

**ASSEMBLÉE RÉUNIE
DE LA COMMISSION
COMMUNAUTAIRE COMMUNE**

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

Commission de la Santé

**RÉUNION DU
MERCREDI 11 MAI 2016**

**VERENIGDE VERGADERING
VAN DE GEMEENSCHAPPELIJKE
GEMEENSCHAPSCOMMISSIE**

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

Commissie voor de Gezondheid

**VERGADERING VAN
WOENSDAG 11 MEI 2016**

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

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

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

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

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

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

SOMMAIRE**INTERPELLATION 6**

Interpellation de M. André du Bus de Warnaffe 6

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

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

concernant "le renforcement de la première ligne de soins suite à l'étude du centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE)".

Discussion - Orateurs : 8

Mme Barbara d'Ursel-de Lobkowicz (DéFI)

Mme Brigitte Grouwels (CD&V)

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni

M. André du Bus de Warnaffe (cdH)

QUESTIONS ORALES 18

Question orale de M. Abdallah Kanfaoui 18

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

et à M. Didier Gosuin, membre du Collège

INHOUD**INTERPELLATIE 6**

Interpellatie van de heer André du Bus de Warnaffe 6

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

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

betreffende "de versterking van de eerstelijnszorg na de studie van het federaal kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE)".

Bespreking - Sprekers: 8

Mevrouw Barbara d'Ursel-de Lobkowicz (DéFI)

Mevrouw Brigitte Grouwels (CD&V)

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH)

MONDELINGE VRAGEN 18

Mondelinge vraag van de heer Abdallah Kanfaoui 18

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

en aan de heer Didier Gosuin, lid van het

réuni, compétent pour la Politique de la santé, la Fonction publique, les Finances, le Budget et les Relations extérieures,

concernant "la mesure de l'impact sur la santé du wi-fi dans les transports en commun bruxellois".

Question orale de M. André du Bus de Warnaffe 23

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

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

concernant "le financement du service Tabacstop".

Question orale de M. André du Bus de Warnaffe 29

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

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

concernant "les investissements dans le secteur des hôpitaux".

Question orale de Mme Brigitte Grouwels 33

Verenigd College, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid, het Openbaar Ambt, de Financiën, de Begroting en de Externe Betrekkingen,

betreffende "de meting van de invloed van wifi op de gezondheid in het Brussels openbaar vervoer".

Mondelinge vraag van de heer André du Bus de Warnaffe 23

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

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

betreffende "de financiering van de dienst Tabakstop".

Mondelinge vraag van de heer André du Bus de Warnaffe 29

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

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

betreffende "de investeringen in de ziekenhuissector".

Mondelinge vraag van mevrouw Brigitte Grouwels 33

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

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

concernant "l'administration d'antidépresseurs et d'antipsychotiques dans les maisons de repos et les services de gériatrie des hôpitaux".

Question orale de Mme Brigitte Grouwels

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

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

concernant "les soins bucco-dentaires chez les patients âgés vulnérables".

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

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

betreffende "het toedienen van antidepressiva en antipsychotica in rusthuizen en diensten geriatric van ziekenhuizen".

39 Mondelinge vraag van mevrouw Brigitte 39
Grouwels

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

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

betreffende "de mondverzorging bij kwetsbare oudere patiënten".

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

INTERPELLATION

Mme la présidente.- L'ordre du jour appelle l'interpellation de M. du Bus de Warnaffe.

INTERPELLATION DE M. ANDRÉ DU BUS DE WARNAFFE

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

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

concernant "le renforcement de la première ligne de soins suite à l'étude du centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE)".

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

La parole est à M. du Bus de Warnaffe.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH).- Ce n'est pas la première fois que l'on évoque le renforcement de la première ligne de soins au sein de cette commission. L'étude du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) souligne largement l'urgence de ce renforcement de la médecine générale.

La réforme de la garde bruxelloise a pour objectif de renforcer le système de soins de première ligne en centralisant son organisation et en fusionnant les services de la garde fixe et de la garde mobile. Les deux instances représentatives de la garde de

INTERPELLATIE

Mevrouw de voorzitter.- Aan de orde is de interpellatie van de heer du Bus de Warnaffe.

INTERPELLATIE VAN DE HEER ANDRÉ DU BUS DE WARNAFFE

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

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

betreffende "de versterking van de eerstelijnszorg na de studie van het federaal kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE)".

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

De heer du Bus de Warnaffe heeft het woord.

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH) (in het Frans).- Volgens het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) moet de eerstelijnszorg, en meer bepaald de algemene geneeskunde, dringend versterkt worden.

De hervorming van de Brusselse wachtdiensten heeft als doel de eerstelijnszorg te versterken door de vaste en mobiele wachtposten te fuseren. De twee instanties die de wachtdiensten in Brussel vertegenwoordigen, de Fédération des associations de médecins généralistes de Bruxelles (FAMGB) en de Brusselse

médecine générale à Bruxelles, la Fédération des associations de médecins généralistes de Bruxelles (FAMGB) du côté francophone et le Brusselse Huisartsenkring (BHAK) du côté néerlandophone, ont travaillé depuis 2013 à la réforme du système. Ceci a débouché, en 2014, à la création de l'asbl Garde bruxelloise - Brusselse Wachtdienst (GBBW), qui assure désormais un service de garde bilingue accessible à tous les Bruxellois. Trois postes médicaux sont implantés dans les communes de Molenbeek-Saint-Jean, Woluwe-Saint-Lambert et la Ville de Bruxelles.

Cependant, malgré ces différents efforts, la Garde bruxelloise de médecine générale manque encore de visibilité et a parfois une faible charge de travail.

Par ailleurs, les postes de garde de médecine générale ne soulagent pas les urgences. Pour expliquer ce constat, vous aviez évoqué, lors de la commission du 3 février 2016, la dimension d'ordre culturel : "Certaines populations nouvellement arrivées sur notre territoire ont une vision de la médecine qui n'est pas la même que la nôtre et n'ont donc aucune idée de l'existence de médecins de garde ou de famille. Ensuite, cette relation à la médecine est accentuée par le fait que nous sommes bien desservis en termes d'hôpitaux et autres points de contact dans les quartiers de Bruxelles. Pourquoi, dès lors, prendre un médecin de famille alors qu'on habite à proximité d'un hôpital où l'on peut se rendre en cas de problème ?"

Sachez que le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) va plus loin et, selon un communiqué de presse du 29 mars 2016, recommande de limiter le nombre de services d'urgence. En effet, selon le KCE, dans notre pays, chaque hôpital dispose d'un, voire de plusieurs services d'urgence - quand il a plusieurs sites -, ce qui donne au final 1,24 service d'urgence pour 100.000 habitants, un chiffre considérable en comparaison d'autres pays. De plus, une grande partie des patients qui se rendent aux urgences d'un hôpital pourraient aussi bien être traités par un médecin généraliste.

C'est pourquoi le KCE préconise d'héberger sur les sites hospitaliers, à côté des services d'urgence, des permanences de médecine générale ouvertes

Huisartsenkring (BHAK) werken al sinds 2013 aan een hervorming. In 2014 leidde dat tot de oprichting van de vzw Garde bruxelloise - Brusselse Wachtdienst (GBBW), die momenteel een tweetalige wachtdienst verzekert voor alle Brusselaars. Er werden medische posten opgericht in Sint-Jans-Molenbeek, Sint-Lambrechts-Woluwe en Brussel-Stad.

Ondanks die inspanningen zijn de wachtdiensten nog steeds onvoldoende zichtbaar en helpen ze nog te weinig patiënten.

Bovendien ontlasten de medische wachtposten de spoeddiensten niet. U zei tijdens de commissievergadering van 3 februari dat sommige nieuwkomers een ander beeld hebben van geneeskunde en geen weet hebben van het bestaan van wachtdiensten of huisartsen. Daarenboven zijn er in Brussel heel wat ziekenhuizen. Waarom zou een nieuwkomer een huisarts nemen als hij of zij dicht bij een ziekenhuis woont?

Het KCE gaat nog verder en beveelt aan om het aantal spoeddiensten te beperken. Volgens het KCE beschikt elk ziekenhuis over een of meerdere spoeddiensten. Er zijn in het gewest 1,24 spoeddiensten voor 100.000 inwoners. Dat is veel in vergelijking met andere landen. Bovendien zou een groot deel van de patiënten die naar een ziekenhuis gaan, evengoed door een huisarts behandeld kunnen worden.

Daarom beveelt het KCE de ziekenhuizen aan om in een permanentie voor algemene geneeskunde te voorzien, die alle wekdagen en 24 uur op 24 open is. De ziekenhuispermanenties zouden gecoördineerd worden door lokale huisartsenkringen met een autonome werking. In het ziekenhuis zouden de spoeddienst en de permanentie samen een "centrum voor ongeplande zorg" vormen. Er zou een enkele toegangsdeur zijn voor beide diensten, die op een triagezone zou uitgeven. Een specifiek opgeleid klinisch team zou de patiënten daar ontvangen en ze in functie van hun medische situatie naar de huisartsenpermanentie of de spoeddienst doorsturen.

In februari kondigde u aan dat u diverse communicatiemiddelen zou aanwenden om de wachtdiensten meer bekendheid te geven. Hoever

24/24h et 7/7 jours. Ces permanences, qui seraient coordonnées par les cercles locaux de généralistes, fonctionneraient de manière autonome par rapport à l'hôpital. Les services d'urgence et la permanence de médecine générale formeraient ensemble "un centre de soins aigus non planifiés, avec une porte d'entrée unique, donnant accès à une zone de triage. Une équipe clinique spécifiquement formée à cet effet y recevrait les patients et les orienterait vers la permanence de médecine générale ou le service d'urgence, en fonction de leur situation médicale."

Ces constats m'amènent à vous poser les questions suivantes, toujours dans l'objectif de renforcer la première ligne de soins :

Au cours de la Commission de la santé publique du 3 février 2016, vous nous aviez signalé que vous alliez mettre en place des outils de communication - site web, logo, capsules vidéo, etc. - afin d'améliorer la visibilité de la Garde bruxelloise. Où en est la mise en place de ces différents outils ?

Vous nous aviez également dit que vous alliez élaborer des conventions de protocole et de collaboration avec les hôpitaux. Où en est l'élaboration de ces conventions ? Pouvez-vous nous fournir un calendrier ?

Au sein de ces conventions, envisagez-vous d'y introduire des "centres de soins aigus non planifiés", comme le recommande le KCE ? Que pensez-vous des recommandations du KCE ? Avez-vous déjà entamé une réflexion quant à la mise en place de ces centres ?

Enfin, vous nous aviez annoncé la création d'un quatrième poste de garde en 2016. Pouvez-vous nous fournir de plus amples informations à ce sujet ?

Discussion

Mme la présidente.- La parole est à Mme d'Ursel-de Lobkowicz.

Mme Barbara d'Ursel-de Lobkowicz (DéFI).- Je m'associe bien évidemment aux propos de M.

staat u daarmee?

Zijn er al samenwerkingsovereenkomsten met de ziekenhuizen uitgewerkt? Wat is de planning? Bent u van plan om in die overeenkomsten de invoering van centra voor ongeplande zorg op te nemen? Hoe staat u tegenover de aanbevelingen van het KCE? Wat is de planning voor de invoering van centra voor ongeplande zorg?

Hoever staat de oprichting van de vierde wachtdienst, die u voor 2016 hebt aangekondigd?

Bespreking

Mevrouw de voorzitter.- Mevrouw d'Ursel-de Lobkowicz heeft het woord.

Mevrouw Barbara d'Ursel-de Lobkowicz (DéFI) *(in het Frans).*- *Het debat over de*

André du Bus de Warnaffe. Nos services d'urgence méritent en effet une réflexion quant à leur optimisation.

Ce débat n'est pas nouveau puisqu'à la fin 2015, des questions avaient été soulevées par le secteur. Elles portaient notamment sur la catégorisation des postes de garde, l'adoption de normes d'agrément, la mise en place de conventions avec les services d'urgence, l'évaluation et la poursuite de la standardisation des coûts des services existants et une meilleure répartition sur le territoire.

Un budget supplémentaire de 2 millions d'euros avait été demandé pour atteindre ces objectifs. Un gel avait toutefois été annoncé par le niveau fédéral, mais la ministre Maggie De Block avait finalement abouti à un accord.

Rappelons également un aspect important soulevé par le rapport du KCE : la dispersion des services d'urgence se traduit à la fois par une grande accessibilité, mais aussi par une dispersion des budgets et du personnel.

Sur le plan sociologique, il a été démontré que ce sont les personnes les plus précarisées qui privilégient les services d'urgence plutôt qu'un médecin généraliste, notamment parce qu'aucun payement immédiat n'est réclamé dans ce cadre, contrairement à ce qui se pratique lors des consultations chez le généraliste. Une piste réside donc peut-être dans certains mécanismes, comme celui du tiers payant.

À cet égard, le niveau fédéral défendait il y a quelques temps le projet dit "MediPrima" qui avait pour vocation de simplifier le système pour les personnes précarisées. Quel est l'état des lieux concernant l'accord avec le niveau fédéral en ce qui concerne le financement des postes de garde ? Quel est l'état d'avancement du projet MediPrima ?

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

Mme Brigitte Grouwels (CD&V) (*en néerlandais*).- *Nous vous soutenons pleinement dans votre volonté de promouvoir les soins de*

wachtdiensten is niet nieuw. Eind 2015 pleitte de sector ervoor om de wachtdiensten in categorieën op te delen, erkenningsnormen op te stellen, overeenkomsten met spoeddiensten te sluiten, de standaardisering van de kosten voort te zetten en een betere spreiding over het gewest te bewerkstelligen. De sector vroeg 2 miljoen euro om die doelstellingen te bereiken.

Volgens het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) leidt de versnippering van de spoeddiensten niet alleen tot een te grote toegankelijkheid, maar ook tot een versnippering van middelen en personeel.

Het zijn vooral kwetsbare personen die rechtstreeks naar een spoeddienst gaan in plaats van een huisarts te raadplegen. Een van de redenen is dat er in een spoeddienst geen onmiddellijke betaling gevraagd wordt. Een systeem zoals dat van de derde betaler zou dus een oplossing kunnen bieden.

Enige tijd geleden kondigde de federale overheid het project Mediprima aan. Hoe ver staat dat project ondertussen?

Is er al een akkoord met de federale overheid over de financiering van de wachtdiensten?

Mevrouw de voorzitter.- Mevrouw Grouwels heeft het woord.

Mevrouw Brigitte Grouwels (CD&V).- Ik sluit me aan bij de interpellatie van de heer du Bus. Uiteraard steunen we u volledig in uw betrachting

première ligne en Région de Bruxelles-Capitale.

Avoir un médecin traitant fixe rapproche les soins de santé des gens. De plus, cela permet aux médecins de suivre de près l'état de santé de chaque patient et de mettre l'accent sur la prévention, ce qui devrait être l'objectif des soins de première ligne. Par ailleurs, cela limite les coûts des soins de santé. Aller à l'hôpital pour de petits maux met le système de santé financièrement sous pression, ce que nous devons éviter.

Je me joins aux questions posées par mes collègues. Que faites-vous pour promouvoir les soins de première ligne, à savoir le recours aux médecins traitants ?

Les postes de garde font partie du système global, mais cela n'aurait pas de sens qu'ils fassent office de médecin traitant fixe. Comment empêcherez-vous que cela soit le cas ?

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

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Des réunions importantes se sont tenues hier entre responsables, postes de garde, fédérations de médecins, services d'urgence et autorités. La presse rapporte aujourd'hui qu'il y a eu un accord en soirée. Manifestement, l'heure est à l'apaisement. Le comité de l'Institut national d'assurance maladie invalidité (Inami) a validé la démarche soutenue par les généralistes par rapport aux premières propositions, qui pouvaient créer une confusion entre les plates-formes d'urgence et les postes de garde.

