ASSEMBLÉE RÉUNIE DE LA COMMISSION COMMUNAUTAIRE COMMUNE

VERENIGDE VERGADERING VAN DE GEMEENSCHAPPELIJKE GEMEENSCHAPSCOMMISSIE

Compte rendu intégral des interpellations et des questions orales

Integraal verslag van de interpellaties en mondelinge vragen

Commission de la santé

Commissie voor de gezondheid

RÉUNION DU

JEUDI 14 OCTOBRE 2010

VERGADERING VAN

DONDERDAG 14 OKTOBER 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.

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

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

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

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

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

SOMMAIRE

INTERPELLATIONS 6

- de Mme Françoise Schepmans 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 "le vide juridique touchant l'organisation du transport médico-sanitaire en Région bruxelloise".

Discussion – Orateurs : **M. Benoît Cerexhe,** membre du Collège réuni, **Mme Françoise Schepmans.** 9

- de Mme Gisèle Mandaila 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,

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

concernant "la précarité chez les femmes enceintes et les risques médicaux associés".

INHOUD

INTERPELLATIES 6

- van mevrouw Françoise Schepmans 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 "het rechtsvacuüm in verband met de organisatie van het ziekenvervoer in het Brussels Gewest".

Bespreking – Sprekers: **de heer Benoît Cerexhe,** lid van het Verenigd College, **mevrouw Françoise Schepmans.** 9

- van mevrouw Gisèle Mandaila 15

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 armoede bij zwangere vrouwen en de ermee gepaard gaande gezondheidsrisico's".

- de Mme Isabelle Molenberg 17

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 bilan de dépistage du cancer du sein".

Discussion – Orateurs : **M. Philippe Close, M. Jacques Morel, Mme Anne-Charlotte d'Ursel, Mme Jacqueline Rousseaux, Mme Elke Roex, M. André du Bus de Warnaffe, M. Benoît Cerexhe,** membre du Collège réuni, **Mme Isabelle Molenberg.** 21

QUESTIONS ORALES 38

- de Mme Anne-Charlotte d'Ursel 38

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'attention apportée aux proches des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en Région bruxelloise".

- de Mme Bianca Debaets 43

à M. Jean-Luc Vanraes, membre du Collège réuni compétent pour la Politique

- van mevrouw Isabelle Molenberg 17

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 balans opsporing borst-kanker".

Bespreking – Sprekers: **de heer Philippe Close, de heer Jacques Morel, mevrouw Anne-Charlotte d'Ursel, mevrouw Jacqueline Rousseaux, mevrouw Elke Roex, de heer André du Bus de Warnaffe, de heer Benoît Cerexhe,** lid van het Verenigd College, **mevrouw Isabelle Molenberg.** 21

MONDELINGE VRAGEN 38

- van mevrouw Anne-Charlotte d'Ursel 38

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

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

betreffende "de aandacht voor de naasten van Alzheimerpatiënten in het Brussels Gewest".

- van mevrouw Bianca Debaets 43

aan de heer Jean-Luc Vanraes, lid van het Verenigd College, bevoegd voor het

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,

concernant "les conséquences des nuisances sonores".

Gezondheidsbeleid, Financiën, Begroting en Externe Betrekkingen,

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

betreffende "de gevolgen van lawaai-hinder".

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

INTERPELLATIONS

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

INTERPELLATION DE MME FRANÇOISE SCHEPMANS

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 vide juridique touchant l'organisation du transport médico-sanitaire en Région bruxelloise".

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

La parole est à Mme Schepmans.

Mme Françoise Schepmans.- Il s'agit d'un sujet que l'on a déjà eu l'occasion d'aborder en commission, puisqu'une proposition d'ordonnance avait été déposée à cet effet sous la session précédente ; vous aviez pu d'ailleurs y participer ainsi que plusieurs membres de cette commission ici présents.

À l'inverse de l'aide médicale urgente qui est réglementée par la loi du 8 juillet 1964, la matière du transport médico-sanitaire ne fait actuellement l'objet d'aucune disposition législative en Région bruxelloise.

INTERPELLATIES

De voorzitter.- Aan de orde zijn de interpellaties.

INTERPELLATIE VAN MEVROUW FRANÇOISE SCHEPMANS

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

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

betreffende "het rechtsvacuüm in verband met de organisatie van het ziekenvervoer in het Brussels Gewest".

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

Mevrouw Schepmans heeft het woord.

Mevrouw Françoise Schepmans *(in het Frans).- Eerder werd er al een voorstel van ordonnantie over deze aangelegenheid ingediend.*

Dringende medische hulp wordt geregeld door de wet van 8 juli 1964. Het ontbreekt echter aan wetgeving over ziekenvervoer in het Brussels Gewest.

Ziekenvervoerdiensten die patiënten van het ene ziekenhuis naar het andere overbrengen of patiënten repatriëren uit het buitenland moeten aan geen enkele wettelijke verplichting beantwoorden inzake de opleiding van het

En d'autres termes, les sociétés qui assurent des missions de transferts de patients entre les hôpitaux ou encore de rapatriements sanitaires lourds après un accident survenu en vacances - pour ne citer que deux exemples concrets - ne sont tenus à aucune obligation légale portant notamment sur les qualifications du personnel, l'équipement technique et l'hygiène des véhicules ainsi que le calcul objectif et la transparence des tarifs.

Or, nous savons tous que l'existence d'un vide juridique peut créer un appel d'air pour toutes les dérives. À ce propos, je voudrais revenir sur quelques éléments de témoignages exprimés en avril dernier dans la presse par le représentant bruxellois de l'Union belge des ambulanciers, qui avait été interrogé à propos de cette proposition d'ordonnance, dont l'objectif est la règlementation du secteur.

Ce représentant disait : "C'est la jungle en ce qui concerne les tarifs qui varient du simple au quadruple pour des prestations identiques. Cela laisse la porte ouverte à des pirates qui veulent simplement faire du fric au détriment de la sécurité des gens. Certains roulent avec des véhicules bricolés ou vétustes."

Ce fait est important à soulever, car il touche à la sécurité de nos concitoyens. En l'absence d'une norme fixant une formation minimale obligatoire du personnel, on peut se demander ce que peuvent bien faire les ambulanciers si une crise cardiaque survient, par exemple, durant le transport d'une personne entre l'hôpital et une maison de repos. Doivent-ils prendre contact avec le service 112 et appeler des confrères ? Dans ce domaine, il faut faire preuve d'un minimum de sérieux.

Plus récemment, la presse s'est même fait l'écho du procès à Bruxelles de personnes qui utilisaient des ambulances pour transporter des corps vers les morgues et les funérariums, charge pourtant dévolue aux pompes funèbres, et qui profitaient de ce déplacement pour dépouiller les défunts.

L'affaire remonte au mois de septembre et j'ignore si vous avez suivi ce procès par le biais des journaux. Il y a eu d'autres cas antérieurs qui avaient également défrayé la chronique. Ces personnes avaient volé les bijoux d'une policière

personeel, tarieven, hygiëne, enzovoort.

Een juridisch vacuüm geeft nochtans vaak aanleiding tot allerlei wantoestanden. In de pers verschenen interviews met ambulanciers die erop wezen dat de tarieven enorm variëren en dat er cowboys aan het werk zijn.

Het gaat nochtans over de veiligheid van onze medeburgers. Als ambulanciers geen opleiding krijgen, hoe moeten ze dan reageren als een patiënt bijvoorbeeld een hartaanval krijgt?

Er verschenen zelfs artikels in de pers over chauffeurs die lijken overbrachten naar mortuaria en de overledenen beroofden.

Dergelijke zaken mogen ons niet onverschillig laten.

Deze voorvallen zijn niet representatief voor de sector, maar elk geval van misbruik of verwaarlozing is er een te veel. Er moet dus dringend een eind aan gesteld worden.

Mevrouw Persoons en ik hebben al eens een voorstel van ordonnantie ingediend om het juridisch vacuüm op te lossen, maar de meerderheid heeft dit in mei verworpen.

Nochtans was het voorstel niet politiek gekleurd. Het was gebaseerd op wat het Waals Gewest en de Duitstalige Gemeenschap doen en gaf het Verenigd College heel wat bevoegdheden om de ontbrekende schakel te vormen in de gezondheid en veiligheid van de burgers.

Tijdens de bespreking heeft de commissie de leden van het Verenigd College niet gehoord. Er was toen echter wel sprake van vergaderingen, overleg en interministeriële conferenties. Het lijkt er dan ook op dat het Verenigd College op de hoogte is van de situatie en snel een oplossing zal vinden.

Wat is het standpunt van het Verenigd College over dit juridisch vacuüm en de gevolgen ervan voor de Brusselaars? Blijkbaar vinden veel parlementsleden deze kwestie onvoldoende belangrijk om er wetgeving aan te wijden. Misschien ziet het Verenigd College dat anders.

Het ziekenvervoer is er niet enkel voor mensen met

qui s'était suicidée avaient dépouillé des personnes rapatriées en Belgique durant leur transfert à l'hôpital.

Ces cas sont interpellants et ne peuvent laisser les responsables politiques indifférents.

Il est certain que ce type de faits divers n'est pas représentatif de l'ensemble du secteur et que la grande majorité des opérateurs travaille de façon professionnelle et consciencieuse. Néanmoins, il est urgent de mettre fin à la situation de déshérence réglementaire et, partant, d'organiser le transport médicosanitaire. Un cas d'abus, de négligence, est toujours un cas de trop.

C'est également le souhait des sociétés bruxelloises et c'est la raison pour laquelle Caroline Persoons et moi-même avions déposé une proposition d'ordonnance visant à solutionner ce vide juridique. Malheureusement, la majorité a tout simplement rejeté ce projet législatif au mois de mai.

Je regrette ce choix, car notre texte ne comportait aucune considération partisane et s'inspirait des textes adoptés en Région wallonne et en Communauté germanophone. Notre projet octroyait même une large délégation au Collège réuni pour combler le chaînon manquant en matière de santé et de sécurité de nos concitoyens.

À l'occasion de ce débat, aucun membre du Collège réuni ne s'est exprimé, parce que la commission n'a pas jugé nécessaire de les entendre. C'est d'ailleurs une des raisons pour lesquelles je vous interpelle aujourd'hui. Je peux vous signaler que, lors de ce débat, nous avons beaucoup évoqué les réunions, concertations et conférences interministérielles. Toutes ces synergies qui vont être mises en œuvre nous font croire que le Collège réuni est bien au fait de la situation et qu'il trouvera très prochainement, d'ici la fin de la législature, une solution au problème soulevé ici.

Pour faire le point sur le dossier évoqué aujourd'hui, je souhaiterais vous poser quelques questions.

Quelle est la position du Collège réuni face à la persistance d'un vide juridique en Région

lichte aandoeningen, maar ook voor ernstige gevallen.

Hebt u met andere beleidsniveaus of vertegenwoordigers van de sector overleg gepleegd?

Ik geloof dat de interministeriële conferentie Volksgezondheid het ziekenvervoer op de agenda heeft gezet. In december zou er zijn beslist om een interkabinetten-werkgroep op te richten die maatregelen zal voorbereiden.

Wat is de stand van zaken? Heeft het Verenigd College deelgenomen aan de werkgroep? Welk standpunt heeft het verdedigd? Komt er een nieuwe ordonnantie of een kwaliteitshandvest?

Op korte termijn mogen we geen oplossing verwachten. Overweegt u pragmatische maatregelen in afwachting van een definitieve oplossing?

bruxelloise et, partant, de ses conséquences pour la santé de nos concitoyens ? J'ai bien compris qu'aux yeux de cette assemblée, la situation n'était pas assez grave pour mériter une initiative parlementaire. Mais peut-être le gouvernement envisage-t-il les choses autrement, ou notre proposition a-t-elle été rejetée parce que présentée par des membres de l'opposition...

J'insiste sur le fait que le transport médico-sanitaire n'intervient pas seulement pour le transport de personnes saines qui souffrent d'une simple fracture de la jambe : il assure également des transferts lourds demandés par les hôpitaux.

Avez-vous rencontré des représentants des autres niveaux de pouvoir sur cette question ? Ou des représentants du secteur, afin de prendre connaissance des difficultés rencontrées sur le terrain et des abus qu'ils ne cessent de dénoncer ? Dans l'affirmative, quelles réponses concrètes leur avez-vous données ?

Il me revient que la conférence interministérielle de la Santé publique aurait mis la question du transport médical non urgent à son agenda. Il aurait ainsi été décidé, en décembre dernier, de constituer un groupe de travail intercabinet chargé d'explorer des pistes d'actions harmonisées entre niveaux de pouvoir.

Où en sont ces travaux ? Le Collège réuni y a-t-il participé et quelle position a-t-il défendu à la table des négociations ? Y avez-vous privilégié la piste d'une ordonnance ou la formule plus proche de la charte de qualité, telle qu'elle existe en Flandre ?

À défaut d'une solution à court terme, quelles pistes pragmatiques permettraient aux citoyens bruxellois d'obtenir un service de qualité dont les normes ne soient pas inférieures à celles qui existent en Wallonie et en Communauté germanophone ?

Nul doute que vous êtes sensible à cette question. J'écouterai donc avec intérêt les réponses que vous voudrez m'apporter.

Discussion

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

Bespreking

De voorzitter.- De heer Cerexhe heeft het woord.

M. Benoît Cerexhe, membre du Collège réuni.- Je répondrai aussi au nom de M. Vanraes. À la lecture des documents parlementaires, il ne nous semble pas que votre proposition ait été tout simplement rejetée. Il était plutôt question de se coordonner au rythme des réunions du groupe de travail de la conférence interministérielle, qui continue à se voir.

Il n'est pas non plus tout à fait exact de dire qu'il y a un vide juridique, car il y a malheureusement différentes règles d'origines multiples qui s'appliquent. C'est bien pour cela que ce dossier est particulièrement technique. Par exemple, les ambulances sont soumises à des règles particulières en matière de contrôle technique comme de Code de la route.

Tout ce qui relève des prix, y compris leur transparence, est de la compétence du ministre fédéral des Affaires économiques. Un règlement légal spécifique, fixé par l'INAMI, couvre le transport des patients suivants : prématurés, patients cancéreux, en dialyse, admis en hôpital psychiatrique, suivant un traitement de chimiothérapie ou radiothérapie dans un hôpital général ou relevant du cadre de la revalidation multidisciplinaire.

Enfin, de nombreuses mutuelles offrent des interventions financières dans le cadre d'assurances complémentaires en signant des conventions avec des sociétés d'ambulances. Ces conventions sont encadrées par la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et unions nationales de mutualités et ses arrêtés d'application. Il y a donc là une série de règles, avec une multitude de pouvoirs différents qui interviennent.

Enfin, en ce qui concerne les dispositions légales et réglementaires pouvant s'inscrire dans le cadre des matières personnalisables, il ne faut pas perdre de vue que quatre entités fédérées sont compétentes pour notre Région : la Communauté française, la COCOF, la Communauté flamande - qui, par ailleurs, dispose déjà de sa propre législation, qui s'applique en Région bruxelloise aux ambulances qui ont opté pour ce régime ,- et enfin la COCOM.

Vous me demandez de préciser la position du Collège réuni dans ce dossier. Nous souhaitons

De heer Benoît Cerexhe, lid van het Verenigd College *(in het Frans).- Ik zal eveneens namens de heer Vanraes antwoorden.*

Bij het lezen van de parlementaire stukken hebben wij niet de indruk dat uw voorstel zomaar werd verworpen, maar dat eerder op de resultaten van de werkgroep van de interministeriële conferentie werd gewacht.

Er is voorts geen sprake van een rechtsvacuüm. Er zijn tal van regels op verschillende beleidsniveaus van toepassing. Dat maakt dit zo'n technisch dossier. Zo zijn de ziekenwagens onderworpen aan bijzondere regels inzake technische controle en de wegcode. De prijsbepaling en -controle valt dan weer onder de bevoegdheid van de federale minister van Economische Zaken.

Het RIZIV dekt het vervoer van de volgende patiënten: prematuren, kanker- en dialyse-patiënten, psychiatrische patiënten, patiënten die een chemo- of radiotherapie volgen in een algemeen ziekenhuis en patiënten die een multidisciplinaire revalidatie volgen.

