

**ASSEMBLÉE RÉUNIE  
DE LA COMMISSION  
COMMUNAUTAIRE COMMUNE**

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

**Commission de la Santé**

\_\_\_\_\_

**RÉUNION DU  
JEUDI 3 OCTOBRE 2013**

\_\_\_\_\_

**VERENIGDE VERGADERING  
VAN DE GEMEENSCHAPPELIJKE  
GEMEENSCHAPSCOMMISSIE**

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

**Commissie voor de Gezondheid**

\_\_\_\_\_

**VERGADERING VAN  
DONDERDAG 3 OKTOBER 2013**

\_\_\_\_\_

---

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](mailto: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](mailto:criv@bruparl.irisnet.be)

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

**SOMMAIRE****INHOUD**

INTERPELLATION	5	INTERPELLATIE	5
- de Mme Sfia Bouarfa	5	- van mevrouw Sfia Bouarfa	5
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 Mme Céline Fremault, membre du Collège réuni, compétente pour la Politique de la Santé et la Fonction publique,		en tot mevrouw Céline Fremault, lid van het Verenigd College, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid en het Openbaar Ambt,	
concernant "les actions entreprises par la Région contre la mortalité périnatale".		betreffende "de acties van het gewest tegen perinatale sterfte".	
<i>Discussion – Orateurs : Mme Gisèle Mandaila, Mme Céline Fremault, membre du Collège réuni, Mme Sfia Bouarfa.</i>	8	<i>Bespreking – Sprekers: mevrouw Gisèle Mandaila, mevrouw Céline Fremault, lid van het Verenigd College, mevrouw Sfia Bouarfa.</i>	8
QUESTIONS ORALES	15	MONDELINGE VRAGEN	15
- de Mme Françoise Schepmans	15	- van mevrouw Françoise Schepmans	15
à M. Guy Vanhengel, membre du Collège réuni, compétent pour la Politique de la Santé, les Finances, le Budget et les Relations extérieures,		aan de heer Guy Vanhengel, lid van het Verenigd College, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid, Financiën, Begroting en Externe Betrekkingen,	
et à Mme Céline Fremault, membre du Collège réuni, compétente pour la Politique de la Santé et la Fonction publique,		en aan mevrouw Céline Fremault, lid van het Verenigd College, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid en het Openbaar Ambt,	
concernant "l'état des lieux du transport médico-sanitaire en Région bruxelloise".		betreffende "de stand van zaken van het medisch-sanitair vervoer in het Brussels Gewest".	
- de M. Joël Riguelle	18	- van de heer Joël Riguelle	18
à M. Guy Vanhengel, membre du Collège réuni, compétent pour la Politique de la		aan de heer Guy Vanhengel, lid van het Verenigd College, bevoegd voor het	

Santé, les Finances, le Budget et les Relations extérieures,		Gezondheidsbeleid, Financiën, Begroting en Externe Betrekkingen,	
et à Mme Céline Fremault, membre du Collège réuni, compétente pour la Politique de la Santé et la Fonction publique,		en aan mevrouw Céline Fremault, lid van het Verenigd College, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid en het Openbaar Ambt,	
concernant "l'accord conclu entre la Clinique Saint-Jean et différentes asbl du secteur extra-hospitalier de prise en charge des malades mentaux".		betreffende "het akkoord over de zorg voor geesteszieken gesloten tussen de Kliniek Sint-Jan en verschillende vzw's uit de sector buiten de ziekenhuizen".	
- de M. Joël Riguelle	22	- van de heer Joël Riguelle	22
à M. Guy Vanhengel, membre du Collège réuni, compétent pour la Politique de la Santé, les Finances, le Budget et les Relations extérieures,		aan de heer Guy Vanhengel, lid van het Verenigd College, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid, Financiën, Begroting en Externe Betrekkingen,	
et à Mme Céline Fremault, membre du Collège réuni, compétente pour la Politique de la Santé et la Fonction publique,		en aan mevrouw Céline Fremault, lid van het Verenigd College, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid en het Openbaar Ambt,	
concernant "la continuité de soins pour les SDF".		betreffende "de voortgezette verzorging van de daklozen".	
INTERPELLATION	25	INTERPELLATIE	25
- de Mme Elke Roex	25	- van mevrouw Elke Roex	25
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 Mme Céline Fremault, membre du Collège réuni, compétente pour la Politique de la Santé et la Fonction publique,		en tot mevrouw Céline Fremault, lid van het Verenigd College, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid en het Openbaar Ambt,	
concernant "la prévention du cancer du sein".		betreffende "de preventie van borstkanker".	
<i>Discussion – Orateurs : M. Jacques Morel, M. Guy Vanhengel, membre du Collège réuni, Mme Elke Roex.</i>	27	<i>Bespreking – Sprekers: de heer Jacques Morel, de heer Guy Vanhengel, lid van het Verenigd College, mevrouw Elke Roex.</i>	27

*Présidence : M. Jacques Morel, doyen d'âge.  
Voorzitterschap: de heer Jacques Morel, oudste lid in jaren.*

## INTERPELLATION

**M. le président.**- L'ordre du jour appelle l'interpellation de Mme Bouarfa.

### INTERPELLATION DE MME SFIA BOUARFA

**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 MME CÉLINE FREMAULT, MEMBRE DU COLLÈGE RÉUNI, COMPÉTENTE POUR LA POLITIQUE DE LA SANTÉ ET LA FONCTION PUBLIQUE,**

**concernant "les actions entreprises par la Région contre la mortalité périnatale".**

**M. le président.**- La membre du Collège réuni Céline Fremault répondra à l'interpellation.

La parole est à Mme Bouarfa.

**Mme Sfia Bouarfa.**- Fin mai, Peristat a publié son étude européenne sur la santé périnatale en 2010. Concernant notre Région, Peristat met en avant les constatations suivantes :

- la majorité des enfants (66%) qui naissent à Bruxelles ont une maman qui est originaire d'un pays autre que la Belgique ;
- la mortalité fœtale ou mortinatalité après 28 semaines est particulièrement élevée ;
- la mortalité maternelle n'est pas investiguée de manière systématique ;
- Bruxelles est une des Régions européennes qui

## INTERPELLATIE

**De voorzitter.**- Aan de orde is de interpellatie van mevrouw Bouarfa.

### INTERPELLATIE VAN MEVROUW SFIA BOUARFA

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

**EN TOT MEVROUW CÉLINE FREMAULT, LID VAN HET VERENIGD COLLEGE, BEVOEGD VOOR HET GEZONDHEIDSBELEID EN HET OPENBAAR AMBT,**

**betreffende "de acties van het gewest tegen perinatale sterfte".**

**De voorzitter.**- Collegelid Céline Fremault zal de interpellatie beantwoorden.

Mevrouw Bouarfa heeft het woord.

**Mevrouw Sfia Bouarfa** *(in het Frans).*- *Eind mei publiceerde Peristat een Europese studie over de perinatale gezondheid in 2010. De conclusies voor het Brussels Gewest luiden als volgt:*

- *van 66% van de kinderen die in Brussel worden geboren, is de moeder afkomstig uit een ander land dan België;*
- *de foetale sterfte of mortinataliteit na 28 weken ligt bijzonder hoog;*
- *moedersterfte wordt niet systematisch onderzocht;*
- *Brussel is een van de Europese regio's met de*

comptent le plus haut taux de gémellité.

À la suite de la publication de cette étude, vous avez déclaré que la vision de Peristat était à nuancer, suivant en cela la réaction de l'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale. Certes, il est vrai que la forte concentration de structures périnatales spécialisées ainsi que la forte proportion de femmes non bruxelloises venant accoucher dans notre Région offre un tableau moins noir de la situation. De même, on ne peut comparer les chiffres d'une région urbaine concentrant naturellement une forte population et donc un grand nombre de naissances avec les chiffres d'un État européen dans son ensemble. Malgré ces nuances, il n'en demeure pas moins que les chiffres de la mortalité périnatale restent interpellants et reflètent partiellement la pauvreté existant au sein de la population de notre Région. En 2010 déjà, le tableau de bord de la santé en Région bruxelloise relevait que le risque de décéder avant l'âge d'un an était 2,3 fois plus élevé pour un enfant né dans un ménage sans revenu du travail que dans un ménage à deux revenus. Par ailleurs, ce même tableau de bord soulignait la forte variable de la nationalité de la mère dans les cas de périnatalité, ce que confirment également les chercheurs du Centre d'épistémologie périnatale (Cepip). Ainsi, les conditions socio-économiques ne pourraient à elles seules résumer les causes de la mortinatalité et autres problèmes de santé périnataux à Bruxelles.

La prématurité et le petit poids à la naissance sont moins fréquents chez les nouveau-nés de mère marocaine que chez ceux de mère belge, mais ils le sont davantage chez ceux de mère subsaharienne.

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

Les barrières culturelles amènent des reports de soin, une difficulté de se faire comprendre et d'obtenir une réponse adéquate de la part du soignant et, partant, une mortalité périnatale plus importante.

Certaines études montrent en outre que les migrants ont plus d'hypertension quand ils se retrouvent dans des contextes sociaux racistes et stressants.

*meeste tweelinggeboortes.*

*Uzelf en het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad menen dat het standpunt van Peristat genuanceerd moet worden. De sterke concentratie van gespecialiseerde perinatale structuren en het grote aantal niet-Brusselse vrouwen die in ons gewest bevallen, geven immers een rooskleuriger beeld. Bovendien kunnen cijfers over een stedelijk gebied met een grote bevolkingsconcentratie en bijgevolg een hoog geboortecijfer niet vergeleken worden met cijfers over een Europees land in zijn geheel. Toch zijn de cijfers onrustwekkend en weerspiegelen ze gedeeltelijk de armoede bij de bevolking. Reeds in 2010 wezen de Gezondheidsindicatoren voor het Brussels Gewest uit dat een kind dat geboren wordt in een gezin zonder inkomen uit arbeid 2,3 keer meer risico heeft om voor het eerste levensjaar te sterven dan een kind uit een gezin met twee inkomens. Voorts blijkt uit de indicatoren ook dat de nationaliteit van de moeder bij perinataliteit een belangrijke variabele is. De mortinataliteit en andere perinatale gezondheidsproblemen zijn niet enkel te wijten aan de sociaal-economische omstandigheden.*

*Vroeggeboorte en een laag geboortegewicht komen minder vaak voor bij Marokkaanse dan bij Belgische moeders, maar vaker bij moeders uit zwart Afrika.*

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

*Door cultuurbarrières komt de medische zorg soms te laat en verloopt de communicatie met de zorgverlener stroever, wat tot perinatale sterfte en een laag geboortegewicht bij nieuwkomers kan leiden.*

*Voorts ligt het percentage doodgeboortes bij alleenstaande moeders bijna dubbel zo hoog (1,1%) als bij de andere moeders (0,6%).*

*Wie werkzaam is in de zorgsector zou dan ook een opleiding moeten krijgen die een beter inzicht biedt in het gedrag van patiënten uit andere culturen.*

*Tijdens een eerdere interpellatie en in het kader van een gedachtewisseling met professor Minsart*

Le taux fort élevé de bébés de petit poids dans la population des primo-arrivants incite à émettre les mêmes hypothèses explicatives de manque d'accès aux soins et de problèmes de communication liés à la culture et à la langue.

Le cas des mères isolées est à retenir également. Le taux d'enfants mort-nés est presque deux fois plus élevé chez les mères isolées (1,1%) que chez les mères non isolées (0.6%).

Compte tenu de tous ces facteurs socio-culturels, les travailleurs du secteur devraient avoir une formation qui comporte une approche ethnique et médicale afin qu'ils puissent mieux interpréter les comportements des patientes issues d'autres cultures.

Lors d'une précédente interpellation et dans le cadre d'un échange de vue avec la professeure Minsart du Centre d'Épidémiologie Périnatale (Cepip), celle-ci avait affirmé qu'il faudrait faire une étude qualitative concernant la mortalité périnatale car ses causes ne peuvent se résumer principalement aux conditions socio-économiques de la population. Les causes sont multifactorielles et ont un impact les unes sur les autres.

La Suède, par exemple, se retrouvant devant les mêmes constatations, a réalisé une étude qualitative sur le sujet en réalisant des entretiens avec les mères des enfants mort-nés. Cette étude a montré comme principal facteur explicatif les problèmes de communication, lesquels sont par ailleurs difficiles à mettre en évidence dans des études quantitatives parce que leur complexité rend impossible la conception d'indicateurs.