De même, un accord est intervenu sur le 1733. Ce numéro d'appel unique en Belgique, sur lequel nous insistons depuis des mois, fera le tri en

om de eerstelijnsgezondheidszorg in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest te promoten.

De gezinnen moeten een vaste huisarts nemen, want dat brengt de gezondheidszorg dichterbij de mensen. Bovendien kunnen de artsen op die manier de gezondheidstoestand van elke patiënt van nabij volgen en de klemtoon leggen op preventieve gezondheidszorg, wat het doel van de eerstelijnszorg zou moeten zijn.

Een ander voordeel is dat de kosten van de gezondheidszorg binnen de perken blijven. Mensen die met kleine kwaaltjes naar het ziekenhuis gaan, zetten het gezondheidssysteem financieel zwaar onder druk en dat kunnen we niet zomaar laten gebeuren.

Ik sluit me aan bij de vragen die mijn collega's gesteld hebben. Wat doet u om de eerstelijnszorg en met name de huisartsenpraktijken te promoten?

De wachtposten maken natuurlijk deel uit van het globale systeem, maar het kan geenszins de bedoeling zijn om de huisarts door een wachtpost te vervangen. Er gaan echter geruchten dat de wachtposten mensen zonder huisarts als patiënt aanvaarden.

Hoe voorkomt u dat de wachtposten een alternatief worden voor de vaste huisarts?

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

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College (in het Frans).- Gisteren vond een belangrijke vergadering plaats tussen verantwoordelijken van de wachtposten, de artsenfederaties, de spoeddiensten en de overheid. Men kwam tot een akkoord over de wachtdiensten en het nummer 1733. Via dat telefoonnummer zal een triage plaatsvinden en zullen er dus minder mensen bij een spoeddienst terechtkomen. Daarnaast zullen de huisartsenkringen overeenkomsten met de ziekenhuizen te sluiten.

Drie maanden geleden heb ik al verscheidene interpellaties over de Brusselse wachtdiensten beantwoord.

amont pour éviter d'envoyer les gens trop vite aux urgences. L'accord incitera les cercles à conclure des accords avec les hôpitaux et à travailler dans un climat de confiance.

On peut donc dire que la réunion d'hier a amené beaucoup d'apaisements. Je vous remercie pour votre interpellation sur le renforcement de la première ligne de soins et en particulier sur l'organisation de la garde médicale à Bruxelles.

Il y a de cela à peine trois mois, je répondais à diverses interpellations sur la question de l'organisation de la garde médicale à Bruxelles, et ce, après un premier bilan effectué par la GBBW. Je vous fournirai aujourd'hui un certain nombre de réponses complémentaires.

S'agissant de votre première question portant sur la mise en place d'outils de communication, en 2015, la GBBW a développé son logo et son site web en trois langues (français, néerlandais et anglais). Sur le site web, vous trouverez des capsules vidéo, courtes et longues, avec et sans audio, qui peuvent être téléchargées et mises sur les écrans de salles d'attente. Par ailleurs, la GBBW a développé en 2015 des brochures d'information avec carte d'accès, horaires pour chacun des postes de garde.

En 2016, l'accent est d'abord mis sur la diffusion de ce matériel à la plus grande échelle possible. Dès la signature des conventions budgétaires 2016 avec l'Inami - et la dynamique est bonne vu la réunion commune d'hier - la GBBW pourra renforcer la visibilité des services de garde. La GBBW examine également la possibilité d'installer des panneaux de signalisation pour mieux indiquer la localisation des postes de garde dans la ville.

Par ailleurs, des discussions sont en cours au niveau fédéral sur la mise en œuvre du 1733 sur l'ensemble du territoire. Grâce à l'accord intervenu hier, des campagnes de sensibilisation nationale devraient être lancées pour promouvoir les bons réflexes à avoir pour les besoins de soins non planifiés. En principe, ce serait pour 2017.

Je rappelle aussi que l'organisation de la garde médicale relève de la compétence du niveau fédéral et que les subsides fédéraux sont octroyés

Wat de communicatie betreft, kan ik u meedelen dat de GBBW in 2015 zijn logo en website in drie talen heeft ontworpen (Frans, Nederlands en Engels). Op de website vind je korte en lange videofragmenten, met of zonder geluid, die gedownload en getoond kunnen worden op de schermen in de wachtzalen. Bovendien heeft de GBBW in 2015 flyers ontworpen met daarop een kaart en de openingsuren van de wachtposten.

In 2016 zal dat materiaal verder verspreid worden. Zodra de begrotingsovereenkomsten voor 2016 met het RIZIV ondertekend zijn, kan de GBBW de zichtbaarheid van de wachtposten vergroten, onder meer door een betere bewegwijzering.

Op federaal niveau zijn er momenteel gesprekken aan de gang over de invoering van het nummer 1733 in heel België. Normaal gezien zullen er in 2017 ook bewustmakingscampagnes gevoerd worden om bij iedereen de juiste reflexen aan te kweken.

Ik herinner er u aan dat het organiseren van medische wachtdiensten een federale bevoegdheid is en dat de federale subsidies door het RIZIV toegekend worden.

Dat brengt mij bij uw tweede vraag over de protocolovereenkomsten tussen de ziekenhuizen en de GBBW.

Ik schets even de federale context. In het akkoord tussen de artsen en ziekenfondsen 2016-2017 staat als financieringsvoorwaarde dat elke nieuwe wachtpost een samenwerkingsovereenkomst met een of meerdere spoeddiensten van nabijgelegen ziekenhuizen moet sluiten. De bestaande wachtposten hebben nog tot eind 2017 om dat te doen.

De federale taskforce diende uiterlijk op 31 maart 2016 een typeovereenkomst ter beschikking van de medische wachtdiensten te stellen, maar ze heeft er iets langer over gedaan. Vandaag is het zover en kunnen we het akkoord aan het Verzekeringscomité en de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen (NCGZ) voorleggen. Als alles goed gaat, kan het akkoord ten laatste in juni in werking treden.

par l'Inami, d'où l'accord intervenu hier.

J'en viens à votre deuxième question sur les conventions de protocoles d'accord entre les hôpitaux et la GBBW.

Permettez-moi de rappeler le contexte fédéral à ce sujet.

L'accord médico-mutualiste 2016-2017 a été établi comme condition sine qua non au financement de tout nouveau poste de garde, l'existence d'une convention de collaboration avec un ou des services d'urgences d'hôpitaux voisins. Les postes existants auraient jusqu'à la fin 2017 pour établir des conventions. Cette convention devait encore être élaborée par le groupe de travail constitué par le cabinet de la ministre Maggie De Block et mise à disposition des postes médicaux de garde pour le 31 mars 2016 au plus tard.

La date a été dépassée et on a mis donc plus de temps qu'initialement prévu pour le finaliser. Grâce à la réunion d'hier, on peut penser qu'un plan d'accord est en vue entre les postes de médecine de garde et les services d'urgence des hôpitaux. En tout cas, notre proposition de convention est aujourd'hui finalisée, et sera soumise au Comité de l'assurance et à la commission médico-mutualiste en mai. Si tout va bien, ce plan d'accord devrait être approuvé et prêt à l'emploi en juin au plus tard.

Concernant la situation bruxelloise, des accords entre les postes médicaux de garde et les services d'urgences existent déjà, soit de manière formelle soit de manière informelle.

Depuis début 2016, le nombre de réunions et d'interactions entre les services d'urgences hospitalières et les services de garde de médecine générale est croissant. Depuis 2016, les acteurs se rencontrent mensuellement.

Plusieurs réunions spécifiques ont eu lieu entre des représentants des urgences hospitalières et la garde de médecine générale pour se concerter et établir une vision commune concernant le canevas de plan d'accord fédéral en cours, mais aussi concernant le modèle standard de poste de garde que l'autorité fédérale aimerait définir.

Voor Brussel bestaan er al, officiële en niet-officiële, akkoorden tussen de medische wachtposten en de spoeddiensten.

Sinds begin 2016 ontmoeten de vertegenwoordigers van de spoeddiensten en wachtposten elkaar maandelijks met het doel om samen tot een blauwdruk te komen van het federale akkoord en tot de uitwerking van een standaardmodel voor de wachtdiensten.

Zowel op Brussels als op federaal niveau werd beslist dat het verstandiger zou zijn het federale akkoord af te wachten alvorens bestaande overeenkomsten te wijzigen of nieuwe overeenkomsten te sluiten. Normaal gezien zou dat tegen de tweede helft van 2016 mogelijk moeten zijn.

U verwijst naar een recente KCE-studie die aanbeveelt om in de ziekenhuizen wachtdiensten en spoeddiensten te groeperen binnen 'centra voor ongeplande zorg' die zeven dagen op zeven de klok rond over een huisartsenwachtdienst en een spoeddienst beschikken.

De situatie is evenwel iets complexer dan dat. Zo staat op pagina 95 van de KCE-studie dat er in België nog geen studie is uitgevoerd over de ideale ligging van een medische wachtdienst ten opzichte van een spoeddienst.

Bovendien is er onlangs een nieuwe internationale studie in een Brits medisch tijdschrift verschenen, waar tot voorzichtigheid opgeroepen wordt en aangeraden wordt om eerst de bestaande experimenten goed te bestuderen alvorens politieke beslissingen te nemen, aangezien er maar weinig elementen lijken te zijn die de oprichting van centra voor ongeplande zorg verantwoorden.

In een artikel over deze studie in de British Journal of Medicine wordt gesteld dat spoeddiensten en huisartsenwachtdiensten niet zomaar aan elkaar gekoppeld mogen worden. Men moet eerst de doelstellingen duidelijk bepalen. Wil men een betere toegankelijkheid, een snellere patiëntenstroom, lagere kosten of een grotere patiënttevredenheid? Elke wijziging aan de bestaande situatie moet met de nodige omzichtigheid doorgevoerd worden. Anders blijft

Il a par ailleurs été décidé, aussi bien au niveau bruxellois qu'au niveau fédéral, qu'il était plus sage d'attendre la version approuvée du plan d'accord avant de commencer à modifier les accords existants ou d'en établir de nouveaux. Là aussi, le feu vert d'hier nous donne l'occasion d'avancer.

En ce qui concerne le calendrier, il est raisonnable de penser que le second semestre 2016 verra la modification et la formalisation des accords existants, ainsi que l'accord à établir pour un possible nouveau poste médical de garde. Ce travail se poursuivra en 2017, avec un suivi régulier des accords existants et l'établissement de nouveaux accords.

S'agissant de postes de garde localisés au sein des sites hospitaliers, vous faites référence aux recommandations reprises dans la récente étude du KCE, et en particulier celle qui suggère le regroupement des postes de garde et service d'urgence au sein de "centres de soins aigus non planifiés" disposant d'une permanence de médecine générale 24/24h, 7/7j et d'un service d'urgence. La synthèse de l'étude KCE a tendance à simplifier une question qui est un peu plus complexe. Par exemple, en page 95 du rapport KCE, il est clairement indiqué qu'aucune étude n'a été faite jusqu'à présent en Belgique quant à la localisation idéale d'un poste médical de garde par rapport à un service d'urgence. Ce serait pourtant grandement nécessaire.

Cette proposition a été avancée, mais ne repose nullement sur une étude concertée avec les acteurs directement concernés.

Il se fait qu'une nouvelle étude internationale vient d'être publiée sur le sujet dans une revue médicale britannique. Cette étude appelle à la prudence - il ne faudrait pas tirer de conclusions hâtives - et conseille fortement de bien étudier les expériences existantes avant d'imposer des changements de politiques impliquant des changements d'implémentation, car elle constate qu'il y a peu de preuves soutenant la mise en place de centres de soins aigus non programmés.

Le commentaire de cette étude, publiée le 11 avril dernier dans le British Journal of Medicine, appelle à ne pas coupler urgences et garde de

het bij giswerk dat tot een versnippering van de middelen leidt.

(verder in het Nederlands)

Mevrouw Grouwels, ik ben het eens met uw opmerking over preventie. Daarom moeten we de eerstelijnsgezondheidszorg zichtbaarder maken. Daar werken we samen met de Brusselse Huisartsenkring aan.

De wachtposten zijn er enkel voor dringende gevallen, niet ter vervanging van de huisartsen. De Brusselse Wachtdienst (GBBW) beschikt over een database met alle huisartsen in Brussel en kan dus correct doorverwijzen.

(verder in het Frans)

De werkgroep die federaal minister De Block heeft samengesteld, staat achter de invoering van centra voor ongeplande zorg, waarvan er in België al enkele bestaan. Dat is echter niet de enige optie.

Minister De Block overlegt momenteel met alle betrokken spelers. Wanneer dat overleg achter de rug is, buigt de werkgroep zich opnieuw over manieren om de eerstelijnszorg te versterken.

Momenteel zijn er drie huisartsenwachtposten in het Brussels Gewest, waarvan er twee met de spoeddienst van een nabijgelegen ziekenhuis samenwerken. De derde wachtpost ligt daarvoor te ver van een ziekenhuis af.

De meeste huisartsen willen liever niet op een spoeddienst gaan werken, omdat dat bij patiënten het idee nog zou versterken dat ze voor elk medisch probleem bij het ziekenhuis terecht kunnen, waardoor de eerstelijnszorg nog meer aan belang zou verliezen.

De Brusselse huisartsen zijn er wel voorstander van dat de huisartsenwachtposten zoveel mogelijk in de buurt van een spoeddienst gevestigd zijn. Dat vergemakkelijkt de samenwerking.

De Brusselse wachtpost die te ver van een ziekenhuis ligt om samenwerking mogelijk te maken, krijgt zeer veel patiënten over de vloer en dat is een goede zaak. Ze bevindt zich op een

médecine générale de manière aveugle : "Avant de modifier l'offre de soins non planifiés dans quel que système que ce soit, il faut être sûr de ce que l'on veut : une meilleure accessibilité, un flux plus rapide de patients, une diminution des coûts et/ou une satisfaction plus grande des patients ?".

Les chercheurs avertissent : il faut mettre les choses en perspective. Tout changement doit être évalué. Sinon, on entre dans le cadre d'essais-erreurs qui débouchent sur une dispersion des moyens qui mine le système.

(poursuivant en néerlandais)

Mme Grouwels, je suis d'accord avec votre remarque sur la prévention. C'est pour cela que nous devons rendre les soins de première ligne plus visibles. Nous y travaillons avec le "Brusselse Huisartsenkring".

Les postes de garde ne servent que dans des cas urgents, et pas en remplacement des médecins traitants. La Garde bruxelloise (GBBW) dispose d'une base de données reprenant tous les médecins généralistes à Bruxelles, et elle peut leur adresser les gens.

(poursuivant en français)

En ce qui concerne l'autorité fédérale, je peux vous communiquer que le groupe de travail constitué par le cabinet de la ministre Maggie De Block a déjà eu plusieurs réunions sur le sujet. L'introduction de "centres de soins aigus non planifiés" au sein des institutions hospitalières est une possibilité. C'est même déjà le cas à certains endroits dans le pays. Par contre, les différents acteurs autour de la table soulignent qu'il ne devrait pas s'agir du seul modèle possible.

Le cabinet fédéral est ensuite passé à des concertations bilatérales avec les différents acteurs. Une fois ces réunions finalisées, le sujet sera à nouveau abordé au sein du groupe de travail.

S'agissant de la situation actuelle à Bruxelles, je vous rappelle volontiers qu'au niveau de la localisation des postes de garde actuels, deux des trois postes de garde existants sur Bruxelles ont des accords avec les services d'urgences voisins :

plaats in Molenbeek waar inwoners doorgaans geen echte band hebben met hun huisarts. Het systeem werkt daar goed.