Daarnaast bieden heel wat ziekenfondsen financiële tegemoetkomingen aan in het kader van de aanvullende verzekering door overeenkomsten met de ziekenvervoerdiensten te sluiten. Die overeenkomsten worden geregeld door de wet van 6 augustus 1990 en de uitvoeringsbesluiten ervan.

Wat de wettelijke en verordenende bepalingen met betrekking tot de persoonsgebonden materies betreft, zijn er in ons gewest niet minder dan vier gezagsniveaus bevoegd: de Franse Gemeenschap, de Franstalige Gemeenschapscommissie, de Vlaamse Gemeenschap en de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie.

Het Verenigd College streeft naar een grotere coördinatie van al die regels, indien mogelijk via een protocolakkoord tussen de federale overheid, de gemeenschappen en de gewesten.

De Vlaamse Gemeenschap maakt bijvoorbeeld een onderscheid tussen zittend en liggend ziekenvervoer, terwijl in het Waals Gewest het toepassingsgebied afhankelijk is van het voertuig dat wordt gebruikt.

trouver les coordinations indispensables, si possible par le biais d'un protocole d'accord avec le fédéral, les Communautés et les Régions.

Aujourd'hui déjà, une ambulance qui vient d'Allemagne pour rapatrier un patient allemand hospitalisé dans un hôpital bruxellois est soumise, uniquement en ce qui concerne les normes communautaires, à trois législations différentes : celle de la Communauté germanophone, celle de la Région wallonne et celle de la Communauté flamande.

Je ne compte pas les éventuelles normes bruxelloises complémentaires, ce qui nous en ferait quatre. Trouver les coordinations indispensables, c'est la voie de la sagesse dans ce dossier, tant pour les patients que pour les ambulanciers et les sociétés d'ambulance.

Un autre exemple où la coordination est indispensable : en Communauté flamande, c'est la position couchée du patient qui fait qu'on entre ou pas dans le champ d'application du décret. En Région wallonne, le champ d'application est fonction du véhicule utilisé. Ces différences ne doivent pas être négligées, même si elles ne sont pas essentielles.

La conférence interministérielle de la Santé s'est emparée de ce dossier et a créé un groupe de travail ad hoc. Il s'est réuni plusieurs fois et les élections fédérales de juin dernier n'ont pas interrompu ses travaux. Un rapport intermédiaire était d'ailleurs à l'ordre du jour de notre conférence interministérielle du 29 septembre dernier, mais elle a été reportée à cause de la grande manifestation qui avait lieu ce jour-là. Une nouvelle date sera fixée prochainement.

Quelle est notre position dans ces travaux ? Nous souhaitons disposer dans un premier temps de tous les éléments techniques complémentaires, comme par exemple une liste exhaustive et à jour des réglementations déjà applicables. On parle en effet de la norme EN 1789, qui a été fixée par le comité européen de Normalisation.

Malgré plusieurs demandes, nous n'avons toujours pas reçu du Service public fédéral (SPF) Santé publique une simple copie de ces normes. Nous avons demandé s'il s'agissait d'une norme

De interministeriële conferentie Volksgezondheid heeft een werkgroep ad hoc opgericht, die meermaals is samengekomen. De werkzaamheden werden niet onderbroken door de federale verkiezingen van juni jongstleden. Op de volgende vergadering zal een tussentijds verslag worden voorgesteld.

Tijdens die werkzaamheden hebben wij om bijkomende technische elementen gevraagd, zoals een exhaustieve en bijgewerkte lijst van alle regelgevingen die van toepassing zijn. Er is inderdaad sprake van de norm EN1789, die door het Europees Normalisatiecomité is opgesteld.

Hoewel we er al meermaals om gevraagd hebben, bezorgde de FOD Volksgezondheid ons nog altijd geen kopie van de normen. We hebben om verduidelijking gevraagd, maar voorlopig zonder resultaat.

We zouden ook willen weten welke doelstellingen met de toekomstige normen worden beoogd. Zullen die verband houden met een minimumkwaliteit van de dienstverlening of met de regeling van een zeer concurrentiële sector?

Wordt er iets aan de tarieven gedaan? Welke overheid bevoegd is voor de normen, varieert al naargelang van de nagestreefde doelen. Ook de manier waarop ze worden opgesteld kan variëren.

De wetgeving over de ziekenhuizen is niet van toepassing op de militaire ziekenhuizen. Hoe zit het met de militaire ambulances? Het kan toch niet de bedoeling zijn om ze in andere kleuren te schilderen?

Er moet een evenwicht worden gevonden tussen de kwaliteit van de dienstverlening, de toegankelijkheid van de zorgverstrekking en de economische leefbaarheid van de sector. Patiëntenverenigingen wezen er al op dat het invoeren van normen ertoe kan leiden dat tarieven worden verhoogd.

Als er een minimumkwaliteit van de dienstverlening wordt nagestreefd, vraag ik me af of er klassieke normen worden opgesteld, of dat er met collegiale toetsingen zal worden gewerkt en of er accreditatienormen of kwaliteitslabels komen.

Wat de risico's voor de patiënten betreft, zouden er

impérative ou bien d'une norme en vue d'une opération de normalisation à l'échelon européen. Nous avons demandé s'il y avait une différence entre cette norme initiale EN 1789 et la norme NBN EN 1789+A1, dont l'enregistrement par le Bureau fédéral de normalisation a été annoncé dans le Moniteur belge du 16 juillet dernier.

Nous n'avons, à ce jour, toujours pas reçu de réponse. Ces questions techniques nécessitent aujourd'hui une réponse, que nous attendons toujours du SPF Santé publique.

Nous souhaiterions également savoir quels objectifs devront poursuivre les futures normes. S'agit-il d'un objectif de qualité minimale de soins ou d'un objectif de régulation économique dans un secteur visiblement très concurrentiel ?

Ou encore s'agit-il d'un objectif de sécurité tarifaire ? En fonction du ou des objectif(s) poursuivi(s), non seulement l'autorité compétente (fédérale, communautaire ou régionale) pour fixer les normes peut différer, mais la façon de rédiger les normes va varier.

Voici un autre exemple d'un aspect technique devant aussi être réglé. La loi sur les hôpitaux exclut expressément de son champ d'application les hôpitaux militaires. Faut-il faire de même pour les ambulances militaires ? Cela pourrait vouloir dire que les ambulances militaires ne pourraient plus circuler en couleur kaki mais devraient être repeintes dans d'autres couleurs.

Un autre objectif que nous poursuivons est de trouver un juste équilibre entre la qualité des soins, l'accessibilité géographique et financière des soins et, enfin, la viabilité financière. Toucher à l'un de ces trois éléments influence automatiquement les deux autres. Il faut savoir que des associations de patients ont dénoncé le fait que la fixation des normes dans leur Région a eu pour effet secondaire d'augmenter les tarifs, diminuant d'autant leur accessibilité financière.

Dans l'hypothèse où il s'agirait d'un objectif de qualité minimale de soins, nous nous demandons si l'on édictera des normes classiques (agrément délivré après inspection de l'administration, ce qui implique aussi la création d'un nouveau service et de nouvelles fonctions au sein de l'administration),

zich vooral veiligheidsproblemen kunnen voordoen bij secundair vervoer tussen de ziekenhuizen. Dergelijke overplaatsingsbeslissingen moeten altijd door een ziekenhuisarts worden genomen. Deze is onderworpen aan de ziekenhuiswet. De hoofdartsen en de medisch adviseurs zijn wettelijk verplicht om een kwaliteitsvolle dienstverlening te verstrekken. Dat mag ons echter niet beletten om indien nodig normen vast te stellen.

Het kabinet-Onkelinx heeft meerdere klachten van patiënten en actoren uit de sector ontvangen. Wij hebben daar nog geen kopie van ontvangen. Mijn medewerkers hebben contact opgenomen met het kabinet van de heer Doulkeridis in het kader van zijn bevoegdheden inzake Dringende Medische Hulp en de Brandweerdienst, maar deze had geen weet van bijzondere problemen.

Wij weigeren niet om normen uit te vaardigen, maar wij moeten eerst over een uitvoerige technische analyse beschikken. Wij wachten nog op een aantal gegevens.

In dit dossier streef ik naar een coördinatie tussen de verschillende gezagsniveaus. Wij mogen de situatie niet nog ingewikkelder maken. De werkzaamheden van de interministeriële conferentie zullen binnenkort opnieuw van start gaan.

Ik heb contact opgenomen met de sector en de vertegenwoordigers van de patiënten. Ik sluit een ordonnantie niet uit.

Als de interministeriële conferentie de komende maanden onvoldoende vooruitgang boekt en we het dossier inzake coördinatie niet genoeg kunnen laten evolueren, zouden we op eigen houtje normen kunnen invoeren.

Eerst wil ik over alle technische informatie beschikken die we hebben aangevraagd. Vervolgens zullen we afwachten hoe het dossier evolueert bij de interministeriële conferentie. We moeten wantoestanden vermijden.

des normes "peer review" (contrôle effectué par les professionnels du secteur, éventuellement sous la régulation des pouvoirs publics), des normes d'accréditation (contrôle effectué par des professionnels ne dépendant pas du secteur ou des non-professionnels de la santé) ou encore des normes de label de qualité.

Vous m'interrogez sur les risques encourus par les patients. Il ressort des débats tenus en groupe de travail de la conférence interministérielle que c'est lors des transports secondaires entre hôpitaux que des problèmes de sécurité pourraient se poser.

En pareils cas, la décision du transfert émane toujours d'un médecin hospitalier, et ce dernier est soumis à la loi sur les hôpitaux relative à la qualité des soins. Les médecins en chef et les conseillers médicaux ont l'obligation légale de soutenir la qualité. Cela ne doit toutefois pas nous empêcher de fixer des normes si nécessaire.

Le cabinet de la ministre Onkelinx nous a indiqué avoir reçu des plaintes émanant de patients et d'acteurs du secteur. Nous n'en avons pas encore reçu copie. Mes collaborateurs ont également contacté le cabinet de M. Doulkeridis dans le cadre de ses compétences en matière d'aide médicale urgente, ainsi que l'officier des pompiers qui chapeaute le secteur des ambulances. Ils n'ont fait état d'aucun problème particulier.

En conclusion, nous ne refusons pas d'édicter des normes, mais à la condition de disposer au préalable d'une analyse technique détaillée. Nous attendons encore certaines informations.

Dans ce dossier, je vise la coordination entre les différents niveaux de pouvoir. Je ne souhaite pas complexifier encore la situation. En tant que Région centrale du pays, nous devons trouver les moyens de mieux coordonner notre action. Les travaux de la conférence interministérielle reprendront bientôt. Un premier rapport était prévu pour le 29 septembre.

J'ai effectivement pris contact avec le secteur et les représentants des patients. Je n'exclus pas la possibilité de publier une ordonnance sur ce sujet.

Si les choses n'avançaient pas suffisamment rapidement au sein de la conférence

interministérielle dans les prochains mois et si, en matière de coordination, on ne pouvait pas faire évoluer le dossier positivement, on prendrait alors de manière indépendante la décision d'édicter des normes tout en évitant de créer de nouvelles complexités.

Dans un premier temps, je souhaite obtenir toutes les informations techniques que nous avons demandées. Ensuite, nous verrons comment, au sein de la conférence interministérielle qui a été reportée le 29 septembre dernier - tout à fait indépendamment de la volonté de la présidente - l'on peut avancer dans ce dossier. En effet, il faut éviter la survenance d'un certain nombre d'abus, même mineurs et qui ne sont certainement pas le fait de l'ensemble du secteur.

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

Mme Françoise Schepmans.- Mme Caroline Persoons et moi-même avions proposé que notre proposition d'ordonnance soit mise en continuation et puisse faire l'objet, le cas échéant, d'amendements en fonction des résultats potentiels de la conférence interministérielle.

Au sein de cette commission, cette proposition n'a pas été entendue par les membres de la majorité. Ces derniers ont estimé que la conférence interministérielle suffirait et, vu l'absence de difficultés, ne voyaient pas l'intérêt d'un tel texte.

J'ai bien entendu votre réponse. Par conséquent, si nous ne voyons pas d'évolution concrète en termes de prise de normes au sein de la conférence interministérielle, nous redéposerons notre texte car cela voudra dire alors que nous aurons constaté une carence de la part de l'exécutif.

Vous me dites également qu'il est finalement assez difficile de légiférer en la matière car les ambulances doivent répondre à des conditions d'ordre technique. C'est le cas de tous les véhicules puisqu'ils doivent passer au contrôle technique et ce, quelle que soit leur affectation. Il n'y a donc rien de spécial à relever en la matière.

Vous dites aussi que les tarifs pratiqués sont soumis au ministre des Affaires économiques mais, là non plus, ce n'est pas différent des autres

De voorzitter.- Mevrouw Schepmans heeft het woord.

Mevrouw Françoise Schepmans *(in het Frans).- Mevrouw Persoons en ik wilden dat ons voorstel van ordonnantie verder werd besproken en eventueel zou worden geamendeerd naargelang van de resultaten van de interministeriële conferentie.*

De meerderheid heeft het voorstel nooit ernstig genomen, omdat ze van oordeel is dat de interministeriële conferentie het probleem wel zal oplossen.

Als we merken dat de interministeriële conferentie geen vooruitgang boekt, zullen we ons voorstel opnieuw indienen.

U zegt dat het moeilijk is om wetgeving in te voeren, omdat ambulances aan technische vereisten moeten beantwoorden. Dat is nochtans het geval voor alle voertuigen die onderworpen zijn aan de technische controle.

U zegt ook dat de tarieven onder de bevoegdheid van de minister van Economische Zaken vallen, maar dat is evenmin uitzonderlijk.

Vindt u ook dat chauffeurs van ziekenwagens moeten worden opgeleid? Moeten ze worden begeleid? Moeten de voertuigen uitgerust zijn met een defibrillator?

domaines.

D'après vous, faut-il également une formation du conducteur du véhicule de transport médico-sanitaire ? Doit-il être accompagné ? Le véhicule doit-il être muni d'un défibrilateur ?

Toutes ces questions méritent réponses et il est indispensable d'établir des normes pour sécuriser ces véhicules. Aujourd'hui, rien n'est prévu, le contrôle technique des véhicules excepté. Voilà qui est rassurant... N'est-ce pas cela que vous avez dit ?

Er moeten normen worden bepaald om de voertuigen veiliger te maken. Naast de technische controle van de voertuigen is er niets geregeld.

M. Benoît Cerexhe, membre du Collège réuni.- Je vous ai dit cela uniquement pour énumérer les normes qui s'appliquent dans ce domaine. Vous caricaturez mon propos lorsque vous dites que j'ai seulement cité le contrôle technique !

Je pense avoir été suffisamment dans les détails dans ma réponse. Je dis simplement que nous sommes confrontés à une matière extrêmement complexe et à un foisonnement de normes et d'intervenants.

Quel est notre rôle dans tout cela ? Ou l'on rajoute une couche de complexité, ou l'on essaie de coordonner. C'est sur la table de la conférence interministérielle. Si cela n'aboutit pas, nous prendrons nos responsabilités législatives.

De heer Benoît Cerexhe, lid van het Verenigd College *(in het Frans).- U verdraait mijn woorden. Volgens mij was mijn antwoord volledig. Ik heb er enkel op gewezen dat de materie zeer complex is en dat er een overvloed van normen en betrokken instanties is.*

Het dossier staat op de agenda van de interministeriële conferentie. Als die geen resultaten boekt, zullen wij onze wetgevende verantwoordelijkheid nemen.

Mme Françoise Schepmans.- Pourquoi perdre du temps ?

Mevrouw Françoise Schepmans *(in het Frans).- Waarom nog meer tijd verliezen?*

M. Benoît Cerexhe, membre du Collège réuni.- Ce n'est pas perdre du temps. Je pourrais multiplier le nombre d'exemples de cas juridiquement kafkaïens. Le problème du patient allemand qui vient se faire soigner dans un hôpital bruxellois est un bon exemple. Je n'ai pas envie d'aller dans cette direction, je préfère trouver des solutions de coordination. Si l'on n'y arrive pas, on prendra une règlementation bruxelloise, et en COCOF également.

