

**ASSEMBLÉE RÉUNIE
DE LA COMMISSION
COMMUNAUTAIRE COMMUNE**

—

**Compte rendu intégral
des interpellations et
des questions orales**

—

Commission de la santé

—

**RÉUNION DU
JEUDI 11 FÉVRIER 2010**

—

**VERENIGDE VERGADERING
VAN DE GEMEENSCHAPPELIJKE
GEMEENSCHAPSCOMMISSIE**

—

**Integraal verslag
van de interpellaties en
mondelijke vragen**

—

Commissie voor de gezondheid

—

**VERGADERING VAN
DONDERDAG 11 FEBRUARI 2010**

—

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.

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.

SOMMAIRE

INTERPELLATIONS 6

- de M. André du Bus de Warnaffe 6

à M. Jean-Luc Vanraes, membre du Collège réuni compétent pour la Politique de la Santé, les Finances, le Budget et les Relations extérieures,

et à M. Benoît Cerexhe, membre du Collège réuni compétent pour la Politique de la Santé et la Fonction publique,

concernant "la prise en considération à Bruxelles des problèmes de santé mentale vécus par les personnes souffrant d'un handicap".

Discussion – Orateurs : **Mme Brigitte De Pauw, M. Benoît Cerexhe**, membre du Collège réuni, **M. André du Bus de Warnaffe**. 9

- de M. Vincent De Wolf 14

à M. Jean-Luc Vanraes, membre du Collège réuni, compétent pour la Politique de la Santé, les Finances, le Budget et les Relations extérieures,

et à M. Benoît Cerexhe, membre du Collège réuni, compétent pour la Politique de la Santé et la Fonction publique,

concernant "le projet 'Parking +' visant à faciliter le stationnement des prestataires de soins".

INHOUD

INTERPELLATIES 6

- van de heer André du Bus de Warnaffe 6

tot de heer Jean-Luc Vanraes, lid van het Verenigd College, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid, Financiën, Begroting en Externe Betrekkingen,

en tot de heer Benoît Cerexhe, lid van het Verenigd College, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid en het Openbaar Ambt,

betreffende "de inoverwegingneming in Brussel van de mentale gezondheidsproblemen van gehandicapten".

Bespreking – Sprekers: **mevrouw Brigitte De Pauw, de heer Benoît Cerexhe**, lid van het Verenigd College, **de heer André du Bus de Warnaffe**. 9

- van de heer Vincent De Wolf 14

tot de heer Jean-Luc Vanraes, lid van het Verenigd College, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid, Financiën, Begroting en Externe Betrekkingen,

en tot de heer Benoît Cerexhe, lid van het Verenigd College, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid en het Openbaar Ambt,

betreffende "het project Parking+ om het parkeren voor de zorgverstrekkers te vergemakkelijken".

| | | | |
|--|----|--|----|
| - de M. Pierre Migisha | 15 | - van de heer Pierre Migisha | 15 |
| à M. Jean-Luc Vanraes, membre du Collège réuni, compétent pour la Politique de la Santé, les Finances, le Budget et les Relations extérieures, | | tot de heer Jean-Luc Vanraes, lid van het Verenigd College, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid, Financiën, Begroting en Externe Betrekkingen, | |
| et à M. Benoît Cerexhe, membre du Collège réuni, compétent pour la Politique de la Santé et la Fonction publique, | | en tot de heer Benoît Cerexhe, lid van het Verenigd College, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid en het Openbaar Ambt, | |
| concernant "l'égalité au niveau de l'accès aux soins de santé en Région bruxelloise". | | betreffende "de gelijke toegang tot de gezondheidszorg in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest". | |
| <i>Discussion – Orateurs : M. Jacques Morel, M. Bea Diallo, Mme Anne Herscovici, M. Benoît Cerexhe, membre du Collège réuni, M. Pierre Migisha.</i> | 20 | <i>Bespreking – Sprekers: de heer Jacques Morel, de heer Bea Diallo, mevrouw Anne Herscovici, de heer Benoît Cerexhe, lid van het Verenigd College, de heer Pierre Migisha.</i> | 20 |
| - de Mme Fatoumata Sidibe | 29 | - van mevrouw Fatoumata Sidibe | 29 |
| à M. Jean-Luc Vanraes, membre du Collège réuni compétent pour la Politique de la Santé, les Finances, le Budget et les Relations extérieures, | | tot de heer Jean-Luc Vanraes, lid van het Verenigd College, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid, Financiën, Begroting en Externe Betrekkingen, | |
| et à M. Benoît Cerexhe, membre du Collège réuni compétent pour la Politique de la Santé et la Fonction publique, | | en tot de heer Benoît Cerexhe, lid van het Verenigd College, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid en het Openbaar Ambt, | |
| concernant "la prise en charge du VIH/sida et certaines croyances religieuses". | | betreffende "de behandeling van HIV/aids en bepaalde religieuze overtuigingen". | |
| <i>Discussion – Orateurs : Mme Anne Herscovici, M. Benoît Cerexhe, membre du Collège réuni, Mme Olivia P'tito, M. Jacques Morel, Mme Fatoumata Sidibe.</i> | 32 | <i>Bespreking – Sprekers: mevrouw Anne Herscovici, de heer Benoît Cerexhe, lid van het Verenigd College, mevrouw Olivia P'tito, de heer Jacques Morel, mevrouw Fatoumata Sidibe.</i> | 32 |

| | |
|---|--|
| <p>- de Mme Fatiha Saïdi 40</p> <p>à M. Jean-Luc Vanraes, membre du Collège réuni compétent pour la Politique de la Santé, les Finances, le Budget et les Relations extérieures,</p> <p>et à M. Benoît Cerexhe, membre du Collège réuni compétent pour la Politique de la Santé et la Fonction publique,</p> <p>concernant "Bruxelles, Ville-Région en santé".</p> | <p>- van mevrouw Fatiha Saïdi 40</p> <p>tot de heer Jean-Luc Vanraes, lid van het Verenigd College, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid, Financiën, Begroting en Externe Betrekkingen,</p> <p>en tot de heer Benoît Cerexhe, lid van het Verenigd College, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid en het Openbaar Ambt,</p> <p>betreffende "Brussel, stadsgewest en gezondheid".</p> |
| <p>- de Mme Elke Van den Brandt 41</p> <p>à M. Jean-Luc Vanraes, membre du Collège réuni, compétent pour la Politique de la Santé, les Finances, le Budget et les Relations extérieures,</p> <p>et à M. Benoît Cerexhe, membre du Collège réuni, compétent pour la Politique de la Santé et la Fonction publique,</p> <p>concernant "la politique en matière d'avortement et de contraception".</p> | <p>- van mevrouw Elke Van den Brandt 41</p> <p>tot de heer Jean-Luc Vanraes, lid van het Verenigd College, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid, Financiën, Begroting en Externe Betrekkingen,</p> <p>en tot de heer Benoît Cerexhe, lid van het Verenigd College, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid en het Openbaar Ambt,</p> <p>betreffende "het abortus- en anticonceptie-beleid".</p> |
| <p><i>Discussion – Orateurs : Mme Olivia P'tito, Mme Fatoumata Sidibe, M. Benoît Cerexhe, membre du Collège réuni, Mme Elke Van den Brandt.</i> 43</p> | <p><i>Bespreking – Sprekers: mevrouw Olivia P'tito, mevrouw Fatoumata Sidibe, de heer Benoît Cerexhe, lid van het Verenigd College, mevrouw Elke Van den Brandt.</i> 43</p> |

*Présidence : M. Pierre Migisha, vice-président.
Voorzitterschap: de heer Pierre Migisha, ondervoorzitter.*

INTERPELLATIONS

M. le président.- L'ordre du jour appelle les interpellations.

INTERPELLATION DE M. ANDRÉ DU BUS DE WARNAFFE

À M. JEAN-LUC VANRAES, MEMBRE DU COLLÈGE RÉUNI COMPÉTENT POUR LA POLITIQUE DE LA SANTÉ, LES FINANCES, LE BUDGET ET LES RELATIONS EXTÉRIEURES,

ET À M. BENOÎT CEREXHE, MEMBRE DU COLLÈGE RÉUNI COMPÉTENT POUR LA POLITIQUE DE LA SANTÉ ET LA FONCTION PUBLIQUE,

concernant "la prise en considération à Bruxelles des problèmes de santé mentale vécus par les personnes souffrant d'un handicap".

M. le président.- Le membre du Collège Benoît Cerexhe répondra à l'interpellation.

La parole est à M. du Bus de Warnaffe.

M. André du Bus de Warnaffe.- Les personnes handicapées mentales développent en vieillissant, c'est-à-dire à partir de 25 à 30 ans, des maladies mentales telles que psychoses, dépressions et bouffées délirantes. L'incidence de ces phénomènes est plus importante chez les personnes handicapées mentales que dans le reste de la population. D'après les experts, cette réalité est principalement due au fait que le stress ressenti, c'est-à-dire le stress qu'une personne normale arrive à évacuer le plus souvent sans conséquence pathologique, ne trouve pas le même terrain d'expression chez une personne handicapée

INTERPELLATIES

De voorzitter.- Aan de orde zijn de interpellaties.

INTERPELLATIE VAN DE HEER ANDRÉ DU BUS DE WARNAFFE

TOT DE HEER JEAN-LUC VANRAES, LID VAN HET VERENIGD COLLEGE, BEVOEGD VOOR HET GEZONDHEIDSBELEID, FINANCIËN, BEGROTING EN EXTERNE BETREKKINGEN,

EN TOT DE HEER BENOÎT CEREXHE, LID VAN HET VERENIGD COLLEGE, BEVOEGD VOOR HET GEZONDHEIDSBELEID EN HET OPENBAAR AMBT,

betreffende "de inoverwegingneming in Brussel van de mentale gezondheidsproblemen van gehandicapten".

De voorzitter.- Collegelid Benoît Cerexhe zal de interpellatie beantwoorden.

De heer du Bus de Warnaffe heeft het woord.

De heer André du Bus de Warnaffe (in het Frans).- *Mentaal gehandicapten krijgen vanaf de leeftijd van 25 of 30 jaar vaak psychiatrische problemen, zoals psychosen en depressies. Volgens deskundigen komt dat omdat ze moeilijker stress verwerken.*

Een concreet voorbeeld: er is een Brussels opvangtehuis waar tien mentaal gehandicapten verblijven. Drie daarvan hebben nood aan psychiatrische zorg. We mogen daaruit niet afleiden dat in het algemeen 30% van deze groep psychiatrische zorgen nodig heeft, maar het gaat

mentale. Ce stress est davantage intériorisé et trouve un exutoire à travers une série de maladies mentales. Pour rappel, le stress est la balance entre les capacités de ressources et les situations anormales auxquelles l'individu doit faire face.

Ce problème semble plus fréquent auprès de cette population qu'on ne le pense. À titre d'exemple, dans un centre d'hébergement bruxellois accueillant dix personnes avec un handicap mental classé de modéré à sévère, trois personnes auraient eu besoin d'une structure adaptée pour traiter ces pathologies mentales. Je ne dis pas qu'il faut en tirer comme conséquence que 30% de la population fréquentant les centres spécialisés ont des difficultés de cet ordre là. En tout état de cause, les experts estiment que le problème est réel.

Il semble que l'approche traditionnelle, la seule qui existe actuellement à Bruxelles, est celle des services psychiatriques qui accueillent sans distinction toute la population, comme c'est le cas à Saint-Luc ou encore dans d'autres hôpitaux psychiatriques généraux.

Les spécialistes affirment que les solutions thérapeutiques conçues pour des personnes normales souffrant d'une maladie mentale ou en crise à cause de la consommation de substances sont particulièrement inefficaces pour des personnes handicapées mentales.

Qui plus est, le personnel, du médecin à l'infirmière, est peu ou presque pas formé à la problématique du handicap mental, il comprend difficilement le comportement de la personne handicapée mentale et ne sait donc pas souvent la soigner avec succès.

En Flandre et en Wallonie, il existe des solutions à ce problème de santé mentale mais, jusqu'à ce jour, ce n'est pas le cas à Bruxelles. C'est d'autant plus surprenant qu'il existe à Bruxelles des hôpitaux pédopsychiatriques de très grande qualité, comme Parhémie. Bruxelles excelle pour les enfants souffrant d'un handicap mental ; mais passé l'âge de dix-huit ans, on ne trouve plus dans notre Région d'offre d'établissements spécialisés.

La situation est différente dans les deux autres Régions, puisque la Flandre dispose aujourd'hui de

duidelijk om een reëel probleem.

In Brussel bestaat er enkel algemene psychiatrische hulpverlening die op de hele bevolking is gericht. Specialisten wijzen er nochtans op dat therapie voor normaal begaafde mensen niet helpt voor mentaal gehandicapten.

Het personeel in psychiatrische ziekenhuizen is amper opgeleid om met mentaal gehandicapten om te gaan en kan ze dus niet goed begeleiden.

In Vlaanderen en Wallonië zijn er gespecialiseerde voorzieningen, maar in Brussel niet. Dit gewest telt wel gerenommeerde kinderpsychiatrische ziekenhuizen, maar voor patiënten boven de achttien is er niets.

Vlaanderen beschikt over drie gespecialiseerde centra (Gent, Bierbeek en Mortsel) en Wallonië over één (Manage). De federale overheid zou nieuwe projecten steunen, maar geen daarvan bevindt zich in het Brussels Gewest.

Al deze centra gaan uit van het gezonde principe dat gehandicapten niet in een ziekenhuis thuis-horen, maar in veel gevallen in een gewonere omgeving kunnen functioneren, zoals een dag-centrum. De specifieke therapeutische hulp bestaat erin de gehandicapten daarop voor te bereiden. In het algemeen blijven deze mensen niet langer dan zes maanden in het ziekenhuis, meestal hooguit drie maanden, dankzij de goede samenwerking tussen de ziekenhuizen en de gehandicaptensector.

Dit is uitstekend voor het mentale evenwicht van de gehandicapte en zijn familie. Bovendien is het verblijf in bijvoorbeeld een dagcentrum veel goedkoper dan in een ziekenhuis, zoals blijkt uit een studie van dokter Baetens.

Ik denk dat het vorige Verenigd College zich al bewust was van het probleem. Er was sprake van de oprichting van een gespecialiseerd centrum op de locatie van het Saint-Etienneziekenhuis, in samenwerking met het Sint-Jansziekenhuis. Ook in de beleidsverklaring wordt verwezen naar de noodzaak om meer rekening te houden met het probleem.

Kunt u me zeggen wat de omvang van het probleem is en hoe het precies zit met de vraag

trois centres spécialisés à Gand, Bierbeek et Morstel. Il en existe également un en Wallonie, assez connu, à Manage. D'après mes informations, de nouveaux projets seraient soutenus par le fédéral, mais ils ne viseraient que de nouvelles implantations dans les autres Régions, et aucune à Bruxelles.

Une des caractéristiques de ces centres est qu'ils s'appuient tous sur le principe défendu par la grande majorité des psychiatres spécialisés dans le handicap mental, à savoir que les personnes handicapées mentales n'ont pas pour vocation de vivre à l'hôpital et qu'on peut les remettre dans la majorité des cas dans un circuit plus normal, comme un centre d'hébergement ou un centre de jour. La prise en charge thérapeutique spécifique consiste donc à mettre en place une série d'ateliers, adaptés à la personne handicapée mentale, qui vont lui permettre de construire ou reconstruire ses savoirs et de reprendre pied. Il semble que le temps d'hospitalisation, en général, ne dépasse pas six mois ; dans la plupart des cas, il serait limité à trois mois. Grâce à une bonne coopération entre le secteur hospitalier et le secteur du handicap mental, les malades, une fois guéris, repartent vivre dans leur maison et reprennent leur travail ou leur activité de jour.

Le bénéfice est énorme sur le plan affectif : la personne handicapée mentale et sa famille retrouvent une forme d'équilibre. Et le séjour dans la maison qui accueille la personne handicapée mentale coûte beaucoup moins cher que toute forme d'hospitalisation ; il existe une étude menée sur le sujet par le docteur Baetens, experte en cette matière.

Je crois pouvoir affirmer que le Collège précédent avait déjà pris conscience de ce problème. Il avait été question d'une possibilité de création d'un centre de double diagnostic en partenariat avec la Clinique Saint Jean dans le cadre de la réaffectation du site de Saint Etienne. La déclaration de politique générale fait également référence à la nécessité de mieux prendre en considération cette réalité.

Le Collège est-il en mesure de préciser à la fois l'ampleur de la demande à Bruxelles et les caractéristiques précises de cette demande d'hospitalisation pour troubles de santé mentale

naar een psychiatrische ziekenhuis voor mentaal gehandicapten?

Hoe zit het met de plannen om zo'n gespecialiseerd ziekenhuis onder te brengen in het Saint-Etienne-ziekenhuis? Hoe vorderen de onderhandelingen?

Is er een nieuwe nomenclatuur van het RIZIV nodig voor een dergelijk ziekenhuis? Welke procedures bestaan of moeten in werking treden?

Is er in Brussel voldoende bekwaam personeel voor zo'n centrum?

par les personnes adultes atteintes d'un handicap mental ?

Qu'en est-il précisément du projet relatif à l'installation d'un centre de double diagnostic sur le site de Saint Etienne ? Où en sont les négociations ? Quel en est l'agenda ?

L'ouverture d'un tel centre impose-t-il une nomenclature spécifique INAMI ? Si tel est le cas, quelles sont les procédures activées ou, le cas échéant, à activer ?

Existe-t-il à Bruxelles le personnel compétent pour faire fonctionner un tel centre ? Sinon quelles sont les démarches à effectuer pour faire face à cette obligation ?

Discussion

M. le président.- La parole est à Mme De Pauw.

Mme Brigitte De Pauw *(en néerlandais).*- *Le handicap mental peut effectivement avoir des conséquences dramatiques pour les personnes qui en souffrent et pour leur entourage. La Communauté flamande et la Communauté française ont réalisé des avancées importantes dans ce domaine. Il serait souhaitable que la Région bruxelloise puisse également se prévaloir d'une structure de soins modèle en la matière.*

Il s'agit par ailleurs d'éliminer le cliché selon lequel le traitement nécessite le séjour en centre de soins. Entre l'accueil en institutions - maison de repos ou hôpital - et les soins à domicile, existe une panoplie de possibilités. De nouvelles approches thérapeutiques sont actuellement développées et des formules de soins spécialisés fleurissent. Il importe de les utiliser. Le maintien le plus tard possible du patient à son domicile est positif et moins onéreux, pour autant que celui-ci reçoive tous les soins requis. Cette formule permet également de préserver la qualité de vie du patient.

Bespreking

De voorzitter.- Mevrouw De Pauw heeft het woord.