Eu égard à cette situation complexe, j'aimerais vous demander quelles actions à long terme sont menées par la Région pour lutter contre la mortalité périnatale et les barrières socio-culturelles à l'accès aux soins.

Le 24 février 2011, votre prédécesseur, Benoît Cerexhe, avait jugé, en commission de la Santé, qu'une étude qualitative sur les barrières culturelles à l'accès aux soins de santé périnataux était une idée pertinente. Une telle étude a-t-elle été commandée ? Comment cette problématique des barrières culturelles est-elle aujourd'hui prise en considération dans les hôpitaux et structures

*van het Centre d'épidémiologie périnatale (Cepip) verklaarde laatstgenoemde dat er nood was aan een kwaliteitsstudie naar perinatale sterfte, omdat de oorzaken ruimer en complexer zijn dan de sociaal-economische omstandigheden alleen en bovendien moeilijk kwantificeerbaar zijn.*

*Welke acties onderneemt het gewest op lange termijn om perinatale sterfte en de sociaal-economische barrières tot de gezondheidszorg weg te werken?*

*Op 24 februari 2001 gaf uw voorganger, Benoît Cerexhe, in de commissie voor de Gezondheid aan dat hij achter een kwaliteitsstudie naar culturele barrières tot perinatale gezondheidszorg stond. Is die studie besteld? Op welke manier wordt er vandaag rekening gehouden met die problematiek in de ziekenhuizen en gespecialiseerde structuren? Krijgt het personeel een opleiding in interculturele bemiddeling?*

*Voor welk bedrag en sinds wanneer subsidieert de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC) het Centre d'épidémiologie périnatale (Cepip)? Welke impact hebben de subsidies?*

*Kan er geen kwaliteitsstudie worden uitgevoerd met het oog op een meer verfijnde analyse?*

*Werkt het gewest samen met de vzw Aquarelle, die perinatale begeleiding aanbiedt aan arme gezinnen?*

*Welke acties rond preventieve perinatale geneeskunde ondersteunt de GGC?*

*Beschikt het gewest over een globaal plan voor het bestrijden van de kindersterfte? Welke acties werden ondernomen? Houdt het Brussels actieplan armoedebestrijding rekening met de strijd tegen kindersterfte en de oorzaken ervan?*

spécialisées de notre Région ? Le personnel est-il formé à la médiation interculturelle ?

À quelle hauteur la Commission communautaire commune subsidie-t-elle le Centre d'épidémiologie périnatale (Cepip), qui concentre son action sur la problématique périnatale ? Depuis combien de temps cette asbl reçoit-elle un subside de la Cocom ? Quel bilan tirez-vous de l'impact des subsides octroyés ?

Comme le suggère le Dr Minsart, auteure de l'étude du Cepip, ne serait-il pas possible d'envisager une véritable étude qualitative, telle que celle réalisée en Suède, afin d'obtenir une analyse plus subtile et élaborée que les seules analyses quantitatives ?

Par ailleurs, la Région collabore-t-elle avec l'asbl Aquarelle, qui offre un accompagnement périnatal global aux familles précarisées ?

Quelles actions de médecine préventive en matière périnatale la Cocom soutient-elle ?

Enfin, la Région possède-t-elle un plan global de soutien à la lutte contre la mortalité infantile ? Si oui, pouvez-vous détailler les actions entreprises ? Le plan d'action bruxellois de lutte contre la pauvreté tient-il compte de la lutte contre la mortalité périnatale et des causes de cette dernière ?

#### *Discussion*

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

**Mme Gisèle Mandaila.**- La question de la mortalité infantile touche majoritairement un public précarisé d'origine étrangère. En effet, le taux de mortalité est souvent lié au statut social des femmes.

En matière de soins de santé, un écart est constaté entre les femmes qui disposent de moyens et celles qui vivent dans la précarité. Les études démontrent que cette dernière catégorie de femmes a tendance à postposer les visites chez le gynécologue, faute de moyens.

La précarité est donc un facteur de risques

#### *Bespreking*

**De voorzitter.**- Mevrouw Mandaila heeft het woord.

**Mevrouw Gisèle Mandaila** (*in het Frans*).- *Kindersterfte is nauw verbonden met de sociale situatie van de moeders en komt vooral voor bij kansarme vrouwen van buitenlandse origine.*

*Op het vlak van gezondheidszorg is er nog altijd een kloof tussen vrouwen die over voldoende financiële middelen beschikken en vrouwen die in armoede leven. Uit studies blijkt dat kansarme vrouwen geneigd zijn om bezoeken aan de gynaecoloog uit te stellen, waardoor de risico's op gezondheidsproblemen bij moeder en kind en op kindersterfte toenemen.*



prénataux parce que la fréquence des suivis est insuffisante dans le groupe des mères en situation de précarité. Elle a pour conséquence que les mères et leurs fœtus présentent plus de pathologies et un taux de mortalité plus élevé que d'autres.

Bien que les soins de santé en Région bruxelloise comptent parmi les meilleurs du monde, force est de constater que certaines femmes n'ont pas accès à des soins de qualité, pas nécessairement en termes de soins appropriés mais en termes de fréquence, de suivi et de prévention.

Pour certaines catégories de la population bruxelloise, les problèmes de santé périnataux sont liés à la précarité et à la nationalité. Pour réduire ce phénomène, un travail d'éducation et de prévention s'impose, ainsi qu'une prise en charge adéquate et un suivi de ces populations.

La médiation interculturelle et l'accompagnement, au sein des hôpitaux, par des travailleurs sociaux formés aux différences culturelles, pourraient ainsi encourager ces femmes à suivre un contrôle gynécologique plus régulier. Par ailleurs, il importe de renforcer les soins de première ligne, en soutenant par exemple des programmes de sensibilisation au sein des maisons médicales.

Qu'en est-il de la médiation interculturelle ? Qu'en est-il du soutien aux maisons médicales au niveau de la prise en charge et du suivi périnatal ?

**M. le président.**- La parole est à Mme Fremault.

**Mme Céline Fremault, membre du Collège réuni.**- Tout d'abord, je tiens à clarifier la situation de la mortalité périnatale à Bruxelles. Vous avez souligné que j'avais émis des réserves quant au rapport Euro-Peristat. En effet, les naissances de Bruxellois et les naissances de non-Bruxellois dans des maternités bruxelloises y ont été comptabilisées ensemble, ce qui faussait les chiffres. À la suite de ces réserves émises, l'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale a mis à jour les données et a publié, il y a quinze jours, un document de travail sur le sujet.

Les constats sont les suivants. La mortalité fœto-infantile (enfants nés sans vie et décès d'enfants de

*Er is dus niet alleen nood aan meer vorming en preventie, maar ook aan een tenlasteneming en een betere opvolging van die vrouwen.*

*Een interculturele bemiddeling en begeleiding in ziekenhuizen zou die vrouwen kunnen aanmoedigen om regelmatig op controle te gaan. Daarnaast is het ook belangrijk om de eerstelijnszorg te versterken, bijvoorbeeld via bewustmakingsacties in de medische huizen.*

*Maakt u werk van een dergelijke interculturele bemiddeling?*

*Welke steun verleent u aan de medische huizen voor de perinatale tenlasteneming en opvolging?*

**De voorzitter.**- Mevrouw Fremault heeft het woord.

**Mevrouw Céline Fremault, lid van het Verenigd College (in het Frans).**- *Het Euro-Peristat-rapport maakt de optelling van Brusselse en niet-Brusselse geboortes in de Brusselse kraamafdelingen, wat de cijfers scheeftrekt. Naar aanleiding van die bedenking heeft het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad de gegevens geactualiseerd en twee weken geleden een werkdocument over dit onderwerp gepubliceerd.*

*De foeto-infantiele sterfte (doodgeboren kinderen en kindersterfte in het eerste levensjaar) daalt mettertijd. Bij kinderen geboren vanaf de 28e zwangerschapsweek is het cijfer gezakt van 7,5 tot 6,2 per duizend als we de periodes 2000-2003 en*

moins d'un an) s'améliore progressivement au fil du temps. Parmi les enfants nés à partir de 28 semaines de gestation, elle est descendue de 7,5 à 6,2 pour mille entre les périodes 2000-2003 et 2008-2010. La mortalité infantile (décès d'enfants de moins d'un an), quant à elle, est respectivement passée de 3,9 à 2,5 pour mille. Enfin, le taux de mortalité périnatale (enfants nés sans vie et décès d'enfants de moins de sept jours) calculé sur l'ensemble des naissances est passé de 6,8 à 9 décès pour mille naissances.

Cela reflète un plus grand nombre d'enfants mort-nés entre 22 et 28 semaines de gestation. Par contre, pour les naissances de 28 semaines ou plus, le taux s'améliore puisqu'il diminue de 5 à 4,7 décès pour mille naissances, toujours pour les mêmes périodes.

Concernant l'augmentation du nombre d'enfants mort-nés déclarés de moins de 28 semaines de gestation, plusieurs explications peuvent être avancées. Premièrement, les hôpitaux ont amélioré l'accompagnement des parents d'enfants mort-nés, ce qui a pu entraîner un glissement entre mortalité néonatale très précoce et enfants mort-nés.

Deuxièmement, les soins néonataux se sont améliorés, permettant d'initier et de mener à terme des grossesses présentant un risque très élevé. Troisièmement, les interruptions médicales de grossesse sont incluses dans les statistiques bruxelloises si elles ont lieu après 22 semaines de gestation.

Les mort-nés de moins de 26 semaines de gestation n'étaient, jusqu'en 2007, pas déclarés systématiquement. Depuis lors, l'observatoire et le Cepip ont travaillé avec les maternités et les communes pour augmenter la déclaration des fœtus mort-nés à partir de 22 semaines et améliorer la qualité des données.

Même si la situation mérite toute notre attention, une amélioration de l'enregistrement ne signifie pas qu'il y a dégradation du système de santé. L'Observatoire publie régulièrement des analyses de la santé périnatale et particulièrement en ce qui concerne les liens entre précarité, multiculturalité et santé périnatale. Les facteurs sont complexes et les paradoxes nombreux. Par exemple, si la prématurité et le petit poids de naissance sont

*2008-2010 vergelijken. De kindersterfte (in het eerste levensjaar) is gedaald van 3,9 tot 2,5 per duizend. Het perinatale sterftecijfer (doodgeboren kinderen en overlijdens van kinderen jonger dan zeven dagen) ten slotte, is gestegen van 6,8 tot 9 per duizend geboortes.*

*Dit betekent dat er meer kinderen doodgeboren worden tussen de 22e en 28e zwangerschapsweek. Bij geboortes vanaf de 28e zwangerschapsweek gaat het de goede kant op, want hier daalt het cijfer van 5 tot 4,7 overlijdens per duizend geboortes, telkens voor dezelfde periodes.*

*Er zijn meerdere verklaringen voor de stijging van het aantal aangiftes van doodgeboren kinderen vóór de 28e zwangerschapsweek. Eerst en vooral hebben de ziekenhuizen gezorgd voor betere begeleiding van ouders van doodgeboren kinderen.*

*Ten tweede is de zuigelingenverzorging verbeterd, waardoor hoogrisicozwangerschappen tot stand kunnen komen en voldragen kunnen worden. Ten derde zijn de medische zwangerschaps-onderbrekingen die plaatsvinden na de 22e zwangerschapsweek opgenomen in de statistieken.*

*Tot 2007 gebeurde er geen systematische aangifte van baby's die voor de 26e zwangerschapsweek doodgeboren werden. Sindsdien werken het observatorium en het Cepip samen met de kraamafdelingen en de gemeenten om het aantal aangiftes van doodgeboren foetussen vanaf de 22e week te verhogen.*

*De verbetering van de registratie betekent niet dat de gezondheidszorg erop achteruitgaat. Het observatorium publiceert regelmatig analyses over de perinatale gezondheid en in het bijzonder over het verband tussen armoede, multiculturaliteit en perinatale gezondheid. Het gaat om complexe factoren en talloze paradoxen. Zo komen vroeggeboorte en laag geboortegewicht bijvoorbeeld minder voor bij Marokkaanse en Turkse vrouwen dan bij vrouwen uit zwart Afrika, maar perinatale sterfte komt bij deze laatste groep net zo vaak voor. Zo ontstaat er een differentiatie volgens extreem complexe factoren.*

*Studies proberen een licht te werpen op de rol van diabetes, infectieziektes, stress, de*

moins présents chez les femmes marocaines et turques que chez les femmes d'Afrique subsaharienne, on constate en revanche auprès de ces dernières une mortalité périnatale tout aussi élevée. C'est ainsi que s'opère une différenciation selon des facteurs extrêmement complexes.

