgroepen worden opgeleid om ze te gebruiken, de medische hulpdiensten moeten worden betrokken en bovendien dient het gebruik van AED's te worden gemonitord door gegevens te verzamelen voor de evaluatie.

Een dergelijk programma moet door meerdere federale bevoegdheidsniveaus worden aangestuurd en dient bovendien hand in hand te gaan met informatie- en bewustmakingscampagnes over het gebruik van AED's.

Ik zal de federale minister van Volksgezondheid op de hoogte brengen van uw bekommernis.

Mevrouw de voorzitter.- De heer Manzoor heeft het woord.

De heer Zahoor Ellahi Manzoor (PS) *(in het Frans).- Gezien het aantal levens dat met een*

grâce à ces appareils, il serait intéressant de porter cette question au niveau fédéral. Leur prix n'étant pas un frein important et leur usage étant particulièrement simple pour le citoyen, on pourrait en placer dans des lieux particulièrement fréquentés. Peut-être même que la Région pourrait en prendre l'initiative.

- L'incident est clos.

AED kan worden gered, is het belangrijk dat maatregelen neemt. De toestellen zijn gebruiksvriendelijk en niet buitensporig duur. Het zou dan ook goed zijn dat er op drukbezochte plaatsen AED's komen. Misschien kan de GGC daarvoor het initiatief nemen.

- Het incident is gesloten.

QUESTION ORALE DE MME FATOUMATA SIDIBÉ

À M. GUY VANHENGEL, MEMBRE DU COLLÈGE RÉUNI, COMPÉTENT POUR LA POLITIQUE DE LA SANTÉ, LA FONCTION PUBLIQUE, LES FINANCES, LE BUDGET ET LES RELATIONS EXTÉRIEURES,

ET À M. DIDIER GOSUIN, MEMBRE DU COLLÈGE RÉUNI, COMPÉTENT POUR LA POLITIQUE DE LA SANTÉ, LA FONCTION PUBLIQUE, LES FINANCES, LE BUDGET ET LES RELATIONS EXTÉRIEURES,

concernant "la prise en charge par les hôpitaux des victimes de violences sexuelles".

MONDELINGE VRAAG VAN MEVROUW FATOUMATA SIDIBÉ

AAN DE HEER GUY VANHENGEL, LID VAN HET VERENIGD COLLEGE, BEVOEGD VOOR HET GEZONDHEIDS-BELEID, HET OPENBAAR AMBT, DE FINANCIËN, DE BEGROTING EN DE EXTERNE BETREKKINGEN,

EN AAN DE HEER DIDIER GOSUIN, LID VAN HET VERENIGD COLLEGE, BEVOEGD VOOR HET GEZONDHEIDS-BELEID, HET OPENBAAR AMBT, DE FINANCIËN, DE BEGROTING EN DE EXTERNE BETREKKINGEN,

betreffende "de opvang in de ziekenhuizen van slachtoffers van seksueel geweld".

Mme la présidente.- Le membre du Collège réuni Didier Gosuin répondra à la question orale.

La parole est à Mme Sidibé.

Mevrouw de voorzitter.- Collegelid Didier Gosuin zal de mondelinge vraag beantwoorden.

Mevrouw Sidibé heeft het woord.

Mme Fatoumata Sidibé (DéFI).- La violence sexuelle est une réalité et un sujet encore tabou. C'est aussi un phénomène dont on ignore encore l'ampleur. En janvier 2014, l'institut de sondage Dedicated a réalisé, à la demande d'Amnesty International et de SOS Viol, une enquête sur les opinions et comportements de la population belge en matière de violences sexuelles. L'enquête a porté sur une population de 2.000 personnes âgées de 18 à 75 ans. Il en résulte que 56% des 2.000 personnes sondées connaissent au moins une victime de violences sexuelles, et 46% sont ou ont été victimes de violences sexuelles graves. Cela représente un nombre de victimes nettement plus

Mevrouw Fatoumata Sidibé (DéFI) *(in het Frans).- Seksueel geweld is een onderwerp waarop nog altijd een groot taboe rust, waardoor we de omvang van het probleem niet echt kennen.*

In januari 2014 voerde Dedicated op verzoek van Amnesty International en SOS Verkrachting een enquête over seksueel geweld uit. Van de 2.000 ondervraagde personen kende 56% een slachtoffer van seksueel geweld en werd 46% zelf met ernstig seksueel geweld geconfronteerd. Het aantal slachtoffers ligt dus heel wat hoger dan de officiële cijfers aangeven. Van die 910 slachtoffers heeft 40% nooit stappen ondernomen. Slechts 14%

important que les chiffres officiels.

Par ailleurs, cette enquête a également permis d'établir que "sur les 910 victimes de violences sexuelles graves interrogées, 40% n'ont jamais entrepris de démarches et à peine 16% ont porté plainte à la police. Certaines victimes ayant entrepris des démarches à la suite de leur agression ont le sentiment d'avoir été seules (23%), incomprises (18%), dans une situation d'insécurité (10%) ou même que leur situation a empiré (7%)."

Le 14 février 2014, une conférence de presse tenue par le gouvernement belge a mis en évidence les chiffres officiels de violences sexuelles dans la sphère familiale et publique sur le territoire belge. "Ainsi, en 2013, on noterait 689 cas de violences sexuelles intrafamiliales, 2.903 viols dans la sphère publique et 195 viols collectifs, sans compter ce que l'on appelle le chiffre noir et qui désigne les victimes qui ne portent pas plainte. Par ailleurs, 9% des femmes et 3% des hommes auraient été victimes d'attouchements ou d'abus sexuels avant l'âge de 18 ans, et 6% des femmes et 1% des hommes ont été victimes de contacts ou de rapports sexuels forcés après l'âge de 18 ans."

Environ 8 viols sont enregistrés par jour, en Belgique. Seule une femme sur dix porte plainte. Une femme sur quatre est violée par son partenaire.

Il est important que les victimes se rendent rapidement dans un centre hospitalier dans les heures suivant l'agression et qu'elles y bénéficient d'une prise en charge optimale couvrant la totalité de leurs besoins médicaux et psychologiques.