De GBBW opent in de tweede helft van dit jaar een nieuwe huisartsenwachtpost in Brussel, die begin 2017 volledig operationeel moet zijn. Voorwaarde is wel dat de GBBW steun krijgt van het RIZIV voor het startkapitaal en de werking van de wachtpost. Het gewest draagt niet bij aan de financiering en is dus ook niet verplicht om een bepaald resultaat te halen, maar ik heb de indruk dat we met de pas gesloten overeenkomsten de goede richting uit gaan.

Op dit ogenblik zijn er enkel voldoende huisartsenwachtposten in het centrum en het zuidoosten van Brussel. Op termijn moeten er zes huisartsenwachtposten komen, verspreid over het gewestelijke grondgebied.

Een huisartsenwachtpost kan de huisarts niet vervangen, maar omdat er op elk moment iemand beschikbaar is, kan er dankzij de wachtpost wel een ruimere permanentie verzekerd worden.

Mediprima is een federaal project dat door de POD Maatschappelijke Integratie werd opgezet om de terugbetaling van dringende medische zorg te vereenvoudigen. De databank wordt voor zover ik weet nog altijd gebruikt. Alleen bij het Brussels Gezondheidsnetwerk aangesloten zorgverleners krijgen via eHealth toegang tot de gegevens die erin zijn opgenomen. Slechts een minderheid van de huisartsen is bij het Brussels Gezondheidsnetwerk aangesloten, maar er komt een grootscheepse campagne om dat bij te sturen. Als alle huisartsen lid zijn, volstaat Mediprima immers om de noden van het hele gewest te dekken.

De GBBW maakt op basis van de geschatte vraag een planning op voor de huisartsen van wacht, die regelmatig wordt bijgestuurd. De huisartsen van wacht hebben behoorlijk wat werk. Dankzij een betere organisatie kan de tijd van hun wachtdienst efficiënt gebruikt worden.

In vergelijking met de andere gewesten bestaat er in Brussel geen grote vraag naar een huisartsenwachtdienst. Daar zijn uiteenlopende redenen voor, zoals de specifieke samenstelling

- le poste médical de garde Athéna, en centre-ville, à 300m des services d'urgences de l'hôpital Saint-Jean ;

- la Consultation de médecine générale d'urgence (CMGU), à Woluwe-Saint-Lambert, à 100m des services d'urgence de l'hôpital Saint-Luc.

Un seul poste de garde est assez distant d'un service d'urgence hospitalier : Medinuit, boulevard du Jubilé à Molenbeek.

De manière générale, les médecins généralistes ne sont pas demandeurs d'être intégrés physiquement et opérationnellement au sein des services d'urgence. Ils sont en fait assez opposés à cette idée, car cela ne ferait que conforter l'idée du patient que la structure hospitalière est la réponse à tout problème de santé, ce qui déforçerait totalement la première ligne.

Les médecins généralistes bruxellois se sont prononcés, depuis un moment déjà, pour une proximité - tant que faire se peut - des postes de garde avec un service d'urgence de taille moyenne ou grande, afin de favoriser les synergies et les complémentarités entre les deux niveaux de soins.

Par contre, il faut souligner que le poste de garde existant qui n'est pas à proximité d'un service d'urgence hospitalier connaît un succès très important, que le médecin qui y est de garde ne manque pas de travail, et que le nombre de consultations y est en augmentation constante depuis plusieurs années. C'est réconfortant, puisque c'est dans une partie de la ville où la relation avec le médecin de famille est la moins développée. Cela montre qu'il y a une attente, que ça fonctionne bien, même si ce n'est pas directement relié à un service d'urgence.

S'agissant de la localisation des futurs postes de garde, la GBBW préparera au second semestre 2016 la création d'un nouveau poste de garde sur Bruxelles, afin d'améliorer l'accès aux postes de garde fixe de la population bruxelloise. L'objectif est que ce nouveau poste de garde soit entièrement opérationnel début 2017, sous condition d'obtention de subsides de l'Inami pour l'investissement de départ et le fonctionnement de ce poste. La Région bruxelloise n'a donc pas d'obligation de résultat, dans la mesure où ce n'est

van de Brusselse bevolking, toegankelijke spoeddiensten en een tekort aan wachtdiensten die bovendien weinig bekend zijn. Ik stel alles in het werk om die pijnpunten aan te pakken.

pas elle qui finance ce type d'infrastructures. Mais j'ai l'impression que les accords conclus hier nous mènent dans la bonne direction.

À l'heure actuelle, on constate un accès limité aux postes de garde de la population au Nord et à l'Est de Bruxelles, au Sud-Ouest et au Sud. Bref, seuls le centre et le Sud-Est semblent être plus ou moins correctement desservis. À terme, et afin d'avoir une couverture géographique correcte pour la population de Bruxelles-Capitale, on vise à avoir six postes de garde répartis sur tout le territoire régional. Cela permettra de diminuer le besoin en visites à domicile par une plus grande proximité à un poste de garde. Bien sûr, cela n'est pas une solution de remplacement au médecin de famille, bien au contraire. Cela renforce le rôle du médecin de famille puisqu'une garde est assurée à tout moment. Dans ce cadre, le médecin de famille peut, d'une certaine manière, assurer, en ce qui concerne les soins non planifiés, une couverture étendue, tant localement que sur la durée.

En ce qui concerne le projet MediPrima évoqué par Mme d'Ursel-de Lobkowicz, il s'agit d'une matière fédérale. Vous savez que c'est le SPP Intégration sociale qui a mis ce projet sur pied en vue de simplifier, d'accélérer et de mieux contrôler le remboursement de l'aide médicale urgente. À notre connaissance, l'utilisation de cette base de données centralisée est toujours en cours. Les prestataires de soins y accèdent via eHealth. Il faut donc faire partie du Réseau santé pour y avoir accès. On n'en est qu'au tout début du processus puisque seule une minorité des médecins généralistes font partie du Réseau santé. Vous savez toutefois que nous lançons une information tous azimuts pour encourager les médecins généralistes à y entrer. Lorsqu'ils y seront tous, le projet MediPrima couvrira l'intégralité des besoins en Région bruxelloise.

La planification du nombre de médecins de garde est établie par la GBBW sur la base d'une prévision de la demande, et cette planification est régulièrement réévaluée. Il s'agit donc d'un exercice dynamique et non fixe. Le nombre de médecins de garde est donc prévu en fonction de la demande, et la charge de travail de ces médecins est tout de même conséquente. L'organisation actuelle permet d'optimiser le temps de garde de chaque médecin.

Ce qui est encore faible pour le moment, c'est le niveau de la demande de la population envers le système de garde de médecine générale, surtout en comparaison aux autres Régions du pays. Cela peut s'expliquer de différentes manières : la spécificité de la population bruxelloise, une trop grande accessibilité aux services d'urgences, une offre de postes médicaux de garde encore trop limitée et trop peu de visibilité encore des postes médicaux de garde. Mais nous travaillons sur tous ces objectifs.

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

M. André du Bus de Warnaffe (cdH).- Cette réponse très documentée nous permet de comprendre l'évolution des accords et des enjeux.

Vous avez terminé votre réponse en faisant référence à la charge de travail. Je connais plusieurs médecins généralistes aujourd'hui à Bruxelles, et certains sont vraiment épuisés. Il faut tenir compte de cette situation.

Si je me souviens bien, lors d'un précédent débat, vous aviez annoncé que le 1733 serait opérationnel à partir de 2018. Cette date tient-elle toujours, ou l'anticipera-t-on ? Il faut en effet un certain temps pour que la population intègre un numéro d'appel de ce type : je crois qu'aujourd'hui le 100 n'existe plus et a été remplacé par le 112, mais quand on fait des sondages, les trois quarts de la population l'ignorent !

Il y a un réel enjeu à rencontrer pour que cela fonctionne et qu'on atteigne l'objectif de tri. Je suppose que si quelqu'un se présente aujourd'hui aux urgences, son cas est pris en charge même s'il n'est pas urgent. La question de l'orientation est donc fondamentale.

J'apprends aussi avec beaucoup d'intérêt que les différents outils de communication que vous aviez évoqués sont pour partie mis en place, ou en cours de finalisation avec une diffusion programmée.

Vous avez raison de dire que le KCE travaille parfois sur des hypothèses, mais c'est aussi son rôle. Le KCE peut parfois être créatif et donner des idées. Son hypothèse est intéressante, mais

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

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH) (in het Frans).- *Ik ken heel wat Brusselse huisartsen en sommigen zitten echt op hun tandvlees. Daar moet u rekening mee houden.*

U kondigde eerder aan dat het nummer 1733 in 2018 operationeel zou zijn. Is dat nog steeds de bedoeling, of wordt het nummer vroeger in gebruik genomen, zodat de burger alvast aan het nieuwe nummer kan wennen?

De patiënten zover krijgen dat ze naar de huisartsenwachtpost gaan, dat is de grootste uitdaging. Vandaag wordt iedereen die zich bij een spoeddienst aanmeldt geholpen, ook als het om niet dringende zorg gaat. Het is belangrijk dat patiënten met een niet-dringende zorgvraag de weg naar een wachtpost vinden.

Het is een goede zaak dat de geplande communicatie rond de huisartsenwachtposten stilaan vorm krijgt.

Het KCE werkt inderdaad soms rond hypothesen, maar dat hoort nu eenmaal bij de taak van het centrum. De hypothese van het KCE is interessant maar wordt blijkbaar in een internationale studie in vraag gesteld.

j'entends qu'une étude internationale ne renforce pas sa pertinence. Pour le reste, je vais prendre connaissance du compte rendu de la presse ! Mais la question principale reste celle du 1733.

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

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Vu l'accord qui est intervenu hier en début de soirée au niveau fédéral entre l'ensemble des parties (entités fédérales, médecins, etc.) sur l'utilisation du 1733, il appartiendra aux autorités fédérales, et pas aux autorités bruxelloises, de mettre en œuvre ce numéro puisqu'il est unique pour le pays. C'est ce qui m'a fait dire qu'on peut espérer que ce soit fait avant 2018 et que j'ai cité 2017, mais c'est "sous réserve".

Il faudra réaliser un travail de communication, d'information, et cela prendra du temps. En effet, tout comme certains continuent à utiliser le 100 au lieu du 112, ou comme d'autres continuent à parler en anciens francs pendant des dizaines d'années, il faudra probablement du temps avant qu'on intègre un nouveau numéro. Mais c'est une bonne nouvelle, parce que ce sera un appui pour le travail des médecins généralistes.

- *L'incident est clos.*

QUESTIONS ORALES

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

QUESTION ORALE DE M. ABDALLAH KANFAOUI

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

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

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College (in het Frans).- *Gisteren is er over het nummer 1733 een akkoord bereikt. Het is aan de federale overheid om die maatregel uit te voeren, aangezien het om een uniek nummer voor het hele land gaat. Hopelijk zal de maatregel nog voor 2018 in werking treden, maar niets is zeker.*

Er zal ook goed over de maatregel gecommuniceerd moeten worden. Net zoals er nog altijd mensen zijn die het nummer 100 bellen in plaats van het nummer 112, zal het tijd vragen voordat het nieuwe nummer ingang vindt. De maatregel is evenwel een goede zaak, aangezien het werk van de huisartsen erdoor ondersteund wordt.

- *Het incident is gesloten.*

MONDELINGE VRAGEN

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

MONDELINGE VRAAG VAN DE HEER ABDALLAH KANFAOUI

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

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

concernant "la mesure de l'impact sur la santé du wi-fi dans les transports en commun bruxellois".

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

La parole est à M. Kanfaoui.

M. Abdallah Kanfaoui (MR).- Les dangers potentiels des ondes émises par les objets connectés suscitent toujours des inquiétudes, bien légitimes, au sein de la population. L'annonce de l'arrivée du réseau wi-fi dans les transports en commun bruxellois en 2016 a notamment provoqué quelques réactions en ce sens.

Pour ce qui est des questions techniques et pratiques liées à l'installation et aux coûts du wi-fi dans les transports en commun, ma collègue se chargera de les aborder avec le ministre compétent. Ce que je vous demande ici ne concerne que la mesure de l'impact sur la santé des usagers de l'installation du réseau wi-fi.

Il s'agit pour le moment de bornes fixes en station, mais cela ne signifie pas que l'équipement des véhicules n'est pas à l'ordre du jour. La demande des usagers est là, un grand nombre d'entre eux, en tout cas, mettent à profit le temps, parfois appréciable, qu'ils passent dans les transports en commun et souhaitent bénéficier d'une connexion fiable à internet, qu'ils soient dans une station ou à bord d'un véhicule.

Pouvez-vous me dire si la récente étude menée par la STIB concernant le déploiement du wi-fi dans les transports en commun bruxellois comporte un volet dédié à la santé ? Le cas échéant, pouvez-vous nous en donner les constats principaux ? Pouvez-vous préciser quelles sources sont à l'origine de ces constats ?

Vos services ont-ils procédé à une étude de la

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

betreffende "de meting van de invloed van wifi op de gezondheid in het Brussels openbaar vervoer".

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

De heer Kanfaoui heeft het woord.

De heer Abdallah Kanfaoui (MR) *(in het Frans).*- *De bevolking maakt zich terecht zorgen over het potentieel stralingsgevaar van toestellen die online zijn. De aankondiging dat het Brusselse openbaar vervoer in 2016 wifi krijgt, lokte dan ook reacties uit.*

In eerste instantie gaat het om wifipalen in stations, maar dat betekent niet dat er geen wifi in de voertuigen zal komen. Veel reizigers zijn daarvoor vragende partij, omdat ze hun reistijd nuttig willen gebruiken.

Bevat de recente studie van de MIVB naar de introductie van wifi op het openbaar vervoer een hoofdstuk over de gezondheid? Wat zijn de belangrijkste bevindingen? Waarop zijn die gebaseerd?

Hebben uw diensten de impact van wifi op de volksgezondheid onderzocht?

Hebt u met uw collega's van de andere beleidsniveaus hierover van gedachten gewisseld? Hebt u contact gehad met de TEC, De Lijn of de NMBS, die al met gelijkaardig projecten bezig zijn?

In Vlaanderen rijden er honderden bussen en trams die uitgerust zijn met wifi. Misschien ging daar onderzoek naar de invloed van wifi op de gezondheid aan vooraf. Kunt u ons daar meer over vertellen?

question de l'impact sanitaire du wi-fi sur la population ? Dans l'affirmative, en quoi a consisté cette étude ? S'agissait-il d'un état des lieux ?

Avez-vous demandé à vos collègues des autres niveaux de pouvoir de lancer une réflexion sur la question ? Des contacts ont-ils été pris par exemple avec les TEC, De Lijn ou la SNCB, sociétés qui mettent également de tels projets en marche ? Les mêmes questions liées à la santé doivent s'y être posées.

On sait que la Flandre a déjà rendu de pareilles installations opérationnelles dans plusieurs centaines de ses véhicules. La question de l'impact de ce réseau wi-fi sur la santé des passagers a peut-être été documentée et débattue à cette occasion. Pouvez-vous me dire ce qu'il en est ?

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

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Il n'y a pas de volet santé dans l'étude réalisée par la STIB en vue de l'installation du wi-fi sur le réseau. Cependant, tout est mis en œuvre pour que le wi-fi qui sera installé respecte les normes en vigueur.

Les ondes utilisées en radiocommunication et leurs effets potentiels sur la santé font régulièrement la une de l'actualité. Alors qu'il n'y a pas de consensus au sein de la communauté scientifique sur les effets avérés des champs micro-ondes dont les sources se multiplient, des voix s'élèvent pour réclamer l'application du principe de précaution.