De heer Benoît Cerexhe, lid van het Verenigd College *(in het Frans).- Dit is geen tijdverlies. Momenteel zijn er heel wat kafkaiaanse toestanden. Pas als er geen resultaten worden geboekt op het niveau van de interministeriële conferentie zullen we een regelgeving uitwerken op het niveau van het Brussels Gewest en de COCOF.*

Mme Françoise Schepmans.- Je vous dirai que c'est bien la première fois qu'on s'inquiète de la complexité des règles dans le domaine de la santé. Je pense que, quand on est bruxellois, le transport sanitaire peut relever de la compétence de la COCOM. On ne se pose pas la question de savoir

Mevrouw Françoise Schepmans *(in het Frans).- Het is de eerste keer dat men zich zorgen maakt over de complexiteit van de regels in de gezondheidszorg. In Brussel zouden wij het ziekenvervoer kunnen laten afhangen van de GGC, zodat het er niet meer toe doet tot welke gemeen-*

à quel groupe ou quelle Communauté on appartient dans ce cas-là.

Évidemment, il y a des règles générales. Le Code civil règle la plupart des actes que nous posons dans la société et dans notre vie, mais ce n'est pas pour cela qu'il n'existe pas d'autres législations pour préciser les choses.

La réponse que vous m'avez donnée ne me satisfait absolument pas. Vous prenez des exemples de professeur de droit, mais la Région wallonne a, elle, légiféré !

Je ne vois donc pas pourquoi, en Région bruxelloise, nous n'aurions pu prendre une telle initiative. La pléthore d'exemples que vous donnez, en parlant des ambulances militaires ou du patient allemand rapatrié sur Bruxelles, ne sert qu'à noyer le poisson. La coordination est indispensable et des mesures efficaces doivent être prises.

J'applique dans ce domaine le principe de précaution : on légifère, et si difficulté il y a, on adapte. Dans le cas actuel, j'ai le sentiment que les Bruxellois restent au balcon et que, sur le plan de la couverture qualitative, ils n'ont pas droit aux mêmes exigences que dans les autres Régions.

M. Benoît Cerexhe, membre du Collège réuni.- En Région wallonne, le dernier décret voté n'est pas d'application parce qu'on se rend compte des difficultés qu'il y a à l'appliquer.

Mme Françoise Schepmans.- Absolument pas ! On y a proposé des modifications pour l'adapter à la réalité. Je constate qu'en Région bruxelloise, on ne fait rien. Mais vous me direz peut-être que c'est plus simple.

- L'incident est clos.

schap men behoort.

Het Burgerlijk Wetboek regelt de meeste handelingen die wij in ons leven stellen, maar dat neemt niet weg dat andere wetgevingen nodig zijn om bepaalde zaken meer in detail te regelen.

Uw antwoord ontgoochelt mij. Het Waals Gewest heeft niet geaarzeld om wetgevend op te treden. Waarom kunnen wij in het Brussels Gewest geen soortgelijk initiatief nemen? Er is nood aan coördinatie en doeltreffende maatregelen.

Wij moeten daarbij het voorzorgsbeginsel toepassen: wij werken een regelgeving uit en passen die aan indien nodig. Ik heb het gevoel dat de Brusselaars momenteel in de kou blijven staan en geen recht hebben op dezelfde kwaliteit als in de andere gewesten.

De heer Benoît Cerexhe, lid van het Verenigd College *(in het Frans).- Het nieuw Waals decreet is niet van toepassing, omdat er moeilijkheden zijn opgedoken.*

Mevrouw Françoise Schepmans *(in het Frans).- Dat is niet waar. Er zijn wijzigingen voorgesteld om het decreet aan te passen. In het Brussels Gewest gebeurt er echter niets.*

- Het incident is gesloten.

INTERPELLATION DE MME GISÈLE MANDAILA

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

INTERPELLATIE VAN MEVROUW GISÈLE MANDAILA

TOT DE HEER JEAN-LUC VANRAES, LID VAN HET VERENIGD COLLEGE, BEVOEGD VOOR HET GEZONDHEIDS-BELEID, FINANCIËN, BEGROTING EN

RELATIONS EXTÉRIEURES,

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

concernant "la précarité chez les femmes enceintes et les risques médicaux associés".

M. le président.- À la demande de l'auteure, excusée, l'interpellation est retirée et transformée en question écrite.

INTERPELLATION DE MME ISABELLE MOLENBERG

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 bilan de dépistage du cancer du sein".

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

La parole est à Mme Molenberg.

Mme Isabelle Molenberg.- À l'occasion du mois d'octobre, dédié à la lutte contre le cancer du sein, il me semblait essentiel de revenir sur cette problématique, qui reste assez préoccupante en Belgique. Je rappelle que, chaque année, 9.400 nouveaux cas de cancer du sein et 2.280 décès sont recensés.

Plus inquiétant encore, d'après les dernières statistiques en matière de cancer du sein publiées par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la Belgique se place en tête du classement européen.

EXTERNE BETREKKINGEN,

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

betreffende "de armoede bij zwangere vrouwen en de ermee gepaard gaande gezondheidsrisico's".

De voorzitter.- Op verzoek van de indiener, die verontschuldigd is, wordt de interpellatie ingetrokken en omgevormd tot een schriftelijke vraag.

INTERPELLATIE VAN MEVROUW ISABELLE MOLENBERG

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 balans opsporing borstkanker".

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

Mevrouw Molenberg heeft het woord.

Mevrouw Isabelle Molenberg *(in het Frans).- De maand oktober stond in het teken van de bestrijding van borstkanker. Jaarlijks worden in België 9.400 nieuwe gevallen vastgesteld en zijn er 2.280 overlijdens te wijten aan deze ziekte.*

Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) komt borstkanker verhoudingsgewijs en in vergelijking met andere Europese landen het vaakst voor in België. Volgens specialisten heeft dat ook te maken met het goede opsporingssysteem. Daardoor komen meer gevallen aan het

Selon certains spécialistes, plusieurs explications sont avancées pour expliquer ces chiffres, notamment le système performant de dépistage du cancer du sein en Belgique. En effet, le dépistage systématique fait baisser la mortalité du cancer du sein, mais, à court terme, augmente son incidence de par le nombre de cas par an.

Qu'en est-il du programme de dépistage du cancer du sein en Région bruxelloise ? Il n'est plus à rappeler qu'en Belgique, trop peu de femmes participent au programme de dépistage systématique et que des efforts doivent encore être accomplis afin d'obtenir au minimum un taux de couverture de 70%.

D'après les données recueillies par l'Agence intermutualiste (AIM), reprises dans un rapport sur le programme de dépistage du cancer du sein sur des périodes entre 2001 et 2006 - je signale qu'un nouveau rapport de l'AIM a été publié en septembre dernier -, on peut constater que le taux de participation total enregistré après six années de programme de dépistage s'élevait à 59% pour la Belgique.

Ces chiffres sont également ventilés par Région : 62% de femmes se font examiner en Région flamande, 53% en Région bruxelloise et 57% en Wallonie. Le rapport de l'AIM souligne également qu'en Wallonie, 39% des femmes invitées n'ont jamais été examinées. À Bruxelles, ce chiffre s'élève à 28%.

Par ailleurs, à Bruxelles, la couverture par mammotest a atteint seulement 10,4% des femmes invitées en 2008, alors que ce pourcentage atteint 41% en Flandre. Il ressort également du rapport précité que très peu de femmes substituent la mammographie diagnostique au mammotest.

Face à cette situation, diverses initiatives ont été lancées par la Région bruxelloise. S'agissant de l'amélioration de l'information et de la sensibilisation au programme de dépistage du cancer du sein, la Fondation contre le cancer avait pour mission temporaire d'élaborer un plan stratégique d'information et de sensibilisation pour le dépistage du cancer du sein organisé en Région de Bruxelles-Capitale.

Ce plan a-t-il pu être finalisé ? Dans la négative,

licht en daalt de mortaliteit.

Hoe zit het met de opsporing van borstkanker in het Brussels Gewest? In België nemen te weinig vrouwen deel aan de opsporingsprogramma's, terwijl een dekkingsgraad van 70% bereikt zou moeten worden.

Volgens het Intermutualistisch Agentschap (IMA) bedraagt de deelnemingsgraad in België gemiddeld 59%. Het percentage voor het Vlaams, Brussels en Waals Gewest is respectievelijk 62%, 53% en 57%. Volgens het IMA heeft 39% van de Waalse vrouwen die worden uitgenodigd zich nooit eerder laten onderzoeken. In Brussel bedraagt dat percentage 28%.

In 2008 heeft in Brussel maar 10,4% van de aangeschreven vrouwen gereageerd, tegenover 41% in Vlaanderen. Uit het verslag blijkt ook dat maar zeer weinig vrouwen de diagnose-mammografie door een mammotest vervangen.

Op basis van die vaststellingen heeft het Brussels Gewest verschillende initiatieven genomen. Om de informatie en de bewustmaking rond het borst-kankerscreeningprogramma te verbeteren, heeft het gewest de Stichting tegen Kanker gevraagd om een strategisch plan voor Brussel uit te werken. Is dat plan voltooid? Welke maatregelen bevat het ten aanzien van de doelgroep (vrouwen die noch een opsporingsmammografie, noch een algemeen borstonderzoek laten uitvoeren)?

Wat zijn de specifieke vragen van de huisartsen? Is de samenwerking tussen de verschillende partners, zoals Brumammo en het Centre local de promotion de la santé, goed verlopen?

Wat waren de resultaten van de vragenlijst die naar de vrouwen werd gestuurd die niet hadden gereageerd op de oproep van 2009? Hoeveel vrouwen hebben die vragenlijst teruggestuurd naar Brumammo? Geven die vragenlijsten meer informatie over de redenen waarom die vrouwen niet aan het programma hebben deelgenomen?

Beschikt u reeds over de studie van het Intermutualistisch Agentschap (IMA) met betrekking tot het profiel van de vrouwen uit de doelgroep?

où en est son élaboration ? Quelles mesures comporte-t-il, particulièrement en faveur du public cible, soit les femmes qui ne recourent ni au dépistage, ni au bilan sénologique ?

Quelles ont été les demandes spécifiques émanant des médecins généralistes ? La collaboration entre les différents acteurs concernés tels que Brumammo ou le Centre local de promotion de la santé (CLPS) s'est-elle bien déroulée ?

Quel a été le bilan du test de rappel avec enquête, mené auprès des femmes non participantes en 2009 ? Est-ce que beaucoup de questionnaires ont été renvoyés à Brumammo ? Disposez-vous de plus d'informations sur les causes de la non-participation de ces femmes au mammotest ?

Dans le même ordre d'idées, une étude de l'AIM sur le profil des femmes appartenant au groupe cible devait être réalisée. Disposez-vous des résultats de cette étude ?

De nouvelles campagnes bruxelloises de promotion du dépistage par le mammotest sont-elles prévues prochainement ? D'autres actions sont-elles prévues en vue de sensibiliser et d'optimaliser la couverture de la population cible ?

À combien s'élève le nombre d'unités de mammographie agréées en Région bruxelloise ?

Quels ont été les résultats du projet pilote mené au sein de la commune d'Anderlecht en novembre 2009 via l'usage de la "mammobile" ? Ont-ils été concluants ? Est-ce que pareille expérience sera menée dans d'autres communes ?

S'agissant de la question de l'extension de la tranche d'âge, le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) vient de publier une nouvelle étude sur la pertinence de l'instauration d'un dépistage systématique du cancer du sein pour les femmes âgées de 40 à 49 ans.

Les conclusions des experts sont claires : "Le dépistage organisé par mammographie des femmes asymptomatiques âgées de 40 à 49 ans et qui n'appartiennent pas à un groupe à haut risque n'est pas recommandé, compte tenu des risques liés au dépistage systématique qui peuvent être de trois ordres : inclure des femmes en bonne santé dans

Zijn er binnenkort nieuwe Brusselse opsporings-programma's gepland? Welke andere maatregelen zijn er gepland om de doelgroep beter te bereiken?

Hoeveel erkende mammografie-eenheden telt het Brussels Gewest?

Waren de resultaten van het proefproject met de mammobiel in Anderlecht positief? Zal het project tot andere gemeenten worden uitgebreid?

Uit een nieuwe studie van het Federaal Kennis-centrum voor de Gezondheidszorg blijkt dat een systematische borstkankerscreening bij vrouwen tussen 40 en 49 jaar die geen symptomen vertonen en niet tot een hoge risicogroep behoren, niet aanbevolen is, omdat zo heel wat gezonde vrouwen aan een onderzoek worden blootgesteld, waardoor kanker kan ontstaan, met name door de straling van de mammografieën en omdat de diagnose kan worden vertraagd door een vals negatief resultaat.

Hoewel de deskundigen preciseren dat het moeilijk is de voor- en nadelen van de screening tegen elkaar af te wegen, zijn zij het erover eens dat de mortaliteit wel met 15% is verminderd, wat niet te verwaarlozen is.

Ik hoop dat u de wetenschappelijke evolutie ter zake van nabij zult volgen, want de kwestie van de uitbreiding van de leeftijdsgroep blijft actueel. Zo is in Frankrijk het opsporingsprogramma uitge-breid tot 74 jaar. Andere landen hebben het dan weer ingevoerd vanaf 40 jaar.

Hoewel er een lichte daling van het aantal borstkankers na de menopauze is, blijft het aantal borstkankers voor de menopauze toenemen. Een derde van de borstkankers treft vrouwen onder de 50 jaar. Vrouwen krijgen op steeds vroegere leeftijd borstkanker. Kanker ontwikkelt zich bovendien veel sneller bij jonge vrouwen. Wij moeten dus waakzaam zijn.

Kanker zou vooral veroorzaakt worden door vervuilende elementen, onder meer in de voeding, die de hoeveelheid vrouwelijke hormonen in het bloed doen stijgen en zo borstkanker veroorzaken.

Primaire preventie is dan ook uiterst belangrijk. Volgens de WGO is 30% van de gevallen gekoppeld aan factoren waarop kan worden

un circuit d'examens, induire des cancers liés au rayonnement des mammographies et retarder le diagnostic en cas de résultat faussement négatif."

Toutefois, si les auteurs précisent que la quantification exacte des avantages et des inconvénients du dépistage reste sujette à incertitude, les principaux auteurs de l'étude s'accordent pour évaluer la diminution de la mortalité à 15%, ce qui est loin d'être négligeable.

Je voulais attirer votre attention sur cette question et j'espère que vous suivrez de près les évolutions scientifiques en la matière, étant donné que la question de l'extension de la tranche d'âge reste d'actualité. La France a, par exemple, étendu son programme de dépistage jusqu'à 74 ans. À l'inverse, certains pays l'ont instauré dès 40 ans. Je rappelle que l'évolution du cancer est beaucoup plus rapide chez les femmes jeunes. ll faut donc être vigilant.

Si on constate une légère diminution des cancers du sein en post-ménopause, les cancers du sein pré-ménopause, eux, continuent d'augmenter. À cet égard, une radiologue rappelait récemment qu'un tiers des cancers du sein touchent des femmes de moins de 50 ans et que les femmes affectées sont de plus en plus jeunes.

Elle estime que cette situation serait essentiellement due à des facteurs environnementaux. En effet, de nombreux produits polluants ou présents dans l'alimentation augmentent le taux d'hormones féminines dans le sang et partant, le taux de cancer du sein chez la femme. Or, la plupart des cancers du sein sont hormono-dépendants, c'est-à-dire que le risque de cancer s'accroît selon l'augmentation du nombre d'hormones féminines dans le sang.

On voit là toute l'importance de la prévention primaire. Je rappelle que, selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 30% des cancers du sein sont liés à des facteurs modifiables. À cet égard, une étude de 2002 a estimé que 25% des cancers du sein dans le monde sont dus au surpoids, à l'obésité et à un style de vie sédentaire.

De nombreuses études ont également montré que trois à quatre heures d'exercice physique par semaine diminuerait le risque de cancer du sein de

ingespeeld. Volgens een studie uit 2002 is een kwart van de kankers wereldwijd te wijten aan overgewicht en aan te weinig beweging.