L'enquête "après viol" faite par Amnesty International fait ressortir plusieurs problématiques. En effet, on le sait, après avoir porté plainte, la victime doit procéder à un examen médico-légal dans un hôpital. Le set d'agression sexuelle (SAS), instrument médical qui permet de récolter les preuves de l'agression sexuelle, se présente sous forme de boite contenant un dossier et des prélèvements numérotés (vêtements, analyses buccales et gynécologiques, cheveux).

Cette enquête révèle que 7 hôpitaux à Bruxelles

deed aangifte bij de politie. De personen die stappen ondernamen voelden zich achteraf in de steek gelaten (23%), onbegrepen (18%), onveilig (10%) of vonden zelf dat hun situatie verslechterd was (7%).

Op 14 februari 2014 maakte de Belgische regering de officiële cijfers bekend tijdens een persconferentie. In 2013 werden 689 gevallen van seksueel geweld binnen het gezin geregistreerd, 2.903 verkrachtingen in de openbare ruimte en 195 groepsverkrachtingen. Daarnaast zou 9% van de vrouwen en 3% van de mannen slachtoffer zijn geweest van ongewenste aanrakingen of seksueel misbruik voor de leeftijd van de 18 jaar, en zou 6% van de vrouwen en 1% van de mannen het slachtoffer zijn geweest van gedwongen seksuele betrekkingen toen ze al ouder dan 18 jaar waren.

Elke dag worden in België ongeveer acht verkrachtingen geregistreerd. Slechts een vrouw op tien doet aangifte. Een vrouw op vier wordt door haar partner verkracht.

Nadat de slachtoffers klacht hebben ingediend, moeten zij in een ziekenhuis een gerechtelijk geneeskundig onderzoek laten uitvoeren met behulp van een seksuele agressieset (SAS).

Het is belangrijk dat de slachtoffers de nodige medische en psychologische bijstand krijgen in het ziekenhuis. Op dat vlak is er volgens de enquête van Amnesty International evenwel nog heel wat werk aan de winkel. Zo blijkt dat in Brussel slechts zeven ziekenhuizen slachtoffers van verkrachtingen kunnen onderzoeken.

Het gebeurt ook vaak dat een slachtoffer zich meteen bij een ziekenhuis meldt, dat dan een of meer politieagenten oproept om aangifte te doen.

Uit een onderzoek dat dokter Charlotte Rousseau uitvoerde bij 252 patiënten tussen januari 2010 en december 2011 bleek niet alleen dat sommige ziekenhuizen geen gegevens bijhielden van slachtoffers van seksueel geweld, maar ook dat 54% van de patiënten ontevreden was over de behandeling. Zo moesten sommige slachtoffers meer dan tien uur in de spoeddienst wachten voor ze werden behandeld.

Dokter Rousseau stelde voorts vast dat er geen

sont équipés pour pratiquer cet examen. Le SAS, mis en place en 1989, est pratiqué, dans la grande majorité des cas, au sein des urgences de l'hôpital. Néanmoins, il n'est pas rare que ce parcours soit inversé et la victime se présente directement à l'hôpital qui, lui, fait appel à un ou plusieurs policiers pour le dépôt de plainte.

Une étude menée par le Dr Charlotte Rousseau, médecin et assistante en gynécologie, sur les cas particuliers de 252 patientes entre janvier 2010 et décembre 2011, a permis d'établir que non seulement certains hôpitaux n'avaient pas de traçabilité des victimes de violences sexuelles, mais que 54% des patientes n'ont pas bénéficié d'une prise en charge de qualité.

Le Dr Rousseau constate néanmoins qu'"il n'y a pas d'homogénéité quant à la prise en charge médicale des victimes de violences sexuelles sur le territoire belge". En effet, si certains hôpitaux ne gardent aucune traçabilité des dossiers de violences sexuelles, d'autres, au contraire, bénéficient d'un vrai mécanisme garantissant un accueil tant humain qu'efficace des victimes de viols.

Par ailleurs, cette étude démontre également qu'une victime ayant porté plainte et été accompagnée dans un service d'urgence peut parfois attendre plus de dix heures avant d'être prise en charge.

Selon le Dr Christine Gilles, gynécologue et chef de clinique adjoint à l'hôpital Saint-Pierre, le SAS est un instrument qui doit être maîtrisé pour être efficace. Or, dit-elle, cet examen est réalisé par des gynécologues de garde qui souvent n'ont reçu aucune formation quant à son utilisation.

Enfin, la dernière problématique que soulève cette enquête est que, contrairement à la Région Wallonne, les hôpitaux bruxellois ne bénéficient pas de l'intervention d'un médecin légiste lors de la prise en charge médico-légale d'une victime de viol. Or celui-ci permet une gestion optimale tant de la patiente que du dossier. En effet, le médecin légiste est formé au recueil de preuves lors d'agressions sexuelles. Il peut donc identifier une blessure, même minime, sur le corps de la victime.

Disposons-nous de chiffres sur les cas de

eenvormige medische aanpak is. Sommige ziekenhuizen houden geen dossiers van seksueel geweld bij, terwijl andere een efficiënte procedure voor de medische en psychologische behandeling van de slachtoffers hebben ingevoerd.

Volgens dokter Christine Gilles, gynaecoloog en adjunct-diensthoofd van het Sint-Pieterziekenhuis, is de seksuele agressieset een instrument dat met kennis van zaken moet worden gebruikt om doeltreffend te zijn. Het probleem is dat het onderzoek vaak wordt uitgevoerd door gynaecologen die van wacht zijn en die de opleiding over het gebruik van de set niet hebben gevolgd.

In tegenstelling tot in Wallonië wordt het gerechtelijk-geneeskundig onderzoek in de Brusselse ziekenhuizen niet uitgevoerd door een politiearts, die is opgeleid om sporen van seksuele agressie te vinden en bewijzen te verzamelen.

Hoeveel gevallen van seksueel geweld werden er in de Brusselse ziekenhuizen geregistreerd?