Mevrouw Brigitte De Pauw.- Ik sluit me aan bij de interpellatie van de heer du Bus de Warnaffe. Ik denk dat hij zeer terecht een interpellatie tot u richt, want het onderwerp is een belangrijke zorg in Brussel. Heel wat mensen hebben een mentale handicap die niet altijd meteen opvalt, maar vaak ernstige gevolgen heeft voor die mensen en hun omgeving.

Zowel de Vlaamse Gemeenschap als de Franse Gemeenschap hebben al mooie zaken gerealiseerd op dit gebied. Het zou een goede zaak zijn als we in Brussel ook een zorgmodel hadden.

We moeten afstappen van een bepaald clichébeeld van zorgverlening. Het is niet zo dat je iedereen in een zorgcentrum moet opvangen. Voor mensen die zorg nodig hebben, mag de keuze niet beperkt zijn tot thuisblijven of in een opvangcentrum zitten, zoals een rusthuis of een ziekenhuis. In de zorgsector zijn er tegenwoordig heel wat nieuwe methodes ontwikkeld. Er bestaan nu gespecialiseerde vormen van zorgverstrekking. Het moet de bedoeling zijn om die te gebruiken. Het kost immers veel minder geld als mensen zo lang

M. le président.- La parole est à M. Cerexhe.

M. Benoît Cerexhe, membre du Collège réuni.- M. du Bus de Warnaffe, comme vous le signalez, handicap mental et troubles comportementaux nécessitent une prise en charge adaptée. Excepté pour quelques initiatives isolées, les personnes souffrant d'un handicap mental associé à des troubles comportementaux et/ou psychiatriques font très souvent l'objet, encore aujourd'hui, de prises en charge inadaptées. En outre, poser un diagnostic psychiatrique chez une personne présentant un handicap mental est difficile, vu ses capacités d'expression limitées.

Par conséquent, lorsque ces patients arrivent en psychiatrie, ils se voient souvent mis en observation dans le cadre de la loi sur la protection des personnes malades mentales. De plus, ils peuvent y faire l'objet de surmédication. Finalement, ces personnes se retrouvent victimes de l'absence de collaboration entre les secteurs de la santé mentale et des personnes handicapées, absence que l'on pourrait en partie expliquer par les pouvoirs de tutelle distincts dont ils dépendent.

En 2008, le redéploiement de l'offre de la clinique Saint Etienne a donné l'occasion de lancer une réflexion au sein de la Région. Un groupe de travail associant les différents secteurs concernés, dont les différents cabinets ministériels bruxellois en charge de ces matières - à savoir de la Santé et des Personnes handicapées, soit des compétences de la CCC et de la COCOF - a été mis sur pied. La plateforme de concertation en santé mentale a également été associée. Ce projet a été introduit comme projet pilote auprès du gouvernement fédéral en juin 2008.

Il a été décidé de créer une articulation entre les secteurs de la santé mentale et du handicap. Dans le modèle auquel ont abouti les réflexions, les patients doivent pouvoir circuler au sein de réseaux regroupant à la fois institutions ambulatoires en santé mentale, psychiatriques,

mogelijk in hun vertrouwde omgeving kunnen blijven. Ze moeten dan natuurlijk wel de nodige zorg krijgen. Ook voor de levenskwaliteit van de patiënten is het veel beter als ze zo lang mogelijk thuis kunnen blijven.

De voorzitter.- De heer Cerexhe heeft het woord.

De heer Benoît Cerexhe, lid van het Verenigd College (in het Frans).- *Mentaal gehandicapten met gedragsstoornissen krijgen nog te vaak een onaangepaste behandeling. Het stellen van een psychiatrische diagnose is moeilijk omdat een mentaal gehandicapte zich maar beperkt kan uitdrukken.*

Zodra een mentaal gehandicapte in een psychiatrische dienst aankomt, wordt hij ter observatie opgenomen, conform de wet inzake de bescherming van de geesteszieke. Vaak krijgt hij er te veel medicatie toegediend. Eigenlijk zijn deze personen het slachtoffer van een gebrek aan samenwerking tussen de sector van de geestelijke gezondheidszorg en die van de gehandicaptenzorg, die elk van een andere toezichhoudende overheid afhangen.

Door de herstructurering van het aanbod van de Clinique Saint-Etienne kwam er in het gewest een debat op gang. Er kwam een werkgroep tot stand met onder meer vertegenwoordigers van de kabinetten volksgezondheid (GGC) en gehandicaptenzorg (COCOF). Ook het overlegplatform geestelijke gezondheidszorg werd bij de werkgroep betrokken. In juni 2008 werd de werkgroep als proefproject bij de federale regering ingediend.

De werkgroep besliste om de sectoren geestelijke gezondheidszorg en gehandicaptenzorg op elkaar af te stemmen. In het vooropgestelde model kunnen patiënten vrij bewegen binnen een netwerk van ambulante instellingen (geestelijke gezondheidszorg, psychiatrie, ziekenhuisdiensten,...) en de gespecialiseerde instellingen van de gehandicaptenzorg.

De diensten uit de geestelijke gezondheidszorg zullen aan preventie en oriëntering doen. Gespecialiseerde mobiele teams zullen zich naar de diensten verplaatsen. Zo zullen ze hun expertise verlenen bij de opname van een mentaal

hospitalières et structures spécialisées du secteur des personnes handicapées.

Quant aux services de santé mentale, ils assureront des missions de prévention, de consultation et d'orientation. Enfin, des équipes mobiles spécialisées pourront se déplacer vers ces différentes structures.

De cette manière, des professionnels du handicap pourraient apporter leur expertise lors de l'admission en hôpital et, inversement, lors de l'admission dans une structure pour personnes handicapées. Ces circuits de soins devraient également permettre les solutions les mieux adaptées, celles-ci se trouvant parfois du côté de l'ambulatoire ou de la famille, et pas nécessairement dans les structures résidentielles.

En 2009, comme vous l'avez rappelé, deux projets ont été lancés en Région flamande et deux autres en Région wallonne. À Bruxelles, un circuit de soins réservé aux patients présentant un double diagnostic est en préparation. Sur proposition des ministres de la Santé, la Clinique Saint Jean a été chargée d'une étude de faisabilité. La plateforme de concertation en santé mentale participe pleinement aux travaux, avec notamment comme mission de créer les réseaux des acteurs santé et personnes handicapées.

À Bruxelles, la donne est un peu plus complexe que dans les deux autres parties du pays. S'agissant d'une Région bilingue, il est nécessaire de prendre en compte la langue du patient. Autre spécificité : l'implication des médecins généralistes. Au niveau néerlandophone, un réseau, également en lien avec la plateforme du Brabant flamand, est déjà sur pied. Reste encore à créer un réseau francophone.

Vous nous demandez si une nomenclature INAMI spécifique est nécessaire. En fait, le financement se fera à terme via le financement des hôpitaux. Le conseil national des établissements hospitaliers a déjà émis un avis, où il propose un encadrement en personnel correspondant à celui des services de pédopsychiatrie. Il y aura donc, à terme, un financement structurel inscrit dans un cadre réglementaire.

Quant à votre question sur les délais et les concertations avec le fédéral, nos collaborateurs

gehandicapte in een ziekenhuis of in een instelling voor gehandicapten. Dergelijke zorgnetwerken moeten leiden tot de best mogelijke oplossing op maat van elke persoon. Er zal vaker voor ambulante zorg en dus niet altijd voor opname in een instelling worden gekozen.

In 2009 hebben het Vlaams en het Waals Gewest elk twee projecten gestart. In Brussel is een zorgcircuit voor patiënten met een dubbele diagnose in voorbereiding. De Sint-Janskliniek is belast met de haalbaarheidsstudie en het Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg met het uitwerken van de netwerken.

In Brussel is de situatie iets ingewikkelder dan in de rest van het land. Omdat Brussel tweetalig is, moet er immers rekening worden gehouden met de taal van de patiënt. Een ander specifiek kenmerk is de betrokkenheid van de huisartsen. Langs Nederlandstalige kant is er al een netwerk opgericht, dat in contact staat met het platform van Vlaams-Brabant. Langs Franstalige kant moet dit netwerk nog worden ontwikkeld.

De financiering zal op termijn via de financiering van de ziekenhuizen gebeuren. De Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen heeft immers eenzelfde personeelsomkadering voorgesteld als in de kinderpsychiatrie. Er zal dus op termijn een structurele financiering komen binnen een reglementair kader.

De medewerkers van onze kabinetten hebben regelmatig contact met de federale overheid. De werkgroep geestelijke gezondheid van de interministeriële conferentie Gezondheid, die tweemaal per maand samenkomt, houdt zich bezig met het probleem van de dubbele diagnose.

Op 2 februari hebben wij met het kabinet van minister Onkelinx de uitvoeringsmodaliteiten van het Brussels proefproject besproken, zoals de noodzaak om de Nederlandstalige en Franstalige sectoren voor ouderenzorg in netwerk te brengen. Er zal ook een "outreaching"-ploeg worden opgericht.

Aangezien er meerdere zorgtalen zijn en de terminologie niet altijd dezelfde betekenis heeft in de gezondheidssector als in de gehandicaptensector, is het belangrijk om over een gestandaardise-

- c'est-à-dire ceux de M. Vanraes et les miens - ont des contacts réguliers avec le niveau fédéral. Le double diagnostic est à l'ordre du jour du groupe de travail santé mentale de la conférence interministérielle santé, qui se réunit en moyenne deux fois par mois.

Une réunion spécifique avec le cabinet de la ministre Onkelinx a eu lieu le 2 février dernier. Il y a été discuté des modalités spécifiques pour mettre sur pied en 2010 le projet pilote bruxellois, comme par exemple la spécificité de mettre en réseau les secteurs francophone et néerlandophone de l'aide aux personnes âgées. De même, il a été confirmé que le projet bruxellois s'inscrit bien dans la philosophie des quatre projets existants. La création d'une équipe "outreaching" a également été confirmée.

En ce qui concerne le personnel, le groupe de travail bruxellois s'est déjà penché sur ce point. Ainsi, lors de l'admission, étant donné qu'il y a plusieurs personnes qui orientent le patient, on se trouve en présence de plusieurs 'langues de soins' c'est-à-dire plusieurs terminologies qui n'ont pas toujours le même sens dans un secteur, par exemple celui de la santé, par rapport à l'autre, celui des personnes handicapées. Afin d'avoir un diagnostic le plus précis possible, il est indispensable de développer une procédure d'admission standardisée.

En ce qui concerne le diagnostic et les critères d'admission, le groupe cible est décrit de la façon suivante : "personnes ayant un handicap mental souffrant d'une maladie psychiatrique qui peut se traduire dans des troubles du comportement". Cette définition a pour but d'exclure le moins possible de patients potentiels, mais aussi de délimiter le champ d'intervention pour ne pas y inclure des patients qui nécessitent des approches différentes.

Enfin, toujours en matière d'accompagnement formel, le futur service hospitalier devra pouvoir disposer soit de personnes ayant une expérience concernant l'admission des patients avec un double diagnostic, soit de personnes particulièrement bien encadrées en termes de formation et de supervision. De plus, une réflexion est menée sur l'instauration d'échelles d'évaluation en tant qu'aide pour l'élaboration d'un diagnostic et pour mesurer

seerde inschrijvingsprocedure te beschikken ten einde een zo nauwkeurig mogelijke diagnose te kunnen stellen.

De doelgroep zijn mentaal gehandicapte personen met een psychiatrische aandoening die tot gedragsproblemen kan leiden. Die definitie heeft tot doel om zo weinig mogelijke potentiële klanten uit te sluiten, maar tegelijk ook om het actieterrein duidelijk af te bakenen.

Het personeel van de toekomstige ziekenhuisdienst moet ofwel bestaan uit personen die ervaring hebben met patiënten met een dubbele diagnose ofwel uit personen die bijzonder goed worden opgeleid en begeleid. Er moeten evaluatieschalen worden uitgewerkt die als hulpmiddel kunnen worden gebruikt om de diagnose te stellen en de levenskwaliteit te meten.

Dit is een prioritair project dat bijzonder professioneel wordt aangepakt.

(verder in het Nederlands)

Mevrouw De Pauw, de eigenheid van Brussel is dat er een netwerk gebouwd wordt tussen Franstalige en Nederlandstalige verenigingen en instanties uit de gehandicaptensector rond een bicommunautair ziekenhuis. Dat neemt tijd in beslag, maar de zaken evolueren in de goede richting, mede dankzij de goede hulp van het Overlegplatform voor Geestelijke Gezondheid, waarin alle Brusselaars vertegenwoordigd zijn. De heer Vanraes en ik zijn er ons goed van bewust dat deze problematiek zeer belangrijk is en we doen er alles aan om in 2010 een Brussels proefproject op touw te zetten.

la qualité de vie.

En conclusion, vous pouvez donc constater que le travail avance sans désemparer, et surtout de façon particulièrement professionnelle. Ce projet reste prioritaire et nous y accordons toute l'attention requise.

(poursuivant en néerlandais)

Mme De Pauw, la spécificité de Bruxelles tient au travail en réseau des associations et instances francophones et néerlandophones du secteur du handicap. Les choses évoluent favorablement, notamment grâce à la Plate-forme de Concertation pour la Santé Mentale en Région de Bruxelles-Capitale, au sein de laquelle tous les Bruxellois sont représentés. M. Vanraes et moi-même sommes conscients de l'importance de cette problématique et mettons tout en oeuvre pour lancer un projet-pilote bruxellois en 2010.

M. le président.- La parole est à M. du Bus de Warnaffe.

M. André du Bus de Warnaffe.- Au départ de cette interpellation, j'avais l'intention de demander à ce que l'on procède à des auditions. J'ai eu l'occasion de rencontrer différents spécialistes de cette matière en Flandre. Ils travaillent également à Bruxelles, et ils m'ont fait part de leur désarroi quant à la situation bruxelloise.

À présent, je me demande s'il est encore pertinent de procéder à des auditions, dès lors que vous évoquez un projet pilote qui devrait sans doute se décliner dans le courant de cette année.

M. Benoît Cerexhe, membre du Collège réuni.- C'est effectivement prévu pour 2010.

M. André du Bus de Warnaffe.- Si cet l'objectif est fixé pour cette année, il serait sans doute opportun d'attendre pour voir comment ce projet pilote se met sur les rails. Le cas échéant, nous pourrions bénéficier d'un avis portant sur deux aspects : d'une part, l'articulation entre l'ensemble des services de santé mentale telle qu'évoquée par vous il y a un instant, puisqu'une collaboration est envisagée, et, d'autre part, la manière dont

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

De heer André du Bus de Warnaffe (in het Frans).- *Ik heb Vlaamse specialisten ontmoet, die eveneens in het Brussels Gewest werkzaam zijn. Ze klagen over de onduidelijkheid van de Brusselse situatie. Oorspronkelijk dacht ik dat het nuttig zou zijn deze specialisten naar de commissie uit te nodigen. Maar nu ik weet dat er in 2010 een proefproject van start zal gaan, is een hoorzitting wellicht niet langer pertinent.*

De heer Benoît Cerexhe, lid van het Verenigd College (in het Frans).- *In 2010 komt er inderdaad een proefproject.*

De heer André du Bus de Warnaffe (in het Frans).- *Op basis van de evolutie van het proefproject kunnen we het advies van specialisten inwinnen over de samenwerking tussen alle diensten inzake gezondheidszorg enerzijds en de coördinatie tussen dagcentra en opvangcentra anderzijds.*

Het zou goed zijn het proefproject op termijn aan

l'articulation va s'opérer avec les centres de jour et les centres d'hébergement.

Ces éléments constituent deux critères d'évaluation à garder à l'esprit et sans doute pourrions-nous réaborder cette question une fois le projet pilote mis en route. À cet égard, vous n'avez pas été très précis quant à l'agenda.

Avez-vous des éléments complémentaires à nous communiquer à ce sujet ?

M. Benoît Cerexhe, membre du Collège réuni.- Je ne les ai pas avec moi mais je puis vous confirmer que c'est prévu pour cette année.

- *L'incident est clos.*

(M. Herman Mennekens, vice-président, prend place au fauteuil présidentiel)

INTERPELLATION DE M. VINCENT DE WOLF

À M. JEAN-LUC VANRAES, MEMBRE DU COLLÈGE RÉUNI, COMPÉTENT POUR LA POLITIQUE DE LA SANTÉ, LES FINANCES, LE BUDGET ET LES RELATIONS EXTÉRIEURES,

ET À M. BENOÎT CEREXHE, MEMBRE DU COLLÈGE RÉUNI, COMPÉTENT POUR LA POLITIQUE DE LA SANTÉ ET LA FONCTION PUBLIQUE,

concernant "le projet 'Parking +' visant à faciliter le stationnement des prestataires de soins".

M. le président.- En l'absence de l'auteur, excusé, l'interpellation est considérée comme retirée.

die twee evaluatiecriteria te toetsen. Wanneer komt het proefproject er juist?

De heer Benoît Cerexhe, lid van het Verenigd College (in het Frans).- *Ik heb de juiste planning niet bij de hand maar kan u wel bevestigen dat het proefproject nog dit jaar van start gaat.*

- *Het incident is gesloten.*

(De heer Herman Mennekens, ondervoorzitter, treedt als voorzitter op)

INTERPELLATIE VAN DE HEER VINCENT DE WOLF

TOT DE HEER JEAN-LUC VANRAES, LID VAN HET VERENIGD COLLEGE, BEVOEGD VOOR HET GEZONDHEIDSBELEID, FINANCIËN, BEGROTING EN EXTERNE BETREKKINGEN,

EN TOT DE HEER BENOÎT CEREXHE, LID VAN HET VERENIGD COLLEGE, BEVOEGD VOOR HET GEZONDHEIDSBELEID EN HET OPENBAAR AMBT,

betreffende "het project Parking+ om het parkeren voor de zorgverstrekkers te vergemakkelijken".

De voorzitter.- Bij afwezigheid van de indiener, die verontschuldigd is, wordt de interpellatie geacht te zijn ingetrokken.

INTERPELLATION DE M. PIERRE MIGISHA

À M. JEAN-LUC VANRAES, MEMBRE DU COLLÈGE RÉUNI, COMPÉTENT POUR LA POLITIQUE DE LA SANTÉ, LES FINANCES, LE BUDGET ET LES RELATIONS EXTÉRIEURES,

ET À M. BENOÎT CEREXHE, MEMBRE DU COLLÈGE RÉUNI, COMPÉTENT POUR LA POLITIQUE DE LA SANTÉ ET LA FONCTION PUBLIQUE,

concernant "l'égalité au niveau de l'accès aux soins de santé en Région bruxelloise".