Vele studies wijzen erop dat drie à vier uur lichaamsbeweging per week het risico op kanker met 30 à 40% doet dalen. Bij vrouwen met overgewicht neemt het risico op kanker na de menopauze toe met 50 tot 250%.

Door maatregelen te nemen die vrouwen aansporen gezonder te leven, kan men het aantal borstkankers doen dalen. Informatie, opvoeding en communicatie vormen de basis voor preventie.

Welke maatregelen voorziet u om de primaire preventie te stimuleren?

Ook al is het goed dat de mammotest de nodige aandacht krijgt, toch mag men bij risicogroepen het belang van een individueel en grondig onderzoek niet onderschatten.

Ik betreur dat men de terugbetaling door het RIZIV wil beperken voor vrouwen die niet tot een risicogroep behoren.

Ik hoop van harte dat u uw inspanningen zult opvoeren om deze ziekte terug te dringen. De medische wereld en de onderzoekers verzetten voortreffelijk werk. Nu is het aan de overheid om zich in te zetten.

30 à 40% par rapport aux femmes sédentaires. Par ailleurs, les femmes en surpoids connaissent une augmentation de risque de cancer du sein après la ménopause qui peut aller de 50 à 250%, proportionnellement à leur excès de poids.

Ces constats démontrent combien la prévention primaire est essentielle. L'adoption de mesures en vue de promouvoir un meilleur mode de vie aurait un impact certain sur l'incidence future du cancer du sein. Par ailleurs, l'information, l'éducation et la communication sont les éléments de base des stratégies de prévention et d'éducation thérapeutiques dans ce domaine.

Dès lors, quelles mesures comptez-vous entreprendre en faveur d'une politique de prévention primaire ?

Par ailleurs, si le mammotest doit être encouragé, il ne faut pourtant pas négliger l'intérêt du dépistage individuel - interrogatoire, palpation des seins, échographie, mammographie ciblée et, le cas échéant, ponction - chez les femmes à risque, et en particulier celles qui ont des seins denses.

Dès lors, je ne peux que déplorer le projet qui est en cours et qui vise à limiter le remboursement INAMI pour les femmes qui ne présenteraient pas de facteurs de risque, bien que cela ne relève pas de votre compétence.

En ce mois d'octobre, je souhaite vivement que vous poursuiviez les efforts en vue de proposer et de mettre en œuvre les moyens qui feront reculer cette maladie. Le corps médical est à la hauteur des enjeux et les chercheurs ne sont pas en reste. Il est important que les élus et les gouvernements s'investissent dans ce défi de santé publique de première importance, afin de faire en sorte que le cancer du sein ne soit plus une fatalité pour des milliers de femmes en Belgique.

Discussion

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

M. Philippe Close.- On peut évidemment se réjouir de ce Plan cancer. Il a largement profité à

Bespreking

De voorzitter.- De heer Close heeft het woord.

De heer Philippe Close *(in het Frans).- Het kankerbestrijdingsplan is natuurlijk een goede*

notre Région et à l'Institut Jules Bordet, qui en a été l'un des moteurs, je suis bien placé pour le savoir.

La dernière interpellation sur ce sujet avait été faite par mon collègue, M. Ahmed El Ktibi. Depuis lors, de grandes campagnes ont été entreprises et la Région ne ménage pas ses efforts pour toucher un maximum de personnes.

Le débat consiste à savoir où se situe le "break d'efficacité" de ce test, c'est-à-dire le rapport entre ce que l'on investit dans ce test et les morts évitées. Généralement, on parle de 70% du public cible testé. Se situe-t-on dans le même ordre de proportion pour ce genre de tests ?

On constate, malgré les efforts consentis, que l'on ne progresse que de 1% par an, ce qui n'est quand même pas énorme. Il faudrait étudier comment toucher davantage de personnes.

Par ailleurs, les problèmes rencontrés avec ce type de tests relèvent de divers ordres. À l'origine, il y a un problème du côté des médecins qui, parfois, hésitent quant à l'utilité de les faire passer immédiatement. Je suppose que le chiffre de 54% cumule la mammographie et le mammotest.

Les campagnes ont été rassurantes et ont montré qu'il y avait encore quelque chose à faire. Il faut cependant reconnaître que ces tests sont douloureux et que certaines femmes hésitent à les passer à nouveau. Il ne faut pas négliger ce paramètre. Il ne s'agit en effet pas d'une simple prise de sang.

Je m'interroge sur les campagnes de sensibilisation. La campagne régionale avec la Miss Belgique d'origine turque fut très intéressante, car il s'agissait d'un public difficile à sensibiliser en la matière, vu qu'on touche à quelque chose qui relève de l'intime.

Il faut vraiment continuer dans cette voie et faire appel à de telles personnalités, qu'elles soient présentatrices de télévision ou stars de la chanson. Il faut que ce test soit banalisé.

On parlait dans le rapport d'une expérience saugrenue, la "mammobile" à Anderlecht, qui a eu très peu de retours - sept personnes pour 1.200

zaak.

De laatste interpellatie over dit onderwerp was die van de heer El Ktibi. Sindsdien werden er grootschalige campagnes georganiseerd. We doen al het mogelijke om zoveel mogelijk mensen te bereiken.

Het debat gaat eigenlijk over de efficiëntie van de test, met andere woorden het verband tussen de kostprijs ervan en het aantal levens dat ermee gered kan worden. Doorgaans wordt 70% van de doelgroep bereikt. Hoe zit het met deze test?

Ondanks de inspanningen van de overheid, neemt de deelnemingsgraad jaarlijks slechts met 1% toe. U zou moeten nagaan hoe we nog meer mensen kunnen bereiken.

Er zijn nog meer problemen met de mammotest. Zo twijfelen sommige artsen aan de efficiëntie ervan. Ik veronderstel dat het percentage van 54% zowel over mammografieën als mammotests gaat.

De campagnes hebben aangetoond dat er nog werk aan de winkel is. De mammotests zijn pijnlijke onderzoeken en sommige vrouwen ondergaan ze liever niet meer.

Ik stel me vragen bij de bewustmakingscampagnes. Het was wel een goed idee om een miss van Turkse afkomst te gebruiken als gezicht voor de campagne, want het gaat hier om moeilijk te bereiken vrouwengroepen. We moeten op die weg verdergaan en een beroep doen op bekende mensen, zodat het voor iedereen een normale zaak wordt om deze test te ondergaan.

Volgens een rapport kreeg de mammobiel in Anderlecht erg weinig respons: slechts 7 reacties op 1.200 brieven. Was dat nuttig? Zo'n test laten doen in een bestelwagentje naast de markt lijkt misschien raar, maar het is op zich wel laag-drempelig. Was de uitnodiging dan onhandig geformuleerd?

Moet u dit project verderzetten? U moet een doelstelling bepalen, de efficiëntie en de kostprijs van de test afwegen tegen de sterfgevallen die hij voorkomt, en een meerjarenplan opstellen.

U moet er ook nog meer huisartsen en

envois. C'est bien de l'avoir fait. Mais était-ce intéressant ?

J'ai un peu de mal à croire qu'on ait été faire un mammotest à la sortie d'un marché, dans une camionnette ; en même temps, c'était aller à la rencontre d'un quartier. Était-ce l'invitation qui était mal rédigée ?

Ces expériences vont-elles être poursuivies ? De façon générale, il faut se fixer un objectif, déterminer le seuil d'efficacité du test, une comparaison du coût et de l'efficacité en regard de la mortalité qu'il évite, et mettre en place un plan d'action pluriannuel.

Le test rentre dans les mœurs, mais il faut poursuivre la démarche et y associer encore plus médecins généralistes, maisons médicales et hôpitaux, même s'ils le sont déjà largement.

Depuis la question de mon collègue, M. El Ktibi, de nombreuses campagnes ont été entreprises sur le sujet. Et même si les pourcentages sont un peu décevants, ils continuent à augmenter.

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

M. Jacques Morel.- Lors de précédentes interpellations, nous avons eu l'occasion d'exposer toutes les difficultés rencontrées, surtout à Bruxelles, au niveau du programme de dépistage piloté par Brumammo. Nous avons alors évoqué la difficulté d'obtenir des niveaux de participation significatifs de la part des femmes de 50 à 69 ans qui sont invitées par courrier à se présenter au dépistage par mammotest.

Cette difficulté est générale, mais est plus importante à Bruxelles du fait de plusieurs facteurs spécifiques, notamment le caractère multiculturel de la population. Cet élément impose de travailler de façon adaptée la communication et la motivation à se déplacer vers ce mode de dépistage.

Une autre spécificité de Bruxelles réside dans la configuration de l'offre médicale, qui est très importante et très spécialisée. Celle-ci a installé, avant même le dépistage par mammotest, une culture du dépistage individuel par la réalisation de bilans sénologiques qui incluent mammographie,

ziekenhuizen bij betrekken.

Sinds de vraag van de heer El Ktibi, zijn er heel wat campagnes ondernomen en hoewel de percentages laag blijven, stijgen ze toch.

De voorzitter.- De heer Morel heeft het woord.

De heer Jacques Morel *(in het Frans).- Wij hebben al eerder gesproken over problemen in verband met het opsporingsprogramma van Brumammo, zoals het feit dat te weinig vrouwen tussen 50 en 69 ingaan op een schriftelijke uitnodiging om zich te laten onderzoeken.*

Onder meer de multiculturele bevolking maakt dat dit probleem groter is in Brussel dan elders. De communicatie moeten daaraan worden aangepast.

Een ander typisch Brussels gegeven is het grote medische aanbod, wat ertoe leidt dat heel wat mensen zich individueel laten testen via mammografieën, echografieën en anatomisch-pathologische onderzoeken.

De mammotest wordt daar soms negatief mee vergeleken. Nochtans blijft het een belangrijk element voor de volksgezondheid en ook daarvan moet u de mensen bewust maken.

Een derde probleem is de uitnodiging zelf, die om de twee jaar per brief verstuurd wordt en lang niet

échographie, et éventuellement examen anatomopathologique.

Par rapport à tout ce dispositif, le mammotest est parfois présenté comme un peu dérisoire. Il reste pourtant un acte tout à fait pertinent dans une démarche de santé publique. Sur ce volet-là également, un travail de communication devrait être réalisé, quasi à contre-courant de la culture sanitaire dominante.

Le troisième volet, d'ordre général également, pose des problèmes particuliers à Bruxelles. Il s'agit de la culture même de la procédure d'invitation, puisqu'il s'agit d'une invitation sur support papier, par courrier, tous les deux ans... qui n'est sans doute pas accessible à l'ensemble de la population

Le bilan présenté par l'Agence intermutualiste sur les six premières années du programme montre que son efficacité reste relativement faible, surtout du fait des difficultés à accroître la participation des femmes. Celle-ci devrait idéalement atteindre quelque 65 à 70% pour espérer réduire la mortalité de 25 à 30%. Nous en sommes encore très loin à Bruxelles.

Pourriez-vous faire le point sur la question ? Quelle est l'évolution des chiffres bruxellois en cette matière ?

Toujours dans le cadre de la journée de bilan organisée par le projet Lama, le responsable de Brumammo soulignait l'intérêt de réfléchir à l'organisation des dispositifs de prévention de manière plus horizontale que verticale. Cela en impliquant particulièrement les acteurs de première ligne, les médecins généralistes, mais aussi les associations de femmes, mieux susceptibles de susciter la participation.

Cet élément me semble essentiel pour le programme de dépistage du cancer du sein, mais aussi pour l'organisation de la prévention et son intégration dans les services de proximité et de soins de base.

L'année dernière, conscient de la faible participation au dépistage, vous aviez requis deux experts pour rédiger un plan de communication dans le cadre de la Fondation contre le cancer, dans un premier temps. Ce travail exploratoire

iedereen bereikt.

Het verslag van het Intermutualistisch Agentschap over de eerste zes jaar van het programma, geeft aan dat het aantal deelnemende vrouwen nog steeds te laag is. Om het sterftecijfer met 25 à 30% te verminderen, moet 65 à 70% van de vrouwen deelnemen. Daar zitten we ver vanaf.

Hoe evolueren de Brusselse cijfers?

Brumammo dringt aan op horizontaal geïntegreerde in plaats van verticaal geïntegreerde preventiemaatregelen. Met andere woorden: de huisartsen, vrouwenverenigingen enzovoort moeten erbij worden betrokken.

Volgens mij is die manier van werken van essentieel belang voor de opsporing van borst-kanker.

Vorig jaar gaf u twee deskundigen de opdracht om een communicatieplan op te stellen omdat te weinig vrouwen zich laten onderzoeken.

Welke communicatiestrategie hebben ze voorgesteld?

Hoeveel personeel en welke communicatie en logistieke middelen zult u gebruiken om die strategie in praktijk te brengen?

arrive à son terme et une phase de mise en oeuvre de ses conclusions peut être envisagée.

Pourriez-vous nous préciser les pistes qu'il propose en matière de communication et de sensibilisation pour accroître le taux de participation des femmes au programme de dépistage ?

Quels sont les moyens humains, de communication ou logistiques que vous envisagez d'engager dans la concrétisation de ses recommandations ?

M. le président.- La parole est à Mme d'Ursel.

Mme Anne-Charlotte d'Ursel.- J'aurais souhaité vous entendre, M. le ministre, au sujet de la prise en compte de la prévention primaire dans les programmes de dépistages actuels et futurs.

Certains de mes collègues étaient déjà intervenus à cet égard notamment à la Communauté française, et ils avaient insisté sur la nécessité d'intégrer les techniques de prévention primaire, et pas seulement secondaire, que ce soit par des médicaments préventifs ou par des programmes spécifiques. Les effets positifs de ceux-ci font l'objet de très récentes études de plus en plus pertinentes.

Au niveau de la Communauté française, la question est systématiquement renvoyée à l'État fédéral, compétent en matière de médicaments, ou écartée pour des raisons d'approche globale. La question spécifique de la méconnaissance des risques en amont de la prévention secondaire n'est clairement pas suffisamment intégrée.

Y a-t-il, au sein des institutions agréées par la Commission communautaire commune qui traitent de la problématique du cancer du sein, une prise en compte de la prévention primaire par le biais de programmes spécifiques ?

Au vu de l'importance croissante qu'est appelée à prendre la prévention primaire du cancer du sein dans les prochaines années, pouvez-vous nous dire si vous avez l'intention d'aborder cette question au cours d'une prochaine conférence interministérielle de la Santé ?

De voorzitter.- Mevrouw d'Ursel heeft het woord.

Mevrouw Anne-Charlotte d'Ursel *(in het Frans).- Sommige van mijn collega's hebben reeds gehamerd op de noodzaak om niet alleen aan secundaire preventie, maar ook aan primaire preventie te doen, hetzij via preventieve geneesmiddelen hetzij via specifieke programma's. De positieve resultaten van die primaire preventie worden door steeds meer studies in de verf gezet. Primaire preventie zal in de toekomst alleen maar belangrijker worden.*

In de Franse Gemeenschap worden vragen rond primaire preventie systematisch doorverwezen naar de federale overheid, die bevoegd is voor geneesmiddelen, of onontvankelijk verklaard wegens de algemene benadering.

Besteden de instellingen die door de GGC zijn erkend, aandacht voor primaire preventie? Hebben zij specifieke programma's uitgewerkt?

Bent u van plan om dit punt op de agenda van de interministeriële conferentie Gezondheid te plaatsen?

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

Mme Jacqueline Rousseaux.- L'interpellation de Mme Molenberg remet à l'ordre du jour un sujet essentiel pour les femmes de notre pays et en particulier de la Région bruxelloise. Il y a quelques mois, l'INAMI a fait la proposition à Mme Onkelinx de limiter le remboursement des dépistages du cancer du sein au seul mammotest, au-delà d'un certain âge, et de ne plus intervenir dans les frais de dépistage par palpation, voire par ponction chez des femmes plus jeunes.