Welke ziekenhuizen beschikken over seksuele agressiesets? Waarom hebben de andere ziekenhuizen er geen? Heeft het personeel een specifieke opleiding gekregen?

Klopt het dat het gerechtelijk-geneeskundig onderzoek in de Brusselse ziekenhuizen niet door politieartsen wordt uitgevoerd? Waarom niet?

violences sexuelles enregistrés dans les hôpitaux ?

Quels sont les hôpitaux qui disposent du SAS ? Quels hôpitaux n'en disposent pas et pour quelles raisons ? Le personnel compétent a-t-il suivi une formation à son utilisation ?

Comment se déroule la prise en charge des victimes lors de leur arrivée aux urgences ? Le personnel médical a-t-il reçu une formation adéquate ?

Nous confirmez-vous que nos hôpitaux ne bénéficient pas ou plus d'interventions de médecins légistes lors de l'examen médico-légal de la victime d'agression sexuelle ? Dans l'affirmative, pourquoi ?

Mme la présidente.- La parole est à M. Gosuin.

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- À la suite de l'entrée en vigueur de la loi du 4 juillet 1989 relative au viol, la Belgique a adopté le set agression sexuelle (SAS). S'inspirant du Sexual Assault Examination Kit canadien, ce kit a été élaboré par la gendarmerie et, depuis 1999, par l'Institut national de criminalistique et de criminologie (INCC). Il s'agit d'un outil visant à assurer le bon développement de l'enquête judiciaire en cas de déclaration d'un délit sexuel.

L'utilisation du SAS a d'abord été formalisée par la circulaire des procureurs généraux du 3 août 1992 et, ensuite, par la directive ministérielle du 15 décembre 1998. À l'occasion de la reconstitution du stock de SAS et des modifications législatives intervenues entre-temps, un groupe technique composé de médecins légistes et de représentants des divers laboratoires d'analyses scientifiques a remis au ministre de la justice un ensemble de recommandations afin d'améliorer le kit et la procédure ainsi que d'accorder ainsi une plus grande attention à la victime. De cette évaluation a résulté une directive ministérielle relative au SAS du 15 septembre 2005.

La directive souligne l'importance que les constatations médicales soient réalisées par un médecin ayant une parfaite connaissance du SAS.

Mevrouw de voorzitter.- De heer Gosuin heeft het woord.

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College *(in het Frans).- In 1989 voerde België de seksuele agressieset (SAS) in. Die kit moet bijdragen tot het correcte verloop van het gerechtelijk onderzoek na de aangifte van een seksueel misdrijf.*

Het gebruik van de SAS was het onderwerp van de omzendbrief van de procureurs-generaal van 3 augustus 1992 en vervolgens van de ministeriële richtlijn van 15 december 1998. Na wetswijzigingen deed een technische werkgroep aan de minister van justitie een reeks aanbevelingen om de kit en de procedure te verbeteren en om meer aandacht te besteden aan het slachtoffer. Daaruit vloeide de ministeriële richtlijn van 15 september 2005 voort.

In die richtlijn benadrukt de minister het belang van medische vaststellingen door een arts die het gebruik van de SAS volledig onder de knie heeft. Het moet gaan om een wetsdokter of een ziekenhuisarts waarmee de procureur des Konings een overeenkomst heeft gesloten. Elke procureur des Konings zorgt voor een lijst met artsen of ziekenhuisafdelingen die slachtoffers van seksuele agressie mogen onderzoeken. Hij bezorgt die lijst en een kopie van de samenwerkingsprotocollen aan de bevoegde procureur-generaal.

Elle précise que le médecin requis sera soit un médecin légiste, soit un médecin d'un service hospitalier avec lequel le procureur du Roi a conclu un accord de coopération. Chaque procureur du Roi établit et met à jour la liste des médecins ou services hospitaliers susceptibles d'être requis pour procéder à l'examen des victimes d'agressions sexuelles. Le procureur du Roi communique au procureur général du ressort cette liste des médecins ou services hospitaliers et une copie des protocoles de coopération.

En février 2014 a été publié un rapport examinant le respect de cette directive et donc analysant l'utilisation du SAS. Ce rapport a été rédigé à la demande du Collège des procureurs généraux, sous la direction du Parquet général de Liège. Ce rapport émet une série de recommandations pour améliorer l'utilisation du SAS.

Comment utilise-t-on en pratique ce kit ? Après avoir porté plainte et obtenu du procureur l'autorisation de procéder à un examen médico-légal prenant la forme du SAS, la victime est accueillie aux urgences d'un hôpital afin de réaliser cet examen et de recevoir les soins nécessaires. Cet examen médico-légal est pratiqué dans sept hôpitaux sur le territoire bruxellois. Depuis 1992, c'est uniquement dans un de ces sept hôpitaux que les policiers amènent les victimes de violences sexuelles : Brugmann, Érasme, Sainte-Élisabeth, Saint-Jean, Saint-Luc, Saint-Pierre et l'UZ VUB. Il existe un protocole d'accord entre ces hôpitaux, la police judiciaire et le Parquet concernant l'utilisation du SAS. Les autres hôpitaux ont leur propre protocole de procédure de prise en charge aux urgences au cas où une victime se présente ; c'est alors l'hôpital qui contacte la police pour le dépôt de plainte. Lorsque, au sein d'une institution, le service d'urgence n'a pas le SAS, cet hôpital transfère la victime vers le CHU Saint-Pierre.

Le SAS se présente sous forme de boîte contenant un dossier et des prélèvements numérotés : vêtements, analyses buccales et gynécologiques, cheveux. C'est l'instrument médical qui permet de récolter les preuves de l'agression sexuelle. Pris en charge par le ministère de la justice et fourni par l'Institut national de criminalistique et de criminologie (INCC), le SAS ne pourra être ouvert que sur autorisation du procureur du Roi.

In februari 2014 verscheen een rapport over de naleving van die richtlijn en het gebruik van de SAS, dat op verzoek van het College van Procureurs-generaal onder leiding van het parket-generaal van Luik werd opgemaakt. Er is een reeks aanbevelingen voor een beter gebruik van de kit in opgenomen.

