



**PARLEMENT BRUXELLOIS
BRUSSELS PARLEMENT**

**VERENIGDE VERGADERING
VAN DE GEMEENSCHAPPELIJKE
GEMEENSCHAPSCOMMISSIE**

**ASSEMBLÉE RÉUNIE
DE LA COMMISSION
COMMUNAUTAIRE COMMUNE**

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

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

—
Commissie voor de Gezondheid

—
Commission de la Santé

—
**VERGADERING VAN
WOENSDAG 26 OKTOBER 2016**

—
**RÉUNION DU
MERCREDI 26 OCTOBRE 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@bruparl.irisnet.be

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@parlbru.irisnet.be

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

INHOUD**SOMMAIRE**

INTERPELLATIES	8	INTERPELLATIONS	8
Interpellatie van de heer Zahoor Ellahi Manzoor	8	Interpellation de M. Zahoor Ellahi Manzoor	8
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 e-gezondheid".		concernant "l'e-santé".	
Bespreking – Sprekers:	10	Discussion – Orateurs :	10
De heer Abdallah Kanfaoui (MR)		M. Abdallah Kanfaoui (MR)	
De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College		M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni	
De heer Zahoor Ellahi Manzoor (PS)		M. Zahoor Ellahi Manzoor (PS)	
Interpellatie van de heer André du Bus de Warnaffe	15	Interpellation de M. André du Bus de Warnaffe	15
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 inachtneming van de studie van de Koning Boudewijnstichting over de terugbetalingen in de gezondheidszorg en een agenda voor verandering".		concernant "la prise en considération de l'étude de la Fondation Roi Baudouin intitulée 'Les remboursements dans les soins de santé : un agenda pour le changement'".	
Bespreking – Sprekers:	20	Discussion – Orateurs :	20
De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College De heer André du Bus de Warnaffe (cdH)		M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni M. André du Bus de Warnaffe (cdH)	
Interpellatie van de heer Philippe Close	25	Interpellation de M. Philippe Close	25
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 komst van Turkse privéziekenhuizen naar Brussel".		concernant "l'arrivée d'hôpitaux privés turcs à Bruxelles".	
MONDELINGE VRAGEN	25	QUESTIONS ORALES	25
Mondelinge vraag van de heer Alain Maron	25	Question orale de M. Alain Maron	25
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 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 opstelling van het Brussels gezondheidsplan".		concernant "l'élaboration du Plan de santé bruxellois".	

Mondelinge vraag van de heer Abdallah Kanfaoui 29	Question orale de M. Abdallah Kanfaoui 29
aan de heer Guy Vanhengel, lid van het Verenigd College, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid, het Openbaar Ambt, de Financiën, de Begroting en de Externe Betrekkingen,	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 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 "het gebrek aan regelgeving van het medisch-sanitair vervoer in het Brussels Gewest".	concernant "l'absence de réglementation en matière de transport médico-sanitaire en Région bruxelloise".
Mondelinge vraag van de heer Zahoor Ellahi Manzoor 33	Question orale de M. Zahoor Ellahi Manzoor 33
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,
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,	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,
aan de heer Pascal Smet, lid van het Verenigd College, bevoegd voor het Beleid inzake Bijstand aan Personen, het Gezinsbeleid en de Filmkeuring,	à M. Pascal Smet, membre du Collège réuni, compétent pour la Politique d'aide aux personnes, les Prestations familiales et le Contrôle des films,
en aan mevrouw Céline Fremault, lid van het Verenigd College, bevoegd voor het Beleid inzake Bijstand aan Personen, het Gezinsbeleid en de Filmkeuring,	et à Mme Céline Fremault, membre du Collège réuni, compétente pour la Politique d'aide aux personnes, les Prestations familiales et le Contrôle des films,
betreffende "de oprichting van centra voor de opvang van slachtoffers van seksuele agressie".	concernant "la création de centres d'accueil pour les victimes d'agression sexuelle".

<p>Mondelinge vraag van de heer André du Bus de Warnaffe 39</p>	<p>Question orale de M. André du Bus de Warnaffe 39</p>
<p>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,</p> <p>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,</p> <p>betreffende "de uitvoering van het preventieplan in de strijd tegen diabetes en prediabetes".</p>	<p>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,</p> <p>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,</p> <p>concernant "la mise en œuvre d'un plan de prévention de lutte contre le diabète et le pré-diabète".</p>
<p>Mondelinge vraag van mevrouw Isabelle Emmery 45</p>	<p>Question orale de Mme Isabelle Emmery 45</p>
<p>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,</p> <p>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,</p> <p>betreffende "de uitvoering van de doelstelling van de GBV voor een zorgcontinuüm gelet op de inkomensongelijkheid bij specialisten, tussen specialisaties en tussen netwerken".</p>	<p>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,</p> <p>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,</p> <p>concernant "la mise en œuvre de l'objectif de la DPR pour un continuum de soins au regard des disparités dans les revenus des spécialistes, entre spécialités et entre réseaux".</p>
<p>Mondelinge vraag van de heer Emin Özkara 45</p>	<p>Question orale de M. Emin Özkara 45</p>
<p>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,</p>	<p>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,</p>

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 wachttijd voor afspraken in de ziekenhuizen".

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 temps d'attente pour les prises de rendez-vous dans les hôpitaux".

*Voorzitterschap: mevrouw Martine Payfa, oudste lid in jaren.
Présidence : Mme Martine Payfa, doyenne d'âge.*

INTERPELLATIES

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

INTERPELLATIE VAN DE HEER ZAHOOR ELLAHI MANZOOR

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 e-gezondheid".

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).- E-gezondheid promoot het gebruik van ICT om de gezondheidszorgen te ondersteunen en te verbeteren. E-gezondheid is overal en ik ben blij dat het Brussels Hoofdstedelijk Gewest er een prioriteit van heeft gemaakt door de oprichting van e-gezondheid.brussels. Met dat platform kunnen we de zorgkwaliteit in Brussel verbeteren.*

In de context van de uitbouw van e-gezondheid, is het belangrijk dat we werk maken van het efficiënte beheer van medische informatie. Het federale actieplan gezondheidszorg is erop gericht om het globaal medisch dossier (GMD) van

INTERPELLATIONS

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

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 "l'e-santé".

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). L'e-santé préconise l'utilisation des technologies de l'information et de la communication (TIC) pour soutenir les soins de santé et les améliorer. Cette thématique a déjà été évoquée lors de précédentes réunions de cette commission. Néanmoins, j'aimerais revenir sur ce sujet et vous poser quelques questions complémentaires à ce sujet.

L'e-santé est partout, et je me réjouis du fait que la Région bruxelloise en ait fait l'une de ses priorités en mettant sur pied la plate-forme e-santé.brussels, dont la création a été inscrite dans le Plan d'action e-santé 2013-2018. Cette plate-forme est un outil

patiënten, dat de huisarts bijhoudt, onder te brengen in een elektronisch medisch dossier (EMD).

Het EMD is een instrument om belangrijke informatie over de gezondheid van de patiënt efficiënt te delen. Nochtans zijn nog niet alle artsen uitgerust om dat te doen.

'Mobile Health' was het negentiende actiepunt en werd toegevoegd aan het plan bij de actualisering ervan in 2015. Het voorziet tegen 2019 in een kader waarmee e-healthapps in het zorgsysteem kunnen worden geïntegreerd. Via digitale apps zal de patiënt, zijn entourage en de zorgverstrekkers informatie over de gezondheid en het welzijn van de patiënt kunnen verzamelen, bekijken en delen. Er werd daarvoor een oproep voor proefprojecten gedaan, gericht aan gezondheidsinstellingen die wat voelen voor een app.

Zijn er intussen nieuwe evaluaties of studies over e-gezondheid.brussels?

In een antwoord dat u op 25 mei in de commissie Gezondheid gaf, zei u dat er werkzaamheden waren gepland om over te schakelen op het elektronische beheer van het GMD. Is dat ter sprake gekomen tijdens de interministeriële conferentie (IMC) Volksgezondheid van juni? Wat was het standpunt van uw ambtgenoten?

In hetzelfde antwoord gaf u te kennen dat u nog moest overleggen over de verbetering van de gegevensbeveiliging in de instellingen die door de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC) zijn erkend. Is dat overleg van start gegaan?

Hoe zit het met de onderhandelingen over het samenwerkingsakkoord in verband met de financiële bijdrage van de deelstaten aan het e-healthplatform. Hebben de besprekingen met uw ambtgenoten nog wat opgeleverd?

De projectoproep in verband met Mobile Health liep af op 30 september 2016. Volgens welke criteria worden de projecten geselecteerd? Hoeveel Brusselse projecten zijn er ingediend? Werd u geconsulteerd bij de uitwerking van de voorgestelde projecten? Bent u betrokken bij de uiteindelijke keuze?

permettant d'améliorer la qualité des soins des Bruxellois.

Dans le contexte du développement de l'e-santé, il est aussi important de converger de plus en plus vers une gestion électronique efficace des informations médicales. Le Plan d'action fédéral de la santé vise à faire en sorte que le dossier médical global (DMG) du patient, tenu par un médecin généraliste, soit géré dans un dossier médical informatisé (DMI), au moyen d'un logiciel labellisé. Il existe plusieurs logiciels labellisés : Epicure, HealthOne...

Le DMI est un outil permettant le partage efficace d'informations importantes à propos de la santé du patient. Cependant, à l'heure actuelle, tous les médecins ne sont pas correctement équipés pour réaliser cet objectif.

En ce qui concerne l'actualisation du plan d'action e-santé en 2015, le point d'action 19, "Mobile Health", s'y est ajouté. Il vise la création, pour 2019, d'un cadre par lequel des applications Mobile Health peuvent être intégrées dans le système de soins, compte tenu d'aspects qualitatifs, juridiques, organisationnels et financiers. Via des applications digitales matérielles et logicielles, Mobile Health permettra au patient, à son entourage et à différents dispensateurs de soins de collecter, visualiser, partager et utiliser intelligemment, de manière permanente, des informations relatives à la santé et au bien-être. Dans le cadre de la réalisation de ce point d'action, un appel à projets pilotes a été lancé, qui s'adresse aux acteurs de soins qui souhaitent ajouter une application mobile à leur processus de soins.

Disposez-vous de nouvelles évaluations ou études concernant la plate-forme e-santé.brussels (nombre de patients et de professionnels qui y ont adhéré, fonctionnement, évaluation de la protection des données personnelles, premières pistes pour l'amélioration et le développement de ce service dans l'avenir, etc.) ?

Dans votre réponse en commission de la santé du 25 mai 2016, vous aviez dit qu'en vue de converger vers une gestion électronique du dossier médical global (DMG), les différents travaux avaient été programmés. Ce sujet a-t-il été évoqué,

comme vous nous l'aviez annoncé, lors de la conférence interministérielle (CIM) de la santé publique en juin ? Dans l'affirmative, pourriez-vous nous préciser la teneur des échanges avec vos homologues sur ce sujet ?

Dans la même réponse, vous aviez précisé que le dossier concernant le renforcement des obligations de sécurité des données informatiques dans les institutions agréées par la Commission communautaire commune (Cocom) devrait encore faire l'objet de concertations avec les hôpitaux. Ces concertations ont-elles été entamées et sinon, quand commenceront-elles ? En quoi consistent-elles ?

Qu'en est-il des négociations relatives à l'accord de coopération concernant la participation financière des entités fédérées à la gestion de plateforme e-Health ? Des nouveaux échanges avec vos homologues sur ce sujet ont-ils eu lieu ? Dans l'affirmative, qu'en ressort-il ?

L'appel à projets pour Mobile Health s'est terminé le 30 septembre 2016. Sur quels critères ces projets seront-ils sélectionnés ? Combien de projets bruxellois ont-ils été introduits ? Avez-vous été consulté dans l'élaboration des projets candidats ? Serez-vous impliqué dans le choix des projets retenus ?

Bespreking

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

De heer Abdallah Kanfaoui (MR) (*in het Frans*).- *Binnenkort wordt elke arts verplicht om medische gegevens digitaal op te slaan, ook al staan we nog veraf van een algemene digitalisering. Voor sommige artsen betekent het zelfs een grote bijkomende administratieve last.*

Hoe wilt u huisartsen aanzetten tot het volgen van een opleiding? Hoe wilt u die opleiding aanpakken?

Discussion

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

M. Abdallah Kanfaoui (MR).- D'ici peu, tout médecin sera obligé de stocker ses données médicales de façon digitale, même si l'informatique n'est pas le fort de tous médecins car, comme le soulignait M. Manzoor, nous sommes encore très loin d'une informatisation généralisée. Pour beaucoup de praticiens, il s'agit même d'une véritable corvée administrative supplémentaire.

Est-il prévu d'organiser une communication à l'attention des médecins de première ligne, les incitant à suivre des formations en la matière ?

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

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College (in het Frans).- *U lijkt e-gezondheid.brussels te verwarren met het Brussels Gezondheidsnetwerk (BGN).*

Uw eerste vraag betref de evaluatie van e-gezondheid.brussels. De website is sinds april van dit jaar online, maar het netwerk bestaat al veel langer. De website heeft ca. 160 bezoekers per maand. Het bezoekersaantal van het BGN ligt echter veel hoger.

We zijn tevreden met die cijfers, want het aantal pageviews per sessie ligt hoog, net zoals de gemiddelde tijd die per bezoek aan de site wordt besteed, wat betekent dat mensen de beschikbare informatie ook echt lezen.

Het doel is natuurlijk om meer bezoekers te krijgen door meer inhoud aan te bieden. De laatste nieuwigheid is de Connectpagina, waarmee patiënten en professionals uit de gezondheidszorg hun interesse voor het initiatief kunnen kenbaar maken. De pagina staat sinds 15 september 2016 online. De nieuwe functie werd officieel voorgesteld tijdens een evenement dat lifetech.brussels in samenwerking met Plateforme pour l'amélioration continue de la qualité des soins et de la sécurité des patients (PAQS) organiseerde voor e-gezondheidstart-ups en ziekenhuisbeheerders.