Dans ce contexte, bien qu'il n'existe pas de consensus scientifique concernant les effets des ondes électromagnétiques sur la santé et l'environnement, la Région de Bruxelles-Capitale applique le principe de précaution en adoptant une norme visant à limiter l'exposition du public aux radiations non ionisantes.

Cette norme est de 6V/m pour une fréquence de référence de 900MHz pour toutes les zones accessibles au public, à tout moment. Elle est fixée par l'ordonnance du 1er mars 2007 modifiée le 10 mai 2014 relative à la protection de

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

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College (in het Frans).- *De MIVB-studie over de installatie van wifi in het openbaar vervoer ging niet over de volksgezondheid. Niettemin stellen we alles in het werk om de wifistraling onder de geldende normen te houden.*

De mogelijke invloed van radiogolven op de gezondheid is regelmatig voorpaginieuws. Hoewel er onder wetenschappers daarover geen eensgezindheid bestaat, gaan er stemmen op om het voorzorgsprincipe te hanteren. Dat doet het Brussels Hoofdstedelijk Gewest met de vastlegging van een norm die de blootstelling van de bevolking beperkt tot niet-ioniserende straling.

Die norm bedraagt op openbare plaatsen in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest 6 V/m voor een referentiefrequentie van 900 MHz. Dat is een van de strengste normen ter wereld. Hij is honderdmaal strenger dan wat de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) aanbeveelt en vijftienvijf keer strenger dan de oude Belgische norm.

Volgens de Hoge Gezondheidsraad gaat de Brusselse norm uit van het voorzorgsprincipe, omdat hij rekening houdt met de onzekerheden over de invloed van elektromagnetische straling

l'environnement et votée par le parlement de la Région de Bruxelles-Capitale.

C'est une des normes les plus strictes au monde. Elle est cent fois plus stricte que celle recommandée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et vingt-cinq fois plus stricte que l'ancienne norme belge fédérale.

Selon le Conseil supérieur de la santé, la norme bruxelloise tient compte du principe de précaution puisqu'elle recouvre les incertitudes quant aux effets des ondes électromagnétiques sur la santé et à l'exposition de personnes éventuellement sensibles, comme les enfants et les femmes enceintes.

La norme d'émission de 6V/m s'applique également aux antennes wi-fi publiques. Ces dernières ne sont ni soumises à déclaration pour les antennes indoor, ni à permis d'environnement pour les antennes outdoor, pour autant qu'elles soient autorisées en vertu de l'arrêté ministériel du 19 octobre 1979 relatif aux radiocommunications privées ou de tout autre disposition qui le remplacerait.

Cet arrêté ministériel limite leurs puissances d'émission. Cela a pour conséquence qu'à de faibles distances des antennes wi-fi, la norme de 6V/m est respectée :

- à 29cm de distance pour les antennes d'une puissance de 100mW PIRE ;

- à 41cm de distance pour les antennes d'une puissance de 200mW PIRE ;

- à 91cm pour les antennes d'une puissance de 1W PIRE.

Pour information, l'intensité du champ électrique est une grandeur vectorielle qui correspond à la force exercée sur une particule chargée, indépendamment de son déplacement dans l'espace. Elle est exprimée en V/m. La puissance PIRE est la puissance considérée pour le classement d'une antenne. Cette dernière est classée à partir de 800mW PIRE même si ce n'est pas strictement sa puissance d'émission. On tient compte également du gain de l'antenne qui amplifie le faisceau du rayonnement dans une

op de gezondheid en de blootstelling van mogelijk gevoelige personen, zoals kinderen en zwangere vrouwen.

De emissienorm van 6 V/m is ook van toepassing op openbare wifiantennes, al hoeven die niet gemeld te worden en hoeft er geen milieuvergunning voor aangevraagd te worden, op voorwaarde dat ze toegestaan zijn volgens het ministerieel besluit van 19 oktober 1979 betreffende de private radioverbindingen of andere wetgeving die dat besluit vervangt.

Het ministerieel besluit beperkt het emissievermogen, waardoor de norm van 6 V/m in de buurt van wifiantennes niet overschreden wordt:

- op 29 cm afstand voor antennes van 100 mW equivalent isotropisch uitgestraald vermogen;

- op 41 cm afstand voor antennes van 200 mW equivalent isotropisch uitgestraald vermogen;

- op 91 cm afstand voor antennes van 1 W equivalent isotropisch uitgestraald vermogen.

De intensiteit van het elektrische veld is een vectorgrootte die overeenstemt met de kracht die op een geladen deeltje uitgeoefend wordt, ongeacht de verplaatsing die het in de ruimte maakt, en wordt uitgedrukt in V/m. Het equivalent isotropisch uitgestraald vermogen is de kracht waarmee antennes onderverdeeld worden en geldt vanaf 800 mW equivalent isotropisch uitgestraald vermogen, al is dat strikt genomen niet het emissievermogen. De norm houdt ook rekening met de versterking van de stralingsbundel in één richting. Die is lichtjes hoger dan het emissievermogen van de antenne, maar de milieu-impact ervan is representatiever.

Het komt erop neer dat als de antennes niet op minder dan 29 tot 91 cm afstand staan, ze altijd onder de norm van 6 V/m blijven.

direction. On obtient alors la puissance PIRE qui est la puissance isotope rayonnée équivalente. Elle est plus élevée que la puissance d'émission d'une antenne, mais plus représentative de son impact environnemental.

Ceci signifie donc que tant que les antennes ne sont pas disposées à moins de 29 à 91cm de distance, elles respecteront par définition la norme de 6 V/m en tout temps.

Il est donc, en tout état de cause, suggéré à la STIB de placer les antennes à plus de 21 à 91cm des lieux où des voyageurs peuvent séjourner de manière prolongée, et ce, en fonction de la longueur d'onde utilisée. Cette distance nous donne toutes les garanties et raisons d'être apaisés. Il n'y aurait en effet aucun intérêt à placer ces antennes à portée de bras, ne fut-ce que pour les protéger des actes de vandalisme. Ces antennes seront donc plutôt placées à une distance de 1,5 à 2m.

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

M. Abdallah Kanfaoui (MR).- À défaut d'un volet santé dans le plan de déploiement du wi-fi dans les transports publics bruxellois et d'un consensus scientifique, comme vous l'avez évoqué, je vous remercie pour votre réponse technique, avec des détails physiques, qui permet de rassurer.

Concernant le déploiement du wi-fi dans les transports publics en Flandre, avez-vous eu des informations concernant son impact sur la santé ?

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Il est inutile de multiplier les études ou de refaire des études déjà réalisées en amont. Il existe des normes qui sont le résultat d'avis donnés par des milieux scientifiques, et il faut que chacun respecte ces normes.

Comme vous le savez, le médecin qui applique des procédures ne refait pas les expériences qui ont permis de les élaborer sur le plan médical ; il fait confiance aux autorités, qui sont ses pairs, et dès qu'une procédure a passé le cap de

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

De heer Abdallah Kanfaoui (MR) *(in het Frans).*- *Uw technisch antwoord is geruststellend, hoewel er geen studie werd uitgevoerd over de gezondheidsimpact van wifi in het openbaar vervoer en er geen wetenschappelijke consensus bestaat.*

Hebt u informatie over de gezondheidsimpact van wifi in het openbaar vervoer in Vlaanderen?

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College *(in het Frans).*- *Het heeft geen zin om eerder gedane studies te herhalen. De normen zijn gebaseerd op wetenschappelijke adviezen.*

De MIVB, De Lijn, de TEC of en de NMBS vertrouwen op de bepalingen, waarnaar ik verwees, die het resultaat zijn van wetenschappelijke studies.

l'autorisation médicale, il n'y a pas lieu de reproduire des études d'incidence ou autres.

De la même manière, la STIB, De Lijn, les TEC ou la SNCB se réfèrent aux dispositions que je vous ai mentionnées, qui sont basées sur des appréciations confortées par des études scientifiques.

- *L'incident est clos.*

QUESTION ORALE DE M. ANDRÉ DU BUS DE WARNAFFE

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

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

concernant "le financement du service Tabacstop".

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

La parole est à M. du Bus de Warnaffe.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH).- Le service Tabacstop est une initiative de la Fondation contre le cancer. Il s'agit d'un service gratuit auquel nous pouvons nous adresser si nous désirons de l'aide pour arrêter de fumer. Différentes formules sont proposées, comme le coaching téléphonique, un accompagnement en ligne, un test de dépendance disponible sur le site, des brochures, etc.

Le service Tabacstop rencontre de plus en plus de succès. Un communiqué de presse datant du 22 février 2016 nous informe des derniers chiffres concernant le service. Huit fumeurs sur dix connaissent le service d'aide Tabacstop au

- *Het incident is gesloten.*

MONDELINGE VRAAG VAN DE HEER ANDRÉ DU BUS DE WARNAFFE

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

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

betreffende "de financiering van de dienst Tabakstop".

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

De heer du Bus de Warnaffe heeft het woord.

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH) (in het Frans).- *Tabakstop, een initiatief van de Stichting tegen Kanker, is een gratis dienst voor wie wil stoppen met roken.*

Tabakstop kent steeds meer succes: acht op de tien rokers die willen stoppen, blijken de dienst te kennen. In 2015 bezochten 230.000 personen de website van Tabakstop, wat een stijging met 22% ten opzichte van 2014 inhoudt. In totaal namen 20.000 personen in 2015 contact op met de dienst. Dat zijn mooie cijfers.

Toch is de toekomst voor Tabakstop onzeker. Voor de zesde staatshervorming financierde de federale

moment où ils veulent arrêter. Le site internet de Tabacstop a comptabilisé 230.000 visiteurs en 2015, soit une progression de 22% par rapport à 2014. Au total, Tabacstop comptabilise 20.000 contacts pris via ses différents services en 2015. Ce sont des chiffres particulièrement positifs et dont nous pouvons nous réjouir.

Cependant, même si le fonctionnement de Tabacstop est reconnu en Belgique, son avenir est loin d'être assuré. En effet, avant la sixième réforme de l'État, ce service était financé par le pouvoir fédéral à travers le Fonds fédéral de lutte contre les assuétudes. Depuis 2015, ce service dépend des entités fédérées. Les trois Régions sont donc compétentes pour le financement de ce service. La Région flamande finance le service Tabacstop à travers une convention pluriannuelle, alors qu'au niveau francophone, aussi bien en Région bruxelloise qu'en Région wallonne, nous avons affaire à une subvention annuelle. Ce mode de financement perturbe grandement la continuité du travail fourni par Tabacstop et instaure un sentiment d'insécurité quant à l'avenir de l'institution.

Envisagez-vous de revoir le mode de financement du service Tabacstop pour passer à un mode de financement pluriannuel ? Si oui, comment ?

Par ailleurs, les différents types de financement peuvent créer un déséquilibre entre les Régions. Il existe un risque que le financement de la Cocom ne soit pas renouvelé pour 2016.

Vous nous l'aviez annoncé lors de la Commission de la santé du 24 février 2016, "nous procéderons à l'évaluation des projets en cours sur la base des rapports annuels qui devront être fournis par les institutions bicommunautaires à la Cocom. Dans les semaines qui viennent, les collaborateurs de nos cabinets respectifs se concerteront avec les organisations précitées pour se prononcer sur la prolongation de leurs projets".

Je rappelle que l'inscription du numéro de téléphone de Tabacstop (0800.111.00) correspond à une obligation belge. En effet, depuis le 1er janvier 2011, un arrêté royal stipule l'apparition obligatoire de cette mention sur tous les paquets de cigarettes.

regering de dienst via het federale Fonds ter bestrijding van de verslavingen. Sinds 2015 is de financiering van Tabakstop een gewestbevoegdheid. Het Vlaams Gewest financiert Tabakstop via een meerjarige overeenkomst. Het Waals en het Brussels Gewest doen dat via een jaarlijkse subsidie, waardoor er bij Tabakstop een gevoel van onzekerheid over de toekomst is ontstaan.

Bent u van plan om voor Tabakstop een financiering over meerdere jaren uit te werken? Hoe wilt u dat doen?

Bovendien kunnen de verschillende financieringswijzen leiden tot een wanverhouding tussen de gewesten. Het risico bestaat dat de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC) haar financiering voor 2016 niet verlengt.

In de commissie voor de Gezondheid van 24 februari kondigde u aan dat u aan de hand van de jaarverslagen zou beslissen welke projecten u zou verlengen.

Sinds 1 januari verplicht een koninklijk besluit trouwens de vermelding van het telefoonnummer van Tabakstop op elk pakje sigaretten.

Overweegt u met de andere gewesten een samenwerkingsakkoord over de subsidievoorwaarden?

Ten slotte wil ik aankaarten dat het algemeen beleid in verband met de strijd tegen tabak niet altijd coherent is. Zo kent de GGC subsidies toe aan instellingen die het tabaksgebruik bestrijden, terwijl de Franse Gemeenschappelijke Commissie (Cocof) vooral een beleid tegen roken uitwerkt. Zet dat geen rem op de ontwikkeling van een algemeen en samenhangend gezondheidsbeleid?

Ik heb mevrouw Jodogne dezelfde vraag gesteld. Zij bevestigde dat ze samenhang nastreeft.

Afin d'éviter ce risque d'incohérence entre les Régions, un accord de coopération sur les modalités de subventions est-il envisageable ? Quels contacts entretenez-vous avec les autres entités à ce propos ?

Pour terminer, je tiens à soulever une certaine incohérence dans la gestion globale des politiques de promotion et de lutte contre le tabac. En effet, la Cocom décide des subventions de certaines institutions luttant contre le tabagisme, alors que la Cocof élabore les politiques de promotion de la santé et par conséquent les politiques de lutte contre le tabac. N'y a-t-il pas un risque d'incohérence entre l'élaboration des politiques de promotion de la santé qui relèvent de la Cocof et leur opérationnalisation à travers le financement de certains acteurs par la Cocom ?

J'avais posé une question analogue à votre collègue Cécile Jodogne. Dans sa réponse, elle nous avait bien affirmé sa volonté de cohérence. Je l'ai bien enregistrée. Cependant, la question demeure : n'est-ce pas un frein institutionnel au bon développement d'une politique globale et cohérente en matière de promotion de la santé ?

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

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Le 24 février dernier, je répondais déjà à vos questions sur la reprise, à la suite de la sixième réforme de l'État, du fonds de lutte contre les assuétudes, transféré aux Communautés. Je vous ai alors précisé qu'en 2016 nous allions procéder à l'évaluation des projets en cours, sur la base des rapports annuels qui doivent être remis par les institutions bicommunautaires concernées à la Cocom. Les rapports d'activités et financiers devaient être déposés pour le 31 mars 2016.

Nos cabinets procèdent à l'évaluation globale du travail réalisé par chacune des institutions en 2015. Comme je vous l'ai dit le 24 février, les collaborateurs de nos cabinets respectifs se concertent avec les institutions concernées, telles que la Fondation contre le cancer, pour se prononcer sur la prolongation de leurs projets. Les premiers contacts ont par ailleurs déjà été pris.

En ce qui concerne le projet Tabacstop de la

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

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College (in het Frans).- *Het klopt dat ik op 24 februari gezegd heb dat ik de lopende projecten zal evalueren aan de hand van de jaarverslagen die de bicommunautaire instellingen voor 31 maart aan de GGC moeten bezorgen. Daarvoor overleggen kabinetsmedewerkers met de betrokken instellingen, waaronder ook de Stichting tegen Kanker. De eerste contacten werden al gelegd.*

Het Vlaams Gewest koos na de zesde staatshervorming voor een andere financieringsmethode dan het Waals en het Brussels Gewest. Het deed een oproep voor projecten in verband met preventie van tabaksgebruik en begeleiding van kandidaat-stoppers voor de jaren 2016 tot 2020. Een aantal instellingen, waaronder de Stichting tegen Kanker, heeft daarop een consortium gevormd om een tabaksplan voor de komende vijf jaar uit te werken.

