

**ASSEMBLÉE RÉUNIE
DE LA COMMISSION
COMMUNAUTAIRE COMMUNE**

—

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

—

Commission de la Santé

—

**RÉUNION DU
JEUDI 19 JANVIER 2012**

—

**VERENIGDE VERGADERING
VAN DE GEMEENSCHAPPELIJKE
GEMEENSCHAPSCOMMISSIE**

—

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

—

Commissie voor de Gezondheid

—

**VERGADERING VAN
DONDERDAG 19 JANUARI 2012**

—

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

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

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

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

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

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

SOMMAIRE**INHOUD**

INTERPELLATIONS	6	INTERPELLATIES	6
- de M. André du Bus de Warnaffe	6	- van de heer André du Bus de Warnaffe	6
à M. Guy Vanhengel, membre du Collège réuni, compétent pour la Politique de la Santé, les Finances, le Budget et les Relations extérieures,		tot de heer Guy Vanhengel, lid van het Verenigd College, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid, Financiën, Begroting en Externe Betrekkingen,	
et à M. Benoît Cerexhe, membre du Collège réuni, compétent pour la Politique de la Santé et la Fonction publique,		en de heer Benoît Cerexhe, lid van het Verenigd College, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid en het Openbaar Ambt,	
concernant "la contribution de la COCOM au Plan National Nutrition et Santé".		betreffende "de bijdrage van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie tot het Nationaal Voedings- en Gezondheidsplan".	
<i>Discussion – Orateurs : Mme Catherine Moureaux, Mme Anne Herscovici, M. Benoît Cerexhe, membre du Collège réuni, M. André du Bus de Warnaffe.</i>	8	<i>Bespreking – Sprekers: mevrouw Catherine Moureaux, mevrouw Anne Herscovici, de heer Benoît Cerexhe, lid van het Verenigd College, de heer André du Bus de Warnaffe.</i>	8
- de Mme Gisèle Mandaila	15	- van mevrouw Gisèle Mandaila	15
à M. Guy Vanhengel, membre du Collège réuni, compétent pour la Politique de la Santé, les Finances, le Budget et les Relations extérieures,		tot de heer Guy Vanhengel, lid van het Verenigd College, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid, Financiën, Begroting en Externe Betrekkingen,	
et à M. Benoît Cerexhe, membre du Collège réuni, compétent pour la Politique de la Santé et la Fonction publique,		en tot de heer Benoît Cerexhe, lid van het Verenigd College, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid en het Openbaar Ambt,	
concernant "la pénurie de personnel infirmier dans les hôpitaux publics bruxellois".		betreffende "het tekort aan verpleegkundig personeel in de Brusselse openbare ziekenhuizen".	
<i>Discussion – Orateurs : M. Philippe Close, Mme Bianca Debaets, M. Pierre Migisha,</i>	18	<i>Bespreking – Sprekers: de heer Philippe Close, mevrouw Bianca Debaets, de heer</i>	18

<p>M. Jacques Morel, M. Benoît Cerexhe, membre du Collège réuni, Mme Gisèle Mandaila.</p>	<p>Pierre Migisha, de heer Jacques Morel, de heer Benoît Cerexhe, lid van het Verenigd College, mevrouw Gisèle Mandaila.</p>
<p>- de Mme Mahinur Ozdemir 28</p>	<p>- van mevrouw Mahinur Ozdemir 28</p>
<p>à M. Guy Vanhengel, membre du Collège réuni, compétent pour la Politique de la Santé, les Finances, le Budget et les Relations extérieures,</p>	<p>tot de heer Guy Vanhengel, lid van het Verenigd College, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid, Financiën, Begroting en Externe Betrekkingen,</p>
<p>et à M. Benoît Cerexhe, membre du Collège réuni, compétent pour la Politique de la Santé et la Fonction publique,</p>	<p>en tot de heer Benoît Cerexhe, lid van het Verenigd College, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid en het Openbaar Ambt,</p>
<p>concernant "la prévention du cancer du sein".</p>	<p>betreffende "de preventie van borstkanker".</p>
<p>Interpellation jointe de Mme Gisèle Mandaila, 29</p>	<p>Toegevoegde interpellatie van mevrouw Gisèle Mandaila, 29</p>
<p>concernant "la sensibilisation au cancer du sein".</p>	<p>betreffende "de bewustmaking inzake borstkanker".</p>
<p><i>Discussion conjointe – Orateurs :</i> Mme Elke Roex, M. Jacques Morel, M. Benoît Cerexhe, membre du Collège réuni, Mme Mahinur Ozdemir, Mme Gisèle Mandaila. 33</p>	<p><i>Samengevoegde bespreking – Sprekers:</i> mevrouw Elke Roex, de heer Jacques Morel, de heer Benoît Cerexhe, lid van het Verenigd College, mevrouw Mahinur Ozdemir, mevrouw Gisèle Mandaila. 33</p>
<p>- de M. Jacques Morel 41</p>	<p>- van de heer Jacques Morel 41</p>
<p>à M. Guy Vanhengel, membre du Collège réuni, compétent pour la Politique de la Santé, les Finances, le Budget et les Relations extérieures,</p>	<p>tot de heer Guy Vanhengel, lid van het Verenigd College, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid, Financiën, Begroting en Externe Betrekkingen,</p>
<p>et à M. Benoît Cerexhe, membre du Collège réuni, compétent pour la Politique de la Santé et la Fonction publique,</p>	<p>en tot de heer Benoît Cerexhe, lid van het Verenigd College, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid en het Openbaar Ambt,</p>
<p>concernant "l'évaluation du projet 'Bruxelles, Ville-Région en santé'".</p>	<p>betreffende "de evaluatie van het project 'Brussel-gezond stadsgewest'".</p>
<p><i>Discussion – Orateurs :</i> Mme Olivia P'tito, M. Benoît Cerexhe, membre du Collège réuni, M. Jacques Morel. 43</p>	<p><i>Bespreking – Sprekers:</i> mevrouw Olivia P'tito, de heer Benoît Cerexhe, lid van het Verenigd College, de heer Jacques Morel. 43</p>

<p>- de Mme Fatoumata Sidibe,</p> <p>à M. Guy Vanhengel, membre du Collège réuni, compétent pour la Politique de la Santé, les Finances, le Budget et les Relations extérieures,</p> <p>et à M. Benoît Cerexhe, membre du Collège réuni, compétent pour la Politique de la Santé et la Fonction publique,</p> <p>concernant "la prévention du sida".</p>	45	<p>- van mevrouw Fatoumata Sidibe</p> <p>tot de heer Guy Vanhengel, lid van het Verenigd College, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid, Financiën, Begroting en Externe Betrekkingen,</p> <p>en tot de heer Benoît Cerexhe, lid van het Verenigd College, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid en het Openbaar Ambt,</p> <p>betreffende "de aidspreventie".</p>	45
<p><i>Discussion – Orateurs : Mme Catherine Moureaux, M. Benoît Cerexhe, membre du Collège réuni, Mme Fatoumata Sidibe.</i></p>	48	<p><i>Bespreking – Sprekers: mevrouw Catherine Moureaux, de heer Benoît Cerexhe, membre du Collège réuni, mevrouw Fatoumata Sidibe.</i></p>	48
<p>- de M. Dominiek Lootens-Stael</p> <p>à M. Guy Vanhengel, membre du Collège réuni, compétent pour la Politique de la Santé, les Finances, le Budget et les Relations extérieures,</p> <p>et à M. Benoît Cerexhe, membre du Collège réuni, compétent pour la Politique de la Santé et la Fonction publique,</p> <p>concernant "l'insuffisance de la politique antidopage à Bruxelles".</p>	57	<p>- van de heer Dominiek Lootens-Stael</p> <p>tot de heer Guy Vanhengel, lid van het Verenigd College, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid, Financiën, Begroting en Externe Betrekkingen,</p> <p>en tot de heer Benoît Cerexhe, lid van het Verenigd College, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid en het Openbaar Ambt,</p> <p>betreffende "het manke antidopingbeleid in Brussel".</p>	57
<p><i>Discussion – Orateurs : M. Benoît Cerexhe, membre du Collège réuni, M. Dominiek Lootens-Stael.</i></p>	58	<p><i>Bespreking – Sprekers: de heer Benoît Cerexhe, lid van het Verenigd College, de heer Dominiek Lootens-Stael.</i></p>	58

*Présidence : M. Philippe Close, président.
Voorzitterschap: de heer Philippe Close, voorzitter.*

INTERPELLATIONS

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

INTERPELLATION DE M. ANDRÉ DU BUS DE WARNAFFE

À M. GUY VANHENGEL, MEMBRE DU COLLÈGE RÉUNI, COMPÉTENT POUR LA POLITIQUE DE LA SANTÉ, 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 contribution de la COCOM au Plan National Nutrition et Santé".

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

La parole est à M. du Bus de Warnaffe.

M. André du Bus de Warnaffe.- Le premier Plan national nutrition santé (PNNS) vient de faire l'objet d'une évaluation. Cette dernière a déjà été publiée il y a quelques mois. Ce travail a été réalisé par l'équipe pluridisciplinaire Action, recherche et évaluation en promotion de la santé et éducation pour la Santé (APES) de l'École de santé publique de l'Université de Liège.

Le rapport stipule que le plan n'est pas parvenu à fédérer un nombre suffisant d'acteurs-clés quant à une politique de promotion de l'alimentation saine et de l'activité physique. Je cite : "Ce défaut d'alliés fait du plan une initiative qui doit toujours faire ses preuves et qui ne bénéficie pas souvent de facilitateurs auprès des institutions".

INTERPELLATIES

De voorzitter.- Aan de orde zijn de interpellaties.

INTERPELLATIE VAN DE HEER ANDRÉ DU BUS DE WARNAFFE

TOT DE HEER GUY VANHENGEL, LID VAN HET VERENIGD COLLEGE, BEVOEGD VOOR HET GEZONDHEIDSBELEID, FINANCIËN, BEGROTING EN EXTERNE BETREKKINGEN,

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

betreffende "de bijdrage van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie tot het Nationaal Voedings- en Gezondheidsplan".

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

De heer du Bus de Warnaffe heeft het woord.

De heer André du Bus de Warnaffe (in het Frans).- *De evaluatie van het eerste Nationaal Voedings- en Gezondheidsplan (NVGP) is net verschenen. Ze werd uitgevoerd door het team van Action, recherche et évaluation en promotion de la santé et éducation pour la Santé (APES) van de École de santé publique van de Universiteit van Luik.*

Volgens het verslag is men er niet in geslaagd voldoende sleutelfiguren samen promotie te laten voeren voor een gezonde voeding en meer beweging. Het plan moet zijn sporen dus nog verdienen.

Het NVGP valt onder de Franse en Vlaamse

Ce plan reste inscrit dans les compétences des Communautés française et flamande. Cependant, les stratégies et recommandations du PNNS sont élaborées au sein de différents groupes de travail qui comptent parmi eux des représentants des autorités fédérales, régionales et communautaires. On ne peut pas exclure le fait que certaines de ces actions puissent avoir un impact sur le public bruxellois, c'est le moins que l'on puisse dire.

Le PNNS vise tous les milieux de vie et tous les groupes sociaux partant du jeune enfant jusqu'à la personne âgée, même en maison de repos. En ce sens, la COCOM est très concernée.

Par ailleurs, le Collège réuni a inscrit comme objectif dans sa déclaration de politique générale le développement de la promotion et la prévention de la santé à l'égard de tous les Bruxellois. Il souhaite aussi agir préventivement sur les déterminants sociaux de la santé. Ainsi, des campagnes de sensibilisation renforceront la prévention et l'éducation à la santé, en ce compris dans le domaine de l'alimentation.

Dans quelle mesure la COCOM a-t-elle contribué à ce plan afin de promouvoir l'alimentation saine et durable comme un des facteurs déterminants de la santé ?

Quelle évaluation tirez-vous de cette contribution ?

Quelles sont les orientations qui s'en dégagent ?

Le rapport relève la nécessité d'une vision et d'une orientation politiques fortes et mentionne également, parmi les difficultés rencontrées, l'existence de divergences entre les messages et les stratégies développés par les différentes entités fédérées. L'éclatement des compétences fait l'objet d'un nombre important de paragraphes au sein de ce rapport. En effet, il ne favorise précisément pas une action politique efficace et bien connue du grand public et des opérateurs dans le secteur de la promotion de la santé.

Pour avoir interpellé à plusieurs reprises vos homologues à la Fédération Wallonie-Bruxelles et au niveau fédéral à propos des pathologies spécifiques (comme le diabète) à propos desquelles la prévention joue un rôle majeur, j'ai constaté qu'à chaque reprise, l'un des arguments

gemeenschapsbevoegdheden, maar de strategieën en aanbevelingen worden uitgewerkt door werkgroepen waarin ook vertegenwoordigers van de federale, gewestelijke en gemeentelijke overheden zetelen. Het is niet uitgesloten dat bepaalde acties ook een impact op het Brusselse publiek zullen genereren.

Het NVPG slaat op alle levensfasen en alle sociale geledingen. Op die manier is ook onze GGC betrokken partij.

Het Verenigd College heeft in zijn algemene beleidsverklaring zowel gezondheids promotie als -preventie ingeschreven en wil proactief op het sociale aspect van gezondheidsrisicofactoren inspelen. Zo versterkt sensibilisering zowel gezondheidspreventie als gezondheidsopvoeding.

In welke mate heeft de GGC bijgedragen tot het plan om gezonde en duurzame voeding als sleutel voor gezondheid te promoten?

Wat denkt u van deze bijdrage? Welke gevolgen worden eraan gegeven?

Het verslag wijst op de noodzaak van een krachtige politieke visie en legt de tegenstellingen bloot in de strategieën die in de diverse gemeenschappen worden gehanteerd. De versnippering van de bevoegdheden wordt aangegeven als struikelblok voor een efficiënt gezondheids promotie beleid.

Uw collega's van de Fédération Wallonie-Bruxelles en de federale overheid heb ik geregeld over gezondheidspreventie bevraagd, bijvoorbeeld inzake diabetes. In hun antwoord werd telkens naar het NVPG verwezen, waarvan de efficiëntie nu door dit evaluatierapport wordt geminimaliseerd.

We zijn aan een tweede NVPG toe. Hoe gaat u in dat nieuwe plan sommige besluiten van het rapport evenals de Brusselse specificiteit integreren?

mis en avant par vos collègues était qu'il existe le PNNS. Aujourd'hui, le rapport pointe le fait que la coordination n'a pas fonctionné et que l'efficacité de ce plan s'en trouve affectée.

Inutile de vous rappeler que l'on en est à la définition d'un second PNNS. Dans quelle mesure allez-vous pouvoir intégrer à la définition de ce nouveau PNNS, d'une part, certains aspects de ce rapport et, de l'autre, les spécificités bruxelloises ?

Discussion

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

Mme Catherine Moureaux.- Je m'interroge au sujet du rôle que la Commission communautaire commune peut jouer dans ce plan. Je sais que votre question concernait principalement les aspects de coordination et d'articulation entre les niveaux. Cependant, je souhaite en revenir au fond et préciser les particularités que l'on rencontre à Bruxelles. D'après moi, celles-ci devront toujours être présentes à votre esprit lorsque vous enverrez des experts assister à des réunions ayant trait à ce plan.

Il s'agit d'abord des populations moins favorisées. De manière globale, leur environnement de vie est défavorable à une bonne alimentation. Je veux parler de l'enseignement, mais aussi de l'accès pécuniaire à certaines denrées. En termes de rapport coût-calories, acheter un paquet de chips afin de nourrir ses enfants, est bien plus avantageux qu'acheter des légumes. Lorsque nous revenons du magasin avec notre petit sachet de légumes à 2,24 euros, nous nous disons que les légumes ne coûtent rien. Cependant, achetez le nombre équivalent de calories en paquets de chips... Les ménages défavorisés nourriront parfois de préférence leurs enfants avec des paquets de chips, pour des raisons financières.

Ce genre de raisonnement a été exprimé lors de réunions de groupes de travail très sérieuses auxquels participait la population. Suite à celles-ci, on a effectué l'addition, envisagé la manière d'amener ces populations défavorisées à changer leurs pratiques et constaté qu'il existait un frein financier. Car il ne s'agit pas uniquement d'un frein culturel. On entend souvent des propos à la limite

Bespreking

De voorzitter.- Mevrouw Moureaux heeft het woord.

Mevrouw Catherine Moureaux (in het Frans).- *Welke rol kan de GGC spelen in dit plan? Als uw vertegenwoordigers over het plan vergaderen, moeten ze steeds de Brusselse specificiteit in het achterhoofd houden.*

Om te beginnen is er de arme bevolking. Hun levensomstandigheden zijn minder gunstig voor een goede voeding. Als je de verhouding kostprijs-calorieën vergelijkt, is een zak chips kopen veel voordeliger dan groenten. Armere gezinnen geven hun kinderen vaak minder gezond eten om financiële redenen. Het gaat dus niet alleen om culturele verschillen of om onwetendheid, maar ook om een financiële drempel.

In Brussel zijn er veel arme gezinnen en die moeten op een gedifferentieerde manier aangepakt worden. Algemene preventiecampagnes bereiken nooit dit segment van de bevolking. Vooral de minst gegoeden hebben een eigen aanpak nodig.

Het voornaamste onderdeel van het plan is het creëren van gunstige voorwaarden. Al de rest moet daarop gebaseerd zijn. In Brussel moet dit hele luik grondig herdacht worden.

Nu de rusthuissector geregionaliseerd wordt, komen we voor een grote uitdaging te staan: de voeding van de bejaarden in rusthuizen en ziekenhuizen. Dit is geen specifiek Brusselse kwestie, maar het blijft een belangrijke aangelegenheid.

Hoe staat u tegenover deze twee uitdagingen voor Brussel en voor de GGC?

de la stigmatisation : "Ils ne savent pas, et lorsque nous leur proposons la bonne information, ils n'en tiennent pas compte". Nous ne pouvons en rester à cette lecture-là.

À Bruxelles, ce type de population qui est extrêmement présent doit être protégé et pris en charge de manière différenciée. Les campagnes de prévention tout public n'offrent donc pas la panacée. Cela a été démontré par des études scientifiques tout à fait valables. La prévention de type classique atteint moins ces personnes-là. Pour Bruxelles, vous devez donc être capable de rectifier les axes de travail.

L'axe de la création des conditions favorables est, pour moi, l'axe principal de ce plan. Il devrait sous-tendre tout le reste. Les autres axes sont plus techniques et pointus. Ils s'adressent à des groupes cibles, mais ne parlent pas de manière globale à la population. La mise en place de conditions favorables doit fortement être repensée à Bruxelles, au regard de l'alimentation des populations moins favorisées.

Ensuite, je pense qu'à l'heure actuelle, stratégiquement, au vu de la régionalisation du secteur des maisons de repos que nous allons connaître, nous rencontrerons un défi très important : celui de la nutrition des personnes âgées.

C'est à nous qu'incombera la responsabilité de la nutrition dans les maisons de repos et dans les hôpitaux. Il ne s'agira sans doute pas de quelque chose de spécifique à Bruxelles, mais ce défi n'en demeure pas moins quelque chose de nouveau et d'important dans le cadre de ce plan.

Je voudrais donc savoir comment vous vous positionnez vis-à-vis de ces deux enjeux particuliers de Bruxelles et de notre Commission communautaire.

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

Mme Anne Herscovici.- Dans la lignée des propos de Mme Moureaux, j'attire votre attention sur le fait que chez les personnes précarisées, le rapport à l'alimentation n'est pas seulement lié à la culture, mais aussi aux moyens financiers et à

De voorzitter.- Mevrouw Herscovici heeft het woord.

Mevrouw Anne Herscovici (in het Frans).- *Zoals mevrouw Moureaux stel ik vast dat de eetgewoonten van kwetsbare mensen niet enkel te maken hebben met hun cultuur, maar ook met hun financiële situatie en hun kookuitrusting. Voor een*

l'équipement dont elles disposent pour cuisiner. Je pense ici aux sans-abri et aux personnes qui ont une cuisine inutilisable. Les horaires jouent également un rôle : pour une femme avec enfants, il est plus rapide d'acheter un mauvais plat préparé, même plus cher, que de cuisiner un repas avec amour. Et on ne peut affirmer pour autant que les femmes pauvres n'aiment pas leurs enfants comme les autres !

La question des personnes âgées isolées est un autre volet lié à la structure démographique de la Région bruxelloise. Faute d'un soutien attentif au quotidien, leurs frigos restent vides. En outre, elles manquent souvent d'appétit. Dans ce cas également, les campagnes négligent les personnes qui en ont le plus besoin, d'où le rôle essentiel des médecins généralistes.

Ne sous-estimons pas non plus l'impact des campagnes publicitaires, qui incitent jeunes et vieux à se nourrir de produits innommables censés les rendre irrésistibles.

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

M. Benoît Cerexhe, membre du Collège réuni.- La COCOM a bel et bien participé à l'élaboration du premier Plan national nutrition santé (PNNS-B1), notamment au sein de la Conférence interministérielle de la santé. Ce plan n'est toutefois pas parvenu à fédérer un nombre suffisant d'acteurs-clés, parmi lesquels figuraient les entités communautaires, et donc la COCOM.

Notre institution a également participé aux travaux d'évaluation et a mis en avant le fait que le Plan n'était pas suffisamment construit dans un esprit d'adhésion et qu'il n'était pas suffisamment équilibré en termes d'approche bio-psycho-sociale, le poids trop important du biologique mettant en évidence le poids trop important d'un seul intervenant institutionnel.

L'équipe scientifique de l'Université de Liège (ULg) est venue présenter les résultats préliminaires au comité des experts, dans lequel la COCOM est représentée. Si la nécessité d'un tel plan n'a pas été remise en cause, il apparaît en revanche que de nombreux points devront être considérablement améliorés, notamment :

vrouw met kinderen is het bijvoorbeeld gemakkelijker om een kant en klare maaltijd te kopen, zelfs als die duurder uitvalt, dan om zelf te koken. Natuurlijk wil dat niet zeggen dat armere vrouwen minder van hun kinderen houden dan andere vrouwen.

Het probleem van vereenzaamde bejaarden houdt verband met de demografische evolutie van het Brussels Gewest. Vaak halen ze bij gebrek aan hulp geen vers eten in huis. Ze hebben dikwijls ook geen eetlust meer. De campagnes zien eigenlijk de mensen die de meeste hulp kunnen gebruiken, over het hoofd. De huisartsen moeten hier dan ook een belangrijke rol spelen.