Het platform van e-gezondheid.brussels is bedoeld om technologische oplossingen sneller beschikbaar te maken voor patiënten en de gezondheidssector in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Daarom bieden we innovatie- en ondernemerssteun.

Het platform verenigt dus een aantal initiatieven en evenementen met verschillende doelgroepen die je zonder je in te schrijven kunt raadplegen. Toch blijken veel geïnteresseerden lid te worden van lifetech.brussels. De volledige ledenlijst staat op

Que fera votre ministère pour assurer cette communication auprès des médecins et leur dispenser ces formations ?

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

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Dans vos interventions, vous semblez confondre la plate-forme e-santé.brussels et le Réseau santé bruxellois (RSB). Or, il s'agit bien d'instruments différents.

Votre première question portait sur l'évaluation de la plate-forme e-santé.brussels. Le site web représentant la plate-forme a été mis en ligne en avril 2016 tandis que le réseau existe depuis bien plus longtemps. Depuis sa mise sur pied, et en dehors du mois de lancement où le trafic sur le site web fut plus élevé vu les différents relais faits par la presse, le nombre de visiteurs de ce site est constant, avec une moyenne de 160 sessions par mois. Il est évident que le nombre de visiteurs du RSB est bien supérieur.

Nous sommes satisfaits de ces chiffres, car le nombre de pages visitées par session est élevé, ainsi que le temps moyen par visite, ce qui signifie que les personnes visitant le site web sont intéressées par plusieurs initiatives et prennent le temps de lire l'information fournie.

L'objectif est, bien entendu, d'augmenter le nombre de sessions en fournissant plus de contenu - en provenance des partenaires de la plate-forme - sur ce site web ainsi qu'en développant d'autres pages. La dernière en date est la page "Connect" qui permet aux patients et aux professionnels de la santé de manifester leur intérêt pour l'initiative ; elle a été mise en ligne le 15 septembre 2016. Cette nouvelle fonctionnalité a été officiellement présentée le 24 octobre dernier lors d'un événement que lifetech.brussels a organisé en partenariat avec la Plateforme pour l'amélioration continue de la qualité des soins et de la sécurité des patients (PAQS) à destination des start-up en e-santé et des gestionnaires d'hôpitaux.

Il nous semble ici judicieux de préciser que la plate-forme e-santé.brussels a pour but d'accélérer la mise à disposition de solutions technologiques

lifetech.brussels/our-members.

E-gezondheid.brussels beheert dus geen persoonlijke gegevens behalve de naam en het e-mailadres van mensen die via e-mail of de Connectpagina contact zoeken met het platform. Er is dus geen privacyprobleem.

We moeten dus een duidelijk onderscheid maken tussen e-gezondheid/e-santé.brussels en het BGN. E-gezondheid/e-santé.brussels is een initiatief van de kabinetten-Gosuin, -Vanhengel, -Debaets, -Laanan en -Jodogne, de Brusselse Vereniging voor Medische Telematica (Abrumet), Agoria, Innoviris en impulse.brussels via lifetech.brussels en moet innoverende oplossingen sneller beschikbaar maken voor patiënten en professionals uit de gezondheidszorg.

Het BGN wordt door Abrumet beheerd en maakt deel uit van het federale e-healthplatform belast met de beveiligde overdracht en opslag van patiëntgegevens.

U had ook vragen over het elektronische beheer van het GMD. Zoals ik eerder zei heeft het federale e-gezondheidsplan 2013-2018 tot doel om het GMD te laten beheren in het EMD. Daar wordt momenteel aan gewerkt. Het is echter niet eenvoudig en er rijzen een heleboel problemen.

Het is de bedoeling dat de arts die het GMD bijhoudt, aan de hand van EMD-software een samengevat elektronisch gezondheidsdossier beschikbaar maakt. De inhoud daarvan zou moeten voldoen aan de vereisten van de commissie Artsen-Ziekenfondsen. Dat samengevat dossier zou het equivalent van een elektronisch GMD zijn en de huisarts zou verplicht zijn om het actueel te houden.

U had ook een vraag over de betere beveiliging van computergegevens bij de instellingen met een GGC-erkenning. We moeten eerst de bestaande normen evalueren. De aanpassingen moeten gebeuren in het kader van een globalere aanpak van de kwaliteit en beveiliging in ziekenhuizen. Daarover zijn er nog geen vergaderingen met ziekenhuizen geweest.

De onderhandelingen over het samenwerkingsakkoord tussen de deelstaten lopen nog. We stellen momenteel een ad-hocwerkgroep samen.

pour les patients et le monde de la santé en Région de Bruxelles-Capitale via le soutien à l'innovation et à l'entrepreneuriat dans le domaine de l'e-santé.

Cette plate-forme reprend donc un nombre d'initiatives et d'événements visant des publics différents - porteurs de projets, entreprises, professionnels de la santé et patients -, mais ne demande pas d'adhésion formelle à la plate-forme aux personnes qui ont marqué leur intérêt pour celle-ci. Par contre, nombre d'entre elles deviennent membres de lifetech.brussels. Ces membres sont repris sur le site web www.lifetech.brussels/our-members. Le site e-santé.brussels ne gère donc aucune donnée personnelle autre que les nom et adresse mail des personnes contactant la plate-forme via son adresse mail de contact ou via la page Connect. Il n'y a donc pas de problème de protection de la vie privée.

Il faut donc bien distinguer la plate-forme e-santé/e-gezondheid.brussels du RSB. E-santé/e-gezondheid.brussels est une initiative de différents acteurs (cabinets des ministres Gosuin, Vanhengel, Debaets, Laanan et Jodogne, l'Association bruxelloise de télématique médicale (Abrumet), Agoria, Innoviris et impulse.brussels via lifetech.brussels) pour accélérer la mise à disposition de solutions innovantes à destination des patients et du corps médical en soutenant l'innovation et l'entrepreneuriat.

Le RSB, géré par Abrumet, fait, quant à lui, partie de la plate-forme fédérale eHealth et est en charge du transfert et du stockage sécurisés des informations liées aux patients.

Vous m'interrogez également sur la gestion électronique du dossier médical global (DMG). Comme je l'ai indiqué lors d'une précédente interpellation de M. du Bus qui, lui aussi, avait confondu les deux dossiers, la première action du Plan d'action fédéral e-santé 2013-2018 a pour objectif de faire en sorte que le DMG soit géré dans le dossier médical informatisé (DMI), c'est-à-dire via un logiciel labellisé. Des travaux sont toujours en cours à ce sujet. L'objectif n'est pas simple à réaliser et soulève des questions non encore résolues.

L'idée est que le médecin détenteur du DMG

Zoals u weet heeft de GGC een raadgevende stem in het beheerscomité van het platform.

Federaal minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid Maggie De Block deed op 1 juli van dit jaar een oproep voor proefprojecten die Mobile Healthapps moeten integreren in de gezondheidszorg.

Projecten moesten voor 30 september zijn ingediend en bij voorkeur betrekking hebben op een van de volgende vijf domeinen: diabetes, mentale gezondheid, beroertes, hart- en vaatziekten en chronische pijn. Er kwamen 97 voorstellen binnen en daaruit werden er 33 geselecteerd. De definitieve selectie van de proefprojecten is voor eind december. Het selectiecomité bestaat uit ambtenaren van de betrokken overheidsdiensten: de FOD Volksgezondheid, de Rijksdienst voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) en het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG).

Het comité is aangevuld met een kabinets-medewerker van Maggie De Block en de heer Eric Van der Hulst, de program manager van iMinds Health, het e-gezondheidsstudie- en -onderzoekscentrum. Beide hebben een raadgevende stem zonder bij de eindbeslissing te worden betrokken. De belangrijkste criteria zijn de beveiliging van de patiëntengegevens, de technische uitwisselingsmogelijkheden en een evidence-based benadering.

Een van de doelstellingen van de projectoproep is het testen van terugbetalingsmethoden voor bepaalde e-gezondheidsoplossingen met een interessante kosten-batenverhouding. Het lijkt dus maar logisch dat de besparingen die een project oplevert, van invloed zullen zijn op de uiteindelijke selectie.

Het is momenteel niet mogelijk om een duidelijk zicht te krijgen op het aantal Brusselse projecten dat is ingediend. Een heleboel projecten zijn immers afkomstig van gezondheidsconsortia en meerdere gewesten. Verscheidene projecten voorzagen in het gebruik van technologie ontwikkeld door Brusselse ondernemingen, maar we weten niet welke daarvan daadwerkelijk zijn ingediend. Het is wel duidelijk dat lifetech.brussels een aantal Brusselse ondernemin-

publie électroniquement, à partir de son DMI labellisé, un dossier santé électronique résumé (Summarized Electronic Health Record, ou sumehr), dont le contenu correspondrait aux exigences de la Commission médico-mutualiste en matière de DMG. Ce sumehr serait l'équivalent d'un DMG électronique, et le médecin détenteur du DMG aurait l'obligation de le mettre à jour.

Vous m'interrogez également sur le renforcement des obligations de sécurité des données informatiques dans les institutions agréées par la Commission communautaire commune (Cocom). Nous devons d'abord évaluer la pertinence et la suffisance des normes existantes. Les modifications en la matière devront s'inscrire dans une réflexion plus globale sur la qualité et la sécurité dans les hôpitaux. Les réunions avec les hôpitaux sur ce sujet n'ont pas encore eu lieu. Nous ne pouvons pas encore nous avancer sur leur calendrier.

Quant à la négociation relative à l'accord de coopération sur la participation financière des entités fédérées à la gestion de la plate-forme eHealth, elle n'est pas encore terminée. Un groupe de travail ad hoc est en cours de constitution. Comme vous le savez, la Cocom participe déjà au comité de gestion de cette plate-forme avec voix consultative.

Quant à l'appel à projets pilotes pour Mobile Health, pour rappel, Maggie De Block, ministre fédérale des Affaires sociales et de la Santé publique, a lancé, le 1^{er} juillet dernier, un appel à projets pilotes pour l'intégration des applications Mobile Health dans les soins de santé. Cet appel s'inscrit dans le cadre de l'action 19 du Plan d'action fédéral e-santé 2013-2018.

La date butoir d'introduction des dossiers était le 30 septembre 2016. Les projets devaient, de préférence, porter sur l'un des cinq domaines suivants : les soins du diabète, les soins de santé mentale, les soins d'accidents vasculaires cérébraux (AVC) aigus, les soins cardiovasculaires ou les soins pour les patients souffrant de douleurs chroniques. Le nombre de dossiers introduits a été annoncé via un communiqué de presse du cabinet De Block ce mardi 4 octobre. Il y a 97 propositions. La présélection a eu lieu vendredi dernier et, sur ces 97 propositions, 33 ont

gen begeleidde bij de voorbereiding van hun dossier.

Als antwoord op de vraag van de heer Kanfaoui over het BGN kan ik zeggen dat we enkele maanden geleden een eerste informatiecampagne ten aanzien van patiënten hebben gevoerd. Volgend jaar wordt dat "Richting eerstelijnszorgen".

été retenues. La sélection des projets pilotes prendra fin en décembre. Les jurés qui sélectionneront les projets sont tous fonctionnaires des organisations publiques pertinentes : le SPF Santé publique, l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (Inami) et l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS).

Le jury est complété par un membre du cabinet de la ministre Maggie De Block et par M. Eric Van der Hulst, program manager pour iMinds Health, le centre d'étude et de recherche en e-santé. Ces deux personnes auront une voix consultative et n'interviendront pas dans la décision finale. Les critères les plus importants pour la sélection des projets sont, entre autres, la sécurité des données du patient, l'interopérabilité technique des outils utilisés et l'approche "evidence-based".

L'un des objectifs de l'appel à projets est aussi de tester des méthodes de remboursement de certaines solutions d'e-santé qui pourraient avoir un rapport coûts-bénéfices intéressant. Il paraît donc naturel que la projection des économies générées par le projet aura un impact sur la sélection.

Concernant le nombre de projets introduits par des Bruxellois, il semble impossible, à ce stade, de répondre de manière claire à cette question. En effet, beaucoup de projets ont été introduits par des consortiums de professionnels de la santé (souvent des hôpitaux), certains venant de plusieurs Régions du pays. Nous savons que plusieurs projets en préparation prévoyaient l'utilisation de technologies développées par des projets ou entreprises bruxellois, mais pour le moment, nous n'avons pas de visibilité sur ceux qui ont été effectivement introduits, puisque ce dossier est géré au niveau fédéral. Nous savons toutefois que lifetech.brussels a accompagné plusieurs entrepreneurs bruxellois dans la préparation de leur dossier.

Pour répondre à la question complémentaire de M. Kanfaoui sur le RSB, nous avons mené une première action il y a quelques mois pour y sensibiliser les patients. Un thème sera décliné chaque année. Celui de 2017 est "En direction de la première ligne".

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

De heer Zahoor Ellahi Manzoor (PS) (*in het Frans*).- *Het klopt dat er soms verwarring is, zelfs bij mensen die in de sector werken, want de termen e-health en e-gezondheid zijn gewoon vertalingen, maar verwijzen naar een federaal en een gewestelijk platform. Ook de verhouding tot het BGN is niet altijd duidelijk.*

- *Het incident is gesloten.*

INTERPELLATIE VAN DE HEER ANDRÉ DU BUS DE WARNAFFE

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

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

betreffende "de inachtneming van de studie van de Koning Boudewijnstichting over de terugbetalingen in de gezondheidszorg en een agenda voor verandering".

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

De heer du Bus de Warnaffe heeft het woord.

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

M. Zahoor Ellahi Manzoor (PS).- Il y a, en effet, parfois confusion, même chez les professionnels de la santé, puisque les termes eHealth et e-santé sont les traductions d'une notion équivalente, mais désignent respectivement une plate-forme fédérale et une autre régionale. On situe aussi parfois mal le Réseau santé bruxellois (RSB), au niveau duquel les données des patients doivent être protégées.

Pour le reste, je vous remercie d'avoir répondu en détail à mes questions.