Fondation contre le cancer, il est exact qu'en 2015, le processus de reprise à la suite de la sixième réforme de l'État a été différent en Flandre. La Communauté flamande a en effet lancé un appel afin de mettre en place une politique de prévention et d'accompagnement à l'arrêt tabagique pour les années 2016 à 2020. Plusieurs institutions, dont la Fondation contre le cancer, ont répondu à cet appel et ont formé un consortium afin d'établir un plan de politique tabac pour les cinq années à venir.

Nous ne pouvons gommer la complexité institutionnelle de la Région de Bruxelles-Capitale depuis sa création en 1989.

Si cela ne dépendait que de moi, je puis vous assurer que l'organisation régionale serait toute différente. Hélas, cela ne dépend pas que de moi. Il faut faire avec cette complexité institutionnelle : vous, moi, votre parti, le mien et tous les autres.

Nous sommes donc tenus de nous concerter avec les autres entités fédérées compétentes, y compris celles faisant partie de la Région bruxelloise. Cessons cependant ce jeu de questions-réponses à somme nulle. Nous nous rencontrons bel et bien en Région bruxelloise. Peut-être est-ce parfois un peu plus difficile quand on doit discuter avec d'autres entités de ce pays... Il faudrait donc arrêter de nous demander si nous rencontrons Mme Jodogne ou M. Vanhengel de temps en temps et si nous nous parlons. La réponse est évidente : bien entendu nous nous concertons, bien sûr nous essayons de gommer au niveau bruxellois un maximum de difficultés liées à notre complexité institutionnelle. Cependant, cela reste fort rigide puisqu'il s'agit d'entités fédérées différentes, d'institutions politiques différentes, etc.

Comme je vous l'ai dit, si cela ne tenait qu'à moi, j'agiterais ma baguette magique pour tout régler à Bruxelles. Comme je ne suis pas en possession de cette baguette - et personne ne semble l'avoir -, il faut faire avec.

Oui, une autre méthode de financement de l'ensemble des projets liés à la lutte contre le tabagisme n'est pas exclue à l'avenir. Tout cela doit être examiné à la lumière du Plan de santé bruxellois (PSB) qui contiendra un volet

De werking van de instellingen in het Brussels Gewest was altijd al complex.

Als het aan mij lag, dan was het gewest helemaal anders georganiseerd. Jammer genoeg kan ik daar in mijn eentje niets aan veranderen.

We zijn verplicht om met de andere gemeenschappen en gewesten te overleggen, ook binnen het Brussels Gewest. U moet echter ophouden met zinloze vragen te stellen. Uiteraard overleggen de Brusselse ministers regelmatig met elkaar en uiteraard proberen wij binnen Brussel zo veel mogelijk problemen die met de complexe structuur van het gewest te maken hebben, weg te werken. Eenvoudig is dat echter niet.

Ik sluit niet uit dat de projecten met betrekking tot het tabaksgebruik in de toekomst in het kader van het Brussels Plan voor de gezondheidszorg op een andere manier gefinancierd worden. Dat plan valt overigens hoofdzakelijk onder de bevoegdheid van de gemeenschappen.

Ik werk momenteel aan een gezondheidsplan dat over meerdere jaren loopt, zoals in Vlaanderen.

Het is de bedoeling om met het Brussels Plan voor de gezondheidszorg de basis te leggen voor een gezondheidsbeleid dat over meerdere jaren is gespreid.

Ik ben zeker voorstander van gezamenlijke subsidiëringvoorwaarden voor gemeenschappelijke projecten, maar dan moeten alle partijen daar wel voor te vinden zijn en samen rond de tafel gaan zitten.

De GGC wil haar rol als overleg- en coördinatieorgaan tussen de twee gemeenschappen opnemen. Ik zal dit punt dan ook bespreken met de Waalse, Vlaamse en Brusselse collega's en op de agenda van de Algemene Cel Drugsbeleid (ACD) zetten, waar het tabaksgebruik ook aan bod komt.

Ik streef naar een zo samenhangend mogelijk beleid met betrekking tot de strijd tegen het tabaksgebruik en de rampzalige gevolgen ervan voor de gezondheid. Daarnaast zijn er Europese richtlijnen, die in Brusselse regelgeving moeten worden omgezet.

prévention santé. Ce dernier sera d'ailleurs piloté par les entités communautaires bruxelloises. Si nous ne nous parlions pas, M. Vanhengel et moi-même aurions pu nier l'existence de Mme Jodogne ou de M. Vanhengel avec sa casquette de ministre à la VGC. Nous n'avons pas voulu agir de cette manière, car le plus grand volet des politiques de prévention est dévolu, en raison de l'alchimie institutionnelle, essentiellement et prioritairement aux entités communautaires.

Nous développerons une stratégie sur plusieurs années du plan santé, sur le modèle de la Flandre, avantagée toutefois par la fusion institutionnelle qu'elle a opérée entre la Communauté et la Région.

Une autre méthode de financement de l'ensemble des projets "tabac" n'est pas exclue à l'avenir. Tout cela doit être examiné à la lumière du Plan Santé bruxellois qui contiendra un volet prévention santé et dont l'objectif est de jeter les bases d'une politique santé qui pourra s'étendre sur plusieurs années.

En ce qui concerne votre question sur un possible accord de collaboration réglant les modalités de subventionnement de projets communs, nous sommes certainement partie prenante. Il faut bien entendu que toutes les parties partagent la même volonté et se mettent autour de la table.

Comme je vous l'ai signalé le 24 février, la Commission communautaire commune (Cocom) souhaite, en accord avec la Constitution, jouer pleinement son rôle d'organe de concertation et de coordination entre les deux Communautés. Nous leur avons confié le volet prévention dans le plan santé. Nous prendrons donc contact avec nos collègues flamands, wallons et bruxellois pour aborder cette question spécifique et mettre ce point à l'agenda de la Cellule générale de politique drogues (CGPD) où la question du tabac est également abordée.

Nous souhaitons en effet privilégier au maximum la cohérence des politiques liées à la lutte contre le tabac et ses effets désastreux sur la santé. Par ailleurs, comme vous le soulignez nous devons tenir compte également des directives européennes qui s'imposent à nous. Celles-ci doivent être transposées dans notre réglementation.

Op elke verpakking van tabaksproducten staan gezondheidswaarschuwingen en informatie in verband met het stoppen met roken. Vanaf mei 2016 moeten het telefoonnummer en de website van Tabakstop op alle pakjes roltabak in België vermeld staan.

Chaque unité de conditionnement ainsi que tout emballage extérieur des produits du tabac à fumer porte des avertissements sanitaires et des informations relatives au sevrage tabagique, tels que des numéros de téléphone, des adresses électroniques ou des sites internet. C'est ainsi que devront apparaître en mai 2016, le numéro et le site de Tabacstop sur les nouveaux paquets de tabac à rouler qui seront mis à la vente en Belgique.

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

M. André du Bus de Warnaffe (cdH).- Personne n'a souhaité la complexité institutionnelle que nous connaissons. Ce n'était pas un objectif en soi. C'est le résultat de compromis bruxellois intracommunautaires, mais c'est un résultat qui est en évolution permanente. Vous le savez aussi bien que moi, la réalité institutionnelle bruxelloise n'est pas figée et elle sera amenée un jour ou l'autre à évoluer.

Dans cette perspective, il est de notre devoir de dire, et ce faisant nous plaidons pour les associations, que ce modèle reste inconfortable et qu'il génère des risques d'incohérence, et qu'il faudra un jour arriver à un autre modèle qui permette davantage d'efficience, de stabilité et d'efficacité à l'égard notamment des associations actives dans le secteur de la promotion de la santé.

Pour le reste, j'attendrai le résultat de votre concertation avec les autres entités.

Je plaide pour qu'on arrive à un modèle de subventions pluriannuelles pour Tabacstop, d'autant que, comme vous venez de le rappeler, l'obligation de faire figurer son numéro sur les paquets de tabac à rouler sera effective dans très peu de temps. Cette obligation coule en effet dans le marbre le fait que Tabacstop reste et sera l'institution de référence pour la lutte contre le tabac.

À ce titre, il est important de pouvoir rassurer cette institution, comme le fait aujourd'hui la Flandre, en passant à un mode de subvention pluriannuel. Pour le reste, je ne me fais aucune inquiétude sur la nature des relations permanentes

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

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH) (*in het Frans*).- *De institutionele complexiteit in Brussel is het resultaat van compromissen. Vroeg of laat moet daar verandering in komen.*

Ik vind het dan ook mijn plicht om te blijven zeggen dat dit model niet goed werkt en het risico op een onsamenhangend beleid inhoudt. Brussel heeft een model nodig dat meer efficiëntie en stabiliteit brengt, in hoofdzaak voor de verenigingen in de sector van de gezondheids promotie.

Ik wacht het resultaat van uw overleg met de andere deelstaten af.

Ik pleit ervoor dat Tabakstop een meerjarensubsidie krijgt, zeker nu het telefoonnummer ervan verplicht op de pakjes roltabak komt. Daardoor is en blijft Tabakstop de belangrijkste speler in de strijd tegen het tabaksgebruik.

Met een meerjarensubsidie kan Tabakstop zijn werking blijven voortzetten. Daarnaast maak ik mij hoegenaamd geen zorgen over uw goede relatie met de heer Vanhengel en uw collega van de Franse Gemeenschapscommissie, mevrouw Jodogne.

et conviviales que vous entretenez avec M. Vanhengel et votre collègue de la Cocof, Mme Jodogne.

- *L'incident est clos.*

QUESTION ORALE DE M. ANDRÉ DU BUS DE WARNAFFE

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

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

concernant "les investissements dans le secteur des hôpitaux".

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

La parole est à M. du Bus de Warnaffe.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH).- Le week-end du 5 et 6 mars paraissait dans la presse un article intitulé "À l'hôpital, c'est parfois Docteur Jekyll et Mister Hyde", traitant des investissements dans le secteur des hôpitaux. Il signale que "depuis le 1er janvier 2015, le secteur doit faire face à un double écueil. D'une part, la compétence relative aux investissements est transférée à 100% vers les Régions et Communautés. La compétence... mais pas encore tous les budgets : les entités fédérées estiment aujourd'hui qu'il leur manque 230 millions d'euros pour assumer sans discontinuer les engagements du niveau fédéral. D'autre part, la technique de la budgétisation a vécu, sacrifiée sur l'autel des nouvelles régies comptables européennes."

Nous sommes donc confrontés à deux chantiers :

- le transfert total de la compétence relative aux

- *Het incident is gesloten.*

MONDELINGE VRAAG VAN DE HEER ANDRÉ DU BUS DE WARNAFFE

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

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

betreffende "de investeringen in de ziekenhuissector".

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

De heer du Bus de Warnaffe heeft het woord.

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH) (*in het Frans*).- *In de pers verscheen begin maart een artikel over de investeringen in de ziekenhuissector. De sector zou sinds 1 januari 2015 met een dubbel probleem kampen. De investeringsbevoegdheid werd volledig naar de gewesten en gemeenschappen overgeheveld, maar niet de kredieten. Daardoor zouden de deelstaten 230 miljoen euro tekortkomen om de federale verbintenissen na te komen.*

Bovendien moeten de deelstaten met de nieuwe Europese boekhoudkundige regels rekening houden. Wallonië boekt op dat vlak grote vooruitgang, terwijl Brussel nog altijd over een nieuwe formule nadenkt. Het Waals Gewest raadpleegt momenteel de sector, brengt de behoeften in kaart en werkt nieuwe financieringsinstrumenten uit.

investissements dans les hôpitaux, qui fait référence au plan de santé ;

- les nouvelles règles comptables européennes en lien avec le SEC 2010, le système européen des comptes.

En ce qui concerne ce dernier point, l'article mentionne que la Wallonie avance à grands pas, alors que Bruxelles réfléchit toujours à une nouvelle formule. La Région wallonne consulterait le secteur, tenterait d'établir un nouveau cadastre des besoins et créerait de nouveaux outils de financement.

Comment évoluent vos contacts avec le secteur en termes de consultations, de cadastre des besoins et de nouveaux outils de financement ? Pouvez-vous nous indiquer les éléments de réflexion en cours au niveau de la Cocom, ainsi que le calendrier éventuel des futurs changements dans le dispositif de l'ordonnance ?

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

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Dans votre question, vous faites la comparaison avec une Région wallonne qui avancerait à grands pas. Fort bien ! Mais comparaison n'est pas raison. Les réalités de terrain et ses contraintes ne sont pas forcément comparables entre entités politiques.

Comme vous le savez et comme vous le rappelez d'ailleurs, la compétence du financement des infrastructures hospitalières a été pleinement transférée, dans le cadre de la sixième réforme de l'État, au 1er janvier 2016. Cela signifie qu'à cette date, la Cocom supporte la charge financière des investissements hospitaliers du passé, alors même que les montants continuent à être liquidés par l'administration fédérale pour compte de la Cocom.

Par "investissements du passé", on entend les trois catégories suivantes, telles que prévues par la loi spéciale relative au financement des Communautés et des Régions :

- les investissements qui ont fait l'objet d'un

Raadpleegt u de Brusselse sector? Welke opties bestudeert de GGC? Wanneer zal de ordonnantie aangepast worden?

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

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College (in het Frans).- *Volgens u zou het Waals Gewest in dit dossier grote vooruitgang geboekt hebben. De realiteit op het terrein is echter niet noodzakelijk dezelfde als in Brussel.*

De financiering van de ziekenhuisinfrastructuur werd op 1 januari 2016 naar de gemeenschappen overgeheveld. Sindsdien draagt de GGC dus de financiële last van de ziekenhuisinvesteringen uit het verleden, ook al is het de federale administratie die de bedragen voor rekening van de GGC blijft vereffenen.

Voor de investeringen uit het verleden onderscheidt de Bijzondere Financieringswet drie categorieën:

- investeringen die uiterlijk op 31 december 2015 het voorwerp hebben uitgemaakt van een eerste aflossing;

- nieuwbouw of prioritaire verbeteringswerken die door de gemeenschappen worden gesubsidieerd en die in de bouwkalender van het

premier amortissement au plus tard le 31 décembre 2015 ;

- les nouvelles constructions ou les travaux de reconditionnement prioritaires subsidiés par les entités fédérées, pour autant que les investissements aient été prévus dans le calendrier de construction prévu par le protocole d'accord conclu dans le cadre de la conférence interministérielle (CIM) de la santé publique du 19 juin 2006 ;

- les travaux de reconditionnement non prioritaires, pour autant que les investissements soient conformes aux règles fédérales en vigueur et soient entamés avant le 31 décembre 2015.

Pour ces trois catégories, les hôpitaux bénéficient d'une garantie de financement. Cela signifie que la Cocom doit couvrir les dépenses annuelles liées à ces investissements.

Sur la base des derniers chiffres connus :

- le montant lié aux "charges du passé" s'élève à 69.506.597 euros (dernier chiffre liquidé) ;

- le montant de dotation liée à cette matière s'élève à 52.993.599 euros (montant inscrit au budget de la Cocom de 2016).

Je ne dois donc pas vous expliquer plus longtemps le défi financier auquel nous sommes confrontés. À ce stade, il s'agit d'un déficit de 16 millions d'euros.