M. le président.- Le membre du Collège Benoît Cerexhe répondra à l'interpellation.

La parole est à M. Migisha.

M. Pierre Migisha.- Il est indéniable que nous bénéficions en Belgique d'un système de santé performant en termes d'accessibilité financière et de qualité des soins. Et pourtant certaines inégalités dans ce domaine semblent persister. De nombreuses études mettent en évidence une corrélation très nette entre le niveau socio-économique et les indicateurs de santé, tant au niveau de l'espérance de vie, de l'espérance de vie en bonne santé, du risque de souffrir d'une maladie mentale ou d'une invalidité permanente.

Ainsi, selon un rapport d'ATD Quart Monde qui reprend des données de l'enquête de santé en Belgique, une personne ne bénéficiant d'aucun diplôme vivrait en moyenne en bonne santé quinze ans de moins qu'une personne bénéficiant d'un diplôme de l'enseignement supérieur.

Du point de vue des statistiques bruxelloises, l'Observatoire de la santé et du social met en évidence dans son dernier tableau de bord une corrélation nette entre l'espérance de vie à Bruxelles et le niveau socio-économique. On meurt en moyenne trois ans plus tôt dans les communes considérées comme pauvres, comme Molenbeek, Saint-Josse, Saint-Gilles, que dans les

INTERPELLATIE VAN DE HEER PIERRE MIGISHA

TOT DE HEER JEAN-LUC VANRAES, LID VAN HET VERENIGD COLLEGE, BEVOEGD VOOR HET GEZONDHEIDSBELEID, FINANCIËN, BEGROTING EN EXTERNE BETREKKINGEN,

EN TOT DE HEER BENOÎT CEREXHE, LID VAN HET VERENIGD COLLEGE, BEVOEGD VOOR HET GEZONDHEIDSBELEID EN HET OPENBAAR AMBT,

betreffende "de gelijke toegang tot de gezondheidszorg in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest".

De voorzitter.- Collegelid Benoît Cerexhe zal de interpellatie beantwoorden.

De heer Migisha heeft het woord.

De heer Pierre Migisha (in het Frans).- *Ondanks de goede financiële toegankelijkheid en zorgkwaliteit van het Belgisch gezondheidssysteem blijven er nog ongelijkheden bestaan. Zo tonen heel wat studies aan dat er een duidelijk verband bestaat tussen het sociaal-economische niveau en de gezondheidsindicatoren, zowel wat de levensverwachting als het risico op een geestesziekte of een permanente invaliditeit betreft.*

Volgens de vzw ATD Vierde Wereld blijkt uit de nationale gezondheidsenquête dat een persoon zonder diploma gemiddeld vijftien jaar minder in goede gezondheid leeft dan een persoon met een diploma van hoger onderwijs.

Ook uit de gezondheidsindicatoren van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn blijkt dat er in Brussel een verband is tussen de levensverwachting en de sociaaleconomisch context. Brusselaars uit de arme gemeenten, zoals Molenbeek, Sint-Joost en Sint-Gillis, leven gemiddeld drie jaar minder lang dan Brusselaars uit de rijke gemeenten Ukkel, Watermaal-Bosvoorde en de twee Woluwes.

Dat is een opmerkelijk verschil, aangezien sinds de

communes dites riches comme Uccle, Watermael-Boitsfort ou encore les deux Woluwe.

Cette différence est significative lorsque l'on sait que, depuis l'après-guerre, l'espérance de vie augmente de façon continue à raison d'un trimestre par an. En d'autres termes, il faudra douze ans pour que les plus défavorisés rattrapent l'espérance de vie actuelle des plus favorisés.

Les mutualités chrétiennes ont également fourni des statistiques pour Bruxelles datant de 2006. Une étude indique que les affiliés bruxellois appartenant aux catégories socio-économiques les plus faibles courent un risque de mourir dans l'année qui est de 78% supérieur aux affiliés de la catégorie la plus élevée. Le risque d'être admis à l'hôpital pour des soins aigus est de 32% plus élevé.

D'autres données sur la mortalité infantile mettent en lumière de façon criante les inégalités à Bruxelles. Comme l'indique le Baromètre du social 2009, le risque de mortalité infantile est pratiquement trois fois plus élevé pour les familles qui ne bénéficient d'aucun revenu par rapport aux familles qui bénéficient de deux revenus.

Comment comprendre le maintien de ces inégalités malgré tous les efforts qui ont été consentis par les pouvoirs publics pour assurer une plus grande accessibilité aux soins de santé ? Il semblerait que les bonnes intentions en la matière ne suffisent pas, mais qu'il faille agir de façon coordonnée et cohérente sur tous les leviers de la santé.

Il est bien entendu encore possible d'agir sur l'accessibilité financière des soins de santé. Celle-ci reste un frein, malgré tout ce qui a été mis en place. De nombreuses personnes passent encore entre les mailles de l'assurance obligatoire ou décident de reporter des soins car ils n'ont pas les moyens d'avancer les honoraires du médecin. Cela explique en partie la surconsommation des consultations en urgence par le public défavorisé. On y est soigné sans devoir payer dans l'immédiat, ce qui est plus facile pour certaines personnes.

De nombreux soins et médicaments ne sont pas toujours couverts par l'assurance obligatoire. Par exemple, toujours selon les données des mutualités chrétiennes, les ménages affiliés qui vivent des

Tweede Wereldoorlog de levensverwachting continu gestegen is met een trimester per jaar. De meest kwetsbare personen hebben dus twaalf jaar nodig om de levensverwachting van de minst kwetsbare personen in te halen.

Uit een studie van de Christelijke Mutualiteiten van 2006 blijkt dat de Brusselse leden die tot de zwakste sociaal-economische categorieën behoren 78% meer risico lopen om binnen het jaar te sterven dan de leden uit de hoogste categorieën en 32% meer kans om in een ziekenhuis te worden opgenomen met een acuut gezondheidsprobleem.

Uit de sociale barometer 2009 blijkt dat ook het risico op kindersterfte driemaal hoger is bij gezinnen zonder inkomen dan bij gezinnen met twee inkomens.

Hoe komt het dat er zoveel ongelijkheden blijven bestaan ondanks alle inspanningen van de overheid om de gezondheidszorg zo toegankelijk mogelijk te maken? Er is nood aan een gecoördineerde en coherente actie voor alle gezondheidshefbomen.

Nog te veel personen hebben geen verplichte ziekteverzekering of stellen een doktersbezoek om financiële redenen uit. Dat verklaart meteen waarom zoveel kansarmen naar de spoeddiensten gaan. Daar moeten zij immers niet onmiddellijk betalen.

Er zijn ook nog altijd heel wat zorgverstrekkingen en geneesmiddelen die niet door de verplichte verzekering wordt gedekt. Volgens de Christelijke Mutualiteiten geven personen met chronische gezondheidsproblemen gemiddeld 200 euro per maand uit. Dat is gemiddeld 12% van hun inkomen.

In dit verband zouden wij verschillende acties kunnen ondernemen, zoals de automatische toepassing van het Omnio-statuuut, de uitbreiding van het derdebetalersysteem, de uniformisering van de criteria voor het verkrijgen van een medische kaart bij de OCMW's, enzovoort. Die acties vallen echter onder de federale bevoegdheid en moeten op dat niveau worden besproken.

Alleen de toegankelijkheid verhogen is onvoldoende om de ongelijkheid te bestrijden. Dergelijke

problèmes de santé chroniques déboursent environ 200 euros par mois, ce qui représente en moyenne 12% de leur revenu disponible.

À ce niveau, on pourrait envisager diverses actions comme l'automatisme du statut Omnio, l'élargissement du système du tiers-payant ou encore l'uniformisation des critères pour l'obtention de la carte médicale dans les CPAS. Je suis bien conscient que ces actions relèvent de la compétence fédérale et que c'est à ce niveau que cela devrait être débattu.

Mais, pour en revenir aux leviers, il semblerait que le levier de l'accessibilité ne soit pas suffisant pour lutter contre les inégalités. En effet, le risque couru serait tout simplement que ces mesures bénéficient avant tout aux couches les plus favorisées de la population, ce qui creuserait davantage l'écart avec les plus faibles.

Il existe aussi des freins culturels et sociaux qui empêchent que les retombées de telles mesures bénéficient aux plus faibles sur un plan socio-économique. Par exemple, des campagnes d'information par écrit utilisant un jargon trop technique ne toucheraient pas ces populations. De plus, la complexité des démarches administratives pour obtenir certaines aides supplémentaires constitue également un frein.

C'est pourquoi il importe, à mon sens, de soutenir les actions de discrimination positive ciblant les plus défavorisés. Il peut s'agir de campagnes d'information ciblées pour informer le public le plus fragile, de possibilités en matière d'intervention dans les soins de santé, d'actions de sensibilisation et de prévention qui visent à modifier les comportements en travaillant essentiellement sur les connaissances, les valeurs et les perceptions.

Aujourd'hui, il est reconnu que la santé dépend en grande partie du comportement des individus et de leur style de vie. Accorder une grande importance à la prévention est primordial, car les soins de santé arrivent toujours trop tard, et les situations problématiques deviennent rapidement catastrophiques lorsqu'on vit dans la précarité.

Le levier de la prévention, en général, est très difficile à activer, particulièrement pour un certain

maatregelen komen alleen de bovenlaag van de samenleving ten goede en vergroten de kloof met de kansarmen.

In dit verband spelen ook culturele en maatschappelijke elementen een rol. Zo worden deze bevolkingsgroepen niet bereikt via schriftelijke informatiecampaagnes in een technisch jargon. Ook de ingewikkelde administratieve procedures om bijkomende voordelen te verkrijgen, vormen een rem.

Kansarmen moeten positief worden gediscrimineerd via gerichte informatiecampaagnes, hulp in de gezondheidszorg, en acties voor bewustmaking en preventie die op gedragsverandering zijn gericht en een beroep doen op hun kennis, waarden en perceptie.

Gezondheid hangt samen met individuele gedragingen en levenswijze. Preventie is uiterst belangrijk omdat verzorging altijd te laat komt en omdat probleemsituaties bij kansarmen snel uit de hand lopen.

Voor een bepaalde doelgroep is preventie geen gemakkelijke opdracht. Dat ziekte moet worden voorkomen, is niet voor iedereen gemakkelijk te begrijpen. Het tijdsperspectief van mensen zonder toekomstbeeld is immers beperkt.

Toch kunnen dergelijke initiatieven tot positieve resultaten leiden, wanneer de projecten worden opgesteld in samenwerking met de doelgroep en aan een specifieke vraag beantwoorden.

De informatie moet eenvoudig en verstaanbaar worden verwoord. Er moeten thema's aan bod komen zoals voeding en het belang van een huisarts.

Preventie is echter niet het enige middel. Het is ook belangrijk om de kansarmen niet te stigmatiseren en ze niet de indruk te geven dat, als ze ziek zijn, dat een gevolg is van hun eigen gedrag.

De omgeving en de maatschappelijke factoren vormen een derde schakel. Die behoort tot de collectieve verantwoordelijkheid. De levenswijze wordt bepaald door een maatschappelijke context. Wie kansarm is heeft een grotere kans om te drinken, te roken en ongezonde voeding te

type de public. Faire de la prévention, c'est essayer de soigner une maladie avant même qu'elle ne soit là ; ce concept n'est pas toujours facile à appréhender. Il est difficile à adopter : les personnes qui vivent au jour le jour avec des moyens très réduits n'ont comme perspective qu'un temps limité.

Toutefois, ce type d'interventions peut vraiment donner des résultats positifs, pour autant que les projets soient construits en collaboration avec ce public-cible et correspondent à une véritable demande de sa part.

La manière de communiquer l'information doit également être adaptée, en utilisant des termes assez simples et compréhensibles. En ce qui concerne les thèmes d'action, il y a certainement beaucoup de choses à faire dans le domaine de l'alimentation, mais aussi dans la sensibilisation à l'importance du suivi par un médecin généraliste ; on constate en effet que de trop nombreuses personnes n'en ont pas.

On le sait, la prévention est importante. Mais ce levier de la prévention, qui vise à une modification des comportements, ne peut pas être le seul levier à activer. Il importe, pour ne pas stigmatiser les populations les plus fragiles, de ne pas leur faire porter l'entière responsabilité de leur comportement, en présumant que, s'ils sont malades, c'est qu'ils ne sont pas assez éduqués et agissent en quelque sorte de façon irresponsable.

Une telle attitude reviendrait à nier le troisième levier, celui de l'environnement et des facteurs sociaux, qui relèvent de la responsabilité collective. Le mode de vie est conditionné par un contexte social : lorsque l'on vit dans la précarité, on abuse souvent de boisson, on fume pour adoucir la dureté du quotidien, pour lutter peut-être aussi contre un certain stress. On se rabat aussi sur des aliments de mauvaise qualité, simplement parce qu'ils sont moins chers.

Faire du sport, une visite médicale préventive ou un dépistage du cancer du sein sont des comportements qui impliquent inévitablement une certaine capacité d'anticipation. Et l'anticipation, c'est un luxe pour ceux qui vivent dans la précarité.

gebruiken.

Het is duidelijk dat men over een zeker anticiperend vermogen moet beschikken om aan sport te doen, preventief een huisarts te raadplegen, of deel te nemen aan een borstkanker-screening. Anticiperen is voor kansarmen een luxe.

Een beleid dat uitsluitend gericht is op gedragsverandering en dat de dieper liggende oorzaken daarvan niet aanpakt, is gedoemd om te mislukken.

Aandacht voor milieu en armoedebestrijding heeft een positieve impact op de volksgezondheid. Vergeten we niet dat, historisch gezien, de aanleg van het rioolnetwerk de levensverwachting meer heeft doen stijgen dan de bouw van ziekenhuizen of de uitvinding van antibiotica. Vanuit een breed gezichtspunt is medische zorg maar één van de vele criteria die de volksgezondheid beïnvloeden.

De overheid moet de bestaande projecten beter benutten, in plaats van nieuwe projecten in het leven te roepen. De schaarse gewestmiddelen dienen te worden ingezet voor coördinatietaken, de uitbouw van netwerken, de analyse van problemen en het inschatten van de impact van beleidsmaatregelen.

Om dit geïntegreerde beleid vorm te geven, heeft het Verenigd College een conferentie sociale zaken en gezondheid in het leven geroepen en heeft ze overlegplatformen opgericht waaraan de vele verantwoordelijken uit de gezondheidszorg deel-nemen.

Welke transversale maatregelen zult u treffen om ongelijke toegang tot de gezondheidszorg tegen te gaan? Komt er een werkgroep? Hoe zullen de verantwoordelijken uit de sector en het doel-publiek bij het beleid worden betrokken?

Wat is uw standpunt over de aanbevelingen van de Koning Boudewijnstichting?

Het Verenigd College wil een continue monitoring over de ongelijkheid in gezondheidskwesties uitbouwen, via het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn en door de gezondheids- en de sociaal-demografische statistieken met elkaar te kruisen. De gezondheidsproblematiek dient niet alleen te

C'est pourquoi des politiques qui ne viseraient que la modification des comportements, sans lutter en amont contre leurs causes, seraient vouées à l'échec.

Il est, à mon sens, indispensable de travailler également sur l'environnement et de lutter contre la pauvreté et tous les facteurs pouvant influencer l'état de santé. Par exemple, on sait que la construction des égouts dans les villes a contribué bien davantage à augmenter l'espérance de vie que les hôpitaux ou les antibiotiques.

Ce levier est plus difficile à activer, mais il est pourtant primordial si l'on veut obtenir des effets tangibles. De ce point de vue, la question des soins de santé devient un élément secondaire parmi tant d'autres. Il importe vraiment d'identifier tous les éléments déterminants de la santé.

À mon sens, la priorité doit être donnée non pas à la création de nouveaux projets, mais à une meilleure utilisation de ce qui existe déjà. En effet, les moyens existant dans notre Région sont faibles. Cela demande que l'on investisse davantage dans la coordination et la mise en place de réseaux, mais aussi dans la connaissance des problèmes et l'évaluation de l'impact des politiques sur ces problèmes.

C'est dans ce sens qu'ira la politique du Collège réuni, qui a décidé d'accorder une grande importance à la mise en réseau et à la prise en considération de tous les déterminants de la santé, grâce à la mise en place de la Conférence social-santé et de plateformes de concertation entre les différents protagonistes de la santé, pour aller dans le sens de cette politique intégrée tant souhaitée.

Comment comptez-vous mettre en oeuvre cette démarche intégrée et transversale dans la lutte contre les inégalités en matière de santé ? Un groupe de travail sera-t-il créé ? Comment les travailleurs de terrain et le public cible seront-ils impliqués dans cette démarche de transversalité ?

D'autre part, vous avez pris connaissance des recommandations émises par la Fondation Roi Baudouin à cet égard. Quelles sont vos conclusions ?

Pour en revenir à la question des statistiques, le

worden gezien in het licht van sociaaleconomische gegevens, maar ook van nationaliteit en culturele afkomst.

Een studie van de UCL geeft aan dat er voor de migrantenpopulatie enerzijds een lager sterfecijfer geldt, maar anderzijds een hoger risico op ernstige chronische ziekten.

De gegevens van het Observatorium duiden op een hoger kindersterfecijfer bij vrouwen die een andere nationaliteit hebben dan de Belgische. Bij sommige nationaliteiten ligt dit cijfer zelfs dubbel zo hoog.

De federale overheid en de Franse Gemeenschap hebben maatregelen getroffen ten gunste van culturele bemiddeling in ziekenhuizen. Gebeurt dat ook in de Brusselse ziekenhuizen?

Ik hoop dat er in de commissie een interessant debat zal plaatsvinden over de nieuwe gezondheidsindicatoren van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, een document dat in maart zal verschijnen.

Collège réuni prévoit la mise en place d'un monitoring continu des inégalités de santé via l'Observatoire du social et de la santé et le croisement des statistiques sanitaires et socio-démographiques. On espère qu'une grande attention sera accordée aux différents indicateurs de santé en fonction du niveau socio-économique mais aussi de la nationalité, car la problématique des facteurs culturels se pose avec acuité à Bruxelles.

Une étude menée par l'UCL met en évidence, au niveau de notre pays, des inégalités vis-à-vis des populations immigrées, notamment turques et marocaines, qui malgré un taux de mortalité moins élevé - "l'effet migrant en bonne santé" - doivent faire face à un risque plus élevé que les autochtones de souffrir d'une maladie invalidante sur le long terme.

Les données de l'Observatoire indiquent également de très fortes inégalités en matière de mortalité infantile, en lien avec la nationalité. Le risque serait deux fois plus élevé pour les femmes turques, marocaines et d'Afrique subsaharienne.

Des initiatives ont été prises au fédéral et en Communauté française pour soutenir la médiation culturelle dans les hôpitaux. Qu'en est-il à Bruxelles ?