Des études tentent d'éclaircir le rôle joué par le diabète, les maladies infectieuses, le stress, le statut socio-économique, l'isolement, l'accès aux soins, l'âge et la combinaison de ceux-ci. Il ne fait aucun doute que la précarité ou les barrières culturelles ont un impact sur la santé périnatale. Cependant, si l'accès retardé à la consultation prénatale entraîne par exemple un recours plus tardif ou l'absence d'interruption médicale de grossesse pour les enfants non viables atteints de malformations, certaines patientes préfèrent mener à terme leur grossesse quelle qu'en soit l'issue.

On observe également une plus grande proportion de grossesses chez les adolescentes, et donc à risque important, dans certains groupes vulnérables. Par contre, les habitudes nutritionnelles des mères d'origine maghrébine ou turque ainsi que le recours à l'allaitement maternel sont également des habitudes culturelles qui jouent un rôle protecteur.

La réponse est donc multiple mais passe inévitablement par l'information et un accès précoce, tant socio-économique que culturel, à la première ligne de soins. L'Office national de la naissance et de l'enfance (ONE) et Kind en Gezin, dépendant des communautés française et flamande, jouent un rôle essentiel dans le suivi prénatal des femmes et des nourrissons. L'offre de consultations du service de protection maternelle et infantile (PMI) reste cependant insuffisante vu l'augmentation continue des naissances en Région bruxelloise.

Certaines maternités bruxelloises confrontées à un nombre important d'accouchements de femmes en situation de précarité ont déjà mis en place des interventions spécifiques, et notamment le projet Aquarelle que vous citez. Les services de médiateurs culturels et d'interprètes se développent progressivement et permettent de réduire les barrières culturelles et linguistiques entre les prestataires et les patients. Concernant l'étude qualitative sur les barrières culturelles à l'accès aux

*sociaal-economische status, het isolement, de toegang tot gezondheidszorg, de leeftijd en de combinatie van deze factoren. Het lijkt geen twijfel dat armoede of culturele barrières invloed hebben op de perinatale gezondheid. Hoewel latere toegang tot gezondheidszorg bijvoorbeeld leidt tot een latere of helemaal geen zwangerschapsafbreking bij niet-levensvatbare kinderen met aangeboren misvormingen, geven sommige patiënten er de voorkeur aan hun zwangerschap te voldragen ongeacht de afloop ervan.*

*We stellen ook een groter aandeel tienerzwangerschappen, dus met aanzienlijk risico, vast bij bepaalde kwetsbare groepen. De voedingsgewoontes van moeders van Maghrebijnse of Turkse origine en het geven van borstvoeding zijn culturele factoren die dan weer een beschermende invloed hebben.*

*De oplossing is dus veelzijdig, maar loopt in ieder geval via informatie en vroegtijdige sociaal-economische en culturele toegang tot de eerstelijnszorg. Het Office nationale de la naissance (ONE) en Kind en Gezin, die afhangen van de Franse en Vlaamse Gemeenschap, spelen een essentiële rol in de prenatale opvolging van vrouwen en zuigelingen. Het consultatieaanbod van de service de protection maternelle et infantile (PMI) blijft nochtans onvoldoende in het licht van de bestendige groei van het geboortecijfer in het Brussels Gewest.*

*Kraamafdelingen die te maken krijgen met een aanzienlijk aantal bevallingen van kansarme vrouwen, hebben al specifieke scenario's uitgewerkt, zoals het Aquarelle-project. De diensten van de culturele bemiddelaars en tolken ontwikkelen zich geleidelijk en verlagen de cultuur- en taalbarrières tussen zorgverleners en patiënten.*

*Wat de kwaliteitsstudie betreft over de cultuurbarrières bij de toegang tot de gezondheidszorg buigt een specifieke werkgroep opgericht door de interministeriële conferentie Volksgezondheid zich over het dossier op basis van een verslag van de FOD Volksgezondheid van eind 2011 met de titel "Naar een interculturele gezondheidszorg: aanbevelingen van de EThEALTH-groep voor een gelijkwaardige*

soins abordée en février 2011, un groupe de travail spécifique créé au sein de la Conférence interministérielle santé publique se penche sur le dossier à partir d'un rapport du SPF Santé publique datant de fin 2011 et intitulé "Vers des soins de santé interculturels : recommandations du groupe EThEALTH (pour Ethnicity and Health) en faveur de la réduction des inégalités de santé parmi les migrants et minorités ethniques". Il est à noter que parmi les trois priorités qui y ont été définies, figure l'enregistrement des données ethniques et culturelles. L'Observatoire de la santé participe aux réunions au nom de la Cocom.

La Commission communautaire commune, avec l'aide de l'Observatoire de la santé et du social, a œuvré à la création du Centre d'épidémiologie périnatale (Cepip). En 2013, le budget du Cepip s'élève à 283.500 euros et est alimenté par la Commission communautaire commune, la Communauté française et la Région wallonne. Depuis 2007, un budget lui est alloué pour la constitution d'un registre permanent de données périnatales, pour le contrôle des données médicales périnatales, la production d'un rapport annuel bilingue à destination des acteurs de terrain et des responsables politiques, l'analyse des facteurs de mortalité et de morbidité maternelle et périnatale et leur évolution. Le budget alloué à ces tâches est de 40.000 euros par an. Par ailleurs, l'Observatoire délègue au Cepip l'encodage des bulletins statistiques de naissance et lui alloue un montant annuel de près de 90.000 euros pour ce faire.

Les activités du Cepip ont, heureusement, amélioré la qualité des données périnatales.

D'abord, par le biais de l'établissement de rapports personnalisés bilingues aux maternités bruxelloises mais aussi par de fréquentes visites aux maternités. Ceci permet l'amélioration de l'application de la législation sur le recueil des données, la réduction du nombre de données manquantes - ce qui est essentiel pour avoir un tableau complet -, un échange sur les pratiques entre responsables de maternité (enregistrement des mort-nés, taux de césariennes pratiquées, ...) permettant de discuter de l'évolution et de modifications à réaliser dans la prise en charge.

Ensuite, à travers la publication d'un rapport public

*gezondheid en gezondheidszorg voor migranten en etnische minderheden". Een van de drie prioriteiten die in het verslag vastgelegd zijn, is de registratie van etnische en culturele gegevens. Het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad woont de vergaderingen bij voor de GGC.*

*Met de hulp van het observatorium heeft de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie het Cepip opgericht. In 2013 bedraagt het budget van het Cepip 283.500 euro. Het geld komt van de GGC, de Franse Gemeenschap en het Waals Gewest. Sinds 2007 krijgt het Cepip een bedrag voor de samenstelling van een permanent register met perinatale gegevens, de controle van medische perinatale gegevens, de opmaak van een jaarlijks tweetalig verslag voor mensen op het terrein en politici, de analyse van sterftefactoren en maternale en perinatale morbiditeit en de evolutie van beide. Het voor deze opdrachten toegekende budget bedraagt 40.000 euro per jaar. Daarnaast vertrouwt het observatorium het Cepip de input toe van statistische geboortecijfers, waarvoor het jaarlijks een bedrag van ongeveer 90.000 euro toekent.*

*Het Cepip heeft de kwaliteit van de perinatale gegevens verbeterd, in de eerste plaats door tweetalige, gepersonaliseerde verslagen op te stellen voor de Brusselse kraamafdelingen, maar ook door er frequent langs te gaan. Hierdoor wordt de wetgeving over gegevensverzameling beter nageleefd, ontbreken er minder gegevens, wisselen kraamafdelingshoofden praktijkgegevens uit en kunnen de evolutie en de nodige veranderingen besproken worden.*

*Ten tweede werden die gegevens geoptimaliseerd door de publicatie van een jaarlijks openbaar verslag over de perinatale activiteiten in het Brussels Gewest en de uitwerking van een gepersonaliseerd verslag met sociale gegevens voor de burgerlijke stand van de Brusselse gemeenten, waardoor het observatorium concrete informatie krijgt om gesprekken aan te gaan met deze diensten om de gegevenskwaliteit te verbeteren, ervoor te zorgen dat er geen gegevens ontbreken en dat er preciezere gegevens over opleiding en inkomsten komen.*

*Ten slotte door de medewerking aan de invoering*

annuel reprenant les activités périnatales survenues en Région bruxelloise - alors que l'Observatoire qui publie les données sur les événements bruxellois, ce qui permet calculs de taux et croisement avec les données socio-économiques -, et l'élaboration d'un rapport personnalisé comportant les données sociales à destination des services d'état civil des communes bruxelloises, ce qui apporte des éléments concrets à l'Observatoire afin de discuter avec celles-ci des activités à mettre en œuvre en vue d'améliorer la qualité des données, d'éviter les données manquantes, et d'améliorer la précision dans les données d'instruction et de revenu.

Enfin, à travers la participation à la mises en place d'e-Birth - l'informatisation des déclarations de naissance -, l'intégration des nouveaux formats de données aux précédents, et la sensibilisation des futures sages-femmes au remplissage des bulletins de naissance en organisant des séminaires dans les hautes-écoles de sages-femmes, afin de les sensibiliser dès le début de leur formation à cette problématique et au rôle qu'elles ont à jouer dans la transmission de ces données.

Le dernier plan d'action bruxellois de lutte contre la pauvreté se focalise sur des politiques ciblant les jeunes adultes. Tout ce qui concourt au développement du jeune adulte, tout en évitant qu'il bascule dans la pauvreté, permettra d'améliorer les conditions de natalité des enfants de ces futurs jeunes parents.

L'objectif 2.7 du plan d'action vise au développement de la promotion de la santé à travers des politiques publiques saines, l'accessibilité des centres de planning familial, de santé mentale et de la médecine générale, la promotion du rôle des médecins généralistes et des maisons médicales comme conseillers en santé et facilitateurs de l'accès aux soins.

Les actions de médecine préventive sont développées par le biais de l'ONE et de Kind en Gezin.

Dans le cadre de la sixième réforme de l'État, la Communauté française conservera la compétence en matière de prévention pour les enfants de 0 à 18 ans, en ce compris la période périnatale. En outre, le modèle de gouvernance qui sera mis en place

*van e-Birth - de informatisering van de geboorteaangiftes -, de integratie van nieuwe gegevensformaten en door verloskundigen van bij het begin van hun opleiding bewust te maken van het belang van de geboorteverlagen.*

*Het jongste Brusselse actieplan ter bestrijding van de armoede legt de klemtoon op jongvolwassenen. Alles wat bijdraagt tot hun ontwikkeling en voorkomt dat ze in de armoede terechtkomen, verbetert de omstandigheden waarin de kinderen van deze toekomstige ouders geboren worden.*

*Doelstelling 2.7 van het actieplan wil de gezondheid bij jongvolwassenen bevorderen door in te zetten op een degelijk gezondheidsbeleid, de toegankelijkheid van centra voor gezinsplanning, de mentale gezondheid en algemene geneeskunde, de rol van huisartsen en medische huizen als gezondheidsadviseurs en drempelverlagers.*

*Preventieve acties worden uitgewerkt met het ONE en Kind en Gezin.*

*In het kader van de zesde staats hervorming behoudt de Franse Gemeenschap de bevoegdheid inzake preventie bij kinderen van bij de geboorte tot 18 jaar. Het nieuwe bestuurlijke model bewerkstelligt bovendien een betere coördinatie tussen de deelstaten die bevoegd zijn voor gezondheid in het Brussels Gewest. Deze bevoegdheid wordt uitgeoefend door de twee gemeenschappen. Er bestaat momenteel geen globaal plan ter bestrijding van de kindersterfte. Uit een betere coördinatie tussen de deelstaten kan blijken of er zo'n plan moet komen.*

*De VVGGC financiert een derde van de kostprijs van de vaccins voor kinderen die worden toegediend in een dokterspraktijk of een bicommunautaire instelling. Het budget voor deze vaccins lag net onder 75.000 euro in 1994, steeg tot 235.000 euro in 2011 en bedraagt nu 635.000 euro.*

*Er wordt dus over het algemeen vooruitgang geboekt. Zoals u terecht zei, gaat het niet om een enkel probleem, maar om een hele reeks factoren.*

*Kansarmoede is inderdaad een perinataal risico en een risicofactor voor de gezondheid in het algemeen. Daarom moet de bestrijding ervan onze*

permettra d'améliorer la coordination de toutes les entités fédérées compétentes en matière de santé en Région bruxelloise. Cette compétence étant aujourd'hui exercée par les deux Communautés, il n'existe pas à ce jour de plan global de soutien à la lutte contre la mortalité infantile. La meilleure coordination entre les entités fédérées permettra de se pencher sur l'opportunité d'un tel plan.

