



**PARLEMENT BRUXELLOIS
BRUSSELS PARLEMENT**

**VERENIGDE VERGADERING
VAN DE GEMEENSCHAPPELIJKE
GEMEENSCHAPSCOMMISSIE**

**ASSEMBLÉE RÉUNIE
DE LA COMMISSION
COMMUNAUTAIRE COMMUNE**

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

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

—
Commissie voor de Gezondheid

—
Commission de la Santé

—
**VERGADERING VAN
WOENSDAG 28 SEPTEMBER 2016**

—
**RÉUNION DU
MERCREDI 28 SEPTEMBRE 2016**

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@parlement.brussels

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

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@parlement.brussels

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

INHOUD

INTERPELLATIES	6
Interpellatie van de heer Alain Maron	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 risicobeperkende verbruiksruimtes".	
Bespreking – Sprekers:	8
De heer Julien Uyttendaele (PS) Mevrouw Hannelore Goeman (sp.a) De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College De heer Alain Maron (Ecolo)	
Interpellatie van de heer Alain Maron	20
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,	

SOMMAIRE

INTERPELLATIONS	6
Interpellation de M. Alain Maron	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 "les salles de consommation à moindre risque".	
Discussion – Orateurs :	8
M. Julien Uyttendaele (PS) Mme Hannelore Goeman (sp.a) M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni M. Alain Maron (Ecolo)	
Interpellation de M. Alain Maron	20
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,	

betreffende "de financiering van de ziekenhuisinfrastructuur".		concernant "le financement des infrastructures hospitalières".	
Bespreking – Sprekers:	22	Discussion – Orateurs :	22
De heer Pierre Kompany (cdH) De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College De heer Alain Maron (Ecolo)		M. Pierre Kompany (cdH) M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni M. Alain Maron (Ecolo)	
Interpellatie van de heer Zahoor Ellahi Manzoor	28	Interpellation de M. Zahoor Ellahi Manzoor	28
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,		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,	
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,		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,	
betreffende "de keuze van de proefprojecten voor geïntegreerde zorg voor chronisch zieken in Brussel".		concernant "le choix des projets pilotes visant le développement de soins intégrés en faveur des malades chroniques à Bruxelles".	
Bespreking – Sprekers:	30	Discussion – Orateurs :	30
De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College De heer Zahoor Ellahi Manzoor (PS)		M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni M. Zahoor Ellahi Manzoor (PS)	
MONDELINGE VRAGEN	34	QUESTIONS ORALES	34
Mondelinge vraag van de heer Zahoor Ellahi Manzoor	34	Question orale de M. Zahoor Ellahi Manzoor	34
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,		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,	
en aan de heer Didier Gosuin, lid van het		et à M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni, compétent pour la Politique de la santé,	

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

betreffende "het witboek van de 'associations représentatives des médecins généralistes de Bruxelles'".

Mondelinge vraag van mevrouw Hannelore Goeman 39

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 darmkankerscreening".

la Fonction publique, les Finances, le Budget et les Relations extérieures,

concernant "le livre blanc édité par les associations représentatives des médecins généralistes de Bruxelles".

Question orale de Mme Hannelore Goeman 39

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 dépistage du cancer du côlon".

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

INTERPELLATIES

Mevrouw de voorzitter.- Aan de orde zijn de interpellaties.

INTERPELLATIE VAN DE HEER ALAIN MARON

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 risicobeperkende verbruikersruimtes".

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

De heer Maron heeft het woord.

De heer Alain Maron (Ecolo) *(in het Frans).*- *De sector van de hulpverlening voor drugsverslaafden is voorstander van risicobeperkende gebruikersruimten zoals die in andere landen bestaan. De Fédération bruxelloise des institutions pour toxicomanes (Fedito) pleit in haar rapport over het drugsbeleid en het drugsplan voor Brussel ook voor zulke gebruikersruimten.*

In het federale parlement moest de bevoegde commissie een wetsvoorstel van de PS behandelen over gebruikersruimten en minder ingrijpende maatregelen, zoals behandelingen met diacetylmorfine, met behulp van middelen die op

INTERPELLATIONS

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

INTERPELLATION DE M. ALAIN MARON

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 salles de consommation à moindre risque".

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

La parole est à M. Maron.

M. Alain Maron (Ecolo).- J'ai déposé mon interpellation à la fin mai. Personne n'est responsable du fait qu'elle ne soit traitée qu'aujourd'hui, mais certains de ses éléments nécessitent une mise à jour.

Il importe de connaître l'évolution, sur le plan politique et sur le terrain, du dossier des salles de consommation à moindre risque (SCMR). Les secteurs de soutien aux toxicomanes sont fortement favorables à la création de telles salles, comme il en existe déjà dans d'autres pays, dont l'Espagne. Ainsi, la Fédération bruxelloise francophone des institutions pour toxicomanes (Fedito) intègre la création de SCMR dans son

voorschrift in gebruikersruimten worden geleverd en ter plaatse worden gebruikt.

Gebruikers komen ook hun eigen drugs consumeren in zulke ruimten, al hebben ze de mogelijkheid om die te laten testen. Er waren twee teksten ingediend. De voorzitter van de federale commissie won advies in bij deskundigen en bij de gewesten. De vraag om advies is na heel wat omzwervingen uiteindelijk bij de juiste instellingen terechtgekomen, onder meer de GGC.

Toen we het in februari over het onderwerp hadden, had u nog geen vraag om advies ontvangen. Hebt u die vraag inmiddels ontvangen? Hebt u een advies verstrekt? Wat staat er precies in?

Welk advies hebt u in naam van de GGC aan het federaal parlement bezorgd?

Naar het schijnt wil de federale commissie justitie opnieuw een studie laten uitvoeren over gebruikersruimten. Sommigen denken dat dat een strategie is om tijd te winnen. Er is namelijk al heel wat informatie beschikbaar. Wat is het standpunt van de GGC over deze kwestie?

In februari verwees u ook naar werkvergaderingen van de Brusselse beleidsniveaus met het oog op de oprichting van een federale werkgroep die in oktober haar conclusies zou bekendmaken. Hoe staat het daarmee?

Dat overleg is bijzonder belangrijk voor Brussel omdat er voor risicobeperkende gebruikersruimten afspraken moeten worden gemaakt tussen verschillende instellingen, zoals de GGC, de Franse Gemeenschapscommissie, Vlaamse of lokale overheden, maar ook het Brussels Gewest. Er werd trouwens een instelling van openbaar nut ingericht om het veiligheids- en preventiebeleid te organiseren. Vonden er al coördinatievergaderingen plaats? Hoe verlopen de gesprekken?

rapport "Politique drogues et plan drogues en Région de Bruxelles-Capitale".

Où en sont les travaux à l'échelon du parlement fédéral ? La commission devait traiter d'une proposition de loi déposée par des députés du PS. Elle visait les salles de consommation au sens strict et des dispositifs plus légers tel le traitement assisté par diacétylmorphine (Tadam), avec des produits directement fournis sur prescription dans les salles et consommés sur place.

Les personnes viennent consommer leurs propres produits, même si elles ont l'occasion de les faire vérifier. Néanmoins, il y avait deux textes visant ces deux types de dispositifs. Un avis a été demandé à la commission santé par la commission justice.

La présidente de la commission santé, Muriel Gerkens, a ainsi été chargée de recueillir les avis d'un certain nombre d'experts et spécialistes - ce qu'elle a fait -, mais aussi des entités fédérées concernées.

La demande d'avis a néanmoins connu des péripéties. Celle-ci devait en effet passer par les services du Premier ministre, mais semble s'être quelque peu égarée dans les arcanes de la chancellerie. La demande d'avis a finalement été envoyée aux bonnes institutions, en ce compris à la Cocom.

En février dernier, la dernière fois que nous avons débattu de ce sujet, vous n'aviez pas reçu de demande d'avis. Est-ce finalement le cas aujourd'hui ? Avez-vous remis un avis et quelle en est la teneur ?

Quelle est la teneur de l'avis que vous avez envoyé au parlement fédéral au nom de la Cocom ?

Il semble que la commission justice ait décidé par la suite de relancer une nouvelle étude sur les salles de consommation. D'aucuns estiment qu'il s'agit plutôt d'une stratégie pour gagner du temps, dans la mesure où la documentation et les données - y compris scientifiques - relatives à ces dispositifs sont largement disponibles. Comment s'est positionnée la Cocom dans le cadre de ce débat fédéral ?

Toujours lors de l'interpellation de février, vous aviez fait référence à des réunions de travail entre les différentes entités bruxelloises en vue de préparer un groupe de travail fédéral, qui devait livrer ses conclusions au mois d'octobre. Quelle est l'actualité de ces concertations entre entités bruxelloises ainsi qu'au niveau du groupe de travail fédéral ?

C'est particulièrement important à Bruxelles, où des projets de salles de consommation à moindre risque nécessiteraient une coordination entre différentes institutions, dont la Cocom, la Cocof et des autorités flamandes ou locales, mais aussi la Région, qui a hérité d'un certain nombre de compétences en sécurité et prévention. Un organisme d'intérêt public a d'ailleurs été mis en place pour organiser cette politique. Des réunions de coordination se sont-elles tenues ? Quel est l'état d'avancement des discussions ?

Bespreking

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

De heer Julien Uyttendaele (PS) *(in het Frans).*- *Ik schets even de voorgeschiedenis van dit dossier.*

Op 8 januari stelde ik in de Franse Gemeenschapscommissie een parlementaire vraag aan mevrouw Jodogne over risicobeperkende gebruikersruimten. Op 11 januari stelde mijn fractie een nieuwe vraag over de bijzondere vergadering van de Algemene Vergadering van de Verenigde Naties in 2019. Op 3 februari stelde ik u tot slot nog een vraag in deze commissie van de GGC.

Op dat moment stonden we aan de vooravond van de bijzondere vergadering van de Algemene Vergadering van de Verenigde Naties van 2016, die plaatsvond van 19 tot 21 april. Kort daarna woonde ik een van vergadering van Fedito bij over alternatieven voor het drugsbeleid. Ook daar waren de vertegenwoordigers van de hulpverleningssector het met elkaar eens dat het een goede zaak zou zijn om risicobeperkende gebruikersruimten te openen in het Brussels Gewest.

U antwoordde dat het belangrijk was om een

Discussion

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

M. Julien Uyttendaele (PS).- Je me joins bien entendu aux constats, observations et interrogations de mon collègue Alain Maron. Compte tenu de la répartition des compétences, mon collègue et moi-même faisons de nombreux allers-retours entre la Cocof et la Cocom, afin de faire avancer ce dossier important pour plusieurs centaines de citoyens bruxellois.

Je me permets un bref rappel de nos dernières discussions sur le sujet pour vous poser une série de questions de suivi. Le 8 janvier dernier, je suis intervenu à la Cocof via une question parlementaire adressée à la ministre Mme Jodogne au sujet de l'accueil bas seuil et des salles de consommation à moindre risque (SCMR).

Ensuite, le 11 janvier, nous l'avons également interrogée concernant la session spéciale de l'assemblée générale des Nations unies en vue de la Session extraordinaire de l'assemblée générale des Nations unies de 2019. Enfin, le 3 février, je vous ai personnellement questionné en cette même commission de la Santé, mais au niveau de la Cocom.

beslissing te nemen in overleg, en in het bijzonder met de gewesten, over een gezamenlijk standpunt. Er waren toen wat communicatieproblemen met partners van de federale overheid.

U zei ook dat er veel verschillende standpunten zijn over de kwestie. Vooral in Vlaanderen zou men weigerachtig staan tegenover de risicobeperkende gebruikersruimten.

Staan we nu al wat verder met onze Nederlandstalige partners?

U merkte ook op dat de maatregelen moeten worden gecoördineerd door het overlegorgaan Multilaterale Coördinatie van de FOD Buitenlandse Zaken, maar dat de GGC nog niet was uitgenodigd. Wat is de huidige stand van zaken?

U zei tevens dat er nog overleg moest plaatsvinden met het kabinet van mevrouw Jodogne over verslavingen en drugs. Er hadden al vergaderingen plaatsgevonden met de VGC en de GGC om een werkgroep samen te stellen die op 4 februari 2016 zou vergaderen. De samenwerking tussen de drie ministers die bevoegd zijn voor gezondheid heeft blijkbaar vruchten afgeworpen. Kunt u ons meer vertellen over het standpunt van de GGC?

Tot slot zei u dat het College van Procureurs-generaal terughoudend was over het onderwerp en dat er geen contact was geweest met de federale commissie Gezondheid. Hoe is de situatie nu?

Gebruikersruimten zijn volgens de PS deel van een algemene oplossing voor de strijd tegen drugsverslaving.

Ik hoop dat de beleidsverantwoordelijken die aan de touwtjes kunnen trekken zich ervan bewust zijn dat veel druggebruikers in nood verkeren. We mogen geen tijd meer verliezen. Elke dag nemen mensen overdosisen of worden ze besmet met hiv of hepatitis C. Het is goedkoper om gebruikersruimten te openen dan om zulke ziekten te behandelen.

U vindt dat het overheidsbeleid altijd moet worden geëvalueerd. Welnu, het dogma van de repressie

À cette époque, nous étions à la veille de la Session extraordinaire de l'assemblée générale des Nations unies 2016 (entre le 19 et le 21 avril). Peu de temps après, le 26 février, s'est tenue une rencontre que j'ai suivie avec attention et qui posait la question : "Une autre politique drogues est-elle possible ?". Cette rencontre était organisée par la Fédération bruxelloise des institutions pour toxicomanes (Fedito). Là encore, un large consensus a pu être acté parmi les professionnels du secteur en faveur de l'ouverture de salles de consommation à moindre risque dans notre Région.

Dans votre réponse, vous nous disiez qu'il était urgent d'avoir une position concertée, notamment avec les entités fédérées, afin de nous exprimer d'une seule voix. Vous nous direz où nous en sommes sept mois plus tard, mais il y avait à l'époque quelques difficultés de communication entre les différents partenaires de la Belgique fédérale.

Vous mentionnez également que les divergences de vues sont très nombreuses, notamment au Nord du pays, où l'on est très réservé au sujet des salles de consommation.

A-t-on progressé avec nos partenaires néerlandophones ?

Vous notiez encore que la coordination des actions devait se faire via la direction Cormulti des affaires étrangères, mais que la Cocom n'avait pas encore été invitée. Là aussi, une mise à jour de votre part serait utile.

Vous nous disiez également que le travail avec le cabinet de Mme Jodogne sur la question des assuétudes et des drogues devait se faire et que des réunions avaient déjà eu lieu avec la Cocof, la Vlaamse Gemeenschapscommissie (VGC) et la Cocom afin de constituer un groupe de travail devant se réunir le 4 février 2016. Manifestement, à la lecture du courrier de la ministre de la santé de la Cocom au président du parlement fédéral l'informant de l'avis positif des trois ministres de la santé bruxellois sur les deux propositions de loi, cette collaboration a porté ses fruits. Pourriez-vous nous donner plus de détails sur la position de la Cocom ?

heeft de situatie erger gemaakt. Ik hoop dat we ons tegen het einde van de legislatuur kunnen verheugen op de opening van de eerste gebruikersruimte in Brussel.

Volgens mij moet de politiek iedereen een menswaardig leven kunnen bieden. Ook voor drugsverslaafden moeten we het nodige doen.

Mevrouw de voorzitter.- Mevrouw Goeman heeft het woord.