Je vous ai déjà interpellé à ce sujet, bien que ce ne soit pas de votre compétence directe, mais bien du fédéral, car vous évoquez régulièrement l'importance des réunions des ministres de la Santé des différents niveaux de pouvoir. Nous savons que, très souvent, le cancer du sein frappe des femmes jeunes, qui ne sont pas dans une catégorie à risque.

Je tiens à préciser que les propositions de l'INAMI ne concernaient pas les femmes dites "à risque". Or, beaucoup de femmes de cinquante ans ou moins sont frappées d'un cancer du sein alors qu'elles ne présentent aucun risque.

C'est pourquoi il est important de maintenir le remboursement du dépistage par palpation et, si le besoin s'en fait sentir après palpation et échographie, du dépistage par ponction chez des femmes plus jeunes également. Chez les femmes plus jeunes, le cancer se développe d'ailleurs beaucoup plus rapidement que chez les femmes plus âgées.

Où en est cette proposition de l'INAMI ? Quelle position a-t-on pris ? Quelle intervention avez-vous faite lors de la réunion des ministres de la Santé ?

La population bruxelloise est hélas en danger face à cette maladie. La responsabilité en est multiple. Mme Molenberg a évoqué des causes liées à l'environnement. Il y en a d'autres.

Il s'agit d'un problème essentiel qui a des répercussions sociales majeures. Quelle est votre position au sein de la réunion des ministres de la Santé ? Quelle est la position de la ministre

De voorzitter.- Mevrouw Rousseaux heeft het woord.

Mevrouw Jacqueline Rousseaux *(in het Frans).- Met de interpellatie van mevrouw Molenberg wordt een onderwerp op de agenda gezet dat belangrijk is voor alle vrouwen. Het RIZIV stelde minister Onkelinx enkele maanden geleden nog voor om enkel de mammotest terug te betalen vanaf een bepaalde leeftijd en andere onderzoeken helemaal niet meer.*

Ik heb u daarover al aangesproken. Het is immers bekend dat ook jonge vrouwen vaak borstkanker krijgen.

Het voorstel van het RIZIV zou geen gevolgen hebben voor vrouwen die tot een risicogroep behoren. Dat zijn echter niet de enige vrouwen die borstkanker krijgen.

Het is belangrijk dat het RIZIV ook andere vormen van borstonderzoek blijft terugbetalen, bijvoorbeeld met behulp van echografieën. Overigens ontwikkelt borstkanker zich veel sneller bij jonge vrouwen dan bij oudere.

Hoe zit het met het voorstel van het RIZIV? Wat is uw standpunt? Hebt u de kwestie besproken met uw collega's van andere beleidsniveaus?

Borstkanker komt vaak voor in Brussel. Dat heeft onder meer te maken met milieuvervuiling.

Het probleem heeft ingrijpende sociale gevolgen. Wat is het standpunt van minister Onkelinx over het voorstel van het RIZIV?

Een mammografie volstaat niet voor vrouwen met dicht borstweefsel. De meeste jonge vrouwen verkeren in dat geval. Zij moeten op een andere manier worden onderzocht om borstkanker op te sporen.

Onkelinx par rapport à la suggestion de l'INAMI ?

Je rappelle que la mammographie est inutile ou insuffisante en cas de seins denses. Or, la plupart des femmes plus jeunes présentent ce type de seins. En ce cas, souvent la mammographie ne permet pas d'identifier le début d'un cancer du sein. C'est la palpation et l'échographie qui permettent cette identification.

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

Mme Elke Roex *(en néerlandais).- Plutôt que nous lancer dans des discussions sur la pertinence des différentes méthodes, nous ferions mieux de nous concentrer sur la concrétisation de l'objectif qui est clairement défini par le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE), à savoir un taux de participation élevé des femmes âgées de 50 à 69 ans à la mammographie préventive, sans échographie.*

Pour renforcer ce taux de participation, nous devons organiser des campagnes qui s'adressent à tous les groupes de population, via des témoignages et la sensibilisation de petits groupes. Nous devons cibler les associations de femmes allochtones, de jeunes mères, de groupes de quadragénaires, etc.

Dans les quartiers difficiles, un simple courrier ne suffit pas pour convaincre les femmes de passer un tel examen. Un contact personnel est nécessaire, pour démystifier la mammographie. Le mammobile doit être utilisé dans les quartiers trop éloignés d'un hôpital ou là où les barrières psychologiques sont trop importantes.

De voorzitter.- Mevrouw Roex heeft het woord.

Mevrouw Elke Roex.- Bij dergelijke discussies bestaat het gevaar dat we allemaal een beetje voor wetenschapper willen spelen en menen te weten dat de ene methode beter is dan de andere. Ik volg bij voorkeur de richtlijnen van het Federale Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), dat duidelijk zegt dat een hoge participatiegraad aan de preventieve mammografie, zonder echografie, noodzakelijk is tussen 50 en 69 jaar. Als we die doelstelling zouden bereiken in Brussel, zouden we veel verder staan dan door het houden van ellenlange discussies over methodes. Dat moeten wij niet onderzoeken; wij moeten zorgen voor de uitvoering.

Waarom blijft die participatiegraad laag? Daar zijn culturele redenen voor. Er zijn ook veel dokters die om financiële redenen een mammografie mèt een echografie preferen. We moeten echter ook eens kijken of de verschillende campagnes wel effectief waren. Zo zou de miss-campagne niet zoveel effect gehad hebben, al is dat moeilijk te beoordelen ? In elk geval is het belangrijk dat we in alle bevolkingsgroepen ook campagne voeren via getuigenissen en via de bewustmaking van kleine groepjes. Daarvoor moeten we ons richten op verenigingen van allochtone vrouwen, jonge moeders, groepen van veertigers, enzovoort.

Dit is ook waarom de "mammobiel" niet zo goed werkte. In moeilijke wijken kun je de mensen niet met een brief naar een onderzoek lokken. Dat werkt niet. We moeten de mensen persoonlijk aanspreken en zo de mammografie wat demystifiëren. Er zijn andere onderzoeken die veel lastiger zijn, dus we moeten daar geen horrorverhalen over ophangen. Kleine groepen in de wijken moeten het doelpubliek zijn en de mammobiel kan dan ingezet worden daar waar

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

M. André du Bus de Warnaffe.- Concernant le dépistage en lui-même, pouvez-vous nous en dire plus quant à la coordination existante avec la Communauté française ? Cette dernière a mis sur pied un vaste programme de sensibilisation au dépistage, notamment en collaboration avec l'État fédéral. Mais quelle est la nature de la collaboration avec Brumammo ?

J'ai eu l'occasion de poser la question à la ministre de la Communauté française, Mme Laanan, qui nous a répondu que la collaboration était excellente. Très bien, mais qu'en est-il concrètement ?

Je souhaiterais comprendre plus spécifiquement la coordination entre les différents niveaux de pouvoir sur cette question majeure du dépistage, puisque les chiffres démontrent malheureusement la nécessité de fournir un effort très important en la matière.

Ensuite, j'en viens à la prévention primaire. Il y a une semaine, le CHU Brugmann, la Clinique du sein et le Centre de prévention ISALA ont fait part des résultats d'une enquête sur les effets de la prévention primaire, qu'ils ont réalisée auprès de 1.000 femmes. Il ressortait de cette enquête deux éléments fondamentaux.

En premier lieu, il faut valoriser toutes les stratégies d'information spécifiques quant aux risques d'apparition du cancer du sein. Les facteurs de risque sont au nombre de cinq, à savoir : l'administration de contraceptifs oraux ; le traitement hormonal de la ménopause ; l'inactivité physique ; la prise de poids et l'obésité ; la consommation abusive d'alcool.

Ces cinq facteurs de risque sont aujourd'hui reconnus par l'ensemble du monde scientifique comme étant des déterminants majeurs de la genèse du cancer du sein. Or, 81,6% des femmes demandent une information spécifique à ce propos. Le Centre de prévention plaide pour que les politiques mettent sur pied des stratégies ziekenhuizen te ver liggen of waar de drempel vermoedelijk te hoog zal zijn.

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

De heer André du Bus de Warnaffe *(in het Frans).- De Franse Gemeenschap heeft een grootschalige bewustmakingscampagne rond de opsporing van borstkanker opgezet, onder meer in samenwerking met de federale overheid. Hoe loopt de samenwerking met Brumammo? Waaruit bestaat die samenwerking precies? Minister Laanan van de Franse Gemeenschap heeft mij geantwoord dat die samenwerking uitstekend verloopt, maar ik had graag meer concrete informatie gehad over de coördinatie tussen de verschillende overheidsniveaus.*

Vorig week hebben het UVC Brugmann, de Borstkliniek en het ISALA Preventiecentrum de resultaten bekendgemaakt van een enquête inzake primaire preventie die bij 1.000 vrouwen werd uitgevoerd.

Uit die enquête blijkt dat er nog meer informatie moet worden verspreid over de vijf risicofactoren die door de wetenschappers als belangrijke oorzaken van borstkankerontwikkeling worden erkend: orale contraceptiva, hormonale therapieën tijdens de menopauze, te weinig lichaamsbeweging, zwaarlijvigheid en overmatig alcoholgebruik. Wel, 81,6% van de ondervraagde vrouwen wilde daar graag meer informatie over krijgen. Het Preventiecentrum pleit dan ook voor de ontwikkeling van specifieke informatie-strategieën.

Een tweede conclusie betreft de informatie die de huisartsen en de medische huizen kunnen geven. Is het mogelijk om, eventueel samen met Brumammo, een bewustmakingsbrochure op te stellen over de rol die de huisartsen kunnen spelen bij het verstrekken van die eenvoudige informatie in het kader van de primaire preventie?

d'information spécifiques.

En second lieu, il s'agit de l'information que peuvent donner l'ensemble des médecins généralistes. Je pense, entre autres, aux maisons médicales dont vous avez la charge et aux contacts que vous avez avec les médecins généralistes bruxellois. Dans quelle mesure serait-il possible, peut-être avec Brumammo, de réaliser une brochure de sensibilisation sur le rôle majeur que le médecin généraliste peut jouer dans la fourniture de ces informations très simples à l'attention des femmes dans le cadre de la prévention primaire ?

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

M. Benoît Cerexhe, membre du Collège réuni *(en néerlandais).- Mme Roex, ni M.Vanraes ni moi-même ne sommes médecins. Nos réponses sont basées sur les avis de l'Observatoire et de Brumammo.*

(poursuivant en français)

Nous avons établi cette réponse après concertation avec l'Observatoire de la santé et Brumammo pour les aspects techniques.

L'incidence du cancer, c'est-à-dire dire les nouveaux cas, plafonne, voire commence à diminuer dans les pays industrialisés depuis le début des années 2000. À Bruxelles, on ne dispose de chiffres que pour 2004 et 2005. Bien qu'ils soient supérieurs à la norme européenne, ils diminuent. Selon le Registre du cancer, ils passent - en chiffres standardisés pour l'âge - de 164,5 cas à 152,5 cas pour 100.000 femmes ; mais il est trop tôt pour savoir s'il s'agit d'une réelle tendance.

En Belgique, un quart des cancers du sein surviennent avant 50 ans, et non un tiers. Pour Bruxelles, le chiffre avancé par l'Observatoire de la santé dans son deuxième Rapport sur le dépistage du cancer du sein 2004-2005, est de 22,8%.

Selon le Registre du cancer dans sa publication "Cancer Incidence in Belgium 2004-2005", l'impression que les cancers du sein se manifestent de plus en plus tôt ne se traduit pas ou pas encore

De voorzitter.- De heer Cerexhe heeft het woord.

De heer Benoît Cerexhe, lid van het Verenigd College.- Mevrouw Roex, ik ben geen dokter. De heer Vanraes evenmin. Onze antwoorden zijn uiteraard gebaseerd op de adviezen van het Observatorium en van Brumammo.

(verder in het Frans)

Over de technische aspecten van het antwoord hebben we overlegd met het Observatorium voor Gezondheid en Brumammo.

Sinds het begin van de jaren '90 neemt het aantal nieuwe gevallen van kanker in de geïndustrialiseerde landen af, ook in Brussel, al liggen de cijfers nog steeds boven de Europese norm. Volgens het Kankerregister daalde het cijfer tussen 2004 en 2005 van 164,5 tot 152,5 gevallen per 100.000 vrouwen. Het is te vroeg om te weten of dit een echte trend is.

In België zijn een kwart van de getroffen vrouwen jonger dan 50. In Brussel gaat het volgens het rapport 2004-2005 van het Observatorium voor Gezondheid over 22,8%.

De indruk dat borstkanker steeds meer voorkomt, wordt niet bevestigd door de cijfers van het Kankerregister. De band met milieuverontreiniging is evenmin bewezen.

Ook het aantal overlijdens ten gevolge van borstkanker daalt in de geïndustrialiseerde landen. Die afname groeide in België van 12% tot 20%

dans les chiffres. Les causes environnementales sont des hypothèses non vérifiées.

En ce qui concerne la mortalité du cancer du sein, elle diminue un peu partout dans les pays industrialisés. En Belgique, par exemple, selon le rapport 2006 du Registre du cancer, cette diminution est passée de 12% à 20% entre 1998 et 2006. En France, on observe, selon les données 2005 de l'Institut de veille sanitaire, une tendance semblable : une diminution de 1,1% par an depuis 1993. Au Canada, la mortalité par cancer du sein a chuté de 25% en vingt ans, soit une diminution de 1,2% depuis 1999, selon le rapport 2007 de la Société canadienne du cancer. Aux États-Unis, la baisse a été de 26,6% entre 1991 et 2005.

À Bruxelles, le deuxième Rapport sur le dépistage du cancer du sein 2003-2006 de l'Observatoire de la santé nous apprend que, de 1990 à 2006, la mortalité par cancer du sein est passée de plus de 60 à 40 pour 100.000 femmes, soit une chute de 30% en 16 ans.

J'en viens maintenant aux données actualisées en matière de couverture par le mammotest. À Bruxelles, selon Brumammo, la couverture par mammotest en 2009 a été de 11,3%.

En ce qui concerne l'extension des catégories d'âges, le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE), dont Mme Roex a parlé, suit avec attention la problématique du dépistage de masse à partir de 40 ans. Il faut savoir qu'aux États-Unis, le débat fait rage et que deux écoles existent.

Enfin, comme l'a rappelé Mme Rousseaux, des discussions sont actuellement en cours au sein des organes de l'INAMI et plus particulièrement au sein du Conseil technique médical.

Le groupe de travail Cancer de la conférence interministérielle de la Santé, où l'INAMI est également représenté, suit particulièrement ce dossier. On tend à s'accorder sur la nécessité d'offrir une augmentation de la qualité des examens radiologiques chez les femmes à risque de 40 à 49 ans, avec une subdivision entre les femmes de 40 à 44 ans, et celles de 45 à 49 ans. On parle également de la nécessité d'augmenter la qualité des échographies qui peuvent être, dans certains cas, complémentaires aux examens

tussen 1998 en 2006. In Frankrijk, Canada en de VS zien we een gelijkaardige tendens.

In Brussel daalde het sterftecijfer tussen 1990 en 2006 van 60 naar 40 gevallen per 100.000 vrouwen, een daling dus met 30%.

Volgens Brumammo bereikte de mammotest in 2009 zo'n 11,3% van het Brusselse doelpubliek.

Het Federale Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) bestudeert de mogelijkheid van een massale opsporing vanaf 40 jaar. Daarover woedt een hevig debat in de Verenigde Staten.

Ook binnen het RIZIV, meer bepaald de Medische Technische Raad, zijn hierover gesprekken aan de gang.

De werkgroep rond kanker van de interministeriële conferentie Volksgezondheid, waarin het RIZIV ook is vertegenwoordigd, volgt het dossier op de voet. Men is het erover eens dat de kwaliteit van de radiologische onderzoeken bij vrouwen uit de risicogroep van 40 tot 49 jaar beter moet. Daarbij moet een onderverdeling worden gemaakt tussen de categorie 40-44 jaar en de categorie 45-49 jaar. Ook de kwaliteit van de echografieën zou volgens sommigen beter moeten.

Het risico bestaat dat het aantal verkeerde uitslagen van onderzoeken zal toenemen en dat ook meer vrouwen kanker zullen krijgen omdat ze worden bestraald. Dat is niet bevorderlijk voor het vertrouwen van de bevolking.