- *L'incident est clos.*

INTERPELLATION DE M. ANDRÉ DU BUS DE WARNAFFE

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

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

concernant "la prise en considération de l'étude de la Fondation Roi Baudouin intitulée 'Les remboursements dans les soins de santé : un agenda pour le changement'".

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

La parole est à M. du Bus de Warnaffe.

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH) (*in het Frans*).- *Voor de overgehevelde bevoegdheden inzake gezondheid wil het Verenigd College niet alleen de continuïteit van de diensten waarborgen die vroeger op federaal niveau werden beheerd, maar ook het beleid vernieuwen en beter afstemmen op de gezondheidsbehoeften.*

Tot nu toe gaven slechts weinig studies het woord aan de burgers. Een recente studie van de Koning Boudewijnstichting over de terugbetalingen in de gezondheidszorg brengt daar verandering in. Je zou kunnen denken dat die studie in de eerste plaats tot het federale niveau gericht is, maar de uitdagingen en principes gelden voor de besluitvormers op alle beleidsniveaus.

De studie bundelt de aanbevelingen van de burgers. Het voorwoord maakt direct duidelijk waar het om draait. Uit de studie is gebleken dat de burgers andere prioriteiten in de gezondheidszorg leggen dan diegenen die daarover beslissen. Zij vinden de levenskwaliteit belangrijker dan de verlenging van de levensduur. Zij pleiten voor een gezondheidsbeleid in plaats van een ziektebeleid en willen dat er meer de nadruk wordt gelegd op preventie, gezondheids promotie en gezondheidsopvoeding.

De studie vormt een sleutelement in het onderzoeks- en ontwikkelingsprogramma dat tussen december 2012 en december 2015 heeft plaatsgehad over een beter gebruik van de middelen in de gezondheidszorg. Het programma omvatte ook een enquête van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) en een samenlevingsdebat onder leiding van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV).

De studie werd ingegeven door de vaststelling dat de overheid nooit echt heeft bestudeerd wat de bevolking verwacht inzake gezondheidszorg en terugbetalingen, maar dat zij gewoon heeft gedaan wat zij goed acht voor de bevolking.

In de studie wordt het woord aan de burgers gegeven via een burgerlabo, een vernieuwende vorm van openbare besluitvorming die meer gebaseerd is op overleg dan op enquêtes. Het burgerlabo werd gevolgd door vier universitaire onderzoeksteams.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH).- La déclaration politique du Collège réuni en matière de santé s'inscrit, pour ce qui relève des matières transférées dans le cadre de la sixième réforme de l'État, dans la continuité des services assurés précédemment par le niveau fédéral, mais également dans l'innovation, afin de mieux répondre aux besoins de santé des citoyens. Or, en matière de besoins de santé, force est de constater que peu d'études donnent la parole aux citoyens, pourtant les premiers concernés, les premiers bénéficiaires de l'offre de santé.

Une étude récente, intitulée "Les remboursements de soins de santé : un agenda pour le changement" et portée par la Fondation Roi Baudouin, vient combler cette lacune. On pourrait croire que ce travail s'adresse a priori et de par son intitulé en priorité au niveau fédéral. Or, les enjeux et les principes mis en lumière dans ce document concernent l'ensemble des acteurs de la santé et des décideurs en la matière, tous niveaux confondus.

Cette étude, qui constitue un recueil de recommandations formulées par des citoyens au départ d'un processus participatif, débute par un avant-propos qui cerne d'emblée l'objet de la réflexion : "Les citoyens mettent d'autres priorités dans les soins de santé que ceux qui prennent aujourd'hui les décisions dans ce domaine. Ils estiment que la qualité de vie passe avant la prolongation de l'espérance de vie. Ils prônent une politique axée sur la santé et non sur la maladie. Ils veulent que l'accent soit mis de manière beaucoup plus marquée sur la prévention, la promotion de la santé dans tous les domaines et l'éducation à la santé".

Au niveau de la Fondation Roi Baudouin, cette initiative constitue un élément clé d'un programme de recherche et de développement qui s'est décliné entre décembre 2012 et décembre 2015 : "Une meilleure utilisation des ressources dans les soins de santé : le rôle de l'éthique et de la société". Ce programme inclut une enquête du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) portant sur 4.288 citoyens et un dialogue sociétal mené par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (Inami) auprès de 400 citoyens.

L'étude partait d'un constat de carence majeure :

De studie had vooral betrekking op de terugbetalingen in de gezondheidszorg, maar het nieuwe paradigma dat daaruit naar voren is gekomen stelt het hele gezondheidssysteem ter discussie.

Een ding is alvast duidelijk geworden: de burgers en patiënten willen mee beslissen welke keuzes er worden gemaakt en mee het dienstenaanbod bepalen. In theorie verdedigen de ziekenkassen de belangen van de burgers in de overlegcomités, maar de burgers hebben de indruk dat zij niet voldoende stem in het kapittel hebben. Hoewel het niet makkelijk is om participatieprocessen in gang te zetten, zal de betrokkenheid van de burgers de legitimiteit van de beslissingen vergroten.

Volgens de studie moet het gezondheidssysteem op drie principes gebaseerd zijn:

- solidariteit: wij moeten iedereen helpen die hulp nodig heeft;

- rechtvaardigheid: iedereen moet gelijke toegang hebben tot de gezondheidszorg en de medische behandelingen;

- verantwoordelijkheid: de vraag is of wij niet een verantwoordelijkheid ten opzichte van de samenleving hebben om zo gezond mogelijk te leven, aangezien de gezondheidszorg door de gemeenschap wordt betaald. Dat is het moeilijkste principe, aangezien het niet altijd duidelijk is wanneer de externe omstandigheden stoppen en de individuele verantwoordelijkheid begint.

In de studie werd ook gepeild naar die ethische aspecten. Zo werd aan de deelnemers gevraagd of wij solidair moeten blijven met iemand die twee pakken sigaretten per dag rookt. Het antwoord van het burgerpanel was bevestigend. Volgens hen geldt de solidariteit niet enkel tussen zieke en gezonde personen, maar ook tussen personen met een gezonde en ongezonde levensstijl. De levensstijl mag geen terugbetalingscriterium zijn. De nadruk moet worden gelegd op preventie en bewustmaking en niet op bestraffing.

De prioritaire werkpunten zijn:

- de levenskwaliteit, gelet op de stijging van het aantal chronisch zieken;

"Les pouvoirs publics ne connaissent pas les préférences de la population en matière de soins de santé et de remboursements, ils ne les ont jamais étudiés systématiquement". Et de conclure : "Par conséquent, les décideurs ne peuvent que s'appuyer que sur ce qu'ils pensent être bon pour le citoyen".

La parole a donc été donnée à des citoyens à travers un labo citoyen, une forme innovante de délibération publique qui repose sur la concertation plutôt que sur une enquête. Sur le plan méthodologique, ce labo citoyen a été suivi par des scientifiques de quatre groupes de recherche universitaire.

Si l'étude s'est articulée autour des questions qui fondent le financement du système de remboursement des soins de santé, les citoyens se sont exprimés sur l'ensemble du système de santé. Le nouveau paradigme qui émerge de ce travail questionne donc l'ensemble du système de santé.

Pour en revenir à des compétences régionales et communautaires, on peut en déduire que, lorsque les participants plaident pour que la qualité de la vie soit mieux prise en considération que l'allongement de l'espérance de vie, cela concerne aussi le type de prise en charge de la personne âgée, le type de maison de repos, les choix relatifs au maintien à domicile et leurs modes de financement et d'assurance.

Un fait majeur parcourt l'ensemble de cette réflexion : les citoyens, tout autant que les patients, souhaitent avoir leur mot à dire sur les choix qui sont posés et qui déterminent l'offre de services, l'offre de prise en charge et l'offre médicale et paramédicale.

Cependant, malgré le fait que, théoriquement, les intérêts des citoyens sont représentés par les mutuelles dans les comités de concertation, force est de constater que les patients et les citoyens ont l'impression de n'avoir (quasi) aucune voix au chapitre. Or, même si les processus à activer ne sont ni simples ni évidents, l'implication des citoyens améliore la légitimité des décisions prises.

Le système de santé doit, selon cette étude, répondre à trois principes majeurs :

- de evolutie naar een systeem van geïntegreerde en multidisciplinaire zorg die beter op de behoeften afgestemd is;

- een grotere nadruk op preventie, wat vooral een bevoegdheid van de gemeenschappen is.

Die vaststellingen roepen tal van vragen op over:

- de rol van de overheden, zorgverstrekkers, patiënten en burgers;

- de processen: meer transparantie, betere begrotingscontrole, soepelere besluitvorming, betere coördinatie en een herziening van de samenstelling van de commissies;

- de terugbetalingscriteria: die kunnen worden ingedeeld in drie categorieën: de perspectieven voor de patiënt, de medisch-technische elementen en de collectieve solidariteit.

Om die veranderingen door te voeren, moet de overheid volgens de studie een visie ontwikkelen, een draagvlak creëren, een evaluatiemodel uitwerken, multidisciplinaire beslissingsorganen oprichten, de behoeften in kaart brengen, gegevens verzamelen, de participatie versterken, competenties ontwikkelen en de beslissingen decentraliseren om ze dichterbij de patiënten en zorgverstrekkers te brengen.

Gelet op onze nieuwe bevoegdheden inzake gezondheid en de ambitie van het Verenigd College om een globaal gezondheidsbeleid uit te werken dat meer aandacht heeft voor preventie en gezondheids promotie, wil ik u graag vragen of u de studie van de Koning Boudewijnstichting gelezen hebt en wat u denkt over de conclusies ervan en met name de vraag om een gezondheidsbeleid dat meer gericht is op de levenskwaliteit?

Welke plaats zullen de burgers en patiënten in uw globaal gezondheidsbeleid krijgen?

Hoe zult u de participatie van de burgers en patiënten verbeteren? Hoe zult u daar concreet vorm aan geven in het Brussels Plan voor de gezondheidszorg? Zullen de patiënten bijvoorbeeld hun medische gegevens kunnen raadplegen?

- la solidarité, qui repose sur l'idée selon laquelle il faut aider tous ceux qui ont besoin de soins ;

- la justice, qui garantit l'égalité d'accès aux soins et aux traitements médicaux ;

- la responsabilité, principe le plus délicat car il est difficile de distinguer où s'arrêtent les circonstances qui expliquent l'émergence d'un problème de santé et où commence la responsabilité individuelle.

Chacun n'a-t-il pas une responsabilité (faire un effort pour vivre sainement) envers la société étant donné qu'il peut bénéficier des soins de santé payés par la collectivité ? La question reste posée, et les citoyens jettent un pont entre le principe de responsabilité et les principes de solidarité et de justice.

Ceci étant, la sensibilité éthique n'a pas été évacuée de ce travail. La question suivante l'illustre : "Faut-il continuer à être solidaire de quelqu'un qui fume deux paquets de cigarettes par jour ?" Réponse du panel citoyen : oui. La solidarité ne règne donc pas uniquement entre les malades et les non-malades, mais également entre les personnes avec un "comportement sain" et les personnes qui n'ont pas de ce "comportement sain". Le style de vie ne doit donc pas être un critère de remboursement, raison pour laquelle l'accent est mis sur la sensibilisation et la prévention et non sur la sanction.

Les sujets prioritaires qui émergent de ce travail concernent :

- la qualité de vie : vu le poids accru des maladies chroniques par rapport aux maladies aiguës ;

- l'évolution du système vers des soins intégrés et adaptés aux besoins, lesquels imposent davantage de pluridisciplinarité ;

- un basculement vers davantage de prévention, un domaine qui relève principalement des entités fédérées.

Autant de sujets qui posent de nouvelles et nombreuses questions d'ordre opérationnel, financier, professionnel et politique. Mais l'exercice a le mérite de proposer aussi des pistes

de réponses qui ouvrent plusieurs axes de réflexion et d'action sur :

- les rôles et les tâches des acteurs : pouvoirs publics, prestataires, patients, citoyens ;

- les processus à activer : davantage de transparence, de maîtrise budgétaire, une meilleure flexibilité des processus décisionnels, une meilleure coordination entre acteurs, et une révision de la composition des commissions ;

- les critères de remboursement des soins. Ces derniers sont rassemblés en trois domaines : la perspective pour le patient, les éléments médico-techniques et la solidarité collective.

La démarche se clôt par le processus à mettre en œuvre pour atteindre ces changements. Il y est question de développer une vision, de susciter l'adhésion, de créer et d'entretenir un modèle d'évaluation, de faire place à des organes de décision multidisciplinaires, de mieux capter les besoins et leur évolution, de collecter les données, de renforcer la participation, de développer les compétences et, in fine, de décentraliser les décisions en les rendant plus proches et plus accessibles aux patients et aux prestataires en stimulant la codécision.

Je voudrais vous poser quelques questions compte tenu des compétences bruxelloises actuelles en matière de santé ; compte tenu de la volonté du gouvernement, traduite dans la déclaration politique du Collège réuni, de développer une politique globale de santé en renforçant, entre autres, la responsabilisation des acteurs et des institutions et en assurant le développement de l'offre en fonction des besoins ; compte tenu également de la priorité politique du Collège réuni accordée au développement des axes de la prévention, de la promotion et de la protection de la santé ; compte tenu, enfin, de la volonté du Collège de mieux prendre en considération l'ensemble des déterminants de la santé dans la définition de sa politique générale de santé. Mes questions semblent d'autant plus légitimes si on les croise avec les priorités qui ressortent de l'étude de la Fondation Roi Baudouin, qui ont été définies après l'installation du Collège réuni et l'adoption de sa déclaration de politique générale.

Le Collège réuni a-t-il pris connaissance de l'étude menée par la Fondation Roi Baudouin ? Si oui, quel est l'avis du Collège réuni sur les conclusions de cette étude, particulièrement sur la mise en avant des aspirations des citoyens pour un système de soins centré davantage sur la qualité de vie ainsi que sur la prévention et la promotion de la santé ? La place des citoyens et des patients apparaît comme centrale dans l'émergence d'une nouvelle politique de santé telle que proposée par l'étude.

Quelle est la place réservée aux citoyens et aux patients dans la définition de politique globale de santé voulue par le Collège réuni ?