Nous suivons avec beaucoup d'attention les fruits de ces recherches. J'espère également que nous pourrions mener un débat intéressant en commission autour du prochain tableau de bord de l'Observatoire du social et de la santé, qui paraîtra en mars.

Discussion

M. le président.- La parole est à M. Morel.

M. Jacques Morel.- Ce problème des inégalités sociales et de leur impact sur la santé n'est pas une découverte. D'enquêtes en observations régulières, depuis une dizaine d'années, on peut observer avec constance un accroissement des inégalités sociales par rapport à la santé.

Bespreking

De voorzitter.- De heer Morel heeft het woord.

De heer Jacques Morel (in het Frans).- Sinds een tiental jaar neemt de sociale ongelijkheid inderdaad gestaag toe en hebben wij de gevolgen ervan op de gezondheid onderschat. Wij moeten een meer politieke en globale dimensie aan het gezondheidsbeleid geven.

Il semble que la confrontation aux inégalités sociales soit passive et que nous n'ayons pas pris la mesure de l'importance des effets de ce phénomène sur la santé de la population. Il faudrait donc donner une dimension plus politique et plus globale à cette politique de santé, laquelle est inscrite comme priorité depuis une dizaine d'années ici, à la Communauté française et au niveau fédéral. La manière dont cette priorité est traduite en termes stratégiques me semble par contre peu claire.

En termes d'accès aux soins, je pense qu'effectivement environ 95% de la population a une couverture d'assurance obligatoire, mutuelle, etc. Il reste que les 5% restants passent largement entre les mailles du filet et sont généralement lourdement pénalisés du fait de leur situation. Je me demande si les dispositifs actuels, qu'ils soient dans le champ de la santé ou dans celui du social, s'articulent suffisamment pour réduire de façon significative le nombre de personnes passant entre les mailles du filet. Ça, c'est en amont, du côté des victimes.

Enfin, ne faudrait-il pas prendre des mesures dans d'autres champs que ceux de la santé ou du social - où on travaille quelque peu à mettre des "rustines" sur les effets des difficultés sociales - et prendre des mesures de politique plus générale pour rencontrer ces problèmes d'inégalités sociales et leur impact sur la santé.

M. le président.- La parole est à M. Diallo.

M. Bea Diallo.- La déclaration du bicommunautaire aborde les questions de M. Migisha en axant sa politique dans le cadre de l'établissement d'une politique globale de santé pour lutter contre les inégalités d'accès aux soins. Les différents points de vue, les études et le contenu du programme gouvernemental se rejoignent. Tous les acteurs sont conscients de la réalité du problème et des solutions à y apporter.

Quelles sont les mesures concrètes réalisées dans le cadre du programme gouvernemental ? Qu'en est-il de la prise en considération des conclusions du rapport de la fédération des services sociaux bicommunautaires ?

Ongeveer 95% van de bevolking beschikt over een verplichte ziekteverzekering. De overige 5% valt echter door de mazen van het net en wordt hierdoor sterk gepenaliseerd. Ik denk niet dat de gezondheids- en welzijnsmaatregelen een voldoende antwoord kunnen bieden aan die slachtoffers. Wij moeten ook maatregelen nemen in andere domeinen om de sociale ongelijkheden op een globale manier aan te pakken.

De voorzitter.- De heer Diallo heeft het woord.

De heer Bea Diallo (in het Frans).- *Het regeerakkoord van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie bepaalt dat er een algemeen gezondheidsbeleid zal worden uitgewerkt om de ongelijkheden inzake de toegang tot de gezondheidszorg weg te werken.*

Welke concrete maatregelen hebt u in dat verband reeds genomen? Op welke manier zal er rekening worden gehouden met de conclusies van het verslag van Federatie van de Bicommunautaire Centra voor Maatschappelijk Werk?

M. le président.- La parole est à Mme Herscovici.

Mme Anne Herscovici.- L'état de santé des personnes est déterminé non par l'accès aux soins de santé, ou par les budgets consacrés à la santé, mais bien par les conditions générales de vie. Quant aux mesures générales à prendre en dehors du champ de la santé, M. Morel, les populations qui se distinguent par leur bon état de santé général sont celles dont le pays consacre davantage de moyens budgétaires à l'instruction publique plutôt qu'aux soins de santé.

Concernant l'accès aux soins de santé, les CPAS sont amenés à jouer un rôle important pour aider les personnes les moins nanties. Il importe de réfléchir avec la fédération des services sociaux et les maisons médicales sur l'hétérogénéité des pratiques des CPAS. Celle-ci est inhérente au fait que chaque CPAS dispose d'un budget propre, et que les décisions de son intervention sont prises sur la base d'un examen au cas par cas. L'image que l'on en a de l'extérieur donne néanmoins le sentiment de l'arbitraire.

L'aide ou l'intervention prodiguée varie d'un CPAS à l'autre. Les frais de lunettes ou de médicaments par exemple, sont remboursés selon des proportions aléatoires en fonction du CPAS auquel on s'est adressé. Il en va de même pour l'ouverture au droit à la carte médicale.

Il s'agit d'une question difficile, car les CPAS sont soucieux de préserver leur autonomie. Il ne faut pas négliger l'importance de l'impulsion politique qui leur est donnée. Les CPAS qui souhaitent élargir davantage l'accès aux soins de santé ne souhaitent pas non plus s'aligner sur les CPAS préconisant une approche plus stricte.

Néanmoins, il y a là une réelle difficulté, tant dans le chef des personnes qui demandent l'aide du CPAS que dans celui des soignants. En effet, si un médecin hospitalier à l'hôpital Molière prend en charge un patient qui déménage de 400 mètres et, ce faisant, change de commune, les types de documents à remplir et des soins couverts vont différer simplement parce que la personne aura déménagé de 400 mètres.

Même si cette problématique ne se situe pas au

De voorzitter.- Mevrouw Herscovici heeft het woord.

Mevrouw Anne Herscovici (in het Frans).- *De gezondheidssituatie wordt niet bepaald door de toegang tot de gezondheidszorg of door de overheidsmiddelen die voor gezondheid worden uitgetrokken, maar wel door de algemene levensomstandigheden. De landen met de beste algemene gezondheidscijfers zijn de landen waar meer middelen naar openbaar onderwijs dan naar gezondheidszorg gaan.*

Wat de toegang tot de gezondheidszorg betreft, spelen de OCMW's een belangrijke rol. Wij zouden met de federatie van centra voor maatschappelijk werk evenwel moeten nadenken over een harmonisering van de OCMW-praktijken. Momenteel beschikt elk OCMW over een eigen budget en neemt het beslissingen geval per geval. De steun verschilt daarom van OCMW tot OCMW, bijvoorbeeld wat de kosten van een bril of medicijnen of de toegang tot de medische kaart betreft.

Dat zal geen gemakkelijke oefening worden, want de OCMW's zijn aan hun autonomie gehecht. Sommige OCMW's willen de toegang tot de gezondheidszorg verder uitbreiden, terwijl andere voor een striktere aanpak pleiten.

Zowel voor de steuntrekkers als voor het ziekenhuispersoneel is de situatie problematisch. Als een steuntrekker die in een ziekenhuis wordt verzorgd, naar een andere gemeente verhuist, moeten er allerlei documenten opnieuw worden ingevuld, ook al blijft de patiënt bij dezelfde geneesheer in behandeling.

Ook al lijkt dit niet zo'n belangrijk probleem, toch draagt het bij tot de ongelijke toegang tot gezondheidszorg. In overleg met de OCMW's moet er naar een oplossing worden gezocht.

coeur des difficultés de santé, elle reste une question d'égalité en matière de soins qui mérite d'être réfléchiée avec la collaboration des CPAS.

M. le président.- La parole est à M. Cerexhe.

M. Benoît Cerexhe, membre du Collège réuni.- Comme vous l'avez signalé, M. Migisha, et comme l'a rappelé M. Jacques Morel, cette question figure depuis longtemps dans les différents accords de majorité. Une fois de plus, la lutte contre les inégalités de santé a été reprise dans l'accord de gouvernement en CCC.

En ce qui concerne les statistiques, dans le prochain tableau de bord de la santé en Région bruxelloise, qui sortira en mars 2010, un chapitre entier sera consacré à l'analyse des déterminants de santé, qu'ils soient liés aux styles de vie, au niveau socioéconomique ou à la nationalité, soit tous les éléments que vous avez mis en avant. Les inégalités y seront commentées en termes de mortalité, de morbidité, ainsi qu'en termes d'accès aux soins comme les vaccinations et les dépistages.

Nous aurons certainement l'occasion d'en débattre une fois que ce rapport sera publié. Cependant, en voici, en primeur, quelques extraits.

Les styles de vie des Bruxellois sont largement déterminés par leurs caractéristiques sociodémographiques. Pour plusieurs « comportements de santé », la grande diversité culturelle de la Région lui permet de se positionner relativement favorablement par rapport aux autres grandes villes. C'est le cas, par exemple, en ce qui concerne la prise de petit déjeuner, la consommation de fruits ou de poisson et la consommation d'alcool.

Chez les adolescents, des différences marquées entre les filières scolaires méritent une attention particulière, entre autres pour les adolescentes de l'enseignement technique.

Parce qu'on retrouve parmi la population bruxelloise toutes les couches sociales depuis les plus pauvres jusqu'au plus riches, les inégalités sociales de santé à l'intérieur de la Région sont très marquées. Ces inégalités se marquent dès la

De voorzitter.- De heer Cerexhe heeft het woord.

De heer Benoît Cerexhe, lid van het Verenigd College (in het Frans).- Dit aandachtspunt is in de verschillende regeerakkoorden opgenomen, en dus ook in het laatste regeerakkoord van de GGC.

In de nieuwe gezondheidsindicatoren, die in maart 2010 zullen verschijnen, zal een volledig hoofdstuk gewijd zijn aan de analyse van de elementen die de volksgezondheid bepalen. U hebt ze zonet omzeggens allemaal opgesomd. Zo kan men zien welke ongelijkheden er in het gewest bestaan inzake sterfte- en ziektecijfer en inzake toegankelijkheid tot medische zorg.

Naar aanleiding van de publicatie van de gezondheidsindicatoren zal er een breed parlementair debat worden georganiseerd. Maar vandaag kan ik al een tipje van de sluier lichten.

De levensstijl van de Brusselaars wordt in grote mate door sociaal-demografische kenmerken bepaald. De grote culturele diversiteit blijkt een positieve impact te hebben op een aantal "gezonde gedragingen" zoals het nuttigen van een ontbijt, het eten van fruit en een matig alcoholgebruik. De gedragingen van jongeren zijn dan weer in sterke mate afhankelijk van hun schoolsysteem.

Aangezien de Brusselse bevolking alle sociale klassen omvat, van de armste tot de rijkste, zijn de sociaal-medische verschillen erg uitgesproken. In een gezin zonder inkomen uit werk ligt het sterftecijfer van kinderen jonger dan één jaar tweemaal hoger dan in een gezin waar beide partners werken.

Deze ongelijkheid geldt voor het hele leven en vormt een risico op chronische ziektes, ongevallen en geestelijke gezondheidsproblemen. Het risico neemt toe naargelang men lager op de maatschappelijke ladder staat.

Ondanks een verbetering van de gezondheidsindicatoren, groeit in Brussel de kloof tussen rijk en arm. Deze toenemende ongelijkheid is vooral

naissance, avec plus de deux fois plus de risque de décéder avant l'âge d'un an dans un ménage sans revenu du travail par rapport à un ménage à deux revenus.

Ces inégalités se poursuivent tout au long de la vie, avec des risques de souffrir de maladies chroniques, d'accidents ou de problèmes de santé mentale qui croissent au fur et à mesure que l'on descend dans l'échelle sociale.

Alors que, élément positif, on assiste à une amélioration générale des indicateurs de santé, les écarts de santé entre les pauvres et les riches s'accroissent à Bruxelles. Cet accroissement des inégalités est le plus souvent lié à une évolution favorable plus prononcée chez les populations plus aisées.

C'est ce qui explique l'accroissement des écarts pour la mortalité avant l'âge d'un an, pour la mortalité par cancer du poumon ou par cardiopathies ischémiques, ou encore des écarts d'espérance de vie chez les hommes. Mais l'accroissement des écarts peut aussi s'expliquer par une détérioration de la situation des plus défavorisés, comme l'obésité et le diabète chez les femmes ou le tabagisme chez les hommes.

Pour certains problèmes de santé, les inégalités sociales sont atténuées en Région bruxelloise grâce à la part non négligeable de migrants qui ont, ou ont eu, dans leur parcours de vie, des styles de vie plus favorables à la santé parmi les populations moins favorisées. Ce fait mérite d'être souligné.

La santé des migrants est largement conditionnée par leur statut social, mais présente également des spécificités selon les nationalités. Pour les ressortissants de l'Union européenne habitant la Région bruxelloise, les indicateurs sont plus favorables que pour ceux des autres nationalités, y compris les Belges. Il y a en effet un réel effet protecteur lié entre autres à un statut socioéconomique plus favorable, mais on ne peut cependant exclure des biais de mesure, particulièrement pour la mortalité.

Les Bruxellois d'Afrique subsaharienne apparaissent comme un groupe particulièrement vulnérable face à la santé, tant pour la période périnatale, avec un taux élevé de prématurité et de

het gevolg van de gunstige evolutie bij de welgestelde bevolkingsgroepen.

Dat verklaart de toename van de verschillen op het vlak van de kindersterfte (-1 jaar), het overlijden door longkanker of ischemische hartkwalen, en het verschil in levensverwachting bij de man. De toename kan echter ook te wijten zijn aan een verslechtering van de situatie van de kansarmen, zoals voor obesitas en diabetes bij de vrouwen, en nicotinevergiftiging bij de mannen.

Bovendien zijn de maatschappelijke verschillen in Brussel minder scherp, omdat de levensstijl van kansarme migranten over het algemeen gezonder is.

De gezondheid van de migranten wordt in grote mate bepaald door hun maatschappelijke positie, maar is ook herkomstgebonden. Zo is de situatie van de EU-onderdanen zelfs beter dan die van de Belgen.

De Brusselaars uit subsaharisch Afrika vormen een bijzonder kwetsbare groep, zowel in de perinatale periode (vroegtijdige geboortes, foeto-infantiele sterfte), als op volwassen leeftijd. Er komen heel wat infectieziektes voor uit de landen van oorsprong (aids, hepatitis), naast hersenbloedingen, diabetes en ongevallen.

De Koning Boudewijstichting wil een recent onderzoeksproject voortzetten om de goede praktijken te bepalen in de strijd tegen de maatschappelijke ongelijkheid op het vlak van gezondheid. Het Brussels Observatorium voor Gezondheid en Welzijn werd daartoe als gesprekspartner aangezocht.

Het project werd opgestart eind 2008. In 2010 wordt een begeleidingscomité opgericht met de Brusselse partners zoals het Centre local de promotion de la santé, het LOGO (Lokaal Gezondheidsoverleg) en Brussel Gezond Stadsgewest.

In een eerste fase zullen wij een inventaris van de bestaande partners en platformen opmaken, zodat wij ons beleid vanuit de terreinervaring kunnen ontwikkelen. Een begeleidingscomité moet de transversaliteit waarborgen.

décès foeto-infantile, qu'à l'âge adulte. Cette communauté présente des taux de mortalité élevés liés aux infections acquises dans les pays d'origine (sida, hépatites), mais aussi liés aux accidents vasculaires cérébraux, au diabète et aux accidents.

En ce qui concerne le travail effectué par la Fondation Roi Baudoin, cette dernière a souhaité poursuivre la recherche avec un nouveau projet s'appuyant sur les pratiques locales, avec identification des bonnes pratiques de lutte contre les inégalités sociales de santé. Pour ce faire, un interlocuteur partenaire a été identifié dans chaque Région.

Pour Bruxelles, c'est notre Observatoire de la santé et du social qui a été nommé comme partenaire. Le projet a démarré fin 2008 et en 2010, une des actions principales étant la mise sur pied du comité d'accompagnement avec des partenaires bruxellois tels que le Centre local de promotion de la santé, le LOGO (Lokaal Gezondheidsoverleg) ou encore Bruxelles Ville-Région en Santé.

La première phase consiste en un inventaire des partenaires et plateformes existantes. Les points forts sont à la fois le fait que c'est à partir des pratiques de terrain qu'on tente d'élaborer une politique et le fait que la mise sur pied du comité d'accompagnement oblige à travailler en transversalité. Cela me semble positif.

Dans votre intervention, vous abordez également le sujet des médiateurs interculturels. Nous pouvons citer leur présence dans les hôpitaux. Par ailleurs, une cellule de coordination médiation interculturelle créée au sein du service public fédéral Santé publique supervise l'ensemble des médiateurs interculturels.

Son objectif est de développer des normes communes valables pour tous les médiateurs afin d'harmoniser leurs pratiques. Elle organise également chaque année une enquête par questionnaire auprès des hôpitaux. À côté des hôpitaux, nous pouvons également citer des associations ou services qui sont agréés et/ou financés par la CCC, comme le service de santé mentale EXIL ou l'asbl Medimmigrant.

Enfin, vous nous demandez si nous comptons nous organiser par le biais de groupes de travail. Nos

Er zijn interculturele bemiddelaars werkzaam in de ziekenhuizen. Zij staan onder het toezicht van de coördinatieroc Inter Culturele Bemiddeling van de FOD Volksgezondheid. Die coördinatieroc heeft tot doel gemeenschappelijke waarden voor alle bemiddelaars te ontwikkelen om hun praktijken op elkaar af te stemmen. De coördinatieroc organiseert ook elk jaar een enquête in de ziekenhuizen in de vorm van een vragenlijst.

Naast de ziekenhuizen zijn er nog een aantal diensten en verenigingen die door de GGC worden erkend en/of gefinancierd, zoals de dienst voor geestelijke gezondheidszorg Exil of de vzw Medimmigrant.

Onze kabinetten maken deel uit van de permanente interkabinetgroep die het Brussels armoedebestrijdingsplan voorbereidt. Dat plan zal rekening houden met huisvesting, werkgelegenheid en opleiding, maar ook met alle gezondheidsaspecten, namelijk promotie-, preventieve en curatieve maatregelen. Dat is een eerste stap naar een geïntegreerd beleid inzake de strijd tegen ongelijkheden op gezondheidsvlak.

Een tweede krachtlijn van dat geïntegreerd beleid is de Brusselse interministeriële conferentie Welzijn en Gezondheid, die tot doel heeft geïntegreerde maatregelen uit te werken inzake armoedebestrijding bij ouderen, kinderen en jongeren. De conferentie zal zich daarbij baseren op de gegevens van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn en het Centrum voor Maatschappelijk Documentatie en Coördinatie (CMDC).