Mevrouw Hannelore Goeman (sp.a).- Wie tegenwoordig voorbij de Beurs loopt, ziet hoe drugs een mensenleven kunnen verwoesten. De vraag is hoe we daar als samenleving mee om moeten gaan. Het probleem zal niet verdwijnen als we er onze ogen voor sluiten.

Het is voor iedereen duidelijk dat we in eerste instantie drugsverslaafden alle kansen moeten

Enfin, vous nous disiez aussi que le Collège des procureurs généraux était réservé sur le sujet et que les contacts avec la commission santé fédérale étaient inexistantes. Qu'en est-il aujourd'hui ?

Il s'agit donc d'une interpellation-relais pour mettre à jour ce dossier qui, au PS, nous tient à cœur. Ces salles de consommation font partie de la solution globale que nous devons, en tant que responsables politiques, apporter au fléau de la toxicomanie. C'est une certitude !

J'espère que les acteurs politiques disposant des leviers nécessaires auront pris conscience de la situation d'urgence que vivent de nombreux consommateurs. Nous ne pouvons plus perdre de temps ! Chaque jour qui passe voit son lot d'overdoses, de nouvelles infections par le sida ou l'hépatite C, dont le traitement est bien plus cher que l'ouverture d'une salle de consommation.

Vous êtes un grand défenseur de l'évaluation des politiques publiques. En l'occurrence, le constat est clair : le dogme de la répression a sensiblement aggravé la situation. Mais les réponses sont tout aussi claires et j'espère qu'avant la fin de la législature, nous pourrons nous réjouir de l'inauguration de la première salle de consommation à moindre risque en Région bruxelloise.

À titre personnel, je considère que la politique doit viser à offrir à chaque citoyen une vie digne d'être vécue. Dans le domaine des drogues illicites, ils sont encore beaucoup trop nombreux à construire ou à reconstruire cette dignité. Le politique a toutes les cartes en main. Il faut maintenant qu'il les mette sur table.

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

Mme Hannelore Goeman (sp.a) *(en néerlandais).*- *Il est clair pour tout le monde que nous devons en premier lieu donner toutes les chances aux toxicomanes de décrocher avec un accompagnement. Cependant, sachant que cela ne fonctionne pas à tous les coups et que ce n'est pas toujours rapide, la question est de savoir ce que nous pouvons faire en attendant.*

geven om met begeleiding af te kicken. Dat is echter niet zo eenvoudig. Het lukt helaas niet altijd en zeker niet steeds even snel. De vraag is dus vooral wat we in afwachting daarvan kunnen doen.

Ik sluit mij aan bij de heer Uyttendaele. Voor ons staan de menswaardigheid en de gezondheid van drugsverslaafden altijd voorop. Daarom geloven wij ook in het belang van gerichte preventie tegen drama's als fatale overdosissen of hiv en andere druggerelateerde infectieziekten.

Wij denken dat de 'war on drugs' niet gewonnen wordt door druggebruikers als misdadigers te behandelen. We zijn daarom ook voorstander van schadebeperkende maatregelen, zoals gebruikersruimtes. Die zijn net bedoeld om gezondheidsrisico's te beperken.

Het is natuurlijk niet de bedoeling dat de invoering van een gebruikersruimte ten koste van andere vormen van hulpverlening gaat. Het moet een aanvulling op het aanbod zijn. Daarom wil ik de heer Maron ook bedanken voor zijn vragen over het onderwerp en sluit ik mij er graag bij aan. Ook wij willen graag weten of er al overleg werd gepleegd tussen de Brusselse en federale overheden om het Belgische standpunt te bepalen ter voorbereiding van de VN-conferentie.

Welke initiatieven heeft de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC) al genomen om de gezondheid van druggebruikers te beschermen?

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

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College (in het Frans).- *Er werd ons inderdaad om advies gevraagd over de inrichting van ruimtes voor heroïnegebruikers en vervangingsproducten, zoals diacetylmorfine.*

Het Brussels Gewest heeft kennis genomen van de vragen en de minister-president formuleerde een antwoord, in overleg met de kabinetten die bevoegd zijn voor het gezondheidsbeleid, de Franse Gemeenschapscommissie en de GGC.

(verder in het Nederlands)

Pour nous, la dignité humaine et la santé des toxicomanes passent au premier plan. Nous croyons en l'importance d'une prévention ciblée contre des drames tels que les overdoses mortelles ou le VIH et autres maladies infectieuses liées à la drogue.

La guerre contre la drogue ne sera pas gagnée en traitant les consommateurs comme des criminels. Nous sommes dès lors aussi favorables à des mesures réductrices de risques, comme les salles de consommation.

Celles-ci ne doivent pas remplacer, mais compléter les autres formes d'aide. C'est pourquoi je remercie M. Maron pour ses questions sur le sujet et m'y rallie. Nous voudrions également savoir si une concertation a déjà eu lieu entre les autorités bruxelloises et fédérales pour définir la position belge en préparation de la conférence des Nations unies.

Quelles initiatives la Commission communautaire commune (Cocom) a-t-elle déjà prises pour protéger la santé des toxicomanes ?

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

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Je remercie M. Maron pour son interpellation sur les SCMR, un sujet déjà débattu dans cette enceinte.

Je vous confirme la réception des demandes d'avis sur la question des salles de consommation d'héroïne et la création de salles de consommation de produits de substitution, tels que la diacétylmorphine, héroïne médicale.

Ces questions sont bien parvenues à la Région bruxelloise et c'est le ministre-président, au nom de l'ensemble des institutions, qui a répondu à la

Ik bevestig dat het Brussels Gewest de goedkeuring van de bij de federale overheid ingediende wetsvoorstellen heeft gesteund.

(verder in het Frans)

Het Brussels Gewest heeft aangegeven dat de federale overheid de wetgeving zal moeten aanpassen indien er op dit vlak verdere stappen worden gezet.

Zoals ik u in februari heb meegedeeld, werden er al drie vergaderingen georganiseerd met de vier Brusselse kabinetten die zijn betrokken bij de Algemene Cel Drugsbeleid (namelijk het kabinet van minister-president Vervoort, van de minister van volksgezondheid van de Franse Gemeenschapscommissie, van minister Vanhengel en mijn eigen kabinet). Wij houden het kabinet van staatssecretaris Debaets eveneens op de hoogte van onze werkzaamheden.

Ter voorbereiding van dit dossier hebben onze medewerkers rekening gehouden met de interpellaties die in de commissie Gezondheid werden besproken en met de aanbevelingen die deskundigen op het gebied van drugsverslaving formuleerden tijdens een overlegvergadering op 15 april 2016.

(verder in het Nederlands)

Vervolgens dienden de Brusselse kabinetten een gemeenschappelijke nota in bij de interkabinettenwerkgroep die zich over dat vraagstuk buigt met het oog op de interministeriële conferentie van 24 oktober.

(verder in het Frans)

In deze nota wordt de Brusselse situatie toegelicht en erop gewezen dat drugsgebruik in publieke ruimtes veel overlast met zich meebrengt. Ze handelt ook over de grote gezondheidsrisico's die gepaard gaan met intraveneus heroïnegebruik of het roken van heroïne, zoals hiv-besmetting, hepatitis en overdosissen.

In Brussel bieden de ziekenhuizen, ambulante diensten en mobiele teams al kwalitatieve en gediversifieerde hulp aan op het vlak van preventie, risicobeperking en zorgverstrekking.

demande d'avis, en concertation avec l'ensemble des cabinets chargés de la santé, tant de la Cocof que de la Cocom.

(poursuivant en néerlandais)

La Région bruxelloise a appuyé l'adoption des propositions de loi déposées au niveau fédéral.

(poursuivant en français)

La Région a clairement précisé que si des avancées dans ce domaine devaient être réalisées, il serait impératif que le gouvernement fédéral adapte en conséquence le cadre législatif, en particulier la loi de 1921, sans oublier la nécessaire publication des arrêtés royaux qui s'y rapportent.

Comme je vous l'ai dit en février dernier, les quatre cabinets bruxellois présents au sein de la Cellule générale de politique drogues, à savoir le cabinet du ministre-président, le cabinet de la ministre de la Santé au niveau de la Cocof et les deux cabinets de la Cocom en charge de la santé (celui de mon collègue Guy Vanhengel et le mien) se sont rencontrés à trois reprises pour préparer les rencontres du groupe de travail interfédéral, qui aborde ce sujet au sein de la Cellule générale de politique drogues. Nous avons également tenu le cabinet de la secrétaire d'État Mme Debaets au courant de nos travaux.

Pour préparer ce dossier, nos collaborateurs ont tenu compte, d'une part, des interpellations formulées par la Commission de la santé et, d'autre part, des recommandations faites par les experts actifs dans le domaine de la toxicomanie à Bruxelles, en Flandre et en Wallonie, lors d'une concertation organisée le 15 avril dernier.

(poursuivant en néerlandais)

Les cabinets bruxellois ont ensuite transmis une note commune au groupe de travail intercabinets en vue de la conférence Interministérielle du 24 octobre.

(poursuivant en français)

Cette note présente la situation bruxelloise et rappelle que la consommation de drogue dans

Bepaalde diensten zijn laagdrempelig en slagen erin een doelpubliek aan te trekken dat weinig of zelfs geen contact heeft met de algemene en gespecialiseerde gezondheidsdiensten.

Een deel van de bevolking doet echter zelfs geen beroep op dat laagdrempelige aanbod. Het gaat met name om zeer arme of sociaal geïsoleerde personen, mensen zonder papieren, nieuwkomers en verslaafden die nog niet lang heroïne inspuiten.

Wij hebben onze voorstellen duidelijk opgenomen in het Brussels risicobeperkingsbeleid, waarbij we het individu centraal stellen en in het kader van de risicobeperking aandringen op bijzondere aandacht voor de voorgeschiedenis, de levensstijl en het gedrag van gebruikers om gezondheidsmaatregelen te kunnen nemen waarmee we tegemoetkomen aan hun behoeften.

(verder in het Nederlands)

Dit is een pragmatische oplossing die ingaat tegen de ideale oplossing waarbij drugs volledig worden uitgeroeid. Deze aanpak is niet moraliserend, want er wordt geen oordeel geveld over druggebruikers.

(verder in het Frans)

Wij willen druggebruik niet banaliseren, maar risicobeperkende mogelijkheden aanreiken, gebruikers stimuleren om hun verantwoordelijkheid te nemen, verslaafden opzoeken in hun leefomgeving, professionals uit alle betrokken sectoren sensibiliseren en iets veranderen aan het beeld dat in de samenleving leeft over druggebruikers, meer bepaald wat stigmatisering en uitsluiting betreft.

Het Brussels Gewest heeft de kans gekregen om tijdens gezamenlijke vergaderingen van meerdere kabinetten de principes van gebruikersruimten toe te lichten en het ook te hebben over mogelijke locaties, maatregelen van de gemeenschappen met betrekking tot omkadering en medische, sociale en gezondheidsaspecten. Verder hadden wet het over de noodzaak om andere instanties bij de maatregel te betrekken die een dergelijk initiatief in goede banen kunnen leiden.

Risicobeperkende gebruikersruimten sluiten aan bij een beleid voor de volksgezondheid. Het komt

l'espace public entraîne de nombreuses nuisances. Elle souligne les risques importants pour la santé, associés aux pratiques de consommation d'héroïne en injection, mais également en inhalation : infections, virus de l'immunodéficience humaine (VIH), hépatites et surdoses.

Sur le territoire de la Région, une offre de qualité et diversifiée en matière de prévention, de réduction des risques et de soins est déjà présente au sein des services hospitaliers, des services ambulatoires et d'équipes mobiles. Certains services sont à bas seuil d'accès, voire à très bas seuil, et permettent de capter une population qui a peu, voire pas de contacts avec les services sanitaires généraux et spécialisés.

Cependant, malgré ce bas seuil, une partie de la population échappe à cette offre, en particulier les personnes très précarisées, les personnes socialement non insérées, les sans-papiers, les primo-arrivants, ainsi que les personnes se situant au début de leur parcours d'injecteur, appelées primo-injecteurs.

Nous avons clairement inscrit notre propos dans le cadre de la politique bruxelloise de réduction des risques, en rappelant que l'individu se trouve au centre du dispositif et que la réduction des risques prête une attention particulière aux trajectoires, aux modes de vie et aux comportements des usagers, afin de définir des mesures de santé publique répondant à leurs besoins.

(poursuivant en néerlandais)

Il s'agit d'une solution pragmatique et non moralisante, qui rompt avec l'idéal d'éradication des drogues.

(poursuivant en français)

Notre volonté est de ne pas banaliser l'usage des drogues, de donner les moyens de réduire les risques, d'encourager la responsabilité des usagers, de rencontrer l'utilisateur dans son milieu de vie, de sensibiliser les professionnels de tous les secteurs concernés et de faire évoluer les représentations sociales concernant les usagers, notamment en ce qui concerne la stigmatisation et l'exclusion.

La Région a eu l'occasion, au cours de rencontres

erop aan pragmatische oplossingen te vinden om sociale en gezondheidsproblemen van gebruikers op te lossen en de overlast door druggebruik in de openbare ruimte zo veel mogelijk te beperken.

(verder in het Nederlands)

De aanpak is bedoeld als aanvulling bij het huidige aanbod van preventie, risicobeperking, zorgverlening en re-integratie. Noch met risicobeperking, noch met enig ander element uit dit aanbod willen we de indruk geven dat we druggebruik banaliseren.

(verder in het Frans)

Met het oog op de interministeriële conferentie van oktober hebben we tijdens de gezamenlijke vergaderingen van de betrokken kabinetten aan een samenvattende nota gewerkt. Afgezien van een beschrijving van de algemene context en epidemiologische gegevens staat daarin ook een overzicht en een beoordeling van de systemen in het buitenland. Er is ook een hoofdstuk aan de wetgeving gewijd.

De wijziging van de wet van 24 februari 1921 is geen prioriteit voor de federale overheid. Wij betreuren dat en zullen tijdens de volgende interministeriële conferentie de federale regering ervan proberen te overtuigen haar standpunt te herzien. Ondertussen zetten wij ons werk voort.

(verder in het Nederlands)

Daarnaast zullen alle Brusselse kabinetten binnenkort met experts overleg plegen over de wettelijke regeling.

(verder in het Frans)

Op de bijzondere vergadering van de Algemene Vergadering van de Verenigde Naties in april 2016 in New York werd niet over risicobeperkende gebruikersruimten gedebatteerd. België heeft zich volledig aangesloten bij het standpunt van de Europese Unie en bijgevolg de verklaring van het Nederlandse voorzitterschap gesteund. Daarbij ging de aandacht naar volksgezondheid, welzijn, internationaal recht, de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens en werd gepleit voor een volledige afschaffing van de doodstraf, ook in het

intercabinets, de présenter les principes d'un tel dispositif, d'aborder les questions liées au lieu d'implémentation, à l'encadrement nécessaire et aux fonctions de type médical, social et de santé communautaires, ainsi que celle de l'implication indispensable d'autres acteurs qui pourraient assurer l'efficacité d'un tel dispositif, inclus dans une chaîne de soins.

En résumé, le dispositif des salles de consommation à moindre risque est conçu dans une approche de santé publique. Il s'agit de chercher des solutions pragmatiques permettant de répondre aux besoins sociosanitaires constatés - morbidité, mortalité -, tout en réduisant les nuisances provoquées par l'usage de drogue dans les lieux publics.

(poursuivant en néerlandais)

Cette approche s'inscrit en complémentarité de l'offre actuelle de prévention, de réduction des risques, de soins et de réinsertion.