Dans les années suivantes, les montants de dépenses vont évoluer à la baisse (fin d'amortissement) et surtout à la hausse, car une série d'investissements ne seront comptabilisés dans les dépenses qu'à partir du premier amortissement. Or, certains travaux prévus au calendrier n'ont pas encore fait l'objet d'amortissement. On parle de chantiers importants tels que le New Bordet et Delta.

Vous comprendrez donc que notre priorité est de trouver comment couvrir les charges du passé. Les discussions sont toujours en cours avec le niveau fédéral à cet égard. Cela signifie également qu'aucune marge n'est disponible pour les politiques futures dans le cadre de la dotation

protocolakkoord van 19 juni 2006 staan;

- niet prioritaire verbeteringswerken, voor zover de investeringen conform zijn aan de federale regels en voor 31 december 2015 aangevangen werden.

Voor die drie categorieën investeringen genieten de ziekenhuizen een financieringswaarborg. De GGC moet dus de jaarlijkse uitgaven dekken die aan die investeringen verbonden zijn.

Volgens de jongste cijfers bedraagt de kost voor de lasten uit het verleden 69.506.597 euro (laatste betaling) en de dotatie 52.993.599 euro (het bedrag dat is ingeschreven op de GGC-begroting 2016). Het tekort bedraagt dus 16 miljoen euro.

De komende jaren zullen bepaalde uitgaven verdwijnen (einde van de aflossingen), maar er zullen ook uitgaven bijkomen, aangezien een aantal investeringen pas op het ogenblik van de eerste aflossing als uitgaven begroot zullen worden. Het gaat om grote dossiers, zoals New Bordet en Delta.

U begrijpt dat wij dringend een oplossing moeten vinden voor de lasten uit het verleden. De gesprekken met de federale overheid zijn nog aan de gang. Momenteel is er geen begrotingsmarge voor nieuwe beleidsmaatregelen.

De toekomstige situatie van de bicommunautaire ziekenhuizen in Brussel is niet dezelfde als die van de Waalse en Vlaamse ziekenhuizen. De Brusselse ziekenhuisinfrastructuur is recenter en de financiering van de heropbouw van een aantal ziekenhuizen werd nog voor de zesde staatshervorming geregeld. Wij kunnen dus redelijkerwijze aannemen dat de Brusselse behoeften minder groot zullen zijn dan in Vlaanderen of Wallonië. U zegt dat het dossier vooruitgaat in Wallonië, maar Wallonië heeft heel wat achterstand op investeringsvlak en moet heel wat tekorten wegwerken.

Wij hebben geen projectoproep uitgeschreven, maar dat wil niet zeggen dat wij niets gedaan hebben. De administratie, mijn medewerkers en ikzelf hebben eind 2015 niet alleen de ziekenhuiskoopels ontmoet, maar ook alle ziekenhuisdirecties om een stand van zaken op te

transférée.

En ce qui concerne l'avenir, comme je vous le disais en préambule, les hôpitaux bicommunautaires de Bruxelles ne sont pas dans la même situation que leurs collègues wallons ou flamands. Le parc immobilier des hôpitaux bruxellois est plus récent que celui des deux autres Régions et les grands chantiers nécessaires à la reconstruction de certains hôpitaux étaient déjà couverts par la réglementation avant sixième réforme de l'État. Nous pouvons donc raisonnablement penser que les besoins seront moins importants qu'en Flandre ou en Wallonie. Si vous me dites que cela avance en Wallonie, on ne peut pas dire qu'elle ait donné la solution pour avancer vu les déficits que la Région wallonne doit couvrir à ce stade et les retards pris en termes d'investissements.

Nous n'avons effectivement pas lancé un grand appel à projets pour le futur. Cela ne veut pas dire que nous n'avons rien fait. Une concertation est menée de manière suivie tant avec les coupoles hospitalières qu'avec les directions hospitalières individuelles. Tous les hôpitaux ont été rencontrés individuellement par mes collaborateurs, l'administration et moi-même, à la fin de l'année 2015. Ces rencontres ont permis de faire le point sur l'achèvement de tous les travaux planifiés et sur les éventuels besoins futurs. Ces rencontres nous ont confirmé notre analyse quant aux besoins futurs.

À ce stade, nous avons plusieurs axes de travail pour la future réglementation.

Dans le moyen terme, 5 à 10 ans, voire à long terme, les besoins de reconstruction se situeraient plutôt dans le secteur de la psychiatrie au sens large. Il ne s'agit pas seulement des hôpitaux, mais également des autres structures d'hébergement qui ont besoin d'être développées à Bruxelles : initiatives d'habitations protégées, maisons de soins psychiatriques...

Nous devons continuer à financer l'entretien du parc hospitalier afin de garder l'outil en bon état. Le mode de financement doit sans doute être revu dans une optique de forfaitarisation.

Les investissements futurs devront s'adapter aux

maken over de voltooiing van de geplande werken en de toekomstige behoeften.

Wij onderzoeken momenteel verscheidene opties voor de opmaak van nieuwe regelgeving betreft. Op middellange en lange termijn zullen de nieuwbouwbehoeften het grootst zijn in de psychiatrische sector: niet alleen voor ziekenhuizen, maar ook voor opvanginitiatieven, zoals projecten inzake begeleid wonen, psychiatrische verzorgingstehuizen...

Daarnaast moeten wij voor het onderhoud van de bestaande ziekenhuisinfrastructuur instaan. Wij zullen vermoedelijk naar een systeem met forfaitaire bedragen evolueren.

De toekomstige investeringen moeten rekening houden met de nieuwe uitdagingen waarvoor de ziekenhuizen staan. Die hangen af van de keuzes die de federale minister zal maken inzake de financiering van de werkingskosten en de rol en het statuut van de ziekenhuizen.

De nieuwe regelgeving moet niet alleen vastgoedoplossingen, maar ook vernieuwende financieringsoplossingen mogelijk maken. Wij voeren daarover verkennende gesprekken met de ziekenhuisdirecties, de Europese instanties en de bankwereld.

In 2016 of 2017 zal er nog geen nieuwe regelgeving zijn. Wij nemen de tijd om alle opties te onderzoeken. Voor 2016 bestaat onze prioriteit erin om een oplossing te vinden voor de financiering van de lopende werken en het onderhoud van de bestaande infrastructuur.

enjeux nouveaux que devront rencontrer les hôpitaux. Ceux-ci dépendent notamment des orientations qui seront choisies par la ministre fédérale en matière de financement du fonctionnement des hôpitaux et en matière de repositionnement de leur rôle et de leurs statuts.

Enfin, la nouvelle réglementation doit permettre de rencontrer des solutions immobilières et des solutions de financement innovantes. Une série de rencontres exploratoires sont en cours avec les directions hospitalières, ainsi qu'avec les autorités européennes et le monde bancaire.

Il est encore trop tôt pour vous donner un agenda précis des mesures à prendre. Il n'y aura pas de nouvelle réglementation opérationnelle pour 2016, ni même pour 2017. Nous prenons le temps d'explorer toutes les pistes. Pour 2016, notre priorité est d'assurer la couverture des chantiers en cours et de prévoir une formule de financement du maintien de l'existant.

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

M. André du Bus de Warnaffe (cdH).- Ce sont des réponses précises et pleines d'éléments intéressants. Nous allons suivre de quelle manière les charges du passé seront recouvertes et comment le cadastre des besoins sera affiné. Il est intéressant, dans ce cadre, d'apprendre que le secteur psychiatrique est celui qui fera le plus l'objet d'investissements dans le futur. Je fais une petite parenthèse en rappelant le double diagnostic... Quant au système de forfaitarisation, je suppose qu'il est aussi en lien avec les mesures prises au niveau fédéral.

- *L'incident est clos.*

QUESTION ORALE DE MME BRIGITTE GROUWELS

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

enjeux nouveaux que devront rencontrer les hôpitaux. Ceux-ci dépendent notamment des orientations qui seront choisies par la ministre fédérale en matière de financement du fonctionnement des hôpitaux et en matière de repositionnement de leur rôle et de leurs statuts.

Enfin, la nouvelle réglementation doit permettre de rencontrer des solutions immobilières et des solutions de financement innovantes. Une série de rencontres exploratoires sont en cours avec les directions hospitalières, ainsi qu'avec les autorités européennes et le monde bancaire.

Il est encore trop tôt pour vous donner un agenda précis des mesures à prendre. Il n'y aura pas de nouvelle réglementation opérationnelle pour 2016, ni même pour 2017. Nous prenons le temps d'explorer toutes les pistes. Pour 2016, notre priorité est d'assurer la couverture des chantiers en cours et de prévoir une formule de financement du maintien de l'existant.

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

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH) (in het Frans).- *Ik kijk uit naar de manier waarop de lasten uit het verleden gefinancierd en de behoeften verfijnd zullen worden. Het is interessant te horen dat er vooral in de psychiatrische sector nieuwe investeringen nodig zijn.*

- *Het incident is gesloten.*

MONDELINGE VRAAG VAN MEVROUW BRIGITTE GROUWELS

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

RELATIONS EXTÉRIEURES,

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

concernant "l'administration d'anti-dépresseurs et d'antipsychotiques dans les maisons de repos et les services de gériatrie des hôpitaux".

Mme la présidente.- Le membre du Collège réuni Guy Vanhengel répondra à la question orale.

La parole est à Mme Grouwels.

Mme Brigitte Grouwels (CD&V) (*en néerlandais*).- *L'admission en maison de repos a une influence sur le moral de la personne âgée. Devoir quitter son environnement, abandonner ses effets personnels et perdre ses habitudes et sa liberté n'est agréable pour personne. De nombreux seniors ont le cœur gros et ont des difficultés à s'adapter.*

Le recours aux antidépresseurs et neuroleptiques est fréquent dans les maisons de repos et dans les services de gériatrie des hôpitaux, mais est-ce une bonne solution pour des personnes âgées qui ne se sentent pas bien ?

Parmi les études qui ont souligné l'usage exagéré des antidépresseurs et neuroleptiques, une étude sur l'usage des médicaments dans les maisons de repos réalisée par la Mutualité chrétienne en 2007 et 2011, mentionne que plus de la moitié des résidents en maison de repos recevaient des antidépresseurs et qu'à profils de dépendance similaires, ils utilisaient davantage d'antidépresseurs et d'antipsychotiques que les personnes âgées recevant des soins à domicile.

Une des raisons de cette différence est le manque de personnel dans les maisons de repos. Par ailleurs, tant dans les hôpitaux que dans les maisons de repos, le personnel soignant en gériatrie a une lourde charge de travail tant au niveau mental que physique. On y recourt donc

EXTERNE BETREKKINGEN,

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

betreffende "het toedienen van antidepressiva en antipsychotica in rusthuizen en diensten geriatric van ziekenhuizen".

Mevrouw de voorzitter.- Collegelid Guy Vanhengel zal de mondelinge vraag beantwoorden.

Mevrouw Grouwels heeft het woord.

Mevrouw Brigitte Grouwels (CD&V).- Heel weinig mensen kiezen spontaan voor een opname in een woonzorgcentrum. Dikwijls moet het toch, als een andere oplossing niet langer mogelijk is.

Een opname in een rusthuis heeft uiteraard een invloed op het gemoed van de bejaarde. Het is voor niemand aangenaam om zijn vertrouwde omgeving te verlaten, zijn spullen achter te laten en zijn gewoonten en vrijheid te verliezen. Heel wat senioren maken dan ook een moeizaam aanpassingsproces door. Velen hebben last van een bedrukt gemoed.

Vaak wordt in rusthuizen en in de geriatriche diensten van ziekenhuizen naar antidepressiva en antipsychotica gegrepen, maar we moeten ons afvragen of dat wel een goede oplossing is voor bejaarden die zich niet goed voelen.

Er zijn in het verleden al meerdere studies uitgevoerd die wijzen op het overdreven gebruik van antidepressiva en antipsychotica. Ik denk bijvoorbeeld aan de studie over geneesmiddelengebruik in rusthuizen die de Christelijke Mutualiteit (CM) in 2007 en 2011 heeft uitgevoerd.

De resultaten zijn verbijsterend: meer dan de helft van de rusthuisbewoners krijgt antidepressiva toegediend. In de studie van de CM worden twee soorten patiënten met een gelijkaardig

aisément aux antidépresseurs et neuroleptiques, qui, en rendant les patients plus calmes et les faisant dormir davantage, facilitent l'organisation des soins.

Les membres de la famille et les aidants proches se posent de nombreuses questions à propos de l'administration régulière de ces médicaments, qui ont des conséquences sur l'état mental, l'attention et la personnalité des personnes âgées.

Avez-vous des données sur l'usage d'antidépresseurs et de neuroleptiques dans les maisons de repos et hôpitaux bruxellois ? Que rapporte le service d'inspection de la CCC à ce propos ?

Vous concertez-vous avec la ministre fédérale en charge de la santé ? Ce sujet sera-t-il bientôt mis à l'ordre du jour d'une conférence interministérielle ?

La surconsommation de tels médicaments sera-t-elle reprise dans le Plan de santé bruxellois ? Y a-t-il des alternatives à ces médicaments qui ont de sérieux effets secondaires sur les personnes âgées ?

Estimez-vous que le manque de personnel dans les maisons de repos et les hôpitaux ait un effet direct sur la prescription d'antidépresseurs et de neuroleptiques et sur la qualité des soins dispensés ?

L'administration de la CCC a-t-elle reçu des plaintes émanant des familles ou d'aidants proches à propos de l'administration de ces médicaments ou d'autres médicaments ?

Le problème est-il discuté avec les directions des institutions de soins bruxelloises ?

Quelles mesures prendrez-vous pour éviter que les personnes très âgées soient intoxiquées par ces médicaments qui ont d'importants effets secondaires (démence, perte d'équilibre, etc.) ? Le bien-être et la santé des Bruxellois âgés est en jeu.

afhankelijkheidsprofiel vergeleken, namelijk rusthuisbewoners en bejaarden die thuiszorg krijgen. Uit de studie blijkt duidelijk dat rusthuisbewoners meer antidepressiva en antipsychotica gebruiken dan senioren die thuiszorg krijgen.

Een van de redenen is het personeelstekort in de rusthuizen. Zowel in ziekenhuizen als in rusthuizen kampt het verzorgend personeel met een zware werklast. Geriatrie is immers niet altijd de gemakkelijkste en aangenaamste dienst om te werken of stage te lopen. Het is zwaar werk, zowel fysiek als mentaal. Omgaan met dementie of het einde van een mensenleven vergt veel ervaring en geduld.

In tal van diensten en instellingen wordt dan ook gemakkelijk naar antidepressiva en antipsychotica gegrepen. Patiënten worden er rustiger van en slapen meer, wat de organisatie van de zorg eenvoudiger maakt.

Familieleden en mantelzorgers hebben heel wat vragen bij de routineuze verstrekking van dergelijke medicatie, die ingrijpende gevolgen heeft voor de gemoedsgesteldheid, alertheid en persoonlijkheid van de ouderen. Na het toedienen van dergelijke medicatie herkent men de bejaarde vaak niet meer omdat zijn of haar persoonlijkheid er volledig door verandert. Dat doet toch vragen rijzen.

De GGC telt in Brussel ongeveer tweehonderd instellingen waar senioren tijdelijk of definitief opgenomen worden. Hebt u gegevens over het gebruik van antidepressiva en antipsychotica in de Brusselse rust- en ziekenhuizen? Wat rapporteert de inspectiedienst van de GGC daarover?

Pleegt u overleg met uw federale collega die bevoegd is voor gezondheid? Zal het thema binnenkort op de agenda van een interministeriële conferentie worden geplaatst?

Zal er in het Brussels Plan voor de gezondheidszorg aandacht gaan naar de overconsumptie van dergelijke medicatie? Zijn er alternatieven voor die medicatie, aangezien ze behoorlijk ingrijpende gevolgen heeft voor bejaarden?