Enfin, l'ARCCC finance un tiers du coût des vaccins du calendrier vaccinal pour enfants et jeunes enfants, lorsque le vaccin est délivré au cabinet du médecin ou dans un établissement bicommunautaire. Le budget de ces vaccinations était légèrement inférieur à 75.000 euros en 1994. Il est passé à 235.000 euros en 2011 et s'élève aujourd'hui à 635.000 euros.

Une progression est donc enregistrée dans un ensemble de domaines. Comme vous l'avez justement décrit, il ne s'agit pas de cibler une problématique en particulier mais toute une série de facteurs qui interviennent dans cette question.

La précarité est effectivement un facteur de risque périnatal, Mme Mandaila, et un facteur de risque pour la santé de manière générale. C'est pourquoi la lutte contre celle-ci doit être notre première priorité. Il importe d'effectuer tout un travail en amont, pour éviter que le secteur des soins de santé ne doive intervenir après coup, comme un pompier qui éteint l'incendie.

**M. le président.**- La parole est à Mme Bouarfa.

**Mme Sfia Bouarfa.**- Il est inacceptable aujourd'hui, au sein d'un pays classé parmi les plus riches, dans une ville-région comme la nôtre, qu'il existe des cas de mortalité infantile pour des raisons de précarité et de méconnaissance des structures. Avec une diversité aussi importante que celle qui existe dans les quartiers bruxellois, il me paraît fondamental de créer des liens entre les Bruxellois et ces personnes issues d'autres cultures, qui ne connaissent pas le français ni le néerlandais, afin d'informer celles-ci de l'existence de ces structures.

Lorsque je suis arrivée en Belgique, lors de ma première grossesse, ce sont les services de la commune -je résidais alors dans une commune

*grootste prioriteit zijn en is preventie zo belangrijk.*

**De voorzitter.**- Mevrouw Bouarfa heeft het woord.

**Mevrouw Sfia Bouarfa (in het Frans).**- *Het is onaanvaardbaar dat er in Brussel nog zuigelingen sterven omdat moeders in armoede leven of omdat ze de structuren slecht kennen.*

*Gezien de enorme diversiteit in de Brusselse wijken, lijkt het mij van fundamenteel belang om banden te creëren tussen de Brusselaars en de personen uit andere culturen die geen Frans of Nederlands kennen om hen kennis te laten maken met die structuren.*

*Daarnaast zou u nog meer moeten samenwerken met uw collega's die op de andere beleidsniveaus bevoegd zijn voor gezondheid en preventie, aangezien het probleem zich niet alleen voordoet*

flamande- qui m'ont informée de l'existence de ces structures. Ces structures constituent un lieu d'accueil fondamental, pour y rencontrer notamment les jeunes mamans. Il convient d'informer les personnes concernées de leur existence.

Il importe de créer des synergies avec vos homologues des autres pouvoirs, en matière de santé et de prévention. Les pourcentages auxquels j'ai fait référence ne concernent pas uniquement les Bruxellois.

Il n'est pas acceptable que, faute de prévention ou d'information, le facteur de la précarité n'étant pas une cause unique, on rencontre encore des cas de mortalité infantile à Bruxelles. Nous sommes en mesure d'intervenir. Si des enfants meurent à la naissance dans les prochaines semaines ou les prochains mois faute d'une prévention suffisante, nous en serons responsables.

La mortalité infantile est inacceptable dans un pays comme le nôtre. Vous devez intervenir au sein de cette conférence interministérielle pour faire en sorte que ce fléau disparaisse de notre Région.

- *L'incident est clos.*

## QUESTIONS ORALES

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

### QUESTION ORALE DE MME FRANÇOISE SCHEPMANS

**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 MME CÉLINE FREMAULT, MEMBRE DU COLLÈGE RÉUNI, COMPÉTENTE POUR LA POLITIQUE DE LA SANTÉ ET LA FONCTION PUBLIQUE,**

*in Brussel.*

*Preventie en informatie behoren tot onze bevoegdheden. Het is dus onze plicht om te voorkomen dat zuigelingen sterven door onvoldoende preventie.*

*Kindersterfte is onaanvaardbaar in een land als het onze, dat tot de rijkste landen ter wereld behoort. U moet dit probleem dan ook dringend aankaarten op de interministeriële conferentie.*

- *Het incident is gesloten.*

## MONDELINGE VRAGEN

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

### MONDELINGE VRAAG VAN MEVROUW FRANÇOISE SCHEPMANS

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

**EN AAN MEVROUW CÉLINE FREMAULT, LID VAN HET VERENIGD COLLEGE, BEVOEGD VOOR HET GEZONDHEIDSBELEID EN HET OPENBAAR AMBT,**

**concernant "l'état des lieux du transport  
médico-sanitaire en Région bruxelloise".**

**M. le président.**- La membre du Collège réuni Céline Fremault répondra à la question orale.

La parole est à Mme Schepmans.

**Mme Françoise Schepmans.**- Au mois de mars dernier, l'ancien ministre, M. Cerexhe, a reconnu au sein de notre assemblée que le Collège réuni fait bel et bien face à un retard très important dans le dossier du transport médico-sanitaire en Région bruxelloise. Prévu pour la fin de l'année 2012, le projet de décret est toujours confiné dans les limbes. Malheureusement, mon groupe est assez pessimiste car il ne reste que quelques mois avant la fin de la législature, si l'on tient compte de la prochaine campagne électorale. Nous craignons que vous n'aboutissiez tout simplement à rien dans ce projet.

Je suis déjà intervenue à de très nombreuses reprises pour rappeler le Collège réuni à ses responsabilités. En effet, l'absence de toute réglementation bruxelloise est une porte ouverte aux abus, notamment au niveau de la qualification du personnel, de l'équipement technique et sanitaire des véhicules, de la traçabilité des prestations, des assurances ou tout simplement de la facturation des services. Je ne suis que le relais d'un secteur qui s'estime injustement traité dans ses revendications depuis plusieurs années et qui se désespère de ne voir toujours rien venir sur le plan législatif.

Dès lors, mes questions sont simples puisqu'il s'agit de prendre le pouls des avancées engrangées par l'exécutif. En premier lieu, je souhaiterais savoir où en sont exactement les travaux de rédaction de ce fameux projet d'ordonnance qui nous est promis depuis plusieurs années ? A-t-il déjà été adopté en première lecture à la table du Collège réuni ? Si tel n'est pas le cas, quelles sont les pierres d'achoppement dans ce dossier ?

Si j'ai bonne mémoire, les cabinets ministériels, les services de l'administration et même un cabinet d'avocats ont été mobilisés autour de la table pour aboutir à un projet de texte. Quelles sont les recommandations d'ordre juridique qui ont été

**betreffende "de stand van zaken van het  
medisch-sanitair vervoer in het Brussels  
Gewest".**

**De voorzitter.**- Collegelid Céline Fremault zal de mondelinge vraag beantwoorden.

Mevrouw Schepmans heeft het woord.

**Mevrouw Françoise Schepmans** *(in het Frans).*- *In maart jongstleden gaf uw voorganger toe dat het dossier van het medisch-sanitair vervoer in Brussel flink wat vertraging had opgelopen. Het Verenigd College zou eind 2012 een ontwerp van ordonnantie indienen, maar dat is nog altijd niet gebeurd. Mijn fractie vreest dan ook dat dit niet meer zal gebeuren, aangezien de verkiezingsperiode er al binnen enkele maanden aankomt.*

*Het ontbreken van een Brusselse regelgeving zet de poort open voor misbruiken, met name wat de kwalificatie van het personeel betreft, de technische en sanitaire uitrusting van de voertuigen, de traceerbaarheid van de prestaties, de verzekeringen of de facturatie van de diensten.*

*Hoe ver staat de redactie van dit ontwerp van ordonnantie? Heeft het Verenigd College dit al in eerste lezing goedgekeurd? Zo niet, wat zijn de struikelblokken?*

*Als ik het mij goed herinner, zijn de ministeriële kabinetten, de diensten van de administratie en zelfs een advocatenkantoor aan tafel gaan zitten om een ontwerp tekst op te stellen. Welke juridische aanbevelingen zijn er tot nu toe geformuleerd?*

*Uw voorganger had de oprichting van een werkgroep medisch-sanitair vervoer binnen de interministeriële conferentie aangekondigd. Is de werkgroep al samengekomen? Welke maatregelen zijn er genomen met betrekking tot de coördinatie tussen de beleidsniveaus?*

*Is het Verenigd College van plan het ontwerp van ordonnantie nog voor het einde van de legislatuur in te dienen?*



formulées jusqu'à présent et qui ont éventuellement déjà été retenues dans le cadre de la future législation ?

L'ancien ministre, Benoît Cerexhe, avait évoqué en son temps la création d'un groupe de travail "transport médico-sanitaire" au sein de la Conférence interministérielle de la santé. Ce dernier s'est-il déjà réuni ? Quelles sont les mesures déjà retenues en termes de coordination entre les niveaux de pouvoir ?

Enfin, le Collège réuni s'est-il fixé pour objectif de déposer son projet d'ordonnance avant la fin de la législature ?

**M. le président.**- La parole est à Mme Fremault.

**Mme Céline Fremault, membre du Collège réuni.**- L'avant-projet a été transmis, pour avis, au Conseil consultatif qui a décidé de consulter plusieurs sections : personnes âgées, première ligne de soins, santé mentale. Nous avons reçu l'avis final le 13 août dernier. Pour l'instant, nous en sommes aux dernières adaptations de l'exposé des motifs à la suite de cet avis. Le dossier devrait passer au Collège réuni en octobre pour ensuite être envoyé au Conseil d'État pour un avis dans les trente jours, soit pour fin novembre ou début décembre. Ensuite, il y aura la dernière lecture au Collège réuni et puis l'envoi à l'Assemblée réunie.

Un élément d'ordre juridique à pointer est le fait que les sociétés de transport médico-sanitaire qui ont leur siège social en dehors de Bruxelles sont bicommunautaires lorsqu'une de leurs ambulances y circule. Il faut donc instaurer un système de reconnaissance mutuelle.

Il existe au sein de la Conférence interministérielle santé un groupe de travail sur le transport urgent et non urgent. La dernière réunion de la Conférence qui a eu lieu ce lundi 30 septembre, a acté qu'il n'y a toujours pas d'accord au sein du groupe de travail. On y discute encore notamment de l'interdiction ou non pour les ambulances de transport médico-sanitaire d'avoir des signaux lumineux et une sirène. Il est prévu d'aboutir à un protocole d'accord pour la prochaine réunion de cette conférence interministérielle qui est fixée au début de l'année 2014.

**De voorzitter.**- Mevrouw Fremault heeft het woord.

**Mevrouw Céline Fremault, lid van het Verenigd College (in het Frans).**- *Het voorontwerp werd voorgelegd aan de Adviesraad, die de afdelingen bejaardenzorg, eerstelijnszorg en geestelijke gezondheidszorg heeft geraadpleegd en ons op 13 augustus jongstleden zijn eindadvies heeft bezorgd. Wij voeren momenteel de laatste wijzigingen aan de memorie van toelichting uit. Na een tweede lezing zal het Verenigd College de tekst naar de Raad van State sturen voor een advies binnen dertig dagen, tegen eind november of begin december. Daarna volgt nog een laatste lezing voordat het Verenigd College de tekst aan de Verenigde Vergadering kan voorleggen.*

*Er is overeengekomen dat ambulancebedrijven die hun maatschappelijke zetel buiten Brussel hebben bicommunautair zijn op het grondgebied van Brussel. Wij moeten dus een systeem van wederzijdse erkenning invoeren.*

*Binnen de interministeriële conferentie Gezondheid is een werkgroep opgericht voor dringend en niet-dringend vervoer, maar die had op 30 september nog altijd geen akkoord bereikt. Zo wordt er nog gediscussieerd over de vraag of de ziekenwagens uitgerust mogen zijn met zwaailichten en een sirene. Het is de bedoeling om een protocolakkoord te bereiken tegen de volgende interministeriële conferentie begin 2014.*

*Ik bevestig dus dat wij u nog voor het einde van de legislatuur het ontwerp van ordonnantie zullen*

Pour terminer, je vous confirme que nous comptons transmettre le projet d'ordonnance à l'Assemblée réunie avant la fin de la législature.

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

**Mme Françoise Schepmans.**- J'attendrai trois mois et j'interviendrai à nouveau sur cette question, comme je le fais depuis plusieurs années.