Ik schets kort het gebruik van de kit. Als een slachtoffer van seksuele agressie klacht indient en de procureur toestemming geeft voor een gerechtelijk-geneeskundig onderzoek met behulp van de SAS, wordt hij of zij overgebracht naar de spoeddienst van een ziekenhuis. Daar wordt het onderzoek uitgevoerd en de nodige zorgen verleend.

In het Brussels Gewest zijn er zeven ziekenhuizen waar een dergelijk onderzoek mogelijk is. Sinds 1992 brengt de politie slachtoffers van seksuele agressie uitsluitend naar één van die ziekenhuizen. Er bestaat een protocolakkoord over het gebruik van de SAS tussen die ziekenhuizen, de gerechtelijke politie en het parket. De andere ziekenhuizen contacteren zelf de politie om aangifte te doen. Als de spoeddienst van een ziekenhuis geen SAS heeft, wordt het slachtoffer naar het UMC Sint-Pieter gebracht.

De SAS bestaat uit een doos met daarin een dossier en genummerde monsters van kleding, speeksel, uitstrijkjes en haren. Op die manier worden de bewijzen van de seksuele agressie verzameld. De SAS mag alleen met toestemming van de procureur des Konings worden geopend.

De zorg voor een slachtoffer van verkrachting gaat echter verder dan het gerechtelijk-geneeskundig onderzoek. Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) heeft seksueel geweld vergaande gevolgen voor de lichamelijke en geestelijke gezondheid van het slachtoffer, dat niet alleen met een psychisch trauma wordt geconfronteerd, maar ook een toegenomen risico loopt op seksuele gezondheidsproblemen.

Het is dan ook uiterst belangrijk dat het slachtoffer in de uren na de agressie een ziekenhuis bezoekt en daar de beste geneeskundige zorgen krijgt.

Mais la prise en charge médicale d'une victime de viol ne se limite pas à l'examen médico-légal. Comme le souligne l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dans son rapport mondial sur la violence et la santé, "la violence sexuelle a de profondes répercussions sur la santé physique et mentale de la victime. Outre les traumatismes physiques, elle est associée à un risque accru de nombreux problèmes de santé sexuelle, dont les conséquences se font sentir immédiatement, mais aussi des années après l'agression."

Il est donc fondamental qu'une victime se rende dans un centre hospitalier dans les heures suivant son agression et qu'elle bénéficie d'une prise en charge optimale couvrant la totalité de ses besoins médicaux.

L'hôpital Saint-Pierre est reconnu à Bruxelles pour son expertise en matière d'accueil des victimes de violences sexuelles. Il a élaboré un protocole de prise en charge des victimes de viol. L'utilisation de ce protocole, ensemble de règles et d'étapes à suivre dans la prise en charge médicale, améliore significativement la collecte de preuves et garantit une certaine qualité du traitement médical et psychologique.

En Région bruxelloise, les médecins légistes n'interviennent pas dans la prise en charge des victimes de viol, pour des raisons de pénurie, selon le pouvoir fédéral. Leur présence serait utile pour le relevé des preuves, mais elle n'améliorerait en rien la prise en charge médicale et psychologique des victimes.

Il est essentiel que les victimes de viol bénéficient de soins et de traitements, notamment pour prévenir les maladies sexuellement transmissibles ou les éventuelles grossesses indésirables.

Selon les experts, la prise en charge médicale et psychologique pourrait être améliorée par la mise en place de centres de référence pouvant être extra-hospitaliers. Ces centres, qui permettraient une prise en charge standardisée, garantiraient également aux victimes d'être accueillies par un personnel compétent, spécifiquement formé aux cas de viol.

Comme je l'ai déjà répondu précédemment à M. du Bus de Warnaffe le 10 octobre 2015, la

In Brussel staat het UMC Sint-Pieter bekend om zijn ervaring met de opvang van slachtoffers van seksueel geweld. Het heeft er een protocol voor opgesteld, waardoor het verzamelen van bewijsmateriaal aanzienlijk vlotter verloopt. Bovendien garandeert het medische en psychologische begeleiding van een zekere kwaliteit.

Volgens de federale regering is er in het Brussels Gewest een tekort aan wetsdokters, waardoor die bij de behandeling van verkrachtingsslachtoffers niet te pas komen. Hun aanwezigheid zou nuttig zijn voor het nemen van monsters, maar de medische en psychologische begeleiding niet verbeteren.

Verkrachtingsslachtoffers moeten de nodige zorg en behandelingen krijgen om besmetting met seksueel overdraagbare ziekten of een eventuele ongewenste zwangerschap te voorkomen.

Volgens deskundigen kunnen de geneeskundige en psychologische zorgen beter worden verstrekt in referentiecentra, die niet noodzakelijk in een ziekenhuis zijn ondergebracht. Ze bieden een standaardbehandeling aan en slachtoffers worden er opgevangen door bekwaam personeel dat specifiek is opgeleid om verkrachtingsslachtoffers te helpen.

Federaal staatssecretaris Elke Sleurs kondigde aan dat er weldra onthaalcentra voor slachtoffers van seksuele agressie worden geopend, die aan een ziekenhuis verbonden zijn en uiteenlopende zorgen en diensten aanbieden. Voorlopig verkeert het project in de fase van de haalbaarheidsstudie. De resultaten worden in augustus bekendgemaakt. De volgende stap is een proefproject met drie centra.

Gegevens over verkrachtingsslachtoffers die naar het ziekenhuis gaan, worden niet systematisch bijgehouden. De federale politie beschikt over cijfers in verband met de aangiften en het daarmee gepaard gaande medisch onderzoek, maar die statistische gegevens heb ik niet.