Comment moderniser la participation du citoyen et du patient ?

Comment le Plan de santé bruxellois (PSB) peut-il décliner cette participation citoyenne et du patient ?

Une phrase est revenue à plusieurs reprises : "Le patient doit devenir copilote de sa santé". Comment améliorer l'implication du patient ? Celui-ci peut-il consulter ses données médicales ?

Bespreking

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

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College (in het Frans).- *Ik ben op de hoogte van de studie, die als een van de referentiedocumenten voor het Brussels Plan voor de gezondheidszorg diende.*

Als we ons meer willen concentreren op de levenskwaliteit en minder op de verlenging van de levensduur, moeten we verder kijken dan de gezondheidssector alleen en ons afvragen hoe we de levenskwaliteit kunnen verbeteren.

In Brussel hangen net als in andere grote steden gezondheid en levenskwaliteit nauw samen met levensstandaard, huisvesting en werkgelegenheid. De Brusselse regering wil dan ook geen hokjesmentaliteit voor bevoegdheden als bijstand

Discussion

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

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Nous avons, bien entendu, pris connaissance de cette étude, laquelle fut l'un des nombreux documents de référence qui ont soutenu la réflexion dans le cadre du Plan de santé bruxellois (PSB).

Être moins axé sur la prolongation de la durée de vie et se centrer davantage sur l'amélioration de la qualité de vie, comme le demandent les citoyens, nécessitent de dépasser le seul secteur de la santé pour s'interroger sur tout ce qui va au-delà du champ médical et va renforcer cette qualité de vie.

À Bruxelles, comme probablement dans d'autres grandes métropoles, les questions de santé et de qualité de vie jouxtent de très près les questions de

en zorg. De verschillende Brusselse instellingen, de federale overheid en de gewesten en gemeenschappen moeten met elkaar samenwerken, zodat we tot een coherent beleid kunnen komen, waarin de burger-patiënt centraal staat.

Als de burger de overheid als een 'orkestleider' omschrijft, geeft hij daarmee aan dat de bestaande maatregelen van de gewesten, de gemeenschappen en de federale overheid op elkaar moeten worden afgestemd om zijn levenskwaliteit te verbeteren.

Bij het opstellen van het Brussels Plan voor de gezondheidszorg ging de regering uit van de behoeften bij de bevolking. We overlegden veelvuldig met professionele zorgverleners en organisaties die de patiënten en hun familieleden vertegenwoordigen.

De Ligue des usagers des services de santé (LUSS) en het Vlaams Patiëntenplatform (VPP) werden uitgenodigd voor alle werkgroepen in het kader van het Brussels Plan voor de gezondheidszorg. Ook tijdens de uitvoering en de follow-up van het plan zullen we op die manier te werk gaan.

Vooral bij de eerstelijnszorg moeten de behoeften, vragen en doelstellingen van de patiënten-burgers op de eerste plaats komen.

De gezondheidszorg moet vanuit het perspectief van de patiënt worden georganiseerd en niet langer op basis van het zorgaanbod.

In 2017 leggen we de basis voor een geïntegreerd model waarin de ondersteunende en coördinerende functies worden herzien binnen een gewestelijke structuur die de eerstelijnszorg en de bijstand ondersteunt. Het doel van dat model is de bevordering en ondersteuning van multidisciplinaire, geïntegreerde, globale en voortgezette zorg die op de behoeften van de Brusselaars is afgestemd. Het gaat om een wijkgerichte benadering waarbij de burger en zijn omgeving centraal staan bij de organisatie van de bijstand en de zorgverlening.

De eerste proefprojecten zijn gericht op het langer thuis laten wonen van ouderen en sluiten aan bij de beleidsverklaring van het Verenigd College, dat ouderen een belangrijke rol in het Brusselse

précarité, de logement et d'emploi. C'est pourquoi nous avons à cœur, dans la politique que nous développons, de dépasser la vision en silo et le morcellement des compétences entre l'aide et les soins, entre les diverses institutions bruxelloises et entre le niveau fédéral et les entités fédérées. Notre objectif est de construire une politique cohérente dans laquelle le citoyen-patient est placé au centre des préoccupations.

La métaphore utilisée par les citoyens, identifiant les pouvoirs publics comme le "chef d'orchestre", illustre bien cette responsabilité qui est la nôtre et qui vise l'harmonisation de l'ensemble des dispositifs existants, qu'ils soient régionaux, communautaires ou fédéraux, au service du renforcement de cette qualité de vie, en ce inclus la prévention et la promotion de la santé.

Vous m'interrogez sur la place centrale des citoyens et des patients dans l'émergence de cette nouvelle politique de santé et sur la participation citoyenne du patient notamment dans le cadre du PSB.

Dans l'élaboration de ce dernier, nous avons fait le choix d'orienter pleinement notre travail à partir des besoins de la population. L'élaboration de ce plan s'appuie sur de nombreuses concertations organisées avec les acteurs professionnels de terrain et les organisations soucieuses de porter la voix des patients et des familles.

Concrètement, les associations représentatives des patients telles que la Ligue des usagers des services de santé (LUSS) et son équivalente néerlandophone, la Vlaamse Patiëntenplatform (VPP), ont été invitées à tous les groupes de travail organisés dans le cadre du PSB. Cette dynamique sera poursuivie lors de la mise en œuvre du PSB et de son suivi.

Plus particulièrement concernant la première ligne de soins, je souhaite ardemment que ce soient les besoins, questions et objectifs des patients-citoyens qui déterminent son organisation.

La perspective du patient doit être le principe organisateur et remplacer le modèle classique de la dispensation de soins de santé dirigée par l'offre.

stadsleven wil geven.

Het ligt voor de hand dat de patiënt op de hoogte moet zijn van zijn gezondheidstoestand en de zorg die hij nodig heeft. De wet betreffende de rechten van de patiënt bepaalt dat patiënten het recht hebben om hun dossier in te zien en om er een kopie van te krijgen. Patiënten toegang geven tot hun elektronische dossier kan hun autonomie verder verbeteren. De toegang tot de patiëntengegevens wordt behandeld onder punt 10 van het plan e-gezondheid van de interministeriële conferentie (IMC) Volksgezondheid.

Een specifieke werkgroep moet een referentiekader uitwerken voor het beheer van de toegang tot de gezondheidsgegevens voor patiënten, vertrouwenspersonen of ouders. De organisaties die de patiënten vertegenwoordigen nemen actief deel aan die werkgroepen. Punt 10 krijgt zowel bij de federale regering als bij de gemeenschappen voorrang.

De patiënten moeten vanaf 1 januari 2018 inzage in hun elektronische gezondheidsdossier krijgen.

Het Brussels Gezondheidsnetwerk (BGN) ontwikkelde een technische oplossing voor ziekenhuizen die hun patiënten toegang willen geven tot hun elektronische dossier. Bij de ontwikkeling van een beveiligde gegevensbank voor de eerstelijnszorg in Brussel gaat er bijzondere aandacht uit naar die toegang tot de patiëntendossiers en de technische ontwikkeling daarvan, al zullen we wel de nodige tijd nemen om tot een voor de patiënt goede toepassing te komen.

In de studie van de Koning Boudewijnstichting pleiten de burgers voor een meer op solidariteit, rechtvaardigheid en verantwoordelijkheid gericht beleid. Daar sta ik achter.

En 2017, les bases d'un modèle intégré qui repense les fonctions d'appui et de coordination par le biais d'une structure régionale d'appui à la première ligne de soins et d'aide seront lancées. Cette structure fera la part belle aux citoyens-patients qui y seront représentés. Elle aura pour but de promouvoir et de soutenir des soins multidisciplinaires, intégrés, globaux, continus, centrés sur les besoins des Bruxellois. Elle s'articulera selon l'approche de quartier qui, elle aussi, place le citoyen et son environnement au centre de l'organisation d'aide et de soins.

Les premiers projets pilotes démarreront dans le cadre du maintien des personnes âgées à domicile. Ces projets sont en phase avec la déclaration politique du Collège réuni, qui veut donner aux aînés une réelle place dans la vie urbaine de la Région bruxelloise.

Concernant l'amélioration de l'autonomisation du patient par la consultation de ses données médicales. C'est en effet maintenant devenu une évidence : le patient doit être partie prenante de sa santé et des soins qu'il nécessite. Selon l'article 9 de la loi relative aux droits du patient, "le patient a droit à la consultation du dossier le concernant" et "le patient a le droit d'obtenir (...) une copie du dossier le concernant ou d'une partie de celui-ci". Dans ce contexte, l'accès à son dossier électronique peut certainement contribuer à l'amélioration de l'autonomisation du patient, concept préconisé dans tous les nouveaux modèles de soins ou de prévention. L'accès aux données par le patient constitue le point d'action 10 du plan d'action e-santé de la conférence interministérielle (CIM) de la santé publique, mis à jour en 2015.

Un groupe de travail spécifique a été mis en place dans l'objectif de fixer un cadre de référence pour la gestion de l'accès aux données de santé par le patient et/ou les personnes de confiance et/ou les parents, le cas échéant. Les représentants des patients, via la LUSS et la VPP, participent activement à la réflexion au sein de ce groupe de travail. Ce point d'action 10 est devenu une priorité pour le gouvernement fédéral et les entités fédérées.

Selon le calendrier prévu dans le plan d'action e-santé de la CIM, les patients devraient pouvoir accéder à leurs données électroniques de santé à

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

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH) (*in het Frans*).- *Ik stel vast dat u de boodschap goed begrepen hebt.*

U wilt een wijkwerking en zorgverlening die meer op de behoeften van de wijkbewoners is afgestemd. Kunt u daar meer details over geven? Hebt u specifieke contacten met de gemeenten? Betreft u daar op de een of andere manier de schepenen die belast zijn met gezondheid bij?

Ik pleit al lang voor meer lokale betrokkenheid. Als overheid staan de gemeenten immers het dichtst bij de burger. Het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad ontwikkelde trouwens een uitstekend instrument dat op basis van een reeks parameters een gezondheidsprofiel van de burgers per wijk opmaakt. De basis bestaat dus al. Hoe wilt u verder te werk gaan?

Zorgt u ook voor een maatregel om de plaats die u patiënten en burgers in uw beleid toebedeelt kritisch te beoordelen?

Hoe komt het dat alleen de patiëntenvereniging LUSS zo'n grote rol krijgt toebedeeld? U mag niet

partir du 1^{er} janvier 2018.

Notons qu'à Bruxelles, le Réseau de santé bruxellois (RSB) a développé depuis peu une solution technique pour que les hôpitaux puissent, s'ils le souhaitent, donner accès aux données médicales informatisées à leurs patients. Dans le cadre du développement du coffre-fort multidisciplinaire pour la première ligne de soins en cours à Bruxelles, une attention particulière est réservée à cet accès et à son développement technique. Néanmoins, nous souhaitons nous aligner sur les échéances électorales et prendre le temps de la réflexion, au bénéfice du citoyen-patient.

Pour conclure, concernant l'étude menée par la Fondation Roi Baudouin, nous adhérons aux valeurs sociétales précisées par les citoyens pour soutenir toute nouvelle politique : la solidarité, la justice et la responsabilité.

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

M. André du Bus de Warnaffe (cdH).- Je constate que vous avez pris toute la mesure du message délivré par l'étude les labos citoyens de la Fondation Roi Baudouin.

Vous allez, dites-vous, développer une logique par quartier ou prendre davantage en compte les besoins des citoyens en fonction des quartiers. Pouvez-vous détailler cet aspect ? Y aura-t-il des contacts spécifiques via les communes ? Les échevins en charge de la santé dans les communes seront-ils impliqués d'une manière ou d'une autre dans la mobilisation locale, dans le recueil de données locales, dans les messages de prévention ?

Je plaide pour plus d'implication locale depuis fort longtemps, car les communes sont le lieu politique le plus proche du citoyen, le plus à même d'écouter ses besoins. Par ailleurs, l'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale a développé un excellent outil par quartiers, qui donne le profil de santé des citoyens en fonction d'une série de paramètres. Il existe donc des bases pour développer cette logique. Comment entendez-vous procéder pour ce faire ?

uit het oog verliezen dat zij uitsluitend patiënten vertegenwoordigd, en niet de burger als dusdanig.

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

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College (in het Frans).- *Ik meen dat ik in een vorige interpellatie duidelijk heb gemaakt dat ik geen globaal beleid voor het gewest wil uitwerken. Er zijn onmiskenbaar verschillen tussen de gemeenten en binnen de gemeenten tussen de wijken onderling.*

Daarom werk ik aan dat wijkgerichte model. Ik wil niet beweren dat ik daarmee binnen de twee jaar klaar zal zijn, al streef ik uiteraard wel naar snelle resultaten.

Met de proefprojecten die in 2017 van start gaan, wil ik een dynamiek op gang brengen. Uiteraard worden de gemeenten en de OCMW's daarbij betrokken en maak ik gebruik van de expertise van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad. De patiëntenverenigingen zijn al nauw betrokken bij de uitwerking van het beleid en ze blijven dat ook.

Ik beraad mij over een andere organisatie van de eerstelijnszorg, met name om ouderen langer thuis te laten wonen. Dat wordt een van de belangrijkste punten in het Brussels Plan voor de gezondheidszorg.

Ik wil niet overhaast te werk gaan. Een reorganisatie moet je voorzichtig en met kennis van zaken aanpakken. Het Brussels Plan voor de gezondheidszorg is geen lege doos, maar een degelijk plan, waarvan ik zonet de grote lijnen heb geschetst.

Puisque vous avez bien perçu l'enjeu, un dispositif d'évaluation ou d'autocritique sera-t-il mis en place pour évaluer la place des patients et des citoyens au sein de la politique que vous comptez mener ?

J'entends bien que la LUSS, qui vient de fêter son anniversaire il y a quelques jours et qui inaugurerait ses nouveaux locaux à Schaerbeek, peut jouer un rôle particulier en la matière. Comment et est-elle la seule association à pouvoir le faire ? Rappelons que la LUSS est une association de patients en tant que tels et qu'il convient encore de distinguer les notions de patient et de citoyen.