**Mme Céline Fremault, membre du Collège réuni.**- La dernière fois, nous ne disposions pas encore de l'avis. Nous avons donc progressé.

**Mme Françoise Schepmans.**- Ce dossier a effectivement avancé, mais je ne lâcherai pas.

- *L'incident est clos.*

#### QUESTION ORALE DE M. JOËL RIGUELLE

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 MME CÉLINE FREMAULT, MEMBRE DU COLLÈGE RÉUNI, COMPÉTENTE POUR LA POLITIQUE DE LA SANTÉ ET LA FONCTION PUBLIQUE,

concernant "l'accord conclu entre la Clinique Saint-Jean et différentes asbl du secteur extra-hospitalier de prise en charge des malades mentaux".

**M. le président.**- La membre du Collège réuni Céline Fremault répondra à la question orale.

La parole est à M. Riguelle.

**M. Joël Riguelle.**- Nous savons depuis quelques décennies que l'hospitalisation en psychiatrie n'est plus l'unique solution à proposer aux personnes atteintes de troubles mentaux. L'internement des

*voorleggen.*

**De voorzitter.**- Mevrouw Schepmans heeft het woord.

**Mevrouw Françoise Schepmans (in het Frans).**- *Ik zal u na drie maanden opnieuw interpellieren, zoals ik de voorbije jaren heb gedaan.*

**Mevrouw Céline Fremault, lid van het Verenigd College (in het Frans).**- *Vorige keer beschikten we nog niet over het advies. Wij hebben dus vooruitgang geboekt.*

**Mevrouw Françoise Schepmans (in het Frans).**- *Dat is waar, maar ik zal de druk op de ketel houden.*

- *Het incident is gesloten.*

#### MONDELINGE VRAAG VAN DE HEER JOËL RIGUELLE

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

EN AAN MEVROUW CÉLINE FREMAULT, LID VAN HET VERENIGD COLLEGE, BEVOEGD VOOR HET GEZONDHEIDSBELEID EN HET OPENBAAR AMBT,

betreffende "het akkoord over de zorg voor geesteszieken gesloten tussen de Kliniek Sint-Jan en verschillende vzw's uit de sector buiten de ziekenhuizen".

**De voorzitter.**- Collegelid Céline Fremault zal de mondelinge vraag beantwoorden.

De heer Riguelle heeft het woord.

**De heer Joël Riguelle (in het Frans).**- *Sinds een aantal decennia is een opname in de psychiatrie niet langer de enige oplossing voor geesteszieken. Door internering kan de patiënt immers de*

malades peut entraîner la perte des aptitudes nécessaires à la vie en communauté. Les formules alternatives découlent de la préoccupation d'éviter au patient la rupture avec son milieu de vie et s'inscrivent dans l'approche de désinstitutionnalisation de la psychiatrie, qui existe déjà dans d'autres pays comme l'Italie.

Récemment, vous avez accueilli avec satisfaction un accord conclu entre la Clinique Saint-Jean et différentes asbl du secteur extra-hospitalier de prise en charge des malades mentaux. Ainsi, "neuf lits dits médico-chirurgicaux seront reconvertis en 88 places d'habitations protégées, pour des patients souffrant de pathologies légères et pouvant vivre en semi-autonomie. Vingt-trois autres lits médico-chirurgicaux seront quant à eux reconvertis en 56 lits de maisons de soins psychiatriques pour les patients souffrant d'une pathologie chronique plus lourde".

Les bénéfices espérés en termes de qualité de vie des patients et de meilleures réponses à leurs besoins cliniques et psychosociaux justifient cette réorganisation. La prise en charge doit, on imagine, prévoir pour certaines personnes avec une pathologie chronique et lourde le besoin d'unités de réadaptation progressive, voire intensive, hautement supervisées.

J'aimerais savoir ce qui a été mis en œuvre pour que les coûts de prise en charge pour ces pathologies ne dépassent pas ceux d'une hospitalisation régulière de longue durée. Le financement et le personnel sont-ils suffisants pour accompagner cette reconversion de lits en structures d'hébergement ?

Par ailleurs, pour asseoir la reconnaissance des solutions alternatives, la majorité des besoins personnels ne réside pas au niveau des besoins de base et des soins. Ils résident aussi au niveau de l'hébergement et surtout de la stimulation sociale.

J'aimerais savoir ce qui a été convenu en termes de synergies avec vos homologues en charge de l'aide aux personnes, voire avec d'autres ministres (par exemple le secrétaire d'État au Logement). Un nouveau plan a d'ailleurs été annoncé.

Pour terminer, tenant compte de la pénurie des médecins psychiatres, qu'est-il mis en œuvre pour

*vaardigheden om in de maatschappij te functioneren, verliezen. Alternatieven moeten dan ook vermijden dat de patiënt uit zijn gewone omgeving wordt gehaald en sluiten aan bij de tendens tot het weghalen uit de psychiatrie.*

*U stond achter het recente akkoord tussen Kliniek Sint-Jan en verschillende vzw's uit de sector buiten de ziekenhuizen voor de zorg voor geesteszieken. Zo zullen 9 medisch-chirurgische bedden worden omgevormd tot 88 plaatsen voor beschut wonen, gericht op patiënten met een lichte aandoening die semi-autonoom kunnen functioneren. 23 andere medisch-chirurgische bedden worden omgevormd tot 56 bedden in psychiatrische verzorgingstehuizen voor patiënten met een zwaardere chronische aandoening.*

*Op die manier kan de patiënt een betere levenskwaliteit worden aangeboden en wordt er beter ingespeeld op zijn klinische en psychosociale behoeften. Voor personen met een zware, chronische pathologie moet een opname ertoe leiden dat ze onder toezicht progressief en zelfs intensief kunnen revalideren.*

*Wat werd er gedaan om de verzorgingskosten onder die van een langdurige reguliere ziekenhuisopname te houden? Zijn er voldoende middelen en personeel voorhanden voor de begeleiding van de omvorming van bedden tot opvangstructuren?*

*Op welke manier werkt u samen met uw collega's die verantwoordelijk zijn voor bijstand aan personen of zelfs met andere ministers? Er werd overigens een nieuw plan aangekondigd.*

*Hoe bent u van plan de wachttijden voor een eerste poliklinische afspraak in te korten, gelet op het tekort aan psychiaters?*

raccourcir les délais d'attente pour un premier rendez-vous en ambulatoire ?

**M. le président.**- La parole est à Mme Fremault.

**Mme Céline Fremault, membre du Collège réuni.**- M. Riguelle, 23% des hommes et 28% des femmes présentent au moins un trouble spécifique récent de santé mentale. Le taux d'admission pour schizophrénie et autres troubles psychotiques est plus élevé pour les Bruxellois que pour les habitants des autres Régions. Plusieurs études ont mis en évidence la fréquence plus élevée de schizophrénie et autres troubles psychotiques dans les zones urbaines. Le taux d'admission est plus élevé pour les hommes que pour les femmes et on observe un pic d'admissions pour les hommes de 20 à 29 ans. Ces données sont extraites du tableau de bord établi par notre Observatoire de la santé et du social.

C'est dire que je me réjouis de la reconversion de 32 lits médico-chirurgicaux en 88 places d'habitation protégée et 56 lits de maison de soins psychiatriques. Je peux vous annoncer que les autorisations ont déjà été délivrées, et je voudrais souligner le bon travail de l'administration de la Commission communautaire commune, tant des services d'inspection que des services administratifs.

Vous m'interrogez sur la sécurité tarifaire des patients. Ils sont en effet souvent précarisés à cause de la maladie et n'ont en conséquence pas souvent l'occasion d'avoir des revenus professionnels. C'est une compétence du fédéral, et à ce sujet je me réfère à toutes les actions prises pour améliorer l'accès aux soins comme le statut de bénéficiaire de l'intervention majorée (BIM), le maximum à facturer (MAF), l'amélioration des paiements par tiers payant et le statut des malades chroniques. Je peux aussi pointer la mesure qui est entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> octobre 2013, à savoir que les frais à charge des patients séjournant en maison de soins psychiatriques sont réduits. Pour certains patients, la facture mensuelle diminuera d'environ 300 euros. À cet effet, un budget Inami de 9,6 millions d'euros a été prévu dans le cadre du Plan malades chroniques pour améliorer l'accessibilité financière des maisons de soins psychiatriques. La subvention des travaux de

**De voorzitter.**- Mevrouw Fremault heeft het woord.

**Mevrouw Céline Fremault, lid van het Verenigd College (in het Frans).**- Volgens de Gezondheidsindicatoren van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn ligt de opnamegraad voor schizofrenie en andere psychotische stoornissen hoger in Brussel dan in de andere gewesten. Deze stoornissen komen bovendien het vaakst voor in stedelijke gebieden. De opnamegraad ligt hoger voor mannen dan voor vrouwen, met een piek bij mannen tussen de 20 en 29 jaar.

*Ik ben dan ook blij met voorgemelde omvorming. De vergunningen werden reeds afgegeven en zowel de inspectiediensten als de administratieve diensten van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie hebben goed werk geleverd.*

*Wat de tariefzekerheid betreft klopt het dat patiënten zich door hun ziekte vaak in een onzekere situatie bevinden en geen beroepsinkomsten hebben. Dit is echter een federale bevoegdheid, en ik verwijs naar alle maatregelen die reeds werden genomen om de toegang tot de gezondheidszorg te verbeteren (rechthebbende op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, maximumfactuur, verbetering derdebetalersregeling en statuut voor chronisch zieken). Bovendien werden de kosten voor patiënten in een psychiatrisch verzorgingstehuis vanaf 1 oktober 2013 verlaagd, waardoor de factuur voor sommige patiënten zo'n 300 euro lager kan liggen. Hiervoor werd een RIZIV-budget van 9,6 miljoen euro uitgetrokken. Voorts worden ook de bouw- of verbouwingswerken gesubsidieerd.*

*Wat de samenwerking met andere sectoren betreft streeft 'artikel 107', de omvorming van de geestelijke gezondheidszorg, ernaar de patiënt zo veel mogelijk in zijn eigen omgeving te verzorgen. Op die manier kan hij zijn eigen middelen en die van zijn omgeving maximaal benutten. Voorts wil ik erop wijzen dat er in het Brussels Gewest op grote schaal informeel overleg en samenwerking*

construction ou d'aménagement fait également partie des mesures qui améliorent l'accès aux soins.

Quant aux synergies avec les autres secteurs, on peut citer la réforme de la santé mentale dite "article 107". Cette réforme vise à soigner le plus possible le patient dans son milieu de vie. Par ce biais, il reste en contact avec sa famille, ses proches et son milieu social, il est chez lui et il peut éventuellement travailler à temps partiel ou encore avoir une activité et des contacts sociaux, ce qui est fondamental. Elle vise à permettre à chaque patient de mobiliser au mieux ses ressources propres ainsi que les ressources du milieu dans lequel il vit pour se prendre en charge dans un objectif de promotion de la santé. C'est ce qu'on appelle "l'empowerment". Et je voudrais saisir cette occasion pour mettre en évidence le fait que la Région bruxelloise, qui est entièrement urbanisée, se caractérise par l'existence de nombreuses concertations et collaborations, informelles car non formellement agréées dans le cadre des législations. La Région a été pionnière dans la prise en charge des patients psychiatriques dans leur milieu de vie. Et ceci aussi, je veux le pointer dans un contexte institutionnel où on a tendance à noircir exagérément la façon dont la Région bruxelloises s'organise ou est gérée.

Enfin, à propos de la pénurie de psychiatres, nous n'avons pas encore eu, en Commission communautaire commune, de plainte particulière. C'est en Cocof, dans le secteur ambulatoire, que la problématique est sur la table. Nos pistes de solutions, en accord avec un groupe de travail du Conseil consultatif, sont : autoriser des psychiatres indépendants, prévoir un assouplissement au minimum d'un mi-temps de temps de travail dans les services concernés, et envisager le travail après 65 ans.

**M. le président.**- La parole est à M. Riguelle.

**M. Joël Riguelle.**- Deux éléments de votre réponse m'interpellent. Vous avez parlé d'une réduction de 300 euros de la facture. Il s'agit de 300 euros d'une facture qui était encore à charge des patients ?