We mogen ook de rol van de reclame voor bepaalde zogenaamd 'onweerstaanbare' maar ongezonde voedselproducten niet onderschatten.

De voorzitter.- De heer Cerexhe heeft het woord.

De heer Benoît Cerexhe, lid van het Verenigd College (in het Frans).- *De GGC heeft wel degelijk meegewerkt aan het eerste Nationaal Voedings- en Gezondheidsplan (NVGP). Het is echter nog niet gelukt om voldoende belangrijke partners bij het plan te betrekken.*

De GGC heeft ook deelgenomen aan de evaluatie van het plan. Uit de evaluatie bleek dat het plan onvoldoende mensen mobiliseert en niet evenwichtig is opgebouwd: er gaat te veel aandacht naar biologische aspecten, waardoor één overheidspartner een wel erg dominante rol krijgt.

De Universiteit de Liège heeft voorlopige resultaten voorgesteld aan een comité van deskundigen waarin de GGC is vertegenwoordigd. De noodzaak van een Nationaal Voedings- en Gezondheidsplan wordt niet in vraag gesteld, maar het kan op heelwat punten beter. Zo was het een vergissing om het plan in te grote mate te baseren op het Franse voorbeeld.

Het team van de Universiteit de Liège dringt ook aan op goede communicatie tussen alle partners

- la nécessité de fixer dans le deuxième plan l'historique et les origines de la démarche ;
- la nécessité de ne pas trop se baser sur un seul plan étranger, à savoir le modèle français, comme cela a été le cas ;
- le constat d'un manque de continuité avec ce qui existait déjà ;
- le fait que le plan n'a pas été suffisamment inscrit dans un discours politique, mais a plutôt été perçu comme une série d'opportunités saisies par certains intervenants particuliers.

L'équipe scientifique de l'ULg souligne également l'importance capitale d'une communication accrue, de type transversale, entre l'ensemble des partenaires. Elle recommande enfin :

- un deuxième plan qui soit plus mobilisateur et plus fédérateur, notamment par un cadre politique et conceptuel clair et approuvé par tous les partenaires ;
- une continuité politique de ce qui est entrepris ;
- un travail plus multisectoriel entre toutes les institutions qui dépendent tant du niveau fédéral que des entités fédérées.

La ministre de la santé publique, dans sa déclaration de politique générale en décembre dernier, a consacré un chapitre à ce Plan national nutrition santé (PNNS). Elle dit, en substance, que 2012 sera une année charnière pour le PNNS. D'une part, le rapport d'évaluation du premier plan sera disponible, et d'autre part, un nouveau plan sera préparé. Dans l'attente de ce nouveau plan, différentes actions seront menées, parmi lesquelles il convient de citer l'organisation d'une enquête alimentaire nationale auprès des enfants de quatre à seize ans. Cette enquête alimentaire devrait être initiée en 2012.

Le dossier reviendra donc certainement sur la table de la Conférence interministérielle de la santé sachant, d'une part, que les budgets fédéraux liés au PNNS seront transférés aux entités fédérées et que, d'autre part sera créé l'Institut pour garantir des réponses concertées aux grands défis en soins de santé, dont les évolutions sociétales et donc la

en formuleert een aantal aanbevelingen. Zo moet er meer werk worden gemaakt van politieke continuïteit en moeten alle betrokken partners beter samenwerken.

De minister van Volksgezondheid wijdde in haar algemene beleidsverklaring van december een hoofdstuk aan het Nationaal Voedings- en Gezondheidsplan. Daarin staat dat 2012 een sleuteljaar wordt voor het plan. Dan is niet alleen de evaluatie van het eerste plan afgerond, maar komt er ook al een tweede versie aan. In afwachting van het nieuwe plan worden er allerlei maatregelen genomen, zoals een nationale enquête over de eetgewoonten van kinderen van vier tot zestien jaar.

Het dossier zal dus binnenkort weer ter sprake komen in de interministeriële conferentie Volksgezondheid. De federale middelen voor het Nationaal Voedings- en Gezondheidsplan worden overgedragen aan de gemeenschappen en er wordt een instituut opgericht dat garant moet staan voor een gecoördineerde aanpak van de grote uitdagingen in de gezondheidszorg, zoals bijvoorbeeld zwaarlijvigheid.

Er bestaan geen specifieke maatregelen voor de coördinatie van de gegevens inzake het voedings- en gezondheidsplan. De deelnemende overheidspartners werken echter mee aan de nationale gezondheidsenquête en delen vergelijkbare resultaten, onder meer inzake eetgewoonten. Er bestaat nog een ander onderzoek over de eetgewoonten van pubers, maar dat wordt niet op dezelfde manier gevoerd door de Vlaamse en de Franse Gemeenschap.

Er bestaat in feite geen gezamenlijke strategie inzake gezondheidsinformatie. Elke gemeenschap heeft zijn eigen systeem. Het is dan ook moeilijk om in Brussel bruikbare informatie van de twee gemeenschappen te vergaren. Door de uiteenlopende methodes waarop die informatie wordt verzameld, is het erg moeilijk om een globaal beeld te krijgen van de situatie in het Brussels Gewest.

Het zou erg nuttig zijn om een interministeriële werkgroep op te richten die werk maakt van vergelijkbare gegevens voor het hele land. De gegevens zouden dan kunnen opgesplitst worden

problématique du surpoids et de l'obésité ou, pour avoir une approche positive, le défi d'un indice de masse corporelle sain.

Pour ce qui est de la coordination des données en matière de nutrition santé, il n'existe, selon notre Observatoire, rien de spécifique à ce sujet. Cependant, toutes les entités participent à l'enquête nationale de santé et partagent donc des données comparables pour ce qui concerne cette enquête, notamment sur les comportements alimentaires et les excès pondéraux. Il existe une autre enquête portant sur les adolescents, mais qui n'est pas conduite de manière identique en Communauté flamande et en Communauté française.

Il n'existe pas de stratégie concertée en termes d'information sanitaire. Chaque entité construit son propre système sur la base des services existants (l'Office nationale de l'enfance et Kind en Gezin, Promotion de la santé à l'école et les Centra voor leerlingenbegeleiding, etc.). Pour Bruxelles, il est donc difficile de disposer d'informations utiles au départ des deux Communautés, sachant en outre que leurs méthodes de collecte différentes ne permettent pas, ou difficilement, d'avoir une image globale pour notre Région.

Il semblerait donc tout à fait utile et intéressant d'avoir un groupe de travail interministériel qui permettrait d'établir un minimum de données identiques sur l'ensemble du pays qui seraient ensuite ventilées par région de résidence au minimum et, si possible, par commune de résidence afin d'affiner encore plus les réflexions. Je pense, par exemple, aux données relatives à l'indice de masse corporelle des enfants.

Nous formulerons à nouveau ces propositions pour la future enquête alimentaire nationale, évoquée par la ministre fédérale et mise en route en 2012 auprès des enfants de quatre à seize ans.

Il faut noter toutefois l'avancée du rapport interministériel "Performance du système de santé belge". Ce rapport est réalisé par le Kenniscentrum - Centre d'expertise des soins de santé (KCE), l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI), l'Institut scientifique de santé publique (ISP) et les entités fédérées, dont l'Observatoire de la santé pour la COCOM. Il étend les indicateurs de performance au secteur de la promotion de la

per gewest of zelfs per gemeente.

Naar aanleiding van de nieuwe nationale voedingsenquête zullen we deze voorstellen opnieuw te berde brengen.

Overigens wordt er door een aantal instanties gewerkt aan een interministerieel rapport over de prestaties van de Belgische gezondheidszorg. Daarbij wordt ook rekening gehouden met bewustmaking inzake gezondheid. Het is een gezamenlijk project waarvoor afspraken worden gemaakt over indicatoren. Het rapport wordt besproken door een specifieke werkgroep van de interministeriële conferentie Volksgezondheid, die het uiteindelijk zal moeten ratificeren.

Het toekomstige instituut dat garant zal staan voor een gezamenlijke aanpak van de grote uitdagingen in de gezondheidszorg, zal een gemeenschappelijke visie moeten bepalen en werk maken van een duurzaam beleid inzake gezondheidszorg. Het zal zich onder meer baseren op studies van het KCE.

Welke maatregelen neemt de GGC inzake de eetgewoonten van de armste Brusselaars? Welnu, het toekomstige overlegplatform voor bewustmaking inzake gezondheid, waarvoor 50.000 euro wordt uitgetrokken, zal zeker aandacht besteden aan de kwestie.

Een werkgroep van de interministeriële conferentie Volksgezondheid houdt zich bezig met de eetgewoonten van bejaarden. Die werkgroep zal ook de rol van de toekomstige coördinerende artsen in de RVT's bespreken.

Mevrouw Moureaux en mevrouw Herscovici wijzen er terecht op dat dit probleem onze bijzondere aandacht verdient.

santé. Il s'agit donc d'un projet de concertation pour l'élaboration d'un ensemble d'indicateurs à suivre. Ce rapport est discuté au sein d'un groupe de travail spécifique de la Conférence interministérielle de la santé qui, in fine, le ratifie.

Notons également que le futur Institut pour garantir des réponses concertées aux grands défis en soins de santé sera chargé de définir une vision prospective commune et une politique de soins durable et qu'il s'appuiera, entre autres, sur les études menées par le KCE dont le mode de gestion et de financement sera réglé par accord de coopération entre le niveau fédéral et les entités fédérées compétentes.

Quel est le rôle de la COCOM, notamment en matière d'actions auprès des populations plus fragilisées dont vous avez pointé quelques habitudes alimentaires ? Cela constituera sans doute l'un des champs d'action de la future plateforme de concertation en promotion de la santé pour laquelle un budget de 50.000 euros a été prévu.

La problématique de la nutrition des personnes âgées est déjà abordée au sein du groupe de travail qui leur est consacré au sein de la Conférence interministérielle de la santé. On y débatera aussi du rôle du futur médecin coordinateur en maisons de repos et de soins (MRS).

Vous avez raison, Mmes Moureaux et Herscovici, de nous dire que c'est une problématique qu'il faut suivre avec une attention accrue.

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

M. André du Bus de Warnaffe.- Je remercie le ministre et mes collègues pour leur participation au débat et pour avoir insisté sur l'aspect social bruxellois. J'ai trois réflexions à vous soumettre, M. le ministre.

Premièrement, c'est le Danemark qui a mis la problématique de la nutrition et de la santé à l'ordre du jour, en en faisant une priorité absolue. Avec l'arrivée de ce pays à la présidence de l'Union européenne, la question de la nutrition a trouvé une place de choix au centre des débats européens, et plus particulièrement le diabète, un

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

De heer André du Bus de Warnaffe *(in het Frans).*- *Ik dank het collegelid en mijn collega's voor de nadruk die zij op de Brusselse sociale eigenheden hebben gelegd.*

Denemarken is het eerste land dat voeding en gezondheid tot een absolute prioriteit heeft uitgeroepen. Onder het Deens voorzitterschap van de Europese Unie hebben voeding en voedinggerelateerde ziekten, zoals diabetes, een centrale plaats in de Europese debatten gekregen.

De cijfers zijn alarmerend. Er zijn 600.000 tot

de ses versants pathologiques, qui est devenu la pathologie cible au niveau européen.

Ensuite, les chiffres sur la question sont interpellants en Belgique. Ainsi, 600.000 à 900.000 personnes sont touchées par le diabète. Les projections sont catastrophiques, puisque la croissance se fait quasiment de manière exponentielle. La seule façon d'endiguer cette pathologie est d'organiser une mobilisation générale à travers le PNNS.

Dans la foulée des différentes réformes institutionnelles et des différentes initiatives qui sont portées par vos collègues ou par des autorités politiques - le transfert de compétences d'une part, mais aussi le nouveau Code santé porté par Mme Fadila Laanan au niveau de la Fédération Wallonie-Bruxelles, qui est envisagé en Région wallonne également -, nous plaidons donc pour que l'on profite de ce mouvement de réorganisation et de réaffirmation institutionnelle afin de prendre en considération tous les acteurs sur le plan de la santé.

Dans le cas présent - et nous ne sommes pas concernés par le niveau provincial qui a été intégré au niveau régional -, l'un des acteurs auquel je fais référence n'est autre que le niveau communal. Les communes, au travers des échevins de la santé, aujourd'hui en place un peu partout, ainsi que l'ensemble des autorités publiques qui exercent une compétence dans le domaine de la santé, doivent ainsi pouvoir se retrouver autour de l'initiative d'un PNNS qui prenne en considération chacune des autorités concernées.

Ce n'est qu'au travers d'une mobilisation générale que l'on parviendra à définir des actions réellement chargées de sens et véritablement efficaces.

Ce n'est pas mon choix, mais j'ai bien conscience du refus de votre collègue au niveau fédéral d'un plan national sur le diabète. Je n'évoquerai pas les raisons de cette opposition. Je remarque simplement, pour ne donner qu'un exemple, que le Plan national pour le cancer a toute sa pertinence.

Je plaide pour que, lors de vos contacts dans les conférences interministérielles, vous soyez volontariste pour impliquer toutes les entités politiques à travers ce PNNS, et afin que, le cas

900.000 Belgen met suikerziekte. Die ziekte neemt bovendien exponentieel toe. De enige manier om ze in te dijken bestaat uit een algemene mobilisatie van alle gezondheidsactoren via het Nationaal Voedings- en Gezondheidsplan.

Ik betreur dat uw federale collega weigert om een nationaal diabetesplan op te stellen. Het Nationaal Kankerplan heeft nochtans zijn nut bewezen.

Ik hoop dat u tijdens de interministeriële conferenties alles in het werk zult stellen om de verschillende beleidsniveaus bij het Nationaal Voedings- en Gezondheidsplan te betrekken en ervoor te zorgen dat voor bepaalde pathologieën, zoals diabetes, een federaal plan wordt opgesteld dat rekening houdt met de Brusselse eigenheden.

échéant, pour certaines pathologies, dont celle du diabète qui est le versant pathologique du PNNS, il y ait également un plan fédéral qui intègre les réalités bruxelloises.

- L'incident est clos.

INTERPELLATION DE MME GISÈLE MANDAILA

À M. GUY VANHENGEL, 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 pénurie de personnel infirmier dans les hôpitaux publics bruxellois".

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

La parole est à Mme Mandaila.

Mme Gisèle Mandaila.- On sait que la Région bruxelloise concentre l'offre hospitalière la plus importante du pays. En effet, les cartographies des différentes Régions en termes d'infrastructures hospitalières et de maisons de repos et de soins (MRS) montrent que Bruxelles est la ville la plus densément peuplée, ce qui implique un besoin important en personnel infirmier. Or, c'est aussi à Bruxelles que l'on constate la plus forte pénurie de personnel soignant, qu'il s'agisse d'infirmiers ou d'aides soignants. Les hôpitaux publics seraient d'ailleurs particulièrement concernés par cette pénurie d'infirmiers.

Plusieurs raisons expliquent cette situation, comme des barèmes peu attractifs, principalement dans le domaine public bruxellois, et des conditions de travail difficiles. Les infirmiers travaillant dans les hôpitaux publics bruxellois gagnent moins que leurs collègues wallons et

- Het incident is gesloten.

INTERPELLATIE VAN MEVROUW GISÈLE MANDAILA

TOT DE HEER GUY VANHENGEL, 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 tekort aan verpleegkundig personeel in de Brusselse openbare ziekenhuizen".

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

Mevrouw Mandaila heeft het woord.

Mevrouw Gisèle Mandaila (in het Frans).- Brussel heeft het grootste ziekenhuisaanbod van het land, maar kampt tegelijk met het grootste tekort aan verplegend en verzorgend personeel. Dat tekort doet zich het meest voelen in de openbare ziekenhuizen.

Het tekort is onder meer te wijten aan de onaanrekkelijke lonen, met name in de openbare ziekenhuizen, en de moeilijke werkomstandigheden. De verpleegkundigen in de Brusselse openbare ziekenhuizen verdienen minder dan hun Vlaamse en Waalse collega's, gezien de levensonderhoudskosten in Brussel.

De werkuren vallen moeilijk te combineren met een gezinsleven. Bovendien is wonen in Brussel voor heel wat verpleegkundigen te duur geworden. Zij verkiezen dan ook vaak een job buiten Brussel.

flamands, eu égard au coût de la vie à Bruxelles.

Relevons encore les horaires peu adaptés à la vie de famille et les problèmes de logement à Bruxelles, devenu inaccessible pour la majorité des infirmiers et infirmières, dont les moyens financiers sont limités. Ils préfèrent dès lors souvent chercher du travail en dehors de Bruxelles.

Certes, ce phénomène n'est pas propre à notre Région. De nombreux pays européens sont également touchés par cette pénurie. Cela dit, il est important que la Région bruxelloise, qui abrite les sièges des institutions européennes et internationales, soit en mesure de répondre à l'augmentation de la demande des patients, liée à l'augmentation du public (travailleurs internationaux, demandeurs d'asile) et au vieillissement de la population. De plus, l'essor démographique annoncé à Bruxelles nécessitera également d'accueillir cette population, que ce soit en termes d'écoles, de logement ou de soins.

D'après l'une des responsables de l'Association belge des praticiens de l'art infirmier (ACN) et d'après les responsables d'autres institutions, chaque année, de nombreux étudiants obtiennent brillamment leur diplôme dans cette filière. Le problème ne réside donc pas dans une pénurie de diplômés, mais bien dans l'abandon précoce du métier vu les conditions de travail. Beaucoup d'infirmiers se réorientent vers le secteur pharmaceutique, les métiers de la recherche ou des fonctions de secrétariat au sein des hôpitaux. Ces postes sont un peu plus attractifs. Il faut donc opérer des améliorations à cet égard.

En juin 2010, en réponse à une question similaire posée par certains de mes collègues, M. Vanraes répondait : "Il est clair que nous craignons, à terme, une encore plus grande pénurie du personnel infirmier, tant dans les hôpitaux publics que privés". Ce constat est vérifié dans la mesure où les hôpitaux se voient obligés d'aller chercher dans des pays d'Europe de l'Est, tels que la Roumanie, ou en Afrique du Nord, des infirmiers et infirmières qui acceptent de moins bonnes conditions de travail.

Un récent reportage diffusé sur RTL-TVi montrait qu'il y a actuellement environ 800 infirmières venues de l'étranger. Celles-ci sont parfois

Het tekort aan verpleegkundig personeel is geen typisch Brussel fenomeen. Heel wat Europese landen kennen hetzelfde probleem. Het is evenwel belangrijk dat het Brussels Gewest, waar tal van Europese en internationale instellingen zijn gevestigd, aan de zorgvraag kan voldoen. Door de verwachte bevolkingsgroei, de toenemende vergrijzing en de stijging van het aantal internationale werknemers en asielzoekers zal die zorgvraag alleen maar toenemen.

Volgens de Belgische vereniging van de beoefenaars van de verpleegkunde behalen elk jaar heel wat studenten met glans hun verplegersdiploma. Er is dus geen gebrek aan gediplomeerden. Het probleem is dat heel wat verpleegkundigen vroegtijdig uit het beroep stappen en voor een meer aantrekkelijke job kiezen in de farmaceutische sector, de onderzoekssector, enzovoort. Dat is het punt waaraan wij moeten werken.

Om het personeelstekort op te vangen zien de ziekenhuizen zich genoopt om verpleegkundigen in Oost-Europa of Noord-Afrika te zoeken.

Volgens een recente reportage op RTL-TV1 zouden er momenteel 800 buitenlandse verpleegkundigen in België aan de slag zijn. De selectieprocedures zouden niet altijd even orthodox verlopen. Sommige jobinterviews zouden op afstand gebeuren, zonder dat de verpleegkundige kwaliteiten worden gecontroleerd. Wanneer die verpleegkundigen hier aankomen, worden ze "verkocht" tegen 6.000 tot 13.000 euro, salaris niet inbegrepen. Dit systeem kost veel geld aan de ziekenhuizen en rusthuizen, die deze praktijken betreuren en vragen dat de situatie van de verpleegkundigen in België zou worden verbeterd.

De buitenlandse verpleegkundigen krijgen een arbeidsovereenkomst aangeboden. Op basis daarvan kunnen zij na drie jaar een naturalisatie aanvragen en dezelfde arbeidsvoorwaarden als de Belgische verpleegkundigen genieten.

Vorig jaar deelde u mee dat er 3.000 voltijdsequivalenten in de Brusselse ziekenhuizen werkten en dat er 200 posten vacant waren. Wat is de huidige stand van zaken? Zijn er verschillen tussen de ziekenhuizen?

recrutées de manière peu orthodoxe. Certains entretiens d'embauche se font à distance, sans que les qualités des infirmières ne soient vraiment vérifiées. Lorsqu'elles arrivent ici, elles sont "vendues" entre 6.000 et 13.000 euros, salaire non compris. La société Moving People organise ce genre de recrutements. Ce système d'achat coûte très cher aux hôpitaux et aux maisons de repos, qui déplorent ces phénomènes et demandent que l'on améliore la situation des infirmiers et infirmières en Belgique, et en particulier à Bruxelles.

Ces infirmières, une fois arrivées ici, signent un contrat de travail. L'octroi de la naturalisation est parfois lié aux conditions de travail. Si quelqu'un a un travail, il peut bénéficier plus facilement, au terme de trois années, de la naturalisation. Au bout de trois ans, ces personnes vivant ici, ayant un contrat et répondant aux conditions, deviennent belges et demandent alors de bénéficier des mêmes conditions que les infirmières belges... Que se passera-t-il dans quelques années ? Nous nous retrouverons avec une pénurie qui ne va pas se réduire.

Ces constats sont-ils toujours d'actualité ? Vous annonciez un chiffre de 3.000 équivalents temps plein actifs dans les hôpitaux bruxellois, ainsi qu'une vacance de 200 postes effectifs l'année passée. Quelle est la situation actuelle au sein des hôpitaux publics bruxellois ? Existe-t-il des disparités entre les hôpitaux ?

Quelles mesures ont-elles été prises afin de combattre ce phénomène et d'être plus efficaces en termes d'engagements ? Quels en sont les résultats ? Une concertation a-t-elle été mise en place avec le secteur concerné ? Le cas échéant, quelles pistes ont-elles été évoquées ou initiées ? Le réseau Iris a-t-il mis en place un plan d'action ? Qu'en est-il des exigences linguistiques pour le personnel infirmier au sein des hôpitaux bruxellois ? Constituent-elles réellement un frein ?