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

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Lors d'une précédente interpellation, je pense avoir fait part de mon intention, notamment dans le contexte du maintien à domicile et du renforcement des soins de première ligne, de mener une réflexion non globalisante sur l'ensemble de la Région bruxelloise. Il existe incontestablement des disparités entre les communes et, au sein de certaines communes, entre les quartiers.

D'où l'idée de mettre en place un modèle, en cours de création. Je n'ai aucunement la prétention de tout finaliser dans les deux ans même si je souhaite un aboutissement rapide, naturellement.

Il s'agit pour nous de créer une dynamique, et c'est ainsi que nous allons lancer des projets pilotes en 2017. Les communes et les CPAS y seront, bien sûr, associés et nous nous appuyerons naturellement sur l'expertise de l'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale. Nous intégrons déjà les associations de patients à toutes nos réflexions et nous continuerons à le faire.

Nous sommes en train de réfléchir à une autre organisation des soins de la première ligne, notamment dans l'optique du maintien à domicile. Ceci constituera certainement l'un des éléments phares de ce PSB.

C'est pourquoi, même si d'aucuns souhaitent que l'on presse le pas, il faut prendre son temps car il s'agit d'une réflexion profonde. Une réorganisation

- Het incident is gesloten.

**INTERPELLATIE VAN DE HEER PHILIPPE
CLOSE**

**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 komst van Turkse
privéziekenhuizen naar Brussel".**

Mevrouw de voorzitter.- Bij afwezigheid van de
indiener, die verontschuldigd is, wordt de
interpellatie naar een volgende vergadering
verschoven.

MONDELINGE VRAGEN

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

**MONDELINGE VRAAG VAN DE HEER
ALAIN MARON**

doit se faire prudemment et en connaissance de
cause. Il ne s'agit pas d'un plan en l'air. Nous
travaillons fermement à ce PSB et je viens de vous
en donner l'une des orientations majeures.

- L'incident est clos.

**INTERPELLATION DE M. PHILIPPE
CLOSE**

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

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

**concernant "l'arrivée d'hôpitaux privés
turcs à Bruxelles".**

Mme la présidente.- En l'absence de l'auteur,
excusé, l'interpellation est reportée à une
prochaine réunion.

QUESTIONS ORALES

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

QUESTION ORALE DE M. ALAIN MARON

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 opstelling van het Brussels gezondheidsplan".

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

De heer Maron heeft het woord.

De heer Alain Maron (Ecolo) *(in het Frans).*- *In mei 2015 startte u overleg over het Brussels Plan voor de gezondheidszorg, dat bedoeld is om de gezondheidszorg beter af te stemmen op de behoeften van de Brusselaars.*

Volgens de oorspronkelijke planning had een eerste versie van het plan in september 2015 klaar moeten zijn. Het werd echter uitgesteld omdat de spelers op het terrein die deadline niet haalbaar vonden.

In oktober 2015 kondigde de voorzitter van het Verenigd College aan dat het plan in de loop van de volgende maanden zou worden opgesteld. Daarna werd het stil en zelfs tijdens de algemene beleidsverklaring van vorige week werd er met geen woord over het plan gerept.

Vond er sinds de zomer van 2015 nog overleg plaats? Hoever staat het Brussels Plan voor de gezondheidszorg? Waarom is de website die diende om dat plan voor te stellen niet langer bereikbaar?

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

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

concernant "l'élaboration du Plan de santé bruxellois".

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

La parole est à M. Maron.

M. Alain Maron (Ecolo).- En mai 2015, vous lanciez les consultations dans le cadre de l'élaboration du Plan de santé bruxellois (PSB) qui, selon les termes de l'accord de majorité, "doit inciter à une plus grande efficacité du secteur en regard des besoins de santé des Bruxellois."

Le calendrier initial visait la rédaction d'une première version du plan pour septembre 2015, échéance qui a été repoussée après les protestations des acteurs de terrain, qui le jugeaient intenable.

Lors de la déclaration de politique générale du Collège réuni, en octobre 2015, le président du Collège réuni indiquait que le PSB serait rédigé "dans les mois qui viennent". Depuis lors, c'est le silence radio. On n'en a d'ailleurs pas reparlé lors de la déclaration de politique générale de la semaine dernière.

Je souhaiterais donc faire le point sur l'état d'avancement du PSB. De nouvelles consultations ont-elles eu lieu depuis l'été 2015 ? Où en est la rédaction du plan à proprement parler ? Le site internet qui avait été mis en place dans un louable effort de transparence semble désormais hors ligne. Pourquoi ?

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

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College (in het Frans).- *Momenteel werk ik nog aan het Brussels Plan voor de gezondheidszorg, dat ik in de loop van dit parlementair jaar zal voorstellen. Het wordt eerst voorgelegd aan de actoren uit de gezondheidssector die vorig jaar aan de overlegvergaderingen deelnamen. Het zal uit drie delen bestaan: een beschrijvend gedeelte, een strategisch gedeelte en een operationeel gedeelte.*

Het beschrijvende gedeelte omvat een overzicht van de gezondheid van de Brusselaars, hun behoefte aan zorg en het aanbod van gezondheidsdiensten in Brussel. Daarnaast wordt de huidige werking van het gezondheidssysteem erin beschreven.

In het strategische gedeelte staan de bevoegdheidsoverschrijdende doelstellingen op middellange termijn voor elk afzonderlijk thema.

Het operationele gedeelte sluit aan bij het strategische gedeelte en behandelt de prioritaire maatregelen die op korte termijn worden uitgevoerd. Er vond sinds 2015 geen nieuw overleg met de spelers op het terrein plaats. Ik heb echter in het kader van mijn bevoegdheden regelmatig ontmoetingen met vertegenwoordigers uit de sector, die actief bijdroegen aan de eerste projecten, waarvan ik per thema enkele voorbeelden geef.

De rode draad in het beleid rond geestelijke gezondheid is de versterking van het netwerk van actoren, met name door middel van het Bru-Starsproject voor kinderen dat in 2016 van start ging, en de versterking van het zorgnetwerk voor volwassenen met psychologische problemen.

*Binnen het ouderenbeleid is het de bedoeling dat het aantal bedden in rustoorden voor bejaarden (ROB) onder controle blijft en dat ouderen gestimuleerd worden om langer thuis te blijven. In dat kader dien ik binnenkort een ontwerp van ordonnantie om een moratorium in te stellen op de bedden in ROB's en in rust- en verzorgings-
tehuizen (RVT). Bovendien starten in 2017 proefprojecten om via een geïntegreerd hulp- en*

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

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Le Plan de santé bruxellois sera dévoilé durant cette année parlementaire. Nous sommes actuellement dans la phase de rédaction. En amont du parlement, le Plan de santé bruxellois sera présenté aux acteurs de terrain ayant participé aux réunions de concertation l'année dernière. Il reprendra trois volets : une partie descriptive, une partie stratégique et un chapitre plus opérationnel.

La partie descriptive reprendra le diagnostic de l'état de santé des Bruxellois, de leurs besoins et de l'offre en matière de services de santé sur le territoire bruxellois. Elle présentera également la gouvernance actuelle du système de santé sur le territoire bruxellois qui, comme vous le savez, est éminemment riche et complexe.

La partie stratégique reprendra les objectifs qui seront fixés à moyen terme, et ce de manière transversale (en matière d'accessibilité, de qualité des soins, de gouvernance) et thématique (politique des personnes âgées, de santé mentale, de première ligne).

La partie stratégique sera accompagnée d'un volet plus opérationnel, qui fixera les actions prioritaires qui seront menées à plus court terme. Concernant la concertation avec les acteurs de terrain, il n'y a pas eu, depuis 2015, de nouvelles consultations au sens strict dans le cadre du PSB. Nous avons cependant continué, dans le prolongement du travail initié dans ce cadre, à rencontrer sur une base régulière les représentants et les acteurs de terrain pour toutes les compétences que nous gérons. Ce travail a alimenté de manière active les premiers projets que nous avons menés jusqu'ici, dont voici quelques exemples par thématique.

La politique menée en santé mentale a pour fil rouge le renforcement du réseau des acteurs, notamment au travers du lancement en 2016 du projet Bru-Stars pour les enfants, et du renforcement du réseau de soins pour les adultes en souffrance psychologique (Réseau Psy 107).

Concernant la politique menée en faveur des personnes âgées, nous avons à cœur de contrôler l'offre de lits en maison de repos au vu de

zorgmodel per wijk ouderen langer thuis te laten wonen.

Ter ondersteuning van de eerstelijnszorg komt er een gewestelijk overlegplatform, dat onder andere een gedetailleerd overzicht moet opstellen van zorgaanbod in Brussel. Daarnaast ondersteunde ik in 2016 de ontwikkeling van het consultatiebureau voor eerstelijnszorg van de Fédération des associations de médecins généralistes de Bruxelles (FAMGB) en Dokters van de Wereld (DVDW).

De website die in het kader van het overleg over het Brussels Plan voor de gezondheidszorg werd opgericht, is nog steeds op dezelfde URL te vinden. U vindt er alle besproken documenten. Zodra het plan aan de betrokken instanties werd voorgelegd, wordt het op die site gepubliceerd.

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

De heer Alain Maron (Ecolo) *(in het Frans).*- *Ik ben verheugd over de plannen die u aankondigt. Ecolo kan zich daarin vinden.*

U zegt dat u dit parlementaire jaar het Brussels Plan voor de gezondheidszorg zult voltooien. Dat betekent dat het voor juli 2017 klaar zal zijn.

Gelukkig werkt de website weer. Hij was lang niet bereikbaar, ongetwijfeld door een technisch probleem.

l'évolution du vieillissement de la population bruxelloise, relativement stable jusqu'en 2030, et de favoriser le maintien à domicile. C'est dans ce cadre que nous présenterons prochainement à l'assemblée réunie un projet d'ordonnance visant à fixer un moratoire sur les lits en maisons de repos pour personnes âgées (MRPA) et en maisons de repos et de soins (MRS) et que nous souhaitons entamer en 2017 des projets pilotes visant à favoriser le maintien à domicile des personnes âgées par le développement d'un modèle d'offre intégrée d'aide et de soins par quartier.

Concernant le soutien aux acteurs de la première ligne, nous travaillons à la mise en place d'une plate-forme régionale d'appui à la première ligne, dont l'une des missions sera le développement et la mise à jour d'une cartographie minutieuse de l'offre de soins et d'aide sur tout le territoire de Bruxelles. En 2016, nous avons également largement soutenu le développement du dispensaire de médecine générale initié par la Fédération des associations de médecins généralistes de Bruxelles (FAMGB) et Médecins du monde.

Enfin, le site web créé lors du lancement des concertations dans le cadre du Plan de santé bruxellois est toujours actif à l'adresse www.gezondheidsplansante.wordpress.com. Vous y trouverez tous les documents présentés et discutés à cette occasion, et nous y reprendrons le Plan de santé bruxellois une fois que celui-ci sera prêt à être présenté aux acteurs de terrain.

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

M. Alain Maron (Ecolo).- Sur le fond, on se réjouit des différentes annonces que vous venez de faire. Certaines d'entre elles avaient déjà été faites, mais il était utile de les résumer. Elles sont d'ailleurs dans la droite ligne de ce que nous soutenons.

Concernant les échéances, vous me parlez de cette année parlementaire. Cela signifie donc avant juillet 2017.

Tant mieux si le site internet est à nouveau

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

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College (in het Frans).- *Ik houd mij niet met de praktische kant van de zaak bezig. Het is mogelijk dat de website door een technisch probleem enkele dagen niet bereikbaar was. Het belangrijkste is dat hij nu weer werkt.*

De heer Alain Maron (Ecolo) (in het Frans).- *Inderdaad. Wordt over enkele maanden vervolgd.*

U zegt dat er geen intersectoraal, gestructureerd en georganiseerd overleg over het Brussels Plan voor de gezondheidszorg meer wordt gevoerd.

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College (in het Frans).- *We hebben het nodige overleg al gevoerd. Nu werk ik het plan uit en organiseer ik nog wat doelgericht overleg om bepaalde hypothesen te toetsen.*

De heer Alain Maron (Ecolo) (in het Frans).- *Gaat het om overleg per sector?*

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College (in het Frans).- *Per sector, per operator of per problematiek. Bepaalde hypothesen gaan verder dan één bepaald domein. Daarom nodig ik iedereen uit die tijdens de vergadering aan een bepaald debat heeft bijgedragen. Nu moeten de werkwijzen worden goedgekeurd. In dit stadium wil ik geen nieuw debat beginnen, want dan is het einde zoek.*

- Het incident is gesloten.

**MONDELINGE VRAAG VAN DE HEER
ABDALLAH KANFAOUI**

fonctionnel. Pendant longtemps, il ne l'a plus été, sans doute à cause d'un problème technique. L'important est que l'on puisse à nouveau y accéder facilement.

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

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Comme disait le général de Gaulle, je ne m'occupe pas de toute l'intendance. Il est possible qu'un problème technique soit survenu pendant quelques jours. L'essentiel est que le site soit à nouveau opérationnel.

M. Alain Maron (Ecolo).- Tout à fait. Rendez-vous donc dans quelques mois pour la suite des opérations.

Vous me dites qu'il n'y aurait plus de concertation intersectorielle, structurée et organisée au sujet du Plan de santé bruxellois.

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Nous avons mené l'ensemble des concertations. Aujourd'hui, nous en sommes au stade de la rédaction. Nous menons des interventions ciblées pour valider un certain nombre d'hypothèses avancées par les uns et les autres.

M. Alain Maron (Ecolo).- Voulez-vous dire des interventions secteur par secteur ?

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Par secteur, par opérateur ou encore par problématique. Certaines hypothèses sont transversales et c'est la raison pour laquelle nous interpellons celles et ceux qui, lors des réunions, ont porté certains débats. Nous sommes en train de valider des pistes. Il est évident que nous n'allons pas rouvrir les débats, sinon on n'en finira jamais.

- L'incident est clos.