(poursuivant en français)

Le travail s'est poursuivi en intercabinets en vue de la conférence interministérielle d'octobre. La note de synthèse, qui a été largement discutée entre-temps, reprend, outre les questions liées au contexte général et les données épidémiologiques, une vision des dispositifs existant à l'étranger et leur évaluation, de même qu'un chapitre sur les aspects législatifs.

Je dois reconnaître que la modification de la loi du 24 février 1921 ne figure pas parmi les priorités de l'ensemble des autorités fédérales. Nous regrettons cette position et poursuivons la réflexion sur les modalités de mise en œuvre de ce dispositif. Nous maintenons notre soutien à une modification de la loi du 24 février 1921. Lors de la prochaine conférence interministérielle, nous tenterons d'infléchir la position du gouvernement fédéral en maintenant cette question parmi les priorités de cette législature.

(poursuivant en néerlandais)

Par ailleurs, l'ensemble des cabinets bruxellois se concerteront prochainement avec des experts au sujet du dispositif légal.

geval van drugsdelicten, en voor het recht op gezondheid.

In dit kader heeft het Nederlandse voorzitterschap niet alleen verwezen naar preventie en de behandeling en sociale integratie van gebruikers, maar ook naar risicobeperking door behandelingen met vervangingsproducten en ruilprogramma's voor injectieaalden. Daarnaast werd ook gepraat over nieuwe psychoactieve middelen, de noodzaak van internationale samenwerking om de productie en verspreiding van zulke middelen te bestrijden en de rol die preventie en risicobeperking daarin kunnen spelen.

De synthesesnota besluit met de stelling dat er binnen de internationale conventies voldoende marge bestaat voor risicobeperkende gebruikersruimten. Op het nationale niveau moeten de wet van 1921 en de bijhorende koninklijke besluiten echter wel gewijzigd worden. Het is van primordiaal belang dat we over een stevig wettelijk kader beschikken voor gebruikersruimten. Met dat wettelijke kader moeten we ervoor zorgen dat de behandelende instanties en de overheid niet verantwoordelijk gesteld kunnen worden voor sterfgevallen en overdosissen in risicobeperkende gebruikersruimten. Het wettelijke kader is een federale bevoegdheid.

In de synthesesnota staat tot slot ook dat we gebruikersruimten zelfs niet kunnen overwegen voordat de wet is aangepast.

Uiteraard overleggen alle Brusselse kabinetten die bevoegd zijn voor gezondheid en veiligheid daarover met elkaar.

Wij zullen hier in oktober op terugkomen.

(poursuivant en français)

En ce qui concerne la Session extraordinaire de l'assemblée générale des Nations unies qui a eu lieu en avril 2016, je vous informe que la question des salles de consommation à moindre risque n'a pas été débattue en tant que telle à New York. La Belgique s'est ralliée entièrement à la position défendue par l'Union européenne et a donc soutenu la déclaration de la présidence néerlandaise. Elle a insisté notamment sur les questions de santé et de bien-être, sur le droit international et la Déclaration universelle des droits de l'homme. Elle a plaidé pour l'abolition totale de la peine de mort, y compris pour les délits liés à la drogue, et pour le droit à la santé.

À ce sujet, elle a fait référence à la prévention, au traitement et à l'intégration sociale des usagers, mais aussi à la réduction des risques, en citant notamment les traitements de substitution et les programmes d'échange de seringues. Elle a également abordé la question des nouvelles substances psychoactives et des nécessaires coopérations internationales pour lutter contre leur production et leur diffusion, mais aussi celle du rôle de la prévention et de la réduction des risques.

La note de synthèse conclut qu'il existe au niveau des conventions internationales une marge de manœuvre qui permet une mise en place des salles de consommation à moindre risque. Au niveau de la législation belge, elle note qu'il importe de rappeler qu'une modification de la loi de 1921 et des arrêtés royaux d'application est nécessaire pour développer les salles de consommation à risque. Il est primordial d'avoir un cadre légal solide. Un arrêté royal ou une circulaire des procureurs généraux ne peut suffire. Une exonération de la responsabilité des intervenants et des autorités en cas de décès et d'overdose dans les salles de consommation à moindre risque doit également être explicitée. Tout ce qui concerne le cadre légal est de la compétence de l'autorité fédérale. Ce changement législatif est une condition sine qua non requise avant d'envisager quelque projet que ce soit, précise encore la note de synthèse.

Vous aurez compris que tous les cabinets bruxellois en charge de la santé et de la sécurité se concertent sur cette question. Tous ensemble, nous

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

De heer Alain Maron (Ecolo) *(in het Frans).*- *Uw antwoord geeft mij een dubbel gevoel. Het is positief dat er overleg tussen de Brusselse beleidsniveaus heeft plaatsgevonden en dat zij een consensus over gebruikersruimten hebben bereikt. U zegt echter ook dat er geen schot in de zaak kan komen zolang de federale wet van 1921 niet wordt gewijzigd. Dat zou echter nog best lang kan duren, gezien de politieke situatie op het federale niveau en de verschillende gevoeligheden van de gewesten.*

In Luik werd het proefproject Tadam al gevoerd in afwachting van de wijziging van de wet van 1921. Het project werd gesteund door de minister van Volksgezondheid en de procureur-generaal, maar is ondertussen helaas afgelopen.

Sindsdien is de wettelijke context veranderd. Hoewel het Brussels Gewest niet bevoegd is voor de drug- en strafwetgeving, hebben wij meer bevoegdheden gekregen inzake gezondheid, veiligheid en preventie.

Mijnheer Gosuin, u wilt gebruikersruimten openen, maar de wet van 1921 staat dat niet toe. Wat is uw back-upplan? Hoe denkt u vooruitgang in dit dossier te kunnen boeken?

déployons les mêmes efforts qui s'imposent pour aborder cette question difficile.

Nous reviendrons à la charge à ce sujet en octobre, et par la suite si cela s'avère nécessaire.

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

M. Alain Maron (Ecolo).- Merci pour l'exhaustivité de votre réponse. Je suis néanmoins circonspect. D'une part, vous nous rappelez l'importance de la concertation qui a eu lieu entre les entités bruxelloises. J'en prends acte, tout à fait positivement. Un consensus semble se dégager entre les entités à Bruxelles en faveur du soutien à de tels dispositifs. Pour le reste, votre collègue au niveau de la Cocof a été tout à fait clair en la matière.

D'autre part, vous nous dites cependant que rien ne bougera tant que la loi de 1921 n'aura pas été modifiée au niveau fédéral. J'ai donc le sentiment que nous pourrions attendre longtemps, compte tenu de la situation politique au niveau fédéral, ainsi que des sensibilités différentes d'une Région à l'autre du pays.

Les sensibilités diffèrent en effet par rapport au dossier, mais aussi et surtout au sein des majorités politiques qui existent dans les différentes parties du pays.

Pourtant, le projet pilote Tadam, à Liège, avait été mis en œuvre sans modification de la loi de 1921. Il a perduré un certain temps, soutenu par une ministre de la Santé publique et avec l'accord du procureur général. Malheureusement, cette expérience est arrivée à son terme.

Depuis lors, la situation a changé en termes de compétences. Certes, la législation sur les drogues et le Code pénal ne relèvent pas de la Région bruxelloise, mais celle-ci bénéficie de compétences supplémentaires en matière de santé, de sécurité et de prévention. C'est à ce titre, je suppose, que M. Vervoort a répondu et que vous vous organisez avec lui.

Vous souhaitez ouvrir des salles de consommation, mais la loi de 1921 vous en

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

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College (in het Frans).- *Het klopt dat er een consensus over gebruikersruimten is op het Brusselse niveau.*

Het proefproject in Luik werd gesteund door de toenmalige federale regering. Het is ondenkbaar dat wij een dergelijk project kunnen starten zonder dat de huidige federale regering het goedkeurt of ingrijpt om eventuele juridische gevolgen te vermijden.

Wij moeten de strijd voortzetten, ondanks de meningsverschillen tussen de politieke meerderheden in dit land. Wij mogen de hoop niet opgeven dat zij nog van mening veranderen of dat die meerderheden veranderen. Ik wil me niet fatalistisch opstellen, maar gebruikersruimten brengen risico's met zich mee, en we moeten alle betrokken instanties rechtszekerheid bieden.

Het is van essentieel belang dat medisch personeel kan werken met voldoende rechtszekerheid. Dat was trouwens het geval bij het proefproject in Luik, waarvoor de toenmalige federale overheid met geld over de brug kwam en zelfs een gerechtelijk akkoord was gesloten.

Vandaag zitten we helaas in een andere situatie. We hebben het dossier ingediend bij de interministeriële conferentie en we sluiten niet uit dat er andere middelen zijn om eventuele moeilijkheden te omzeilen. Laten we echter eerst het overleg een kans geven op 24 oktober.

Ik wil niet ontkennen dat bepaalde partijen in de federale regering helemaal niet geneigd zijn om drugsgebruik uit het strafrecht te halen.

Wallonië zit op dezelfde golflengte als Brussel. Het is dan ook niet uitgesloten dat we samen met onze Waalse collega's nagaan hoe we eventuele

empêche. Dès lors, quel est votre plan alternatif ? Comment progresser dans ce dossier, malgré les blocages susceptibles d'apparaître à l'échelon fédéral autour de la modification de ladite loi de 1921 ?

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

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Je confirme qu'un consensus a bel et bien été dégagé au niveau bruxellois.

Par ailleurs, un projet pilote a été mené à Liège, dont vous connaissez l'issue. Celui-ci était porté à l'époque par le gouvernement fédéral. Penser que nous sommes en mesure d'initier un projet sans que le gouvernement fédéral ne le cautionne ou n'intervienne d'une manière ou d'une autre pour éviter une neutralisation des éventuels aspects judiciaires, c'est rêver en technicolor !

Ce combat doit être poursuivi, nonobstant les différentes majorités dans ce pays. Il ne faut pas désespérer de les faire changer d'avis, ni de modifier les attelages. Je ne m'inscris pas dans une fatalité, mais il est difficile de demander à la fois à des pouvoirs publics et à des intervenants médicaux de travailler en toute sécurité, en raison de problèmes de responsabilités. Ce projet n'est, en effet, pas dépourvu de risques.

Il est facile de demander aux autres d'assumer des risques lorsqu'on est assis sur une chaise et qu'on n'exerce aucune responsabilité.

Il est essentiel que les intervenants médicaux puissent agir dans le cadre d'une certaine sécurité juridique. C'était le cas pour le projet pilote, avec une intervention fédérale, et même un accord au niveau judiciaire.

Aujourd'hui, nous ne sommes hélas pas dans ce cas de figure. Nous avons introduit le dossier en conférence interministérielle et nous n'excluons pas, à l'issue de cette réunion, de recourir à d'autres moyens pour contourner une éventuelle difficulté. Laissons toutefois la place au dialogue le 24 octobre.

Je ne vous cache pas que certains partenaires au

moelijkheden het hoofd kunnen bieden tijdens de vergadering van 24 oktober.

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

De heer Alain Maron (Ecolo) *(in het Frans).*- *Ik hoop dat de vergadering van 24 oktober tot pragmatische oplossingen leidt om de rechtszekerheid van sociale assistenten te garanderen. Zij werken dagelijks met druggebruikers om hun welzijn en gezondheid te beschermen. Het gaat om verenigingen die dagelijks op het terrein aanwezig zijn en hun werk binnen een erg restrictief kader moeten verrichten.*

Volgens de wet van 1921 is het eigenlijk verplicht om druggebruikers aan te geven, ook als ze drugs gebruiken in instellingen van de federale overheid of de gemeenschappen.

Er worden al maatregelen genomen binnen het huidige wettelijke kader en we boeken vooruitgang. Alle betrokken verenigingen vinden dat er gedecentraliseerde risicobeperkende gebruikersruimten moeten komen.

Ik begrijp uw opmerking dat de wet van 1921 moet worden gewijzigd, maar kan het Brussels Gewest niet binnen het huidige wettelijke kader en in overleg met justitie vooruitgang boeken om rechtsonzekerheid te vermijden?

Als de vergadering van 24 oktober geen resultaten oplevert, hoop ik dat er een alternatief plan komt om de obstakels te omzeilen.

niveau fédéral sont réticents à l'égard d'une dépenalisation. Attendons cependant la concertation du 24 octobre.

La Wallonie est sur la même longueur d'onde que nous. Il n'est dès lors pas exclu que nous envisagions ensemble la manière de contourner l'éventuel obstacle qui se présentera à nous à l'issue de la réunion du 24 octobre.

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

M. Alain Maron (Ecolo).- Je souhaite que la réunion du 24 octobre débouche effectivement sur des solutions pragmatiques, afin d'assurer la sécurité juridique des intervenants sociaux.

Dans votre réponse, vous indiquez vous-même que Bruxelles comporte déjà un tissu associatif social, y compris d'accès à très bas seuil, qui travaille avec des toxicomanes. Ces acteurs travaillent quotidiennement auprès de ce public, avec pragmatisme, pour améliorer la santé et la situation sociale des personnes concernées. L'objectif n'est bien sûr pas de les faire consommer, mais bien de s'assurer que leur état de santé soit suffisant et qu'ils s'en sortent socialement. C'est de cela dont il est question et l'outil existe déjà.

Il s'agit d'associations qui œuvrent quotidiennement sur le terrain dans un cadre législatif extrêmement restrictif. Je rappelle que conformément à la loi de 1921, il faudrait dénoncer les personnes qui consomment des drogues, y compris dans les institutions qui relèvent du gouvernement fédéral ou qui sont financées par les institutions communautaires.

Des actions sont déjà entreprises dans le cadre actuel et les choses avancent. Toutes ces associations et ces personnes disent qu'idéalement, des salles de consommation à moindre risque décentralisées pourraient être mises en place.

Je vous entends quand vous dites qu'il faudra absolument une modification de la loi de 1921. La Région bruxelloise - dans le cadre actuel de ses compétences - et les institutions bruxelloises ne pourraient-elles pas avancer, même en dehors de

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

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College (in het Frans).- *Ik citeer paragraaf 2 van artikel 3 van de genoemde wet: "Met de straffen gesteld in artikel 2 bis, en volgens het daarin gemaakte onderscheid, worden gestraft zij die, onder bezwarende titel of om niet, voor een ander het gebruik van de in artikel 2 bis, § 1, genoemde stoffen gemakkelijker maken door het verschaffen daartoe van een lokaal of door enig ander middel, of tot dit gebruik aanzetten".*

De heer Alain Maron (Ecolo) (in het Frans).- *U hebt het steeds maar over die oude wet van 1921.*

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College (in het Frans).- *Ik wijs u op het juridische probleem dat de invoering van gebruikersruimten in de weg staat.*

De heer Alain Maron (Ecolo) (in het Frans).- *De wet van 1921 verbiedt ook druggebruik op straat.*

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College (in het Frans).- *U bent geen rechter, mijnheer Maron. De rechtszekerheid moet worden gegarandeerd voor alle betrokken professionals.*

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

De heer Julien Uyttendaele (PS) (in het Frans).- *Het Tadam-project werd opgestart op grond van een uitzondering op de wet van 1921. Zo'n uitzondering moet worden bekrachtigd door de minister van Volksgezondheid. Meestal gebeurt dat om wetenschappelijk of statistisch onderzoek mogelijk te maken. Het is echter onmogelijk om op grond van die uitzondering een algemeen systeem*

ce cadre, mais en dialogue avec la justice, pour éviter les risques judiciaires ?

J'espère que si la réunion du 24 octobre ne devait pas aboutir à un résultat, des plans B pourraient être envisagés pour contourner les obstacles.