Het UMC Sint-Pieter houdt wel gegevens bij. Het ziekenhuis vangt gemiddeld tachtig à honderd verkrachtingsslachtoffers per jaar op. In het Brugmannziekenhuis en het Erasmusziekenhuis

secrétaire d'État pour l'Égalité des chances, Mme Elke Sleurs, a annoncé que des centres d'accueil pour les victimes d'agression sexuelle ouvriront bientôt leurs portes. Ces structures seront liées à un hôpital et à différents services : (para-)médicaux, psychologiques, policiers et judiciaires.

Toutefois, selon les déclarations récentes de la secrétaire d'État, le projet n'est encore qu'au stade d'une étude de faisabilité. Les résultats seront connus en août prochain. Nous serons attentifs aux résultats de cette étude.

L'étape suivante sera la mise en place de trois centres dans le cadre d'un projet pilote.

Il n'y a pas de collecte de données systématique des patients victimes de viol se présentant dans les hôpitaux. Les chiffres existent au niveau de la police fédérale par l'intermédiaire des dépôts de plaintes qui accompagnent systématiquement l'examen médical. Je n'ai pas connaissance de ces données statistiques.

À titre d'information, l'hôpital Saint-Pierre collecte les données et reçoit en moyenne 80 à 100 victimes majeures et mineures par an. À Brugmann et à Érasme, ils reçoivent entre 10 et 20 victimes par an.

Comme vous pouvez le voir, nous dépendons beaucoup des directives fédérales en ces matières.

zijn dat er tien tot twintig.

De federale richtlijnen spelen een grote rol in de behandeling van verkrachtingszaken.

Mme la présidente.- La parole est à Mme Sidibé.

Mevrouw de voorzitter.- Mevrouw Sidibé heeft het woord.

Mme Fatoumata Sidibé (DéFI).- Il est vrai que cette thématique dépasse les compétences régionales et fédérées. Il est vrai que la parole relative à ce fléau se libère et qu'elle doit être accompagnée d'une prise en charge multidisciplinaire : policière, médicale, juridique, psychologique. C'est pour cette raison que les services médicaux d'urgence ont un rôle fondamental à jouer. Le fait qu'il y ait des projets pour la mise en place d'un centre de référence constitue vraiment un élément libérateur pour ces victimes lors de leur prise en charge.

Au sein des hôpitaux, il est essentiel de s'assurer

Mevrouw Fatoumata Sidibé (DéFI) *(in het Frans).- Het klopt dat deze problematiek de gewestelijke en gemeenschapsbevoegdheden overschrijdt en een multidisciplinaire aanpak vereist (politioneel, medisch, juridisch en psychologisch). Het is dan ook een goede zaak dat er referentiecentra komen.*

Daarnaast is het belangrijk dat het onderzoek en eventuele preventieve behandelingen gratis zijn.

Ik zal uw antwoorden bezorgen aan de personen die zich vragen stellen over het gebrek aan bekendheid van deze netwerken.

que les examens des victimes de viol sont gratuits, y compris les traitements préventifs.

Nous ne manquerons pas de relayer vos réponses auprès de personnes qui se posent beaucoup de questions quant à la non-connaissance de l'existence de réseaux liés à cette thématique.

- L'incident est clos.

QUESTION ORALE DE M. ALAIN MARON

À M. GUY VANHENGEL, MEMBRE DU COLLÈGE RÉUNI, COMPÉTENT POUR LA POLITIQUE DE LA SANTÉ, LA FONCTION PUBLIQUE, LES FINANCES, LE BUDGET ET LES RELATIONS EXTÉRIEURES,

ET À M. DIDIER GOSUIN, MEMBRE DU COLLÈGE RÉUNI, COMPÉTENT POUR LA POLITIQUE DE LA SANTÉ, LA FONCTION PUBLIQUE, LES FINANCES, LE BUDGET ET LES RELATIONS EXTÉRIEURES,

concernant "les mesures financières pour encourager l'installation de médecins généralistes".

Mme la présidente.- Le ministre Didier Gosuin répondra à la question orale.

La parole est à M. Maron.

M. Alain Maron (Ecolo).- La presse s'est fait l'écho de l'adoption, par le Collège réuni, de mesures financières destinées à encourager l'installation de médecins généralistes à Bruxelles. Il s'agit, si j'ai bien compris, de modifications au niveau des primes Impulseo, dont nous avons hérité à la suite de la sixième réforme de l'État. La période de transition est terminée depuis début 2015.

On sait qu'il s'agit d'un dossier sensible et complexe, qui concerne quasiment l'ensemble des niveaux de pouvoir de ce pays, qu'ils soient compétents en matière de planification de l'offre, de formation, d'organisation de la première ligne,

- Het incident is gesloten.

MONDELINGE VRAAG VAN DE HEER ALAIN MARON

AAN DE HEER GUY VANHENGEL, LID VAN HET VERENIGD COLLEGE, BEVOEGD VOOR HET GEZONDHEIDS-BELEID, HET OPENBAAR AMBT, DE FINANCIËN, DE BEGROTING EN DE EXTERNE BETREKKINGEN,

EN AAN DE HEER DIDIER GOSUIN, LID VAN HET VERENIGD COLLEGE, BEVOEGD VOOR HET GEZONDHEIDS-BELEID, HET OPENBAAR AMBT, DE FINANCIËN, DE BEGROTING EN DE EXTERNE BETREKKINGEN,

betreffende "de financiële stimuli voor de vestiging van huisartsen".

Mevrouw de voorzitter.- Minister Didier Gosuin zal de mondelinge vraag beantwoorden.

De heer Maron heeft het woord.

De heer Alain Maron (Ecolo) *(in het Frans).- Volgens de pers heeft het Verenigd College financiële maatregelen goedgekeurd om de vestiging van huisartsen in Brussel aan te moedigen. Het zou gaan om een aanpassing van de Impulseo-premies, waarvoor wij bevoegd zijn geworden door de zesde staatshervorming.*

Het gaat om een gevoelig en ingewikkeld dossier, dat heel wat overheden betreft. Daarom heeft de interministeriële conferentie Gezondheid in januari 2015 een werkgroep belast met de voorbereiding van een protocolakkoord over de uitwisseling van gegevens die belangrijk zijn voor de vaststelling van de quota voor de

etc. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle la conférence interministérielle (CIM) de la santé publique a constitué un groupe de travail en janvier 2015, chargé d'établir un protocole d'accord sur l'échange des données pertinentes à la planification, d'une part, et à la fixation du contingentement des professions de santé, avec articulation du quota global fédéral et des sous-quotas communautaires, d'autre part.