Il est important de valoriser la profession d'infirmier, tant du point de vue du salaire que de la pénibilité du travail. Avez-vous eu des contacts avec les autres entités compétentes afin d'améliorer les conditions de travail et de s'atteler au problème de la pénibilité ? Quelles sont les mesures prises pour améliorer l'attractivité du métier d'infirmier ? Est-ce que de nouveaux

Welke maatregelen zijn er genomen om het tekort aan verpleegkundigen op te lossen? Is er overleg geweest met de sector? Welke voorstellen zijn daaruit voortgekomen? Heeft het IRIS-net een actieplan opgesteld? Vormen de taaleisen in de Brusselse ziekenhuizen een rem?

Op welke manier bent u van plan het beroep van verpleegkundige aantrekkelijker te maken? Hebt u hierover gediscussieerd met de andere bevoegde ministers? Liggen er nieuwe akkoorden op tafel?

Hoeveel studenten zijn er in een verplegersopleiding ingeschreven? Is er een stijging ten opzichte van het academiejaar 2010-2011? Hebt u contacten met de ministers van de andere Gemeenschappen?

Twee bijkomende problemen zijn huisvesting en mobiliteit. Hebt u contact gehad met de minister van Huisvesting? De verpleegkundigen die nachtdienst verrichten klagen over de uurregeling van Collecto. Hebt u contact gehad met de minister van Mobiliteit om de regeling aan te passen?

Dit probleem vereist een algemene aanpak. Is het op de agenda van de interministeriële conferentie Welzijn-Gezondheid geplaatst? Welke concrete beslissingen zijn er genomen?

(De heer René Coppens, derde ondervoorzitter, treedt als voorzitter op)

accords sont sur la table ?

Disposez-vous d'indications quant au nombre d'étudiants inscrits dans cette filière ? Est-il toujours en augmentation par rapport à l'année académique 2010-2011 ? Avez-vous eu des contacts à cet égard avec les ministres concernés des autres Communautés ?

Est-ce qu'une concertation a été menée avec les ministres du logement, dans la mesure où il y a un problème de logement et de mobilité ? Par ailleurs, les infirmières de nuit se plaignent des horaires du service Collecto. Y a-t-il eu des contacts avec la ministre de la mobilité pour chercher à améliorer les services existants et leurs horaires ?

Dans la mesure où ce phénomène doit être pris en charge de manière globale, le problème de la pénurie d'infirmiers a-t-il été évoqué lors de la Conférence interministérielle social-santé ? Le cas échéant, quelles sont les décisions concrètes qui ont été prises en la matière ? Dans la négative, comptez-vous mettre ce point à l'ordre du jour d'une prochaine conférence interministérielle ?

(M. René Coppens, troisième vice-président, prend place au fauteuil présidentiel)

Discussion

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

M. Philippe Close.- Les infirmières qui viennent d'autres pays touchent le même salaire et jouissent des mêmes conditions de travail que les infirmières belges.

M. Benoît Cerexhe, membre du Collège réuni.- Ce sont les mêmes conventions collectives.

M. Philippe Close.- En effet, elles ont des contrats à durée indéterminée et sont soumises aux mêmes conventions collectives. Il n'y a aucune ambiguïté en la matière. Ce n'était pas clair dans la question de Mme Mandaila.

Il est vrai que c'est un problème philosophiquement assez gênant. Dans notre Région, qui compte 20% de chômage, les hôpitaux publics et privés continuent à passer par des

Bespreking

De voorzitter.- De heer Close heeft het woord.

De heer Philippe Close (in het Frans).- *De verpleegkundigen uit het buitenland krijgen hetzelfde loon en werken onder dezelfde arbeidsvoorwaarden als de Belgische.*

De heer Benoît Cerexhe, lid van het Verenigd College (in het Frans).- *Ze vallen onder dezelfde collectieve arbeidsovereenkomsten.*

De heer Philippe Close (in het Frans).- *Inderdaad. Dat was misschien niet zo duidelijk in de vraag van mevrouw Mandaila.*

Het is inderdaad een vervelend probleem dat in het Brussels Gewest, dat 20% werkloosheid kent, de ziekenhuizen personeel zoeken via dure bedrijven die gespecialiseerd zijn in internationale aanwervingen. Vroeger werkten die ziekenhuizen samen met de universiteit en verpleegschool van

filiales de recrutement onéreuses. Auparavant, les hôpitaux du réseau Iris avaient une convention avec l'université et l'école d'infirmières de Cluj. Ils travaillent désormais avec le Portugal. C'est un peu surréaliste.

Notre Région possède des écoles d'infirmières assez performantes, que ce soit sur le campus de Brugmann ou sur celui de Saint-Luc. Le gros problème, c'est le taux d'échec en première année. Malheureusement, les candidats qui achèvent leurs études secondaires ont un niveau trop faible, ce qui conduit à un taux d'échec de 75%. On pourrait donc réfléchir à une année de transition.

Entre la pénurie et l'appel à l'étranger, il y a certainement, dans le cadre de vos deux compétences de l'emploi et de la santé, une initiative à prendre. Un diplômé en soins infirmiers ne connaîtra jamais de problème d'emploi. Que ce soit dans les maisons de repos, les hôpitaux publics ou une autre structure de soins (centrales de soins à domicile, etc.), la demande va devenir exponentielle.

Par ailleurs, les structures de recrutement à l'étranger ou l'intérim, quasi définitif, coûtent extrêmement cher aux hôpitaux, publics ou privés.

Il est vrai que les sociétés d'intérim mettent tout en oeuvre - voiture de service et/ou de fonction... - pour attirer les candidats. Même s'il s'agit d'avantages que le secteur public est dans l'impossibilité d'offrir, je voudrais tordre ici le cou à un canard : je souhaite que les personnes gagnent plus, même si c'est difficile. Les barèmes dans le secteur public ont été revalorisés. Actuellement, ils doivent être très proches de ceux pratiqués dans le secteur privé. Par exemple, en 2007, nous avons aligné les barèmes sur ceux de l'hôpital Erasme qui fait partie du réseau de l'ULB. Des efforts sont également consentis en matière de création de crèches ou d'autres aménagements.

Cependant, le vrai problème réside dans le fait que trop peu d'infirmiers sortent annuellement de nos écoles. Il faut inverser la tendance. Pour ce faire, des campagnes pourraient être menées afin de promouvoir ce type de carrière dans le secondaire. Faut-il le faire principalement dans les sections plus sensibilisées à ce type de profession ou créer une septième année de remédiation ou une classe

Cluj, vandaag is dat met Portugal.

Het Brussels Gewest telt goede verpleegscholen, maar het grootste probleem is het hoge percentage (75%) niet-geslaagde studenten in het eerste jaar. Een overgangsjaar kan een oplossing bieden.

Iemand met een verpleegkundig diploma zal altijd werk vinden, of het nu in een ziekenhuis is, een rusthuis of andere zorgcentra, want de vraag zal blijven toenemen.

Uitzendkantoren en bedrijven die gespecialiseerd zijn in internationale aanwervingen zijn heel erg duur voor publieke en private ziekenhuizen.

Die uitzendkantoren doen er alles aan om kandidaten aan te trekken. Zo bieden ze soms een firmawagen aan.

Ik wil ook dat verpleegkundigen meer kunnen verdienen, maar dat ligt moeilijk. De loonschalen van de openbare sector werden al verhoogd en momenteel zullen ze niet veel lager zijn dan in de privésector. Ook worden er inspanningen geleverd voor de bouw van crèches.

Om het tekort aan afgestudeerde verpleegkundigen weg te werken, moeten we deze studierichting al promoten in het secundair onderwijs. Nog een interessante oplossing is de invoering van een zevende jaar of een voorbereidend jaar om de overgang naar het hoger onderwijs te vergemakkelijken.

Een echt actieplan moet gevoerd worden met de vier of vijf betrokken scholen om te kunnen leiden tot meer afgestudeerden. De eerste stap is sensibilisering. Dankzij Project 600, een opleidingsproject voor verpleegkundigen, konden verzorgers toch nog een baan als verpleegkundige krijgen. Er zouden echter veel meer mensen die studies van verpleegkundige kunnen volgen, indien ze een duwtje in de rug kregen.

Als we ook rekening houden met het aantal uitzendcontracten en de aanwervingen uit het buitenland, mogen we met deze maatregelen jaarlijks rekenen op meer dan 500 extra aanwervingen in het Brussels Gewest. Dat is niet min.

propédeutique afin de préparer à ces études supérieures ? Nous avons ici une filière au service de la collectivité et au sein de laquelle notre population pourrait tout à fait trouver un épanouissement.

Un vrai plan d'action devrait donc être mené avec les quatre ou cinq écoles concernées. Il faut objectivement pouvoir sortir davantage de diplômés, car nous en avons besoin. Ce plan d'action débute par une sensibilisation et une mise à niveau. Le Projet 600 de formation en art infirmier a, au niveau fédéral, permis aux aide-soignants d'accéder à la profession d'infirmier. Cependant, beaucoup de personnes seraient capables de suivre de vraies études d'infirmier si on leur mettait le pied à l'étrier.

En termes d'emploi, on parle de 200 à 300 places, mais, si j'en juge par le nombre d'intérimaires et de recrutements à l'étranger, ce seraient plus de 500 personnes par an qui pourraient être recrutées en Région bruxelloise, ce qui n'est pas rien.

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

Mme Bianca Debaets *(en néerlandais).*- *Je suis déjà intervenue à plusieurs reprises sur ce sujet précédemment. Il ne s'agit effectivement pas d'un phénomène propre à Bruxelles, mais il y est particulièrement aigu.*

Il importe d'examiner les raisons du manque d'attractivité de cette profession et celles qui incitent les infirmiers à quitter leur profession prématurément. D'après une étude comparative menée par un syndicat européen sur la pénurie des infirmiers dans quatre villes, ces raisons ne sont pas liées au salaire, mais à l'absence d'évolution professionnelle, puisqu'il s'agit d'une carrière plane.

La hiérarchie par rapport aux médecins joue un rôle également. Le personnel infirmier a longtemps été considéré comme l'aide du médecin, même si cette situation est en train de changer. Les autres raisons évoquées sont notamment le prix du logement, les problèmes de mobilité et le manque de crèches.

Pour pallier le problème, Londres a investi

De voorzitter.- Mevrouw Debaets heeft het woord.

Mevrouw Bianca Debaets.- Het onderwerp van deze interpellatie ligt me na aan het hart. Ik heb er in het verleden al vaker een tussenkomst over gehouden. Zoals de spreker stelde, is het natuurlijk geen typisch Brussels fenomeen. Het probleem stelt zich in het hele land en zelfs in Europa. Het is wel meer geconcentreerd in Brussel.

Het is goed om de remmende factoren na te gaan. Wat maakt dat mensen niet voor de opleiding of het beroep kiezen? Waarom stappen ze voortijdig uit het beroep? The European Federation of Public Service Employees of Eurofedop, een Europese vakorganisatie, heeft een paar jaar geleden een heel interessante studie gedaan. Men heeft in vier hoofdsteden, namelijk Madrid, Brussel, Londen en Parijs, het tekort aan verpleegkundigen onderzocht. Daaruit blijkt dat het niet zozeer vanwege de verloning is dat mensen uit het beroep stappen, maar wel vaak vanwege de vlakke loopbaan. Men is verpleegkundige tot aan het einde van zijn carrière. Men kan wel hoofdverpleegkundige worden, maar daar stopt het dan. In tegenstelling tot veel andere beroepen kan men niet doorgroeien.

massivement dans les logements à proximité des hôpitaux et Madrid a revalorisé les barèmes par rapport au reste du pays, puisque la vie est plus chère dans une grande ville. Ce sont quelques pistes de réflexion.

La VGC sensibilise les jeunes à cette profession. Des infirmiers se rendent dans les écoles pour expliquer à des jeunes qui ignorent bien souvent les tâches qu'elle implique combien leur profession est passionnante et variée.

Il est toutefois regrettable de recruter du personnel à l'étranger. On pourrait en effet réduire le chômage et combler la pénurie de personnel soignant en organisant des formations intensives pour les demandeurs d'emploi, comme cela se pratique déjà dans le secteur des soins à domicile. Même si ces pistes dépassent le niveau bruxellois, elles méritent d'être prises en considération.

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

M. Pierre Migisha.- Pour rappel, la question de la pénurie relève également du pouvoir fédéral, dont les plans d'attractivité n'ont pas donné les résultats escomptés.

La pénurie ne se pose pas seulement en termes de

Ook de hiërarchie met de artsen speelt een rol. De verpleegkundige is lang het hulpje van de arts geweest, ook al is dat aan het veranderen. Daarnaast spelen een aantal randvoorwaarden mee, zoals dure huisvesting, mobiliteit en gebrek aan kinderopvang, om niet in een hoofdstad te gaan werken.

In de studie werd ook nagegaan welke instrumenten de vier hoofdsteden hebben uitgewerkt om het tekort te verhelpen. In Londen heeft men bijvoorbeeld massaal geïnvesteerd in huisvesting in de nabije omgeving van zorginstellingen. Dat is een interessant denkspoor, ook voor Brussel.

In Madrid heeft men het over een andere boeg gegooid. Daar liggen de barema's voor verpleegkundigen hoger dan in andere regio's in Spanje omdat het leven in een grootstad duurder is. Dat zijn een aantal zaken om over na te denken.

In de VGC maken we er werk van om jongeren warm te maken voor het beroep. In het project H-team leggen verpleegkundigen aan jongeren in de klas uit hoe boeiend en verscheiden het beroep wel is. Het omvat heel wat taken waar jongeren vaak geen idee van hebben.

Het stoort me ook een beetje dat men mensen zoekt die snel inzetbaar zijn en dat men daarvoor mensen uit andere landen haalt. Gelet op de torenhoge werkloosheid is het een denkspoor om mensen via opleidingsprogramma's inzetbaar te maken door ze intensief te trainen. Dat gebeurt momenteel in de thuiszorg. Familiehulp doet dat bijvoorbeeld voor de verzorgenden. Op die manier haalt men mensen uit de werkloosheid en zorgt men ervoor dat de tekorten in de zorgsector ingevuld worden.

Deze denksporen overstijgen misschien het Brusselse niveau, maar ze zijn zeker de moeite waard om te overwegen.

De voorzitter.- De heer Migisha heeft het woord.

De heer Pierre Migisha (in het Frans).- *Het tekort aan verpleegkundigen komt ook door het falen van de federale plannen om het beroep aantrekkelijker te maken.*

Volgens het ACN (Belgische Vereniging van de

diplômés : selon l'ACN, le nombre de diplômés (140.000) est suffisant, mais seuls deux tiers de ceux-ci se trouvent sur le marché de l'emploi. Sur ces 140.000 diplômés, beaucoup sont repartis à l'étranger, notamment dans un pays voisin.

Le risque de ne pas pouvoir conserver son personnel existe également pour les infirmiers et infirmières provenant de l'étranger, notamment à cause des horaires inconfortables. Nous devons y être attentifs.

Le problème réside effectivement dans le manque d'attractivité du métier : charge de travail, rémunérations, horaires, etc. Il pourrait être partiellement résolu par une meilleure répartition des tâches, mais cela relève davantage de la politique interne des hôpitaux. En commission, les représentants de l'hôpital Saint-Jean nous ont indiqué qu'ils ne recouraient pas à l'intérim et qu'ils étaient donc autonomes en la matière.

La délégation des tâches peut également constituer une réponse intéressante à la pénurie. C'est un peu à l'image de ce qui se passe dans le secteur des médecins généralistes.

Notre collègue Gisèle Mandaila a également évoqué le problème du logement. Il s'agit en effet d'avoir une vision transversale en la matière. Le fait d'avoir des horaires coupés et des nuits de garde à effectuer implique inévitablement d'avoir un logement situé de préférence à proximité. La politique du logement doit en tenir compte quant aux facilités offertes.

Concernant les chiffres des différents hôpitaux bruxellois, tant publics que privés, quelles sont les actions que vous avez entreprises, sans doute en partenariat avec d'autres entités et niveaux de pouvoir, afin d'apporter des éléments de solution à cette pénurie, et de rencontrer les besoins des professionnels infirmiers ?

Enfin, je souhaite évoquer la suggestion visant à transposer au niveau régional un fonds d'impulsion de l'INAMI. On sait que cela a été fait pour la médecine généraliste. Cela permettrait une intervention dans les coûts salariaux et faciliterait les pratiques de groupe. Des infirmiers mis en réseau pourraient ainsi, à l'instar des médecins, être considérés comme des employeurs pour autant

Beoefenaars van de Verpleegkunde) zijn er voldoende gediplomeerden (140.000), maar slechts twee derden daarvan bevindt zich op de arbeidsmarkt. Velen werken in de buurlanden.

Ook buitenlands verplegend personeel behouden is moeilijk, vooral door de oncomfortabele werkuren.

Het probleem is dat de job onaantrekkelijk is door de werklust, het loon en de werkuren. Dat kan gedeeltelijk opgelost worden door een betere taakverdeling, maar dat behoort tot het interne beleid van de ziekenhuizen. De vertegenwoordigers van het Sint-Jansziekenhuis zeiden bijvoorbeeld in de commissie dat ze geen beroep doen op uitzendkrachten en bijgevolg autonoom kunnen beslissen.

Taken delegeren kan een interessante oplossing zijn. De huisartsen doen dit al.

Mevrouw Mandaila verwijst naar het huisvestingsprobleem. Wie gebroken diensten of nachtdiensten heeft, woont best in de buurt van de werkplaats. Het huisvestingsbeleid moet daarmee rekening houden.

Welke maatregelen hebt u, samen met andere instanties en beleidsniveaus, genomen om iets te doen aan het tekort en aan de noden van het verplegend personeel?

Het impulsfonds voor de huisartsgeneeskunde van het RIZIV werd overgedragen aan de gewesten. Daardoor kon het gewest de lonen beïnvloeden en groepspraktijken vergemakkelijken. Kan dat ook voor het verplegend personeel? Door zich te verenigen in een netwerk zouden ze eventueel als werknemer kunnen worden beschouwd. Hoe staat het daarmee in het Brussels Gewest?

que certaines conditions soient remplies. Qu'en est-il en Région bruxelloise ?

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

M. Jacques Morel.- Il s'agit là d'un véritable sujet de préoccupation. Quand on entend les chiffres de l'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS) en France sur les professionnels de la santé, c'est l'ensemble des professionnels et des professions de santé qui risquent de se trouver caducs dans les années à venir. Ce n'est donc pas un problème uniquement lié à la situation des infirmières. Ce constat nous contraint à revoir la question de manière plus globale, et non pas uniquement sectorielle, voire corporatiste.

La manière dont la profession est organisée se pose davantage dans le cadre hospitalier parce qu'elle y joue un rôle central, tant du point de vue des soins, que des relations avec les patients et de la prise en charge de la continuité des soins.

Effectivement, il y a un problème de nombre et de formation. Dans les écoles d'infirmières, on évoque un chiffre de 25 à 28% d'étudiants d'origine française qui ne restent pas, pour retourner chez eux, la plupart du temps. La moitié de ceux-ci étant originaires des DOM-TOM, on ne peut pas parler de formation transfrontalière. C'est donc une formation qui ne nous bénéficie pas. Il y a là une véritable réflexion à mener. Je sais que du côté de la Communauté française, il existe un projet de décret qui régulerait davantage la présence d'étudiants étrangers dans l'enseignement supérieur.

Une deuxième question sur cette profession est liée à son éclatement. C'est l'un des métiers de la santé qui compte le plus de sous-secteurs. Il y a d'abord deux filières : universitaire (A1) et non universitaire (A2). Il y a aussi une série de fonctions proches : l'aide-soignant, l'aide-logisticien, l'aide familial. Cet éclatement des fonctions professionnelles interroge l'objet même de cette profession.

Dans d'autres pays, cette profession couvre des fonctions très différentes comme l'aide aux soins qui collabore avec le médecin d'une façon plus importante que chez nous, y compris pour la

De voorzitter.- De heer Morel heeft het woord.

De heer Jacques Morel (in het Frans).- *De cijfers zijn verontrustend. Het probleem betreft niet alleen het verpleegkundig beroep, maar ook andere gezondheidsberoepen. Er is dus nood aan een meer algemene aanpak.*

De organisatie van het beroep is vooral een belangrijk gegeven in de ziekenhuizen, waar de verpleegkundigen een centrale rol spelen in de zorgverlening, de relaties met de patiënten en de zorgcontinuïteit.

Het probleem betreft zowel het aantal verpleegkundigen als de opleiding. De verpleegscholen tellen 25% tot 28% studenten van Franse oorsprong die nadien meestal naar hun land terugkeren. Die opleiding komt ons dus niet ten goede. Dat is een punt waarover wij moeten nadenken. De Franse Gemeenschap heeft bijvoorbeeld een ontwerpdecreet uitgewerkt om het aantal buitenlandse studenten in het hoger onderwijs te beperken.

Een ander probleem is de versnippering van het beroep. Naast de verpleegkundigen van universitair (A1) en niet-universitair (A2) niveau zijn er een nog hele reeks andere beroepen zoals verzorger, logistiek assistent of gezinshulp. Wij moeten meer nadenken over het soort verpleegkundige functies dat wij nodig hebben in de ziekenhuizen en de ambulante gezondheidszorg.

Het is absurd dat er ondanks de hoge werkloosheid zo'n groot personeelstekort in die sector is. Er worden buitenlandse werkkrachten aangetrokken, maar dat leidt soms tot problemen tussen de opleiding en de opleidingscultuur enerzijds en het milieu waar het beroep wordt uitgeoefend anderzijds. Niet alleen de taal kan een struikelblok vormen, maar ook de gezondheidsbenadering.

Ik pleit dan ook voor een meer algemene reflectie over de definitie van het beroep en over het soort opleiding dat hiervoor vereist is.

médecine ambulatoire. Nous devons aussi mener une réflexion pour définir la fonction infirmière dont on a besoin aujourd'hui dans les cadres hospitalier et ambulatoire. À partir de là, on pourra sans doute préciser davantage le nombre nécessaire d'infirmiers.

Troisièmement, outre la cohabitation aberrante d'un taux élevé de chômage et d'une pénurie dans ce métier, et en dehors du côté matériel (revenus et salaire), le fait qu'il y ait des filières intérimaires ou d'apport étranger pose la question du lien entre la formation et la culture de formation d'un côté, et le milieu de la pratique de l'autre. Hormis la langue qui peut parfois poser problème, il y a aussi la construction particulière d'une approche sanitaire ou d'une culture d'entreprise publique sanitaire qui constitue un facteur de complication.