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

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Je voudrais vous lire le paragraphe 2 de l'article 3 : "Seront punis des peines prévues à l'article 2bis et selon les distinctions qui y sont faites, ceux qui auront facilité à autrui l'usage à titre onéreux ou à titre gratuit des substances spécifiées à l'article 2bis, § 1, soit en procurant à cet effet un local, soit par tout autre moyen, ou qui auront incité à cet usage."

M. Alain Maron (Ecolo).- Vous ne faites que nous rappeler la loi de 1921, qui date.

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Je veux vous rappeler ainsi le problème du local.

M. Alain Maron (Ecolo).- Le problème du local peut déjà se poser à l'heure actuelle. La loi de 1921 interdit aussi de consommer en rue.

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- M. Maron, vous n'êtes pas juge. Il faut entendre à la fois les professionnels de la justice et les professionnels de la santé, qui demandent une sécurité juridique élémentaire, eu égard aux risques qu'ils courent. N'omettons pas cet aspect.

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

M. Julien Uyttendaele (PS).- Si j'ai bien compris, le projet Tadam a été initié sur la base d'une exception à la loi de 1921, qui est prévue. Cette exception doit être validée par la ministre de la Santé publique, en général pour des recherches scientifiques ou statistiques.

Voilà pourquoi le projet Tadam a été lancé et a pu

voor gebruikersruimtes in te voeren.

Ik ben blij dat u op het niveau van de Franse Gemeenschapscommissie aandacht hebt besteed aan de beperking van de risico's voor druggebruikers. Mijnheer Maron, er zijn alternatieve mogelijkheden om vooruitgang te boeken.

Er is een excursie naar Parijs gepland om daar een gebruikersruimte te bezoeken en kennis te maken met een project het ruilen van injectienaalden.

Ik hoop dat we in afwachting van een wijziging van de wet van 1921 andere concrete alternatieven kunnen bedenken om verenigingen en harddrugverslaafden te helpen.

- Het incident is gesloten.

INTERPELLATIE VAN DE HEER ALAIN MARON

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 financiering van de ziekenhuisinfrastructuur".

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

De heer Maron heeft het woord.

fonctionner. C'est également la raison pour laquelle il n'est pas possible de mettre en place un système global de salles de consommation à moindre risque sur la base de cette exception. L'objectif est différent.

Au niveau de la Cocof, je vous félicite d'avoir enfin consacré la réduction des risques. Nous avons, M. Maron, des alternatives pour faire avancer cette cause. Nous continuerons donc dans cette voie.

À ce titre, une mission est prévue à Paris, notamment destinée à visiter une salle de consommation à moindre risque, ainsi qu'à rencontrer des échangeurs de seringues.

Nos recherches et notre réflexion se poursuivront donc. En attendant une modification de la loi de 1921, j'espère que nous pourrions trouver d'autres alternatives très concrètes pour aider le secteur associatif et les personnes qui souffrent, au jour le jour, de leur addiction à des drogues dures.

- L'incident est clos.

INTERPELLATION DE M. ALAIN MARON

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 des infrastructures hospitalières".

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

La parole est à M. Maron.

De heer Alain Maron (Ecolo) (in het Frans).- *Op 23 juni maakt Wallonië het financieringsmodel voor de ziekenhuizen bekend, dat volgens de bevoegde minister de ziekenhuizen stimuleert om hun verantwoordelijkheid op te nemen en bovendien de openbare financiën veiligstelt.*

Het federale model werkte op basis van voorschotten en herfacturering na de uitvoering van de werkzaamheden. Wallonië voert nu een systeem in waaraan de verzekeringsinstellingen en het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) een bijdrage leveren en dat steunt op een daglijprijs, waarin de kosten voor de bouw, het onderhoud en de uitrusting zijn verwerkt. Bovendien wordt er om de vijf jaar een investeringsprogramma opgesteld. Een deel van de voorschotten voor de bouw en onderhoudswerken wordt dus gedragen door de verzekeringsinstellingen.

Het gaat om een transparant model, waarbij de budgetten vooraf gekend zijn. Daarnaast is het goedgekeurd door het Instituut voor de Nationale Rekeningen (INR), binnen de uitermate complexe context van het Europese systeem voor de rekeningen. Dat blijkt uit een recente beslissing van Eurostat. Voortaan zijn alle ziekenhuizen opgenomen in de consolidatieperimeter van onze schuld.

Overweegt u voor het Brussels Gewest een hervorming van de ziekenhuisfinanciering? De vraag beheerst al jaren onze begrotingsbesprekingen en is nog nijpender geworden sinds de overdracht van de onderdelen A1 en A3 van het budget financiële middelen na de zesde staatshervorming.

Wordt die kwestie in het Brussels Plan voor de gezondheidszorg aangepakt? Hebt u kennis genomen van het Waalse financieringsmodel? Is het interessant voor een Brussels model?

Werd daarover tijdens de interministeriële conferentie (IMC) Volksgezondheid overlegd, nu de federale regering werkt aan een hervorming van de ziekenhuissector die heel wat overeenkomsten vertoont met het Waalse model? Wat was de teneur van die besprekingen?

M. Alain Maron (Ecolo).- *Le 23 juin dernier, la Wallonie a dévoilé son nouveau modèle de financement des infrastructures hospitalières. Selon le ministre en charge de cette matière, celui-ci "favorise la responsabilisation des acteurs hospitaliers tout en préservant les finances publiques".*

En effet, contrairement au modèle en vigueur précédemment au niveau fédéral - qui fonctionnait sur la base d'avances et de refacturation une fois les travaux terminés -, la Wallonie fait intervenir les organismes assureurs et l'Inami, en optant pour un système reposant sur un prix d'hébergement à la journée, intégrant les coûts de construction, d'entretien et d'équipement. Un programme d'investissements sera en outre établi tous les cinq ans. Une partie des avances liées aux investissements pour entretien ou construction passe donc aux organismes assureurs.

Outre sa transparence et sa prévisibilité budgétaire, ce modèle présente également l'avantage d'avoir été validé par l'Institut des comptes nationaux (ICN), dans un contexte que l'on sait particulièrement complexe en ce qui concerne le système européen des comptes. Une récente décision d'Eurostat vient de le démontrer, puisque l'ensemble des hôpitaux ont désormais été intégrés dans le périmètre de consolidation de notre dette.

Vous vous êtes récemment exprimé dans la presse sur le financement des infrastructures hospitalières. Une réforme de ce financement est-elle à l'ordre du jour en Région bruxelloise ? Depuis de nombreuses années, cette question alimente nos débats budgétaires, notamment le montant de l'encours. Elle est évidemment plus pressante encore depuis le transfert des parties A1 et A3 du budget des moyens financiers résultant de la sixième réforme de l'État.

Le Plan de santé bruxellois, pour lequel, le 24 février, vous annonciez une première version avant l'été, aborde-t-il cette question ? Avez-vous pris connaissance du nouveau modèle de financement wallon et, le cas échéant, en tirez-vous des enseignements pour un éventuel modèle bruxellois ?

Des discussions sur ce sujet ont-elles eu lieu en

Bespreking

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

De heer Pierre Kompany (cdH) (in het Frans).- *Ik wil enkel opmerken dat de subsidies van de GGC naar bicommunautaire ziekenhuizen moeten gaan. Als er een akkoord is met de monocommunautaire ziekenhuizen, moeten we toezien op de terugbetaling.*

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

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College (in het Frans).- *Ik begrijp dat de commissieleden veel belang hechten aan dit onderwerp, want de hervorming van de financiering van de ziekenhuisinfrastructuur is een van de belangrijkste onderwerpen van deze regeerperiode.*

Collegelid Vanhengel en ikzelf werken aan een hervorming van de financiering. Zoals ik eerder al zei, doen we dat in overleg met de ziekenhuizen en de overkoepelende ziekenhuisverenigingen.

Tijdens de vergaderingen van de voorbije maanden kregen we zicht op de geplande werken en noden. Daaruit blijkt dat de situatie in Brussel niet even hoogdringend is als in de andere gewesten. Dat betekent natuurlijk niet dat we geen maatregelen hoeven te nemen, maar we hebben wel meer tijd voor overleg.

We hebben kennis genomen van de hervormde financiering van de ziekenhuisinfrastructuur van onze Waalse collega's en de Federatie Wallonië-

conférence interministérielle (CIM) de la santé publique, sachant que le pouvoir fédéral planche sur une réforme des hôpitaux qui présente de nombreux points communs avec la volonté affichée en Wallonie : rationalisation du paysage, renforcement des synergies, spécialisation des sites, répartition équilibrée sur le territoire ? Dans l'affirmative, pouvez-vous nous informer de la teneur des échanges ?

Discussion

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

M. Pierre Kompany (cdH).- Je voudrais formuler une remarque. Les subsides de la Cocom doivent être alloués à des activités de la Cocom, c'est-à-dire à des activités hospitalières bicommunautaires. S'il existe un accord avec des hôpitaux monocommunautaires, il faut assurer le suivi du remboursement.

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

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Je vous remercie pour votre question, M. Maron. Je constate d'ailleurs que le sujet passionne cette commission, vu que j'ai déjà répondu à des questions similaires les 11 et 25 mai derniers. Mais je vous comprends, la réforme du financement des infrastructures hospitalières constituera l'une des réformes importantes de cette législature, après, notamment, le moratoire sur les personnes âgées que nous avons lancé dernièrement.

Bien évidemment, mon collègue Guy Vanhengel et moi-même travaillons sur une nouvelle vision du financement des infrastructures. Comme j'ai eu l'occasion de le dire en réponse à une question de M. du Bus de Warnaffe, et donc au risque de me répéter, nous menons ce travail en concertation avec les hôpitaux et les coupoles hospitalières.

Lors des rencontres de ces derniers mois, nous avons pu faire le point sur l'état des travaux planifiés et sur les éventuels futurs besoins. Cela a confirmé notre analyse, selon laquelle l'urgence

Brussel en zijn van plan om hun voorbeeld gedeeltelijk te volgen.

De Brusselse regeling zal de financiering van de ziekenhuizen vereenvoudigen en ervoor zorgen dat het op voorhand beter voorspelbaar wordt hoeveel geld eraan wordt besteed. We moeten vooral vermijden dat er onzekerheid blijft over de definitieve financiering omdat subsidies nog worden aangepast, zoals dat op het federale niveau gebeurde. Het is ook de bedoeling om beide financieringstypes, namelijk de subsidies die de GGC op basis van ingediende facturen betaalt en de afschrijvingen die de federale overheid vergoedt, samen te brengen in een nieuw systeem.

Toekomstige subsidies voor de financiering van ziekenhuisinfrastructuur zullen grotendeels forfaitair zijn. Net zoals in Wallonië zullen we een onderscheid maken tussen forfaitaire subsidies voor onderhoud en subsidies voor nieuwbouw en renovatie.

We zijn er echter nog niet uit of de Brusselse financiering het Waalse afschrijvingsmodel moet overnemen. In dat model worden investeringen in infrastructuur gesubsidieerd op grond van een specifieke verblijfsprijs voor elk ziekenhuis, die is gebaseerd op meerdere reële activiteitenparameters. Elk ziekenhuis ontvangt bijgevolg een bedrag dat overeenstemt met een activiteitsgraad die wordt ingeschat op basis van het potentiële aantal patiënten gedurende de investeringsperiode.

Die techniek brengt variatie in de financiering op basis van de reële activiteit en biedt ziekenhuizen geen absolute zekerheid over de financiering van hun infrastructuur.

Het voordeel van dat model was dat het werd goedgekeurd door het Instituut voor de Nationale Rekeningen (INR), waardoor het niet hoefde te beantwoorden aan de regels van het Europese stelsel van nationale en gewestelijke rekeningen (ESR 2010). Volgens het INR zou het immers mogelijk worden om de variabele financiering van de overheid niet te beschouwen als een subsidie die volgens de Europese boekhoudnormen afgeschreven moet worden.

Zoals u echter benadrukt, deelt Eurostat de

que connaissent les autres Régions en matière de reconstruction hospitalière n'est pas partagée à Bruxelles, dans la mesure où le parc hospitalier a été largement reconstruit ces dix dernières années et que les derniers grands chantiers sont en cours. Cela ne signifie évidemment pas que nous ne devons rien faire. Mais cela nous a permis de prendre le temps d'une réflexion approfondie sur le sujet, ainsi que d'une concertation, informelle, mais soutenue.

Nous avons bien sûr pris connaissance de la réforme du financement de l'infrastructure hospitalière déposée par nos collègues wallons et de la Fédération Wallonie-Bruxelles, avec lesquels mon cabinet entretient d'excellents contacts. Nous envisageons quelques pistes de travail similaires à la réforme wallonne.

Tout d'abord, la nouvelle réglementation bruxelloise poursuivra un objectif de simplification des mécanismes de financement et de prévisibilité des moyens alloués aux hôpitaux. Il est principalement question de supprimer les mécanismes insécurisants de révision des subsides tels qu'ils avaient cours au niveau fédéral. Il est également question de fusionner les deux types d'intervention que sont les subsides payés sur facture, prévus par le mécanisme actuel de la Cocom, et le remboursement par amortissement prévu par le système fédéral.

Ensuite, les futures interventions dans le financement des infrastructures hospitalières seront largement forfaitarisées, et ce dans un objectif de maîtrise des moyens publics. Enfin, comme en Wallonie, nous ferons la distinction entre les forfaits d'entretien et les interventions pour de nouvelles constructions ou pour le renouvellement. Voilà pour les ressemblances avec le système wallon.

Par contre, nous ne sommes pas encore acquis à l'idée que le financement bruxellois doit copier le modèle wallon sur sa modalité de liquidation. Dans le modèle wallon, il est prévu que la couverture des investissements en infrastructure soit assurée par un prix d'hébergement spécifique à chaque hôpital, en fonction de plusieurs paramètres d'activité réelle. Cela signifie que l'hôpital recevra un montant correspondant à un taux d'activité à estimer sur la base de sa

interpretatie van het INR niet. We moeten dus een evenwicht zoeken: enerzijds willen we de mogelijkheid behouden om onder de ESR 2010-normen uit te komen, al wordt die almaar minder realistisch, en anderzijds willen we vermijden dat de ziekenhuizen daardoor met financiële onzekerheid worden geconfronteerd. De volgende weken en maanden zullen we daarover overleg plegen.

Net als andere beleidsniveaus heeft de GGC zich ertoe verbonden om toekomstige ziekenhuisinvesteringen zo goed mogelijk af te stemmen op de uitdagingen waarmee de ziekenhuissector geconfronteerd wordt. De interministeriële conferentie heeft daarom een gemeenschappelijke verklaring ondertekend over de hervorming van de ziekenhuissector. Die is nog niet helemaal in kannen en kruiken, maar er gaat aandacht naar rationalisering, samenwerking, specialisering en evenwichtige verdeling.

Mijnheer Kompany, het geld van de GGC zal niet worden gebruikt voor ongeoorloofde doelen. De inspectie van financiën en het Rekenhof zouden daar immers nooit mee akkoord gaan.

We kunnen de grenzen van onze bevoegdheden uiteraard niet overschrijden, al sluit dat niet uit dat er kan worden samengewerkt met ziekenhuizen die niet onder het toezicht van de GGC staan.

Voor de GGC-ziekenhuizen willen we de investeringssubsidies afhankelijk maken van hun inspanningen om tot samenwerking en synergie te komen. Dat geldt zowel voor de ziekenhuizen onderling als voor de samenwerking met de eerstelijnszorg. We kanten ons echter tegen een drastische vermindering van het aantal ziekenhuisbedden in het Brussels Gewest.