Pourriez-vous faire le point sur la situation de l'offre de médecins généralistes à Bruxelles, notamment sur leur répartition sur l'ensemble du territoire régional ? Constate-t-on des disparités entre les communes et les quartiers ? On sait que notre Région connaît de fortes inégalités en matière d'accessibilité des soins. La question de la répartition de l'offre de médecins généralistes est donc cruciale si nous voulons nous attaquer à ces inégalités.

Pourriez-vous également faire le point sur les contacts que vous avez avec les Communautés, particulièrement sur la prise en considération des spécificités bruxelloises dans la détermination des sous-quotas ?

Quel est l'état d'avancement des travaux au sein du groupe de travail de la CIM ?

Enfin, pouvez-vous nous détailler les mesures que vous avez prises afin d'encourager l'installation de médecins généralistes à Bruxelles ?

gezondheidsberoepen, met een globaal quotum op federaal niveau en subquota voor de gemeenschappen.

Hoeveel huisartsen zijn er momenteel in Brussel? Zijn er grote verschillen tussen de gemeenten en wijken? Een goede spreiding van de huisartsen is belangrijk om de ongelijkheden op het vlak van de toegang tot de gezondheidszorg te verkleinen.

Hebt u contacten met de andere gemeenschappen? Op welke manier zal er rekening worden gehouden met de Brusselse eigenheden bij de vaststelling van de subquota?

Hoever staan de werkzaamheden van de werkgroep?

Welke maatregelen hebt u genomen om de vestiging van huisartsen in Brussel aan te moedigen?

Mme la présidente.- La parole est à M. Gosuin.

Mevrouw de voorzitter.- De heer Gosuin heeft het woord.

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Concernant l'offre de médecins généralistes à Bruxelles, nous disposons des chiffres de la Commission de planification. Dans le rapport "Les médecins généralistes sur le marché du travail (2012)", publié en mai 2015, nous disposons de chiffres globaux concernant le nombre de médecins pratiquant à Bruxelles, la répartition par sexe, par langue du diplôme, par classe d'âge, etc. Ce rapport, consultable sur le site du SPF Santé publique, comprend des informations intéressantes sur la proportion de médecins actifs à Bruxelles. On y apprend notamment qu'un médecin généraliste bruxellois preste en moyenne 0,38

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College *(in het Frans).- De cijfers van de Planningscommissie bieden een mooi beeld van de huisartsen in Brussel. Zo zien we dat een Brusselse huisarts in het kader van het RIZIV gemiddeld 0,38 voltijds equivalent (VTE) werkt in het kader van het RIZIV, tegenover een nationaal gemiddelde van 0,72 VTE, 0,90 VTE in Vlaanderen en 0,64 VTE in Wallonië.*

Het rapport van de Planningscommissie bevat echter geen gegevens over de spreiding van huisartsen over de Brusselse gemeenten en wijken. Die informatie is belangrijk als we een beleid

équivalent temps plein (ETP) dans le cadre de l'Inami, la moyenne nationale étant de 0,72 ETP, avec 0,90 ETP en Flandre et 0,64 ETP Région wallonne. On peut également constater que l'effectif des généralistes vieillit et se féminise.

Ce rapport très instructif ne donne néanmoins pas d'indication sur la répartition de l'offre de médecins généralistes au sein des communes et quartiers Bruxellois. Cette information est pourtant cruciale pour développer notre politique d'attractivité pour les médecins généralistes et notre politique d'accessibilité à la première ligne sur le territoire de Bruxelles-Capitale.

Les deux cercles de médecins généralistes bruxellois, le Brusselse Huisartsenkring (BHAK) et la Fédération des associations de médecins généralistes de Bruxelles (FAMGB), disposent de chiffres par commune. Si on leur applique la législation fédérale de 2012 qui veut qu'il faut compter moins de 90 généralistes par 100.000 habitants pour pouvoir bénéficier d'une aide à l'installation, les 19 communes bruxelloises sont sur pied d'égalité.

Comme je l'ai annoncé à la presse, les mesures de soutien à la médecine générale que nous avons mises en place cette année sont transitoires.

En effet, une réflexion avec toutes les parties prenantes est en cours. Celle-ci tient compte, entre autres, de la spécificité du contexte bruxellois et de la nécessité d'une approche par quartier - plus pertinente que l'approche par commune, les communes étant souvent très hétérogènes -, de l'évolution de la société - vieillissement de la population, augmentation des maladies chroniques, migrations de population, paupérisation - et de la plus-value de la multidisciplinarité pour la qualité et la continuité des soins.

L'objectif est donc d'affiner notre approche. Nous voulons notamment identifier clairement, avec l'aide de la FAMGB et du BHAK, les quartiers en souffrance en termes de médecine générale et mettre en place des incitants spécifiques à l'installation dans ces quartiers. Dans ce contexte, nous avons pour projet de charger l'Observatoire de la santé et du social de suivre l'évolution de l'offre de médecine générale au sein des 118

willen uitwerken om huisartsen aan te trekken en de eerstelijnszorg op het Brussels grondgebied toegankelijker te maken.

De Brusselse Huisartsenkring (BHAK) en de Fédération des associations de médecins généralistes de Bruxelles (FAMGB) beschikken wel over cijfers per gemeente. Als we daarop de federale wet van 2012 toepassen, waardoor er minder dan negentig huisartsen per 100.000 inwoners moeten zijn vooraleer een huisarts ondersteuning bij zijn installatie kan krijgen, dan staan de negentien gemeenten op gelijke voet.

De ondersteuningsmaatregelen voor huisartsen die de GGC dit jaar invoerde, zijn overgangsmaatregelen.