Je plaide pour que notre grille de lecture en COCOM (gestion des hôpitaux publics, etc.) s'articule autour d'une réflexion plus globale sur la nature et la définition actualisée de la fonction, et d'autre part, sur le type de formation qui permettra à cette profession de remplir le rôle qu'on en attend aujourd'hui.

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

M. Benoît Cerexhe, membre du Collège réuni.- Mme Mandaila, votre interpellation a suscité l'intérêt de nombreux commissaires. Je vais essayer de répondre de la manière la plus synthétique possible. Je suis convaincu que le débat ne sera pas épuisé aujourd'hui, car il s'agit d'un enjeu extrêmement important.

Votre interpellation visait plus spécifiquement les hôpitaux publics bruxellois et a donc été inscrite à l'ordre du jour de cette commission. Mon collègue, M. Vanhengel, et moi-même, en tant que membres du Collège compétents en matière de santé, allons vous répondre de manière générale.

Les problèmes abordés dans le premier point de votre développement sont toujours d'actualité, non seulement pour l'ensemble des hôpitaux en Belgique, mais aussi, comme le rappelle utilement M. Morel, pour les autres secteurs de la santé. Nous n'avons pas la tutelle sur les hôpitaux publics et je ne peux donc vous fournir de chiffres précis les concernant. Nous pouvons cependant

De voorzitter.- De heer Cerexhe heeft het woord.

De heer Benoît Cerexhe, lid van het Verenigd College (in het Frans).- *Aangezien de interpellatie van mevrouw Mandaila gaat over de Brusselse openbare ziekenhuizen, zal ik die samen met de heer Vanhengel behandelen.*

De problemen die u aanhaalt, bestaan nog altijd. Dat geldt niet enkel voor de ziekenhuizen, maar ook voor de andere sectoren van de gezondheidszorg. Wij oefenen geen bestuurstoezicht uit op de openbare ziekenhuizen. Ik kan u dan ook geen exacte cijfers bezorgen. Toch kan ik u een gedeeltelijk antwoord geven, want Dexia publiceerde in oktober haar jaarverslag over de ziekenhuizen. Daaruit blijkt dat Vlaamse ziekenhuizen gemiddeld minder personeel in dienst hebben, maar dat het Vlaamse ziekenhuispersoneel beter wordt betaald dan het Waalse en Brusselse.

Enkel de federale overheid is bevoegd om maatregelen te nemen voor heel België. In de algemene beleidsverklaring van de federale

partiellement répondre, parce que la banque Dexia a publié au mois d'octobre son étude annuelle sur le secteur des hôpitaux. Celle-ci révèle que les hôpitaux flamands emploient en moyenne moins de personnel, mais que celui-ci est mieux rémunéré que dans les hôpitaux bruxellois et wallons, où le personnel est un peu plus nombreux et un peu moins bien rémunéré.

On peut envisager les mesures à prendre à l'échelle du pays ou des hôpitaux, mais celles-ci relèvent de la compétence du pouvoir fédéral. La déclaration de politique générale fédérale du mois dernier stipule d'ailleurs que dans le cadre d'un dialogue avec les entités fédérées, le gouvernement prendra des mesures en concertation avec les partenaires sociaux du secteur non marchand pour soutenir les infirmiers, les aides-soignantes et autres blouses blanches qui effectuent un travail physiquement et psychologiquement très difficile, avec des horaires délicats. En particulier, toujours selon l'accord de gouvernement, ce soutien se manifestera à partir de 2013 par la création d'emplois supplémentaires.

La note du gouvernement fédéral pour la santé, présentée au parlement, confirme la volonté d'améliorer l'attractivité de la profession infirmière et ce, dans une organisation multidisciplinaire intramuros et extramuros.

Le niveau fédéral a par ailleurs réservé, dans le budget INAMI 2012, 6,5 millions d'euros pour les pensions à l'Office national de sécurité sociale des administrations provinciales et locales (ONSSAPL) des hôpitaux publics. Il s'agit d'un dossier qui touche également au statut du personnel dont fait partie le personnel infirmier. Le niveau fédéral est donc bien conscient de la problématique. L'accord institutionnel du 10 octobre 2011 prévoit la création d'un institut dans le but de "garantir des réponses concertées aux grands défis, notamment budgétaires, à rencontrer en ce qui concerne l'avenir des soins de santé (vieillesse, métiers en pénurie dans ce domaine, évolutions technologiques, évolutions sociétales, etc.)".

La pénurie de personnel infirmier constitue donc bel et bien l'un des défis de demain au niveau du pays tout entier, aussi bien en ce qui concerne le pouvoir fédéral que les Communautés et les Régions. Il s'agit d'un sujet qui a déjà été abordé en

regering staat trouwens dat er naar aanleiding van een dialoog met de gemeenschappen en gewesten en in overleg met de sociale partners van de non-profitsector maatregelen komen voor verpleegkundigen, verzorgers en andere beroepen uit de gezondheidszorg die lichamelijk en psychologisch belastend werk hebben. Die steun komt er vooral vanaf 2013, wanneer er extra personeel wordt aangeworven.

Uit de federale beleidsnota inzake gezondheidszorg blijkt dat men het beroep van verpleegkundige aantrekkelijker wil maken.

De federale regering heeft in het budget van het RIZIV voor 2012 6,5 miljoen euro uitgetrokken voor de pensioenen van de Rijksdienst voor Sociale Zekerheid van de Provinciale en Plaatselijke Overheidsdiensten (RSZPPO) die voor werknemers van openbare ziekenhuizen zijn bestemd. Het dossier houdt ook verband met het personeelsstatuut. De federale regering is zich bewust van het probleem. In het akkoord over de staats hervorming staat dat er een instituut zal worden opgericht dat werk zal maken van een gezamenlijke aanpak om de uitdagingen in de gezondheidssector aan te pakken.

Het tekort aan verpleegkundigen is een groot probleem, zowel voor de federale overheid als voor de gemeenschappen en de gewesten. Het onderwerp kwam al ter sprake in de interministeriële conferentie Volksgezondheid. De GGC is vertegenwoordigd in de werkgroepen die zich bezighouden met thuishulp- en verzorging.

Overigens is er in het Brussels Gewest sprake van overconsumptie in de ziekenhuissector, een consumptie die iets beperkter is dan het gemiddelde in de rusthuizen en RVT's, en een onderconsumptie in de sectoren van de psychiatrie, de chronische ziekten, de revalidatie en de thuisverpleging.

Volgens mij ligt het probleem niet aan de taalvereisten. Ik heb niet de indruk dat buitenlandse verpleegkundigen, aan wie ik arbeidsvergunningen verstrek, de twee landstalen beter spreken dan het Brusselse personeel. Samen met collegelid Vanhengel doe ik inspanningen om de talenkennis van het ziekenhuispersoneel bij te spijkeren, zowel in de openbare sector als in de

Conférence interministérielle santé. La Commission communautaire commune participe aux groupes de travail concernés, dont celui sur les métiers de l'aide et des soins à domicile.

À ce sujet, je me permets de rappeler qu'il existe, en Région bruxelloise, une surconsommation des soins dans le secteur des hôpitaux, une consommation légèrement inférieure à la moyenne dans les maisons de repos (MR) et maisons de repos et de soins de santé (MRS), mais une sous-consommation prononcée dans les secteurs de la psychiatrie, des maladies chroniques et de la revalidation. Ce phénomène est plus prononcé encore dans le secteur des soins infirmiers à domicile.

Je ne pense pas que les exigences linguistiques constituent un frein. Je n'ai pas l'impression que les infirmières provenant d'autres pays, à qui je donne régulièrement des permis de travail lorsqu'elles sont extra-européennes, ont une meilleure maîtrise des deux langues nationales que notre personnel. Vous savez combien, au sein de la CCC, mon collègue, M. Vanhengel, et moi-même faisons des efforts dans le domaine de l'apprentissage linguistique du personnel hospitalier. A Bruxelles, nous le faisons aussi bien dans le secteur public que dans le secteur privé.

Plusieurs intervenants ont évoqué la revalorisation de la profession infirmière et les nouveaux accords éventuels. Ces derniers viseront les secteurs fédéraux du non-marchand et concernent donc la politique que le niveau fédéral mènera à ce propos.

Je ne dispose pas d'informations précises sur le nombre d'étudiants dans la filière des professions infirmières. Les concertations ont lieu entre la ministre fédérale de la santé publique et les ministres communautaires, car la formation dépend encore des Communautés française et flamande. Si vous le souhaitez, je m'informerai à ce sujet.

J'ai été interpellé par les propos de M. Close sur le taux d'échec en première année. Je n'imaginai pas qu'il fût si élevé. Par contre, s'agissant du nombre d'infirmiers et d'infirmières diplômés, je serais plus nuancé et je rejoindrais plus volontiers les propos de M. Migisha: le nombre de diplômés est suffisant, c'est le nombre de ceux qui continuent

privésector.

Meerdere sprekers hadden het over de opwaardering van het beroep van verpleegkundige en eventuele nieuwe akkoorden voor de federale tak van de non-profitsector, die uiteraard het beleid van de federale overheid betreffen.

Ik weet niet precies hoeveel studenten een opleiding verpleegkunde volgen. Er heeft overleg plaatsgevonden met de federale minister van Volksgezondheid en de ministers van de gemeenschappen die bevoegd zijn voor opleidingen.

Ik was verbaasd toen de heer Close het had over het lage slaagpercentage in het eerste jaar van de opleiding verpleegkunde. Volgens mij studeren er niet te weinig studenten af, het probleem is vooral dat veel verpleegkundigen hun beroep slechts enkele jaren uitoefenen.

Er zijn een honderdtal knelpuntberoepen in het Brussels Gewest. Veel verpleegkundigen zoeken ander werk wegens de arbeidsvoorwaarden en werkuren. Samen met de ziekenhuizen moeten we daar iets aan doen. In sommige ziekenhuizen is het personeelsverloop onder de verpleegkundigen lager, onder meer omdat de arbeidsvoorwaarden er beter zijn en er kinderopvang is.

Vooraf de ministers bevoegd voor welzijnszorg nemen deel aan het overleg in de Brusselse interministeriële conferentie Sociale Zaken-Gezondheid. Voorts is er ook overleg in werkgroepen van de interministeriële conferentie Volksgezondheid. Daar spreken we ook met collega's van de Vlaamse Gemeenschap.

Het overleg over de woon- en mobiliteitsvoorwaarden van patiënten en hulpgerechtigden is van start gegaan, maar nog niet voor de gezondheidswerkers. Ik onthoud uw opmerkingen en zal uw voorstellen doorgeven aan mijn collega's.

Ik ben het met u eens dat een globale aanpak noodzakelijk is. We moeten ons niet enkel met de ziekenhuizen bezighouden, maar aandacht hebben voor de hele sector van de gezondheidszorg.

De thuiszorg komt ook ter sprake in het

d'exercer qui pose problème. En effet, beaucoup exercent pendant quelques années après leurs études et interrompent ensuite leur carrière.

En analysant la centaine de fonctions critiques en Région bruxelloise - celles qui ne sont pas remplies malgré le taux élevé de chômage -, on constate que, pour le personnel infirmier, ce sont les conditions et les horaires de travail qui incitent à quitter la profession. Une politique doit donc être imaginée dans ce domaine, en collaboration avec les structures hospitalières. Parmi celles-ci, en effet, certaines réussissent à conserver leur personnel mieux que d'autres, en améliorant les conditions de travail, en aménageant les plages horaires ou en créant des crèches en leur sein.

La concertation avec les autres ministres bruxellois au sein de la Conférence intrabrugeoise social-santé se fait surtout avec les ministres de l'aide aux personnes. Elle a également lieu au sein des groupes de travail de la Conférence interministérielle Santé qui les concernent, comme ceux sur les professions de l'aide et des soins à domicile ou sur la politique de santé à l'égard des personnes âgées, et ce tant à la Commission communautaire commune qu'à la COCOF. Nous y rencontrons également nos collègues de la Communauté flamande.

La concertation sur les conditions de logement et de mobilité des patients et des bénéficiaires d'aide a débuté, mais elle n'a pas encore abordé ce thème pour les travailleurs de la santé. Je prends bonne note de vos observations et je porterai vos suggestions à la connaissance de mes collègues.

Pour conclure, je suis d'accord avec vous tous concernant la nécessité d'une approche globale. Comme je l'ai mis en évidence, les hôpitaux ne sont pas les seuls concernés. Tous les secteurs des soins de santé le sont. Cette approche globale est indispensable dans le cadre du concept de continuum de soins qui nous est cher.

Enfin, pour terminer sur le secteur du maintien à domicile, la problématique est également abordée au sein de notre plate-forme de concertation et de soutien aux soins à domicile et à la première ligne de soins. Je suis fier de vous annoncer que notre plate-forme bruxelloise a fait des petits, puisque mon collègue de la Communauté flamande, M.

overlegplatform voor thuiszorg en eerstelijnsgezondheidszorg. Vlaams minister Vandeurzen heeft trouwens ons voorbeeld gevolgd en een gelijkaardig overlegplatform opgericht voor Vlaanderen. Het is al de vierde maal dat de andere gewesten het voorbeeld van Brussel volgen inzake gezondheidszorg.

Vandeurzen, vient d'en créer une similaire en octobre dernier. Il s'agit du quatrième projet bruxellois en matière de santé qui rayonne ainsi vers les autres Régions.

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

Mme Gisèle Mandaila.- La pénurie des infirmiers est davantage liée au manque d'attractivité du métier et à sa pénibilité qu'au salaire. Si le salaire ne suffit pas à permettre de concilier la vie professionnelle et la vie familiale parce que l'on peine à trouver des crèches pour ses enfants ou à payer une gardienne, la qualité de vie s'en ressent. Il est positif que l'amélioration de l'attractivité du métier d'infirmier soit une des priorités de l'accord du gouvernement.

Par ailleurs, si les infirmiers étrangers recrutés en Belgique ont un salaire supérieur à celui de leur pays d'origine et s'en réjouissent dans un premier temps, compte tenu des frais liés au loyer, de la pénibilité du travail, et des problèmes de transports à Bruxelles, ceux-ci finissent par développer le même état d'esprit que celui de leurs collègues belges. Leur salaire ne suffit plus non plus à les satisfaire en regard de la pénibilité du travail.

Je me réjouis que ce problème soit au coeur de la préoccupation du monde politique. Il doit être abordé de manière globale et transversale afin de dégager des solutions. Il importe que les moyens consacrés à la formation des infirmiers portent leurs fruits et permettent à ceux-ci d'être embauchés dans le secteur hospitalier, plutôt que dans le secteur pharmaceutique, où leur aide s'avère moins nécessaire.

- L'incident est clos.

(M. Philippe Close, président, reprend place au fauteuil présidentiel)

INTERPELLATION DE MME MAHINUR OZDEMIR

À M. GUY VANHENGEL, MEMBRE DU COLLÈGE RÉUNI, COMPÉTENT POUR LA POLITIQUE DE LA SANTÉ, LES

De voorzitter.- Mevrouw Mandaila heeft het woord.

Mevrouw Gisèle Mandaila *(in het Frans).*- *Het tekort aan verplegend personeel heeft meer te maken met de moeilijke werkomstandigheden dan met het loon. Als het loon niet volstaat om het beroepsleven en het privéleven met elkaar te verzoenen, omdat men bijvoorbeeld geen crèche vindt voor de opvang van de kinderen, dan lijdt de levenskwaliteit daaronder. Het is goed dat de regering een prioriteit maakt van de aantrekkelijkheid van het beroep.*

Buitenlandse verpleegkundigen verdienen in België vaak meer dan in eigen land, maar na een tijdje gaan ze evenzeer gebukt onder de moeilijke werkomstandigheden, de hoge huur en de vervoersproblemen in Brussel.

Een globale aanpak is dan ook noodzakelijk. De middelen voor de opleidingen van het verplegend personeel moeten vrucht afwerpen. Ze moeten ze aan het werk houden in de ziekenhuizen in plaats van in de farmaceutische sector, waar ze minder nodig zijn.

- Het incident is gesloten.

(De heer Philippe Close, voorzitter, treedt opnieuw als voorzitter op)

INTERPELLATIE VAN MEVROUW MAHINUR OZDEMIR

TOT DE HEER GUY VANHENGEL, LID VAN HET VERENIGD COLLEGE, BEVOEGD VOOR HET GEZONDHEIDS-

**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 prévention du cancer du sein".

**INTERPELLATION JOINTE DE MME
GISÈLE MANDAILA,**

**concernant "la sensibilisation au cancer du
sein".**

M. le président.- Le membre du Collège Benoît Cerexhe répondra aux interpellations.

La parole est à Mme Ozdemir.

Mme Mahinur Ozdemir.- En Belgique, plus de 9.000 cas de cancers du sein sont diagnostiqués chaque année. Les femmes entre 50 et 69 ans sont les plus exposées à cette maladie, puisqu'elles représentent la moitié des cas. Le cancer du sein est, par ailleurs, la première cause de décès chez les femmes quinquagénaires.

Même si l'on connaît certains risques associés au cancer du sein, on ne connaît pas vraiment les causes de cette maladie et l'on ne peut donc pas empêcher son apparition. En revanche, on peut favoriser l'issue du traitement en identifiant le cancer du sein le plus tôt possible. C'est l'objectif premier du dépistage.

Aujourd'hui, il existe un consensus européen sur l'utilité d'un programme de dépistage systématique par mammographie chez les femmes de 50 à 69 ans, pourvu que ce dépistage s'accompagne d'un dispositif d'assurance qualité.

Comme la plupart des pays européens aujourd'hui, la Belgique a mis en place un programme de dépistage systématique. Il existe depuis 2001 et est organisé par les entités fédérées. Actuellement, en Belgique, le taux de dépistage moyen pour les femmes de 50 à 69 ans atteint à peine les 50%. Or, un tel dépistage est réputé diminuer de 30% la mortalité par cancer du sein chez les femmes de

**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 "de preventie van borstkanker".

**TOEGEVOEGDE INTERPELLATIE VAN
MEVROUW GISÈLE MANDAILA,**

**betreffende "de bewustmaking inzake
borstkanker".**

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

Mevrouw Ozdemir heeft het woord.

Mevrouw Mahinur Ozdemir (in het Frans).- Elk jaar worden in België meer dan 9.000 nieuwe kankergevallen vastgesteld. Vrouwen tussen 50 en 69 jaar lopen het hoogste risico. Voor hen is kanker een belangrijke doodsoorzaak.

We kennen de oorzaak van de ziekte niet, maar vroegtijdige opsporing biedt de meeste kans op genezing.

In Europa is de systematische opsporing van borstkanker via mammografie bij vrouwen tussen 50 en 69 jaar overal ingeburgerd.

In België voeren de gemeenschappen sinds 2001 een systematisch opsporingsprogramma uit, maar nauwelijks de helft van de doelgroep wordt bereikt. Nochtans daalt het aantal sterfgevallen met 30% als minstens 70% van de vrouwen uit de doelgroep wordt gescreend.

Om de twee jaar wordt een uitnodiging verstuurd. Tijdens de mammografie worden vier röntgenopnames genomen en onderzocht. In 10% van de gevallen is sprake van bijkomend onderzoek. In een op de tien gevallen blijkt het effectief om borstkanker te gaan. In dat vroegtijdige stadium is de kans op genezing vrij groot.

plus de 50 ans s'il est pratiqué chez au moins 70% de la population cible.

Dans notre pays, des centres de coordination sont chargés d'envoyer l'invitation au dépistage tous les deux ans. Les femmes qui reçoivent cette invitation peuvent prendre rendez-vous dans une unité de mammographie agréée. L'examen consiste en la prise de quatre clichés radiologiques, qui sont ensuite examinés. En cas d'anomalie, ce qui arrive dans 10% des cas, la femme est convoquée pour des examens complémentaires. Neuf fois sur dix, ces examens concluront qu'il ne s'agit pas d'un cancer, mais le diagnostic de cancer sera établi une fois sur dix. Le traitement pourra alors être entamé immédiatement, à un stade précoce de la maladie, avec un bon pronostic.

Dans la déclaration de politique générale de la Commission communautaire commune, il est mentionné que "le Collège réuni veillera à étendre le protocole entre les Communautés française et flamande sur le dépistage du cancer du sein, du côlon et du col de l'utérus, tant sur les aspects techniques que sur la sensibilisation des populations".

Le Collège réuni a-t-il déjà veillé à étendre le protocole, notamment en termes de sensibilisation des populations ? Quelles actions sont-elles prévues afin d'atteindre le seuil critique des 70% de dépistage de la population cible ? Les infrastructures sont-elles suffisantes pour accueillir et prendre en charge ces nouveaux dépistages, que nous espérons nombreux ?

Mon groupe et moi-même sommes particulièrement attentifs à l'application et à l'extension de ce protocole signé en 2000. Nous sommes soucieux de l'efficacité de la sensibilisation auprès de groupes particuliers comme les femmes d'origine étrangère ou les femmes handicapées.

Selon le rapport de l'asbl Question Santé, il s'avère que "si les données statistiques permettent de penser que la prévention en matière de cancer du sein a été relativement bien comprise et intégrée par les femmes d'origine belge, de même que par les ressortissantes de pays de l'Union européenne, il en irait en revanche tout autrement chez les femmes des communautés turque, maghrébine et

In de algemene beleidsverklaring van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie staat dat het Verenigd College erop zal toezien dat de Franse en Vlaamse Gemeenschap hun protocol over de opsporing van borstkanker, kanker van de dikke darm en baarmoederhalskanker zowel op het vlak van sensibilisering als technisch zullen uitbreiden.

Heeft het Verenigd College daar al werk van gemaakt? Welke acties zijn gepland om 70% van de doelgroep te bereiken? Volstaat de bestaande infrastructuur?

Mijn fractie volgt het protocol van 2000 nauwgezet, zeker ten aanzien van vrouwen van vreemde oorsprong of met een handicap.

Volgens de vzw Question Santé blijkt dat de Europese vrouwen de boodschap over preventie van borstkanker goed begrepen hebben. Dat is veel minder het geval voor economisch zwakkere Turkse, Maghrebijnse of subsaharaanse Afrikaanse vrouwen. Vrouwen met een handicap blijken ook slecht geïnformeerd of begeleid te zijn.