De Gemeenschappen zijn het erover eens om de kwaliteit van de onderzoeken te verbeteren door de uitslagen een tweede keer te laten beoordelen. Dat mag echter de mammotests voor vrouwen van 50 tot 69 jaar niet in het gedrang brengen. Dat is de enige leeftijdsgroep waarbij de mortaliteit is gedaald. De prioriteit ligt hier.

Er zijn echter niet zoveel radiologen beschikbaar om tweede lezingen van mammografieën te organiseren. De veralgemening van een tweede lezing mag er niet toe leiden dat de resultaten nog langer op zich laten wachten.

De experts die zijn aangesteld om een informatie- en bewustmakingsstrategie te bepalen, zijn bijna

radiologiques.

Il y a cependant un risque à surveiller attentivement, à savoir que le nombre de faux positifs sera proportionnellement plus élevé et que le risque d'irradiation, et donc de cancers radio-induits, n'est pas négligeable si on radiographie annuellement les femmes de moins de 50 ans. Cela va sans doute créer une image négative et une perte de confiance vis-à-vis de la prévention en général.

Par ailleurs, les Communautés estiment que, si elles peuvent marquer un accord sur l'augmentation de la qualité par l'instauration d'une deuxième lecture pour les mammographies de bilan pour les femmes à risque, cela ne doit pas porter préjudice au dépistage organisé par mammotest pour les femmes de 50 à 69 ans, qui restent la priorité puisque c'est la seule tranche d'âge pour laquelle on a pu observer à ce jour une baisse de la mortalité par cancer du sein.

Or, il faut savoir que le nombre de radiologues employés comme deuxièmes lecteurs n'est pas aussi extensible qu'on pourrait l'imaginer. De même, il ne faudrait pas que l'augmentation sensible des deuxièmes lectures entraîne une augmentation des délais de communication des résultats, délais qui sont déjà bien souvent trop longs.

En ce qui concerne la sensibilisation à propos de laquelle plusieurs d'entre vous sont intervenus, les experts désignés pour définir le plan stratégique d'information et de sensibilisation pour le dépistage des cancers, finalisent leur travail.

Tout au long du processus, un comité d'accompagnement constitué de professionnels en promotion de la santé, de représentants des médecins généralistes, de représentants des mutuelles ainsi que de Brumammo, s'est réuni à plusieurs reprises.

Toutes les personnes présentes ont marqué un réel intérêt pour le sujet. Le dépistage du cancer du sein est la priorité, mais toutes les réflexions ont été faites en vue de l'élargissement vers d'autres dépistages. Nous pensons ici au dépistage du cancer du col de l'utérus ainsi que du colon.

klaar met hun werk.

Een begeleidingscomité met onder meer vertegenwoordigers van huisartsenverenigingen, mutualiteiten en Brumammo heeft al meerdere keren vergaderd.

Alle aanwezigen lieten hun interesse voor het onderwerp blijken. De opsporing van borstkanker blijft de beleidsprioriteit, maar we overwegen ook opsporingsprogramma's voor andere soorten kankers, zoals baarmoederhalskanker.

De jongste vergadering van het comité vond plaats op 28 september 2010. De volgende vergadering is gepland voor 8 november 2010. Wij zullen hierop terugkomen tijdens de begrotingsbesprekingen. Wij zullen een aantal bewustmakingsacties voorstellen op basis van dat deskundigenrapport.

De Gemeenschappen hebben het Intermutualistisch Agentschap gevraagd om een analyse te maken van het medisch en sociaal-economisch profiel van de vrouwen die niet aan het opsporingsprogramma hebben deelgenomen. De eerste resultaten zullen worden voorgesteld op 18 oktober 2010.

Naar verluidt zouden vrouwen die regelmatig een huisarts zien, gemakkelijker aan het programma deelnemen. Vandaar het belang om de wisselwerking met de huisartsen te intensiveren, met name via het doormailen van de resultaten van de mammotests.

Om technische redenen en met het oog op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer werd er geen enquête uitgevoerd in 2009. Brumammo heeft beslist het budget 2009 te gebruiken voor een bewustmakingscampagne.

In het Brussels Gewest worden er niet alleen opsporingsprogramma's georganiseerd door de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, maar ook door de Franse en de Vlaamse Gemeenschap. Er zijn 26 mammografische eenheden in Brussel, waarvan 5 analoge en 21 digitale eenheden.

Het project van de mammobiel in Anderlecht heeft niet de verhoopte resultaten opgeleverd. Slechts 7 vrouwen hebben van die dienst gebruik gemaakt.

En pratique, la dernière réunion du comité a eu lieu le 28 septembre dernier et la prochaine est fixée au 8 novembre prochain. Nous en reparlerons lors des discussions sur le budget 2011. Nous proposerons une série d'initiatives de sensibilisation en nous basant sur le rapport de ces experts.

Dans le cadre des travaux de l'Agence intermutualiste effectués à la demande des Communautés, une analyse des caractéristiques médicales et socio-économiques des femmes non dépistées a été menée. Une réunion de discussion sur les résultats préliminaires est prévue le 18 octobre prochain.

On annonce d'ores et déjà ce qu'on peut appeler un "effet contact avec le médecin généraliste", à savoir que les femmes qui n'ont pas de contact avec un médecin généraliste sont peu nombreuses à s'inscrire dans le programme de dépistage organisé. D'où la nécessité de renforcer les interactions avec ces derniers, en particulier via la transmission par voie informatique des résultats des mammotests. En Région bruxelloise, plus de 90% des médecins généralistes actifs sont informatisés.

Par ailleurs, il n'y a pas eu d'enquête auprès des femmes non participantes en 2009 pour des raisons techniques et de protection de la vie privée. Brumammo a décidé de consacrer son budget 2009 à la sensibilisation via la campagne média.

Voici maintenant des informations concernant le programme de dépistage en Région bruxelloise qui, comme vous le savez, est organisé non seulement par la Commission communautaire commune mais aussi par les Communautés française et flamande. Les unités de mammographie sont au nombre de 26, dont 5 analogiques et 21 numériques. Une unité de mammographie a récemment dû arrêter ses activités suite au décès accidentel de son radiologue.

Le projet pilote des "mammobiles" à Anderlecht, en collaboration avec la VUB, la commune et les médecins locaux n'a pas donné les résultats escomptés. Sept femmes seulement se sont présentées. Le projet, initié par l'unité de mammographie de la VUB, semble avoir montré,

Die strategie heeft blijkbaar zijn grenzen in een stedelijk gebied.

Ik geloof niettemin in het contact op lokaal niveau, via de verenigingen en de vrouwengroepen. Die "nabijheidsstrategie" is niet onverenigbaar met de grootschalige campagnes. De grootschalige campagne in 2009 met Miss België, Zeynep Sever, heeft positieve effecten gehad op het vlak van de bewustwording, ook al zijn die resultaten niet onmiddellijk zichtbaar. Wij moeten echter ook op middellange en lange termijn werken.

Een andere prioriteit is de aanpassing van de financiering en de informatica van Brumammo aan het verwachte hogere werkvolume.

De primaire preventie van borstkanker is niet de enige mogelijkheid: gedragsfactoren spelen een rol bij de meeste kankers en ook bij onder meer cardiovasculaire aandoeningen.

We hebben een globale strategie nodig voor de promotie van de gezondheid, via methodes als "empowerment" en de ontwikkeling van psycho-sociale competenties. Daarvoor is samenwerking noodzakelijk met de Franse en de Vlaamse Gemeenschap, die bevoegd zijn voor permanente opleiding.

De promotie van het globaal medisch dossier, dat een onderdeel preventie omvat, kan gepaard gaan met een globale bewustmaking van de opsporings-mogelijkheden.

Veel auteurs waarschuwen ervoor om voor elke ziekte een apart plan uit te werken.

Het verslag van het Intermutualistisch Agentschap heeft betrekking op de periode 2002-2007 en dus op de eerste drie rondes. Bij het interpreteren van de resultaten moet er wel rekening mee worden gehouden dat de begindata van de programma's verschillen in de drie gewesten en dat eind 2007 de derde ronde nog niet afgelopen was in het Waals en het Brussels Gewest.

Net als in de andere gewesten is de deelname aan het borstkankerscreeningprogramma in Brussel gestegen, namelijk van 3,3% in 2002-2003 tot 9,6% in 2006-2007, tegenover 44% in Vlaanderen

en tout cas tel qu'il a été réalisé, les limites de cette stratégie en milieu urbain.

Toutefois, je crois beaucoup à ce contact de proximité. Madame Roex a parlé du travail avec les associations et les groupes de femmes. Il faut être sur le terrain au niveau local.

Ce n'est pas incompatible avec les grandes campagnes. La grande campagne que nous avons faite avec Miss Belgique 2009, Zeynep Sever, a eu des effets positifs en termes de sensibilisation, notamment auprès de ce public qui participe peu, même si les résultats ne sont pas immédiats. Il faut agir sur le moyen et le long terme.

La priorité est également accordée à l'adaptation de Brumammo en vue de l'augmentation de son activité, qui implique une révision de son financement et un investissement informatique pour le projet télématique.

Sur les préventions primaire et secondaire, voici mes éléments de réponse, toujours en concertation avec l'Observatoire de la santé et Brumammo.

La prévention primaire dirigée spécifiquement contre le cancer du sein n'est pas l'unique option : les facteurs comportementaux interviennent dans la plupart des cancers importants, ainsi que dans les causes principales de morbidité et de mortalité telles que les maladies cardiovasculaires.

Notre stratégie doit être globale. Dans ce cadre, nous devrons travailler en termes de promotion de la santé et utiliser ses méthodes de travail comme l'"empowerment" et le développement des compétences psychosociales. Cela constituera l'un des éléments du plan stratégique d'information et de sensibilisation. En outre, ces deux notions sont étroitement liées au secteur de l'éducation permanente relevant des Communautés française et flamande. Une vision globale sera donc nécessaire.

La promotion du dossier médical global des médecins généralistes, avec son chapitre prévention, allant de pair avec une approche globale de la sensibilisation aux dépistages, constitue probablement une voie d'avenir.

De nombreux auteurs évoquent également la

en 9,1% in Wallonië.

Het aantal diagnosemammografieën is gedaald van 46% tot 44%, tegenover 21% in Vlaanderen en 47% in Wallonië.

De algemene dekkingsgraad (vrouwen die minstens één onderzoek hebben ondergaan in een periode van twee jaar) is in Brussel gestegen tot 54% voor de periode 2006-2007, tegenover 65% in Vlaanderen en 56% in Wallonië.

Wat de overige 46% betreft, hebben sommige vrouwen een of meerdere onderzoeken ondergaan tijdens de vorige rondes, terwijl 27,5% geen enkel onderzoek heeft ondergaan sinds 2002.

De dekkingsgraad neemt toe met de leeftijd. Ze ligt lager voor vrouwen die een verhoogde tegemoetkoming genieten en bij personen die geen globaal medisch dossier hebben. Hoewel het programma de toegang voor sociaal kwetsbare vrouwen lijkt te verbeteren, blijft er dus een verschil met de minder kwetsbare groepen.

Tussen 2004 en 2007 liet 60% van de Brusselse vrouwen uit de doelgroep zich al minstens twee keer onderzoeken, 26% liet dat een keer doen en 24% geen enkele keer.

Meer vrouwen nemen voor de eerste keer deel, maar het aantal vrouwen dat meerdere keren deelneemt daalt, terwijl het aantal vrouwen dat nooit deelneemt stijgt.

Het gewone onderzoek kostte het RIZIV op 1 maart 2010 64,87 euro per patiënte. De patiënten hoeven daar niets van te betalen. Een volledig onderzoek, met inbegrip van een echografie, kost 110,61 euro, waarvan de patiënt 14,79 euro betaalt of slechts 2,79 euro als ze begunstigde van een verhoogde tegemoetkoming is. Een onderzoek door een gynaecoloog kost 86,86 euro, met dezelfde bedragen ten laste van de patiënt.

Uit de studie blijkt dat opportunistische screening, de methode die aanvankelijk werd gebruikt in Brussel en Wallonië, remmend werkt op de verhoging van de dekkingsgraad.

In de studie staat ook dat er rekening moet worden gehouden met andere variabelen om te begrijpen

nécessaire "déverticalisation" de la prévention primaire des maladies, c'est-à-dire éviter d'échafauder autant de plans qu'il existe de maladies.

J'en viens au résumé des principales observations du rapport de l'Agence intermutualiste récemment publié et dont la presse a parlé la semaine dernière.

Ce rapport porte sur la période 2002-2007, ce qui représente donc six années de programme, soit plus ou moins trois tours d'invitation. Il convient cependant d'être attentif au fait que les dates de lancement des programmes diffèrent dans les trois Régions et que, fin 2007, le troisième tour d'invitation était incomplet pour les Régions wallonne et bruxelloise. Il faut tenir compte de cet élément quand on lit les observations et les conclusions de ce rapport.

Comme dans les autres Régions, en Région bruxelloise, la couverture par mammotest augmente et passe de 3,3% en 2002-2003 à 9,6% en 2006-2007, versus 44% en Flandre et 9,1% en Wallonie.

Celle par mammographie diagnostique diminue de 46% à 44% versus 21% en Flandre et 47% en Wallonie.

La couverture totale, c'est-à-dire avoir fait au moins un examen au cours des deux années, augmente et atteint en Région bruxelloise 54% pour la période 2006-2007 (versus 65% en Flandre et 56% en Wallonie).

Parmi les 46% restants, certaines femmes ont effectué un ou plusieurs dépistage(s) lors des tours précédents et 27,5% n'ont effectué aucun dépistage d'aucune forme depuis 2002.

La couverture par mammotest augmente avec l'âge. Elle est inférieure pour les bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM, soit en quelque sorte l'ancien statut VIPO préférentiel) par rapport aux "non-BIM" ainsi que chez les personnes ne possédant pas de dossier médical global.

Le programme améliore l'accès des femmes qui recouraient moins au dépistage dit opportuniste et, s'il semble favoriser l'accès des femmes socialement défavorisées, approchées ici par le

welke factoren vrouwen en zorgverstrekkers stimuleren of ontmoedigen om deel te nemen aan opsporingsprogramma's. Vrouwen moeten over de streep worden getrokken met plaatselijke acties en door de huisartsen. Nabijheid staat centraal in de informatie- en bewustmakingsstrategie.

Het belangrijkste is dat vrouwen die zich nooit laten onderzoeken, deelnemen aan de mammotest. Daarna volgt de doelstelling dat vrouwen die mammografieën laten uitvoeren, overschakelen op de mammotest.

Nabijheid speelt een centrale rol in de preventie.

Het strategische informatie- en bewustmakings-plan is een meerjarenplan, dat geëvalueerd wordt door de Interministeriële Conferentie voor Volksgezondheid.

De uitnodiging werkt onvoldoende goed en de experts zullen wellicht aanbevelen om deze anders op te stellen.

Brussel is, zoals vaak, moeilijk te vergelijken met de andere gewesten. In zijn laatste rapport vergelijkt het Observatorium voor de Gezondheid Brussel daarom met de vier andere grote steden.

Mijnheer du Bus, het Brusselse programma is gebaseerd op een akkoord tussen de Franse Gemeenschap, de Vlaamse Gemeenschap en de GGC. Die geven respectievelijk 100.000, 50.000 en 50.000 euro aan Brumammo.

De universitaire ziekenhuizen Saint-Luc, Bordet en UZ Brussel hebben zitting in de raad van bestuur van Brumammo en nemen om beurt het voorzitterschap waar.

statut BIM, la différence entre femmes favorisées et femmes défavorisées persiste.

En Région bruxelloise, sur une période de quatre ans, de 2004 à 2007, 60% des femmes sont régulières pour le dépistage (c'est-à-dire qu'elles ont subi au moins 2 examens, que ce soit par mammotest ou par mammographie) ; 26% sont nouvellement dépistées ; et 24% sont qualifiées de "perdues" (elles n'ont réalisé aucun examen durant la période 2006-2007, alors qu'elles l'avaient fait en 2004-2005).