Ondertussen loopt er overleg met alle betrokken partijen. Daarbij houden we rekening met de specifieke Brusselse context en de behoefte aan een wijkgerichte benadering, de evolutie van de samenleving en de meerwaarde van een multidisciplinaire aanpak voor de kwaliteit en de continuïteit van de zorg.

De GGC wil haar aanpak verder verfijnen. Met de hulp van de FAMGB en de BHAK willen we bepalen in welke wijken er te weinig huisartsen zijn en specifieke stimulansen uitwerken voor wie zich in die wijken als arts wil vestigen. Het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad krijgt de opdracht om de evolutie van het aanbod aan huisartsengeneeskunde in de 118 Brusselse wijken te volgen.

Daarnaast is het belangrijk dat de bevolking beter geïnformeerd is over de rol en het belang van de huisarts als zorgverlener.

Sinds de zesde staatshervorming zijn de gemeenschappen bevoegd voor de bepaling van de specifieke Brusselse elementen in de deelcontingenten van de verschillende medische specialiteiten, waarbij het federale quotum wel moet worden nageleefd.

Tot nu toe werd de huisartsengeneeskunde beschouwd als een ontoereikende specialiteit waarvoor een minimumgrens moest worden gehaald.

quartiers identifiés à Bruxelles.

En dehors de cette réflexion, il semble aussi utile de réfléchir à la manière de promouvoir une meilleure connaissance du rôle et de l'importance du médecin généraliste dans les soins de santé auprès de la population.

Concernant votre deuxième question, la prise en compte des spécificités bruxelloises dans la détermination des sous-quotas au sein des différentes spécialités médicales est en effet, depuis la sixième réforme de l'État, une compétence des Communautés. L'objectif est en effet de déterminer des sous-quotas qui répondent aux besoins spécifiques des populations de chacune de celles-ci, tout en respectant le quota fédéral qui est le nombre global maximum annuel de candidats pouvant entamer une formation menant à une spécialité agréée.

Jusqu'à présent, la médecine générale a toujours été considérée comme une spécialité déficitaire, bénéficiant d'un quota minimum c'est-à-dire d'un seuil minimum à atteindre.

À Bruxelles, pour l'offre de médecins généralistes, les deux Communautés pourraient intervenir via des quotas minimaux de candidats à atteindre en médecine générale par université. On ne peut néanmoins pas obliger un jeune médecin à choisir cette spécialité et ensuite s'installer à Bruxelles. La notion de quota minimum est intéressante et utile mais ne résout pas tout. Pour quantifier le rôle de chacune des Communautés dans l'offre médicale bruxelloise, rappelons que, selon les chiffres du rapport de la commission de planification précité, Bruxelles compte 1.561 médecins généralistes répartis comme suit : 1.325 médecins francophones, soit 85%, 141 médecins néerlandophone soit 9% et 95 médecins disposant d'un diplôme étranger et non enregistré comme francophone ou néerlandophone, ce qui représente 6%. Élaborée sur la base des diplômes, l'enquête ne révèle pas dans quelle mesure ces médecins ont dû choisir leur "sexe linguistique".

Le protocole d'accord relatif à la fixation du contingentement des professions de santé, avec articulation du quota global fédéral et des sous-quotas communautaires, est toujours en discussion

In Brussel konden de Gemeenschappen tussenkomen via minimumquota voor het aantal huisartsen per universiteit. We kunnen een jonge arts echter niet dwingen om huisarts te worden en zich in Brussel te vestigen. Een minimumquotum lost niet alles op.

In het Brussels Gewest zijn er 1.561 huisartsen: 1.325 Franstaligen en 141 Nederlandstaligen. Er zijn 95 artsen met een buitenlands diploma die niet als Frans- of Nederlandstalig ingeschreven zijn. De telling gebeurde op basis van de diploma's en zegt dus niets over de vraag of de huisartsen de taal die ze spreken, moesten opgeven.

Het protocolakkoord over de bepaling van de contingentering van de gezondheidsberoepen ligt nog steeds ter bespreking voor bij de interkabinettenwerkgroepen van de interministeriële conferentie voor de Volksgezondheid. Hoewel het bepalen van deelcontingenten een exclusieve bevoegdheid van de gemeenschappen is, ben ik vertegenwoordigd in die werkgroep en zie ik erop toe dat er rekening wordt gehouden met de Brusselse context.

De planningscommissie medisch aanbod keurde een advies goed over de contingentering van artsen voor 2022, waarin een deelcontingent voor huisartsen voor de Vlaamse en voor de Waalse Gemeenschap wordt voorgesteld.

Het Brussels Gewest heeft drie maatregelen uitgewerkt om meer huisartsen aan te trekken, namelijk een installatiepremie van 25.000 euro, een bijdrage van maximaal 6.300 euro in de loonkosten van medewerkers en een bijdrage van maximaal 3.619 euro in kosten voor diensten.

Die maatregelen gelden sinds 1 januari 2016. In overeenstemming met het beleid rond het bevorderen van e-Health in Brussel, geldt voor de toekenning ervan de voorwaarde dat de arts een erkend elektronisch medisch dossier moet gebruiken dat op het Brussels Gezondheidsnetwerk (BGN) is aangesloten.

au sein du groupe de travail intercabinets "professions des soins de santé" de la conférence interministérielle de la santé publique. Bien que la fixation de sous-quotas soit une compétence exclusive des Communautés, mon cabinet participe à ce groupe de travail et est donc attentif à ce que les spécificités bruxelloises soient prises en compte.

Par ailleurs, comme vous l'avez probablement appris, la commission de planification de l'offre médicale vient de valider un avis relatif au contingentement des médecins pour 2022. Dans celui-ci, la commission se positionne non seulement sur le quota fédéral de médecins mais aussi sur les quotas par spécialité et par Communauté. Cet avis propose donc des sous-quotas en médecine générale pour la Communauté française et pour la Communauté flamande.