Ik wil het nu ook hebben over de financiering van de werking van de ziekenhuizen, dus niet enkel over de infrastructuur. Uit de besprekingen in de interministeriële conferentie is tot dusver helaas nog niet concreet gebleken hoe de minister van Volksgezondheid de financieringshervorming wil aanpakken. We weten dat er overleg is met de ziekenhuisfederaties, maar de deelstaten worden niet ingelicht over de evolutie van die besprekingen.

patientèle potentielle pour la durée des investissements.

Cette technique crée une variabilité du financement en fonction de l'activité réelle et ne donne donc pas de garantie absolue aux hôpitaux de recevoir le financement pour leurs infrastructures.

Ce modèle présentait l'avantage d'avoir été validé par l'Institut des comptes nationaux (ICN), en ce qu'il permettait d'échapper aux règles du système européen des comptes nationaux et régionaux 2010 (SEC 2010). La variabilité du financement permettrait en effet - au conditionnel -, aux yeux de l'ICN, de ne pas considérer l'intervention de l'autorité comme un subside à répercuter selon les normes comptables européennes.

Toutefois, comme vous le soulignez, l'autorité européenne Eurostat ne partage pas cette interprétation de l'ICN. Nous devons donc mettre en balance, d'un côté, cette possibilité d'échapper aux normes SEC 2010, tout en sachant qu'elle est de moins en moins réaliste, vu la position d'Eurostat et, de l'autre, l'insécurité financière que cela crée dans le chef des hôpitaux. Ce point fera donc l'objet d'analyses et de concertations dans les prochaines semaines et les prochains mois. Nous voulons aboutir à un consensus.

Enfin, la Cocom, à l'instar des autres entités fédérées, s'est engagée à ce que les futurs investissements hospitaliers rencontrent de la manière la plus cohérente possible les enjeux de l'évolution du paysage hospitalier. Nous avons signé en ce sens, en conférence interministérielle, une déclaration commune sur la réforme du paysage hospitalier. Celle-ci n'est pas encore définie concrètement, mais impliquera des notions de rationalisation, de synergies, de spécialisation et de répartition équilibrée.

M. Kompany, cela ne veut pas dire que nous allons utiliser l'argent de la Cocom pour d'autres objectifs que ceux autorisés. Quand bien même nous le voudrions, cela nous serait impossible car, d'une part, l'Inspection des finances ne rendrait jamais un avis favorable, et d'autre part, la Cour des comptes ne tarderait pas à souligner ces anomalies.

Bepaalde bronnen uit het kabinet van de federale minister geven aan dat ze van plan is om tijdens deze regeerperiode een forfaitaire financiering en een financiering op grond van de kwaliteit in te voeren en bovendien de capaciteit van de ziekenhuizen te rationaliseren.

Wij maken ons zorgen over die aankondigingen en vinden dat er beter eerst een aantal studies worden uitgevoerd. Ik verwijs bijvoorbeeld naar de studie van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) over de toekomstige behoeften op het vlak van ziekenhuisplanning.

Die studie zal pas tegen de zomer van 2017 beschikbaar zijn.

De hervorming van de financiering van de ziekenhuisinfrastructuur loopt parallel met de hervorming van de GGC-administratie, die belast zal worden met die materie. Die hervorming schiet trouwens goed op. Er wordt personeel in dienst genomen dat binnen een aantal weken aan de slag gaat. Daarna zullen er opleidingen over ziekenhuisinfrastructuur worden georganiseerd.

Nous devons bien entendu agir dans le cadre de nos compétences. Cela n'exclut en rien qu'un travail en réseau soit réalisé avec d'autres hôpitaux qui ne relèvent pas nécessairement de notre tutelle.

Pour les hôpitaux relevant de la Cocom, nous envisageons donc de lier les subsides aux investissements aux efforts de collaboration et de synergie des hôpitaux entre eux, et des hôpitaux avec la première ligne de soins. Par contre, nous sommes fermement opposés à une réduction drastique de la capacité hospitalière sur le territoire bruxellois.

J'en viens à vos interrogations sur le financement du fonctionnement de l'hôpital, et non plus de ses briques. Dans l'état actuel des discussions en conférence interministérielle, nous ne disposons d'aucun élément concret au sujet des intentions de la ministre de la Santé publique en matière de réforme des financements hospitaliers. Nous le déplorons.

Nous savons que les fédérations hospitalières sont consultées, mais les entités fédérées n'ont reçu aucune information sur l'évolution de ces travaux. Je ne peux pas vous parler de choses que j'ignore ou que j'ai apprises incidemment, mais bien de points qui ont fait l'objet d'une concertation formelle avec mes collègues.

À l'occasion de certaines prises de parole au cabinet de la ministre, nous avons appris que celle-ci envisageait une mise en œuvre de financements forfaitaires sous cette législature, ainsi que l'instauration d'un système "pay for quality" et d'une rationalisation des lits.

Nous sommes interpellés par ces annonces, qui n'ont pas été faites préalablement auprès des entités fédérées. À notre sens, elles auraient dû être précédées d'une série d'études, telle que l'étude menée par le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) au sujet des besoins futurs en planification hospitalière et extra-hospitalière.

À ce jour, cette étude n'est pas encore disponible. Elle est attendue avant l'été 2017.

Je profite de l'occasion pour vous dire que la réforme de la réglementation sur le financement

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

De heer Alain Maron (Ecolo) (in het Frans).- *U wilt deze materie systematisch en doortastend aanpakken. Dat is een goede zaak, want het Waalse systeem werkt goed, hoewel er nog onzekerheid is met betrekking tot verzekeraars en er nog problemen zijn inzake de voorspelbaarheid van de verstrekte subsidies.*

U verklaarde in de pers dat het niet de bedoeling is om de capaciteit van de Brusselse ziekenhuizen te beperken, terwijl die in Wallonië naar verluidt met 25% zou worden teruggeschroefd.

De federale overheid heeft een beslissing genomen zonder voorafgaandelijk overleg met de betrokken beleidsniveaus en de bevoegde minister is direct naar de pers gestapt. Ik begrijp dat u verbolgen bent, want die houding getuigt niet van loyaliteit ten aanzien van de betrokken beleidsniveaus.

Waarom blijft u hardnekkig beweren dat het ondenkbaar is om het aantal ziekenhuisbedden in Brussel te verminderen, terwijl de capaciteit in Wallonië met 25% afneemt? Ik ben het weliswaar met u eens dat de federale regering schijnt te vergeten dat er veel Vlamingen en Walen worden opgenomen in Brusselse ziekenhuizen, terwijl Vlaamse en Waalse ziekenhuizen veel minder patiënten uit andere gewesten ontvangen.

Net als de instanties op het terrein wilt u de eerstelijnszorg, de thuiszorg en de nazorg verbeteren. Maar komt het dat u zich zo krachtig tegen een vermindering van de ziekenhuiscapaciteit verzet terwijl u toch ook de

de l'infrastructure hospitalière avance en parallèle avec la transformation de l'administration de la Cocom, qui sera appelée à gérer cette matière.

Cette transformation avance bien, puisque trois ingénieurs pour le service infrastructure, ainsi que des collaborateurs - dont des collaborateurs juridiques pour le service santé - sont en cours d'engagement. Ils devraient tous avoir pris leurs fonctions d'ici quelques semaines. Un plan de formation sur les infrastructures hospitalières est prévu dès leur arrivée.

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

M. Alain Maron (Ecolo).- Votre volonté d'avancer de manière systématique et efficace dans ce dossier est manifeste. Nous nous en réjouissons, car le modèle mis en place du côté wallon est positif. Nonobstant les incertitudes que vous avez évoquées sur l'engagement des organismes assureurs et les petits problèmes au niveau de la prévisibilité, vous vous engagez dans la même direction.

Vous avez affirmé avec force dans la presse qu'il n'était pas question de diminuer le nombre de lits dans les hôpitaux bruxellois. De son côté, la Région wallonne s'est engagée à diminuer drastiquement le nombre de lits. On parle d'une diminution de l'ordre de 25%.

Certes, je comprends votre courroux, dû au fait que le niveau fédéral ne consulte pas les entités fédérées avant de prendre cette décision et que la ministre fédérale s'exprime à ce sujet dans la presse sans en discuter avec les entités fédérées, qui sont pourtant partie prenante dans cette politique. Cette forme de déloyauté du gouvernement fédéral vis-à-vis des entités fédérées pose problème.

Néanmoins, pourquoi affirmer avec tant de force qu'une diminution du nombre de lits n'est pas du tout envisageable à Bruxelles ? Nous comprenons le problème de calcul au niveau du gouvernement fédéral, qui semble omettre qu'à Bruxelles plus que dans les autres Régions, des lits sont occupés par des personnes qui ne résident pas en Région bruxelloise. C'est à l'évidence beaucoup moins le

cijfers van de federale overheid in twijfel trekt?

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

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College (in het Frans).- *In tegenstelling tot Wallonië en Vlaanderen heeft het Brussels Gewest het aantal ziekenhuisbedden al sterk verminderd. Bovendien tellen andere grote steden als Luik, Gent, Charleroi of Antwerpen dubbel zoveel ziekenhuisbedden als Brussel.*

Als er overcapaciteit is, moet die natuurlijk worden teruggeschroefd, maar er wordt geen rekening gehouden met de demografische evolutie. Alles wijst er immers op dat de bevolking het sterkst zal groeien in Brussel. We hebben dus niet alleen meer scholen en kinderdagverblijven nodig, maar ook meer ziekenhuizen. Bovendien neemt de armoede in Brussel toe, wat ook gevolgen heeft voor de gezondheid, en woont 33% van de ziekenhuispatiënten in Brussel niet in het Brussels Gewest.

Het zou een slechte zaak zijn voor het Brussels Gewest als de capaciteit van de Brusselse ziekenhuizen werd beperkt. De Brusselse ziekenhuizen zijn niet alleen belangrijk voor de volksgezondheid en op sociaal gebied, maar spelen ook een grote rol in onze economie.

Zelfs specialisten beginnen zich vragen te stellen bij de beperking van de duur van ziekenhuisverblijven omdat dat voor sommige patiënten nadelig is.

Het aantal ziekenhuisbedden moet wel dalen voor het hele land, maar het Brussels Gewest kan geen extra inspanningen meer doen. Natuurlijk kan er voor eerstelijns hulp of alternatieve zorg wel in netwerken worden samengewerkt.

cas en Flandre et en Wallonie.

Nous percevons votre volonté d'améliorer les systèmes de première ligne, les soins à domicile et le suivi post-hospitalier, autant de politiques encouragées par les acteurs de terrain. Dès lors, pourquoi adoptez-vous une position si ferme dans votre refus de diminuer, a priori, le nombre de lits, sachant par ailleurs que vous contestez les chiffres fournis par le pouvoir fédéral ?

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

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- D'une part, la Région bruxelloise a déjà fait de gros efforts en termes de suppressions de lits, au contraire des Régions wallonne et flamande.

Il ne s'agit pas d'a priori : nos chiffres le confirment clairement. Si je compare Liège, Gand, Charleroi ou Anvers, le nombre d'habitants est sensiblement similaire. Or, ces villes possèdent 12.800 lits, alors que nous en avons entre 6.300 et 6.800.

Qu'il y ait un excès, qu'il faille en supprimer, sans doute ! Mais ce serait ne pas tenir compte de l'évolution démographique. Il faut des écoles et des crèches, mais hélas aussi des hôpitaux. L'évolution démographique n'est donc pas du tout prise en considération. Or, tous les paramètres nous indiquent qu'elle sera la plus importante en Région bruxelloise.

Ensuite, on connaît la fragilité sociale et sanitaire de la croissance démographique à Bruxelles, ainsi que les besoins en infrastructures qui en découlent. Doit-on gommer tout cela, en ignorant l'évolution démographique et l'impact sociosanitaire sur les populations les plus fragilisées ?

On pourrait descendre en-dessous d'un certain seuil, mais il faudrait alors se priver de toute activité relative à l'attraction de la patientèle. Or, je rappelle que 33% environ de nos patients proviennent de l'extérieur de Bruxelles.

Nous pourrions mettre fin à cette situation, mais ce serait une perte considérable pour la Région

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

De heer Alain Maron (Ecolo) (*in het Frans*).- *Dank u voor uw antwoorden.*

- Het incident is gesloten.

**INTERPELLATIE VAN DE HEER ZAHOOR
ELLAHI MANZOOR**

**TOT 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 TOT 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 keuze van de
proefprojecten voor geïntegreerde zorg**

bruxelloise. Le réseau hospitalier bruxellois est dynamique sur le plan sociosanitaire, mais aussi en termes économiques et d'attractivité. Je ne souhaite pas le démanteler.

Même les spécialistes commencent à s'interroger sur la démarche qui consiste à faire sortir les gens de l'hôpital le plus rapidement possible. La réduction de la durée d'hospitalisation a un impact négatif sur certains patients.

Sur la seule logique territoriale et démographique, il n'est donc pas sérieux de demander à la Région bruxelloises de consentir des efforts qu'elle a par ailleurs déjà consentis.

Nous sommes d'accord sur le fait qu'une réduction du nombre de lits est nécessaire à l'échelon de la Belgique, mais la Région a déjà fait de gros efforts en la matière. Bien entendu, rien n'empêche de travailler en réseau, sur la première ligne ou les soins alternatifs.

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

M. Alain Maron (Ecolo).- Je vous remercie pour vos réponses.

- L'incident est clos.

**INTERPELLATION DE M. ZAHOOR
ELLAHI MANZOOR**

**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 choix des projets pilotes
visant le développement de soins intégrés**

voor chronisch zieken in Brussel".

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

De heer Manzoor heeft het woord.

De heer Zahoor Ellahi Manzoor (PS) *(in het Frans).*- Volgens het meest recente onderzoek van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV) zouden ongeveer 2,5 miljoen mensen in België lijden aan een langdurige of chronische ziekte of aandoening. Een miljoen van hen worden door het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) als chronische zieken beschouwd.

Op 19 oktober 2015 keurden de ministers van Volksgezondheid van de gemeenschappen en de federale overheid een gemeenschappelijk plan voor chronisch zieken goed. Naar aanleiding van dat plan werd een oproep gedaan om voorstellen voor proefprojecten in te dienen. Op 16 juni 2016 werd een persbericht over de zestien projecten die federaal minister De Block selecteerde op haar website gezet.

Voor het Brussels Gewest werden er twee projecten gekozen, namelijk 'Better Offer and Organization thanks to the Support of a Tripod Model (Boost)' en het project 'Keep Moving'. Deze twee projecten zijn bedoeld om de begeleiding van chronisch zieken te verbeteren, zowel in hun dagelijks leven als wanneer ze in een ziekenhuis zijn opgenomen, en hen daarbij constant te volgen.

Weet u op basis van welke criteria deze twee projecten werden geselecteerd? Werd u geraadpleegd of betrokken bij de indiening van de voorstellen en bij de keuze van de projecten? Hoe zullen de projecten gecoördineerd worden? Het Keep Moving-project is bedoeld om een systeem met zorgcoördinatoren voor chronisch zieken in te voeren. Beschikt u over meer informatie over dit systeem, meer bepaald inzake de werking en de exacte rol en selectie van de coördinatoren?

Hebben de partners die bij de start van de projecten zijn betrokken elkaar al ontmoet? Zo ja, hebt u hier meer informatie over?

en faveur des malades chroniques à Bruxelles".

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

La parole est à M. Manzoor.