Il y a plus de nouvelles femmes dans la population BIM qui participent au dépistage, mais il y a moins de femmes régulières et plus de femmes dites "perdues".

Au 1er mars 2010, le dépistage organisé coûte à l'INAMI 64,87 euros par patiente, et 0 euro à charge de la patiente, tandis que le bilan complet, y compris l'échographie, revient à 110,61 euros chez un radiologue, dont 14,79 euros à charge de la patiente non-BIM et 2,97 euros à charge de la patiente BIM. Ce même bilan complet revient à 86,86 euros chez un gynécologue, dont 14,97 euros à charge de la patiente non-BIM, et 2,60 euros à charge de la patiente BIM.

L'étude signale que l'implantation historique du dépistage opportuniste à Bruxelles et en Wallonie reste un frein à l'augmentation de la couverture par mammotest.

Enfin, dans les recommandations, l'étude relance le besoin d'analyse avec d'autres variables afin de comprendre quels sont les freins et leviers tant au niveau des femmes que des prestataires de soins. Il recommande aussi de travailler à un niveau proche des femmes notamment par des actions locales, comme l'a rappelé Mme Roex à juste titre, et une approche par le biais du médecin traitant. Ce sera précisément un enjeu du plan stratégique d'information et de sensibilisation.

Notre première priorité est que les femmes qui ne procèdent à aucun test recourent au mammotest. La seconde priorité est que les femmes qui recourent aux mammographies passent au mammotest.

Le volet de proximité qui préoccupe beaucoup d'entre vous est selon moi un élément central dans la prévention. Il faut impérativement continuer à travailler dans ce sens-là.

Le plan stratégique d'information et de sensibilisation est pluriannuel, et fait l'objet d'une évaluation en Conférence interministérielle de la Santé.

S'agissant de l'invitation, celle-ci ne fonctionne de fait pas suffisamment bien aujourd'hui. Il n'est pas exclu de revoir certains éléments à ce niveau-là et d'innover dans ce domaine. Cela fera probablement aussi partie des recommandations que nous communiqueront les experts.

Concernant le taux de participation moins important à Bruxelles, la comparaison de la Région bruxelloise avec les deux autres Régions n'est pas toujours objective, dans ce domaine comme dans d'autres. Dans son dernier rapport, l'Observatoire de la santé compare d'ailleurs Bruxelles aux autres quatre grandes villes, choisissant ainsi des points de comparaison plus objectifs.

En réponse à la question de M. du Bus concernant la clarification institutionnelle, le programme bruxellois est basé sur un protocole d'accord spécifique entre la Communauté française, la Communauté flamande et la CCC. Le financement de Brummamo provient à la fois de la Communauté française pour 100.000 euros, de la Communauté flamande pour 50.000 euros et de la CCC pour 50.000 euros. Ce financement découle du protocole d'accord.

Les trois hôpitaux universitaires Saint-Luc, Bordet et UZ Brussel siègent d'ailleurs au conseil d'administration de Brummamo, dont ils assurent la présidence à tour de rôle.

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

Mme Isabelle Molenberg.- Vous avez rappelé qu'il était essentiel de poursuivre l'information et la sensibilisation aux programmes de dépistage du cancer du sein. Je regrette que vous n'ayez pas encore eu l'occasion de nous présenter des

De voorzitter.- Mevrouw Molenberg heeft het woord.

Mevrouw Isabelle Molenberg *(in het Frans).- Het verheugt mij dat u de informatie- en bewustmakingscampagnes rond de borstkankerscreeningprogramma's zult voortzetten, maar ik betreur dat u ons de concrete acties pas tijdens de begrotings-*

initiatives et des actions concrètes pour améliorer la situation et que vous ne le feriez que dans le cadre du budget 2011. Nous y serons très attentifs.

Sur base des différents rapports dont nous disposons, et notamment le septième rapport de l'Agence intermutualiste (AIM), certaines choses pourraient déjà être mises en place, comme l'analyse des facteurs de résistance au dépistage chez les femmes jamais encore testées. De là, on pourrait élaborer des programmes pour des publics spécifiques. Une autre question est de fidéliser celles qui font ou déjà l'examen ; il faut jouer sur les deux tableaux.

Il faut également convaincre tous les prestataires de soins, qui ont un rôle évident en matière de prévention. Il y a aussi, à cet égard, des actions à mener. Les chiffres que vous avez communiqués me confirment dans l'idée qu'il faut diminuer l'âge du dépistage. Je ne peux que vous inviter à vous associer à toutes les démarches en ce sens.

Enfin, une attention particulière doit être portée à la qualité des examens. Elle est encore inégale ; ceci peut induire des résultats faussés, et partant des conséquences dramatiques.

M. Benoît Cerexhe, membre du Collège réuni.- M. Close a bien rappelé toutes les initiatives de sensibilisation que nous avions mises en route. On a désigné des experts pour les évaluer et je ne vais pas annoncer les initiatives à prendre avant d'avoir leur rapport. Et si je ne l'attendais pas, on me reprocherait de faire un "one shot". C'est la raison pour laquelle je ne suis pas encore en mesure de vous dire ce que nous ferons dans les prochains mois. La réunion est prévue le 8 novembre. J'aurai l'occasion de venir avec l'ensemble de ces initiatives lors du budget 2011. D'ici quelques semaines, lorsque nous discuterons du budget 2011, je viendrai certainement avec ces propositions.

Mais une série d'initiatives ont déjà été mises sur pied et je crois qu'il faut continuer, les amplifier et travailler, comme l'a dit Mme Roex, avec le tissu local. C'est fondamental pour aller vers ce public qui aujourd'hui ne participe pas suffisamment aux dépistages.

- L'incident est clos.

bespreking zult voorstellen.

Op basis van de verschillende rapporten waarover wij beschikken zouden er al een aantal maatregelen kunnen worden genomen, zoals een analyse van de redenen waarom sommige vrouwen niet aan het programma deelnemen. Op basis van die analyse zouden wij specifieke programma's voor die doelgroepen kunnen uitwerken. Daarnaast moeten wij er ook voor zorgen dat de vrouwen die al aan het programma hebben deelgenomen, dit ook in de toekomst blijven doen.

Wij moeten tot slot de zorgverstrekkers overtuigen van het nut van dit onderzoek.

Uw antwoord sterkt mij in de overtuiging dat wij de leeftijd voor de opsporingsprogramma's moeten verlagen. Er moet voorts bijzondere aandacht worden besteed aan de kwaliteit van de onderzoeken om valse resultaten en dramatische toestanden te vermijden.

De heer Benoît Cerexhe, lid van het Verenigd College *(in het Frans).- De heer Close heeft alle bewustmakingsinitiatieven opgesomd die wij hebben genomen. Wij hebben deskundigen aangesteld om die initiatieven te evalueren.*

Er bestaan echter al heel wat initiatieven die we moeten versterken in samenwerking met de plaatselijke instanties. Alleen zo kunnen we een publiek bereiken dat nu onvoldoende bij de opsporingen betrokken is.

- Het incident is gesloten.

QUESTIONS ORALES

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

QUESTION ORALE DE MME ANNE-CHARLOTTE D'URSEL

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'attention apportée aux proches des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en Région bruxelloise".

M. le président.- Le membre du Collège Benoît Cerexhe répondra à la question orale.

La parole est à Mme d'Ursel.

Mme Anne-Charlotte d'Ursel.- Dans le cadre de la politique de sensibilisation et de soins de la maladie d'Alzheimer, mes collègues ont plusieurs fois évoqué la question des structures d'accueil et de la prise en compte de cette maladie comme une pathologie à appréhender de façon spécifique tant dans nos outils statistiques que dans le cadre de nos politiques de santé.

À cette occasion, M. Vanraes a abordé dans l'une de ses réponses une thématique qui me semble centrale dans ce débat à savoir la question des proches des personnes atteinte de cette maladie. Au-delà de bousculer toutes les certitudes du malade, cette maladie bouleverse profondément la vie des proches et rend leur vie quotidienne extrêmement pénible.

En France, on estime que les aidants proches

MONDELINGE VRAGEN

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

MONDELINGE VRAAG VAN MEVROUW ANNE-CHARLOTTE D'URSEL

AAN DE HEER JEAN-LUC VANRAES, LID VAN HET VERENIGD COLLEGE, BEVOEGD VOOR HET GEZONDHEIDS-BELEID, FINANCIËN, BEGROTING EN EXTERNE BETREKKINGEN,

EN AAN DE HEER BENOÎT CEREXHE, LID VAN HET VERENIGD COLLEGE, BEVOEGD VOOR HET GEZONDHEIDS-BELEID EN HET OPENBAAR AMBT,

betreffende "de aandacht voor de naasten van Alzheimerpatiënten in het Brussels Gewest".

De voorzitter.- Collegelid Benoît Cerexhe zal de mondelinge vraag beantwoorden.

Mevrouw d'Ursel heeft het woord.

Mevrouw Anne-Charlotte d'Ursel *(in het Frans).- Mijn collega's hebben hier al vaker gesproken over de noodzaak om onthaalstructuren in te richten voor Alzheimerpatiënten en om deze ziekte op een specifieke manier aan te pakken.*

In een van zijn antwoorden heeft de heer Vanraes het gehad over de naasten van deze patiënten. Ook hun leven wordt inderdaad volledig omgegooid.

In Frankrijk schat men dat de familieleden ruim zes uur per dag aan de zieke besteden en dat terwijl zeven op tien zieken thuis blijven wonen. De zieken zijn ook volledig van hen afhankelijk. Voor de naasten is dit psychologisch en fysiek erg zwaar, in die mate zelfs dat er sprake is van een maatschappelijk probleem.

In 2009 zette de 16e werelddag tegen de ziekte van

consacrent plus de six heures par jour au malade. Sachant qu'environ sept malades sur dix demeurent dans leur foyer, on imagine aisément l'ampleur que représente ce problème. De façon prosaïque, les proches connaissent un épuisement psychologique et physique doublé d'une dépendance immense. À l'heure où les contraintes de la vie active dans nos sociétés ont pris une dimension incontournable, cet épuisement et cette dépendance sont de moins en moins gérables, au point qu'ils constituent à eux seuls des problèmes de société.

Lors de la 16e journée mondiale contre la maladie d'Alzheimer, en 2009, les proches des malades furent mis à l'honneur. Ce fut l'occasion de lancer une réflexion sur ce sujet encore trop peu analysé, malgré les initiatives d'acteurs issus du milieu associatif.

Au niveau politique, on commence tout doucement à essayer de prendre en compte cet aspect de la maladie. En France, dans le rapport spécial commandé par le président de la République, le professeur Ménard, président de la Commission nationale en charge des propositions pour un plan national concernant la maladie d'Alzheimer, a abordé la nécessité impérieuse de créer des politiques spécifiques pour les proches des malades. Le rapport indique que cette politique doit passer par trois axes de mesures : un élargissement de la palette de structures de répit, une consolidation des droits et de la formation des aidants proches et une prise en compte de la santé des aidants proches.

Au niveau de la Région bruxelloise, le protocole existant entre le fédéral et les entités fédérées concernant la politique de santé à mener à l'égard des personnes âgées a abordé indirectement cette préoccupation puisqu'il mentionne l'importance du respect et du soutien aux soins informels considérables apportés par l'entourage des personnes dépendantes en soins et séjournant à domicile.

Au niveau des intentions politiques, en 2006, M. Pascal Smet et Mme Evelyne Huytebroeck avaient promis de tenir compte de ces données lors du colloque "Bien vieillir à Bruxelles". Récemment, la Région s'est dotée d'une ordonnance en matière de diversification des

Alzheimer dit aspect van de ziekte in de kijker en ook het beleid begint er stilaan rekening mee te houden. In Frankrijk bevatte een rapport voor de president over de ziekte van Alzheimer de aanbeveling om een specifiek beleid voor de naasten te ontwikkelen: meer mogelijkheden om even op adem te komen, een consolidering van de rechten en de opleiding van de naasten en meer aandacht voor hun eigen gezondheid.

De overeenkomst tussen de federale overheid en de gemeenschappen en gewesten over het gezondheidsbeleid voor bejaarden, vermeldt al het belang van de informele zorgen door naasten van afhankelijke personen.

Tijdens het colloquium "Waardig ouder worden in Brussel" beloofden de collegeleden Smet en Huytebroeck hiermee rekening te houden. Onlangs keurde het gewest een ordonnantie goed over alternatieven voor rusthuizen. Enkele prioriteiten voor de GGC waren de versoepeling van de hulp aan huis en de organisatie van opleidingen voor de naasten van dementen.

De heer Vanraes sprak over bicommunautaire initiatieven ter ondersteuning van de gezinnen. Hij verwees naar de vzw Conectar, die zorgt voor de organisatie en ondersteuning van zorgverleners die aan huis komen en voor een coördinatie-netwerk dat de patiënt moet helpen om thuis te kunnen blijven.

Daarover en over de mate waarin de Brusselse programma's rekening houden met de omgeving van de zieken, had ik graag meer informatie gekregen.

Ter gelegenheid van het colloquium "Waardig ouder worden in Brussel" werd de aanbeveling geformuleerd om op lange termijn een alom-vattend en gecentraliseerd informatiebeleid te voeren. Geldt deze aanbeveling ook voor de mantelzorgers van Alzheimerpatiënten?

In hoeverre werkt Conectar samen met gespeciali-seerde verenigingen zoals Baluchon Alzheimer en Soins chez soi?

Wordt er rekening gehouden met de mantelzorgers in het Overlegplatform geestelijke gezondheid, gelet op de verontrustende toename van het

alternatives aux maisons de repos. Enfin, parmi les priorités établies par le Collège de la Commission communautaire commune, il avait été affirmé clairement que l'offre d'aide à domicile serait assouplie et que des formations seraient proposées en vue d'une meilleure prise en compte des personnes atteintes de démence et de leur entourage.

M. Jean-Luc Vanraes avait évoqué brièvement le fait que des initiatives relevant de la politique de l'Aide aux personnes soutiennent les familles. Il avait également évoqué le rôle de l'asbl "Conectar", dont la mission générale est de veiller à l'organisation pratique et au soutien des professionnels des soins à domicile ainsi qu'à la construction d'un réseau de coordination autour et avec le patient, en vue de son maintien à domicile.

Je souhaiterais en savoir plus sur ces deux points ainsi que sur l'état de la prise en compte de l'entourage des malades dans les programmes existant au sein des institutions bruxelloises.

Lors du colloque "Bien vieillir à Bruxelles", il avait été recommandé, concernant l'aidant proche, de mettre en place une politique d'information bruxelloise à long terme, accessible, globale, permanente et bilingue visant créer des outils centralisés de communication sur l'ensemble des besoins et services existants. Cette recommandation a-t-elle été suivie, plus particulièrement concernant les aidants proches de personnes atteintes d'Alzheimer ?

Dans quelle mesure "Conectar" travaille-t-elle en partenariat avec des associations spécialisées comme "Baluchon Alzheimer" et "Soins chez soi" ?

Y a-t-il eu une réflexion sur la question spécifique des proches de malades au sein de la Plateforme de concertation pour la santé mentale en Région de Bruxelles-Capitale, en tenant compte du fait que le phénomène atteint une croissance assez inquiétante ?

fenomeen?

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

De voorzitter.- De heer Cerexhe heeft het woord.

M. Benoît Cerexhe, membre du Collège réuni.- Tout d'abord, je vous remercie pour le thème que

De heer Benoît Cerexhe, lid van het Verenigd College *(in het Frans).- De regering besteedt*

vous abordez. Vous prêchez à des convaincus. La meilleure preuve en est notre action en faveur du répit et du soutien aux aidants proches. Hier encore, nous visitions la maison de répit pour enfants malades qui ouvrira prochainement.

Vous m'interrogez sur les suites du colloque « Bien Vieillir à Bruxelles ». Nos collègues compétents, dans le cadre de l'Aide aux personnes, pour la politique des personnes âgées nous signalent qu'il existe une plateforme sur l'accompagnement des personnes âgées atteintes de démence et de leur entourage. Celle-ci se réunit avec leur cabinet. Des décisions y ont été prises, notamment des formations pour le personnel des maisons de repos et pour celui des services d'aide à domicile.