Pour terminer, concrètement, il existe trois types de mesures visant à attirer les médecins généralistes à Bruxelles :

- une prime d'installation de 25.000 euros (augmentation de 5000 euros par rapport à l'ancienne prime). Cette intervention vise à encourager la première installation sur le territoire de la Région de Bruxelles-Capitale dans les cinq ans après l'obtention de l'agrément comme médecin généraliste ou après le retour d'un pays en voie de développement ;

- une intervention de maximum 6.300 euros dans les coûts salariaux. Il s'agit d'une intervention dans les charges salariales de l'employé(e) qui assiste un médecin généraliste en pratique individuelle ou un regroupement de médecins généralistes dans l'accueil et la gestion de la pratique ;

- une intervention de maximum 3.619 euros dans les frais de recours à des services. Sont visés ici les frais de télé-secrétariat médical, tant pour un regroupement de médecins généralistes que pour un médecin en pratique individuelle.

Ces trois dispositions sont d'application depuis le 1er janvier 2016. En cohérence avec la politique de promotion de l'e-santé développée à Bruxelles, elles sont conditionnées à l'utilisation par le médecin d'un dossier médical électronique

labellisé et connecté au Réseau santé bruxellois (RSB).

Mme la présidente.- La parole est à M. Maron.

M. Alain Maron (Ecolo).- Je vous remercie pour la précision de votre réponse. Un article paru dans le Soir porte sur l'avis de la commission de planification priant le gouvernement fédéral de valider à la hausse pour 2022 l'augmentation des quotas francophones, avec une augmentation considérable de 492 à 575 médecins afin de libérer la pression. Un des arguments avancés par la commission concernait notamment la question du temps de travail. Le chiffre que vous avez évoqué est interpellant. À Bruxelles, un médecin pratiquerait à raison de 0,38 équivalent temps plein (ETP) en tant que généraliste, ce qui revient à moins d'un mi-temps, une prestation inférieure à celle exercée par ses confrères en Flandre et en Wallonie.

J'ignore les raisons de la diversité des pratiques médicales à Bruxelles, mais elle signifie effectivement qu'un médecin généraliste à Bruxelles vaut "moins" que dans les autres Régions. Il est moins à la disposition de ses patients, il pratique moins directement la médecine générale. Ceci est évidemment un élément crucial.

Concernant la répartition dans les quartiers, j'entends le manque de chiffres officiels mais je me réjouis de votre volonté d'y remédier. J'imagine que ce travail se fait en lien avec le monitoring des quartiers et l'Institut bruxellois de statistique et d'analyse (IBSA), dans la mesure où il ne s'agit pas seulement de connaître le nombre de médecins présents par quartier, mais aussi la situation sociosanitaire de ces derniers.

En effet, le besoin est d'autant plus important que la situation sociosanitaire est problématique. Certains quartiers sont non seulement confrontés à une moindre présence proportionnelle de médecins, mais aussi à une situation médicale plus défavorable. Ce lien est-il établi ? Si oui, comment ? Si non, l'envisagez-vous ?

Mevrouw de voorzitter.- De heer Maron heeft het woord.

De heer Alain Maron (Ecolo) *(in het Frans).- Le Soir wijdde een artikel aan het advies van de planningscommissie, die de federale overheid vraagt om de Franstalige quota tegen 2022 te verhogen van 492 tot 575 artsen. Een van de argumenten daarvoor is de werkdruk, maar als wij uw cijfers mogen geloven zouden de Brusselse huisartsen maar 0,39 voltijdsequivalent presteren, wat heel wat minder is dan de Vlaamse of Waalse huisartsen.*

Ik weet niet waarom het verschil zo groot is. Het betekent wel dat de Brusselse huisarts minder beschikbaar is voor zijn patiënten.

Er bestaan nog geen officiële cijfers over het aantal huisartsen per wijk, maar het verheugt mij dat u daar werk van zult maken. Ik vermoed dat dat zal gebeuren in het kader van de wijkmonitoring van het Brussels Instituut voor Statistiek en Analyse (BISA), aangezien het niet alleen belangrijk is om te weten hoeveel huisartsen er in een wijk zijn, maar ook hoe de sociale en sanitaire toestand er is.

Hoe slechter de sociale en sanitaire situatie is, hoe groter de behoeften zijn. In sommige wijken zijn er niet alleen verhoudingsgewijs minder huisartsen, maar is de socio-sanitaire situatie ook minder gunstig. Is er bij de vaststelling van de quota rekening gehouden met de socio-sanitaire situatie van de wijken? Zo niet, overweegt u om dat criterium in te voeren?

Mme la présidente.- La parole est à M. Gosuin.

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Je vous l'ai dit et je vais vous relire ce passage.

Il est tenu compte, entre autres, de la spécificité du contexte bruxellois et de la nécessité d'une approche par quartier, plus pertinente que l'approche par commune, les communes étant souvent très hétérogènes, mais aussi de l'évolution de la société par quartier - vieillissement de la population, augmentation des maladies chroniques, migrations de population, paupérisation - et de la plus-value de la multidisciplinarité pour la qualité et la continuité des soins.

M. Alain Maron (Ecolo).- Je n'avais pas compris que c'était par quartier.

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Et tous ces paramètres vont évidemment se croiser. C'est la mission que nous avons confiée à l'Observatoire de la santé et du social.

- *L'incident est clos.*

Mevrouw de voorzitter.- De heer Gosuin heeft het woord.

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College *(in het Frans).- Er wordt onder meer rekening gehouden met de specifieke Brusselse context en de behoefte aan een wijkgerichte benadering, wat pertinenter is dan een gemeentelijke aanpak, omdat gemeenten vaak heterogeen zijn, maar ook met de evolutie van de wijk - vergrijzing van de bevolking, de toename van chronische ziekten, migratie, verpaupering - en de meerwaarde van een multidisciplinaire aanpak voor de kwaliteit en de continuïteit van de zorgverlening.*

De heer Alain Maron (Ecolo) *(in het Frans).- Ik had niet begrepen dat er per wijk werd gewerkt.*

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College *(in het Frans).- Wij hebben deze opdracht toevertrouwd aan het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn.*

- *Het incident is gesloten.*