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

M. Guy Vanhengel, membre du Collège réuni (en néerlandais).- *Les derniers rapports indiquent que l'usage d'antidépresseurs ne cesse d'augmenter en Belgique, atteignant 314 millions de doses journalières vendues en 2015. Malheureusement il n'existe aucun chiffre précis concernant l'administration d'antidépresseurs et de neuroleptiques dans les maisons de repos bruxelloises. D'après l'enquête de santé bruxelloise de 2013, on constate une augmentation du nombre de personnes prenant des antidépresseurs parmi les femmes de 65 à 74 ans (16%), et les hommes entre 45 et 54 ans (13%).*

Malgré les recommandations contre l'administration prolongée de ces médicaments, leur usage est assez élevé.

Notre service d'inspection contrôle si les médicaments prescrits par le médecin sont correctement préparés, conservés et administrés aux résidents des maisons de repos et il évalue la politique de la maison de repos avec le médecin coordinateur et conseiller.

Heeft het personeelstekort in de rust- en ziekenhuizen volgens u een rechtstreeks effect op het toedienen van antidepressiva en antipsychotica en op de kwaliteit van de verstrekte zorg?

Heeft de GGC-administratie klachten van familieleden of mantelzorgers ontvangen over het toedienen van dergelijke medicatie of andere geneesmiddelen?

Wordt het probleem besproken met de leidinggevende personeelsleden van de Brusselse zorginstellingen?

Welke maatregelen zult u nemen om te vermijden dat hoogbejaarden met dergelijke medicatie vergiftigd worden? Ze brengt immers gezondheidsrisico's mee als dementie, evenwichtsstoornissen enzovoort. Het welzijn en de gezondheid van de Brusselse bejaarden staan op het spel.

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

De heer Guy Vanhengel, lid van het Verenigd College.- Uit recente rapporten blijkt dat het gebruik van antidepressiva in België blijft toenemen. Zo gingen er in 2015 in ons land 314 miljoen dagdosissen antidepressiva over de toonbank. Dat is een toename met 2,7% in vergelijking met 2014. Het cijfer is afkomstig van het Instituut voor Farmaco-Epidemiologie in België (IFEB). In vergelijking met 2010 is het gebruik van antidepressiva met 16% gestegen.

Helaas bestaan er geen specifieke Brusselse cijfers over de toediening van antidepressiva en antipsychotica in de rusthuizen. Uit de Brusselse gezondheidsenquête van 2013 blijkt wel een toename van het aantal gebruikers van antidepressiva bij vrouwen van 65 tot 74 jaar (16%), en bij mannen van 45 tot 54 jaar (13%).

Ondanks de aanbevelingen om dergelijke middelen niet langdurig toe te dienen, worden ze vrij veel gebruikt.

Onze inspectiedienst controleert of door artsen voorgeschreven medicatie correct aan de rusthuisbewoners wordt toegediend. De dienst

La prescription de cette médication étant une compétence du médecin traitant, la CCC ne peut pas intervenir.

Le 21 mars 2016, la conférence interministérielle (CIM) de la santé publique a approuvé un protocole d'accord proposant un cadre visant à harmoniser les politiques préventives de santé des autorités fédérales, communautaires et régionales.

La question des psychotropes est reprise dans ce protocole d'accord. Les Communautés et les Régions ont convenu de mener une politique de prévention centrée sur plusieurs circonstances et groupes cibles. On vise une amélioration de la santé mentale de la population, notamment en envisageant des alternatives aux médicaments pour traiter les problèmes de santé mentale. Il a également été convenu de mener une politique promouvant un usage adéquat des psychotropes dans les maisons de repos et de soins.

La priorité accordée à ce problème et le calendrier de mise en œuvre des mesures doivent encore être déterminés selon les besoins et moyens des différents niveaux de pouvoir.

Une politique commune en matière de psychotropes sera développée, mise en œuvre et évaluée par la Cellule politique de santé drogues.

Un chapitre du Plan de santé bruxellois est consacré aux personnes âgées et il aborde la question de la qualité des soins dans les maisons de repos. Une évaluation est prévue dans laquelle l'usage d'antidépresseurs et de neuroleptiques pourra être abordé.

En ce qui concerne l'impact du cadre du personnel des maisons de repos sur l'usage des antidépresseurs et neuroleptiques, le personnel des maisons de repos a des normes à respecter. Nous sommes conscients que le travail y est dur et qu'infirmiers et personnel soignant font de leur mieux pour fournir des soins de qualité. C'est au médecin coordinateur et conseiller et aux infirmiers en chef, qui collaborent à la rédaction du programme de qualité de la maison de repos, de veiller à un usage responsable et mesuré des antidépresseurs et neuroleptiques.

En matière de qualité, il faut être attentif à

controleert ook of de medicatie op een correcte manier wordt bereid en bewaard en evalueert met de coördinerende en raadgevende arts het beleid van het rusthuis.

De behandelende arts is bevoegd om medicatie voor te schrijven. De GGC is niet bevoegd om zich daarmee te bemoeien.

De interkabinettenwerkgroep voor chronische ziekten van de interministeriële conferentie (IMC) Volksgezondheid redigeerde een protocolakkoord over preventie, dat op 21 maart 2016 werd goedgekeurd. Dat protocol scheidt een kader om het preventieve gezondheidsbeleid van de federale overheid, de gemeenschappen en de gewesten te stroomlijnen.

Ook psychofarmaca komen in het protocolakkoord aan bod. De gemeenschappen en gewesten spraken af om een preventiebeleid te voeren dat gericht is op meerdere omstandigheden en doelgroepen. Men beoogt een verbetering van de geestelijke gezondheid van de bevolking, onder meer door alternatieven voor geneesmiddelen te overwegen bij de behandeling van geestelijke gezondheidsproblemen. Er is ook afgesproken om een actief beleid te voeren ter bevordering van het adequate gebruik van psychofarmaca in rust- en verzorgingstehuizen.

Er komt nog overleg over welke prioriteit aan het probleem gegeven wordt en over de planning van de uit te voeren maatregelen. Dat alles zal afhangen van de behoeften en de beschikbare middelen van de verschillende beleidsniveaus.

Er zal een gemeenschappelijk psychofarmacabeleid worden ontwikkeld, uitgevoerd en geëvalueerd door de federale cel Gezondheidsbeleid Drugs. Een van de hoofdstukken van het Brussels Plan voor de gezondheidszorg is aan bejaardenzorg gewijd. Daarin komt ook de kwaliteit van de zorg in de rusthuizen aan bod. Er is een evaluatie gepland, waarin het gebruik van antidepressiva en antipsychotica in de rusthuizen mogelijk aan bod zal komen. Het hoofdstuk wordt overigens in nauw overleg met de sector uitgewerkt.

Wat de impact van het personeelsbestand van de rusthuizen betreft op de toediening van

garantir la dignité humaine dans les soins et services ainsi que l'efficacité. Une politique de qualité soutenue par un bon programme de qualité peut mener à un usage modéré de ces médicaments.

Notre administration reçoit très peu de plaintes concernant l'administration de psychotropes ou d'autres médicaments. En cas de plainte, notre service d'inspection se rend sur place. S'il est constaté que les normes d'agrément ne sont pas respectées, des mesures sont prises.

En ce qui concerne les mesures que je peux prendre, j'ai déjà fait en sorte que la question globale, et surtout ce groupe cible, soient repris dans le protocole d'accord relatif à la prévention de la CIM de la santé publique. L'étape suivante est le développement d'une politique commune en matière de psychotropes au sein de la Cellule politique de santé drogues.

En outre, le Plan de santé bruxellois tracera les grandes lignes d'une politique d'amélioration de la qualité des soins dans les maisons de repos et de la qualité de vie de leurs résidents.

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

Mme Brigitte Grouwels (CD&V) *(en néerlandais).*- *Votre réponse me rassure, bien que*

antidepressiva en antipsychotica, herinner ik u graag aan de opgelegde personeelsnorm. We zijn ons ervan bewust dat het in de rusthuizen hard werken is en dat de verpleegkundigen en de zorgverstrekkers hun uiterste best doen om kwaliteitsvolle zorg te verlenen. Het is echter de taak van de coördinerende en raadgevende artsen en de hoofdverpleegkundigen om te zorgen voor een verantwoord en gematigd gebruik van antidepressiva en antipsychotica. Zij werken namelijk mee aan de kwaliteitsprogramma's waarop het kwaliteitsbeleid van de rusthuizen berust.

Belangrijke aandachtspunten op het gebied van kwaliteit zijn onder meer de zorgverstrekking en de dienstverlening, waar de menselijke waardigheid voorop moet staan, maar uiteraard ook de doeltreffendheid van de zorg en de dienstverlening. Een kwaliteitsbeleid dat op een degelijk kwaliteitsprogramma berust, kan leiden tot een gematigd gebruik van psychofarmaca.

Onze administratie ontvangt zeer zelden klachten over het toedienen van psychofarmaca of andere medicatie. Als dat toch gebeurt, begeeft onze inspectiedienst zich ter plaatse. Als die vaststelt dat bepaalde erkenningsnormen niet gerespecteerd worden, worden er maatregelen getroffen.

U vraagt ook welke maatregelen ik kan nemen. Wel, ik heb al een eerste stap gezet door niet alleen het globale onderwerp, maar vooral deze specifieke doelgroep op te laten nemen in het protocolakkoord over preventie van de IMC Volksgezondheid. De volgende stap is de ontwikkeling van een gezamenlijk psychofarmacabeleid door de cel Gezondheidsbeleid Drugs.

Daarnaast zal het Brussels Plan voor de gezondheidszorg de krijtlijnen trekken van een beleid ter verbetering van de kwaliteit van de zorg in de rusthuizen en van de levenskwaliteit van de rusthuisbewoners.

Mevrouw de voorzitter.- Mevrouw Grouwels heeft het woord.

Mevrouw Brigitte Grouwels (CD&V).- Uw antwoord stelt mij enigszins gerust, ook al hebt u

vous ne parliez que d'intentions et de plans.

Dans la mesure où c'est le médecin traitant qui prescrit les psychotropes, la CCC peut difficilement intervenir. Il est positif que le Plan de santé bruxellois comporte un chapitre sur les dispositions pour les personnes âgées et que vous envisagiez de reprendre l'usage des antidépresseurs et des neuroleptiques dans l'évaluation de la qualité des soins. C'est important pour attirer l'attention des médecins et infirmiers.

J'ai été estomaquée par le fait que les médecins et infirmiers invoquent le besoin de maintenir les pensionnaires dans un état calme vu le manque de personnel. Ces médicaments modifient la personnalité. Il faut provoquer une prise de conscience à ce sujet.

M. Guy Vanhengel, membre du Collège réuni (en néerlandais).- *Il est notable que les antidépresseurs et les neuroleptiques peuvent changer la personnalité du patient. Lorsque c'est le cas, il est important d'en avertir le médecin afin qu'il puisse adapter la médication.*

Mme Brigitte Grouwels (CD&V) (en néerlandais).- *Le fait qu'en tant que ministre compétent, vous soyez disposé à reprendre ce thème dans l'évaluation de la qualité des soins contribuera à améliorer la conscientisation. Les gens ont certainement de bonnes intentions, mais nous devons surtout veiller au bien-être des personnes âgées qui sont très vulnérables. J'espère que l'évaluation de l'usage des médicaments sera effectivement reprise dans le Plan de santé bruxellois.*

- L'incident est clos.

QUESTION ORALE DE MME BRIGITTE GROUWELS

het voorlopig slechts over intenties en plannen.

Het klopt dat het de behandelende arts is die de psychofarmaca voorschrijft en dat de GGC daarin moeilijk kan tussenkomen. Het is een goede zaak dat het Brussels Plan voor de gezondheidszorg een hoofdstuk over bejaardenvoorzieningen zal omvatten en dat u overweegt om het gebruik van antidepressiva en antipsychotica op te nemen in de monitoring van de zorgkwaliteit. Het is belangrijk om de artsen en verpleegkundigen op de problematiek te wijzen.

Ik stond versteld over de antwoorden die ik van artsen en verpleegkundigen kreeg toen ik hun de problematiek voorlegde. Zij voerden aan dat er te weinig personeel is en dat ze de mensen rustig moeten kunnen houden. Dergelijke geneesmiddelen beïnvloeden echter de persoonlijkheid van de bejaarden. Ze maken er andere mensen van. Wij moeten dus naar een grotere bewustwording streven.

De heer Guy Vanhengel, lid van het Verenigd College.- Het is algemeen geweten dat antidepressiva en antipsychotica de persoonlijkheid van de patiënt kunnen wijzigen. Als dat gebeurt, is het belangrijk om het aan de arts te melden, zodat hij de medicatie kan aanpassen.

Mevrouw Brigitte Grouwels (CD&V).- Het feit dat dat u als bevoegd minister bereid bent het thema op te nemen in de monitoring van de zorgkwaliteit, zal helpen om het bewustzijn rond de problematiek te verhogen. De meeste mensen hebben zeker goede intenties, maar we moeten in de eerste plaats oog hebben voor het welzijn van de ouderen, die zeer kwetsbaar zijn en slechts weinig verweer hebben tegen bepaalde beslissingen. Ik hoop dan ook dat het niet bij een intentie blijft, maar dat de monitoring van het geneesmiddelengebruik effectief een onderdeel van het Brussels Plan voor de gezondheidszorg wordt.

- Het incident is gesloten.

MONDELINGE VRAAG VAN MEVROUW BRIGITTE GROUWELS

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

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

concernant "les soins bucco-dentaires chez les patients âgés vulnérables".

Mme la présidente.- Le membre du Collège réuni Guy Vanhengel répondra à la question orale.

La parole est à Mme Grouwels.

Mme Brigitte Grouwels (CD&V) *(en néerlandais).*- *Essentielle à tout âge, une bonne hygiène buccale favorise l'autonomie, la qualité de vie et les contacts sociaux.*

Grâce à la politique de la jeunesse, les jeunes bénéficient d'une visite annuelle gratuite chez le dentiste, ce qui est une bonne chose car des habitudes acquises jeune s'enracinent bien.

Une bonne dentition ou un bon dentier est indispensable pour assurer une mastication et une élocution correctes. Des dents mal soignées peuvent avoir de lourdes conséquences pour la santé.

Les seniors peuvent être répartis en deux catégories : les actifs et les personnes nécessitant des soins.

C'est pour cette dernière catégorie que l'hygiène buccale peut poser problème, car la démence et la perte de mémoire peuvent entraîner une négligence des soins les plus élémentaires.

Le Plan de santé bruxellois (PSB) consacre-t-il l'attention nécessaire à l'hygiène bucco-dentaire des pensionnaires des maisons de repos bruxelloises ?

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

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

betreffende "de mondverzorging bij kwetsbare oudere patiënten".

Mevrouw de voorzitter.- Collegelid Guy Vanhengel zal de mondelinge vraag beantwoorden.

Mevrouw Grouwels heeft het woord.

Mevrouw Brigitte Grouwels (CD&V).- Een goede mondhygiëne is op elke leeftijd belangrijk: ze bevordert de zelfzorg, de algemene levenskwaliteit en de sociale contacten.

Dankzij het jongerenbeleid kunnen jongeren eenmaal per jaar gratis naar de tandarts gaan en dat is een goede zaak, want jong geleerd is oud gedaan.

Om te kunnen eten en spreken, zijn een goed eigen of vals gebit erg belangrijk. Slecht verzorgde tanden hebben een heleboel negatieve gevolgen voor de gezondheid. Beschadiging van het tandvlees en het bot rond de tanden, kan tot problemen met de gewrichten en hartkwalen leiden.