Je vous renvoie à nos collègues pour toute information complémentaire.

Dans votre deuxième sous-question, vous faites référence à un centre de coordination d'aide et de soins à domicile. Je précise que tous les centres de coordination prennent en charge les personnes âgées souffrant de la maladie d'Alzheimer, ainsi que leur entourage. Quant à Conectar, l'asbl travaille évidemment en collaboration étroite avec les asbl Baluchon Alzheimer et Soins Chez Soi, puisque ces dernières sont membres de son assemblée générale.

La réflexion sur la question spécifique des aidants proches au sein de la plateforme Conectar est une réalité quasi quotidienne, puisque tous les centres de coordination d'aide et de soins à domicile, ainsi que la toute grande majorité des professionnels de la santé à domicile, soignent tous les jours des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, et se préoccupent du bien-être et de la santé des aidants proches.

En outre, l'élaboration des projets de formes alternatives de soins acceptés par l'INAMI dans le cadre du protocole 3, ou introduits dans les appels ultérieurs, a donné lieu à de fréquentes rencontres entre les associations d'aidants proches telles que Alzheimer Belgique, d'une part, et Baluchon Alzheimer et les services d'infirmiers à domicile porteurs des projets, d'autre part. Parmi ces derniers, citons le service des infirmiers de nuit qui soulagent les proches d'une personne atteinte d'une

ruime aandacht aan dit probleem.

De collega's bevoegd voor Bijstand aan personen en voor het bejaardenbeleid wijzen erop dat er een platform bestaat voor de begeleiding van demente bejaarden en hun omgeving. In overleg met hun kabinet worden er opleidingen georganiseerd voor personeel van rusthuizen en voor tewerkgestelden in de thuiszorg.

Voor bijkomende informatie verwijs ik u naar mijn collega's.

Daarenboven kan ik u meedelen dat alle coördinatiecentra zich bekommeren om de bijstand aan Alzheimerpatiënten en hun omgeving. De vzw Conectar werkt uiteraard nauw samen met de vzw's Baluchon Alzheimer en Soins Chez Soi.

Ook de mantelzorgers worden daarbij niet over het hoofd gezien. Werken met Alzheimerpatiënten is een dagelijkse realiteit voor hen.

Er zijn ook regelmatige contacten tussen de verenigingen van mantelzorgers bij de uitwerking van alternatieve projecten in het kader van protocol 3 van het RIZIV. Zo is er de oprichting van een dienst voor nachtverpleging die de mantelzorgers van Alzheimerpatiënten bijstaat.

Het project rond crisisopvang dat enkele maanden geleden van start ging, past in hetzelfde kader. Twee van de belangrijkste betrokkenen zijn trouwens gespecialiseerd in deze ziekte. Dat drie RVT's (een openbaar, een commercieel en een van een privévereniging) op deze manier rechtstreeks samenwerken, is vernieuwend.

Zoals al eerder gezegd, voldoet de vzw Conectar concreet aan onze wens om een optimaal zorgtraject te ontwikkelen tussen de woning en het ziekenhuis, via revalidatiecentra, RVT's, korte verblijven in rusthuizen, dagverblijven, enzovoort.

Op die manier wordt het mogelijk dat de medische voorzieningen zich aanpassen aan de patiënten in plaats van omgekeerd.

démence de type Alzheimer.

Le projet d'accueil de crise lancé il y a quelques mois relève du même processus d'élaboration. Deux des trois protagonistes sont d'ailleurs spécialisés dans la prise en charge de cette maladie. Ce projet a en outre une originalité particulière puisqu'il regroupe trois maisons de repos et de soins - une publique, un privée associative et une privée commerciale - et que ces trois maisons travaillent ensemble, en étroite collaboration.

Pour conclure, nous pouvons répéter ce que nous avons eu l'occasion de dire plusieurs fois, notamment à l'occasion du projet "Parking+", à savoir que l'asbl Conectar répond très concrètement à notre volonté de développer un continuum de soins optimal entre le domicile et l'hôpital, ainsi que les structures intermédiaires de santé comme les centres de revalidation, les maisons de repos et de soins, les courts séjours en maison de repos, les centres de soins de jour, etc.

Par ce système, ce sont les soins qui s'adaptent aux patients et à leur entourage et non - comme c'est encore trop souvent le cas aujourd'hui - les patients et leur entourage qui doivent s'adapter aux services et structures de santé.

M. le président.- La parole est à Mme d'Ursel.

Mme Anne-Charlotte d'Ursel.- Je rends hommage à toutes les associations sur le terrain, qui sont de véritables relais d'information auprès de ces familles terriblement démunies quand la maladie rentre en leur sein. Je pense malgré tout qu'il existe trop de familles qui se sentent encore complètement perdues, seules au monde et abandonnées face à la maladie et la détresse qu'elle entraîne.

Malgré le travail immense de ces associations sur le terrain, il devrait être possible d'améliorer l'information. Les personnes qui se battent au sein de ces associations aimeraient bénéficier de plus de soutien à travers tous les réseaux de santé, à quelque niveau que ce soit.

- L'incident est clos.

De voorzitter.- Mevrouw d'Ursel heeft het woord.

Mevrouw Anne-Charlotte d'Ursel *(in het Frans).- De verenigingen leveren goed werk om de gezinnen te informeren. Toch zijn er nog te veel gezinnen die zich verloren voelen wanneer ze met deze ziekte worden geconfronteerd.*

De informatieverstrekking kan dus nog beter. De verenigingen zouden graag op meer steun kunnen rekenen, op alle niveaus.

- Het incident is gesloten.

QUESTION ORALE DE MME BIANCA DEBAETS

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,

concernant "les conséquences des nuisances sonores".

M. le président.- Le membre du Collège Jean-Luc Vanraes répondra à la question orale.

La parole est à Mme Debaets.

Mme Bianca Debaets *(en néerlandais).- Une étude de l'Institut scientifique de santé publique indique que près de la moitié des Bruxellois souffrent de troubles du sommeil. Il s'agit d'une atteinte néfaste à la santé. Parmi les causes principales, on relève le bruit ambiant, celui lié à la circulation routière, ferroviaire, et au trafic aérien.*

À Bruxelles, 30% des familles souffrent des nuisances sonores liées à la circulation routière ; 42% des Bruxellois sont exposés à des niveaux de bruit de 55 dB, ce qui est déjà très gênant. Les havres de paix, que les parcs sont supposés être, sont loin d'être silencieux. En raison de la proximité des grands axes de circulation, une caractéristique propre au milieu urbain, le bruit de fond peut s'élever à 65 dB.

Les sondages indiquent que la nuisance sonore constitue pour les Bruxellois la deuxième plus grande forme de nuisance environnementale. Il s'agit de la plainte la plus courante enregistrée par Bruxelles Environnement. Les nuisances sonores ont une influence fondamentale sur la qualité de vie, de jour comme de nuit. Par ailleurs, de nombreux Bruxellois invoquent les nuisances sonores comme cause de déménagement alors que l'exode urbain est déjà problématique. Les

MONDELINGE VRAAG VAN MEVROUW BIANCA DEBAETS

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

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

betreffende "de gevolgen van lawaaihinder".

De voorzitter.- Collegelid Jean-Luc Vanraes zal de mondelinge vraag beantwoorden.

Mevrouw Debaets heeft het woord.

Mevrouw Bianca Debaets.- De Brusselaar slaapt slecht. Uit een onderzoek van het Belgische Wetenschappelijke Instituut voor Volksgezondheid blijkt dat bijna de helft (48%) van de Brusselaars een verstoorde nachtrust heeft. Dit is een ernstige aanslag op de gezondheid. De belangrijkste oorzaken hiervan zijn omgevingslawaai, geluid van wegverkeer, treinverkeer en luchtverkeer.

In Brussel heeft 30% van de gezinnen last van lawaaihinder door het wegverkeer. 42% van de Brusselse bevolking wordt blootgesteld aan geluidsniveaus van meer dan 55 dB, wat al erg storend is. Ook op plaatsen waar je stilte zou verwachten, zoals bijvoorbeeld parken, is het verre van stil: door de nabijheid van grote verkeersassen, wat natuurlijk eigen is aan een grootstad, kan het achtergrondgeluid ook in het groen oplopen tot 65 dB.

Peilingen tonen aan dat geluidsoverlast voor de Brusselaars de tweede grootste vorm van milieuhinder is. Het is ook de meest voorkomende klacht bij Leefmilieu Brussel, goed voor maar liefst 60% van de klachten. Geluidshinder speelt dus een belangrijke rol in de levenskwaliteit van de mens, overdag en zeker 's nachts, wanneer mensen moeten rusten. Bovendien geven vele Brusselaars

nuisances sonores sont également néfastes pour la santé. Elles provoquent le stress et l'insomnie.

Les nuisances sonores peuvent même être à l'origine de maladies cardio-vasculaires. Chez les enfants, une exposition prolongée au bruit entraîne des perturbations du sommeil et des troubles de l'apprentissage.

Comment comptez-vous réduire les nuisances sonores et les décibels urbains afin de protéger la santé des Bruxellois ? Avez-vous un plan d'action en ce sens ?

Avez-vous consulté à ce sujet la ministre Huytebroeck et les ministres fédéraux de l'Environnement ?

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

M. Jean-Luc Vanraes, membre du Collège réuni *(en néerlandais).- Les enquêtes de santé confirment l'effet néfaste du bruit sur la santé.*

Nous renvoyons au rapport "Santé et Société" qui donne le résumé des résultats de l'enquête 2008, que vous pouvez consulter sur le site web suivant : www.enquetesante.be.

La réduction du bruit urbain et la protection des habitants des effets néfastes du bruit sur leur santé entrent dans les compétences de la ministre régionale de l'Environnement. Les compétences fédérales concernant le bruit se limitent aux normes des produits, machines et appareils mis sur le marché en Belgique. L'exposition des habitants - et dans ce cas la protection de leur santé - se met en œuvre au niveau régional.

En Région de Bruxelles-Capitale, l'ordonnance-cadre du 17 juillet 1997 relative à la lutte contre le bruit en milieu urbain confie à Bruxelles Environnement la charge de réaliser un plan régional de lutte contre le bruit. Celui-ci reprend la stratégie et les actions qui seront entreprises

geluidsoverlast op als reden om te verhuizen en dat terwijl de stadsvlucht net zo'n probleem is.

Geluidsoverlast heeft ook gevolgen voor de gezondheid. Ze kan leiden tot stress en slapeloosheid.

Zelfs hart- en vaatziekten kunnen een gevolg zijn van lawaaihinder. Bij kinderen kan de langdurige blootstelling aan lawaai, waardoor ze 's nachts niet goed slapen, leerstoornissen veroorzaken. In een rapport van de WHO staat te lezen dat de continue blootstelling aan verkeerslawaai in Europa verantwoordelijk is voor drie procent van alle dodelijke hartaanvallen.

Welke stappen plant u om de geluidshinder en de decibels in de stad terug te dringen in het kader van de gezondheid van de Brusselaars? Is er een actieplan?

Hebt u al overleg gepleegd met minister Huytebroeck en de federale beleidsverantwoordelijken voor milieu?

De voorzitter.- De heer Vanraes heeft het woord.

De heer Jean-Luc Vanraes, lid van het Verenigd College.- Eigenlijk ben ik niet specifiek bevoegd, maar ik zal toch een antwoord proberen te geven.

Lawaaihinder heeft een nefast effect op de gezondheid, wat blijkt uit gezondheidsenquêtes.

Wij verwijzen naar het rapport "Gezondheid en samenleving" dat een samenvatting geeft van de resultaten van de enquête 2008 en dat op website www.gezondheidsenquete.be te vinden is.

Het verminderen van het lawaai in de stad en de bescherming van de burgers tegen de nefaste gevolgen op hun gezondheid van geluidshinder behoort tot de bevoegdheid van de Brusselse minister van Leefmilieu. Wij herinneren er terloops aan dat het gaat om 'impliciete bevoegdheden', immers met name de gezondheidsdoelstellingen die in het kader van het leefmilieubeleid moeten worden bereikt als een onderdeel hiervan beschouwd.

De bevoegdheden van de federale overheid inzake

sur plusieurs années, et ce, dans le respect de l'ordonnance-cadre. La protection de la santé fait partie des objectifs prioritaires de l'action sur le bruit et les documents et valeurs de l'Organisation mondiale de la santé sont des références de base pour l'amélioration de la qualité de la vie dans un milieu urbain comme Bruxelles.

Le plan est impératif à l'égard des pouvoirs publics soumis au contrôle de la Région, la Commission régionale de Mobilité et le Conseil économique et social de la Région de Bruxelles-Capitale. Le plan 2000-2005 constituait une première tentative d'aborder, dans une approche globale, la prise en compte du bruit dans la gestion urbaine. Le plan 2008-2013 a été approuvé par le gouvernement bruxellois le 2 avril 2009, après avoir parcouru un processus d'adoption en plusieurs étapes résultant en une déclaration environnementale. Les différents documents sont téléchargeables à l'adresse suivante : http://www.bruxellesenvironnement.be/Templates/etat/informer.aspx

Les contacts entre les cabinets de l'Environnement et de la Santé bruxellois ont lieu en parallèle à la préparation des Conférences interministérielles de l'Environnement et de la Santé (CIMES), afin de préparer une position bruxelloise dans le cadre de la coopération nationale. Des sujets complémentaires sont traités, parmi lesquels figure le bruit.

Les collaborations avec le niveau fédéral pour ce qui touche à la coopération pour les matières environnementales se passent dans le cadre de l'accord de coopération concernant le Comité de coordination de la politique internationale de l'environnement (CCPIE). Un groupe directeur 'bruit' réunit les représentants des trois Régions et de l'autorité fédérale.

geluid zijn beperkt tot de productnormen en normen voor machines en toestellen die op de Belgische markt te vinden zijn. De blootstelling van de bewoners - en in dit geval de bescherming van hun gezondheid - wordt op gewestelijk niveau nagestreefd.

In het Brussels Hoofdstedelijk Gewest heeft de kaderordonnantie van 17 juli 1997 op het geluid, teneinde de Europese directieve 2002/49/CE met betrekking tot het beheer van het geluid in het leefmilieu om te zetten, aangenomen. De ordonnantie belast Leefmilieu Brussel met de taak om een gewestelijk plan uit te werken ter bestrijding van geluidshinder. Dit plan bevat de strategie en de acties die zullen ondernomen worden over verschillende jaren, en dit in navolging van de kaderordonnantie.

De bescherming van de gezondheid behoort tot de prioritaire doelstellingen van de actie met betrekking tot lawaai en de documenten en waarden van de Wereldgezondheidsorganisatie worden gebruikt als basisreferentie voor de verbetering van de kwaliteit van het leven in een stedelijke omgeving zoals Brussel.

Dit plan moet verplicht worden onderworpen aan de controle van het gewest, de Gewestelijke commissie Mobiliteit en de Economisch en Sociale Raad van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Het plan 2000-2005 was een eerste poging tot een globale benadering om het beheer van het geluid in stedelijke omgeving aan te pakken. Het plan 2008-2013 werd goedgekeurd door de Brusselse regering op 2 april 2009, nadat het een procedure van aanneming en verschillende etappes had doorlopen, welke leidden tot een verklaring over leefmilieu. De verschillende documenten kunnen worden gedownload op www.leefmilieubrussel.be/Templates.

De contacten tussen de bevoegde kabinetten voor leefmilieu en gezondheid Brussel verlopen ook parallel in het kader van de voorbereiding van de Interministeriële Conferentie Leefmilieu Gezondheid (IMCLG), teneinde het Brusselse standpunt te bepalen in het kader van de nationale samenwerking. Daar worden ook bijkomende onderwerpen behandeld, waaronder het lawaai.

De samenwerking met de federale overheid op het

vlak van leefmilieu vindt plaats in het kader van het samenwerkingsakkoord met betrekking tot het overlegcomité van het internationale beleid inzake leefmilieu. Een stuurgroep 'Geluid' verenigt de vertegenwoordigers van de drie gewesten en de federale overheid.

- L'incident est clos.

- Het incident is gesloten.

———

———