**QUESTION ORALE DE M. ABDALLAH
KANFAOUI**

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

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 gebrek aan regelgeving van het medisch-sanitair vervoer in het Brussels Gewest".

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

De heer Kanfaoui heeft het woord.

De heer Abdallah Kanfaoui (MR) *(in het Frans).*- *Sinds het begin van de regeerperiode hebben wij u al meermaals geïnterpelleerd over het feit dat er in Brussel nog geen regelgeving voor het medisch-sanitair vervoer is. Na twee jaar regeringswerk zouden we ons toch aan enig resultaat mogen verwachten.*

Ik betwist niet dat dit een moeilijk dossier is, maar ik had graag gehoord hoe u de problemen wilt aanpakken. Het is uw doelstelling om dit dossier nog voor het einde van de regeerperiode af te ronden, maar dat betekent niet dat u overhaaste beslissingen moet nemen.

Welke vooruitgang hebt u ondertussen geboekt? Welke erkenningscriteria overweegt u voor de diensten?

Dit dossier vereist overleg met de andere gewesten. Hebt u hen gecontacteerd? Welke resultaten heeft dat overleg opgeleverd?

Hoe zit het met de kwalificaties van de personen die in die diensten werken? Welke vooruitgang hebt u op dat niveau geboekt?

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

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

concernant "l'absence de réglementation en matière de transport médico-sanitaire en Région bruxelloise".

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

La parole est à M. Kanfaoui.

M. Abdallah Kanfaoui (MR).- Le transport médico-sanitaire est un service important auquel une partie significative de la population a recours, que ce soit de manière régulière pour se rendre dans une institution de soins ou en fonction d'un besoin plus ponctuel.

Depuis le début de cette législature, la question de l'absence de réglementation pour organiser le transport médico-sanitaire en Région bruxelloise vous est régulièrement soumise. Après deux ans de travail, il serait raisonnable de voir aboutir ce dossier ou, en tout cas, de voir se positionner concrètement notre Région en la matière. Elle ne serait pas la première à le faire.

Vous évoquez invariablement les difficultés - certes réelles - que présente ce dossier, mais j'aimerais que nous envisagions la manière dont vous comptez les surmonter. Vous avez toujours affirmé que ce dossier atterrirait avant la fin de cette législature, mais il mérite que ce ne soit pas un atterrissage d'urgence. Pourriez-vous faire le point sur vos avancées en la matière ? Vers quels critères d'agrément de ces services vous dirigez-vous ?

Cette matière nécessite une coordination avec les

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

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College (in het Frans).- *Het verheugt mij dat ik u kan meedelen dat er gisteren een vakbond voor de Brusselse ambulanciers is opgericht die kan bijdragen aan de uitvoering van de regelgeving. Aangezien het om een zeer versnipperde sector gaat, is het een enorme stap voorwaarts dat wij erin geslaagd zijn het overleg te structureren.*

Het niet-dringende medische vervoer is inderdaad een van onze prioriteiten voor deze regeerperiode. Ik weet dat mijn voorgangers hetzelfde hebben gezegd, maar u kunt niet ontkennen dat dit een ingewikkeld dossier is. Wallonië en Vlaanderen hebben verschillende regelgevingen aangenomen en wij zitten helaas tussen beide gewesten in. Er vertrekken heel wat ziekenwagens vanuit Brussel naar de andere gewesten en er komen heel wat ziekenwagens vanuit de andere gewesten naar Brussel. Dat maakt de situatie bijzonder complex.

Tijdens de vorige regeerperiode keurde het Verenigd College een ontwerp van ordonnantie in eerste lezing goed, maar daar is het bij gebleven. Wij werken nu samen met de Franse Gemeenschapscommissie en de Vlaamse Gemeenschap om een gemeenschappelijke regelgeving voor de erkenningsvoorwaarden uit te werken en te vermijden dat er drie verschillende regelgevingen van toepassing zijn in Brussel. Een ander belangrijk punt zijn de tarieven, die zo transparant mogelijk moeten zijn.

Het Vlaamse protocolakkoord werd pas aan het begin van de zomer goedgekeurd en wordt op 1 januari 2017 van kracht.

deux autres Régions du pays. Quelles sollicitations ont-elles été faites de votre part en la matière ? Par exemple, quand ce point a-t-il fait l'objet d'un travail commun avec la Cocof ? Pouvez-vous nous en livrer les conclusions ?

Vous avez mis en avant, lors de votre dernière réponse sur le sujet, que ce dossier touche également à des questions liées à l'emploi et aux qualifications des personnes employées dans ce cadre. Quelles sont les avancées à ce niveau ?

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

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Je tiens tout d'abord à vous informer d'une avancée non négligeable : hier a été créée une chambre syndicale des ambulanciers bruxellois, qui pourra contribuer à l'implémentation de la réglementation. Comme il s'agit d'un secteur très écartelé, faire en sorte que chacun puisse se retrouver autour d'une table et de structurer les échanges est déjà un grand pas en avant.

Je vous remercie pour vos questions. La question du transport médico-sanitaire ou transport non urgent est en effet une problématique qui mérite toute notre attention et fait partie, au risque de me répéter, des priorités des cabinets en charge de la Santé pour cette législature. Soyons honnêtes : mes prédécesseurs l'ont déjà dit sous la précédente législature. Reconnaissons que le problème est complexe, du fait que tant la Wallonie que la Flandre ont avancé dans ce domaine, mais avec des réglementations qui ne sont pas similaires.

Hélas, nous nous situons à l'intersection des deux Régions. Des ambulances partent de Bruxelles vers l'extérieur et des ambulances venant de l'extérieur arrivent dans notre Région. Comme c'est souvent le cas à Bruxelles, la situation est complexe et s'apparente à un casse-tête chinois.

Pour rappel, un projet d'ordonnance est passé au Collège réuni de la Cocom en première lecture lors de la précédente législature, mais s'est arrêté là. Sur cette base, nous travaillons de concert avec la Cocof et la Communauté flamande pour élaborer une réglementation commune afférente aux conditions d'agrément des services de

Wij wilden eerst de inhoud ervan kennen alvorens verder te gaan met onze eigen regelgeving. Wij beschikken nu over de regelgeving van beide gewesten en zullen trachten een synthese te maken.

Het Vlaamse protocolakkoord heeft voornamelijk betrekking op de kwaliteitsnormen voor het niet-dringende medische vervoer, met name op het vlak van veiligheid en duurzaamheid. Op basis van dat akkoord zal de bevoegde Vlaamse minister een decreet opstellen met de minimale kwaliteits- en kwalificatienormen waaraan de ambulance-diensten moeten voldoen en de werkingsregels die ze moeten naleven om erkend te worden.

In de Vlaamse tekst wordt minder aandacht besteed aan de tarieven dan aan de zichtbaarheid en de kwaliteit van de dienstverlening. Wij zullen daarover binnenkort een ontmoeting hebben.

Een ander nieuw element waarmee we rekening moeten houden is de interkabinettenwerkgroep die de federale overheid na de aanslagen heeft opgericht om de regelgevingen rond het ambulancevervoer beter op elkaar af te stemmen.

Dit dossier is een ingewikkeld juridisch kluwen. Wij zijn verplicht om met de federale overheid en de andere gewesten samen te werken. Heel wat ambulances uit Vlaanderen en Wallonië rijden tot in Brussel om patiënten af te zetten of op te halen. Wij hebben tijd nodig om dit probleem te regelen, maar het blijft onze ambitie om nog voor het einde van de regeerperiode te landen.

Wij zullen de sector raadplegen zodra wij een tekst hebben en de andere overheden hebben ontmoet.

transports médico-sanitaires. Il serait en effet bien possible, ô surprise, que nous soyons confrontés à trois réglementations différentes à Bruxelles.

Dans mon chef, il y a une volonté de mettre en place un cadre juridique identique. Nous devons également encore analyser certains points, comme l'importante question des tarifs. Il est certain qu'à ce stade, nous trouvons essentiel d'aller vers une plus grande transparence des tarifs.

Il est important, dans le travail sur cette réglementation commune, de faire un exercice comparatif et d'intégration avec la réglementation wallonne et le protocole flamand, qui a été conclu au début de l'été entre les partenaires concernés. Ce protocole constitue évidemment un élément important de notre réflexion.

Il entrera en vigueur au 1^{er} janvier 2017. Il nous semblait en effet important de pouvoir disposer de ce texte avant d'aller plus loin dans la rédaction de notre propre réglementation. Nous disposons maintenant des deux réglementations et nous allons essayer d'en faire la synthèse.

Le protocole flamand vise principalement les normes de qualité pour le transport médico-sanitaire non urgent, notamment en matière de sécurité et de durabilité. Sur cette base, le ministre compétent s'est engagé à réfléchir à la rédaction d'un décret. Comme en Wallonie, ce décret visera des services d'ambulance agréés, répondant à des normes minimales de qualité et de qualification, ainsi qu'à des normes en matière de modalités de fonctionnement.

À noter que la Flandre aborde moins - c'est un euphémisme - la question de la fixation des tarifs que celle de la visibilité et de la qualité des services. Nous allons très prochainement rencontrer la Flandre dans ce cadre et tenter de faire la jointure dans le domaine des normes de qualité.

Un autre élément nouveau dont nous devons tenir compte est la mise en place au niveau fédéral, à la suite des attentats, d'un intercabine chargé d'articuler les diverses réglementations en vigueur et en construction en matière de transports en ambulance. Ce travail aura également un impact sur notre cadre juridique en construction en

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

De heer Abdallah Kanfaoui (MR) (*in het Frans*).- *Ik betreur dat u ons geen precies tijdschema kunt meedelen, maar ik begrijp dat dit een bijzonder ingewikkeld dossier is. Misschien zal de nieuwe vakbond de discussies vergemakkelijken. Is dat een nationale of een gewestelijke vakbond?*

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College (*in het Frans*).- *Een regionale.*

- Het incident is gesloten.

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,

matière de transport non urgent.

Comme vous l'avez bien souligné, ce dossier est complexe sur le plan juridique et nous oblige à travailler de concert avec toutes les entités fédérale et fédérées. N'oublions pas, en effet, que de nombreux transporteurs issus de Flandre et de Wallonie circulent sur le territoire de notre Région pour y déposer ou y reprendre des patients. Nous avons besoin de temps pour mener à bien ce projet, même si notre ambition est de régler ce dossier durant la présente législature.

Soyez assuré du fait que, dès que nous aurons une proposition de texte, et après rencontres avec les différentes entités fédérées, nous aurons à cœur de nous concerter avec le secteur du transport médico-sanitaire non urgent.

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

M. Abdallah Kanfaoui (MR).- Vous ne pouvez donc pas nous communiquer aujourd'hui un échéancier précis. J'ai bien entendu qu'il s'agit d'une matière très complexe. J'ai bien entendu également la nouvelle de la création de la chambre syndicale, laquelle facilitera peut-être les discussions. Nous verrons.

S'agit-il d'une chambre syndicale nationale ou régionale ?

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Régionale.

- L'incident est clos.

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,

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,

AAN DE HEER PASCAL SMET, LID VAN HET VERENIGD COLLEGE, BEVOEGD VOOR HET BELEID INZAKE BIJSTAND AAN PERSONEN, HET GEZINSBELEID EN DE FILMKEURING,

EN AAN MEVROUW CÉLINE FREMAULT, LID VAN HET VERENIGD COLLEGE, BEVOEGD VOOR HET BELEID INZAKE BIJSTAND AAN PERSONEN, HET GEZINSBELEID EN DE FILMKEURING,

betreffende "de oprichting van centra voor de opvang van slachtoffers van seksuele agressie".

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).- *Volgens cijfers van de federale gerechtelijke politie werden er in 2014 in België 2.882 verkrachtingen geregistreerd, wat neerkomt op een achtstal per dag. Slechts 7,2% van de seksuele delicten wordt gemeld, wat betekent dat er elk jaar meer dan 40.000 verkrachtingen gebeuren. De slachtoffers die toch aangifte doen, voelen zich vaak onbegrepen en onveilig. Soms hebben ze zelfs de indruk dat een aangifte de situatie er nog erger op maakt.*

In oktober 2015 kondigde staatssecretaris van Gelijke Kansen Sleurs aan dat er centra voor slachtoffers van seksuele agressie zouden komen. Ze zouden verbonden zijn aan ziekenhuizen en verscheidene andere diensten. Een maand na het voorval zouden de slachtoffers een test kunnen afleggen om te bepalen of er sprake is van posttraumatische stresssyndromen.

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,

À M. PASCAL SMET, MEMBRE DU COLLÈGE RÉUNI, COMPÉTENT POUR LA POLITIQUE D'AIDE AUX PERSONNES, LES PRESTATIONS FAMILIALES ET LE CONTRÔLE DES FILMS,

ET À MME CÉLINE FREMAULT, MEMBRE DU COLLÈGE RÉUNI, COMPÉTENTE POUR LA POLITIQUE D'AIDE AUX PERSONNES, LES PRESTATIONS FAMILIALES ET LE CONTRÔLE DES FILMS,

concernant "la création de centres d'accueil pour les victimes d'agression sexuelle".

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)- Selon les chiffres de la Police judiciaire fédérale, 2.882 viols ont été enregistrés en Belgique en 2014, soit près de huit viols par jour. Sachant que seulement 7,2% des infractions sexuelles sont déclarées à la police, cela nous mène à des chiffres effrayants : plus de 40.000 viols chaque année et près de 110 viols chaque jour. Parmi les victimes ayant entrepris des démarches à la suite de leur agression, nombreuses ont eu le sentiment d'avoir été seules, incomprises, en insécurité. Certaines ont même ressenti leur situation s'empirer.

En octobre 2015, la secrétaire d'État à l'Égalité des chances, Mme Elke Sleurs, a annoncé que des centres d'accueil pour les victimes d'agressions sexuelles ouvriraient leurs portes, et que ces structures seraient liées à un hôpital et à différents services (paramédicaux, psychologiques, policiers et judiciaires). Un mois après l'agression, les victimes pourraient passer un test pour des

Op 23 september 2016 verscheen er op de website van de staatssecretaris voor Gelijke Kansen een artikel over een project voor centra die begeleiding aanbieden aan slachtoffers van seksuele agressie. Gedurende een proefperiode komen er drie centra in ziekenhuizen in Wallonië, Brussel en Vlaanderen. Als het project succesvol blijkt, kunnen nog andere centra volgen. Aan het proefproject ging een studie vooraf. Kent u de resultaten daarvan?