Voorziet de uitbreiding van het protocol in begeleiding van immigrantenvrouwen en vrouwen met een handicap?

d'Afrique subsaharienne de condition sociale modeste". En outre, nous constatons que les femmes handicapées sont mal informées ou mal accompagnées sur le sujet.

L'extension du protocole prévoit-elle un accompagnement spécifique pour les femmes immigrées et les femmes handicapées ?

M. le président.- La parole est à Mme Mandaila pour son interpellation jointe.

Mme Gisèle Mandaila.- Tout comme ma collègue, j'estime que la question du cancer du sein est essentielle, surtout pour les femmes. Je rejoins Mme Ozdemir à propos des femmes d'origine immigrée.

Je rappelle que, chaque année, des milliers de femmes meurent en Belgique du cancer du sein et que le nombre annuel de nouveaux cas de cancer enregistrés en Belgique ne cesse de croître. À cet égard, la Fondation du cancer estime que près de 9.500 nouveaux cas de cancer sont diagnostiqués chaque année en Belgique. Un chiffre qui a presque doublé en 20 ans ! Et il s'agit de la forme de cancer la plus fréquente chez les femmes.

Seule une bonne prévention et un diagnostic précoce permettent de réduire la mortalité de façon importante, et cela passe par des nouveaux choix courageux en matière de santé publique. Pour faire reculer la maladie, la Belgique propose depuis 2001 un dépistage systématique pour les femmes âgées de 50 à 69 ans. Mais, comme on le sait, à l'heure actuelle, trop peu de femmes participent au programme de dépistage systématique, surtout à Bruxelles. Différents facteurs spécifiques expliquent cette situation en Région bruxelloise, comme le caractère multiculturel de la population et la précarité.

Il est donc nécessaire de réaliser auprès de la population concernée des campagnes de sensibilisation sur l'importance du dépistage systématique en vue d'optimiser la couverture de la population cible. Il est également important de favoriser l'accès des personnes d'origine étrangère aux programmes de dépistage, en particulier à Bruxelles, mais aussi de réaliser des campagnes d'information auprès des professionnels de la santé - par exemple, les maisons médicales - qui sont en

De voorzitter.- Mevrouw Mandaila heeft het woord voor haar toegevoegde interpellatie.

Mevrouw Gisèle Mandaila (in het Frans).- *Ik sluit mij volledig aan bij mevrouw Ozdemir.*

Elk jaar sterven in België duizenden vrouwen aan borstkanker en het aantal nieuwe kankergevallen blijft stijgen. De Stichting tegen Kanker schat dat er jaarlijks meer dan 9.500 nieuwe gevallen van kanker worden gediagnosticeerd. Dat is bijna een verdubbeling op twintig jaar tijd!

Enkel een goede preventie en vroegtijdige diagnose kunnen het sterftecijfer doen dalen. Daarvoor moeten opnieuw moedige keuzes gemaakt worden op het vlak van de volksgezondheid. België heeft sinds 2001 een systematisch opsporingsprogramma ingevoerd voor alle vrouwen van 50 tot 69 jaar. Momenteel nemen daar nog te weinig vrouwen aan deel, zeker in Brussel. Factoren zoals armoede en de culturele achtergrond spelen een belangrijke rol.

Het is belangrijk om die specifieke bevolkingsgroepen bewust te maken van het belang van een systematische opsporing. Ook moeten we denken aan informatiecampagnes bij de artsen of de medische centra die in rechtstreeks contact staan met mensen van buitenlandse afkomst.

Verder moet er ook aandacht zijn voor de risicofactoren van kanker, door mensen bijvoorbeeld aan te zetten tot meer sporten. Jammer genoeg beoefenen vrouwen van buitenlandse origine steeds minder sport. De heer Kir voert daarom een sensibiliseringscampagne voor sport bij vrouwen. Zwaarlijvigheid en een te hoog alcoholgebruik zijn ook risicofactoren waartegen we moeten strijden. Vrouwen van Afrikaanse origine zijn vaak zwaarder gebouwd en begrijpen niet dat hun overgewicht het risico op

contact direct avec les populations d'origine étrangère.

Il est aussi essentiel de mettre l'accent sur les facteurs de risque du cancer, notamment en favorisant la pratique d'un sport. Malheureusement, dans les populations d'origine étrangère, les femmes pratiquent de moins en moins de sport. Le ministre Kir mène une politique de sensibilisation des femmes à la pratique d'un sport. Il faut mettre l'accent sur cet aspect, comme sur la lutte contre l'obésité et l'excès d'alcool. Dans la communauté africaine, les femmes sont souvent assez fortes et ne comprennent pas que ce surpoids peut favoriser le cancer du sein. Pour elles, être forte signifie erronément être en bonne santé.

Cette affection fait peur, et cette peur est justifiée. Nombreuses sont les personnes qui se posent encore des questions et qui ignorent les conséquences que peut avoir cette maladie sur leur vie, et ce malgré les actions de sensibilisation qui sont menées.

Afin de sensibiliser la population aux risques liés au cancer du sein, le groupe de presse Sanoma Media Belgium a édité en octobre le nouveau magazine Pink Ribbon qui, une fois encore, aborde de nombreux aspects liés à cette maladie : le point de vue médical, les avancées, la prévention, les symptômes ou encore la vie quotidienne.

Dans le même ordre d'idées, au niveau fédéral, la ministre de la santé publique a récemment inauguré le train Pink Ribbon, en vue de sensibiliser les voyageurs à l'importance de la prévention de ce fléau, qui touche tant les femmes que les familles. Le magazine Pink Ribbon y était distribué gratuitement et les accompagnateurs portaient le ruban rose, en signe de soutien à la campagne de sensibilisation. Toutefois, si l'on ne peut que se réjouir de cette belle initiative, elle n'a touché que les navetteurs qui empruntent les lignes de la SNCB.

Pourriez-vous dresser l'état de la situation en matière de dépistage et de prévention du cancer du sein en Région bruxelloise ? Disposez-vous de nouveaux chiffres à cet égard ? Qu'en est-il de la finalisation, par les experts désignés, du plan stratégique d'information et de sensibilisation pour le dépistage des cancers ? Quelles mesures

borstkanker verhoogt.

De ziekte schrikt terecht af. Ondanks alle bewustmakingscampagnes kennen veel mensen de ziekte onvoldoende.

De persgroep Sanoma Media Belgium kwam in oktober met Pink Ribbon voor de dag, een tijdschrift met informatie over de behandelingen, preventie, symptomen en de gevolgen van de ziekte voor het dagelijks leven.

De federale minister van Volksgezondheid huldigde onlangs nog de Pink Ribbon-trein in om reizigers bewust te maken van het belang van preventie. Het tijdschrift werd er gratis uitgedeeld. Een mooi initiatief, maar het bereikte alleen de pendelaars.

Wat is de stand van zaken in Brussel inzake de opsporing en preventie van kanker? Beschikt u over nieuwe cijfers? Hoe zit het met het strategisch informatie- en bewustmakingsplan voor het opsporen van kanker? Welke specifieke maatregelen zijn daarin voorzien, onder meer voor moeilijk bereikbare vrouwen? Welke bewustmakingsacties zijn ondernomen? Zijn er nog acties voorzien voor 2012?

Wat hebben de werkzaamheden van het Intermutualistisch Agentschap (IMA) opgeleverd? Een eerste discussie over de preliminaire resultaten was gepland in oktober 2010. Het informaticasysteem van Brumammo zou worden aangepast met het oog op een intensiever gebruik. Hoe staat het daarmee?

Meermaals werd hier gewezen op het belang van samenwerking met de huisarts en de lokale verenigingen. Staat samenwerking op het lokale niveau in dat strategisch plan ingeschreven?

Om de Brusselse vrouwen beter te bereiken, zou een samenwerking met de MIVB, waarvan de bussen door alle gemeenten rijden, een goede zaak zijn. Is daarover al onderhandeld met de minister van Mobiliteit?

comporte-t-il, notamment en faveur du public cible, soit les femmes qui ne recourent ni au dépistage, ni au bilan sénologique ? Quelles initiatives de sensibilisation ont-elles été entreprises en 2011 à la suite du rapport des experts ? D'autres actions spécifiques sont-elles prévues pour 2012 ?

Quels ont été les résultats des travaux menés par l'Agence intermutualiste sur les caractéristiques médicales et socio-économiques des femmes non dépistées ? Une réunion de discussion sur les résultats préliminaires était prévue le 18 octobre 2010. Quels en ont été les résultats ? Quelles suites ont-elles été réservées à cette analyse ? Par ailleurs, vous aviez annoncé que la priorité était 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. Qu'en est-il ?

L'importance du travail accompli au niveau local avec les médecins généralistes et le monde associatif en la matière a été soulignée à plusieurs reprises lors de différentes interventions au parlement. Quelle actions ont-elles été menées en ce sens avec le tissu local ? Cet enjeu de proximité figure-t-il dans le plan stratégique précité ?

Afin de toucher largement le public bruxellois, une action de la même envergure que celle réalisée avec la SNCB pourrait-elle être envisagée avec les bus de la STIB qui sillonnent les dix-neuf communes bruxelloises ? Des concertations en ce sens ont-elles été menées avec la ministre de la mobilité ? Une telle initiative est-elle envisageable ?

Discussion conjointe

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

Mme Elke Roex (*en néerlandais*).- *Si la moitié des Bruxelloises subissent un mammothest, moins de la moitié d'entre elles participent en réalité au programme national de dépistage. Alors que, selon les normes internationales, il devrait atteindre 70% de la population, le pourcentage n'est que de 11% à Bruxelles.*

Samengevoegde bespreking

De voorzitter.- Mevrouw Roex heeft het woord.

Mevrouw Elke Roex.- Als de helft van de Brusselse vrouwen een mammothest ondergaat, dan doet in werkelijkheid minder dan de helft van hen mee aan het gecontroleerde bevolkingsprogramma. De internationale standaarden zijn duidelijk. Het gecontroleerde bevolkingsprogramma moet 70% halen. Brussel haalt slechts 11%. Dat is iets meer dan de 9% van Wallonië, maar heel wat lager dan

Nous devons continuer à tendre vers cet objectif de 70%. Ce programme est moins coûteux, tant pour la société que pour la femme concernée, car la mammographie y est pratiquée gratuitement. Par ailleurs, c'est une erreur de comptabiliser les mammographies diagnostiques dans le pourcentage.

Votre crainte qu'il y ait trop peu de centres de dépistage est infondée. L'année dernière, à l'occasion d'une question écrite, vous me répondiez que l'immense majorité des centres agréés ne pratique pas de mammographies préventives ou à peine. En d'autres termes, ces centres profitent de la publicité des milliers de courriers envoyés chaque année, puis persuadent les femmes qui se présentent de subir une mammographie diagnostique, plus intéressante financièrement pour eux. C'est un scandale auquel il faut mettre fin.

Nous devons examiner quels centres mettent tout en oeuvre pour collaborer au programme de dépistage de la population. Les autres doivent être rayés du registre. Nous disposons d'une capacité suffisante pour faire subir une mammographie à 70%, voire à 100%, des femmes. Il faut simplement employer les centres correctement et freiner les mammographies diagnostiques, très coûteuses.

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

M. Jacques Morel.- Je voudrais intervenir à la suite de ce que vient de dire Mme Elke Roex. Il convient en effet de porter un regard plus critique sur les conditions d'agrément d'un certain nombre

Vlaanderen en andere Europese landen.

We moeten ernaar blijven streven om 70% van de vrouwen aan het gecontroleerde bevolkingsprogramma te laten deelnemen. Dat programma is goedkoper voor de maatschappij maar ook voor de vrouw in kwestie, aangezien de mammografie gratis is. Het gaat om een gecontroleerd programma, dat alle gewenste effecten van een bevolkingsonderzoek heeft. Het is een fout om telkens weer de diagnostische mammografieën in het percentage op te nemen. Ik blijf dat herhalen omdat ik dat heel belangrijk vind.

U vreest dat er te weinig screeningscentra zijn. Ik heb u daarover vorig jaar een schriftelijke vraag gesteld. Daarin vroeg ik hoeveel preventieve mammografieën elk centrum jaarlijks uitvoert. Uit de cijfers blijkt dat het overgrote deel van de erkende centra geen of slechts één preventieve mammografie per jaar uitvoert. Dat wil zeggen dat die centra de vrouwen die komen voor een preventieve mammografie (waarvoor jaarlijks via duizenden brieven promotie wordt gemaakt) ervan overtuigen om over te schakelen op een diagnostische mammografie. Dat is voor de centra financieel interessanter, maar voor de vrouwen zelf allerminst. Het is een schande en daar moet een eind aan komen.

We moeten nagaan welke centra hun best doen om mee te werken aan het bevolkingsprogramma. Centra die dat niet doen, moeten uit het register worden geschrapt: via de brief krijgen ze gratis reclame, terwijl ze weigeren om mee te doen aan het programma.

Uw vrees dat er te weinig centra zouden zijn, is ongegrond. Er is capaciteit genoeg om 70% en zelfs 100% van de vrouwen een mammografie te laten ondergaan. Men moet de centra alleen op de juiste manier inzetten en ervoor zorgen dat de dure diagnostische mammografieën, die nergens voor nodig zijn, uit de wereld worden geholpen.

De voorzitter.- De heer Morel heeft het woord.

De heer Jacques Morel (in het Frans).- *We moeten inderdaad kritischer toezien op de erkenningsvoorwaarden, vooral voor een aantal centra met een beperkte activiteit. Hun erkenning*

de centres, dont l'activité semble très faible, voire nulle. Leur agrément sert parfois plus d'appât publicitaire que d'outil pour effectuer une prestation au service d'un programme de santé publique. Cette mise en garde était utile.

Je souhaite également intervenir sur une question plus large, qui me paraît d'actualité dans la mesure où un certain nombre de matières de prévention vont être transférées. Je veux parler de l'extension des protocoles de dépistage, et plus largement des préventions secondaires du cancer du sein, du côlon ou d'autres. Celles-ci sont actuellement proposées par la Communauté française, comme le vaccin HPV, et relayées ou non au niveau de la COCOM.

Il y a, selon moi, une réflexion à avoir sur la manière dont nous pourrions mettre en place une stratégie de développement cohérente de ces différents protocoles de dépistage. Il conviendrait en effet de ne pas développer chaque fois une filière thématique supplémentaire sur un sujet, un dispositif, des acteurs et une population cible. En effet, cela risquerait de nous amener à un processus dispendieux, avec un cloisonnement de toutes ces filières parallèles.

Nous avons évoqué le cas de Brumammo, qui doit pouvoir s'occuper d'autre chose que du simple dépistage du cancer du sein. La même question se pose sur les acteurs qui sont des relais des programmes de dépistage. Nous avons parlé des généralistes, mais il existe selon moi d'autres relais qui peuvent s'avérer utiles en fonction des programmes que l'on veut développer.

Au niveau des populations concernées, il existe des recouvrements et des tranches de population qui peuvent être touchées par plusieurs programmes. Je crois qu'il est positif de traiter les différents programmes qui les concernent dans une même logique, car cela pousse les gens à participer à ces programmes.

Enfin, au vu des résultats de ce qu'ont proposé les experts en termes de Plan stratégique de communication, ce volet pourrait également faire l'objet d'une globalisation. En effet, il y a lieu de mener une logique de comportement préventif et de dépistage. Celle-ci doit être développée vis-à-vis de la population, certes, mais aussi des

heeft vaak meer met reclame dan met dienstverlening te maken.

Heel wat elementen van het preventiebeleid worden overgedragen, zoals de opsporing en preventie van bepaalde kankers. Die zijn nu nog in handen van de Franse Gemeenschap en niet van de GGC.

We moeten een coherente strategie uitwerken voor de ontwikkeling van deze opsporingsprotocollen. Het is immers niet de bedoeling dat alle actoren en doelgroepen in aparte vakjes worden ondergebracht.

Zo moet Brumammo zich ook met andere zaken dan de opsporing van borstkanker kunnen bezighouden. Hetzelfde geldt voor de doorverwijzende artsen en instanties. Dat moeten heus niet alleen de huisartsen zijn.

Sommige bevolkingsgroepen komen voor verschillende opsporingsprogramma's in aanmerking. Die moeten allemaal dezelfde logica aanhouden, want daardoor zullen ze gemakkelijker deelnemen.

Ook het strategische communicatieplan moet globaal zijn. Niet alleen de bevolking, maar ook de gezondheidssector moeten doordrongen zijn van het belang van preventie en opsporing.

professionnels de la santé, qui sont encore fort caducs sur le sujet.

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

M. Benoît Cerexhe, membre du Collège réuni.-

Les réponses que nous allons vous donner proviennent essentiellement des éléments d'information fournis par le centre bruxellois de référence Brumammo et par l'Observatoire de la santé et du social.

En préambule aux réponses aux deux interpellations, une actualisation du contexte est nécessaire : en vingt ans, la mortalité par cancer du sein a baissé de 25% et sa fréquence se stabilise, voire diminue depuis 2003. La situation s'est donc améliorée.

Voici nos réponses aux questions de Mme Ozdemir. La déclaration de politique générale évoque bien l'extension du dépistage du cancer du sein à d'autres cancers, comme celui du col de l'utérus et le cancer colorectal. Ce dernier est pratiqué en Communauté française et les Bruxellois y ont accès ; la Communauté flamande devrait bientôt l'organiser. Le dépistage du cancer du col de l'utérus est encore en discussion en Conférence interministérielle santé. Nous espérons des avancées en 2012, mais cela ne dépend pas seulement de la Commission communautaire commune, d'autant moins que les budgets proviennent du pouvoir fédéral par le biais de l'INAMI.

En ce qui concerne le cancer du sein, il apparaît que la baisse de mortalité est avant tout liée aux progrès thérapeutiques et à l'amélioration de la prise en charge. Le rôle du dépistage systématique semble moins important que prévu. Ainsi, on n'évoque plus une diminution de 30% de la mortalité par le dépistage, mais de 15%, voire moins. C'est ce que montrent de plus en plus d'études, avec 25 ans de recul. Le consensus européen sur l'utilité d'un dépistage systématique n'est donc plus aussi fort. Cela ne signifie pas qu'il doive être abandonné, mais nous devons garder à l'esprit ce qui précède pour fixer nos futurs choix stratégiques de santé publique.

Vous citez le chiffre de 10% de mammothests avec anomalie - également appelé "taux de rappel" - soit

De voorzitter.- De heer Cerexhe heeft het woord.

De heer Benoît Cerexhe, lid van het Verenigd College (in het Frans).- *Onze informatie is vooral afkomstig van Brumammo en het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn.*

De voorbije twintig jaar is de situatie sterk verbeterd: het aantal sterfgevallen door borstkanker is met een kwart gedaald en het aantal gevallen van borstkanker is gestabiliseerd en zelfs verminderd sinds 2003.

Overeenkomstig de algemene beleidsverklaring zal het screeningprogramma worden uitgebreid tot andere vormen van kanker, zoals baarmoederhalskanker en darmkanker. Voor darmkanker heeft de Franse Gemeenschap reeds een screeningprogramma opgezet, waaraan de Brusselaars kunnen deelnemen. Ook de Vlaamse Gemeenschap zal binnenkort met een screeningprogramma van start gaan. Over de opsporing van baarmoederhalskanker zijn de onderhandelingen nog volop aan de gang in de interministeriële conferentie Volksgezondheid.

Inzake borstkanker is de daling van de mortaliteit vooral te danken aan de therapeutische vooruitgang en de betere tenlasteneming. De rol van de systematische screening zou minder groot zijn dan gedacht. Volgens meerdere studies over een periode van 25 jaar zou de screening de mortaliteit niet met 30%, maar slechts met 15% doen dalen. Dat betekent niet dat de screenings moeten worden afgeschaft, maar wij moeten wel rekening houden met deze vaststellingen bij de strategische keuzes voor het gezondheidsbeleid.

Het aantal positieve mammografieën bedroeg de voorbije drie jaar 6%, en niet 10% zoals u beweert.

U citeert voorts een gemiddeld screeningspercentage van 50% voor heel België. Volgens Brumammo bedraagt dit 61%. Voor Brussel kan dit voor 2010 op minstens 55% worden geraamd.

Om 70% te halen, moet Brumammo meer

la proportion de mammothests positifs. À Bruxelles, pour le centre de coordination Brumammo, ce chiffre est actuellement de 6% pour les trois dernières années.

Vous citez également le chiffre de 50% comme taux de dépistage moyen en Belgique. Il est actuellement de 30% par le biais des mammothests, et de 31% par le biais des mammographies dites opportunistes, soit 61%. À Bruxelles, selon les chiffres de Brumammo pour 2010, il peut être estimé à au moins 55%.

Pour atteindre les 70%, l'asbl Brumammo doit effectuer des investissements dans son dispositif numérique et le financement de son fonctionnement annuel devra être augmenté. Comme vous le savez, Brumammo est cofinancé à hauteur de 50% par la Communauté française, à hauteur de 25% par la Communauté flamande, et à hauteur de 25% par la CCC, hormis le coût des invitations (à des personnes physiques), couvert à 100% par la CCC.

Pour les investissements en informatique, nous allons les subsidier sans intervention des Communautés française et flamande. Le montant de cet investissement est de 180.000 euros, dont la moitié sera financée par l'asbl à partir des honoraires médicaux, et l'autre moitié par la CCC. En ce qui concerne les frais de fonctionnement, nous attendons des Communautés française et flamande qu'elles fassent également preuve de responsabilité. Les négociations sont en cours.

Nous ne sommes pas en mesure de disposer des statistiques de participation à Bruxelles en fonction du pays d'origine, car Brumammo n'enregistre pas l'origine des femmes qui recourent au mammothest.

J'en viens à présent aux questions de Mme Mandaila. En 2011, on ne peut pas affirmer que seuls une bonne prévention et un diagnostic précoce permettent de réduire la mortalité. En effet, il semble aujourd'hui que la diminution de la mortalité soit avant tout liée aux progrès thérapeutiques et à l'amélioration de la prise en charge. Le rôle du dépistage systématique paraît moins important que prévu.

Les données en termes de couverture à Bruxelles sont les suivantes. Le nombre de mammothests

investeren in haar informaticasysteem en meer geld krijgen voor haar werkingskosten. Brumammo wordt voor 50% gefinancierd door de Franse Gemeenschap, voor 25% door de Vlaamse Gemeenschap en 25% door de GGC. De uitnodigingen worden daarnaast ook nog volledig door de GGC betaald.