**Mme Céline Fremault, membre du Collège réuni.**- Oui.

*plaatsvindt, dat niet formeel in de wetgeving is opgenomen. Dat is belangrijk in een institutionele context waarin men de werking en het bestuur van het Brussels Gewest al te vaak in een negatief daglicht stelt.*

*De Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie heeft nog geen klachten ontvangen over een tekort aan psychiaters. Die problematiek ligt wel op tafel in de Cocof voor wat de poliklinische sector betreft. Om dit op te lossen, willen we ook zelfstandige psychiaters een vergunning geven, de werktijd in de betrokken diensten verlagen tot minimaal een halftime en werken na de leeftijd van 65 jaar mogelijk maken.*

**De voorzitter.**- De heer Riguelle heeft het woord.

**De heer Joël Riguelle (in het Frans).**- *U hebt het over een daling van de factuur met 300 euro. Bedoelt u dan 300 euro die nog door de patiënt betaald moest worden?*

**Mevrouw Céline Fremault, lid van het Verenigd College (in het Frans).**- *Inderdaad.*

**M. Joël Riguelle.**- Au niveau de la première ligne, je suis sensible aux mesures que vous prenez. Il y a également tout le travail de première ligne sur le plan mental. Nous avons participé, en tant qu'autorité communale, au lancement d'un projet de première ligne d'accueil avec une maison médicale. Ce premier bilan mieux orienté fonctionne très bien et est même déjà saturé. Il ne s'agit pas de psychiatres, certes, mais de psychologues. Cependant, leur formation leur permet déjà de faire la part des choses.

*- L'incident est clos.*

**QUESTION ORALE DE M. JOËL RIGUELLE**

**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 MME CÉLINE FREMAULT, MEMBRE DU COLLÈGE RÉUNI, COMPÉTENTE POUR LA POLITIQUE DE LA SANTÉ ET LA FONCTION PUBLIQUE,**

**concernant "la continuité de soins pour les SDF".**

**M. le président.**- La membre du Collège réuni Céline Fremault répondra à la question orale.

La parole est à M. Riguelle.

**M. Joël Riguelle.**- La demande des SDF en matière de santé est particulière et parfois difficile à saisir, à cause des situations complexes dans lesquelles ils vivent. La population des SDF consulte bon gré mal gré. Sa prise en charge est souvent difficile et s'oppose à de nombreuses réticences. Ils s'adressent généralement à des services d'urgence.

En dehors de l'hôpital, ce groupe social ne bénéficie pas de toute la gamme de services prodigués au domicile du patient ou dans une maison médicale, qui englobent l'intervention thérapeutique, la promotion de la santé,

**De heer Joël Riguelle** *(in het Frans).*- *Wat de eerstelijnszorg betreft sta ik open voor uw maatregelen. Als gemeentelijke overheid hebben we samen met een medisch huis een project voor eerstelijnsopvang geestelijke gezondheid opgestart. Het gaat hier uiteraard niet om psychiaters, maar om psychologen, die dankzij hun opleiding echter over de vereiste kennis beschikken.*

*- Het incident is gesloten.*

**MONDELINGE VRAAG VAN DE HEER JOËL RIGUELLE**

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

**EN AAN MEVROUW CÉLINE FREMAULT, LID VAN HET VERENIGD COLLEGE, BEVOEGD VOOR HET GEZONDHEIDSBELEID EN HET OPENBAAR AMBT,**

**betreffende "de voortgezette verzorging van de daklozen".**

**De voorzitter.**- Collegelid Céline Fremault zal de mondelinge vraag beantwoorden.

De heer Riguelle heeft het woord.

**De heer Joël Riguelle** *(in het Frans).*- *De gezondheidsproblemen van daklozen zijn soms moeilijk te vatten, gezien de complexe situatie waarin zij leven. Daklozen wenden zich meestal tot de spoeddiensten, maar genieten buiten het ziekenhuis niet de hele waaier aan diensten die aan huis of in een medisch huis worden verstrekt, zoals behandelingen, gezondheids promotie, informatie, enzovoort.*

*In het meerderheidsakkoord heeft het Verenigd College zich ertoe verbonden te onderzoeken op welke manier een revalidatienetwerk kan worden uitgebouwd voor personen die niet over een*

l'information, etc., puisqu'ils vivent de manière relativement isolée.

Dans son Accord de majorité, le Collège a prévu de créer un réseau "inter-hôpital et centre d'accueil" de revalidation pour les personnes qui doivent sortir de l'hôpital et ne disposent pas de logement, ceci afin de prendre en charge les sorties d'hospitalisation nécessitant une continuité de soins impossible en rue. Pour le Collège, cet objectif sera, le cas échéant, soutenu au niveau fédéral.

Le Collège a-t-il obtenu le financement brigué ? Si oui, quel en est le montant et à quelle allocation de base est-il inscrit ?

Puisque l'objectif est de poursuivre les soins impossibles à prodiguer en rue, et puisque les bénéficiaires sont des personnes sans logement, quels sont les espaces investis ou susceptibles de l'être à cet effet ?

Quel est le niveau de collaboration des bénéficiaires ? Quelles sont les parties prenantes dans cette initiative ?

Enfin, quels sont les obstacles et les limites de cette prise en charge ? Comment est sauvegardé le principe de libre choix du patient et sa liberté thérapeutique, qu'il convient de distinguer de la liberté de refus de soins ?

**M. le président.**- La parole est à Mme Fremault.

**Mme Céline Fremault, membre du Collège réuni.**- Le sujet que vous abordez est complexe en ce sens qu'il relève de plusieurs compétences, tant fédérales - pour ce qui concerne le financement des soins de santé - que communautaires - essentiellement au niveau des CPAS - et régionales, par le biais de la responsabilité financière des communes à l'égard de leur CPAS.

La compétence de la Cocom en santé est plus centrée sur l'exécution de la programmation, en ce compris la subsidiation d'une partie des coûts de construction, l'organisation des soins et le contrôle de la qualité au travers de l'agrément.

En ce qui concerne le réseau entre hôpital et centre

*woning beschikken en die na hun ontslag uit het ziekenhuis nood hebben aan nazorg die niet op straat kan worden verstrekt. Het Verenigd College zou hiervoor financiële middelen vragen aan de federale overheid.*

*Heeft het Verenigd College die financiering bekomen? Over welk bedrag gaat het? Op welke basisallocatie is het ingeschreven?*

*Welke lokalen zullen voor die nazorg worden gebruikt?*

*In welke mate zijn de begunstigen bereid om mee te werken?*

*Wat zijn de struikelblokken en de grenzen van een dergelijke zorgverlening? Hoe wordt de vrije keuze van de patiënt en de behandelingsvrijheid gewaarborgd, wat niet hetzelfde is als de vrijheid om gezondheidszorg te weigeren?*

**De voorzitter.**- Mevrouw Fremault heeft het woord.

**Mevrouw Céline Fremault, lid van het Verenigd College (in het Frans).**- *De nazorg van daklozen zou kunnen gebeuren via de verzorgingsbedden. Volgens artikel 170 van de gecoördineerde wet op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen zijn die bedden immers bedoeld voor het verlenen van een geheel van zorgen dat toelaat het verblijf in het ziekenhuis in te korten of te voorkomen. Bovendien kunnen die bedden dankzij het koninklijk besluit van 21 september 2004 worden erkend buiten een rusthuis, namelijk in een omgeschakelde verblijfsdienst. In dat geval geldt er geen minimumleeftijd.*

*Eind 2010 overwoog het Rijksinstituut voor Ziekte-*

d'accueil, il existe une possibilité de prise en charge extra-hospitalière et résidentielle dans les lits MRS. L'article 170 de la loi coordonnée sur les hôpitaux et autres établissements de soins précise que ces lits ont pour objectif la dispensation d'un ensemble de soins permettant de raccourcir le séjour en hôpital ou de l'éviter. Et l'arrêté royal du 21 septembre 2004 permet de les agréer en dehors d'une maison de repos, dans un service dit "résidentiel converti". Dans ce cas, il n'y a pas d'âge minimum pour être hébergé.

Fin 2010, début 2011, l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (Inami) avait envisagé de financer des centres de séjour de convalescence et de rééducation fonctionnelle. 60 lits étaient d'ailleurs prévus pour Bruxelles. Avec les négociations institutionnelles, le dossier est resté en l'état.

Aujourd'hui, cependant, dans le cadre de son budget 2014, l'Inami travaille à nouveau sur un sujet similaire qui pourrait être intéressant pour les soins de santé aux SDF et en lien avec la notion de réseau hôpital - centre d'accueil. Il s'agit de projets-pilotes de soutien du patient à sa sortie de l'hôpital ou d'alternatives à l'hospitalisation classique.

Nous avons répondu à une question d'actualité sur le sujet en mars 2012 en précisant que le financement des soins de santé est une compétence fédérale que ce dernier a confiée à l'Inami pour le système d'assurance sociale et aux CPAS avec les possibilités de remboursements. Nous avons également cité, comme autre piste possible de solution, l'ordonnance régionale du 13 février 2003 portant octroi de subventions spéciales aux communes pour différentes missions spécifiques dont l'accès aux soins pour tous.

La ministre fédérale en charge de la santé vient d'ailleurs de publier, le 20 septembre dernier, un communiqué de presse annonçant la possibilité pour les associations socio-sanitaires d'introduire des demandes de subsides dans le cadre de projets-pilotes. Par le biais d'un budget Inami consacré aux maladies chroniques, il est maintenant possible, pour le fédéral, de financer de nouveaux projets socio-sanitaires portés par des associations humanitaires. Le communiqué de presse cite le Samu social, Médecins du Monde ou Infirmiers de

*en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) om dagcentra voor revalidatie en functionele re-educatie te financieren. Brussel zou 60 bedden krijgen, maar door de institutionele onderhandelingen is het dossier op de achtergrond geraakt.*

*Vandaag heeft het RIZIV in zijn begroting 2014 opnieuw een initiatief ingeschreven dat interessant zou kunnen zijn voor daklozen. Het gaat om proefprojecten inzake steun aan patiënten die het ziekenhuis verlaten en alternatieven voor de klassieke ziekenhuisopname.*

*De federale minister belast met Volksgezondheid heeft op 20 september 2013 een persbericht gepubliceerd waarin ze meedeelt dat sociale gezondheidsorganisaties voortaan subsidies voor dergelijke proefprojecten kunnen aanvragen. In het persbericht worden onder meer de Samu social, Dokters van de Wereld en de Straatverplegers vermeld. Het gaat dus wel degelijk om projecten die verband houden met zorgverlening aan daklozen.*

*Een andere mogelijkheid is de gewestelijke ordonnantie van 13 februari 2003 houdende de toekenning van bijzondere subsidies aan de gemeenten, bijvoorbeeld voor de toegang tot de gezondheidszorg voor iedereen.*

*Ik verwijs ook naar mijn antwoord aan mevrouw Bouarfa over de gezondheidsbevordering in het kader van het Brussels actieplan armoedebestrijding.*

*De vrije keuze wordt geregeld door twee wetten. Zo bepaalt artikel 6 van de wet van 22 augustus 2002 dat de patiënt recht heeft op vrije keuze van de beroepsbeoefenaar en recht op wijziging van deze keuze. Voorts bepaalt artikel 127, § 1, van de RIZIV-wet van 1994 dat de rechthebbenden zich vrijelijk kunnen wenden tot iedere persoon die wettelijk gemachtigd is een van de takken der geneeskunst te beoefenen, tot iedere zorgverlener die de RIZIV-verstrekingen mag verlenen en tot iedere verplegingsinrichting, instelling of dienst die door het RIZIV is erkend.*

*De behandelingsvrijheid is ingeschreven in het koninklijk besluit nr. 78 betreffende de uitoefening van de gezondheidsberoepen. Overeenkomstig artikel 11 mogen aan artsen, tandartsen en*



rue. Il s'agit donc bien, d'exemples de projets en lien avec les soins de santé aux SDF.

Je renvoie également à ce que je viens d'expliquer à Mme Bouarfa au sujet la promotion de la santé dans le plan d'action bruxellois de lutte contre la pauvreté.

Quant au libre choix, il est encadré par deux lois. Premièrement, l'article 6 de la loi du 22 août 2002 qui dispose que le patient a droit au libre choix du praticien professionnel, donc qu'il a le droit de modifier son choix, sauf limites imposées dans ces deux cas en vertu de la loi. Deuxièmement, l'article 127 §1<sup>er</sup>, de la loi Inami de 1994 dispose que les patients s'adressent librement à toute personne autorisée à exercer l'une des branches de l'art de guérir, à tout dispensateur de soins habilité à fournir les prestations Inami, ainsi qu'à tout établissement hospitalier, institution ou service reconnu par l'Inami.