Er zijn al een aantal werkgroepen en begeleidingscomités werkzaam, zoals de begeleidingscomités van het CMDC en het overlegplatform van de thuishulp en eerstelijnszorg en de werkgroepen van de interministeriële conferentie Gezondheid. Daarin worden heel wat thema's aangekaart die verband houden met de ongelijkheden op gezondheidsvlak, zoals de toegang tot de gezondheidszorg en de opsporings- en vaccinatieprogramma's.

De algemene aanpak en de politieke dimensie zullen voldoende aan bod komen binnen de Brusselse interministeriële conferentie.

Voor de personen die door de mazen van het net

cabinets compétents pour la santé font partie de l'intercabinet permanent préparant le plan d'action bruxellois de lutte contre la pauvreté, qui intégrera le logement, l'emploi, la formation, mais aussi la santé dans tous ses aspects, c'est-à-dire promotion, prévention et curatif. C'est un premier pas vers une politique intégrée de lutte contre les inégalités de santé.

Un deuxième axe de politique intégrée sera la toute prochaine conférence interministérielle bruxelloise social santé qui aura pour objectif de mettre en place des politiques intégrées entre autres en matière de lutte contre la pauvreté, de personnes âgées, d'enfance et de jeunesse. En outre, elle appuiera ses travaux sur l'Observatoire du social et de la santé et sur le Centre de documentation et de coordination sociale.

Il y a également des groupes de travail ou des comités d'accompagnement qui fonctionnent déjà et qui ont un rôle à jouer. Dans ce cadre, nous pouvons citer à titre d'exemple le comité d'accompagnement de la plateforme de concertation en vue du maintien à domicile et de soutien à la première ligne de soins ou le comité d'accompagnement du Centre de documentation et de coordination sociale.

Enfin, nous pouvons également citer les différents groupes de travail qui se réunissent dans le cadre de la conférence interministérielle Santé avec le fédéral et les autres Communautés et Régions. De nombreux thèmes qui touchent à la lutte contre les inégalités de santé y sont abordés comme, par exemple, l'accessibilité aux soins de santé ou l'accessibilité aux programmes de dépistage et de vaccination.

J'en viens aux questions complémentaires qu'ont posées les uns et les autres. Concernant la dimension politique et l'approche globale, je pense qu'elle sera abordée au sein de la conférence interministérielle bruxelloise social santé qui va être mise sur pied.

Concernant les personnes qui passent entre les mailles du filet, la coordination entre CPAS et mutuelle est en effet extrêmement importante. Ce point devra aussi être abordé lors de la conférence interministérielle, en tenant compte des remarques de Mme Herscovici. Nous connaissons la situation

vallen, is het inderdaad belangrijk dat er een coördinatie tussen OCMW en ziekenkas komt. Dit punt moet ook aan bod komen op de interministeriële conferentie. De situatie van de OCMW's en hun streven naar autonomie is een bekend gegeven.

Er zijn initiatieven nodig inzake de bepalende factoren voor gezondheid. Gezondheidszorg speelt daar slechts voor 20% in mee. De overige 80% wordt bepaald door factoren zoals huisvesting, opleiding en werk.

Ik heb aan mevrouw Herscovici geantwoord dat er nood is aan coördinatie van het interne beleid van de OCMW's. Zo werd vroeger reeds een gemeenschappelijke lijst van geneesmiddelen opgesteld op vraag van de Brusselse huisartsen.

De heer Diallo kan ik meedelen dat de interministeriële conferentie voor gezondheid en sociale zaken weldra van start gaat. De permanente interkabinettenwerkgroep voor armoedebestrijding heeft reeds vergaderd. Weldra komen de aanbevelingen van de sectoren (dienstencentra, OCMW's, enzovoort) aan bod.

des CPAS et la volonté d'autonomie de ceux-ci.

Il faut agir sur les déterminants de la santé. On sait très bien que les soins de santé n'expliquent que 20% de l'état de santé. Quelque 80% de celui-ci sont expliqués par d'autres facteurs - les problèmes relatifs au logement, à la formation, à l'emploi.

J'ai répondu à Mme Herscovici sur la nécessité de coordonner le travail des CPAS entre ceux qui tirent vers le haut et ceux qui tirent vers le bas. Il serait en effet utile qu'ils puissent se coordonner comme cela a déjà été fait pour la liste commune des médicaments, qui était une demande de la fédération des médecins généralistes à Bruxelles.

M. Diallo, la conférence interministérielle social santé sera prochainement initiée. Les réunions de l'intercabinet permanent de lutte contre la pauvreté ont déjà commencé. Un certain nombre de réunions ont eu lieu depuis. Les recommandations des secteurs, dont la fédération des centres de service social et celle des CPAS y seront abordées.

M. le président.- La parole est à M. Migisha.

M. Pierre Migisha.- M. le membre du Collège réuni, je tiens à vous remercier tout d'abord pour le rappel des éléments de constat assez édifiants sur la situation bruxelloise, où les inégalités sont persistantes. J'ai également entendu mes collègues insister sur la nécessité de coordination. Il ne s'agit pas uniquement d'intervenir sur l'axe santé puisque celui-ci, pris isolément, n'est pas suffisant pour améliorer la situation.

Vous avez parlé de comité d'accompagnement, transversalité, plate-forme, conférence interministérielle, plan intégré bruxellois de lutte contre la pauvreté... des termes qui donnent une impression de coordination. Nous espérons que cela se traduira par des politiques concrètes qui permettront in fine d'améliorer la santé des Bruxellois.

Par ailleurs, vous l'avez dit, les indicateurs de santé sont de plus en plus précis. Ils s'améliorent, mais paradoxalement les inégalités augmentent. On peut s'interroger sur l'efficacité de certaines politiques et mettre l'accent sur l'amélioration en termes d'information et de sensibilisation. Les

De voorzitter.- De heer Migisha heeft het woord.

De heer Pierre Migisha *(in het Frans).*- *De ongelijkheid in Brussel duurt voort. Ook mijn collega's wijzen op de nood aan coördinatie. Initiatieven die uitsluitend de gezondheidssector betreffen, volstaan niet.*

Het lid van het Verenigd College heeft gesproken over verschillende thema's (begeleidingscomité, transversaliteit, platform, interministeriële conferentie, geïntegreerd plan voor armoedebestrijding, enzovoort), zodat er een indruk van coördinatie wordt gewekt. De cdH-fractie hoopt dat daaruit een concreet beleid zal ontstaan dat bijdraagt tot de verbetering van de gezondheidsproblematiek.

De gezondheidsindicatoren worden steeds meer gedetailleerd. Ze gaan erop vooruit, maar de ongelijkheid blijft groeien. Het beleid is dus niets steeds efficiënt en er is nood aan meer informatie en bewustwording.

Het zou goed zijn de goede gezondheid van mensen van vreemde origine in de verf te zetten. Er moet worden onderstreept dat hun cultuur niet altijd een negatieve impact heeft. Ze dienen die

politiques existent, mais elles n'atteignent peut-être pas toujours leur cible.

Concernant l'effet du "migrant sain", il serait intéressant de mettre ce fait en évidence dans certaines communications. En effet, il ne faut pas toujours tenir un discours négatif et stigmatisant lorsqu'on parle des populations immigrées.

Certes, la culture est parfois un frein mais ce n'est pas toujours le cas. Parfois, elle présente même un effet facilitateur. Cela, également, doit être relevé et maintenu. Certaines pratiques en matière de santé doivent être conservées afin que ces populations immigrées gardent un bon niveau de santé.

Concernant le tableau de bord du social et de la santé, vous avez dit qu'il est attendu pour le mois de mars prochain. Nous serons tous très attentifs ici à son contenu et sans doute aurons-nous l'occasion de nous réunir et de participer à un ensemble de recommandations auxquelles vous serez certainement très attentifs.

M. le président.- La parole est à M. Cerexhe.

M. Benoît Cerexhe, membre du Collège réuni.- Concernant le tableau de bord qui sortira en mars, il me semble opportun, à l'instar de ce qui s'est fait précédemment, que ses auteurs puissent venir l'exposer en commission. Il s'agit d'un document de grande qualité et il serait utile d'organiser un débat en commission à son propos.

Par ailleurs, pour ce qui est de l'information, vous avez raison mais ce n'est pas facile à faire. J'ai été interpellé récemment au sein de cette commission sur le dépistage du cancer du sein et des efforts que nous fournissons pour toucher les populations qui participent très peu au dépistage. Nous avons confié à la Fondation de lutte contre le cancer les missions d'étudier ces raisons de non participation et de tenter d'améliorer cette information. Nous avons déjà fait de nombreux efforts, mais apparemment sans récolter beaucoup de résultats.

Vous avez raison d'insister sur l'aspect informationnel, mais je ne détiens pas la solution miracle. Nous avons également mené des campagnes ciblées à destination de ces populations

goede gewoontes te behouden.

We kijken uit naar de resultaten van de Gezondheidsindicatoren, die in maart zullen verschijnen. Daaruit zal het parlement een aantal aanbevelingen distilleren, waaraan u wellicht de nodige aandacht zult schenken.

De voorzitter.- De heer Cerexhe heeft het woord.

De heer Benoît Cerexhe, lid van het Verenigd College (in het Frans).- *We zullen de auteurs van de Gezondheidsindicatoren naar de commissie uitnodigen, zodat ze de publicatie kunnen becommentariëren. Daarna zullen we een debat in de commissie organiseren.*

De communicatie optimaliseren, is geen eenvoudige opdracht. Zo hebben we de Stichting tegen Kanker de opdracht toevertrouwd te onderzoeken waarom grote delen van de bevolking niet aan de kankerscreeningprogramma's deelnemen. Onze vele inspanningen ter zake leverden tot op heden geen overtuigend resultaat op. Zo hebben we al specifieke acties gevoerd naar de inwoners van kansarme wijken toe.

dans ces quartiers fragilisés. Cependant, les résultats ne sont pas des plus concluants.

M. le président.- La parole est à M. Migisha.

M. Pierre Migisha.- Je pensais à la campagne avec Miss Belgique posant avec sa maman.

M. Benoît Cerexhe, membre du Collège réuni.- Cette campagne vous a apparemment marqué !

(Rires)

M. le président.- Nous répercuterons votre suggestion à Mme la présidente concernant la présentation du tableau de bord au sein de cette commission.

- L'incident est clos.

(M. Pierre Migisha, vice-président, reprend place au fauteuil présidentiel)

INTERPELLATION DE MME FATOUMATA SIDIBE

À M. JEAN-LUC VANRAES, MEMBRE DU COLLÈGE RÉUNI COMPÉTENT POUR LA POLITIQUE DE LA SANTÉ, LES FINANCES, LE BUDGET ET LES RELATIONS EXTÉRIEURES,

ET À M. BENOÎT CEREXHE, MEMBRE DU COLLÈGE RÉUNI COMPÉTENT POUR LA POLITIQUE DE LA SANTÉ ET LA FONCTION PUBLIQUE,

concernant "la prise en charge du VIH/sida et certaines croyances religieuses".

De voorzitter.- De heer Migisha heeft het woord.

De heer Pierre Migisha (in het Frans).- *Ik denk aan de communicatiecampagne waarbij Miss België met haar moeder poseert.*

De heer Benoît Cerexhe, lid van het Verenigd College (in het Frans).- *Die campagne heeft u blijkbaar getroffen!*

(Gelach)

De voorzitter.- We zullen uw voorstel om de Gezondheidsindicatoren binnen de commissie te bespreken, aan mevrouw de voorzitter overmaken.

- Het incident is gesloten.

(De heer Pierre Migisha, ondervoorzitter, treedt opnieuw als voorzitter op)

INTERPELLATIE VAN MEVROUW FATOUMATA SIDIBE

TOT DE HEER JEAN-LUC VANRAES, LID VAN HET VERENIGD COLLEGE, BEVOEGD VOOR HET GEZONDHEIDSBELEID, FINANCIËN, BEGROTING EN EXTERNE BETREKKINGEN,

EN TOT DE HEER BENOÎT CEREXHE, LID VAN HET VERENIGD COLLEGE, BEVOEGD VOOR HET GEZONDHEIDSBELEID EN HET OPENBAAR AMBT,

betreffende "de behandeling van HIV/aids en bepaalde religieuze overtuigingen".

M. le président.- Le membre du Collège Benoît Cerexhe répondra à l'interpellation.

La parole est à Mme Sidibe.

Mme Fatoumata Sidibe.- En 2006, diverses associations, dont le Centre régional du libre examen et le Siréas (Service international de recherche, d'éducation et d'action sociale), organisaient, avec la collaboration du service des maladies infectieuses du CHU Saint-Pierre et du Centre Exil (centre psycho-médico-social pour personnes demandeuses d'asile), un colloque sur le thème "Pratiques religieuses, pratiques de soins, diversités sexuelles dans le contexte de l'épidémie du VIH".

Ce colloque a rassemblé différents intervenants sociaux et médicaux, dont des anthropologues, des sociologues, des philosophes, des leaders religieux, des tradipraticiens, des pédopsychiatres et des travailleurs sociaux. Ensemble, ils ont entamé un dialogue croisé afin d'éclairer les réalités auxquelles doivent faire face certaines personnes vivant avec le VIH/sida, notamment celles issues de l'immigration.

Il ressort de ce colloque que les équipes ont été confrontées ces dernières années à des refus d'observance thérapeutique :

- le refus des femmes enceintes de prendre un traitement anti-rétroviral pour éviter la transmission du virus au futur bébé ;
- le refus de la mère ou des parents d'administrer un traitement préventif durant les six premières semaines de vie ;
- le refus exprimé aux soignants de poursuivre l'administration du traitement à l'enfant séropositif ;
- l'arrêt du suivi médical des enfants.

Dans ces situations, il s'est avéré que ni la persuasion, ni les entretiens individuels d'accompagnement psychologique n'ont abouti à la reprise des traitements. Cette difficulté de communication entre le personnel psycho-médico-social, la patiente et sa famille entraîne des situations très difficiles. En effet, il a fallu faire

De voorzitter.- Collegelid Benoît Cerexhe zal de interpellatie beantwoorden.

Mevrouw Sidibe heeft het woord.

Mevrouw Fatoumata Sidibe (in het Frans).- In 2006 organiseerden verschillende verenigingen samen met de dienst Infectieziekten van het UMC Sint-Pieter en het centrum Exil een colloquium over religieuze praktijken, zorgpraktijken en seksuele diversiteit in de context van de VIH-epidemie.

De deelnemers kwamen zowel uit de sociale als uit de medische sector: antropologen, sociologen, filosofen, religieuze leiders, beoefenaars van traditionele geneeskunde, kinderpsychiaters, sociale werkers, enzovoort. Samen hebben zij getracht een beeld te krijgen van de problemen waarmee personen met HIV/aids, en met name immigranten, geconfronteerd worden.

De voorbije jaren werden de zorgverleners regelmatig geconfronteerd met vrouwen die weigerden om tijdens de zwangerschap een anti-retrovirale behandeling te volgen of de baby tijdens de eerste zes weken een preventieve behandeling te geven. Sommige ouders weigerden ook de behandeling van hun seropositief kind voort te zetten.

Die personen konden op geen enkele manier worden overtuigd om de behandeling te hervatten. Die communicatieproblemen tussen het personeel, de patiënt en zijn familie leidden soms tot pijnlijke situaties. In sommige gevallen moest een beroep worden gedaan op de ethische ziekenhuiscommissie of op de jeugdrechtbank om zuigelingen of oudere kinderen tijdelijk weg te halen bij ouders die een behandeling weigerden.

Uit de evaluatie blijkt steeds opnieuw dat de gezinnen tot een aantal gebedsgroepen behoren van de evangelische beweging.

De bemoeienis van religies met de HIV- en aidsproblematiek kan de behandeling van de ziekte ernstig verstoren. Predikers komen in ziekenhuizen langs en beloven miraculeuze genezingen. Ze beweren dat HIV niet door een virus, maar door een gebrek aan geloofsbeleving of door hekserij wordt veroorzaakt.

appel, dans certains cas, aux commissions éthiques hospitalières ou aux tribunaux de la jeunesse.

C'est ainsi que des nourrissons auraient été momentanément retirés à leurs parents qui refusaient d'administrer les traitements. Des enfants plus âgés auraient été placés en service résidentiel pour les mêmes raisons. Ces interventions juridiques, outre le fait qu'elle soient le signe d'un échec, soulèvent des questions délicates sur le terrain.

L'évaluation de ces situations a par ailleurs mené au constat récurrent de l'affiliation de la famille à certains groupes de prière relevant de la mouvance évangéliste.

La coexistence entre la prise en charge du VIH/sida et certaines croyances religieuses pose parfois de sérieux problèmes sur le terrain. Ainsi, dans certains hôpitaux, des prédicateurs volants passent promettre des guérisons miracles. Ils disent que la maladie n'est pas due à un virus, mais à une croyance défailante ou à la sorcellerie.

Ils imposent des contraintes très difficiles aux patients : jeûne sec, longues prières, sévices physiques. Pour certains, la maladie est associée à la sorcellerie et serait guérissable. Ces pratiques, auxquelles s'ajoutent des refus de traitements, contrecarrent le travail médical.

Certaines populations migrantes sont très vulnérables, non seulement dans leur pays d'origine, mais aussi dans leur trajectoire migratoire et dans leur pays d'accueil, et ce en termes d'accès aux soins de santé, d'exposition au VIH, de précarité financière, de problèmes de papiers ou d'isolement. Les migrants, qui constituent une partie des nouveaux cas d'infection au VIH/sida, méritent que leur traitement soit pris en compte au sein des structures médicales.

Parallèlement, dans certaines populations, l'accès aux soins est beaucoup plus tardif, notamment en raison d'obstacles économiques, sociaux, culturels et juridiques. Cette vulnérabilité fait que certains vont se raccrocher à des groupements religieux, qui vont les aider dans cette quête spirituelle et religieuse de guérison miracle.

Dans ce contexte, les groupements religieux

Ze dwingen de zieken tot vasten, ontbering en gebed. Ze beweren ook dat ze HIV kunnen genezen.

Sommige migrantengroepen zijn erg kwetsbaar, zowel in hun thuisland als in hun gastland. Ze hebben onvoldoende toegang tot de gezondheidszorg, lopen meer risico op HIV en hebben financiële problemen. Vaak beschikken ze niet over papieren en leven ze geïsoleerd. Wanneer ze besmet geraken met HIV, komt hun behandeling ten laste van de medische structuren.

Een aantal bevolkingsgroepen doet ook erg laat een beroep op de gezondheidszorg. De redenen daarvoor zijn economisch, maatschappelijk, cultureel en juridisch van aard. Daarom ook klampen velen zich vast aan religieuze bewegingen.