De informaticakosten, zo'n 180.000 euro, zullen voor de helft door Brumammo zelf worden gefinancierd met de erelonen van de artsen, en voor de andere helft door de GGC.

Voor de werkingskosten hopen wij dat de Franse en de Vlaamse Gemeenschap hun verantwoordelijkheid zullen opnemen. De onderhandelingen zijn nog aan de gang.

Wij hebben geen cijfers over het land van oorsprong van de vrouwen die aan het programma deelnemen. Brumammo registreert die informatie niet.

In Brussel is het aantal mammothests gestegen van 9,6% in 2006-2007 naar 11% in 2009-2010. Het aantal diagnostische mammografieën bedroeg 44% in 2006-2007. De totale dekkingsgraad voor 2007-2009 was 54%.

In 2008-2009 voerde Brumammo 10.915 mammothests uit, waarvan 603 positief waren en waarbij 67 kankergevallen werden vastgesteld.

Het Brussels programma voldoet volledig aan de Europese normen. Bij vrouwen die voor het eerst een mammothest ondergingen, was 6,4% van de tests positief, wat overeenstemt met de Europese norm van minder dan 7%. Er werden 7,3 kankergevallen vastgesteld per 1.000 onderzochte vrouwen, wat overeenstemt met de Europese norm van meer dan 6 per 1.000.

Van de herhalingsmammografieën was 4,4% positief, wat overeenstemt met de Europese norm van minder dan 5%. Er werden 6 kankergevallen vastgesteld per 1.000 onderzochte vrouwen, wat overeenstemt met de Europese norm van meer dan 3 per 1.000.

Uit de werkzaamheden van het Inter mutualistisch Agentschap blijkt dat er een sterk verband bestaat

augmente en passant de 9,6% en 2006-2007 à 11% en 2009-2010. Les mammographies diagnostiques s'élèvent à 44% selon les données 2006-2007 de l'Agence intermutualiste. La couverture totale est de 54% pour 2007-2009 selon les données de cette agence.

Venons-en aux indicateurs de performance du programme bruxellois. En 2008-2009, Brumammo a réalisé 10.915 mammothests, parmi lesquels 603 positifs, qui ont abouti à 67 cas de cancer. Pour les mammothests dits initiaux, c'est-à-dire le premier pour chaque femme dépistée, un taux de rappel de 6,4% a été observé, ce qui est conforme à la norme européenne requérant d'être au-dessous de 7%. Un taux de détection de 7,3 cancers pour 1.000 femmes dépistées a été observé, ce qui est aussi conforme à la norme européenne requérant que ce chiffre soit supérieur à 6 pour 1.000.

Pour les mammothests dit subséquents, un taux de rappel de 4,4% a été observé, ce qui est encore conforme à la norme européenne requérant d'être au-dessous de 5%. Le taux de détection de 6 cancers par 1.000 femmes dépistées a été noté, ce qui est également conforme à la norme européenne, requérant que ce chiffre soit supérieur à 3 pour 1.000. Le programme bruxellois est donc conforme aux normes européennes de performance.

Quant aux travaux de l'Agence intermutualiste, ils ont mis en évidence une corrélation significative entre pratique du mammothest et statut social. Nous avons eu l'occasion d'en discuter. Brumammo et l'Observatoire attendent cependant le rapport intégral, avec la liste complète des facteurs déterminants testés et leur degré de corrélation.

En ce qui concerne l'information et la sensibilisation, distinguons le ponctuel du structurel. Pour ce qui est du ponctuel, Brumammo a promu la diffusion d'un clip vidéo de sensibilisation sur Télé Bruxelles en octobre 2011.

Pour ce qui est de l'aspect structurel, les experts ont travaillé en concertation avec le secteur et se sont entourés d'un comité d'accompagnement composé de représentants des deux cercles de médecins généralistes bruxellois, du Centre local pour la promotion de la santé (CLPS) et de son équivalent néerlandophone le Lokaal

tussen de sociale achtergrond en de deelname aan het screeningprogramma. Brumammo en het Observatorium wachten evenwel nog op het volledig verslag met alle parameters.

Inzake informatie en bewustmaking onderscheiden wij zowel punctuele als structurele maatregelen. Op het vlak van de punctuele maatregelen heeft Brumammo in oktober 2011 een videoclip op Télé Bruxelles verspreid.

Voor de meer structurele maatregelen is er een begeleidingscomité van deskundigen opgericht, dat bestaat uit vertegenwoordigers van de twee Brusselse huisartsenkringen, het Centre local pour la promotion de la santé, het Lokaal Gezondheidsoverleg, het Brussels Intermutualistisch College, het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, Brumammo en de medewerkers van mijn kabinet en dat van collega Vanhengel.

Zij pleiten voor een permanente structuur die het mogelijk maakt om praktische en wetenschappelijke steun te verlenen aan iedereen die zich bezighoudt met de promotie van de gezondheidszorg, een actieve samenwerking met de verleners van gezondheidszorg en een jaarlijkse communicatiecampagne over borstkanker in oktober.

Op basis van die conclusies heeft het Verenigd College op de begroting 2012 subsidies ingeschreven voor de oprichting van een overlegplatform voor gezondheids promotie, naar het voorbeeld van de overlegplatforms voor geestelijke gezondheidszorg, thuiszorg en palliatieve zorg. Dit project past in de grondwettelijke coördinatieopdracht van de GGC.

Wij zullen uw voorstel om een actie in het openbaar vervoer te houden aan dat platform voorleggen.

Dat platform zal bijzondere aandacht hebben voor het plaatselijk werk met de huisartsen en de verenigingen. Nabijheid is enorm belangrijk.

Het Observatorium zal binnenkort een evaluatieverslag van het Brussels programma publiceren. Wij zullen dan over meer nauwkeurige gegevens voor Brussel beschikken.

gezondheidsoverleg (LOGO), du Collège intermutualiste bruxellois, de l'Observatoire de la santé et du social, de Brumammo et de l'ensemble des collaborateurs de M. Vanhengel et moi-même.

Ils ont traité la question de la participation, non seulement au programme de dépistage du cancer du sein, mais aussi aux autres programmes de dépistage qui se mettent en place. Leurs conclusions proposent trois axes de travail :

- disposer d'une structure permanente permettant d'offrir un support pratique et scientifique à tous les acteurs de la promotion de la santé ;
- travailler activement avec les professionnels de la santé ;
- parallèlement à ces aspects structurels, organiser, pour ce qui concerne le dépistage du cancer du sein, un grand moment d'action et de communication annuel en octobre, de type "Octobre rose", ce qui n'exclut pas des moments d'action et de communication à définir pour les futurs autres dépistages.

Ces conclusions ont connu une suite. En effet, pour répondre à la nécessité d'avoir, en concertation avec le secteur, une vision globale en termes de politique et de messages concernant la promotion de la santé, ainsi qu'un lieu de rencontre et de concertation entre les acteurs de terrain, le Collège réuni a, à notre initiative, inscrit au budget 2012 des subsides pour créer une plate-forme de concertation en promotion de la santé, à l'instar de celles qui existent déjà pour la santé mentale, les soins à domicile ou encore les soins palliatifs. Ce projet s'inscrit dans la mission constitutionnelle de coordination de la CCC. Cette initiative s'inscrit également dans le chapitre 2.1. de la déclaration du Collège réuni.

Bien entendu, votre proposition d'envisager une action avec les bus, trams et métro de la STIB pourra être soumise à cette plate-forme. Toutes les suggestions en matière de sensibilisation et d'information sont positives et doivent être examinées.

Le travail au niveau local, entre autres avec les médecins généralistes et le monde associatif, est un enjeu important. Le comité d'accompagnement

(verder in het Nederlands)

We kunnen aan Brumammo en aan de afdeling Preventie van de adviesraad van de GGC vragen of het opportuun is een minimaal aantal mammotesten vast te leggen.

(verder in het Frans)

Dat is eveneens waar de heer Morel voor pleit.

(verder in het Nederlands)

Nadien kunnen we onderzoeken hoe we dit minimum kunnen erkennen.

(verder in het Frans)

Wij moeten vermijden dat centra die maar weinig screenings doen, erkend worden en die screenings als promotiemiddel inzetten.

des experts (cercles de médecins généralistes, centres locaux de promotion de la santé et Logo, ainsi que mutuelles) a d'ailleurs été composé pour déjà en tenir compte. Cet enjeu sera au centre des réflexions au sein de la plate-forme. Nous partageons donc tout à fait le point de vue exprimé sur l'importance de la proximité.

Enfin, je vous informe que l'Observatoire de la santé et du social publiera d'ici peu un rapport d'évaluation du programme bruxellois. Ce sera donc l'occasion disposer de données précises, spécifiques à Bruxelles.

(poursuivant en néerlandais)

Nous pouvons demander à Brumammo et à la direction prévention du conseil consultatif de la CCC s'il est opportun de fixer une quantité minimale de mammothests.

(poursuivant en français)

M. Morel n'a pas dit autre chose.

(poursuivant en néerlandais)

Nous pourrons ensuite étudier comment reconnaître ce minimum.

(poursuivant en français)

Votre réflexion me semble légitime. Il faut éviter qu'un certain nombre de centres, qui ne pratiquent que très peu de dépistages, soient agréés et s'en servent comme moyen publicitaire ou promotionnel.

Nous allons donc relayer cette question.

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

Mme Mahinur Ozdemir.- Je suis rassurée de voir qu'en vingt ans, la mortalité due au cancer du sein a chuté, et que la situation semble s'améliorer, notamment en raison des prises en charge et de l'évolution des technologies.

Je pense néanmoins qu'il faudrait aussi trouver des techniques d'identification des groupes sensibles, parce qu'il y a, selon moi, un réel travail à faire à

De voorzitter.- Mevrouw Ozdemir heeft het woord.

Mevrouw Mahinur Ozdemir (in het Frans).- *Ik ben verheugd dat het sterftecijfer door borstkanker de voorbije twintig jaar gedaald is en dat de situatie blijft verbeteren.*

Dat neemt niet weg dat we kwetsbare groepen moeten blijven opzoeken en aanspreken, bijvoorbeeld met brochures in verschillende talen. Eén preventiecampagne per jaar is bovendien te

destination de ces publics, comme, par exemple, une diffusion de brochures en différentes langues. L'initiative de sensibilisation Octobre rose est importante, mais les publics sensibles nécessitent qu'elle soit réitérée plusieurs fois par an. Une seule campagne annuelle de prévention est insuffisante.

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

Mme Gisèle Mandaila.- Savez-vous quand le rapport de l'Agence intermutualiste sera finalisé ? La plate-forme est-elle déjà mise en place ?

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

M. Benoît Cerexhe, membre du Collège réuni.- J'ai parlé du rapport de l'Observatoire de la santé et du social, qui nous permettra cette évaluation plus détaillée et qui tombera dans le courant de l'année. Le rapport que vous évoquez existe déjà et est consultable sur le site internet de l'Agence.

La plate-forme est un projet prévu pour le courant de l'année 2012.

Mme Gisèle Mandaila.- Je pense aussi qu'il faudrait une sensibilisation continue. Les publics spécifiques nécessitent une communication spécifique, via les maisons médicales, par exemple. Il faudrait en tenir compte au sein de la plate-forme, sans abandonner pour autant la communication à un public plus large.

- *Les incidents sont clos.*

INTERPELLATION DE M. JACQUES MOREL

À M. GUY VANHENGEL, 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,

weinig.

De voorzitter.- Mevrouw Mandaila heeft het woord.

Mevrouw Gisèle Mandaila (in het Frans).- *Wanneer zal het rapport van het Intermutualistisch Agentschap klaar zijn? Is het platform al opgericht?*

De voorzitter.- De heer Cerexhe heeft het woord.

De heer Benoît Cerexhe, lid van het Verenigd College (in het Frans).- *Ik sprak over een rapport van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, dat in de loop van 2012 klaar zal zijn. Het rapport waarnaar u vraagt, is reeds beschikbaar op de website van het Intermutualistisch Agentschap.*

Het platform komt er in 2012.

Mevrouw Gisèle Mandaila (in het Frans).- *Een voortdurende bewustmaking is nodig. Naast de algemene communicatie is er voor elke doelgroep een specifieke communicatie nodig, bijvoorbeeld via de wijkgezondheidscentra. Het platform moet daarmee rekening houden.*

- *De incidenten zijn gesloten.*

INTERPELLATIE VAN DE HEER JACQUES MOREL

TOT DE HEER GUY VANHENGEL, 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,

concernant "l'évaluation du projet 'Bruxelles, Ville-Région en santé'".

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

La parole est à M. Morel.

M. Jacques Morel.- En avril dernier, je vous interpellais sur l'évaluation du dispositif "Bruxelles, Ville-Région en santé".

Conformément à l'accord de majorité, vous avez en effet souhaité dresser le bilan de près de dix années d'activité de ce projet, adopté en 2002 et reconnu par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 2005. Vous nous aviez alors indiqué que le processus d'évaluation avait été finalisé, mais qu'il devait encore faire l'objet d'une information auprès des habitants et du comité technique, après quoi vous pourriez le communiquer.

Ensuite, le conseil d'administration de l'asbl, au sein duquel l'ensemble des ministres bruxellois sont représentés, devait se pencher sur les scénarios d'évolution du projet. J'imagine que c'est maintenant chose faite et je souhaiterais donc connaître les résultats de cette évaluation.

Plus particulièrement, j'aimerais que vous m'indiquiez les réponses aux questions que vous aviez vous-mêmes évoquées comme "centrales" pour cette évaluation.

Faut-il lancer un nouvel appel à projets sur les thématiques de la phase 5 de l'OMS ? Y a-t-il lieu d'octroyer un label de "ville santé" aux projets respectant la démarche des villes santé ? Serait-il pertinent de créer un centre de ressources permanent au bénéfice des acteurs locaux, communaux et associatifs et des habitants ?

Qu'en est-il des perspectives d'évolution qui ont été dessinées à travers les résultats de ce processus ? Est-il possible d'envisager que "Bruxelles, Ville-Région en santé" devienne en quelque sorte une clef de voûte d'une politique bruxelloise de santé, articulant les différents niveaux, du quartier à la Région en passant par la commune, et les différentes politiques ayant un impact sur la qualité de vie et le bien-être des

betreffende "de evaluatie van het project 'Brussel-gezond stadsgewest'".

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

De heer Morel heeft het woord.

De heer Jacques Morel (in het Frans).- In april 2011 deelde u mee dat u een balans wilde opmaken van het project Brussel Gezond Stadsgewest, dat tien jaar eerder van start was gegaan. De evaluatieprocedure was toen afgelopen, maar de bewoners en het technisch comité dienden eerst geïnformeerd te worden, vooraleer u ons de resultaten kon meedelen.

Vervolgens moest de raad van bestuur van de vzw, waarin alle Brusselse ministers zijn vertegenwoordigd, zich buigen over mogelijke toekomstscenario's voor het project. Ik veronderstel dat u ons vandaag kunt inlichten over de resultaten van die evaluatie.

Welke vragen stonden er in de evaluatie centraal? Kunnen de projecten die de doelstellingen van 'gezonde stad' respecteren, een label krijgen?

Moet er een nieuwe projectoproep komen over de thema's van fase 5 van de Wereldgezondheidsorganisatie? Moet er een ondersteuningscentrum komen op lokaal niveau?

Wat zijn de toekomstperspectieven voor het project? Wordt Brussel Gezond Stadsgewest een soort van hoeksteen dat alle niveaus, van wijk tot gewest, met elkaar verbindt, en dat betrekking heeft tot alle beleidsmaatregelen die de levenskwaliteit van de Brusselaars beïnvloeden, van werkgelegenheid tot stedenbouw? Dit alles is van belang voor de opmaak van het Gewestelijk Plan voor duurzame ontwikkeling.

U zei dat u zou werken aan de zichtbaarheid van het project en dat er een website zou komen. Op dit ogenblik is de website nog steeds niet toegankelijk. Wanneer zal dat wel het geval zijn?

Bruxelloises et Bruxellois, ou encore de l'emploi au logement, en passant par la mobilité et l'aménagement du territoire ? À l'approche de la rédaction d'un Plan régional de développement durable par le gouvernement, cette question n'est pas sans intérêt.

Enfin, vous aviez précisé travailler à la visibilité du projet, entre autres à travers la création d'un site internet ayant pour but de diffuser les bonnes pratiques sur le territoire bruxellois. Vous nous aviez même indiqué l'adresse du futur site. Celui-ci est toujours inaccessible à l'heure actuelle. Peut-on espérer une mise en ligne prochainement ?

Discussion

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

Mme Olivia P'tito.- Je me joins à l'intérêt de M. Morel pour cette question de l'évaluation du projet "Bruxelles, Ville-Région en santé", comme je l'avais déjà fait en avril dernier.

D'une part, le site internet n'est toujours pas opérationnel. D'autre part, l'intérêt réside aujourd'hui aussi au niveau local et dans la nécessité de créer un véritable réseau entre ces initiatives locales afin de mieux les faire connaître.

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

M. Benoît Cerexhe, membre du Collège réuni.- Comme déjà évoqué, conformément à l'accord de majorité de notre institution, l'asbl Bruxelles Ville en Santé a confié à l'asbl STICS le soin d'évaluer à la fois les actions, l'impact et l'organisation de Bruxelles Ville en Santé. L'évaluation portait sur le bien-fondé de la structure du projet et ses perspectives d'évolution à court, moyen et long terme.

Un rapport a été transmis au conseil d'administration dans le courant du mois de janvier 2011. Un dernier comité d'accompagnement de cette évaluation a été organisé par le cabinet du ministre-président. L'évaluation a été présentée par le STICS, séparément, au comité technique et au groupe d'habitants. Une réunion a également eu lieu entre le conseil d'administration et le comité technique.

Bespreking

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

Mevrouw Olivia P'tito (in het Frans).- *De website is nog steeds niet operationeel. Daarnaast is het ook belangrijk om een echt netwerk te creëren tussen de plaatselijke initiatieven, om ze meer bekendheid te geven.*

De voorzitter.- De heer Cerexhe heeft het woord.

De heer Benoît Cerexhe, lid van het Verenigd College (in het Frans).- *Zoals afgesproken in het regeerakkoord heeft de vzw Brussel Gezond Stadsgewest de evaluatie van de organisatie en de impact van haar activiteiten en van de toekomstperspectieven op korte en langere termijn toevertrouwd aan de vzw STICS.*

In januari 2011 ontving de raad van bestuur een rapport. STICS stelde het rapport ook afzonderlijk voor aan het technische comité en een groep inwoners. De raad van bestuur en het technische comité hebben het rapport samen besproken.

Het begeleidingscomité en de raad van bestuur hebben de volgende scenario's uitgewerkt:

- behoud van het lidmaatschap van de WGO en de daarbij horende internationale engagements;

Le comité d'accompagnement et le conseil d'administration se sont penchés sur les scénarios pour l'avenir, et les hypothèses posées sont les suivantes :

- maintien de l'adhésion à l'OMS et maintien des engagements internationaux envers l'OMS ;
- maintien, en Région bruxelloise, de la mise en oeuvre du concept et du programme des villes santé dans une approche transversale ;
- analyse de la possibilité de transformer la structure porteuse par un transfert dans une autre institution de la mission et du personnel attaché ;
- maintien de la structure actuelle jusqu'à la retraite de la coordinatrice actuelle en octobre 2012, et lancement de la procédure de recrutement de la fonction de coordinateur ;
- simplification de la gestion de la structure par une rationalisation du financement ;
- redéfinition des missions données au projet en lien avec les axes forts dégagés dans l'évaluation.

Ce dernier point n'étant pas encore décidé par le Collège réuni, je ne peux répondre définitivement à vos trois premières questions. A priori, la nouvelle structure devrait en tout cas mettre en oeuvre les missions suivantes :

- support et conseil aux pouvoirs publics (comme, par exemple, pour la préparation du PRDD) ;
- mise à la disposition des citoyens des outils de l'OMS ;
- support de seconde ligne des projets, à la demande ;
- promotion du label OMS en décernant celui-ci aux projets respectant les critères de ville santé ;
- mission de représentation de Bruxelles à l'OMS.

Quant à l'élaboration du nouveau Plan régional de développement durable (PRDD), je peux vous confirmer que les membres de l'asbl, administrateurs, membres du comité technique et coordination, ont collaboré au travail accompli

- *een transversale aanpak van het programma van de gezonde steden;*
- *analyse van de mogelijkheid om de opdracht en het bijhorende personeel over te dragen aan een andere instantie;*
- *behoud van de huidige structuur tot de pensionering van de coördinator in oktober 2012 en het opstarten van de aanwervingsprocedure voor een nieuwe coördinator;*
- *vereenvoudiging van het beheer en rationalisering van de financiën;*
- *herbepaling van de opdrachten op basis van de evaluatie.*

De nieuwe structuur moet in elk geval de volgende opdrachten kunnen uitvoeren:

- *de overheden ondersteunen en adviseren;*
- *instrumenten van de WGO ter beschikking stellen van de burgers;*
- *vraag projecten steunen vanuit de tweede lijn;*
- *het WGO-label promoten door het uit te reiken aan projecten die de criteria respecteren;*
- *het Brussels Gewest vertegenwoordigen bij de WGO.*

De vzw heeft meegewerkt aan het nieuwe Gewestelijke Plan voor duurzame ontwikkeling (GPDO).

De ontwikkeling van de website heeft tijd gekost, omdat er een drietalige link moest komen naar de WGO en de partners van het technisch comité. Midden februari zal de website wellicht operationeel zijn. Ze is nu al gedeeltelijk toegankelijk.

jusqu'à ce jour et qui est toujours en cours.

Enfin, l'élaboration du site web a demandé du temps, compte tenu de sa complexité, avec son contenu trilingue en lien avec le réseau internet de l'OMS et avec les partenaires du projet du comité technique. Cependant, il est raisonnable de penser que le site sera opérationnel à la mi-février. D'après mes informations, il est déjà possible de consulter le site en chantier à l'adresse que je tiens à votre disposition.

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

M. Jacques Morel.- Je vous remercie pour les suites de cette évaluation.

Je ne suis pas inquiet outre mesure à propos de la consultation du site de Bruxelles ville-santé. Ce qui me préoccupe davantage, c'est que le concept continue à percoler dans notre réflexion à propos de la santé à Bruxelles et, en particulier, soit concrètement traduit dans les textes du PRDD.