Hebt u al contact gehad met mevrouw Sleurs over het Brusselse proefproject? Bent u betrokken bij de uitwerking ervan? Over welk ziekenhuis hebben we het? Wat waren de keuzecriteria? Wanneer moet het centrum klaar zijn? Hoe zal het werken? Met welk personeel? Hoeveel slachtoffers kunnen er terecht? Hoe lang loopt de proefperiode?

Welke initiatieven neemt het gewest, los van die centra, om slachtoffers van seksueel geweld te steunen?

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

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College (in het Frans).- *In oktober 2015 beantwoordde ik een interpellatie van de heer du Bus na de aankondiging van staatssecretaris voor Gelijke Kansen Sleurs over opvangcentra voor slachtoffers van seksueel geweld.*

De federale overheid deelde ons mee dat de centra aan een ziekenhuis zullen worden verbonden en een beroep kunnen doen op (para-)medische, psychologische, politionele en juridische diensten. Volgens wat de staatssecretaris destijds zei, verkeerde het project nog maar in de fase van de

syndromes de stress post-traumatique.

Le 23 septembre 2016, un article annonçant la mise en œuvre d'un projet d'accueil pour les victimes d'agressions sexuelles a été publié sur le site de la secrétaire d'État à l'Égalité des chances. Trois centres seront installés durant une période de test dans des hôpitaux en Wallonie, à Bruxelles et en Flandre. Si l'initiative s'avère un succès, d'autres centres pourront être mis sur pied. C'est un premier pas pour faire évoluer cette problématique et apporter une aide concertée aux victimes de viols.

La mise en œuvre de ce projet pilote a été précédée par la réalisation d'une étude. En connaissez-vous les résultats ? Dans l'affirmative, pourriez-vous nous en dire plus à ce sujet ?

Avez-vous déjà eu des contacts avec Mme Elke Sleurs concernant ce projet pilote à Bruxelles ? Êtes-vous ou serez-vous impliqué dans l'élaboration et la mise en œuvre de ce projet ?

Pourriez-vous nous donner plus d'informations concernant ce projet : choix de l'hôpital, critères de ce choix, agenda de la mise en œuvre, fonctionnement, personnel, capacité d'accueil, durée de la période de test, etc. ?

De nouvelles initiatives pour soutenir les victimes d'agressions sexuelles ont-elles été prises ou sont-elles prévues dans notre Région, en dehors de ces centres ?

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

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- En octobre 2015, à la suite de l'annonce de Mme la secrétaire d'État à l'Égalité des chances Elke Sleurs que des centres d'accueil pour les victimes d'agressions sexuelles ouvriraient bientôt leurs portes, j'avais répondu à l'interpellation de M. du Bus.

Le niveau fédéral nous avait communiqué que les structures seraient liées à un hôpital et à différents services : (para-)médicaux, psychologiques, policiers et judiciaires.

haalbaarheidsstudie, die tegen augustus 2016 zou zijn afgerond. De volgende stap zou een proefproject met drie centra zijn.

Naar aanleiding van nieuwe uitspraken van de staatssecretaris op 23 september kregen we te horen dat:

- de haalbaarheidsstudie bijna was afgerond;*
- er inderdaad een proefproject zou komen in Brussel;*
- de drie proefprojecten in 2017 van start zouden gaan.*

Ik kan u dus nog niet meer vertellen, maar zal zeker kennisnemen van de studie zodra die beschikbaar is.

Dat betekent niet dat er in Brussel nog geen opvangprocedures bestaan voor slachtoffers van seksueel geweld.

In 1989 voerde België de seksuele agressieset (SAS) in. Die kit moet bijdragen tot het correcte verloop van het gerechtelijk onderzoek na de aangifte van een seksueel misdrijf.

Het gebruik van de SAS werd in de eerste plaats geformaliseerd in een omzendbrief van de procureurs-generaal van 3 augustus 1992 en later door de ministeriële richtlijn van 15 december 1998.

Naar aanleiding van de aanvulling van de SAS-voorraad en de wetswijzigingen die er sindsdien zijn geweest, heeft een werkgroep met wetsgeneesheren en vertegenwoordigers van diverse laboratoria de minister van Justitie een aantal aanbevelingen gedaan om de kit en de procedure te verbeteren en meer aandacht aan slachtoffers te schenken.

Dat leidde tot de ministeriële richtlijn van 15 september 2005, die preciseert dat de vaststellingen door een wetsgeneesheer met perfecte kennis van de SAS moet gebeuren of door een arts van een ziekenhuis waarmee de procureur des Konings een samenwerkingsakkoord heeft gesloten. Elke procureur des Konings houdt een lijst bij van artsen en ziekenhuizen die slachtoffers

Toutefois, selon les déclarations de la secrétaire d'État il y a donc un an, le projet n'en était encore qu'au stade d'une étude de faisabilité dont les résultats devaient être connus en août 2016. L'étape suivante était la mise en place de trois centres dans le cadre d'un projet pilote.

Faisant suite à la nouvelle déclaration de Mme la secrétaire d'État, le 23 septembre dernier, nous avons contacté son cabinet et il nous a été répondu que :

- l'étude de faisabilité était toujours en cours et se terminerait prochainement ;
- un projet pilote serait en effet installé à Bruxelles ;
- les trois projets pilotes - à Bruxelles, en Flandre et en Wallonie - débuteraient en 2017.

Je ne peux donc vous en dire plus à ce stade, mais je serai attentif à ce dossier et prendrai connaissance de l'étude dès que cela sera possible.

Cependant, il existe déjà des procédures mises en place à Bruxelles pour la prise en charge des victimes d'agressions sexuelles.

Suite à l'entrée en vigueur de la loi du 4 juillet 1989 relative au viol, la Belgique a adopté le "set d'agression sexuelle". S'inspirant du Sexual Assault Examination Kit canadien, ce kit appelé communément "SAS", a été élaboré par la gendarmerie et, depuis 1999, par l'Institut national de criminalistique et de criminologie (INCC). Il s'agit d'un outil visant à assurer le bon développement de l'enquête judiciaire en cas de déclaration d'un délit sexuel.

L'utilisation du SAS a d'abord été formalisée par la circulaire des procureurs généraux du 3 août 1992, et ensuite par la directive ministérielle du 15 décembre 1998.

À l'occasion de la reconstitution du stock de SAS et des modifications législatives intervenues entre-temps, un groupe technique composé de médecins légistes et de représentants des divers laboratoires d'analyses scientifiques a remis au ministre de la Justice un ensemble de recommandations afin d'améliorer le kit et la procédure, et d'accorder

van seksueel geweld kunnen onderzoeken.

Hoe wordt de kit in de praktijk gebruikt? Na de indiening van de klacht en de goedkeuring van de procureur kan er een forensisch onderzoek worden uitgevoerd. Het slachtoffer moet daarvoor naar de spoedafdeling van een ziekenhuis.

In Brussel kunnen zeven ziekenhuizen een dergelijk onderzoek uitvoeren: Brugmann, Erasmus, Sint-Elizabeth, Sint-Lucas, Sint-Pieter en UZ Brussel.

Er bestaat een protocolakkoord over het gebruik van de SAS tussen die ziekenhuizen, de gerechtelijke politie en het parket. Andere ziekenhuizen hebben hun eigen protocol. In dergelijke gevallen neemt het ziekenhuis contact op met de politie om een klacht in te dienen.

Als de spoedafdeling geen SAS heeft, brengt het ziekenhuis het slachtoffer over naar het UMC Sint-Pieter.

De SAS is een box die een dossiernummer heeft en het nodige bevat voor genummerde stalen van de kledij, de mond, de geslachtsdelen en de haren.

De medische verzorging van een verkrachttings-slachtoffer beperkt zich niet tot forensisch onderzoek. Seksueel geweld heeft immers verregaande gevolgen voor de lichamelijke en geestelijke gezondheid van het slachtoffer. Naast lichamelijke trauma's is er ook een verhoogd risico voor de seksuele gezondheid, dat nog jaren later de kop kan opsteken. Daarom moeten slachtoffers in de uren na de agressie naar het ziekenhuis voor verzorging en staalafnames.

In Brussel is het Sint-Pieterziekenhuis het expertisecentrum voor de opvang van slachtoffers van seksueel geweld. Dankzij het protocol worden de bewijzen veel efficiënter verzameld en krijgen de slachtoffers betere zorgen.

Volgens experts kan de medische en psychologische verzorging nog beter door de oprichting van referentiecentra, die standaardopvang aanbieden en waar slachtoffers terecht kunnen bij speciaal opgeleid personeel.

U ziet dat we grotendeels afhangen van de

ainsi une plus grande attention à la victime.

De cette évaluation a résulté la directive ministérielle relative au SAS du 15 septembre 2005.

La directive souligne l'importance que les constatations médicales soient réalisées par un médecin ayant une parfaite connaissance du SAS. Elle précise que le médecin requis sera soit un médecin légiste, soit un médecin d'un service hospitalier avec lequel le procureur du Roi a conclu un accord de coopération. Chaque procureur du Roi établit et met à jour la liste des médecins ou services hospitaliers susceptibles d'être requis pour procéder à l'examen des victimes d'agressions sexuelles. Le procureur du Roi communique au procureur général du ressort cette liste des médecins ou services hospitaliers et une copie des protocoles de coopération. En février 2014 a été publié un rapport examinant le respect de cette directive et donc analysant l'utilisation du SAS. Ce rapport a été rédigé à la demande du Collège des procureurs généraux sous la direction du Parquet général de Liège. Ce rapport émet une série de recommandations pour améliorer l'utilisation du SAS.

Comment ce kit est-il utilisé en pratique ? Après avoir porté plainte et obtenu du procureur l'autorisation de procéder à un examen médico-légal prenant la forme du SAS, la victime est accueillie aux urgences d'un hôpital afin de réaliser cet examen et de recevoir les soins nécessaires.

Cet examen médico-légal est pratiqué dans sept hôpitaux sur le territoire bruxellois. Depuis 1992, c'est uniquement dans l'un de ces sept hôpitaux que les policiers amènent les victimes de violences sexuelles : Brugmann, Érasme, Sainte-Élisabeth, Saint-Jean, Saint-Luc, Saint-Pierre et l'UZ Brussel.

Il existe un protocole d'accord entre ces hôpitaux, la police judiciaire et le Parquet concernant l'utilisation du SAS. Les autres hôpitaux ont leur propre protocole de prise en charge aux urgences lorsqu'une victime se présente. Dans ce cas, c'est l'hôpital qui contacte la police pour le dépôt de plainte.

federale richtlijnen. Daarom kijken we uit naar nieuws over mevrouw Sleurs' project.

Lorsque qu'au sein d'une institution, le service d'urgence n'a pas le kit SAS, cet hôpital transfère la victime vers le CHU Saint-Pierre.

Le SAS se présente sous la forme d'une boîte contenant un dossier et des prélèvements numérotés : vêtements, analyses buccales et gynécologiques, cheveux. C'est l'instrument médical qui permet de récolter les preuves de l'agression sexuelle.

Cependant, la prise en charge médicale d'une victime de viol ne se limite pas à l'examen médico-légal. Comme le souligne l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dans son rapport mondial sur la violence et la santé, "la violence sexuelle a de profondes répercussions sur la santé physique et mentale de la victime. Outre les traumatismes physiques, elle est associée à un risque accru de nombreux problèmes de santé sexuelle, dont les conséquences se font sentir immédiatement, mais aussi des années après l'agression. "Il est donc fondamental qu'une victime se rende dans un centre hospitalier dans les heures suivant son agression et bénéficie d'une prise en charge optimale couvrant la totalité de ses besoins médicaux".

À Bruxelles, l'hôpital Saint-Pierre est reconnu comme expert en matière d'accueil des victimes de violences sexuelles. Il a développé un protocole de prise en charge des victimes de viols. L'utilisation de ce protocole, qui est un ensemble de règles et d'étapes à suivre dans la prise en charge médicale, améliore significativement la collecte de preuves et garantit une certaine qualité du traitement médical et psychologique.

Selon les experts, la prise en charge médicale et psychologique pourrait être améliorée par la mise en place de centres de référence pouvant être extra-hospitaliers. Ces centres, qui permettraient une prise en charge standardisée, garantiraient également aux victimes d'être accueillies par un personnel compétent formé aux cas de viols.

Comme vous pouvez le voir, nous dépendons beaucoup des directives fédérales en ces matières. Nous attendons donc des nouvelles du projet de Mme Sleurs.

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

De heer Zahoor Ellahi Manzoor (PS) (*in het Frans*).- *We zijn benieuwd naar de resultaten van de studie.*

Het zou goed zijn mochten de zeven ziekenhuizen die de primaire analyse uitvoeren, ook psychologische en andere bijstand kunnen bieden. Blijkbaar doet tot nu toe alleen Sint-Pieter dat. Anders hoort in de informatie duidelijk te worden gemaakt dat alleen Sint-Pieter de volledige opvang voor zijn rekening kan nemen.

- Het incident is gesloten.

**MONDELINGE VRAAG VAN DE HEER
ANDRÉ DU BUS DE WARNAFFE**

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

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

betreffende "de uitvoering van het preventieplan in de strijd tegen diabetes en prediabetes".

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

De heer du Bus de Warnaffe heeft het woord.

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

M. Zahoor Ellahi Manzoor (PS).- Nous attendrons dès lors la fin de l'étude pour savoir ce qu'il en ressort.

Il serait intéressant que les sept hôpitaux concernés par l'analyse primaire de l'agression sexuelle puissent également prendre en charge l'aspect psychologique et les différents aspects de cette agression, puisque vous indiquez que seul l'hôpital Saint-Pierre le fait pour l'instant. À défaut, il conviendrait à tout le moins d'informer la population que l'hôpital Saint-Pierre est actuellement le seul à assurer une prise en charge complète.