We kunnen de senioren opdelen in actieve en zorgbehoevende senioren.

Bij minder zelfredzame ouderen kan de mondhygiëne in het gedrang komen. Dementie en vergetelheid kunnen zelfs leiden tot het achterwege laten van de meest elementaire zorg. Door ondervoeding vermageren mensen, waardoor hun vals gebit niet meer goed zit en het achterwege gelaten wordt, met alle gevolgen van dien.

Dans sa dernière édition, la revue scientifique anglaise PLOS ONE publie les résultats d'une étude qui établit un lien entre une mauvaise hygiène dentaire et la maladie d'Alzheimer.

Une bonne hygiène dentaire contribue à améliorer considérablement la qualité de vie des pensionnaires des maisons de repos.

Un projet pilote de cabinet dentaire mobile pour les maisons de repos avait été initié par l'Université de Gand mais n'a malheureusement pas été poursuivi.

Les maisons de repos reçoivent-elles la visite régulière d'un dentiste ? Certaines d'entre elles possèdent-elles un fauteuil de dentiste ? Leurs résidents sont-ils sensibilisés à l'importance d'une bonne hygiène dentaire ? Certains d'entre eux, y compris ceux qui ont des difficultés à se déplacer, fréquentent-ils un cabinet dentaire ?

Les problèmes dentaires sont-ils pris au sérieux ? Le PSB souligne-t-il l'importance d'une bonne hygiène dentaire ? Les dentistes sont-ils représentés au sein de l'un ou l'autre groupe de travail ? L'hygiène dentaire en maisons de repos fait-elle l'objet de la même attention qu'à l'école ?

Les responsables des maisons de repos sont-ils consultés sur la question ? Les maisons de repos et de soins (MRS), qui vont augmenter leur nombre de lits, peuvent-elles garantir la bonne hygiène buccale de leurs pensionnaires ? Avez-vous abordé cette question avec la ministre fédérale ? Ce thème sera-t-il abordé lors de la prochaine conférence interministérielle (CIM) de la santé publique ?

Les dentistes sont-ils sensibilisés au bien-être et à la santé des seniors ? Votre homologue au niveau fédéral a-t-il rencontré l'Ordre des dentistes ? Aux Pays-Bas, il existe des dentistes gériatres. Et en Belgique ? Ce point pourrait-il être inscrit à l'ordre du jour de la prochaine réunion de la CIM ?

Hoe zit het met de tandhygiëne van de rusthuisbewoners in Brussel? Als je bedenkt hoeveel problemen een gebrekkige mondhygiëne bij bejaarden kan veroorzaken, lijkt het me erg belangrijk dat het Brussels Plan voor de gezondheidszorg er de nodige aandacht aan besteedt.

In de laatste editie van het Britse wetenschappelijke tijdschrift PLOS ONE stonden de resultaten van een studie die het verband aantoont tussen slechte tandhygiëne en de ziekte van Alzheimer. Tandvleesontsteking zou het risico op ontstekingen in het hele lichaam met zes vermenigvuldigen, waardoor ook de kans op dementie verhoogt. De cognitieve functie van bejaarden die hun tandhygiëne verwaarlozen, zou na zes maanden aanzienlijk afnemen.

Mijn vraag gaat dus ook over de gezondheid en het welzijn van senioren in rusthuizen. Goede tandhygiëne kan hun levenskwaliteit aanzienlijk verbeteren, doordat tandpijn voorkomen wordt, ze een prettiger voorkomen hebben en daardoor met plezier in gezelschap kunnen eten.

Ik wil ook nog even een proefproject van de Universiteit Gent aanhalen. Een mobiele tandartspraktijk ging langs bij rusthuizen. Helaas werd dat proefproject niet voortgezet.

Zijn er in Brussel tandartsen die, net zoals huisartsen, regelmatig rusthuizen bezoeken? Zijn er rusthuizen die over een tandartsstoel beschikken? Worden rustoordbewoners gewezen op het belang van een goede tandhygiëne? Zijn er rusthuisbewoners die een tandartspraktijk bezoeken, ook al zijn ze slecht ter been?

Worden tandklachten ernstig genomen? Vormt goede tandhygiëne een onderdeel van het Brussels Plan voor de gezondheidszorg? Is er een werkgroep waarin tandartsen vertegenwoordigd zijn? Wordt er, net zoals op school, ook in de rusthuizen aandacht besteed aan mondhygiëne?

Pleegt u daarover overleg met de rusthuisverantwoordelijken? In de toekomst zal het aantal bedden in rust- en verzorgingstehuizen (RVT's) stijgen. Is een goede mondhygiëne mogelijk in zulke instellingen? Hebt u dat punt besproken met uw federale collega? Komt het

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

M. Guy Vanhengel, membre du Collège réuni (en néerlandais).- *Nous n'avons pas connaissance de dentistes qui visitent les maisons de repos sur une base régulière ou qui soient liés à celles-ci.*

La visite chez un dentiste reste un choix libre pour les résidents des maisons de repos, tout comme le choix d'un prestataire de soins. Toutefois, il est évident qu'une maison de repos prend les mesures nécessaires lorsqu'elle constate qu'un résident souffre de problèmes dentaires.

Aucun fauteuil dentaire n'est présent dans les maisons de repos bruxelloises. Toutefois, l'attention à l'hygiène dentaire fait partie des soins intégrés aux patients, qui relèvent de la responsabilité du personnel infirmier.

L'article 152 de l'arrêté du Collège réuni de 3 décembre 2009, fixant les normes d'agrément auxquelles doivent répondre les établissements d'accueil ou d'hébergement pour personnes âgées, réfère explicitement à un contrôle régulier de l'hygiène bucco-dentaire, en ce compris les prothèses dentaires.

En outre, l'arrêté royal fixant les normes pour l'agrément spécial comme maison de repos et de soins (MRS), prévoit qu'en concertation avec le ou les infirmier(s) en chef, le médecin coordinateur et conseiller doit mettre en place une politique des soins bucco-dentaires.

Notre service d'inspection contrôle le respect de

thema ter sprake tijdens een volgende vergadering van de interministeriële conferentie (IMC) Volksgezondheid?

Worden de tandartsen bewustgemaakt van het welzijn en de gezondheid van senioren? Heeft uw federale collega overleg gepleegd met de Orde van Tandartsen?

In Nederland bestaan er tandartsen-geriaters. Bestaan die in België ook? Kan dat punt op de agenda worden geplaatst van de volgende vergadering van de IMC?

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

De heer Guy Vanhengel, lid van het Verenigd College.- Volgens onze informatie zijn er momenteel geen tandartsen die op regelmatige basis rusthuizen bezoeken of die aan een rusthuis verbonden zijn.

Voor een rusthuisbewoner is het rusthuis een plaatsvervangende thuis. Een tandarts bezoeken is een vrije keuze en dat is ook zo in het rusthuis. Bovendien heeft de bewoner het recht om de zorgverstrekker, in dit geval de tandarts, vrij te kiezen. Het spreekt echter voor zich dat een rusthuis de nodige maatregelen neemt wanneer een bewoner tandproblemen heeft.

Voor zover wij weten beschikt geen enkel Brussels rusthuis over een tandartsstoel, maar de aandacht voor tandhygiëne maakt deel uit van de geïntegreerde bewonerszorg, die onder de verantwoordelijkheid van de verpleegkundigen valt. Zij verzorgen de bewoner preventief om te voorkomen dat er tand- of mondproblemen optreden. Als dat toch het geval is, doen zij een beroep op een tandarts. Indien nodig verplaatst de rusthuisbewoner zich naar zijn of haar behandelende tandarts.

In artikel 152 van het besluit van het Verenigd College van 3 december 2009 tot vaststelling van de erkenningsnormen waaraan de voorzieningen voor opvang of huisvesting van bejaarde personen moeten voldoen, wordt uitdrukkelijk verwezen naar een geregelde controle op mond- en tandhygiëne, met inbegrip van tandprothesen.

cette obligation à chaque visite.

La prévention en matière d'hygiène dentaire est principalement orientée vers les enfants et adolescents. Les représentants des dentistes ont cependant été consultés par notre groupe de travail qui traite des maisons de repos dans le cadre du Plan de santé bruxellois (PSB). Nos services sont en train d'analyser leurs propositions.

Il n'existe aucune action de sensibilisation aux soins dentaires destinée aux maisons de repos, ce qui ne signifie pas qu'aucune attention n'y est accordée. En effet, les normes d'agrément réfèrent explicitement à un contrôle bucco-dentaire régulier.

Le groupe de travail traitant des maladies chroniques de la conférence interministérielle (CIM) de la santé publique a élaboré un protocole d'accord sur la prévention qui a été approuvé le 21 mars 2016. Celui-ci propose un cadre pour l'harmonisation des politiques de médecine préventive entre l'autorité fédérale, les Communautés et les Régions.

La santé bucco-dentaire fait partie des thèmes qui y sont retenus. Les Communautés et les Régions s'engagent à sensibiliser en particulier les groupes de population à statut socio-économique faible et les personnes nécessitant des besoins particuliers, comme les seniors fragilisés, par exemple.

La question de la dentisterie gériatrique fait partie des sujets étudiés par le Conseil de l'art dentaire, un organe consultatif du SPF Santé publique qui délivre ses avis à la demande du ministre fédéral ou à sa propre initiative.

La CIM de la santé publique étudiera la possibilité d'introduire le titre de dentiste-gériatre dans la profession de l'art dentaire. Cela impliquerait l'agrément des Communautés d'une part et, d'autre part, le contingentement de la profession, avec articulation du quota global fédéral et des sous-quotas communautaires. Pour ce dernier, la CIM de la santé publique est élargie aux ministres de l'Enseignement.

Bovendien bepaalt het koninklijk besluit houdende de vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning als rust- en verzorgingstehuis dat de coördinerende en raadgevende arts, in samenspraak met de hoofdverpleegkundige(n), een beleid rond mond- en tandzorg moet uitwerken.

De inspectiedienst gaat bij ieder inspectiebezoek na of dat beleid ook effectief uitgewerkt is. Als er opmerkingen zijn, worden die onmiddellijk besproken

U vraagt of de problematiek aan bod komt in het Brussels Plan voor de gezondheidszorg. Preventie inzake tandhygiëne is vooral gericht op kinderen en adolescenten. Toch hebben we vertegenwoordigers van tandartsen geraadpleegd in het kader van de werkgroep Rusthuizen van het Brussels Plan voor de gezondheidszorg. Onze diensten analyseren momenteel hun voorstellen.

Voor zover wij weten zijn er geen specifieke bewustmakingsacties voor de rusthuizen opgezet, maar dat niet betekent dat er geen aandacht voor mondzorg is. In de erkenningsnormen wordt immers uitdrukkelijk verwezen naar een geregelde controle van mond- en tandhygiëne, met inbegrip van tandprothesen.

De werkgroep Chronische Ziekten van de interministeriële conferentie (IMC) Volksgezondheid heeft een protocolakkoord rond preventie uitgewerkt dat op 21 maart 2016 werd goedgekeurd. Dat protocol biedt een kader voor beleidsafstemming tussen de federale overheid, de gemeenschappen en de gewesten inzake preventief gezondheidsbeleid.

Mondgezondheid is een van de thema's uit dat protocolakkoord. De gemeenschappen en de gewesten verbinden zich ertoe bewustmakingsacties te ondernemen, enerzijds gericht op personen uit de lagere sociale klassen (vooral kinderen en jongeren) en anderzijds gericht op personen met bijzondere noden, zoals kwetsbare ouderen en personen met een beperking.

U vraagt of het beroep van tandarts-geriater denkbaar is in ons land, en of het thema aan bod kan komen op een vergadering van de IMC

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

Mme Brigitte Grouwels (CD&V) (*en néerlandais*).- *Je suis très heureuse d'avoir obtenu des informations détaillées sur la réglementation de la Cocom en matière d'hygiène buccale et de soins dentaires. C'est une bonne chose que les maisons de repos doivent respecter des règles sur ce plan et que l'inspection les contrôle. C'est également très positif que les soins dentaires soient abordés dans le PSB. Je serai attentive aux recommandations des dentistes concernant les personnes âgées vulnérables ou en maisons de repos qui seront reprises dans le plan.*

Je me réjouis également de ce que les autorités fédérales prennent la problématique au sérieux et de la conclusion récente d'un protocole d'accord dans lequel il est question de la santé bucco-dentaire des seniors. Quelle est la position du Conseil de l'art dentaire sur la création d'une spécialisation en gériatrie dentaire ?

La politique en matière de soins dentaires s'adresse principalement aux enfants et aux jeunes, beaucoup moins aux seniors, qui sont pourtant de plus en plus nombreux dans notre société. Pourriez-vous demander à la ministre fédérale de consulter le Conseil de l'art dentaire à propos de cette spécialisation ?

Volksgezondheid. Welnu, voor dergelijke kwesties bestaat er een Raad van de Tandheelkunde, een adviesorgaan van de FOD Volksgezondheid. Die is bevoegd om de federale minister te adviseren. De adviezen worden gegeven hetzij op vraag van de federale minister, hetzij op eigen initiatief van de Raad.

Een eventuele invoering van de beroepstitel van tandarts-geriater in de tandheelkunde moet eerst besproken worden door de IMC Volksgezondheid. Enerzijds is er immers de erkenning van de beroepstitel, die wordt toegekend door de gemeenschappen, en anderzijds is er de contingering van het beroep, met inbegrip van de koppeling van het federale globale quotum aan de communautaire subquota. Voor dat laatste wordt de IMC Volksgezondheid uitgebreid met de ministers van Onderwijs.

Mevrouw de voorzitter.- Mevrouw Grouwels heeft het woord.

Mevrouw Brigitte Grouwels (CD&V).- Ik ben heel blij dat ik gedetailleerde informatie heb gekregen over de regelgeving van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie inzake mondhygiëne en tandzorg. Het is een goede zaak dat de rusthuizen regels ter zake moeten naleven en dat de inspectie controleert of dat werkelijk gebeurt. Het is bovendien bijzonder positief dat tandzorg aan bod komt in het Brussels Plan voor de gezondheidszorg. Ik kijk samen met u uit naar de voorstellen van de tandartsen over eventuele nuttige maatregelen in de rusthuizen of bij kwetsbare ouderen. Wij zullen afwachten wat daarover in het plan zal staan.

Het verheugt mij tevens dat de federale overheid de problematiek ernstig neemt en dat er onlangs een protocolakkoord werd gesloten waarin de mondgezondheid van ouderen aan bod komt. Wat is het standpunt van de Raad van de Tandheelkunde over de invoering van een specialisatie geriatrische tandheelkunde?

Wordt daar werk van gemaakt? Het beleid inzake tandheelkunde is immers vooral gericht op kinderen en jongeren, en veel minder op ouderen, hoewel die laatste groep steeds groter wordt in onze samenleving. Kunt u aan uw federale collega

M. Guy Vanhengel, membre du Collège réuni (en néerlandais).- *Vous auriez pu interroger la ministre, que vous avez rencontrée récemment.*

Mme Brigitte Grouwels (CD&V) (en néerlandais).- *J'ignorais alors que la ministre fédérale pouvait s'adresser au Conseil de l'art dentaire.*

- *L'incident est clos.*

vragen wat de Raad van de Tandheelkunde van zo'n specialisatie denkt?

De heer Guy Vanhengel, lid van het Verenigd College.- U had die vraag zelf aan de federale minister kunnen stellen, want u hebt haar onlangs ontmoet.

Mevrouw Brigitte Grouwels (CD&V).- Dat is waar, maar ik wist tot voor kort niet dat de bevoegde federale minister zich tot de Raad voor Tandheelkunde kan richten.

- *Het incident is gesloten.*