Disposez-vous déjà de détails à propos du transfert dans cette institution ou cette administration dont vous parliez ?

J'ai en outre une petite inquiétude liée au fait que la rationalisation financière paraît se traduire par une réduction des contributions budgétaires au projet.

- L'incident est clos.

INTERPELLATION DE MME FATOUMATA SIDIBE,

À M. GUY VANHENGEL, 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 prévention du sida".

De voorzitter.- De heer Morel heeft het woord.

De heer Jacques Morel (in het Frans).- *Ik maak me niet te veel zorgen over de website, maar ik vraag me af of het concept wel doordringt tot in het Brusselse gezondheidsbeleid en of het concreet wordt omgezet in het GPDO.*

Hebt u meer details over de overdracht naar een andere instantie?

De rationalisering van de financiën lijkt vooral neer te komen op een daling van de middelen voor het project. Dat baart mij wat zorgen.

- Het incident is gesloten.

INTERPELLATIE VAN MEVROUW FATOUMATA SIDIBE

TOT DE HEER GUY VANHENGEL, 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 aidspreventie".

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

La parole est à Mme Sidibe.

Mme Fatoumata Sidibe.- C'est désormais une tradition. Chaque année, à la veille du 1er décembre, Journée mondiale de lutte contre le sida, je dépose une interpellation afin de faire le point sur la situation, dresser le bilan des actions menées, ainsi que des éventuelles avancées réalisées dans le cadre de la lutte contre le sida en matière d'information, de prévention, de dépistage précoce, de traitement et de lutte contre les discriminations.

Les compétences en la matière sont éclatées et nécessitent une coordination entre entités. L'épidémie de sida reste obstinément présente et les chiffres sont inquiétants en Belgique : près de 3 contaminations par jour et plus de 1.200 nouveaux cas diagnostiqués en 2010. Il s'agit du plus grand nombre enregistré depuis le début de l'épidémie. C'est un bien triste record qui est ainsi battu !

Si le mode de contamination par des contacts hétérosexuels reste le plus fréquent en Belgique, on constate que, parmi les nouveaux cas d'infection, le pourcentage d'homosexuels masculins est en augmentation. La contamination progresse, et les 15-24 ans n'ont jamais été aussi représentés. Les autres maladies sexuellement transmissibles sont également en hausse, ce qui témoigne d'un relâchement des comportements de prévention. Il semblerait néanmoins que les actions de prévention orientées vers les toxicomanes aient porté leurs fruits.

L'an dernier, vous donniez quelques chiffres interpellants et préoccupants : "En 2007, 60% des nouveaux cas de séropositivité non belges et 77% des cas de sida non belges proviennent d'Afrique subsaharienne. Il s'agit en majorité de femmes". J'avais été très frappée par ce chiffre, qui souligne le fait que les femmes sont particulièrement exposées au risque de virus de l'immunodéficience humaine (VIH), et ce pour des raisons de vulnérabilités biologiques, sociales, économiques et culturelles.

Par rapport aux migrants, les obstacles administratifs et les difficultés sociales auxquelles

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

Mevrouw Sidibe heeft het woord.

Mevrouw Fatoumata Sidibe (in het Frans).- Elk jaar tegen 1 december, Werelddag tegen aids, dien ik een interpellatie in om de stand van zaken inzake aids op te vragen.

De bevoegdheden ter zake zijn verdeeld. Dat vergt coördinatie tussen de gewesten en de gemeenschappen. Aids blijft echter alomtegenwoordig: de cijfers voor België zijn onrustwekkend. In 2010 werden 1.200 nieuwe gevallen geregistreerd. Dat komt neer op drie nieuwe besmettingen per dag, het grootste aantal sinds het begin van de epidemie.

Hiv-besmetting wordt in België het vaakst via heteroseksuele contacten overgedragen, maar het aantal nieuwe besmettingen ligt het hoogst bij mannelijke homoseksuelen. Ook de groep van 15 tot 24-jarigen is in opmars. Andere seksueel overdraagbare aandoeningen nemen eveneens toe, wat aantoonde dat preventief gedrag afneemt. Alleen voor drugverslaafden hebben de preventiecampagnes resultaat opgeleverd.

Vorig jaar zei u dat in 2007 60% van de nieuwe gevallen, niet-Belgen waren waarvan 77% afkomstig van subsaharaans Afrika. Vooral vrouwen zijn omwille van culturele en sociaaleconomische redenen meer vatbaar voor een hiv-infectie.

De administratieve moeilijkheden en de onzekerheid inzake opvang waarmee migranten worden geconfronteerd, verhogen de kans op isolement en soms op onveilig seksueel gedrag.

Personen met hiv en aids worden gediscrimineerd en gestigmatiseerd, of ze nu Belg zijn of niet. Seropositieven en aidspatiënten moeten hun rechten kennen en laten gelden. Hierin ligt een essentiële opdracht voor de verenigingen op het terrein. We moeten ze daarbij steunen, zodat het thema onder de aandacht blijft. Campagnes hebben wat aan kracht ingeboet.

De medische vooruitgang heeft zowel de ziekte als het risico gebanaliseerd. Een grootschalige

beaucoup sont confrontés dans un contexte d'accueil marqué par l'insécurité, favorisent l'isolement, la peur, le repli et, dans certains cas, les comportements antipréventifs.

Les personnes vivant avec le VIH/sida, qu'elles soient belges ou non, sont victimes de discrimination, de stigmatisation et de préjugés. Il importe dès lors que les séropositifs et les malades du sida puissent connaître et faire valoir leurs droits. Le travail des associations de terrain est, en ce sens, primordial. Il doit être soutenu, car c'est en grande partie grâce à celles-ci que le sida est maintenu à l'ordre du jour. Les campagnes d'information se sont essouffées.

Par ailleurs, les progrès réalisés par la médecine ont pour conséquence inattendue de banaliser le sida auprès du grand public. La notion de risque s'est estompée. Une vaste enquête de santé publique menée en Belgique a révélé qu'une grande partie de la population belge de plus de quinze ans ne perçoit pas correctement le mode de transmission du VIH et la façon dont il faut s'en protéger lors des rapports sexuels. Ainsi, 60% de nos concitoyens ignorent tout des moyens de transmission et des méthodes de protection. Certains pensent même qu'il est possible d'être contaminé par une piqûre de moustique. Cette ignorance quant au mode de transmission du virus est préoccupante et est plus largement répandue chez les jeunes, qui se trouvent à l'aube de leur vie sexuelle. Il importe dès lors d'accentuer l'éducation à la vie sexuelle et affective à destination de ce public particulier.

Par ailleurs, un tiers des patients belges est encore diagnostiqué tardivement. Ce pourcentage reste très important. Les dépistages trop tardifs freinent non seulement la prise en charge médicale des personnes contaminées, avec toutes les conséquences que cela implique sur leur santé, mais l'absence de moyens de protection entraîne également de nouvelles contaminations.

Qu'en est-il de la coordination avec les autres entités fédérées ayant des compétences en la matière ? Qu'en est-il de la coordination avec le niveau fédéral ? Quels sont les résultats du groupe de travail technique de la conférence interministérielle qui travaille plus particulièrement sur le thème du dépistage ? Le

enquête bracht aan het licht dat een groot deel van de 15-plussers (60% van onze medeburgers) niet precies weet hoe hiv wordt overgedragen en hoe men zich daartegen moet beschermen tijdens seksuele contacten. Sommige jongeren denken zelfs dat een muggensteek hiv kan overdragen. Dat is verontrustend. Seksuele en affectieve voorlichting is dan ook essentieel.

Bij een derde van de Belgische patiënten wordt de diagnose laattijdig gesteld. De laattijdige opsporing is niet alleen funest voor de behandeling, maar ook voor de intussen doorgegeven besmettingen.

Hoever staat de coördinatie tussen het beleid van de gemeenschappen, de gewesten en de federale overheid? Welke resultaten heeft de technische werkgroep van de interministeriële conferentie geboekt op het vlak van opsporing? Zijn de verenigingen nauw betrokken bij het preventiebeleid? Hoe worden risicogroepen aangespoord om zich te laten screenen? Hoe worden professionelen ingeschakeld bij de preventie?

In het licht van de uitbreiding van een proefproject van het RIZIV heeft het Elisacentrum, samen met huisartsen van Elsene en Sint-Gillis en een vereniging die prostituees steunt, snelle tests ter beschikking gesteld. Heeft u meer informatie over dat project? Wat was het resultaat van het proefproject?

monde associatif est-il étroitement associé à la politique de prévention mise en place et au renforcement de celle-ci ? Quelles sont les mesures spécifiques prises à destination des publics les plus touchés ? De quelle manière les associations sont-elles impliquées ? Quelles sont les mesures prises pour augmenter le taux de dépistage auprès d'une population à risque ? De quelle manière les professionnels, qui jouent un rôle très important au niveau des patients, sont-ils associés à la prévention ?

Dans le cadre de l'extension d'un projet pilote de l'INAMI, le centre Elisa - en collaboration avec des médecins généralistes d'Ixelles et de Saint-Gilles et une association de soutien aux prostituées - a mis des tests rapides à la disposition de ces dernières. En quoi consistait précisément ce projet ? Quel bilan a-t-il été tiré de cette expérience pilote ?

Discussion

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

Mme Catherine Moureaux.- J'évoquerai trois pistes de réflexion.

Nous perdons du terrain sur cette question. Si nous avons bien travaillé dans les années 90, force est de constater que nous n'arrivons pas à maintenir le même niveau de préoccupation, tant dans le chef des professionnels que de la population, même si j'exagère peut-être.

Dans ce contexte, nous pouvons toucher au moins une population de manière groupée dans un cadre favorable. Il s'agit de la population en âge scolaire. On parle beaucoup des animations à la vie relationnelle et affective, les fameuses "EVRAS", dont on connaît les coûts importants. Je sais que cela ne concerne pas votre niveau, mais c'est important de garder ce fait à l'esprit et de militer à chaque niveau, d'activer tous les relais possibles afin de mettre en place ce type d'activités.

Les chiffres sont importants, mais les bénéfices seraient évidents et ce, de manière très rapide. Si nous pouvions mettre en place quelque chose de généralisé, nous toucherions transversalement toute une génération, ce qui n'est vraiment pas

Bespreking

De voorzitter.- Mevrouw Moureaux heeft het woord.

Mevrouw Catherine Moureaux (in het Frans).- *Inzake aidspreventie gaan we erop achteruit. Er is goed werk geleverd in de jaren negentig, maar we merken dat de aandacht van de bevolking en de gezondheidszorg voor de problematiek verslapt.*

Het zou op zijn minst mogelijk moeten zijn om aan aidspreventie te doen in de scholen. Het Franstalig onderwijs besteedt aandacht aan affectieve en seksuele relaties in de zogenaamde EVRAS-programma's (éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle). U bent weliswaar niet bevoegd voor onderwijs, maar iedereen moet op zijn beleidsniveau inspanningen leveren.

Als we aidspreventie in de scholen kunnen organiseren, bereiken we een hele generatie van schoolgaande jeugd. Preventiecampagnes voor doelgroepen bereiken slechts een beperkt publiek.

Om in het Franstalig middelbaar onderwijs aidspreventie te organiseren, hebben we 1 miljoen euro nodig en minstens 300 mensen uit de gezondheidssector om les te geven.

Ik las onlangs een interessant artikel over een

négligeable. C'est le contraire d'une campagne de prévention par groupes cibles : ratisser large est ici le grand atout.

Pour toucher une année de l'enseignement secondaire en Communauté française, il nous faudrait un million d'euros. Cependant, il ne nous faut pas que ce million. Il nous faut encore au moins 300 professionnels de la santé formés à ce type d'actions, ce qui est énorme. Je le répète, nous devons travailler à actionner tous les leviers, à tous les niveaux, qui permettraient de débloquent cette somme et d'amener ces personnes à travailler dans ce domaine.

Mme Sidibe intervient régulièrement sur cette question. Je vais m'aventurer dans l'un de ses champs d'action favoris, à savoir le public spécifique constitué par les populations subsahariennes à Bruxelles. Je relisais un article très intéressant évoquant les barrières spécifiques à l'accès aux techniques de prévention du sida qu'éprouvent ces populations. La liste des freins est considérable et il ne s'agit pas que de freins culturels.

Je citerai des freins non culturels dont il faut tenir compte pour agir au niveau des ces populations. On ne pense pas forcément à ces choses, qui sont pourtant le quotidien des travailleurs de la santé, comme la barrière linguistique ; ou encore, pour les adultes, la barrière du niveau de scolarité qui détermine le niveau de compréhension possible lors des campagne à vocation large ; ou enfin, l'accès à ce qui nous paraît, à nous, disponible : les services de santé. En effet, ces services ne sont pas fréquentés par des personnes jeunes se percevant comme en bonne santé et qui, en plus, éprouvent parfois des difficultés financières. Ceci peut repousser la consultation et l'accès à l'information sur la prévention, en venant s'ajouter aux barrières culturelles.

Il convient de travailler de manière originale auprès de ces publics. Je vous donnerai une petite piste, qui formait la conclusion de cet article, que je tiens à votre disposition. Le propos de l'article revient sur la nécessité de centrer la prévention, non pas sur des actions grand public médiatiques, mais sur des actions de proximité. Si l'on entreprend de telles actions, il est important de favoriser l'implication des communautés elles-

specifieke doelgroep, namelijk mensen uit subsaharaans Afrika.

Er zijn een aantal niet-culturele factoren die aidspreventie onder de subsaharaanse bevolking bemoeilijken, zoals taalproblemen, een lage scholingsgraad (waardoor mensen het moeilijk hebben om campagnes te begrijpen) en een gebrekkige toegang tot de gezondheidszorg. Jonge mensen die zich gezond voelen en vaak financiële problemen hebben, zijn niet snel geneigd om zich te laten onderzoeken.

Er moet naar originele oplossingen worden gezocht om deze bevolkingsgroep te bereiken. In het voornoemde artikel wordt gepleit voor kleinschalige acties, waarbij de gemeenschappen worden betrokken. Ik bedoel niet dat alle werknemers uit de gezondheidszorg die meedoen aan de actie, uit de doelgroep in kwestie afkomstig moeten zijn, maar de doelgroep moet wel betrokken worden bij de activiteiten en de inhoud van de campagne.

Ik pleit daarnaast ook voor een grootschalige preventiecampagne. U kunt die organiseren via de ziekenhuizen en de overheidsdiensten. Toiletten zijn de ideale plaats voor aidspreventie. Mensen brengen daar enkele minuten alleen door en kunnen er bereikt worden via een ludieke boodschap.

mêmes dans les dispositifs. Cela ne signifie pas forcément que tous les professionnels doivent être issus de la population à laquelle on s'adresse, mais cela signifie que l'on doit porter une attention particulière à ce que les communautés soient parties prenantes dans l'élaboration, non seulement des messages, mais aussi des activités.

Mon troisième souci rassemble des idées plus concrètes. Il s'agit de remettre à l'ordre du jour une grande campagne de prévention. Je pense que vous pourriez pratiquer cette campagne à votre niveau dans les hôpitaux et dans les administrations de votre niveau de pouvoir. Le meilleur lieu pour lancer une campagne de prévention du sida, ce sont les toilettes. C'est un lieu où les gens sont seuls et ont quelques minutes pour s'approprier un message de manière relativement ludique. Je savais que j'allais faire sourire, mais je pense qu'il s'agit d'amener le message aux gens à un moment où ils sont disponibles, ce qui permet de les toucher très largement.

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

M. Benoît Cerexhe, membre du Collège réuni.- Voici les éléments de réponse à vos questions que nous pouvons vous donner après concertation avec l'Observatoire de la santé et le Service international de recherche, d'éducation et d'action sociale (Siréas). Tout d'abord, il convient de rappeler que les principaux acteurs institutionnels pour la prévention en Région bruxelloise restent les Communautés française et flamande qui, en 1980, ont reçu la toute grande majorité des budgets pour la prévention. La COCOM, créée en 1989, n'a quasi pas reçu de budget pour la prévention. Elle joue un rôle orienté sur la coordination.

En ce qui concerne la problématique du sida dans les communautés migrantes, ainsi d'ailleurs que les autres infections sexuellement transmissibles (IST), on peut se baser sur la définition du programme "stratégies concertées" de l'Observatoire du sida et des sexualités, et je cite : "Le public migrant est un public hétérogène, notamment sur les plans de la trajectoire, de la durée de séjour, du statut administratif - illégal ou non - et de l'origine. Il est caractérisé par une incidence, évaluée en nombre de nouveaux cas, et une prévalence (proportion de personnes atteintes)

De voorzitter.- De heer Cerexhe heeft het woord.

De heer Benoît Cerexhe, lid van het Verenigd College (in het Frans).- *In het Brussels Gewest blijven de Franse en Vlaamse Gemeenschap hoofdzakelijk bevoegd voor preventie. De gemeenschappen ontvangen daarvoor sinds 1980 het leeuwendeel van de middelen. De GGC, die in 1989 werd opgericht, heeft amper een budget voor preventie en houdt zich vooral bezig met coördinatie.*

Ik verwijs naar het standpunt van het Observatoire du sida et des sexualités. Die instantie wijst erop dat de migrantengemeenschap zeer heterogeen is samengesteld. Hiv-besmettingen komen relatief vaak voor onder immigranten, omdat zij zich vaak pas in een laat stadium laten testen en een beperkte toegang hebben tot medische zorg, sociale begeleiding en preventie. Migranten zijn om meerdere redenen kwetsbaar. Ze krijgen te maken met discriminatie en racisme en kunnen zich daardoor vaak moeilijk integreren.

Migranten worden meestal in hun thuisland met het hiv-virus besmet, maar besmetten vaak nog anderen in België omdat ze niet weten dat ze seropositief zijn. Sommige migranten doen pas in

élevées du VIH, par un accès tardif au dépistage et par un accès difficile aux soins, à l'aide sociale et à la prévention. Il cumule diverses vulnérabilités, dues entre autres au dispositif d'accueil des étrangers, notamment en matière de santé et de VIH, aux discriminations internes aux communautés de vie, au racisme en général et aux difficultés d'intégration dans un contexte culturel nouveau".

Si la contamination des migrants a majoritairement lieu dans le pays d'origine, il existe cependant des contaminations secondaires par ignorance du statut sérologique. En cas de contamination à l'étranger, la gravité de la maladie à l'arrivée, ainsi que le retard apporté au diagnostic et à la prise en charge, aggravent la vulnérabilité de ces personnes. Pour certains migrants, l'entrée dans le système de santé s'effectue au dernier moment, lors d'un épisode de crise de la maladie nécessitant une hospitalisation. Cette entrée tardive s'explique par la crainte de se dévoiler devant les autorités, ce qui pose problème s'ils sont en séjour illégal ou porteurs du virus, par manque d'information et de connaissance.

Le groupe de travail de la Conférence interministérielle santé dédié au sida a été intégré au groupe de travail sur les maladies infectieuses, dont le pouvoir fédéral assume la présidence. Ses dernières séances ont été consacrées à l'optimisation de l'information sur les initiatives des différents niveaux de pouvoir. Pour la COCOM, ce sont les médecins inspecteurs d'hygiène qui participent à ce groupe de travail. L'organisation sera probablement revue en 2012.

Quant au rôle des associations dans la définition de la politique de prévention, la Plate-forme de prévention sida et l'Observatoire du sida et des sexualités réunissent les acteurs de la prévention. Il n'existe pas de plate-forme spécifiquement bruxelloise, mais leurs acteurs se rencontrent dans ce cadre. Le projet néerlandophone Sensoa participait également à ces rencontres, mais il n'a plus de bureau à Bruxelles.

Dans le cadre des travaux préparatoires au Plan communautaire opérationnel de la Communauté française, différents acteurs de la prévention des infections sexuellement transmissibles et du sida se sont engagés, dans une démarche de concertation, à définir un cadre de référence

een laatste stadium, wanneer ze in een ziekenhuis moeten worden opgenomen, een beroep op de gezondheidszorg. Ze zijn vaak bang voor de overheid, vooral als ze illegaal in het land verblijven.

De werkgroep aids van de interministeriële conferentie Gezondheidszorg boog zich over het optimaliseren van de informatieverstrekking over initiatieven van de verschillende beleidsniveaus. De GGC is ook vertegenwoordigd in die werkgroep. In 2012 wordt de samenstelling van de werkgroep waarschijnlijk aangepast.

Het overlegplatform voor aidspreventie en het Observatoire du sida et des sexualités brengen alle instanties die zich met preventie bezighouden samen. Er bestaat geen specifiek Brussels overlegplatform. Ook het Nederlandstalige Sensoa neemt deel aan het overleg, maar heeft geen kantoren in Brussel.

Meerdere instanties die zich bezighouden met de preventie van aids en soa's hebben beslist om aan een gezamenlijk referentiekader te werken. De instanties hebben algemene aanbevelingen opgesteld over alternatieve strategieën voor het opsporen van hiv-besmettingen. Ze wijzen erop dat er aan de bewustmaking van huisartsen moet worden gewerkt, dat het verboden en zinloos is om hiv-tests uit te voeren zonder medeweten van de patiënt, dat de kwaliteit van de opsporing beter kan in de opvangcentra voor vluchtelingen en dat er met andere beleidsniveaus en instanties op het terrein overleg moet worden gepleegd over het opsporingsbeleid.

Enkel voor zwangere vrouwen wordt de systematische opsporing van hiv aangeraden.

Allerlei Brusselse organisaties houden zich bezig met specifieke risicogroepen, zoals homo's, prostituees en druggebruikers. Maar ook algemenere diensten bereiken die doelgroepen.

De belangrijkste maatregelen bestaan erin om de bevolking beter in te lichten over hiv en aids, om voorbehoedsmiddelen te verspreiden, om de opsporing en behandeling toegankelijker te maken, om de levenskwaliteit van mensen met hiv of aids te verbeteren, en om hun familie te begeleiden. Er zijn meerdere organisaties die zich specifiek tot

commun. Dans le cadre des stratégies concertées, les acteurs élaborent, par thématique, des analyses de situation, construisent des plans opérationnels et définissent des critères et indicateurs d'évaluation. Une fiche stratégique vise les migrants avec, pour plan focal, l'asbl Sirés/Sidaids migrants.