Wanneer geloof en behandeling echter in conflict komen, zijn een aantal fundamentele vragen aan de orde, ook al omdat de weigering van een behandeling vaak gepaard gaat met de weigering om een condoom te gebruiken. Verenigingen zoals het UMC Sint-Pieter en het centrum EXIL wijzen ook op problemen op het vlak van geestelijke gezondheid.

Heeft de minister weet van patiënten die een behandeling weigeren? Om hoeveel mensen gaat het?

Welke oplossingen bestaan er momenteel?

Bestaan er contacten met de diensten van de referentiecentra of de maatschappelijke diensten die zich op het terrein bekommeren om de HIV-en aidsproblematiek?

constituent un refuge important pour ces populations. Mais dès le moment où les croyances contrecarrent les traitements, il faut se poser quelques questions fondamentales, d'autant que ces refus de traitement s'associent dans certains cas à un refus du préservatif. Différentes associations comme le CHU Saint-Pierre et le Centre EXIL ont constaté également sur le terrain des difficultés en matière de santé mentale.

Le ministre a-t-il connaissance de cette problématique de refus de traitement ? Si oui, l'ampleur du phénomène a-t-elle été mesurée ?

Quelles sont les réponses qui y sont apportées actuellement ?

Des contacts sont-ils en cours avec les services des centres de référence ou les services sociaux travaillant sur le terrain sur le VIH/sida ?

Discussion

M. le président.- La parole est à Mme Herscovici.

Mme Anne Herscovici.- Je voudrais attirer l'attention sur l'intérêt qu'il y a à suivre le travail qui se fait notamment au CETIM, à Saint-Pierre, où ils sont confrontés à la problématique que décrit Mme Sidibe, mais pas de façon apocalyptique, généralisée ou systématique, d'après ce que j'en entends. Le CETIM fait de l'accompagnement pluridisciplinaire des personnes et travaille avec des associations africaines.

Il a en outre décidé d'entrer directement en contact avec les pasteurs concernés. Cela a l'air d'être une manière utile et intéressante, et différente des grandes campagnes générales, de faire un travail d'explication en respectant à la fois les croyances des personnes et en travaillant au plus près.

M. Benoît Cerexhe, membre du Collège réuni.- Tout à fait. Vous avez répondu à ma place.

M. le président.- La parole est à Mme P'tito.

Bespreking

De voorzitter.- Mevrouw Herscovici heeft het woord.

Mevrouw Anne Herscovici (in het Frans).- *Het CETIM in het Sint-Pietersziekenhuis verzorgt pluridisciplinaire follow-up inzake HIV en aids, en werkt hiervoor samen met Afrikaanse verenigingen. Uit de werking van het CETIM blijkt dat de situatie minder apocalyptisch is dan sommige commissieleden doen uitschijnen. Het centrum heeft beslist om samen te werken met de dominees, waardoor de communicatie gebeurt met respect voor het geloof van de mensen, en via een kanaal dat hen bereikt.*

De heer Benoît Cerexhe, lid van het Verenigd College (in het Frans).- *Inderdaad. U hebt in mijn plaats geantwoord.*

De voorzitter.- Mevrouw P'tito heeft het woord.

Mme Olivia P'tito.- La question soulevée par Mme Sidibe est intéressante. Au vu des résultats de l'Institut de santé publique concernant les personnes infectées dans les populations d'origine immigrée, force est de constater que 64,8% sont originaires d'Afrique sub-saharienne, et que la transmission mère-enfant est de 1,67% parmi les Belges, alors qu'elle est de 4,2% parmi les non-Belges.

Cela pose des questions. Il résulte de ces chiffres qu'il y a effectivement des groupes à risque, comme vous l'avez dit, dans les populations d'origine sub-saharienne, avec un mode de transmission hétérosexuelle et de mère à enfant qui est assez important.

Il faut évidemment se préoccuper plus particulièrement des groupes à risque pour cibler les politiques menées, sans doute, comme l'a dit Mme Herscovici, par des moyens particuliers de diffusion de l'information. Toutefois, pour le groupe PS, il serait préférable d'envisager une politique plus globale pour l'ensemble de la question du VIH/sida - Belges/non-Belges, hétérosexuels/homosexuels, hommes/femmes - et, dans cette politique globale, de mettre l'accent sur certains groupes à risque à certains moments précis dans la diffusion de cette information.

Il y a en effet d'autres facteurs qui entrent en ligne de compte, comme l'aspect socio-économique ou la religion. Loin de moi l'idée de m'immiscer dans la vie privée des gens et dans leur confession, quelle qu'elle soit, mais, sans m'appesantir sur certaines sorties de monseigneur Léonard, il va de soi que les religions, ont à un moment donné leur importance dans ce domaine et prennent des positions parfois très discutables en ce qui concerne la prévention du VIH/sida dès lors qu'elles diabolisent le seul moyen efficace de prévention, à savoir le préservatif.

Il faut travailler avec tous les relais possibles, mais dans la poursuite d'un même objectif, à savoir la prévention. Voilà pourquoi, selon nous, les campagnes de prévention devraient être à nouveau beaucoup plus à l'ordre du jour que ces dernières années. Elles ont en effet peut-être été un peu trop négligées.

Ce n'est pas exclusivement de votre fait. Il faut

Mevrouw Olivia P'tito (in het Frans).- Cijfers van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid geven inderdaad aan dat de HIV- en aids-besmettingen bij mensen van vreemde origine zich voor 64,8% voordoen bij mensen uit zwart Afrika en dat de overdracht moeder-dochter bij de niet-Belgen 4,2% bedraagt, tegenover 1,67% bij de Belgen.

De zwartafrikaanse volkeren vormen dus wel degelijk een risicogroep, aangezien de overdracht tussen heteroseksuele partners en de overdracht tussen moeder en kind er het grootst is.

Het is een goede zaak het communicatiebeleid toe te spitsten op de risicogroepen. Toch is de PS voorstander van een globaal beleid om HIV en aids in te dijken. Ook een globale informatie-campagne kan zich op bepaalde momenten op de risicogroepen toespitsen.

Ook sociaaleconomische en religieuze criteria spelen een rol. Sommige religieuze verantwoordelijken zoals monseigneur Léonard houden er inzake aidspreventie wel erg twijfelachtige meningen op na. Het is enorm nefast het condoom - het enige efficiënte preventiemiddel - te diaboliseren.

Alle tussenfiguren kunnen bijdragen tot de centrale doelstelling: preventie. De PS is van mening dat de aandacht voor preventie de laatste jaren te erg is verslapt.

Dat is niet enkel uw verantwoordelijkheid. Tien jaar geleden bleek al uit studies van Volksgezondheid dat een groot deel van de bevolking geen voldoende kennis had over de manier waarop aids werd overgedragen en hoe men zich doeltreffend tegen het virus kon beschermen.

Er is nood aan meer preventiecampagnes, meer etnopsychiatrische opleidingen voor de veldwerkers, een betere toegang tot de behandelingen en meer gratis of goedkopere condooms.

qu'il y ait une concertation. Mais il y a dix ans déjà, la Santé publique concluait ses études sur le fait qu'une part importante de la population avait une connaissance incorrecte des modes de transmission du sida et des moyens de protection efficaces.

Nous savons qu'il faudrait plus de campagnes de prévention, plus de formations ethnopsychiatriques pour les travailleurs concernés, ceux qui sont en contact avec des malades et qui participent aux campagnes de prévention dans les groupes à risques. Il faudrait aussi plus de facilités d'accès aux traitements, plus de préservatifs gratuits ou très bon marché.

M. le président.- La parole est à M. Morel.

M. Jacques Morel.- Nous aurions tort de nous limiter à la question du sida concernant ce problème. Il faut aussi prendre en compte les maladies sexuellement transmissibles. Mais c'est aussi vrai pour le dépistage du cancer du sein, où la dimension culturelle est évidente. Parfois un simple examen médical fait l'objet de refus ou de difficultés. Dans toute l'approche socio-sanitaire, cette dimension culturelle est insuffisamment prise en compte.

M. le président.- La parole est à M. Cerexhe.

M. Benoît Cerexhe, membre du Collège réuni.- Ce que vous dites, M. Morel, est exact, mais ici on m'interroge sur le sida, je vais donc répondre sur le sida.

Mme Sidibe, voici quelques éléments de réponse que je peux vous fournir à partir de l'analyse faite par l'Observatoire de la santé et du social, qui a d'ailleurs contacté le Dr. Anne-Françoise Genotte du CHU Saint-Pierre.

Le phénomène est effectivement connu, même s'il est difficile d'en mesurer l'ampleur. L'équipe spécialisée du CHU Saint-Pierre parle de quelques cas par an. Mme Herscovici a raison de dire qu'il ne faut pas exagérer le phénomène.

Il est clair que ce phénomène ne concerne pas seulement la mouvance évangéliste ni le dépistage et le traitement du sida. De nombreux autres

De voorzitter.- De heer Morel heeft het woord.

De heer Jacques Morel (in het Frans).- *Niet alleen in de aidsproblematiek wordt er onvoldoende rekening gehouden met de culturele dimensie. Dat geldt ook voor andere seksueel overdraagbare aandoeningen, borstkankerscreeningprogramma's, enzovoort.*

De voorzitter.- De heer Cerexhe heeft het woord.

De heer Benoît Cerexhe, lid van het Verenigd College (in het Frans).- *Ik ben het volledig met u eens, mijnheer Morel, maar de interpellatie gaat enkel over aids. Ik zal mij dus daartoe beperken.*

Mijn antwoorden zijn gebaseerd op de analyse van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, dat overigens contact heeft opgenomen met dr. Genotte van het UMC Sint-Pieter.

Het fenomeen is gekend, maar volgens het gespecialiseerd team van het UMC Sint-Pieter gaat het slechts om een paar gevallen per jaar. Mevrouw Herscovici stelt dus terecht dat wij het probleem niet mogen overdrijven.

Dit probleem is overigens niet beperkt tot de evangelistische bewegingen of de opsporing en behandeling van aids. Heel wat andere groepen of sekten hebben gezondheidsvoorschriften. Wij

groupes, voire sectes, ont des prescrits en termes de soins de santé. Nous avons déjà eu un débat sur les témoins de Jéhovah, lors de la législature précédente. Il s'agit du même type de problématique.

Le Centre d'information et d'avis sur les organisations sectaires nuisibles a été créé par une loi fédérale du 2 août 1998 dans la foulée des recommandations d'une fameuse enquête parlementaire.

La santé est l'un des domaines de travail de ce centre, tant par l'élaboration de publications, d'avis juridiques ou de réponses aux demandes particulières du public, des professionnels et des autorités. Pour ce faire, il collabore avec des chercheurs universitaires mais également avec les associations de terrain ainsi qu'avec l'Ordre des médecins, le service public fédéral Santé publique et le secteur de la santé mentale.

Pour mieux saisir l'ampleur de la question, je vais articuler ma réponse en huit points.

Le premier point concerne le contexte de départ, à savoir le dépistage et traitement de la séropositivité.

L'introduction, des traitements rétroviraux hautement actifs en 1996 a été suivie d'une réduction des cas de sida ainsi que d'une réduction de la mortalité. Les patients ont acquis la perspective d'une vie plus longue, mais modifiée par les contraintes du traitement et de ses effets secondaires et de celles de la prévention avec l'usage du préservatif.

Une partie importante des patients séropositifs évolue dans un grand isolement affectif, souvent lié au secret sur la séropositivité ou sur l'homosexualité. Dans ce contexte, il existe de nombreux obstacles à l'adhésion des patients au dépistage ainsi qu'au traitement. Il y a aussi de nombreux paramètres qui influencent favorablement ou défavorablement cette adhésion parmi lesquels le sens donné à la maladie ou la façon de lui donner sens. Des comportements analogues sont observés pour d'autres pathologies chez des personnes qui, à un moment ou l'autre de leur maladie, trouvent la médecine officielle peu crédible ou recherchent une approche plus

hebben hierover tijdens de vorige legislatuur reeds een debat gehad met de Getuigen van Jehovah.

Op aanbeveling van de parlementaire onderzoekscommissie werd bij de wet van 2 juni 1998 het Informatie- en Adviescentrum inzake de schadelijke sektarische organisaties opgericht.

Het centrum houdt zich onder meer bezig met gezondheid en dat via publicaties, juridische adviezen en antwoorden op specifieke vragen van het publiek, de beroepssector en de overheid. Het werkt samen met universitaire onderzoekers, verenigingen op het terrein, de Orde van geneesheren, de federale dienst voor Volksgezondheid en de geestelijke gezondheidssector.

Ik zal acht aandachtspunten vermelden.

Mijn eerste punt gaat over de opsporing en behandeling van seropositieven.

In 1996 werden er zeer actieve retrovirale middelen geïntroduceerd. Er volgde een terugval in het aantal gevallen van aids en in de sterftecijfers. Patiënten leven langer, maar hun levensomstandigheden worden beïnvloed door de behandelingswijze, de neveneffecten en de preventie door het condoomgebruik.

Veel seropositieven leven gevoelsmatig geïsoleerd, omdat ze hun seropositiviteit of homoseksualiteit niet kunnen outen. Daarom ook is het moeilijk om patiënten akkoord te laten gaan met de opsporing of behandeling van de ziekte. Daartoe moet die persoon de ziekte ook een plaats kunnen geven of een manier vinden om dat te doen. Dat verschijnsel vindt ook plaats bij andere ziekten bij patiënten die niet langer geloven in de officiële geneeskunde en naar een "globale" benadering op zoek gaan.

Een tweede punt zijn de belemmeringen bij kansarmen om zich te laten testen.

De laatste jaren is er in België een toename van het aantal HIV-besmettingen die pas in het stadium van aids wordt vastgesteld (van 23% in 1995-1996 naar 40% in 2004-2005. Bron: verslag 2006 van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid). Het gaat vooral om personen die met verschillende problemen tegelijk te kampen hebben, zoals migranten, alleenstaanden,

« globale ».

Le deuxième point porte sur les obstacles au dépistage chez des personnes vivant en grande précarité.

Phénomène en lien avec l'interpellation précédente, l'on observe ces dernières années, notamment en Belgique, une augmentation des cas de diagnostic tardif de la séropositivité, c'est-à-dire au stade du sida. De 23% en 1995-1996, il passe à 40% en 2004-2005, selon les données du rapport 2006 de l'Institut scientifique de santé publique. Ce phénomène concerne surtout des personnes qui accumulent une série de difficultés : personnes migrantes, isolées, en situation illégale, vivant parfois dans la rue, en rupture de liens sociaux et familiaux, ignorant parfois les langues permettant de communiquer en Belgique, provenant de communautés d'origine qui stigmatisent le sida, etc.

À noter, au sujet du dépistage, que sous la législature précédente, nous avons contribué à la solution de maintenir à Bruxelles la possibilité de réaliser des dépistages gratuits et anonymes, entre autres au CHU Saint-Pierre et ce, après tout le débat concernant la fermeture du Centre Elisa.

Le troisième point évoque les constats des équipes soignantes et des associations de terrain.

Depuis 2004, les centres de référence SIDA ont constaté des cas - peu nombreux - où les croyances religieuses faisaient obstacle au dépistage et au traitement. La prise en charge de ces cas est extrêmement complexe. Il s'agit en général de croyances liées à une église de type "évangéliste". Cependant, on ne saurait réduire cette problématique - et il est important de le souligner - à la seule appartenance à ce type de conviction.

Le quatrième point traite du contexte des églises évangélistes.

Il existe environ 200 églises ou congrégations faisant partie du courant évangéliste à Bruxelles, un courant dérivé de l'Église protestante. Cependant, les deux obédiences restent liées dans un Synode. Les courants évangélistes se marquent notamment par la grande importance accordée à la prière en communauté - le "groupe de prière" -

illegalen, daklozen, enzovoort. Wat de opsporing betreft heeft het gewest tijdens de vorige regeerperiode ertoe bijgedragen om zich in Brussel gratis en anoniem te laten testen, onder meer in het UMC Sint-Pieter.

Ten derde: sinds 2004 stellen de aids-referentiecentra vast dat in een beperkt aantal gevallen de opsporing en behandeling wordt belemmerd door religieuze overtuigingen. In de meeste gevallen gaat het om evangelistische overtuigingen, maar wij mogen de problematiek daartoe niet beperken.

Het vierde punt betreft de evangelistische kerken.

In Brussel zijn er zo'n 200 evangelistische kerken of congregaties. Het gaat om een stekking die afgeleid is van de protestantse kerk. Beide geloofs-overtuigingen blijven evenwel verbonden binnen de Synode. Bij de evangelistische stekkingen wordt meer de nadruk gelegd op gebedsgroepen en gaat de cultus gepaard met meer zang en dans.

De predikant kan een machtige bondgenoot zijn. Hij ziet de zieke vaak meer dan de medische ploeg. Sommige patiënten durven de predikant echter niet zeggen dat ze seropositief zijn. De gebedsgroep kan helpen om het affectief en sociaal isolement te doorbreken, ook al blijft de aard van de ziekte een geheim tussen de zieke en de predikant.

Het vijfde punt gaat over de onderbreking van de behandeling.

Ondanks het feit dat de Synode niet tegen de allopathische geneeskunde gekant is, gebeurt het dat patiënten hun behandeling of die van hun kinderen stopzetten of geen condooms gebruiken omdat zij geloven in de kracht van het gebed. Het is echter zelden de predikant zelf die de gelovigen tot een dergelijk gedrag aanzet.

Het zesde punt behandelt de uitwisseling van informatie.

De veldwerkers staan al enkele jaren in contact met de Synode. Het CETIM van het UMC Sint-Pieter heeft een aantal predikanten ontmoet en staat in nauw contact met de vrijwilligersverenigingen op het terrein, zoals Siréas, Matonge en Libiki. Tijdens die contacten werden de

ainsi qu'au culte chanté et dansé.

Dans la plupart des cas, le pasteur est un allié puissant pour le suivi de la maladie et du traitement. Il rencontre le malade bien plus souvent que ne le fait l'équipe médicale. Mais certains n'osent même pas dire au pasteur qu'ils sont séropositifs, ce qui défavorise l'adhésion aux prescriptions médicales. Le groupe de prière apporte du réconfort et un réseau de solidarité à des personnes vivant dans des conditions difficiles et précaires. Il aide à briser l'isolement affectif, même si la nature exacte de ce dont souffre le patient reste un secret entre le malade et son pasteur. Les rencontres avec ce dernier favorisent en général le dépistage.

Le cinquième point a trait aux cas d'interruption de traitement.