M. Zahoor Ellahi Manzoor (PS).- Selon la dernière enquête de santé de l'Institut de santé publique, environ 2,5 millions de personnes sont atteintes d'une maladie de longue durée, d'une affection ou d'un handicap en Belgique. Un million d'entre elles bénéficient du statut de malade chronique à l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (Inami)

Le 19 octobre 2015, les ministres de la Santé publique des entités fédérées et de l'autorité fédérale ont approuvé un plan conjoint en faveur des malades chroniques, intitulé "Des soins intégrés pour une meilleure santé". Dans le cadre de ce plan, un appel à projets pilotes visant le développement de soins intégrés en faveur des malades chroniques a été lancé.

Le 16 juin 2016, un communiqué de presse annonçant le choix des projets pilotes concernant les soins intégrés en faveur des malades chroniques a été publié sur le site de la ministre fédérale de la Santé publique, Maggie de Block. Parmi les 70 projets présentés, la ministre fédérale en a sélectionné seize.

Pour la Région de Bruxelles-Capitale, deux projets ont été choisis: le projet Better Offer and Organization thanks to the Support of a Tripod Model (Boost), qui concerne la Ville de Bruxelles, les dix quartiers du Pentagone, Saint-Gilles et Saint-Josse-ten-Noode, ainsi que le projet Keep Moving, qui touche les communes d'Anderlecht, de Molenbeek-Saint-Jean et de Forest.

Ces deux projets pilotes ont pour objectif d'améliorer l'accompagnement des personnes malades chroniques tout au long de leur parcours, dans leur vie quotidienne et lors d'épisodes d'hospitalisation, tout en leur offrant une continuité dans leur suivi.

Avez-vous été informé des critères sur la base desquels ces projets ont été sélectionnés? Avez-

Wanneer gaan deze twee projecten in Brussel van start? Speelt de Brusselse overheid daarbij een rol? Zo ja, kunt u die toelichten? Hoe sluiten de proefprojecten aan bij het Brussels Plan voor de gezondheidszorg?

vous été consulté ou impliqué dans l'élaboration des projets candidats et ensuite dans le choix des projets retenus ? Comment ces projets seront-ils coordonnés ? L'un de points clés du projet Keep Moving est la mise en place d'un système de coordinateurs de soins chroniques "case-managers". Disposez-vous de plus d'information sur ce système, son fonctionnement, le rôle exact des coordinateurs et la manière dont ceux-ci seront désignés ?

Les premières rencontres ou réunions entre les partenaires ayant pour objectif le démarrage de ces projets ont-elles déjà eu lieu ? Dans l'affirmative, pourriez-vous nous donner plus d'informations à ce sujet ?

Enfin, quand ces deux projets vont-ils réellement démarrer à Bruxelles ? Les autorités bruxelloises ont-elles un rôle à jouer dans leur mise en œuvre ? Dans l'affirmative, lequel ? Comment ce projet pilote s'articule-t-il avec le Plan de santé bruxellois ?

Bespreking

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

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College (in het Frans).- *De Interministeriële conferentie Volksgezondheid keurde op 19 oktober 2015 een gemeenschappelijk plan voor chronisch zieken goed waarin wordt gepleit voor een geïntegreerde aanpak.*

De oproep voor proefprojecten voor geïntegreerde zorg werd verspreid tijdens een nationale informatiedag op 2 februari 2016.

Spelers op het terrein die een proefproject wilden voorstellen, moesten hun interesse voor 31 mei 2016 bekendmaken. Er kwamen 70 reacties: 8 voor Brussel, 21 voor het Waals Gewest, 40 voor de Vlaamse Gemeenschap en 1 voor de Duitstalige Gemeenschap.

Zestien van de voorstellen bleken na een eerste analyse ontvankelijk te zijn. De leden van de administratie bespraken de dossiers met vertegenwoordigers van de federale minister voor

Discussion

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

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Comme vous l'avez souligné, la conférence interministérielle (CIM) de la santé publique a approuvé le 19 octobre 2015 un plan conjoint en faveur des malades chroniques. Ce plan est le résultat d'une vision commune entre les différentes autorités. Il a été présenté dans une déclaration commune en date du 30 mars 2015 et plaide pour une approche plus intégrée en faveur des malades chroniques.

L'appel à projets pilotes de soins intégrés a été lancé lors d'une journée nationale d'information, le 2 février 2016, au cours de laquelle le guide pour les projets pilotes a été présenté à un large public.

Les acteurs de terrain ont été invités à manifester leur intérêt à développer un projet pilote pour le 31 mai 2016. La cellule interadministrative a reçu 70 manifestations d'intérêt : 8 pour Bruxelles, 21 pour la Région wallonne, 40 pour la Communauté flamande et 1 pour la Communauté

Volksgezondheid en de ministers van de gemeenschappen.

De profielanalyse gebeurde op grond van vijf criteria: de naleving van de visie in het plan 'Geïntegreerde zorg voor een betere gezondheid', de naleving van de algemene doelstellingen voor de proefprojecten, de samenstelling van het consortium, de naleving van de criteria voor de bepaling van de geografische activiteitszone en van de doelgroep voor de proefprojecten en het engagement van de partners om de regels en voorwaarden voor de conceptualisering en de uitvoering van de proefprojecten na te leven.

Alle betrokken beleidsniveaus namen deel aan het beslissingsproces betrokken en legden hun argumenten op tafel. De gezamenlijke werkgroep voor chronische ziekten van de betrokken kabinetten besliste om zestien projectconsortia te selecteren, waarvan twee in Brussel.

Tijdens de selectieprocedure bleek dat 35 voorstellen niet aan de voorwaarden voldeden en dat 19 voorstellen wel een zeker potentieel hadden, maar op bepaalde punten niet duidelijk genoeg waren om voor de conceptualiseringsfase in aanmerking te komen.

De consortia waarvan de projectvoorstellen werden geselecteerd, worden sinds 1 juli voor een periode van zeven maanden begeleid door externe coaches van Möbius, Alfa Management en van het Jan van Es Instituut. Na afloop van de conceptfase moeten de kandidaten tegen 31 januari 2017 een regionaal actieplan voorleggen. Die worden vervolgens geëvalueerd. De geselecteerde projecten zullen in maart 2017 voor een periode van vier jaar van start gaan.

Voor elk project moet er een coördinator zijn die het proces begeleidt. Hij moet minstens halftijds beschikbaar zijn en nauw samenwerken met de door de overheid aangestelde coach.

Het project Keep Moving, dat voor Sint-Jans-Molenbeek, Anderlecht en Vorst is bedoeld, maakt grote vorderingen. De betrokken instanties analyseren het aanbod en de vraag van de gemeenten met betrekking tot specifieke ziekten. Om een nog beter beeld te krijgen van de behoeften voerden ze gesprekken met patiënten. In

germanophone.

Seize manifestations d'intérêt ont été jugées recevables après une première analyse des profils. Je vous confirme que les dossiers ont fait l'objet de débats et d'échanges entre les membres de la cellule interadministrative, les représentants du cabinet de la ministre et ceux des entités fédérées.

L'analyse des profils a été réalisée sur la base des cinq critères d'évaluation formulés dans le guide pour les projets pilotes :

- le respect de la philosophie du Plan "Des soins intégrés pour une meilleure santé" et, notamment, celle qui sous-tend le principe et les objectifs du "Triple Aim" (c'est-à-dire l'amélioration de l'état de santé de la population en général et des malades chroniques en particulier, l'amélioration de la qualité des soins et l'augmentation de l'efficacité des moyens alloués) ;

- le respect des objectifs généraux assignés aux projets pilotes ;

- la composition du consortium ;

- le respect des critères de définition de la zone géographique d'activité et du groupe cible des projets pilotes ;

- l'engagement des partenaires à respecter les règles et les modalités de travail prévues pour les phases de conceptualisation et d'exécution des projets pilotes.

Toutes les entités fédérées ont été impliquées dans le processus de décision et ont fait valoir leurs arguments. Le groupe de travail intercabineaux sur les maladies chroniques a décidé, après de longs débats, de retenir seize consortiums de projets, dont deux à Bruxelles.

Au cours de la procédure de sélection, il est apparu que 35 propositions ne répondaient pas aux conditions et que 19 propositions de projets présentaient un certain potentiel, mais n'étaient pas suffisamment explicites sur certains points pour être prises en considération pour la phase de conceptualisation.

Depuis le 1er juillet, les consortiums dont les

oktober volgen bijkomende gesprekken.

Het consortium wil bovendien zorgverstrekkers ondervragen over de slechte afstemming van de eerstelijnszorg op de tweedelijnszorg.

De belangrijkste doelstelling van dit project bestaat erin die afstemming te verbeteren en onnodige ziekenhuisverblijven te voorkomen.

De partners zijn de huisartsenkringen, de Apothekersvereniging van Brussel (AVB), de coördinatiecentra, de thuiszorgspelers, de wijkgezondheidscentra en de rusthuizen. Het project krijgt steun van de ziekenfondsen en de betrokken OCMW's, alsook van allerlei beroepsorganisaties en patiëntenverenigingen.

Het tweede Brusselse project, Boost, is bedoeld voor Brussel-Stad, Sint-Gillis en Sint-Joost-ten-Node. Momenteel nemen er zeventig partners uit de eerstelijns- en de tweedelijnszorg aan deel, naast organisaties voor thuiszorg en familiale hulp en rusthuizen.

Het project wordt gesteund door de gemeenten, de OCMW's, instanties uit de welzijnszorg en verenigingen die actief zijn op het vlak van lichamelijke activiteit, patiënteneducatie, gezondheids promotie en preventie en bescherming op het werk. Ook de Société scientifique de médecine générale (SSMG), de universiteiten en de patiëntenverenigingen werken mee.

Het project richt zich tot patiënten met hart- en vaatziekten, diabetes type 2, chronische obstructieve longziekte en chronische nierinsufficiëntie.

Een van de belangrijkste uitdagingen is om de partners samen te brengen rond een innoverend organisatiemodel dat ze samen met bestaande middelen op het getouw hebben gezet en dat een antwoord biedt op de complexiteit van chronische ziekten.

De partners van beide projecten ontmoeten elkaar geregeld en de kabinetten volgen de werkzaamheden. De conceptfase eindigt op 31 januari 2017. Vervolgens worden de projecten geëvalueerd, waarna ze tegen maart 2017 van start zouden moeten gaan.

propositions de projets ont été retenues sont accompagnés, et ce pendant sept mois, par un coach externe, afin de les aider à donner forme à leur projet. Le coaching externe a été confié à une équipe de coaches issus de Möbius, d'Alfa management et du Jan van Es Instituut. À l'issue de la phase de conceptualisation, les projets candidats devront introduire un plan d'action locorégional, et ce pour le 31 janvier 2017. Après évaluation des plans d'actions locorégionaux, les projets retenus démarreront en mars 2017 pour une période de quatre ans.

Chaque projet doit disposer d'un coordinateur pour accompagner le processus. Il sera libéré au moins à mi-temps et travaillera en étroite collaboration avec le coach désigné par les autorités.

Je peux vous confirmer que le projet Keep Moving, mené sur le territoire des communes de Molenbeek-Saint-Jean, Anderlecht et Forest, auquel vous faites référence, avance rapidement. Les acteurs s'attèlent à analyser l'offre et la demande des communes autour de pathologies ciblées, à savoir l'insuffisance rénale, cardiaque, pneumologique, le diabète et les maladies neurologiques, et cela en conformité avec la méthodologie de projet suggérée par le guide. Pour préciser davantage les besoins, des interviews de patients ont été réalisées et d'autres, complémentaires, sont programmées en octobre.

S'agissant de l'offre de soins et d'aide, outre l'analyse quantitative des ressources disponibles sur le territoire des communes visées, le consortium a l'intention d'interroger les prestataires de soins sur les dysfonctionnements de l'articulation entre la première ligne - médecins généralistes, pharmaciens, maisons de repos et soins à domicile - et la deuxième ligne.

En effet, l'objectif principal de ce projet est d'améliorer cette articulation et d'éviter les hospitalisations inappropriées.

Les partenaires sont les cercles de médecins généralistes, l'Union des pharmaciens de Bruxelles (UPB), les centres de coordination, les acteurs des soins à domicile, les maisons médicales et les maisons de repos. Le projet est soutenu par les mutualités et les CPAS concernés,

De Brusselse overheid is in het kader van haar bevoegdheden betrokken bij de projecten. Heel wat partners voor thuiszorg hangen rechtstreeks van haar af. We werken samen met de gemeentebesturen om de projecten te ondersteunen.

In het Brussels Plan voor de gezondheidszorg zullen een aantal principes en randvoorwaarden staan inzake de organisatie van geïntegreerde zorg.

ainsi que par diverses unions professionnelles et associations de patients.

Le second projet bruxellois, Boost, s'étend sur la Ville de Bruxelles, Saint-Gilles et Saint-Josse-ten-Noode et rassemble au stade actuel 70 partenaires des secteurs de la première et de la deuxième ligne de soins, mais aussi les organisations de soins à domicile, des aides familiales et les maisons de repos.

Les communes et les CPAS, de même que les structures d'aide aux personnes et les associations actives en matière d'activité physique, d'éducation du patient, de promotion de la santé et de prévention et de protection au travail, apportent leur appui au projet en construction. La Société scientifique de médecine générale (SSMG) et les universités, ainsi que les associations de patients, y sont également associées.

Les pathologies visées par ce projet sont :

- les maladies cardiovasculaires : insuffisance cardiaque chronique, hypertension artérielle, accident vasculaire cérébral, infarctus ;
- le diabète de type 2 ;
- la broncho-pneumopathie chronique obstructive ;
- l'insuffisance rénale chronique.

L'un des enjeux majeurs est la fédération des partenaires autour d'un modèle organisationnel innovant, coconstruit par des moyens existants et apportant une réponse à la complexité des soins chroniques.

Je vous confirme que les partenaires des deux projets en préparation se rencontrent régulièrement. Nos cabinets s'informent régulièrement de l'avancée des travaux. La phase de conceptualisation se terminera le 31 janvier 2017. C'est alors que les projets seront évalués. Nous espérons qu'ils pourront ensuite démarrer début mars 2017.

Les autorités bruxelloises seront impliquées dans le cadre de leurs compétences. Plusieurs partenaires des projets de soins intégrés impliqués dans les soins et l'aide à domicile dépendent

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

De heer Zahoor Ellahi Manzoor (PS) (*in het Frans*).- *Ik kom hier nog op terug wanneer de conceptfase is afgerond. In 2019, wanneer de projecten halfweg zijn, wil ik de eerste resultaten met u bespreken.*

- *Het incident is gesloten.*

MONDELINGE VRAGEN

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

MONDELINGE VRAAG VAN DE HEER ZAHOOR ELLAHI MANZOOR

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 witboek van de 'associations représentatives des médecins généralistes de Bruxelles'".

directement des entités fédérées. Nous travaillons avec les autorités communautaires pour garantir notre soutien aux projets en cours.

Je vous confirme également que le Plan de santé bruxellois intégrera une série de principes et de modalités d'organisation des soins intégrés, tels que définis dans l'approche des projets pilotes de soins intégrés en faveur des malades chroniques.

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

M. Zahoor Ellahi Manzoor (PS).- Merci pour cette réponse complète. Nous reviendrons évidemment sur cette question aux alentours de février, lorsque la phase de conceptualisation du projet sera terminée, ainsi qu'en 2019, à la moitié de celui-ci, pour discuter des premiers résultats.

- *L'incident est clos.*

QUESTIONS ORALES

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

QUESTION ORALE DE M. ZAHOOR ELLAHI MANZOOR

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 livre blanc édité par les associations représentatives des médecins généralistes de Bruxelles".