Dans le cadre des stratégies alternatives de dépistage, les acteurs se sont accordés sur des recommandations générales. Ils insistent sur d'autres axes pour améliorer l'accessibilité du dépistage aux personnes particulièrement exposées et pour améliorer sa qualité, via :

- la sensibilisation des médecins généralistes ;
- le rappel de l'interdiction et du caractère contreproductif du dépistage réalisé à l'insu du patient ;
- l'amélioration de la qualité du dépistage dans les centres d'accueil pour réfugiés en termes d'interprétariat et de traduction, de consentement, de confidentialité et de conseil (orienter, aider, informer, soutenir et traiter) ;
- la nécessité d'une politique de dépistage menée en concertation avec les niveaux de pouvoir concernés et les intervenants de terrain dans les domaines préventif et curatif.

En matière de dépistage systématique, seules les femmes enceintes font actuellement l'objet d'une telle recommandation en Belgique.

En ce qui concerne les mesures spécifiques, de nombreuses associations de terrain sont actives en Région bruxelloise pour les publics les plus touchés, comme les homosexuel(le)s, les prostitué(e)s, les usagers de drogues et les séropositifs précarisés. En outre, il ne faut pas oublier le fait que les services plus généraux touchent également ce public.

Les principaux axes d'action consistent à augmenter, parmi les publics à risques, les connaissances sur le VIH/sida, à mettre à disposition des préservatifs, à faciliter l'accès au dépistage et au traitement, à augmenter la qualité de vie des personnes séropositives ou atteintes de Sida, ou encore à accompagner les familles.

immigranten uit subsaharaans Afrika richten.

De vzw Sidaids wil de gezondheid van migranten verbeteren door ze minder kwetsbaar te maken voor hiv, aids en andere soa's en door de gemeenschappen te helpen om te werken aan hun eigen situatie inzake gezondheid en zorgverstrekking. De organisatie richt zich tot kwetsbare migranten, zoals nieuwkomers, migranten met aids, illegalen en kandidaatvluchtelingen, maar ook tot migranten die al langer in België wonen. In 2011 concentreerde ze zich op een betere samenwerking met verenigingen die zich bezighouden met de genderproblematiek en de bestrijding van vrouwenbesnijdenis. Ze werkte ook samen met jeugthuizen en hulporganisaties voor prostituees.

Er werden allerlei initiatieven genomen. Zo werden er condooms en stickers verspreid. Uitnodigingen voor een medisch onderzoek werden ter beschikking gesteld van straathoekwerkers en er werd een website ontwikkeld.

De slagkracht van de medische, sociale en culturele sector wordt versterkt: de samenwerking tussen preventieverenigingen en organisaties die seropositieve immigranten begeleiden, wordt gestimuleerd, en samen met de jeugthuizen wordt een proefproject gevoerd dat zich op jonge immigranten richt.

De bewustmaking van de huisartsen blijft een belangrijke aandachtspunt. De documenten over gezamenlijke strategieën en de onderzoeksresultaten van het Observatoire du sida et des sexualités blijven belangrijke hulpmiddelen voor de gezondheidszorg. Ook via de huisartsenverenigingen en beroepsverenigingen worden er maatregelen genomen.

De FOD Volksgezondheid organiseert een jaarlijkse studiedag over soa's voor de artsen die betrokken zijn bij de opsporing van epidemies. Sommige ziekenhuizen organiseren ook studiedagen en opleidingen.

De resultaten van het proefproject met snelle tests worden binnenkort gepubliceerd en voorgesteld op twee internationale congressen. Nu al staat vast dat de tests betrouwbaar en eenvoudig zijn en dat

Les associations plus orientées vers les migrants ou sur l'Afrique subsaharienne sont, entre autres, les suivantes : le projet Matongé visant les jeunes, le projet Merhaba touchant à l'homosexualité, le projet Libiki visant les veufs et orphelins du sida, Échos Séropos d'ici et d'ailleurs, Sidaids migrants/Siréas.

L'asbl Sidaids vise à améliorer la santé des migrants par la réduction de la vulnérabilité face au VIH/sida et autres infections sexuellement transmissibles, ainsi qu'à renforcer les communautés pour la prise en charge de leur propre santé et l'accès aux soins. L'association cible les plus vulnérables, comme les primo-arrivants, les migrants avec VIH/sida, les sans-papiers et les candidats réfugiés. Elle cible également les migrants installés depuis longtemps en Belgique au travers des associations et autres structures communautaires. En 2011, elle a mis l'accent sur le renforcement des partenariats avec des associations qui travaillent sur la problématique du genre et sur celle de l'excision. Elle a renforcé les partenariats avec les maisons de jeunes, et surtout celles situées dans des quartiers à forte population migrante, ainsi qu'avec les associations s'adressant aux prostituées, afin d'avoir une meilleure approche des prostituées migrantes.

Des outils ont été développés. On peut citer les campagnes de distribution de préservatifs, notamment au festival Couleur café, dans les bars, les salons de coiffure africains et boîtes de nuit, les maisons d'accueil pour réfugiés, les associations communautaires et les maisons médicales. Je citerai également la campagne d'autocollants à apposer sur les portes des bars, annonçant la mise à disposition de préservatifs, ou encore la création d'un nouveau site web. Des cartes de visite invitant au dépistage existent pour le travail de rue. Par ailleurs, le renforcement des capacités des migrants vivant avec le VIH est prévu, avec des animations en vue d'une meilleure prise en charge de leur santé et d'une diminution de la transmission secondaire du virus.

En ce qui concerne le renforcement des capacités des professionnels de la santé, du secteurs social et de la culture, nous pouvons citer :

- le renforcement des capacités des différents

ze goed door de patiënten worden aanvaard. In geval van een positief resultaat wordt er een grondigere test uitgevoerd.

Voor artsen is het niet altijd gemakkelijk om een test voor te stellen, omdat de patiënt daar vaak weigerachtig tegenover staat. De arts moet het initiatief nemen en daar tijd voor vrijmaken, terwijl het soms moeilijk is om het onderwerp aan te kaarten. Zodra de resultaten van het proefproject bekend zijn, moeten we de oorzaken van het probleem bestuderen.

Het Waals Gewest, de Franse Gemeenschap en de Franse Gemeenschapscommissie bespreken het dossier van het EVRAS-programma, de lessen over relaties en seksualiteit in het Franstalig onderwijs.

professionnels de la santé en général, dans les écoles, les centres de planning familial, les maisons médicales, parmi les éducateurs de rue, etc., ainsi que les relais de santé communautaire ;

- la mise en place d'une coordination entre les associations de prévention et d'accompagnement des personnes séropositives parmi les populations migrantes ;
- le projet pilote avec les responsables des maisons de jeunes et l'asbl Bruxelles Bravvo pour créer des outils et animations adaptés aux jeunes issus de l'immigration ;
- le travail sur des projets créatifs en lien avec les jeunes et les migrants séropositifs, afin de lutter contre la discrimination et la stigmatisation.

Quant à la question relative à l'information des professionnels, je rappelle que la sensibilisation des généralistes reste l'une des recommandations des acteurs. Hormis les actions menées par les associations citées ci-dessus, les fiches de stratégies concertées et les résultats des recherches menées par l'Observatoire du sida et des sexualités constituent des outils de réflexion à destination des professionnels de la santé. Les sociétés de médecine générale, les fédérations professionnelles et les groupes locaux d'évaluation médicale (GLEM) sont également des canaux privilégiés.

On mentionnera également le séminaire annuel sur les infections sexuellement transmissibles organisé par l'Institut fédéral de santé publique à l'attention des médecins participant au système de veille épidémiologique. Enfin, par exemple, le centre Elisa du CHU Saint-Pierre organise mensuellement des séminaires sur les maladies infectieuses, ainsi que des formations à destination des associations.

Enfin, les résultats du projet pilote de tests rapides qui a été mis en oeuvre par le Centre Elisa seront bientôt publiés et présentés dans deux congrès internationaux. On peut néanmoins déjà communiquer quelques constats. Les tests rapides sont fiables, faciles d'utilisation et bien acceptés par les patients. Ils nécessitent une confirmation en cas de positivité.

Les médecins ont cependant des difficultés à proposer un test de dépistage, car il persiste des réticences, des obstacles et des contraintes. Il est probable que tant la difficulté à aborder le sujet que le devoir d'initiative du médecin et le temps à dégager pour cette mission font partie de l'ensemble de la problématique. Nous devons soigneusement analyser les raisons lorsque les résultats seront publiés, afin de faire le bilan et d'apprécier quelles modifications peuvent être apportées à ce projet pilote.

Enfin, le dossier des EVRAS (éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle) évoqué par Mme Moureaux est à l'ordre du jour de notre gouvernement conjoint Région wallonne - Fédération Wallonie-Bruxelles et COCOF. Quant au concept de santé communautaire sur lequel vous avez insisté, nous le suivons de près.

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

Mme Fatoumata Sidibe.- Comment se fait-il que malgré toutes les nombreuses actions entreprises, le taux de contamination atteint des sommets ? La question mérite d'être posée. Dans certaines régions du monde, le taux de prévalence atteint des pourcentages très élevés, mais ces pays souffrent de l'insuffisance de structures sanitaires et de l'absence d'accès au traitement. Pourtant, ces pays arrivent à freiner la contamination. Dès lors, comment comprendre que dans nos pays où l'offre de santé et l'accès au traitement sont démocratiques et où l'information est aisément accessible, nous échouons à enrayer la progression du virus ?

Les nombreuses initiatives prises à tous niveaux peinent à atteindre leur objectif au regard des chiffres alarmants. Il me semble important de réévaluer ces politiques et de multiplier les stratégies de prévention parce qu'elles se sont essouffées. Il faut réfléchir aux moyens à mettre en oeuvre pour que, en 2013, on arrive à un seuil de contamination en deçà de celui de 1997.

Beaucoup d'actions sont également menées à destination des populations migrantes. Elles sont considérables et je constate effectivement que beaucoup de structures communautaires sont associées et demandent que leur expertise soit prise en compte. J'entends bien qu'elles sont prises

De voorzitter.- Mevrouw Sidibe heeft het woord.

Mevrouw Fatoumata Sidibe (in het Frans).- *Hoe is het mogelijk dat na alle getroffen maatregelen het aantal besmettingen nog steeds zo hoog ligt? In sommige landen liggen de percentages zeer hoog omdat er niet voldoende sanitaire voorzieningen zijn of de mensen geen toegang hebben tot medische zorg. Toch slagen die landen erin het aantal besmettingen af te remmen en wij niet.*

We moeten het beleid herzien en het aantal preventiemaatregelen uitbreiden, want ze lijken niet zo doeltreffend meer. Tegen 2013 moeten we een percentage kunnen halen dat lager ligt dan in 1997.

Verskillende beleidsmaatregelen zijn op migranten gericht. De verenigingen die die maatregelen helpen uitvoeren, vragen om rekening te houden met hun ervaringen. Ik ben blij te horen dat dat ook daadwerkelijk gebeurt. Wel heb ik u niets horen zeggen over het stijgende aantal besmettingen in de mannelijke homogemeenschap. Ook daar is de preventie niet langer efficiënt en zijn er nieuwe maatregelen nodig.

Specifieke campagnes zijn erg belangrijk, maar ze moeten verder worden uitgebreid. Niet enkel in scholen, maar ook in bedrijven, de media, het openbaar vervoer en sportclubs moeten we erop

en considération, qu'on a travaillé avec elles parce qu'elles sont de proximité et qu'elles connaissent les populations auxquelles elles s'adressent. Toutefois, je n'ai pas entendu de réflexion sur le fait que l'augmentation du taux de contamination est également importante dans la communauté homosexuelle masculine. Cela indique que la prévention s'est essoufflée ou qu'il faut mettre en place d'autres outils de prévention et d'accompagnement.

Enfin, les campagnes ciblées sont spécifiques et très importantes. J'ai toutefois le sentiment qu'il faut multiplier les pistes, pas seulement dans les écoles où l'on sait qu'il existe un travail de taille à réaliser et où les animations de l'éducation à la vie affective et sexuelle sont encore en retard par rapport aux besoins. Dans les entreprises, les transports en commun, les médias, les clubs de sport, il faut continuer à multiplier les signaux pour expliquer que le sida continue à tuer et existe toujours.

J'insiste sur les campagnes d'information. J'insiste sur la nécessité de réévaluer les politiques de prévention qui manifestement, malgré les moyens importants injectés, les volontés et les actions mises en place, peinent vraiment à faire diminuer le taux de contamination par le virus. C'est un défi à relever. J'espère que, l'année prochaine, nous aurons des chiffres plus optimistes et plus rassurants.

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

M. Benoît Cerexhe, membre du Collège réuni.- Je vous ai répondu dans les limites de mes compétences. J'ai commencé par dire que cette matière de la prévention était essentiellement du ressort des Communautés française et flamande.

Mme Fatoumata Sidibe.- Je compte toutefois sur vous pour relayer les préoccupations régulièrement rapportées dans cette enceinte, même si je connais vos domaines de compétence. Il reste important d'interpeller et de mettre l'accent sur la régression que soulignent les chiffres.

- *L'incident est clos.*

blijven hameren dat aids mensen doodt.

Nu de informatiecampagnes worden uitgebreid en de maatregelen worden herzien, hoop ik volgend jaar positievere cijfers te zien.

De voorzitter.- De heer Cerexhe heeft het woord.

De heer Benoît Cerexhe, lid van het Verenigd College (in het Frans).- *Preventiemaatregelen vallen voornamelijk onder de bevoegdheid van de Franse en de Vlaamse Gemeenschap.*

Mevrouw Fatoumata Sidibe (in het Frans).- *Ik reken op u om mijn opmerkingen door te geven aan de andere bevoegde beleidsinstanties. De cijfers wijzen immers op een terugval.*

- *Het incident is gesloten.*

**INTERPELLATION DE M. DOMINIEK
LOOTENS-STAEL**

**À M. GUY VANHENGEL, 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'insuffisance de la politique
antidopage à Bruxelles".**

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

La parole est à M. Lootens-Stael.

M. Dominiek Lootens-Stael (*en néerlandais*).- *L'Agence mondiale antidopage (AMA) a publié en novembre la liste des signataires de la charte antidopage qui ne respectent pas les normes, parmi lesquels figure la Région bruxelloise. L'AMA menace de sanctionner la délégation belge aux Jeux olympiques de Londres en 2012 tant qu'aucune politique antidopage concertée n'est développée entre les différents organismes belges antidopage. Ceci est regrettable pour Bruxelles, une ville aux ambitions sportives où sont organisés notamment les 20 km et le Mémorial Van Damme. La politique antidopage des sportifs bruxellois relève de la compétence de la CCC. Pourquoi celle-ci n'est-elle pas en règle avec l'AMA ?*

Le Collège réuni fait-il la promotion de la santé dans le milieu sportif? Des campagnes de sensibilisation sont-elles prévues? Combien de contrôles antidopage ont-ils été effectués en 2010 et 2011? Quelles étaient les sanctions appliquées?

J'ai interpellé M. De Lille à ce sujet à la VGC qui m'a renvoyé à la CCC puisqu'il s'agit de sa compétence.

**INTERPELLATIE VAN DE HEER
DOMINIEK LOOTENS-STAEL**

**TOT DE HEER GUY VANHENGEL, 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 manke antidopingbeleid in
Brussel".**

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

De heer Lootens-Stael heeft het woord.

De heer Dominiek Lootens-Stael.- Het Wereldantidopingagentschap (WADA) heeft eind november een lijst gepubliceerd met landen en organisaties die de antidopingcode wel ondertekenden, maar niet respecteren. Daarop staan 7,5 Europese landen. Dat halve land is België. De Vlaamse en de Franse gemeenschap leven de code wel na, maar de Duitse Gemeenschap en het Brussels Gewest niet.

Het WADA dringt er bij de verschillende Belgische antidopingorganisaties sterk op aan om hun antidopingbeleid op elkaar af te stemmen. Zoniet dreigen er sancties voor de Belgische delegatie op de Olympische Spelen in Londen in 2012. Voor een stad die zich wil profileren als een sportstad, met grote evenementen zoals de '20 km door Brussel', de Memorial Van Damme enzovoort, is dat uiteraard zeer slecht nieuws.

Het Brusselse antidopingbeleid is een bevoegdheid van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie voor zover het gaat om het dopingbeleid ten aanzien van fysieke personen.

Hoe komt het dat Brussel op de WADA-lijst staat?

Waar loopt het Brusselse antidopingbeleid mank? Hoe promoot het Verenigd College het principe

Discussion

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

M. Benoît Cerexhe, membre du Collège réuni (en néerlandais).- *Les sportifs bruxellois relèvent de la compétence de la Communauté flamande ou française quand ils exercent leur sport dans un club sportif ou dans le cadre d'une manifestation sportive qui relève de la Communauté française ou flamande, quand ils exercent leur sport en Région de langue néerlandaise ou française ; et quand ils participent à une compétition sportive dans un club installé dans une Région de langue néerlandaise ou française ; et de la compétence de la COCOM pour les autres cas : les sportifs bruxellois d'un club sportif bicommunautaire, ceux qui exercent leur sport en dehors d'un club sportif ; et les sportifs internationaux quand ils exercent leur sport dans la Région bilingue de Bruxelles-Capitale.*

Tous les sportifs bruxellois et sportifs internationaux restent dépendants des règles du club auquel ils sont affiliés. La COCOM est uniquement compétente pour le volet de la santé publique préventive, mais pas pour le sport, dont le respect des valeurs du sport, et donc non plus à l'égard des fédérations sportives.

Dans l'ordonnance relative à la promotion de la santé dans la pratique du sport, à l'interdiction du dopage et à sa prévention de juillet 2007, il n'y avait qu'un seul champ d'application pour tous les sportifs, amateurs ou professionnels.

En 2009, l'AMA a imposé de faire la distinction entre ces deux catégories. Puisqu'il était opportun

van medisch verantwoord sporten? Staan er promotiecampagnes in de steigers?

Hoeveel antidopingcontroles werden er respectievelijk in 2010 en in 2011 uitgevoerd? Wat zijn de resultaten? Welke sancties kregen de overtreders?

Ik heb collegelid Bruno De Lille over deze zaak geïnterpelleerd in de Vlaamse Gemeenschapscommissie. Hij verwijst in hoofdzaak naar het Verenigd College, omdat dat ter zake bevoegd is.

Bespreking

De voorzitter.- De heer Cerexhe heeft het woord.

De heer Benoît Cerexhe, lid van het Verenigd College.- De Brusselse sporters vallen onder de bevoegdheden van de Vlaamse of de Franse Gemeenschap als ze hun sport uitoefenen in een sportvereniging of in het kader van een sportmanifestatie die tot de Franse of de Vlaamse Gemeenschap behoort, de zogenaamde unicommunautaire sportvereniging of sportmanifestatie, als ze hun sport uitoefenen in het Nederlandstalige of Franstalige gebied en als ze deelnemen aan een sportcompetitie, bijvoorbeeld een voetbalmatch of een tennistoernooi, in een club die in het Nederlandstalige of Franstalige gebied gevestigd is.

De GGC is bevoegd voor de andere gevallen, namelijk Brusselse sporters van een 'bicommunautaire' sportvereniging, voetbal en hockey, voor Brusselse sporters die hun sport uitoefenen los van een sportvereniging en voor internationale sporters die hun sport uitoefenen binnen het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad.

Alle Brusselse sporters en internationale sporters blijven afhankelijk van de regels van de sportvereniging waartoe ze behoren. Daarbij mogen we niet uit het oog verliezen dat de GGC enkel bevoegd is voor het luik Preventieve gezondheidszorg, maar niet voor Sport, waaronder het respect voor de sportwaarden en dus ook niet ten aanzien van de sportfederaties.

Om in orde te zijn voor het WADA en om in die optiek ook controles te kunnen uitvoeren moet

d'élaborer une définition commune du sportif d'élite, un accord de coopération a été établi dans le cadre du conseil de coordination en matière de lutte antidopage. Un nouveau projet d'ordonnance a été établi sur cette base en collaboration avec l'AMA. Actuellement, le projet est soumis pour avis au Conseil d'État.

En ce qui concerne les contrôles, pour 2012, des moyens d'un montant de 20.000 euros ont été prévus dans le budget. La proposition est d'effectuer les contrôles sur le terrain sur la base des accords de coopération existants avec les Communautés flamande et française.

M. le président.- La parole est à M. Lootens-Stael.

M. Dominiek Lootens-Stael (*en néerlandais*).- *Bruxelles sera-t-elle bien en conformité avec l'AMA, pour novembre 2012 pour autant que l'ordonnance soit approuvée par l'Assemblée réunie ?*

M. Benoît Cerexhe, membre du Collège réuni (*en néerlandais*).- *Oui.*

- L'incident est clos.

eerst het wetgevende kader op punt worden gesteld. De Verenigde Vergadering stemde op 19 juli 2007 de ordonnantie betreffende de promotie van de gezondheid bij de sportbeoefening, doping en de preventie ervan. In die ordonnantie was er echter maar één toepassingsgebied voor alle sporters, of het nu amateurs of professionals waren.

In 2009 drong het WADA echter aan op een onderscheid tussen twee categorieën van sporters, namelijk gewone sporters en elitesporters.

Vermits de mensen van het terrein en alle gemeenschappen het opportuun achtten om meteen een gemeenschappelijke definitie van elitesporter uit te werken, werd in het kader van de coördinatieraad Medisch Verantwoord Sporten gewerkt aan een samenwerkingsakkoord. Dat akkoord kwam in juni 2011 tot stand. Naast de gemeenschappelijke definitie bevat het gezamenlijke bepalingen over procedures en de indeling van diverse disciplines in categorieën. Op basis daarvan werd nu een nieuw ontwerp van ordonnantie opgemaakt in samenspraak met het WADA. Momenteel ligt het ontwerp voor advies voor bij de Raad van State.

Voor de controles werden er voor 2012 in de begroting in middelen voorzien ten belope van 20.000 euro. Het voorstel is om op het terrein controles uit te voeren op basis van de bestaande samenwerkingsakkoorden met de Vlaamse en Franse gemeenschap. Daardoor kan een beroep gedaan worden op hun inspectiediensten.

De voorzitter.- De heer Lootens-Stael heeft het woord.

De heer Dominiek Lootens-Stael.- Mogen we ervan uitgaan dat Brussel eind november 2012 niet meer op de lijst zal voorkomen en volledig in regel zal zijn, op voorwaarde tenminste dat de ordonnantie door de Verenigde Vergadering wordt goedgekeurd?

De heer Benoît Cerexhe, lid van het Verenigd College.- Ja.

- Het incident is gesloten.