Pour ce qui est de la liberté thérapeutique, elle est inscrite dans l'arrêté royal n°78 relatif à l'exercice des professions des soins de santé. Selon son article 11, les médecins, dentistes et pharmaciens ne peuvent être l'objet de limitations réglementaires dans le choix des moyens à mettre en œuvre, soit pour l'établissement du diagnostic, soit pour l'institution du traitement et son exécution, soit pour l'exécution de préparations magistrales.

- *L'incident est clos.*

## INTERPELLATION

**M. le président.**- L'ordre du jour appelle l'interpellation de Mme Roex.

### INTERPELLATION DE MME ELKE ROEX

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

*apothekers geen reglementaire beperkingen worden opgelegd bij de keuze van de middelen die aangewend moeten worden, hetzij voor het stellen van de diagnose, hetzij voor het instellen en uitvoeren van de behandeling, hetzij voor het uitvoeren van magistrale bereidingen.*

- *Het incident is gesloten.*

## INTERPELLATIE

**De voorzitter.**- Aan de orde is de interpellatie van mevrouw Roex.

### INTERPELLATIE VAN MEVROUW ELKE ROEX

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

**ET À MME CÉLINE FREMAULT,  
MEMBRE DU COLLÈGE RÉUNI,  
COMPÉTENTE POUR LA POLITIQUE  
DE LA SANTÉ ET LA FONCTION  
PUBLIQUE,**

**concernant "la prévention du cancer du sein".**

**M. le président.**- Le membre du Collège réuni Guy Vanhengel répondra à l'interpellation.

La parole est à Mme Roex.

**Mme Elke Roex** (*en néerlandais*).- *La Belgique compte le taux de cancer de sein le plus élevé d'Europe, puisque celui-ci concerne une femme sur neuf. Un dépistage préventif augmentant les chances de guérison de 95%, un dépistage régulier est donc recommandé. À Bruxelles, Brumammo promeut le dépistage du cancer du sein auprès des femmes de 50 à 69 ans.*

*En Flandre, plus de la moitié des femmes participent à ce dépistage alors qu'elles ne sont que 12% à Bruxelles. Le taux de participation des femmes d'origine étrangère, pour qui le cancer du sein reste un sujet tabou, ainsi que celui des femmes handicapées est faible.*

*Le mammotest et le bilan sénologique coûtent respectivement à l'Inami 50 et 120 euros. Bien que le mammotest soit gratuit pour les femmes, le bilan sénologique coûte au moins 15 euros à la patiente.*

*Parmi les centres recommandés sur la convocation de Brumammo, certains pratiquent à peine dix mammotests gratuits par an et effectuent généralement des bilans sénologiques. Les femmes qui s'y rendent pour y effectuer un mammotest gratuit, puisqu'elles appartiennent à un groupe "à risque", sont incitées à effectuer un bilan sénologique qui est financièrement plus intéressant pour ces centres de dépistage.*

*Le dépistage peut réduire la mortalité des femmes concernées de 30% s'il est pratiqué régulièrement par au moins 70% de la population cible.*

*Le dépistage est relativement peu contrôlé, car le taux de participation porte sur un groupe restreint de femmes qui effectuent un mammotest tous les*

**EN TOT MEVROUW CÉLINE  
FREMAULT, LID VAN HET VERENIGD  
COLLEGE, BEVOEGD VOOR HET  
GEZONDHEIDSBELEID EN HET  
OPENBAAR AMBT,**

**betreffende "de preventie van  
borstkanker".**

**De voorzitter.**- Collegelid Guy Vanhengel zal de interpellatie beantwoorden.

Mevrouw Roex heeft het woord.

**Mevrouw Elke Roex.**- België telt het hoogste aantal gevallen van borstkanker in Europa. De ziekte treft één op negen vrouwen. Bij vroege opsporing is de genezingskans 95 procent. Regelmatige screening is daarom heel belangrijk. In het Brussels Gewest promoot de vzw Brumammo borstkankerscreening voor vrouwen tussen 50 en 69.

In Vlaanderen laat meer dan de helft van de vrouwen zich gratis onderzoeken op borstkanker. De Brusselse cijfers liggen de laatste jaren dramatisch laag. Slechts 12 procent gaat in op de uitnodiging voor de gratis mammo-test. De afgelopen jaren zien we trouwens dat het cijfer niet evolueert. Vooral bij allochtone vrouwen zien we dat er nog steeds een groot taboe leeft over borstkanker. Heel weinig allochtone vrouwen nemen deel aan de screening. Ook personen met een handicap blijken slecht geïnformeerd te zijn over de gratis mammo-test.

We weten allemaal dat er een groot aantal diagnostische mammo-tests gebeuren, die zowel voor de vrouwen als voor de gezondheidszorg duurder zijn. Een diagnostische mammografie kost het Riziv 120 euro, terwijl een screeningsmammografie het Riziv vijftig euro kost. Voor de vrouwen zelf is een screeningsmammografie gratis, terwijl ze voor een diagnostische mammografie ten minste vijftien euro moeten betalen, als ik me niet vergis.

Er zijn heel wat centra waarvoor Brumammo dagelijks reclame maakt door ze te vermelden op de verso van de oproepingsbrief, maar er zijn jammer genoeg nog steeds eenheden die per jaar niet meer dan tien screeningstests afnemen en voor

*six mois et pas nécessairement sur le groupe cible qui l'effectue systématiquement tous les deux ans.*

*Une double lecture systématique et un contrôle sur la tranche d'âge sont nécessaires afin d'évaluer globalement les effets du dépistage en termes de soins de santé.*

*Quel était le taux de participation en 2012 ? Quel est le taux de participation des femmes allochtones et celui des handicapées ?*

*Quelles mesures avez-vous prises auprès des centres de dépistage qui pratiquent peu de mammothests ? Quel est le taux de participation souhaité pour 2013 ? Avez-vous prévu des mesures pour atteindre ce taux ? Quelles sont les initiatives prévues en 2013 afin de toucher un public plus large.*

*Quelle est l'évolution de la situation depuis le début de la législature ? Un plan est-il prévu afin d'améliorer le taux de participation ?*

### *Discussion*

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

**M. Jacques Morel.**- La participation à ce programme de dépistage est une question

het overige alleen diagnostische mammografieën doen. Ik kan me goed voorstellen dat heel wat vrouwen bij zulke centra terecht komen met de oproepbrief voor een gratis mammografie in de hand, maar dat ze daar uiteindelijk onder het mom van "het zal toch veiliger zijn" of "ik denk dat u in een risicogroep zit" toch een diagnostische mammografie krijgen, wat financieel veel interessanter is voor het screeningscentrum. Vrouwen die zich zorgen maken, leggen dan al gauw enkele euro's extra op tafel.

Het aantal sterfgevallen kan met 30% dalen als minstens 70% van de vrouwen uit de doelgroep systematisch wordt gescreend. Diagnostische screening verloopt echter ongecontroleerd: de deelnamecijfers waarover u beschikt, hebben immers mogelijk ook betrekking op een kleine groep vrouwen die om de zes maanden een mammothest laat uitvoeren, en niet noodzakelijk op een gecontroleerde groep die dat systematisch om de twee jaar doet. Een systematische dubbele lezing en controle op basis van leeftijd is nodig opdat er sprake kan zijn van een globale invloed van de screenings op de gezondheidszorg.

Welk deelnamepercentage werd in 2012 behaald? Welke andere, al dan niet lokale acties vonden er plaats, gericht op allochtone vrouwen en personen met een handicap?

Welke stappen hebt u ondernomen in verband met de screeningscentra die wel erkend werden voor de screening, maar nauwelijks mammothests uitvoeren?

Welk deelnamepercentage wilt u in 2013 bereiken? Wat hebt u daarvoor al ondernomen? Welke nieuwe initiatieven zijn er in 2013 nog gepland? Welke voorstellen hebt u uitgewerkt om een ruimer publiek te bereiken?

Hoe ziet de evolutie voor de hele legislatuur eruit, namelijk sinds 2009? Is er een plan opgesteld om het percentage omhoog te trekken?

### *Bespreking*

**De voorzitter.**- De heer Morel heeft het woord.

**De heer Jacques Morel (in het Frans).**- *Sinds het opstarten van de borstkankerscreening is het*

récurrente depuis son lancement. Comme l'a rappelé Mme Roex, l'efficacité de ce programme permettrait de réduire la morbidité des femmes de 25 à 30% pour autant que 60 à 70% de celles-ci y participent. Un taux de participation inférieur à ce seuil aurait peu d'effets, voire aucun sur la réduction de la morbidité. Il s'agirait dans ce cas d'un investissement douteux.

En matière de santé publique, il nous importe de savoir quel est le taux global de Bruxelloises de cette tranche d'âge ayant fait l'objet d'un dépistage du cancer du sein.

D'un point de vue de santé publique et d'efficacité politique, il nous importe de savoir quelle est la part liée au programme lui-même -le taux de 12% qui a été évoqué nous paraissant insuffisant- et quelle est la part liée aux circuits parallèles.

Je songe notamment aux mammographies proches du mammothest, et aux alternatives éloignées du mammothest comme le bilan sénologique, la charge de la démarche et la charge financière pour l'Inami étant dans ce cas d'un tout autre ordre.

Ce double circuit mériterait d'être évalué également afin de réaliser une appréciation globale sur le plan de la santé publique et en termes financiers. Un des objectifs est de faire en sorte que l'un ne soit opposé à l'autre, et qu'il y ait un discours positif des femmes qui sont dans la démarche du bilan sénologique vers le mammothest.

Le second aspect de cette participation relève de la communication et des relais humains et des relais supports sur la base desquels elle est organisée et gérée. Qu'en est-il de la nature des messages qui sont véhiculés ? Dans quelle mesure ces messages et ces supports sont-ils adaptés aux besoins des populations bruxelloises ?

En début de législature, une évaluation de l'impact de la communication autour du dépistage du cancer du sein avait été réalisée. Il était prévu que deux experts soient recrutés à la Fondation contre le cancer, et que de nouvelles stratégies soient développées avec un message spécifique à l'égard de populations plus ciblées. Or, je ne vois pas trace de ces nouvelles stratégies et encore moins leur résultat.

*deelnamepercentage een terugkerend thema. De screening zou het aantal sterfgevallen alleen met 25 tot 30% doen dalen, indien er 60 tot 70% van de vrouwen aan deelneemt. Wordt dat percentage niet gehaald, dan heeft de screening weinig of geen effect. Het zou dan ook geen goede investering zijn.*

*Vanuit het oogpunt van de volksgezondheid willen we graag weten welk percentage Brusselse vrouwen van de betreffende leeftijdscategorie heeft deelgenomen aan de screening.*

*Vanuit het oogpunt van de volksgezondheid en van politieke efficiëntie moeten we nagaan welk percentage een screening binnen het programma liet uitvoeren - de aangevoerde 12% lijkt ons te weinig - en welk percentage bij de parallelle circuits ging aankloppen (mammografieën maar ook andere alternatieven, zoals het algemeen borstonderzoek). Ook dit circuit moet worden geëvalueerd om een algemeen beeld te krijgen van de kosten en van de volksgezondheid*

*Het tweede aspect van de deelname heeft te maken met de communicatie. Welke boodschappen worden er doorgegeven? In welke mate zijn de boodschappen en dragers ervan aangepast aan de behoeften van de Brusselse bevolking?*

*Bij het begin van de legislatuur werd de impact van de communicatie rond de screening van borstkanker geëvalueerd. Er zouden twee experts van de Stichting tegen Kanker in dienst worden genomen, en er zouden nieuwe strategieën met een specifieke boodschap voor de voornaamste doelgroepen worden ontwikkeld. Van die nieuwe strategieën en het resultaat ervan zie ik echter geen spoor.*

*Welke kanalen gebruikt men trouwens om met vrouwen te communiceren? In het verslag over borstkankerscreening van het observatorium uit 2012 werd geopperd om ook bij de eerstelijnszorg (huisartsen, gezinsplanning, gynaecologen) een bewustmakingscampagne te voeren. Vandaag wordt een vierde van de vrouwen via die weg bereikt, de rest krijgt een uitnodiging.*

*Tien jaar geleden kwamen vrouwen nog hoofdzakelijk op voorschrift, terwijl ze nu doorgaans op uitnodiging komen, al blijft het*

Par ailleurs, quel relais utilise-t-on pour communiquer avec les femmes ? Le rapport sur le dépistage du cancer du sein, publié par l'observatoire l'année dernière, proposait un élargissement du champ de diffusion de la sensibilisation, notamment vers la première ligne (médecins généralistes, plannings familiaux, gynécologues). Les résultats montrent que de moins en moins de femmes accèdent au programme par le biais de la prescription. Aujourd'hui, ce biais concerne un quart des femmes, les trois quarts y accédant via l'invitation.