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

De heer Manzoor heeft het woord.

De heer Zahoor Ellahi Manzoor (PS) *(in het Frans).*- 22,5% van de huishoudens in het Brussels Gewest geeft aan medische zorg te hebben uitgesteld om financiële redenen.

Om de toegang tot de gezondheidszorg te verbeteren heeft de Fédération des associations de médecins généralistes de Bruxelles (FAMGB) op 13 mei 2015 haar geüpdatete versie van het witboek over de toegankelijkheid tot de gezondheidszorg voorgesteld aan de pers. Franstalige en Nederlandstalige huisartsen hebben daarvoor samengewerkt. De aanbevelingen werden onderverdeeld in vier categorieën: de toegang tot geneeskunde in de buurt, de continuïteit van de behandeling, de samenwerking tussen sociale hulpverleners en de eerstelijnsgezondheidszorg en ten slotte het respecteren van het medische geheim.

Als we een gevolg willen geven aan de aanbevelingen uit dat witboek, moeten we de procedures van de negentien Brusselse OCMW's beter op elkaar afstemmen, want die procedures blijken vaak oorzaak van zorgonderbreking bij huisartsen. Om de werking van de OCMW's te verbeteren moeten we ze meer middelen geven.

In de commissie voor de Gezondheid van 8 juli 2015 zei u dat de bevoegde ministers contact zouden opnemen met de OCMW's. Is dat ondertussen gebeurd?

U zei toen ook dat u zich vooral zou toelegen op een aantal voorstellen over de toegang tot de geneeskunde in de buurt door bijvoorbeeld het bevorderen van het gebruik van een medische kaart die voor alle OCMW's dezelfde is, het algemeen toepassen van lijst D door alle OCMW's of de documenten en procedures van de verschillende OCMW's op elkaar af te stemmen.

Hoever staan de gesprekken rond de uitvoering van die aanbevelingen? Welke rol speelde het Verenigd College daarin? Hoever staan de werkgroepen rond revalidatie, geestelijke gezondheidszorg en eerstelijnszorg op dat vlak?

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

La parole est à M. Manzoor.

M. Zahoor Ellahi Manzoor (PS).- En Région bruxelloise, un tiers de la population vit sous le seuil de pauvreté et près d'un quart des ménages (22,5%) déclarent avoir retardé des soins de santé pour raisons financières.

D'après l'enquête de santé, environ 40% des ménages bruxellois qui ont un revenu se trouvant dans le premier quintile de revenus (les 20% les plus pauvres) déclarent devoir postposer ou renoncer à des soins à cause de leur situation financière.

Dans le cadre de l'amélioration du niveau d'accès aux soins de santé, la Fédération des associations de médecins généralistes de Bruxelles (FAMGB) a présenté le 13 mai 2015 à la presse la mise à jour de son livre blanc sur l'accessibilité aux soins. Il est le résultat de discussions d'un groupe de médecins généralistes francophones et néerlandophones. Les propositions de la FAMGB sont regroupées en quatre axes : la médecine de proximité, la continuité des soins, la collaboration entre prestataires sociaux et première ligne de soins, ainsi que le respect du secret médical.

Les propositions reprises dans les quatre axes nécessitent le renforcement de la cohérence des procédures entre les dix-neuf CPAS Bruxellois. À Bruxelles, les médecins généralistes seraient souvent confrontés à des interruptions de soins en raison des démarches et des modalités de fonctionnement de la couverture sanitaire offerte par les CPAS. Toutefois, il est évident que les CPAS ne sont pas là pour pallier les manques de la sécurité sociale. Pour améliorer leur fonctionnement et leur efficacité, ils ont besoin de moyens supplémentaires.

Je vous ai interrogé à ce sujet en Commission de la santé le 8 juillet 2015. Dans votre réponse, vous évoquiez une prise de contact avec les CPAS via les ministres compétents. Ces contacts ont-ils été pris ?

Vous précisez également que vous alliez surtout retenir quelques propositions du premier axe sur

Hoe zal die problematiek geïntegreerd worden in het Brussels Plan voor de gezondheidszorg? Hoever staat de uitwerking van de andere aanbevelingen uit het witboek?

Met het oog op meer transparantie en om de administratie te vereenvoudigen en de informatie te centraliseren werd het systeem Mediprima in het leven geroepen. Hebt u de werking van dat systeem al kunnen beoordelen? Zo ja, kunt u ons de resultaten meedelen? Zo nee, hebt u een beoordeling gepland?

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

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College (in het Frans).- *Sedert de Commissie Volksgezondheid van 8 juli 2015 hebben we vooruitgang geboekt om de gezondheidszorg toegankelijker te maken. Dat gebeurde vooral in het kader van het Brussels Plan voor de gezondheidszorg en op basis van de besluiten van de werkgroepen over revalidatie, geestelijke gezondheidszorg en eerstelijnsgezondheidszorg. De zorgverleners daar staan immers in rechtstreeks contact met een kwetsbaar publiek dat dikwijls geen verplichte ziekteverzekering heeft.*

Een geïntegreerd aanbod lijkt zich op te dringen, waarin hulp en zorg op wijkniveau worden georganiseerd, zodat de aanpak afgestemd is op de bezorigheden en de noden van het doelpubliek.

l'accès à la médecine de proximité pour toute la population bruxelloise, comme l'usage d'une carte de santé harmonisée entre les CPAS, la généralisation de l'application de la liste D par tous les CPAS ou l'harmonisation des documents et des procédures entre les CPAS.

Disposez-vous d'informations sur les avancées dans les discussions sur la mise en œuvre de ces recommandations ? Quel est ou a été le rôle joué par le Collège réuni dans ce processus ? Quelles sont les avancées ou les conclusions du groupe de travail sur la revalidation, la santé mentale et la première ligne à ce sujet ? Comment cette problématique sera-t-elle intégrée dans le Plan de santé bruxellois ? Quelles sont les avancées en ce qui concerne la mise en œuvre des recommandations découlant des trois autres axes de travail dans notre Région ?

Afin de simplifier les démarches administratives et de centraliser les informations permettant une plus grande transparence dans l'information sur la couverture de santé, le système Mediprima a été mis sur pied. Une première évaluation de son fonctionnement a-t-elle déjà eu lieu ? Dans l'affirmative, pourriez-vous nous parler de ses résultats ? Dans le cas contraire, une telle évaluation est-elle prévue ?

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

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- L'accessibilité aux soins sur le territoire de Bruxelles est en effet une question cruciale qui doit être au centre de toutes les politiques de santé que nous développons.

Depuis la réunion de la Commission de la santé du 8 juillet 2015, des avancées ont été réalisées dans la réflexion concernant l'accessibilité aux soins, et ce notamment dans le cadre de l'élaboration du Plan de santé bruxellois et de la prise en considération des conclusions des groupes de travail sur la revalidation, la santé mentale et la première ligne, où les prestataires de soins sont directement confrontés à ces publics précarisés qui n'ont souvent pas accès à l'assurance maladie obligatoire.

In een plaatselijke aanpak met een doorslaggevende rol voor het OCMW, kunnen de financiële belemmeringen beter worden overschouwd en beheerd.

Het rapport van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) van december 2015 bevestigt de analyse uit het witboek van de FAMGB. Volgens het KCE moet er een vereenvoudiging en harmonisatie komen van de administratieve procedures tussen de OCMW's, moeten de organisatie en de follow-up van de gezondheidszorg rationeler en moeten de uitgaven worden gecontroleerd.

Net als voor het Brussels Plan voor de armoedebestrijding is het voor een dergelijke hervorming van het systeem van groot belang dat er overleg komt tussen de diensten van maatschappelijke integratie en volksgezondheid, het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV), de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (HZIV) en de Vereniging van Belgische Steden en Gemeenten (VBSG).

Wij hebben geld vrijgemaakt voor de oprichting van een openbare polikliniek. Naast huisartsenraadplegingen vind je daar ook sociale begeleiding en een noodapotheek.

In dat gezamenlijke project van FAMGB en Dokters van de Wereld nemen Dokters van de Wereld de sociale, administratieve en juridische begeleiding van de patiënten op zich. Voor Brussel is dat een leerrijk initiatief omdat onze ploegen met dezelfde problematiek worden geconfronteerd. Het is echter duidelijk dat de versnippering van bevoegdheden tussen de verschillende beslissingsniveaus, gezondheids- en hulpdiensten een geïntegreerd en efficiënt beleid voor kwetsbare mensen in de weg staat.

In de evaluatie die Mediprima gemaakt heeft in het kader van het genoemde KCE-rapport staat dat de hele informatiestroom tussen de ziekenhuizen, de OCMW's, de HZIV en de programmatorische federale overheidsdienst (POD) Maatschappelijke Integratie beslist vereenvoudigd is, maar dat er ook nadelen zijn. Zo kunnen illegalen zich slechts bij een enkel OCMW inschrijven, dat dan bevoegd blijft. Gezien

À la lumière de ces constats et réflexions, il nous apparaît nécessaire de tester un modèle d'offre intégrée d'aide et de soins par quartier. L'intérêt d'une approche de proximité pour ce type de population se justifie largement. En effet, la communication et la compréhension réciproque entre les acteurs de la santé et les patients précaires sont essentielles pour l'accès aux soins.

Il s'agit donc notamment d'adapter les modes de communication aux profils des publics cibles en tenant compte, par exemple, de la langue, des modes d'expression utilisés, etc., et de susciter l'intérêt de ce public particulier en partant de ses préoccupations et de ses besoins. De même, les barrières financières pourront être mieux comprises et gérées par une approche locale dans laquelle la place des CPAS est prépondérante.

Un récent rapport du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) intitulé "Vers une réforme de l'accès aux soins de santé pour les personnes en séjour irrégulier", publié en décembre 2015, confirme les constats du livre blanc de la FAMGB. Le KCE propose une réforme qui vise à simplifier et harmoniser les procédures administratives entre CPAS d'une part, et à rationaliser l'organisation et le suivi des pratiques de soins et à contrôler les coûts d'autre part.

Le KCE souligne aussi que la mise en place d'une telle réforme nécessitera une concertation entre les services de l'intégration sociale et de la santé publique, l'Inami, la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité (Caami), et l'Union des villes et communes belges (UVCB).

Comme vous le savez, nous avons proposé, dans le cadre du Plan bruxellois de lutte contre la pauvreté piloté par les ministres de l'Aide aux personnes, de travailler à l'harmonisation et à la simplification des procédures d'accès à l'aide médicale urgente. En effet, un tel travail demande la collaboration active des différents ministres et des différentes compétences.

Concernant nos avancées en termes de continuité des soins et de collaboration entre les prestataires sociaux et de première ligne de soins, nous venons de libérer un budget pour soutenir la mise en place d'un dispensaire public de médecine générale. Les

de grote mobiliteit van deze bevolkingsgroep, maakt dat hun problemen nog complexer.

Bij Mediprima rijst bovendien het probleem dat de medische hulp tot drie maanden beperkt is. Als er langer zorgen nodig zijn, moet telkens een nieuwe aanvraag worden ingediend.

activités de ce dispensaire comprennent des consultations de médecine générale, couplées à un accompagnement social et à une pharmacie de dépannage.

Il s'agit d'un concept développé conjointement par la FAMGB et Médecins du monde (MDM). Dans ce projet, l'accompagnement social est réalisé par l'équipe de MDM, dont le rôle est d'analyser le statut administratif du patient, de déterminer ses droits et son accès aux soins, d'expliquer les démarches à suivre et de le guider dans ses démarches d'ouverture de droits.

Cette expérience de dispensaire public sera évaluée et les résultats nous permettront d'affiner notre politique en la matière et de discerner comment l'intégrer dans le modèle de proximité susmentionné.

Nous sommes conscients de l'obligation de développer une approche de santé adaptée à la sociologie bruxelloise. Nos équipes rencontrent régulièrement les acteurs de terrain dans cette optique. Il est cependant clair que l'éclatement des compétences entre les différents niveaux de pouvoir, ainsi que l'éclatement des compétences de la santé et de l'aide aux personnes au niveau bruxellois, sont de réels freins à la mise en œuvre d'une politique intégrée et efficace en faveur des personnes en situation précaire.

Une évaluation de Mediprima a été réalisée dans le cadre du rapport du KCE susmentionné. Il en ressort textuellement que "la mise en place du système Mediprima a indéniablement simplifié les flux d'informations entre les hôpitaux, les CPAS, la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité (Caami) et le Service public de programmation (SPP) Intégration sociale. Toutefois, ce système génère aussi un certain nombre de difficultés. Une personne en séjour irrégulier ne peut pas être enregistrée par deux CPAS différents au même moment. De ce fait, un CPAS ne peut pas se déclarer compétent si un autre l'a fait auparavant, ce qui donne lieu à des situations qui deviennent rapidement complexes, étant donné la grande mobilité de cette population".

Le rapport ajoute : "Dans le système Mediprima, l'aide médicale urgente dure trois mois et est stoppée automatiquement après ce délai,

Het Mediprima-systeem valt echter onder federale bevoegdheid. Het Brussels Gewest heeft er geen zeg in.

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

De heer Zahoor Ellahi Manzoor (PS) (*in het Frans*).- *Is de openbare polikliniek waarover u spreekt, al operationeel?*

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

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College (*in het Frans*).- *Zeker, het bevindt zich in de buurt van de Kliniek Sint-Jan.*

- Het incident is gesloten.

MONDELINGE VRAAG VAN MEVROUW HANNELORE GOEMAN

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 darmkankerscreening".

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

nécessitant une nouvelle activation si des soins sont encore requis. La possibilité d'accorder a priori des aides médicales urgentes de plus longue durée, en particulier dans les cas de maladies chroniques, n'est donc plus possible avec ce système."

Je vous rappelle néanmoins que le système Mediprima relève d'une compétence purement fédérale, sur laquelle nous n'avons pas prise.

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

M. Zahoor Ellahi Manzoor (PS).- Le dispensaire public que vous évoquez est-il déjà opérationnel ?

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

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Ce dispensaire public, situé non loin de la clinique Saint-Jean, est effectivement opérationnel.

- L'incident est clos.

QUESTION ORALE DE MME HANNELORE GOEMAN

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 dépistage du cancer du côlon".

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

Mevrouw Goeman heeft het woord.

Mevrouw Hannelore Goeman (sp.a).- De huidige situatie op het gebied van darmkankerpreventie in het Brussels Gewest is volstrekt onlogisch. De gemeenschappen zijn bevoegd voor het preventiebeleid, zodat zowel de Vlaamse als de Franse Gemeenschap een opsporingsbeleid voeren in Brussel.

Omdat de Franse Gemeenschap niet weet welke Brusselaars Frans- of Nederlandstalig zijn, schrijft zij alle Brusselse vijftigplussers aan in het Frans. Bij de Vlaamse Gemeenschap kunnen Brusselaars enkel een onderzoek laten uitvoeren als zij er zelf om vragen. Dit dubbele systeem is niet alleen verwarrend, maar ook inefficiënt omdat we op deze manier niet weten wie al dan niet deelneemt. Studies hebben nochtans aangetoond dat darmkankerscreening geen overbodige luxe is en mensenlevens redt.

De sp.a vindt dat alle Brusselaars recht hebben op dezelfde zorgverlening, ongeacht hun taal. Daarom pleiten wij er al jaren voor dat de darmkankerscreening in Brussel zou worden georganiseerd door de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, net zoals de borstkankerscreening. Jammer genoeg is dat nog steeds niet het geval en krijgen Nederlandstalige Brusselaars niet altijd de screening waarop ze recht hebben en die hun leven kan redden.