Malgré la position du Synode, selon lequel la religion ne doit en aucun cas être opposée à la médecine allopathique, il arrive que des patients interrompent leur traitement ou celui de leurs enfants, ou encore l'usage du préservatif, suite à leur foi dans le pouvoir de la prière. Ils sont convaincus que celle-ci peut les guérir ou que le dieu qu'ils vénèrent ne permettra pas le passage du virus entre conjoints ou sa transmission de la mère au fœtus. Mais il semble rare que le pasteur lui-même induise ces comportements chez ses fidèles.

Le sixième point concerne les échanges informatifs mis en place.

Des échanges ont eu lieu, il y a plusieurs années déjà, entre les acteurs de terrain et les représentants du Synode des Églises protestantes et évangélistes. Un certain nombre de pasteurs ont été rencontrés par les équipes du CHU Saint-Pierre, grâce également aux contacts étroits que ces équipes ont avec les associations de bénévoles travaillant sur le terrain, telles Siréas, Matonge et Libiki. Les pasteurs rencontrés ont été sensibilisés à l'importance du dépistage, du traitement, du traitement spécifique de la femme enceinte et du nourrisson. La question du préservatif est plus délicate et ne peut être abordée que lorsqu'une relation de confiance est établie entre les soignants et les pasteurs. L'objectif est de rencontrer le plus grand nombre possible de pasteurs.

predikanten gewezen op het belang om aids op te sporen en te behandelen, vooral bij zwangere vrouwen en zuigelingen. De kwestie van het condoomgebruik ligt heel wat gevoeliger en kan enkel worden aangekaart als er een zekere vertrouwensrelatie is tussen de verzorgers en de predikanten. Het CETIM wil zoveel mogelijk dominees ontmoeten.

Door een breed netwerk uit te bouwen kan het centrum een patiënt wiens dominee dwarsligt, vragen zich tot een andere dominee te wenden. Door met het geloof van de patiënten rekening te houden, kunnen de verzorgers hun boodschap beter aan de man brengen.

Punt 7 gaat over de continue aanpassing van de strategieën van medische teams en verenigingen.

De medische teams sturen voortdurend hun strategie bij. Slechts in uiterste nood, als boorlingen en kinderen ondanks alle zorg die aan het gezin wordt besteed, geen screening of behandeling krijgen, wordt er naar het gerecht gestapt of naar een vereniging voor jeugdbescherming.

De rechter beslist vaak de behandeling van het kind te laten plaatsvinden via een vereniging voor thuiszorg. Dat is de beste oplossing, op voorwaarde dat de ouders ermee akkoord gaan. Alleen in uiterste nood worden de kinderen elders geplaatst. Juridische druk uitoefenen op de enkele weerbarstige dominees die overblijven, is weinig haalbaar. De patiënten aanvaarden immers niet om tegen hun dominee klacht in te dienen. De solidariteit binnen deze gemeenschap, die groten-deels uit kansarmen en uit clandestiene migranten bestaat, is immers erg groot.

Punt 8 betreft de strategieën waarnaar de voorkeur van de medische teams uitgaat.

Het belangrijkste is om de vertrouwensrelatie met patiënten, dominees en lokale verenigingen te blijven voeden. De verenigingen staan in contact met de Brusselse Afrikaanse radiozenders, die een goed communicatiekanaal vormen. Men mag niet vergeten dat de pinksterbeweging ook een groot deel van de Braziliaanse gemeenschap treft.

De verenigingen hebben steun nodig. De permanente leden zijn vrijwilligers, die vaak zelf ziek zijn

L'établissement d'un réseau impliquant les pasteurs est de la plus haute importance car il permet à l'équipe spécialisée du CHU Saint-Pierre, lorsqu'un patient s'appuie sur ce que dit son pasteur pour refuser tests ou traitements, de lui suggérer alors de consulter d'autres pasteurs. Les soignants peuvent aussi faire passer certains messages en s'appuyant habilement sur les croyances des patients.

Le point sept concerne le questionnement des équipes et des associations sur les stratégies.

Il y a, au sein des équipes soignantes, une réflexion permanente quant à la stratégie à adopter. Dans les cas extrêmes et sur la question de savoir à quel moment il faut faire appel à la justice et jusqu'à quand confier la prise en charge du problème aux associations de protection de la jeunesse telles que SOS enfants : ces appels ne sont choisis qu'en dernière extrémité, dans quelques rares situations où les nourrissons et les enfants sont en danger de ne pas pouvoir bénéficier d'un dépistage ou de ne pas pouvoir être traités malgré tous les conseils et l'attention que l'on peut prodiguer à la famille.

Lorsque le juge intervient, cela peut déboucher sur une proposition qu'une association d'aide à domicile assure, au sein de la famille, le suivi du traitement des enfants. Si elle est acceptée par les parents, c'est une solution favorable. En revanche, les placements d'enfants ne sont décidés qu'en toute dernière extrémité et ne constituent évidemment qu'une solution de pis-aller. Essayer de faire pression sur les rares pasteurs réfractaires par voie juridique semble peu réalisable, car pratiquement aucun patient n'acceptera de porter plainte contre son pasteur. Entre ici en ligne de compte une loyauté communautaire, la solidarité avec le réseau social fondamental en situation de précarité, et le fait qu'une proportion importante de ces patients sont des immigrés clandestins, avec toutes les difficultés que cela engendre.

Le huitième et dernier point concerne les stratégies privilégiées par les équipes soignantes.

Le plus important est de maintenir un lien de confiance avec les patients, les pasteurs - partenaires indispensables - et les associations de terrain. Ces associations aident les soignants à

(of geweest zijn). Deze vorm van bewustmaking vergt veel energie omdat de doelgroep cultureel gezien erg heterogeen is.

Een gelijkaardig project in Antwerpen wijst evenzeer op het belang van de lokale verenigingen: het Instituut voor Tropische Geneeskunde werkt er samen met de vereniging Mungano.

Er bestaan dus wel degelijk gevallen waar mensen een onderzoek of een behandeling weigeren.

Het is niet makkelijk om de precieze omvang van het probleem te bepalen. In extreme gevallen kan een beroep worden gedaan op justitie en jeugdbijstand. In de andere gevallen kan een antwoord worden geboden via de bevoegdheden inzake gezondheid en gezondheids promotie. Wij kunnen ook werken op het vlak van onderwijs, sociale cohesie en maatschappelijke integratie.

Er is een samenwerking tot stand gekomen tussen het UCM Sint-Pieter, de Brusselse verenigingen Siréas, Matonge en Libiki, de patiëntenverenigingen en sommige predikanten. Een dergelijke samenwerking vraagt veel tijd. Bij het zoeken naar antwoorden moeten wij rekening houden met het feit dat de gebedsgroep het sociaal isolement kan doorbreken. Ook de rol van het Informatie- en Adviescentrum inzake de schadelijke sektarische organisaties is zeer belangrijk.

garder le contact avec les patients, mais aussi avec les pasteurs. Ces associations ont accès aux radios bruxelloises africaines et des messages peuvent être diffusés par cette voie. Notons que le phénomène pentecôtiste touche aussi beaucoup de personnes d'origine brésilienne.

Ces associations ont besoin de soutien. Les permanents sont des bénévoles, parfois malades ou ex-malades eux-mêmes, et qui donnent beaucoup de leur personne physiquement et psychologiquement. En outre, la mobilisation et la sensibilisation des personnes est un travail ardu car il s'agit d'une population très hétérogène, de provenances et de langues diverses.

L'importance du travail avec les associations de terrain est confirmée par une expérience analogue à Anvers, où l'Institut de médecine tropicale travaille avec l'association Mungano.

En conclusion, il existe effectivement des attitudes de refus de diagnostic ou de refus de traitement.

L'ampleur du phénomène n'est pas mesuré avec précision, mais il est difficilement mesurable vu la complexité de la problématique. Dans les cas extrêmes qui touchent des enfants ou adolescents, il peut être fait appel en dernier recours à la justice et à l'aide à la jeunesse. Pour les autres cas, les réponses qui peuvent être apportées relèvent des domaines de la santé communautaire et de la promotion de la santé. Une communauté est constituée d'individus qui vivent ensemble dans des conditions spécifiques d'organisation et de cohésion sociale, et les membres du groupe ont des intérêts communs et partagent des principes, ce qui suppose des liens étroits. On peut également agir sur les déterminants de la santé et plus particulièrement sur le niveau d'instruction, le lien social et le développement social. À noter que les actions dans ces domaines relèvent des compétences institutionnelles d'enseignement, d'éducation permanente et de la politique d'accueil et d'intégration des immigrés entre autres.

Enfin, quant à votre toute dernière question sur les contacts avec les hôpitaux et les associations, comme j'ai eu l'occasion de le signaler, il existe un travail en réseau entre le CHU Saint-Pierre, les associations bruxelloises de terrain comme Sireas, Matonge et Libiki, les associations de patients et

même certains pasteurs. Ce travail demande beaucoup de temps, fait face à beaucoup de difficultés, mais il permet de garder le contact, de tenter d'influencer les pratiques et se fait en parallèle de la relation soignant-soigné. Le fait que ces groupes de prière soient un rempart contre l'isolement social doit être pris en compte dans la réponse à apporter à la problématique. Le rôle du Centre fédéral d'information et d'avis sur les organisations sectaires nuisibles est ici aussi très important.

M. le président.- La parole est à Mme Sidibe.

Mme Fatoumata Sidibe.- Ce sujet répond à une préoccupation du terrain : celle d'être écouté quant aux difficultés rencontrées quotidiennement. Si des réponses concrètes sont apportées sur le terrain, il n'empêche qu'il faut continuer à rester vigilant quant à l'apparition de groupements religieux. En effet, même ces derniers constituent en effet des refuges pour certains groupes de population, ils doivent être suivis sur le terrain afin de veiller à ce que le traitement des malades soit le plus efficace possible.

- *L'incident est clos.*

INTERPELLATION DE MME FATIHA SAÏDI

À M. JEAN-LUC VANRAES, MEMBRE DU COLLÈGE RÉUNI COMPÉTENT POUR LA POLITIQUE DE LA SANTÉ, LES FINANCES, LE BUDGET ET LES RELATIONS EXTÉRIEURES,

ET À M. BENOÎT CEREXHE, MEMBRE DU COLLÈGE RÉUNI COMPÉTENT POUR LA POLITIQUE DE LA SANTÉ ET LA FONCTION PUBLIQUE,

concernant "Bruxelles, Ville-Région en santé".

De voorzitter.- Mevrouw Sidibe heeft het woord.

Mevrouw Fatoumata Sidibe (in het Frans).- *Het is belangrijk dat er wordt geluisterd naar de problemen waarmee de veldwerkers dagelijks worden geconfronteerd. Wij moeten waakzaam blijven met betrekking tot bepaalde religieuze groeperingen, ook al zijn die voor sommige personen een toevluchtsoord. Zij mogen de behandeling van de zieken niet in de weg staan.*

- *Het incident is gesloten.*

INTERPELLATIE VAN MEVROUW FATIHA SAÏDI

TOT DE HEER JEAN-LUC VANRAES, LID VAN HET VERENIGD COLLEGE, BEVOEGD VOOR HET GEZONDHEIDSBELEID, FINANCIËN, BEGROTING EN EXTERNE BETREKKINGEN,

EN TOT DE HEER BENOÎT CEREXHE, LID VAN HET VERENIGD COLLEGE, BEVOEGD VOOR HET GEZONDHEIDSBELEID EN HET OPENBAAR AMBT,

betreffende "Brussel, stadsgewest en gezondheid".

M. le président.- En l'absence de l'auteure, excusée, et avec l'accord des membres du Collège, l'interpellation est reportée à une prochaine réunion.

INTERPELLATION DE MME ELKE VAN DEN BRANDT

À M. JEAN-LUC VANRAES, MEMBRE DU COLLÈGE RÉUNI, COMPÉTENT POUR LA POLITIQUE DE LA SANTÉ, LES FINANCES, LE BUDGET ET LES RELATIONS EXTÉRIEURES,

ET À M. BENOÎT CEREXHE, MEMBRE DU COLLÈGE RÉUNI, COMPÉTENT POUR LA POLITIQUE DE LA SANTÉ ET LA FONCTION PUBLIQUE,

concernant "la politique en matière d'avortement et de contraception".

M. le président.- Le membre du Collège Benoît Cerexhe répondra à l'interpellation.

La parole est à Mme Van den Brandt.

Mme Elke Van den Brandt (en néerlandais).- *Bien que la législation sur l'interruption volontaire de grossesse ait vingt ans, le tabou qui entoure l'avortement est encore très important de nos jours.*

Des statistiques cohérentes et détaillées permettraient de cerner les profils et les motivations de celles qui recourent à un avortement et de valider une politique préventive en la matière.

Les chiffres enregistrés par la Commission nationale d'évaluation font à peine mention de l'origine sociale, économique, culturelle ou ethnique des femmes concernées.

La nécessité d'une politique préventive en la matière ressort, notamment, des chiffres publiés par l'"Expertisecentrum Kraamzorg Volle Maan", selon lesquels 20% des Bruxelloises feraient le

De voorzitter.- Bij afwezigheid van de indiener, die verontschuldigd is, en met instemming van de collegeleden, wordt de interpellatie verschoven naar een volgende vergadering.

INTERPELLATIE VAN MEVROUW ELKE VAN DEN BRANDT

TOT DE HEER JEAN-LUC VANRAES, LID VAN HET VERENIGD COLLEGE, BEVOEGD VOOR HET GEZONDHEIDSBELEID, FINANCIËN, BEGROTING EN EXTERNE BETREKKINGEN,

EN TOT DE HEER BENOÎT CEREXHE, LID VAN HET VERENIGD COLLEGE, BEVOEGD VOOR HET GEZONDHEIDSBELEID EN HET OPENBAAR AMBT,

betreffende "het abortus- en anticonceptie-beleid".

De voorzitter.- Collegelid Benoît Cerexhe zal de interpellatie beantwoorden.

Mevrouw Van den Brandt heeft het woord.

Mevrouw Elke Van den Brandt.- Twintig jaar geleden kregen we eindelijk een abortuswetgeving. De slogan "baas in eigen buik" viert zijn twintigste verjaardag. Vandaag blijkt dat ongeveer 10 à 20% van de vrouwen ooit in haar leven beslist om een zwangerschap te onderbreken.

Bij iedere publicatie van zulke cijfers ontstaat er een golf van verbazing. Hoewel we zelf zelden iemand lijken te kennen die een zwangerschap onderbrak, blijkt toch dat velen in onze directe omgeving ooit voor abortus kozen. Er bestaat dus nog steeds een redelijk groot taboe over abortus.

Om een goed beeld te krijgen van wie zwangerschappen onderbreekt en waarom, is er nood aan coherente en gedetailleerde statistieken. Deze kunnen een preventief beleid ondersteunen. Versta me niet verkeerd: ik ben blij dat we een abortuswetgeving hebben, maar het moet nog steeds onze doelstelling zijn om preventief te werk te gaan en

choix d'une interruption de grossesse, principalement par ignorance en ce qui concerne la fertilité et la conception. Les groupes à risque les plus importants seraient les femmes d'origine étrangère et les femmes peu scolarisées.

L'UVV-Antenne" confirme le pourcentage plus important d'avortements en Région bruxelloise que dans le reste du pays, ainsi que le lien avec l'origine ethnique des femmes. Le centre pointe aussi les graves difficultés matérielles souvent rencontrées par ces femmes.

Seules 20% des femmes qui ont fait le choix d'un avortement étaient conscientes du risque réel d'une grossesse.

Ces chiffres élevés sont logiques dans la mesure où il n'y a que 9% des Bruxelloises qui utilisent un contraceptif efficace. La prévention peut aider.

Selon le docteur Veroughstraete et l'Expertisecentrum Volle Maan", il faut aussi sensibiliser les hommes, car ils font souvent pression sur les femmes pour qu'elles n'utilisent pas de contraceptif.

Il est important d'informer les jeunes sur la fécondité et la contraception dès qu'ils sont sexuellement actifs, mais les campagnes doivent aussi être destinées à des groupes de population plus âgés. Ce serait une erreur de croire qu'il n'y a que des jeunes filles qui subissent des avortements. Les taux d'avortement suivent ceux de la fertilité.

Disposez-vous de chiffres plus détaillés sur le nombre d'interruptions de grossesse à Bruxelles ? Quelles en sont les raisons ? Quels sont les groupes à risque ?

Des campagnes de prévention sont-elles prévues ? Ne profiteriez-vous pas du vingtième anniversaire de la législation relative à l'avortement pour en finir avec un tabou et réaliser des campagnes ciblées pour la contraception ?

abortussen te vermijden.

De cijfers die de nationale evaluatiecommissie registreert zijn vrij beperkt. De sociale, economische, culturele of etnische achtergrond van de vrouwen wordt amper vermeld in de statistieken.

Dat een preventief beleid nodig is, blijkt uit de verschillende bronnen die onlangs hun gegevens publiceerden. Het Expertisecentrum Volle Maan beweert dat 20% van de zwangerschappen in Brussel onderbroken wordt. Als voornaamste reden geeft het centrum onwetendheid over vruchtbaarheid en conceptie op. De grootste risicogroepen zijn volgens het centrum vrouwen van vreemde origine en laaggeschoolden.

UVV-Antenne, een andere bron, publiceerde onlangs een speciale editie over abortus. Daarin staan gelijkaardige cijfers: de abortuscijfers liggen in Brussel beduidend hoger dan in de rest van het land. Ook UVV-Antenne legt de link met de etnische achtergrond van vrouwen. Ook het inkomen van de vrouw speelt volgens het centrum een rol, aangezien een groot deel van de Brusselse vrouwen op het moment van de abortus te kennen geven dat ze ernstige materiële problemen hebben.

De voornaamste reden waarom vrouwen hun toevlucht namen tot abortus, is dat ze op het moment van de bevruchting niet beseften dat ze zwanger konden worden. Slechts 40% van de vrouwen wist dat ze zwanger konden worden en van die 40% minimaliseerde de helft hun kans op een zwangerschap. Slechts 20% van de vrouwen die voor abortus kozen, was zich bewust van het reële risico op een zwangerschap.

Die hoge Brusselse cijfers zijn vrij logisch, omdat het gebruik van anticonceptie hier veel minder is. Slechts 9% van de Brusselse vrouwen gebruikt efficiënte anticonceptiva. Preventie kan dus zeker nog soelaas bieden. Zowel Veroughstraete als het Expertisecentrum Volle Maan wijzen in dat verband op het belang om niet alleen vrouwen, maar ook mannen te sensibiliseren. Vaak oefenen mannen immers druk op vrouwen uit om geen anticonceptiva te gebruiken.