Par conséquent, la réalité d'il y a dix ans, c'est-à-dire un accès essentiellement par la prescription, s'est complètement inversée. Désormais, il est question de beaucoup d'invitation et de peu de prescription, pour un total qui reste quoi qu'il en soit insatisfaisant.

La dynamique du programme progresse, et c'est bien, mais l'invitation se fait systématiquement sur un support papier, dans un contexte de type courrier postal, tandis que le prescripteur médical reste un être humain qui parle à un autre être humain et qui peut apporter une dimension différente que le langage écrit, ainsi qu'un autre type de motivation.

L'observatoire recommande également de travailler via les filières "extra-médicales", notamment en sollicitant les associations, les groupes de femmes et diverses dynamiques locales, tant pour sensibiliser les femmes à ce dépistage que pour les sensibiliser à leur propre santé, en amont de ce dépistage. Que met-on en place concernant ces deux dimensions ?

**M. le président.** - La parole est à M. Vanhengel.

**M. Guy Vanhengel, membre du Collège réuni (en néerlandais).** - *Il n'est pas possible d'évaluer la proportion des allochtones qui participent au dépistage. L'effet du dépistage organisé sur la diminution de la mortalité par cancer du sein est de plus en plus remis en question. Il existe un consensus pour dire qu'une réduction de 30% de la mortalité est certainement surévaluée. Les estimations actuelles varient de 0% à 20%. Les chiffres du Registre du cancer montrent que, chez les femmes atteintes d'un cancer du sein entre*

*totale aantal veel te laag. Een papieren uitnodiging in de brievenbus is niet zo motiverend als een uitnodiging door een arts.*

*Het observatorium wil dat vrouwen ook door initiatieven van verenigingen, vrouwenbewegingen en tal van plaatselijke initiatieven meer aandacht gaan besteden aan hun gezondheid en vervolgens ook tot een screening worden aangezet. Wat gebeurt er rond die twee dimensies?*

**De voorzitter.** - De heer Vanhengel heeft het woord.

**De heer Guy Vanhengel, lid van het Verenigd College.** - Ik kan u niet medelen hoeveel allochtonen aan de opsporingsprogramma's deelnemen omdat die informatie niet wordt geregistreerd.

Het effect van de georganiseerde opsporing op het sterftecijfer door borstkanker wordt overigens meer en meer in vraag gesteld. Er bestaat een consensus over het feit dat een vermindering van 30% van het sterftecijfer overdreven is. De huidige

*2004 et 2008, la survie à cinq ans est identique en Flandre, en Wallonie et à Bruxelles.*

*À Bruxelles et en Wallonie, la couverture du dépistage par consultation individuelle chez les femmes de 50 à 70 ans est estimée à respectivement 44% et 49% et à 21% en Flandre. En ajoutant les chiffres du mammothest, le taux de dépistage est de 53% à Bruxelles, 55% en Wallonie et 64% en Flandre.*

*Le pourcentage de participation au mammothest en 2012 est de 11,5%.*

*Brumammo n'a pas développé d'actions envers des groupes spécifiques, contrairement à ce qui a pu être annoncé en début de législature.*

*(poursuivant en français)*

*Je ne crois pas non plus que Brumammo se soit adressé au monde associatif. Il s'en est tenu à la méthode éprouvée du courrier envoyé aux personnes concernées.*

*(poursuivant en néerlandais)*

*Les actions pilotes tentées en 2009-2010 n'ont donné strictement aucun résultat, j'avais déjà répondu à une interpellation en ce sens en 2011.*

*(poursuivant en français)*

*Depuis 2011, nos efforts se concentrent sur l'adaptation numérique du dispositif de dépistage.*

*(poursuivant en néerlandais)*

*Les efforts depuis 2011 se concentrent sur l'adaptation numérique du dispositif de dépistage. La Cocom a attribué pour ce projet prioritaire un montant d'investissement de 90.000 euros. Le marché est actuellement figé par des procédures de recours.*

*En 2010, Brumammo, la Fondation contre le cancer et les Communautés, ont demandé à l'Agence intermutualiste (AIM) une étude sur le profil des femmes non participantes.*

*(poursuivant en français)*

schattingen variëren tussen 0% en 20%.

De cijfers van het Kankerregister tonen aan dat bij vrouwen die tussen 2004 en 2008 door borstkanker werden getroffen, de overlevingskans op vijf jaar identiek was in Vlaanderen, Wallonië en Brussel, namelijk 88%. Historisch gezien wordt de dekkingsgraad door individuele raadplegingen in Brussel en in Wallonië bij vrouwen tussen de 50 en 70 jaar geschat op respectievelijk 44% en 49%. In Vlaanderen is dat ongeveer 21%. Als men de dekking door screening daaraan toevoegt, komt men tot 53% voor Brussel, 55% voor Wallonië en 64% voor Vlaanderen. Die cijfers zijn afkomstig van het Intermutualistisch Agentschap.

In 2012 werd een deelnamepercentage van 11,5% behaald. Brumammo heeft geen acties naar specifieke doelgroepen ontwikkeld, in tegenstelling tot wat misschien in het begin van de legislatuur werd aangekondigd.

*(verder in het Frans)*

*Brumammo heeft evenmin contact opgenomen met de verenigingen uit de sector, maar zich beperkt tot het versturen van een brief aan de betrokken personen.*

*(verder in het Nederlands)*

De proefprojecten uit 2009-2010 hebben strikt genomen geen enkel resultaat opgeleverd. Ik heb trouwens uitvoerig geantwoord op de interpellaties die daarover werden gesteld in februari 2011.

*(verder in het Frans)*

*Sinds 2011 zijn onze inspanningen gericht op de digitale aanpassing van het opsporingsprogramma.*

*(verder in het Nederlands)*

Er werd een aanbesteding uitgeschreven voor benodigdheden en diensten voor de vernieuwing van de lezingsconsole, de plaatsing van een Picture Archiving and Communication System (PACS) en de synchronisatie van het Radiologic Information System (RIS) met het PACS. Daar hebben we ons de afgelopen jaren mee beziggehouden. De GGC kende voor dit prioritaire project een

Ce rapport, sorti en novembre 2011, analyse la relation entre la participation et la non-participation au dépistage et plusieurs variables : statut socio-économique, statut socioprofessionnel, catégorie de revenus et composition de ménage.

Pour chaque variable, le coefficient de détermination a été calculé. Celui-ci évalue le degré d'association entre deux variables et se situe entre 0 lorsqu'il n'existe aucune association et 1 pour une association linéaire.

Aucune des variables susmentionnées ne dépasse un coefficient de détermination de 0,028. De tels coefficients sont insignifiants et ne permettent pas de conclure à un effet déterminant sur le fait de participer ou non au dépistage.

Il semble donc que les causes de participation ou non au dépistage soient beaucoup plus complexes que de simples indicateurs socio-économiques.

*(poursuivant en néerlandais)*

*En Région bruxelloise, les centres agréés qui effectuent moins de mammothests sont soumis aux mêmes contrôles de qualité que les autres. La CCC entend inclure le plus possible de centres dans cette politique de qualité afin d'améliorer les services d'imagerie de façon globale.*

*Il n'y a pas de raison de penser que le pourcentage de couverture en Région bruxelloise va se modifier en 2013. Malgré les campagnes entreprises dans le passé par les entités flamandes, francophones ou bruxelloises, la participation reste identique. Les femmes semblent fermement ancrées dans leurs habitudes.*

*Selon Brumammo et nos services, la promotion et la communication n'ont quasiment aucun impact sur le taux de participation.*

*(poursuivant en français)*

En ce qui concerne les nouvelles stratégies, il semble que les personnes qui travaillent sur le terrain n'ont pas de stratégie définie et ne savent pas comment faire mieux que ce qui a déjà été fait, avec les résultats qu'on connaît. Ils savent que quoi qu'on fasse, le taux de participation reste quasiment identique.

investeringsbedrag toe van 90.000 euro. De aanbesteding zit op dit moment echter geblokkeerd daar de inschrijvers beroep hebben aangetekend over het verloop van de aanbesteding.

In 2010 gaven Brumammo, de Stichting tegen Kanker en de gemeenschappen het Inter mutualistisch Agentschap de opdracht om een studie te wijden aan het profiel van de niet-deelnemende vrouwen.

*(verder in het Frans)*

*Het rapport dateert van november 2011 en analyseert de relatie tussen het al dan niet deelnemen aan de opsporing en verschillende variabelen, zoals de sociaaleconomische status, de sociaalprofessionele status, het inkomen en de gezinssamenstelling.*

*Voor elke variabele werd de determinatiecoëfficiënt berekend, die zich tussen 0 (geen verband) en 1 (lineair verband) bevindt.*

*Geen enkele variabele overschrijdt een determinatiecoëfficiënt van 0,028. Zulke coëfficiënten zijn onbetekenend en hebben bijgevolg geen bepalende invloed op het al dan niet deelnemen aan de opsporing.*

*De redenen om al dan niet deel te nemen aan de opsporing lijken dus complexer te zijn dan enkel maar sociaaleconomische indicatoren.*

*(verder in het Nederlands)*

In het Brussels Gewest gelden voor de erkende centra die minder mammothests uitvoeren dezelfde kwaliteitscontroles als voor de overige centra. De houding van de GGC bestaat erin om zoveel mogelijk centra bij het screeningsbeleid te betrekken, om zo de diensten medische beeldvorming in het algemeen te verbeteren. Er is geen reden om aan te nemen dat het deelnemingspercentage er in 2013 anders zal uitzien. Alle campagnes die in het verleden door een van de drie gewesten werden gevoerd, hadden een grote zichtbaarheid in Brussel, maar konden de participatie toch niet beïnvloeden. Vrouwen veranderen hun gewoontes op dit vlak blijkbaar niet zo snel. Het deelnemingspercentage kende tijdens de huidige legislatuur kleine

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

**Mme Elke Roex** (*en néerlandais*).- *Selon vous, il n'est pas possible d'améliorer le taux de dépistage. Vous dites également que la campagne avec Zeynep Sever que vous aviez pourtant soutenue avec ferveur aurait eu peu d'impact.*

*Avez-vous impliqué les médecins généralistes, comme le suggérait mon collègue ? Il existe de nombreuses stratégies qui permettraient de rectifier cette politique. Il faudrait par ailleurs supprimer dans la lettre de Brummamo les centres qui ne pratiquent pas le mammothest et agréer ceux qui collaborent au programme de dépistage.*

- *L'incident est clos.*

schommelingen, gaande van 11,3% in 2009 tot 11,7% in 2010, 10,3% in 2011 en tot slot 11,5% in 2012.

Volgens Brumammo en onze diensten hebben promotie en communicatie geen grote invloed op de deelnamepercentages. Indien men een week lang spectaculaire televisieprogramma's zou uitzenden die uitsluitend aan het thema gewijd zijn, zou men het percentage uiteraard wel beïnvloeden, maar die uitgaven zouden een veelvoud zijn van wat op dit moment aan de volledige kankeropsporing via Brumammo wordt besteed.

(*verder in het Frans*)

*De mensen op het terrein hebben geen duidelijke strategie en lijken niet te weten hoe ze het beter kunnen doen. Wat ze ook doen, de participatiegraad blijft nagenoeg dezelfde.*

**De voorzitter.**- Mevrouw Roex heeft het woord.

**Mevrouw Elke Roex.**- Eerlijk gezegd ontgoochelt uw antwoord me omdat u zich neerlegt bij de gedachte dat we de screeningscijfers niet op een hoger niveau kunnen krijgen. Er zijn een heleboel methodes die in Brussel nog niet uitgeprobeerd zijn en misschien zijn tot nu toe net de verkeerde methodes toegepast. Van de campagnes met Zeynep Sever waarover u laaiend enthousiast was, zegt u nu dat ze geen effect gehad hebben.

Hebt u, zoals mijn collega suggereerde, geprobeerd om via de huisartsen te werken? Ik denk niet dat Brussel al voldoende pogingen heeft gedaan om het beleid recht te trekken en voorts ben ik van mening dat u een cruciale fout maakt door de screeningscentra die geen preventieve screenings doen, gratis reclame te bieden op de brief van Brumammo. U zou de centra die meewerken aan het screeningsprogramma moeten belonen door hen wel te erkennen en de andere te schrappen. Ik denk niet dat het zin heeft om kleine privépraktijken die weigeren aan de screening mee te werken, nog langer op de brief te vermelden.

- *Het incident is gesloten.*