Hoeveel Brusselaars nemen deel aan de darmkankerscreening? Weet u hoeveel Nederlandstalige Brusselaars u hiermee bereikt en hoeveel van hen effectief deelnemen aan de screening? Op welke manier maakt u de darmkankerscreening bekend? Besteedt u daarbij ook aandacht aan anderstaligen? Op welke manier?

Welke maatregelen neemt u om een beleid te ontwikkelen waarbij elke Brusselaar op dezelfde manier wordt geïnformeerd over de screening, zodat er geen verschil meer bestaat tussen Franstalige en Nederlandstalige Brusselaars?

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

De heer Guy Vanhengel, lid van het Verenigd

La parole est à Mme Goeman.

Mme Hannelore Goeman (sp.a) (*en néerlandais*).- *Les Communautés étant compétentes pour la prévention, à Bruxelles elles ont chacune leur politique de dépistage du cancer du côlon.*

Comme la Communauté française ne sait pas quels Bruxellois sont francophones, elle écrit à tous les Bruxellois de plus de cinquante ans en français. Et du côté de la Communauté flamande, les Bruxellois n'ont accès au dépistage que s'ils en font la demande. Ce double système est non seulement déconcertant, mais aussi inefficace parce que nous ne savons pas qui y prend part. Pourtant d'après les études, le dépistage du cancer du côlon n'est pas un luxe et il sauve des vies.

Pour le sp.a, tous les Bruxellois ont droit aux mêmes soins de santé, indépendamment de leur langue. C'est pourquoi nous plaidons depuis des années pour que, comme le dépistage du cancer du sein, le dépistage du cancer du côlon soit organisé par la Commission communautaire commune.

Combien de Bruxellois prennent-ils part au dépistage du cancer du côlon? Savez-vous combien de Bruxellois néerlandophones vous touchez et combien d'entre eux prennent effectivement part au dépistage? De quelle manière faites-vous connaître le dépistage du cancer du côlon? Veillez-vous également aux allophones et comment?

Quelles mesures prenez-vous afin de développer une politique permettant que tous les Bruxellois, francophones comme néerlandophones, disposent des mêmes informations sur le dépistage?

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

M. Guy Vanhengel, membre du Collège réuni

College.- In tegenstelling tot borstkanker bestaat er voor dikkedarmkanker op dit moment geen Brussels screeningsprogramma.

De Vlaamse en de Franse Gemeenschap organiseren elk een bevolkingsonderzoek voor dikkedarmkanker. Het klopt dat de Franse Gemeenschap haar screeningsprogramma voorstelt aan alle Brusselaars van 50 tot 74 jaar. Als Brusselaars willen deelnemen aan het Vlaamse bevolkingsonderzoek, kunnen zij het Centrum voor Kankeropsporing contacteren. Indien zij voldoen aan de in Vlaanderen geldende voorwaarden, krijgen zij een test toegestuurd.

Tijdens de vorige regeerperiode werd overleg gestart om te bestuderen of er een Brussels bevolkingsonderzoek over dikkedarmkanker kon worden georganiseerd. Ook werd de mogelijkheid besproken om een folder of brochure te verspreiden onder de Brusselaars om ze te informeren over de twee lopende programma's en uit te leggen hoe zij bij een van de programma's kunnen aansluiten.

Door de zesde staatshervorming werd het institutioneel landschap echter herschikt. Het overleg kreeg een andere wending doordat er een nieuwe gesprekspartner bij werd betrokken, namelijk de Franse Gemeenschapscommissie. Er werden al contacten gelegd en het overleg is volop aan de gang. Alle betrokken instanties, namelijk de GGC, de Vlaamse Gemeenschap en de Franse Gemeenschapscommissie, zitten rond de tafel en zijn bereid om tot een goede samenwerking te komen.

Dit is trouwens zo overeengekomen in de interministeriële conferentie Volksgezondheid van 21 maart 2016 door de ondertekening van het preventieprotocol waarmee de gemeenschappen en gewesten zich engageren om onderling afspraken te maken over de screening van personen die verblijven in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

Ongeveer 5,5% van de aangeschreven Brusselaars die behoren tot de doelgroep nemen deel aan de screening van de Franse Gemeenschap. In 2014 ging het om 7.040 mensen. Dit is echter een onnauwkeurig cijfer dat moet worden gecorrigeerd met het aantal personen die reeds een coloscopie

(en néerlandais).- *Contrairement au cancer du sein, il n'existe pas encore de programme bruxellois de dépistage du cancer du côlon.*

Les Communautés française et flamande organisent chacune un programme de dépistage du cancer du côlon. La Communauté française s'adresse à tous les Bruxellois de 50 à 74 ans. Et si des Bruxellois souhaitent prendre part au dépistage flamand, ils doivent prendre contact avec le Centrum voor Kankeropsporing qui leur fera parvenir un test à la maison s'ils entrent dans les conditions en vigueur en Flandre.

Au cours de la précédente législature, une concertation a démarré afin d'envisager l'organisation d'un programme commun à Bruxelles. Il a également été discuté de la possibilité de distribuer aux Bruxellois une brochure leur expliquant les deux programmes. Suite à la sixième réforme de l'État, la Cocof a également été impliquée dans la concertation. Toutes les instances impliquées dans la concertation sont de bonne volonté.

Par ailleurs, lors de la conférence interministérielle Santé publique du 21 mars 2016, les Communautés et les Régions ont signé un protocole les engageant à se mettre d'accord à propos du dépistage des personnes résidant en Région de Bruxelles-Capitale.

Environ 5,5% des Bruxellois convoqués participent au dépistage de la Communauté française, soit 7.040 personnes en 2014. Mais si on tient compte du nombre de personnes qui ont déjà effectué une coloscopie et des personnes qui se font tester dans des laboratoires privés ou sont en traitement pour un cancer, le taux de participation du groupe cible à un dépistage s'élève à environ 16% pour Bruxelles.

Par ailleurs, en trois ans, il n'y a qu'une cinquantaine de Bruxellois qui ont pris part au programme de la Communauté flamande. Nous ne connaissons pas le nombre de néerlandophones qui ont pris part aux programmes, dans la mesure où ce n'est pas l'administration mais le Bruxellois qui décide s'il s'adresse à une institution communautaire flamande ou francophone. Par ailleurs, même la langue de la carte d'identité n'est pas un critère absolu pour déterminer si on

hebben ondergaan, die zich laten testen in privélaboratoria of die in behandeling zijn voor kanker. Na die correctie zou de deelnemingsgraad voor Brussel ongeveer 16% bedragen.

Een vijftigtal Brusselaars nam in een periode van drie jaar deel aan het programma van de Vlaamse Gemeenschap. Dat is een zeer klein aantal. Wij weten niet hoeveel van de deelnemers Nederlandstalig zijn. Het is immers niet de administratie, maar de Brusselaar zelf die bepaalt of hij zich tot Nederlandstalige of Franstalige gemeenschapsinstellingen wendt. Als hij dat wenst, kan een Nederlandstalige zich wenden tot een Franstalige gemeenschapsinstelling.

Het meest bekende voorbeeld van dit principe zijn de vele anderstaligen of Franstaligen in het Nederlandstalig onderwijs. Bovendien rijst ook nog de vraag wat je precies onder een Nederlandstalige of een Franstalige verstaat. Zelfs de taal van de identiteitskaart is geen waterdicht criterium.

Zoals u al gezegd hebt, richt vooralsnog enkel de Franse Gemeenschap zich tot alle Brusselaars om het preventieaanbod bekend te maken. Wij zijn er ons echter van bewust dat er een specifieke uitnodigings- en communicatiestrategie nodig is voor de Brusselse bevolking als wij een aanvaardbare participatiegraad willen bereiken. Dat heeft uiteraard gevolgen voor de organisatie en het budget, maar die kwesties moeten nog worden voorgelegd op de lopende besprekingen.

Het is dus een mooi gebaar van de Franse Gemeenschap om alle Brusselaars een kans te geven door iedereen aan te schrijven.

U vroeg welke maatregelen worden genomen om een Brussels screeningsprogramma op te richten. Omdat dit een gedeelde bevoegdheid is van de drie gemeenschapscommissies, plegen we overleg met alle betrokken partners. Zij willen een Brussels screeningsprogramma opzetten, maar er zijn een aantal technische obstakels. Door de verschillen tussen de twee bestaande screeningsprogramma's op het vlak van de uitnodigingsstrategie maar ook aangaande de leeftijdscategorie van de doelgroep, is de organisatie van de darmkankerscreening in Brussel ingewikkelder dan andere screenings. In

est francophone ou néerlandophone.

Nous sommes conscients qu'il faut une stratégie de communication et d'invitation pour la population bruxelloise si nous voulons atteindre un taux de participation acceptable. Cela a des implications organisationnelles et budgétaires qui doivent encore être négociées.

Permettre à tous les Bruxellois de participer à sa campagne de prévention est un beau geste de la Communauté française.

Étant donné que cela relève de la compétence de trois commissions communautaires, nous nous concertons pour mettre en place un programme bruxellois, mais les différences de stratégie d'invitation et de catégorie d'âge du groupe cible dans les deux programmes de dépistage existants rendent l'organisation du dépistage du cancer du côlon plus compliquée que celle des autres dépistages. En attendant une solution formelle et la résolution des obstacles techniques et juridiques, nous nous efforçons de fournir un travail efficace et de qualité dans les limites dont nous disposons.

En conclusion, ce dossier démontre aussi que scission des compétences ne rime pas toujours avec efficacité. Et s'il y avait un troisième type de dépistage, ce serait encore plus embrouillé. L'augmentation du nombre d'instances compétentes rend l'organisation des dépistages plus coûteuse. En comparaison avec les deux autres communautés, la Cocom travaille à plus petite échelle. C'est pourquoi ses mesures sont plus coûteuses que celles de la Communauté flamande ou de la Communauté française.

afwachting van een formele oplossing, bijvoorbeeld door een samenwerkingsakkoord te sluiten, en van het uitklaren van de technische en juridische hindernissen, werken we ondertussen verder aan de zaken die geen problemen opleveren. Tijdens de besprekingen streven we binnen de grenzen van het mogelijke naar kwaliteit en efficiëntie.

Kortom, ook uit dit dossier blijkt dat het splitsen van bevoegdheden niet altijd tot meer efficiëntie leidt. Als er nog een derde soort screening komt, neemt de verwarring wellicht nog toe. Door de toename van het aantal betrokken instanties wordt de organisatie van screenings duurder. In vergelijking met de twee andere gemeenschappen werkt de GGC in Brussel altijd op veel kleinere schaal. Daardoor zijn de maatregelen van de GGC in verhouding duurder dan die van de Vlaamse Gemeenschap en de Franse Gemeenschap.

Mevrouw de voorzitter.- Mevrouw Goeman heeft het woord.

Mevrouw Hannelore Goeman (sp.a).- De cijfers zijn zeer laag, zowel aan Nederlandstalige als aan Franstalige kant. Er moeten dus maatregelen komen om mensen aan te sporen om deel te nemen aan de darmkankerscreening.

Ik ben blij dat het overleg is gestart, want wat mogelijk is voor de borstkankerscreening moet ook voor de darmkankerscreening haalbaar zijn. Ik begrijp dat er problemen zijn, maar die moeten tijdens het overleg worden aangepakt. Hoever staat het overleg? Wanneer denkt u resultaten te bereiken?

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

De heer Guy Vanhengel, lid van het Verenigd College.- Het overleg is in januari van start gegaan en wordt sindsdien regelmatig voortgezet. In de loop van de volgende maanden moeten we tot een besluit komen, maar het belangrijkste is dat wij afspreken hoe beide screeningsprogramma's bekend worden gemaakt.

De Franse Gemeenschap heeft zich al tot alle

afwachting van een formele oplossing, bijvoorbeeld door een samenwerkingsakkoord te sluiten, en van het uitklaren van de technische en juridische hindernissen, werken we ondertussen verder aan de zaken die geen problemen opleveren. Tijdens de besprekingen streven we binnen de grenzen van het mogelijke naar kwaliteit en efficiëntie.

Kortom, ook uit dit dossier blijkt dat het splitsen van bevoegdheden niet altijd tot meer efficiëntie leidt. Als er nog een derde soort screening komt, neemt de verwarring wellicht nog toe. Door de toename van het aantal betrokken instanties wordt de organisatie van screenings duurder. In vergelijking met de twee andere gemeenschappen werkt de GGC in Brussel altijd op veel kleinere schaal. Daardoor zijn de maatregelen van de GGC in verhouding duurder dan die van de Vlaamse Gemeenschap en de Franse Gemeenschap.

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

Mme Hannelore Goeman (sp.a) *(en néerlandais).*- *Les chiffres sont faibles, aussi bien du côté francophone que du côté néerlandophone. Il faut donc des mesures encourageant les gens à prendre part aux dépistages du cancer du côlon.*

Je suis contente que la concertation, qui doit permettre de résoudre les problèmes qui se présentent, soit en cours. Où en est-elle ? Quand pensez-vous qu'elle portera ses fruits ?

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

M. Guy Vanhengel, membre du Collège réuni *(en néerlandais).*- *La concertation a commencé en janvier et nous devrions parvenir à une décision dans les prochains mois, mais le plus important est que nous nous mettions d'accord sur la manière de mieux faire connaître les deux programmes de dépistage.*

La Communauté française s'est adressée à tous les

Brusselaars gericht, in tegenstelling tot Vlaanderen. Misschien moet de GGC nu een extra inspanning leveren, zodat de informatie van beide gemeenschappen zo goed mogelijk wordt verspreid. Overigens verschilt de screening in Vlaanderen sterk van die in Wallonië.

Mevrouw Hannelore Goeman (sp.a).- Wij appreciëren het gebaar van de Franse Gemeenschap om alle Brusselaars aan te schrijven. In eerste instantie is het misschien goed dat de Vlaamse Gemeenschap hetzelfde doet en over de communicatie nadenkt.

De heer Guy Vanhengel, lid van het Verenigd College.- De GGC zou ook alle Brusselaars kunnen contacteren namens de twee andere gemeenschappen.

Mevrouw Hannelore Goeman (sp.a).- Ik ben het met u eens dat splitsen niet altijd de beste oplossing is en dat er beter een door de GGC georganiseerd screeningsprogramma zou worden overwogen.

De heer Guy Vanhengel, lid van het Verenigd College.- Of dat er wordt nagedacht over een landelijke screening.

Mevrouw Hannelore Goeman (sp.a).- Inderdaad, wat dat betreft zijn wij bondgenoten!

- *Het incident is gesloten.*

Bruxellois, à la différence de la Flandre. Peut-être la Cocom doit-elle faire en sorte que l'information des deux Communautés soit diffusée au mieux.

Mme Hannelore Goeman (sp.a) (en néerlandais).- *Nous apprécions l'effort de la Communauté française. Il serait peut-être bon que la Communauté flamande convoque aussi tous les Bruxellois et réfléchisse à la communication.*

M. Guy Vanhengel, membre du Collège réuni (en néerlandais).- *La Cocom pourrait aussi contacter tous les Bruxellois au nom des deux autres Communautés.*

Mme Hannelore Goeman (sp.a) (en néerlandais).- *J'estime comme vous que la scission n'est pas toujours la meilleure solution et qu'il serait préférable d'envisager un programme de dépistage organisé par la Cocom.*

M. Guy Vanhengel, membre du Collège réuni (en néerlandais).- *Ou de réfléchir à un dépistage national.*

Mme Hannelore Goeman (sp.a) (en néerlandais).- *En effet.*

- *L'incident est clos.*