Het is belangrijk om jongeren zodra zij seksueel actief worden de nodige informatie te verstrekken

Discussion

M. le président.- La parole est à Mme P'tito.

Mme Olivia P'tito.- Les affirmations que vous avez relayées posent question. Des chiffres manquent certainement.

Si je peux partager la volonté de lancer davantage de grandes campagnes de prévention qu'il n'y en a actuellement, j'avoue que les affirmations selon lesquelles premièrement, le taux d'avortements pratiqués à Bruxelles est le plus élevé du pays, deuxièmement, le nombre de femmes en situation précaire demandant une IVG ne fait qu'augmenter et troisièmement, les femmes d'origine immigrée sont plus nombreuses à avoir recours à l'avortement, me laissent perplexe dans la mesure où elles ne peuvent être fondées sur des statistiques réelles. On aurait aussi pu affirmer le contraire puisqu'on n'aurait pas pu le prouver. C'est un peu spécial !

La commission elle-même n'a aucun moyen de savoir s'il y a plus ou moins de personnes d'origine immigrée étant donné que la feuille d'évaluation ne demande aucun renseignement sur l'origine, et nous ne le souhaitons d'ailleurs pas, contrairement au MR qui a déposé au Sénat une proposition visant à faire passer un genre d'interrogatoire aux

over vruchtbaarheid en anticonceptie, maar deze campagnes mogen zich niet tot hen beperken. Zij moeten ook tot oudere leeftijdsgroepen worden gericht. Pilmoeheid bij jongvolwassen vrouwen is bijvoorbeeld een belangrijke factor. Het is een misvatting te denken dat enkel jonge meisjes zich aanmelden in de abortuscentra. De abortuscijfers volgen de vruchtbaarheidscurves.

Beschikt u over meer gedetailleerde cijfers over het aantal zwangerschapsonderbrekingen in Brussel? Wat zijn de beweegredenen? Wat zijn de risicogroepen?

Plant u preventiecampagnes? Zult u de twintigste verjaardag van de abortuswetgeving aangrijpen om het taboe te doorbreken en doelgerichte anti-conceptiepromotiecampagnes te voeren?

Bespreking

De voorzitter.- Mevrouw P'tito heeft het woord.

Mevrouw Olivia P'tito (in het Frans).- Uw betoog is te weinig op cijfers gebaseerd.

Ofschoon ik het met u eens ben dat er meer grote preventiecampagnes moeten komen, ben ik erg verbaasd dat u van een drievoudig uitgangspunt vertrekt, dat niet op statistieken is gebaseerd. U claimt dat het aantal abortusgevallen in Brussel hoger zou liggen dan elders in het land, dat het aantal kansarme vrouwen dat een abortus aanvraagt, alsmaar zou stijgen, en dat vrouwen van vreemde origine vaker abortus zouden plegen dan autochtone vrouwen.

Het is onmogelijk het aantal abortussen door vrouwen van vreemde origine te kennen, aangezien het registratieformulier die gegevens niet bevat. In tegenstelling tot de MR, die de vrouwen aan een kruisverhoor zou willen onderwerpen, staan we volledig achter een zo groot mogelijke discretie. Het is belangrijk dat de vrouwen in kwestie deze beproeving zo goed mogelijk doorstaan.

Het registratieformulier omvat een reeks elementaire vragen. Gezien er in 1990 een wettelijke

femmes demandant une IVG. Le groupe PS estime que ce n'est ni judicieux ni opportun et que cela n'aidera pas les femmes à surmonter cette épreuve, à avancer, à ne pas culpabiliser ou à construire d'autres relations ensuite.

Sur le document d'enregistrement d'une IVG figure déjà une série de questions. On peut se dire que, si on a voulu la dépenalisation de l'avortement à partir de 1990, on ne veut pas revenir maintenant en arrière avec une réglementation statistique à outrance, qui serait objectivement contre-productive et n'apporterait pas grand-chose. On touche ici à l'éthique. À un moment donné, les personnes sont devant un libre choix de poser des actes, sans doute pas de gaité de coeur. Faire certaines affirmations gratuites ou des réglementations exacerbées serait inutile.

Les seules données fiables qui existent aujourd'hui sont celles de l'INAMI. J'aimerais savoir si vous en disposez, M. le ministre, même si ces statistiques ont des limites, puisqu'elles portent sur les personnes qui ont une mutuelle et qu'un pan de la population ne s'y retrouve donc pas. À nouveau, il faut prendre les informations pour ce qu'elles sont en fonction de leur provenance.

Si après 1990, quand ce formulaire d'enregistrement d'une IVG a été mis en place, certains médecins ne l'ont volontairement pas rempli parce qu'ils se méfiaient de cette commission et qu'ils ne voulaient pas revenir en arrière, alors une augmentation du nombre de documents remplis ne signifie pas forcément que, dans la réalité, il y a plus de cas qu'avant. Il y a peut-être juste davantage de personnes qui remplissent le formulaire. En effet, le formulaire n'est pas obligatoire. Certains hôpitaux ne le remplissent d'ailleurs pas du tout.

Par rapport à ces trois affirmations, je trouve qu'il est assez léger de tirer des conclusions quand on n'a pas les chiffres permettant de les étayer. C'est gratuit et regrettable.

Je voudrais savoir si une campagne de prévention globale est prévue, ce qui serait bien utile.

M. le ministre, disposez-vous des chiffres de l'INAMI ?

tolerantie jegens abortus is ingevoerd, kan het niet de bedoeling zijn vandaag over te gaan tot een overdreven statistische regelgeving, die trouwens alleen maar contraproductief zou werken. Dit is een ethische kwestie. Een vrouw moet deze individuele keuze in alle vrijheid kunnen nemen.

Alleen de gegevens van het RIZIV zijn betrouwbaar. Ik weet dat ze niet volledig zijn omdat alleen mensen met een ziekteverzekering erin zijn opgenomen. Toch wil ik weten of u over de cijfers van het RIZIV beschikt?

Aangezien vele geneesheren het registratieformulier een hele tijd niet invulden omdat ze de commissie niet vertrouwden, wil een stijging van het aantal formulieren dus niet per se zeggen dat het aantal gevallen zelf is gestegen. Het is goed mogelijk dat de geneesheren de formulieren vandaag gewoon regelmatig invullen. Dat is trouwens geen verplichting. In sommige ziekenhuizen wordt het formulier gewoonweg nooit ingevuld.

Bij gebrek aan statistieken zijn de veronderstellingen van mijn collega uit de lucht gegrepen. Dat is jammer.

Is er een globale preventiecampagne gepland? Beschikt u over de cijfers van het RIZIV?

M. le président.- La parole est à Mme Sidibe.

Mme Fatoumata Sidibe.- Concernant l'accessibilité aux contraceptifs, quelle est la politique de la Région à l'égard des femmes qui vivent dans la rue ? Celles-ci sont confrontées à des violences susceptibles de les mener à des grossesses non désirées. Ont-elles accès à l'avortement ? Qu'en est-il des femmes dépourvues de papiers ? Il apparaît que les personnes vivant dans l'illégalité ont des difficultés pour obtenir l'IVG dans les conditions de gratuité.

M. le président.- La parole est à M. Cerexhe.

M. Benoît Cerexhe, membre du Collège réuni (en néerlandais).- *Je dispose des chiffres officiels de l'Observatoire du Social et de la Santé de la Région de Bruxelles-Capitale sur le nombre d'interruptions de grossesse à Bruxelles en 2006 et 2007. Ils émanent du rapport annuel 2008 de la Commission nationale d'évaluation de la loi relative à l'interruption de grossesse.*

(poursuivant en français)

Madame P'tito, je ne dispose que des chiffres de la Commission nationale. Je ne possède pas ceux de l'INAMI.

(poursuivant en néerlandais)

En 2007, le nombre d'interruptions de grossesse pour 100 femmes enceintes était de 20,8 à Bruxelles, pour 10,4 en Flandre et 12,3 en Wallonie.

Trois quarts des interruptions de grossesse en Belgique sont dus à l'absence d'utilisation ou à la mauvaise utilisation de moyens de contraception.

Notons encore qu'à Bruxelles, un peu plus d'un quart des interruptions de grossesse sont en partie motivées par des raisons financières, contre seulement un cinquième des cas pour l'ensemble de la Belgique.

Par ailleurs, le rapport contient peu d'informations sur le domicile, rendant impossible de comparer Bruxelles avec d'autres zones urbaines. Cependant, je chargerai l'Observatoire

De voorzitter.- Mevrouw Sidibe heeft het woord.

Mevrouw Fatoumata Sidibe (in het Frans).- *Welk beleid voert het gewest inzake de toegang tot contraceptiva voor vrouwelijke daklozen? Deze vrouwen lopen een groot risico op een ongewenste zwangerschap. Kunnen ze hun toevlucht nemen tot abortus? Hoe staat het met vrouwen zonder papieren? Blijkbaar hebben illegalen problemen om gratis een abortus te laten uitvoeren.*

De voorzitter.- De heer Cerexhe heeft het woord.

De heer Benoît Cerexhe, lid van het Verenigd College.- Ik heb cijfers over het aantal zwangerschapsonderbrekingen in Brussel gevraagd aan het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. De enige officiële cijfers waarover het Observatorium beschikt zijn deze uit het jaarverslag van de nationale commissie voor de evaluatie van de abortuswet. Het meest recente rapport dateert van 2008 en bevat gegevens voor 2006 en 2007. Dit rapport wordt om de twee jaar gepubliceerd.

(verder in het Frans)

Mevrouw P'tito, ik beschik enkel over de cijfers van de nationale commissie.

(verder in het Nederlands)

Het aantal geregistreerde zwangerschapsonderbrekingen bij Brusselse vrouwen neemt inderdaad nog steeds toe en de abortusratio, het aantal zwangerschapsafbrekingen per 100 zwangere vrouwen, ligt in Brussel nog altijd veel hoger dan in de andere Belgische gewesten. In 2005 bedroeg deze ratio 19,7 voor Brussel tegenover 9,8 voor Vlaanderen en 12,1 voor Wallonië. In 2007 steeg dit tot 20,8 in Brussel tegenover 10,4 in Vlaanderen 12,3 in Wallonië.

Voor de beweegredenen en de risicogroepen moeten we ook voortgaan op de registratiegegevens waarover de evaluatiecommissie beschikt: leeftijd, burgerlijke stand, aantal kinderen, woonplaats, opgegeven beweegreden, anticonceptiegebruik en methode van zwanger-

de demander à la commission les données de base de l'enregistrement pour Bruxelles, afin de les analyser plus en profondeur.

L'hypothèse selon laquelle la différence s'expliquerait par la présence d'une forte population d'origine étrangère à Bruxelles, comme en témoignent les différentes institutions, ne peut être niée ou confirmée sur la base du rapport annuel de la commission, car aucune donnée relative à la nationalité n'est collectée.

Afin d'assurer une collecte systématique de ces données, une modification de la loi est nécessaire. Les seules sources sont les études ou les enquêtes réalisées sur la base d'échantillons. Il va de soi que les enregistrements et les expériences survenues sur le terrain relevées notamment par le centre Volle Maan doivent être considérées ainsi que la constatation selon laquelle les femmes d'origine étrangère et infrascolarisées constituent actuellement le groupe à risque le plus important.

Les hôpitaux et les services d'information insistent dans leur rapport à la commission sur la nécessité d'une prévention accrue, par l'information et la sensibilisation, et la nécessité de réduire le coût des moyens contraceptifs.

Les organismes de terrain comme les centres de planning familial indiquent dans leur rapport la nécessité d'améliorer la contraception, pour réduire le nombre d'avortements en Belgique. Les associations reconnaissent néanmoins qu'une partie de la population n'est pas atteinte ou que le message reste incompris par certains.

La CCC subventionne deux services de planning familial. Vu le cadre budgétaire dans lequel elle doit travailler, déterminé par une dotation fédérale de 1989, la capacité d'action de la CCC est relativement limitée.

Comme dans d'autres politiques de prévention, il faut prendre en considération le réseau des Communautés. Nous renvoyons au site web "Bruxelles Social en ligne".

Bien qu'un groupe de travail de la Conférence interministérielle de la Santé publique se soit penché sur cette question, la problématique n'a plus été traitée depuis 2004. Il faut surtout en

schapsafbreking. Hieruit blijkt dat nog steeds drie kwart van de Belgische zwangerschapsafbrekingen volgen op het niet of niet correct gebruiken van anticonceptiemiddelen.

Uit het verslag blijkt ook dat in Brussel ruim een kwart van de zwangerschapsafbrekingen (27% in 2006 en 26% in 2007) mede gemotiveerd is door materiële redenen (financiële, werk, wonen), terwijl dit voor heel België slechts in een vijfde (21% in 2006 en 2007) van de gevallen zo is.

Verder bevat het rapport weinig informatie over de woonplaats. Daardoor is het bijvoorbeeld onmogelijk om Brussel te vergelijken met andere stedelijke gebieden. Ik zal het Observatorium echter vragen om de basisgegevens van de registratie voor Brussel bij de commissie op te vragen zodat we deze nauwkeuriger kunnen analyseren. De cijfers zijn immers te zorgwekkend.

De hypothese dat het verschil veroorzaakt wordt door een grote Brusselse populatie van meisjes en vrouwen van vreemde origine, die vaker tot een zwangerschapsafbreking zouden overgaan, zoals verschillende instellingen getuigen, kan op basis van het jaarverslag van de commissie niet worden ontkend of bevestigd, aangezien gegevens omtrent de nationaliteit (en andere relevante kenmerken) nog niet worden verzameld.

Om deze gegevens wel systematisch te kunnen verzamelen is een wetswijziging nodig, zoals geadviseerd door de evaluatiecommissie. De enige bronnen zijn studies of enquêtes op basis van steekproeven. Het spreekt vanzelf dat ook de registraties en de ervaringen opgedaan op het terrein zoals bijvoorbeeld door het expertisecentrum Volle Maan ernstig moeten worden genomen, en dus ook hun vaststelling dat vrouwen van vreemde origine en laaggeschoolden op dit ogenblik de grootste risicogroepen vormen.

De ziekenhuizen en voorlichtingsdiensten hebben er in hun verslagen aan de commissie op aangedrongen dat er sterk moet worden ingezet op preventie door sensibilisatie, informatie en een verlaging van de kostprijs van anticonceptiemiddelen. Ook terreinorganisaties zoals de centra voor gezinsplanning wijzen in hun rapporten op het belang van meer en beter anticonceptiegebruik

retenir un accès facilité des jeunes à la contraception.

Dans le cadre de l'accord de gouvernement de la Commission communautaire commune et en partenariat avec les ministres de la Cocof et de la VGC compétents en matière de Bien-Être, nous allons lancer un projet-pilote sur le continuum de soins mère-enfant. Celui-ci inclura l'aspect des grossesses non désirées, compte tenu de la structure de la population bruxelloise (davantage de femmes en âge de procréation).

Une fois identifiées les particularités de la situation bruxelloise, nous pourrions formuler les recommandations nécessaires et les inscrire à l'agenda de la Conférence interministérielle de la Santé.

als men het aantal abortussen (en tienerzwangerschappen) in België wil verlagen. Ondanks hun laagdrempelig profiel moeten de diensten bekennen dat een bepaald deel van de bevolking niet wordt bereikt of dat de boodschap door een bepaald deel niet wordt begrepen.

De Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie subsidieert twee diensten voor gezinsplanning die onder de bevoegdheid vallen van de leden van het Verenigd College belast met Welzijn, namelijk City-planning van het Sint-Pietersziekenhuis en de dienst van de socialistische mutualiteit. Gelet op het budgettair kader waarin de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie moet werken, namelijk een federale dotatie die in 1989 werd vastgesteld, is het actievermogen van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie eerder beperkt.

Zoals in andere preventiematerialen moet hier het netwerk van de gemeenschappen worden bijgerekend. Wij verwijzen naar de website "Brussel sociaal online".

Hoewel een werkgroep van de interministeriële conferentie Volksgezondheid-Welzijn deze materie had aangepakt, werd deze problematiek sinds 2004 niet meer behandeld. Het belangrijkste resultaat was dat de toegankelijkheid van de contraceptiva voor jongeren werd verbeterd.

Wij zullen echter in het kader van het regeerakkoord van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie een pilootproject rond het zorgcontinuüm moeder-kind starten, samen met de ministers van de Cocof en de VGC die bevoegd zijn voor Welzijn. Gezien de bevolkingsstructuur van Brussel (meer vrouwen op vruchtbare leeftijd) kunnen alle aspecten hierin worden ondergebracht, ook het aspect van de ongewenste zwangerschappen.

Wij zullen in dit verband de verschillende actoren raadplegen, zoals het expertisecentrum Volle Maan, wat reeds telefonisch werd beloofd. Zodra wij de Brusselse situatie in kaart hebben gebracht, kunnen wij de nodige aanbevelingen formuleren en deze op de agenda van de interministeriële conferentie Volksgezondheid plaatsen.

M. le président.- La parole est à Mme Van den Brandt.

Mme Elke Van den Brandt (*en néerlandais*).- *J'attends avec impatience ce continuum de soins mère-enfant.*

Le contexte budgétaire est certes particulièrement délicat, mais la sensibilisation ne nécessite pas toujours des sommes considérables.

Les arguments que j'ai évoqués concernant l'origine ethnique des femmes sont loin d'être stigmatisants, Mme P'tito. Ils établissent le lien entre le manque d'accès à l'information en général et l'utilisation de moyens contraceptifs et nous obligent à réfléchir aux canaux de transmission possibles de l'information sur la contraception.

C'est à nos collègues du parlement fédéral qu'il appartiendra de mener le débat sur l'adaptation de la législation.

- L'incident est clos.

De voorzitter.- Mevrouw Van den Brandt heeft het woord.

Mevrouw Elke Van den Brandt.- Ik kijk vol enthousiasme uit naar dat zorgcontinuüm moeder-kind.

Ik begrijp dat de begrotingscontext bijzonder moeilijk is, maar sensibilisering hoeft misschien niet altijd veel geld te kosten.

Wat de argumenten van mevrouw P'tito betreft, de cijfers die ik heb aangehaald komen van bronnen die zelf direct in contact staan met abortuscentra. In Nederland worden systematisch gegevens verzameld over de etnische achtergrond van de vrouwen en daaruit blijkt dat er een verband zou zijn. Zonder stigmatiserend te zijn, denk ik dat wij kunnen stellen dat vrouwen die minder toegang hebben tot informatie in het algemeen ook minder anticonceptiva gebruiken. Wij moeten dus nadenken over de manier waarop wij informatie over anticonceptie willen overbrengen, welke rol huisartsen en apothekers kunnen spelen, enzovoort.

Het debat over de aanpassing van de wetgeving zal door onze federale collega's moeten worden gevoerd.

- Het incident is gesloten.