- L'incident est clos.

**QUESTION ORALE DE M. ANDRÉ DU BUS
DE WARNAFFE**

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

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

concernant "la mise en œuvre d'un plan de prévention de lutte contre le diabète et le pré-diabète".

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

La parole est à M. du Bus de Warnaffe.

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH) (in het Frans).- *Diabetes is sterk in opmars: België zag in vier jaar tijd het aantal diabetespatiënten met 8% stijgen. Daarnaast lijden 400.000 Belgen aan prediabetes. Bij een ongewijzigde levensstijl zal het aantal diabetici tegen 2030 wereldwijd verdubbelen. Die alarmerende cijfers moeten de overheid tot actie aanzetten. Ze moet luisteren naar de gezondheidssector en de betrokken verenigingen, die al jaren vragende partij zijn voor een nationaal diabetesregister en een diabetesplan.*

De federale regering is nooit op die vraag ingegaan, ook al kreeg ze die herhaaldelijk voorgelegd. Het nationale diabetesplan moet op de agenda van de volgende interministeriële conferentie (IMC) Volksgezondheid komen.

Vindt u een nationaal diabetesplan een goed idee? Nam u contact op met de Association belge du diabète (ABD)? Is de vraag naar een nationaal plan nog actueel? Kent u het standpunt van de ABD en de rest van de gezondheidssector? Kunt u ervoor zorgen dat de vragen van de sector op de agenda van de IMC Volksgezondheid geplaatst worden?

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

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College (in het Frans).- *Uw vraag valt grotendeels onder preventie en dus onder de bevoegdheid van mevrouw Jodogne.*

M. André du Bus de Warnaffe (cdH).- Nous avons abordé plusieurs fois ce sujet, mais je voudrais clarifier à la fois la position du Collège réuni et celle de l'Association belge du diabète (ABD) à propos de la mise sur pied d'un plan national de lutte contre le diabète.

La problématique du diabète et du pré-diabète n'a pas fini de faire parler d'elle. En effet, au début du mois d'août 2016, nous pouvions encore lire dans la presse des articles exposant la montée fulgurante du diabète au sein de notre population : 8% de patients en plus en quatre ans. Le pré-diabète touche actuellement 400.000 personnes en Belgique. À situation et mode de vie inchangés, les diabétiques auront doublé dans le monde en 2030. Face à ces chiffres alarmants, nous ne pouvons rester inactifs. Il est grand temps d'écouter le secteur concerné et le monde associatif, dont l'ABD, qui réclament depuis des années un registre national du diabète, ainsi qu'un plan national de lutte contre le diabète.

Je suis bien conscient qu'il s'agit d'une demande à laquelle les responsables politiques au niveau fédéral, qui ne partagent pas cette préoccupation, n'ont jamais souscrit. Ce n'est pas faute de les avoir interpellés. Mettre à l'ordre du jour lors d'une prochaine conférence interministérielle (CIM) de la santé publique la question de l'adoption d'un plan national de lutte contre le diabète s'avère néanmoins nécessaire.

Que pensez-vous de la mise en place d'un plan national de lutte contre le diabète ? Quelle est votre position à ce sujet ? Avez-vous contacté l'ABD ? Avez-vous vérifié si la demande d'un plan national est toujours d'actualité ? Connaissez-vous la position de l'ABD et du reste du secteur à ce sujet ? Pouvez-vous nous éclairer ? Dans quelle mesure, dans le cadre d'une CIM de la santé publique, pouvez-vous relayer les demandes des professionnels ?

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

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Tout d'abord, l'essentiel de cette compétence relève du niveau communautaire et de ma collègue Mme Jodogne, puisque nous nous inscrivons dans le cadre de la politique de prévention.

Het aantal diabetespatiënten neemt inderdaad toe. De belangrijkste Brusselse criteria zijn leeftijd en sociaal-economische achtergrond. Armen lijden vaker aan overgewicht omdat ze niet gevarieerd genoeg eten en minder bewegen.

De Association belge du diabète (ABD) bezorgt de verschillende beleidsniveaus de nodige informatie. Hoewel de vereniging betreurt dat België geen nationaal diabetesplan heeft, benadrukt ze dat ons land kwaliteitsvolle zorg biedt ten behoeve van diabetici, zeker op medisch vlak.

Belgische diabetici kunnen gratis insuline krijgen. Bovendien worden hun bezoeken aan de diëtist en de podoloog onder bepaalde voorwaarden terugbetaald. Dankzij diabetesconventies kunnen patiënten gratis materiaal voor glycemiezelfcontrole en gratis therapeutische begeleiding krijgen, wat cruciaal is voor het beheersen van hun ziekte. Ten slotte zorgen zorgtrajecten voor diabetes type 2 ervoor dat een nieuwe groep diabetici slechts een forfaitair bedrag moet betalen voor het materiaal voor zelfcontrole en gratis medische zorg kan krijgen.

In het kader van de federale gids "Geïntegreerde zorg voor chronisch zieken" komt er mogelijk een geïntegreerde aanpak van diabetes. Daarbij wordt vooral gestreefd naar een geïntegreerde aanpak op het niveau van de patiënt. Diabetes is een van de ziektebeelden waarop de ingediende projecten voor chronische zorg zijn gericht. Het einddoel van die projecten is een verbetering van het welzijn van de patiënten en kwalitatieve zorg door een samenwerking van de zorgverleners die de patiënt omringen.

De preventie van diabetes kwam ook aan bod tijdens het overleg over het Brussels Plan voor de gezondheidszorg. Er werd een werkgroep rond preventie opgericht waaraan de Franse Gemeenschapscommissie (Cocof), de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC) en de Vlaamse Gemeenschap deelnemen. Mevrouw Jodogne zit die werkgroep voor.

We werkten een aantal programma's uit om de bevolking te stimuleren om gezonder te eten en meer te bewegen.

De Cocof werkt ook aan een plan dat gezonde

Néanmoins, je confirme les données chiffrées communiquées par la presse, qui montrent une augmentation des cas de diabète. Par ailleurs, on observe à Bruxelles une plus forte prévalence en fonction de l'âge et du niveau socio-économique. Par exemple, dans la classe d'âge des 65-74 ans bénéficiant de l'intervention majorée, on observe 269 cas pour 1.000 habitants. Si on analyse ces données par commune, on observe que les communes les plus précarisées ont une prévalence plus importante. Celle-ci varie entre 38,52 cas et 63,38 cas pour 1.000 habitants. Cet écart serait dû à une plus grande prévalence de l'obésité chez les patients défavorisés, elle-même liée à une alimentation plus déséquilibrée et à une moindre activité physique.

L'Association belge du diabète nous envoie des informations pour nous sensibiliser à ce problème et, bien qu'elle regrette l'absence actuelle d'un plan de lutte contre le diabète, elle souligne que les structures de soins liées au diabète sont de qualité dans notre pays, notamment sur le plan médical, où les personnes diabétiques bénéficient de la gratuité de l'insuline et de la grande majorité des médicaments antidiabétiques oraux, mais aussi via le passeport du diabète. Sous certaines conditions, les patients peuvent également bénéficier du remboursement de consultations de diététique et de podologie.

Grâce aux conventions d'autocontrôle, les patients bénéficient par ailleurs de la gratuité du matériel d'autocontrôle sanguin et ont accès à une éducation thérapeutique cruciale dans la gestion de leur diabète. Enfin, via les trajets de soins du diabète de type 2, une nouvelle catégorie de personnes diabétiques bénéficie, elle aussi, d'une prise en charge forfaitaire du matériel d'autocontrôle et de la gratuité des soins médicaux.

Une approche intégrée de cette problématique est prise en considération dans le cadre du Plan "soins intégrés en faveur des malades chroniques". La vision défendue dans le cadre de ce plan vise une amélioration de la santé de la population par la mise en œuvre d'une intervention intégrée autour du patient. Au stade actuel, nous vous confirmons que la problématique du diabète fait partie des pathologies ciblées par les projets participant à ce plan. L'objectif final de ces projets est de

gewoontes promoot. Het moet klaar zijn in de loop van 2017.

Sinds juni is de werkgroep van de IMC bezig met de coördinatie van zowel federale als gewestelijke initiatieven op het vlak van voeding. Daarnaast komen een gezonde levenswijze en diabetespreventie ook ruimschoots aan bod in de gezondheidsprogramma's die de gemeenschappen in verscheidene gemeenten uitbouwen.

We moeten bijzondere aandacht besteden aan de vroegtijdige opsporing van diabetes om zware gevolgen te voorkomen. Bij toekomstige initiatieven zullen we ons in eerste instantie tot risicogroepen richten en meer bepaald tot kwetsbare patiënten die minder vatbaar zijn voor preventie- en gezondheidscommunicatie.

Het Verenigd College heeft nog geen beslissing genomen over de organisatie van specifieke bewustmakings- en preventiecampagnes. De Franse en Vlaamse Gemeenschapscommissie besteden wel al veel aandacht aan de promotie van een gezonde levenswijze.

In het Brussels Gewest zijn er diabetestrajecten opgezet, die gecoördineerd worden door het Brussels lokaal multidisciplinair netwerk (LMN) dat van de GGC afhangt. Dat LMN heeft als doel chronische ziekten proactief en globaal aan te pakken om complicaties te beperken.

De LMN's van de GGC en de VGC verstrekken samen zorgtrajecten voor diabetes type 2, die door het RIZIV georganiseerd worden. Samen met huisartsen geven de LMN's dieetadvies aan de patiënten en houden ze hun dossier bij.

De LMN van de GGC begeleidt zo'n 3.000 diabetespatiënten. We zien dat de Brusselse cijfers proportioneel lager liggen dan de Waalse en Vlaamse cijfers. Dat valt onder andere te verklaren door de grotere kansarmoede in Brussel, die maakt dat mensen minder snel naar de huisarts gaan.

Over het algemeen zien we dat de bewustmaking van mensen die in de zorgsector werken, voortgezet moet worden. Velen vinden de huidige organisatie van de zorgtrajecten omslachtig.

permettre un mieux-être pour ces patients et une meilleure qualité de soins et ce, par le travail en réseau des prestataires autour du patient.

La prévention de cette pathologie est prise en considération dans le cadre des concertations que nous menons pour l'élaboration du Plan de santé bruxellois (PSB). Nous avons mis en place un groupe de travail sur la prévention, auquel participent la Cocof, la Cocom et la Communauté flamande. Ce groupe de travail est présidé par Mme Jodogne.

Étant donné que le diabète et le prédiabète sont liés à des facteurs tels que le surpoids, l'obésité ou encore le manque d'activité physique, nous avons pour objectif de soutenir la population dans l'adoption de choix éclairés en matière d'alimentation et de mode de vie moins sédentaire. Plusieurs programmes sont développés en ce sens, tant du côté de la Cocof que de la Communauté flamande. À titre d'exemple, la campagne "Manger-bouger", menée par l'asbl Question santé, qui délivre des informations sur la nutrition, propose des outils et des conseils pour manger mieux et bouger plus, ainsi que de nombreuses recettes.

Dans le cadre du décret de promotion de la santé, la Cocof élabore également un plan sur les attitudes saines, qui permettra d'identifier les interventions à mener dans ce domaine selon une approche intersectorielle. L'échéance de ce plan est prévue dans le courant de 2017.

Depuis le mois de juin, un groupe de travail de la CIM a été mis en place pour coordonner les actions en matière de nutrition, tant au niveau fédéral que dans les entités fédérées. Les attitudes saines et la prévention du diabète constituent aussi l'un des thèmes largement abordés dans le cadre des programmes de santé communautaires développés dans plusieurs communes : Forest quartiers santé, Entr'Aide des Marolles, asbl Les Pissenlits à Anderlecht, Réseau santé diabète dans les Marolles, ou encore dans les projets de santé communautaire des maisons médicales.

Il nous appartiendra d'être particulièrement attentifs à la détection précoce de ce type d'affection, afin d'éviter les conséquences importantes qu'engendre ce type de maladie à

Voorts is het belangrijk dat huisartsen de follow-up van diabetespatiënten en de behandeling van de ziekte opnieuw naar zich toetrekken. Nu ligt die taak te veel bij de ziekenhuizen.

Het Brussels LMN pleit voor meer samenwerking. Het had onlangs een ontmoeting met de ziekenhuizen die een diabetesconventie met het RIZIV sloten en plant ook een aantal overleg- en informatiemomenten.

long terme, pour la qualité de vie du patient, mais également pour la santé financière de notre système de sécurité sociale. Nous aurons à cœur de cibler en priorité les populations à risque dans nos futures actions, et en particulier les patients plus vulnérables qui ont moins de ressources dans l'appropriation des messages de prévention et de promotion de la santé.

À noter qu'à ce stade, le Collège réuni n'a pas pris de décision concernant l'organisation de campagnes de sensibilisation et d'actions spécifiques en matière de prévention. Comme je l'ai souligné, la Cocof et la Vlaamse Gemeenschapscommissie (VGC) prêtent en effet une attention particulière au volet de la promotion des attitudes saines.

Une intervention liée au diabète en Région bruxelloise tient aux trajets diabète, coordonnés par le réseau multidisciplinaire local bruxellois (RML). Dans le cadre des transferts de compétences prévus par la sixième réforme de l'État, Bruxelles hérite de l'organisation et du financement des RML. Il existe deux réseaux à Bruxelles : le réseau multidisciplinaire local Bruxelles (Cocom) et le "lokaal multidisciplinair netwerk" (VGC).

Le RML a pour objectif de promouvoir une gestion proactive et globale des maladies chroniques, afin d'éviter ou d'en limiter les complications. Dans ce cadre, les deux réseaux bruxellois collaborent à l'exécution et au suivi des trajets de soins en diabète de type 2, organisés par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (Inami). En collaboration avec les médecins généralistes, ils reçoivent les patients, à qui ils dispensent des conseils, notamment en matière de diététique et d'hygiène alimentaire, et se chargent du suivi de leur dossier.

À titre d'information, le RML de Bruxelles financé par la Cocom a, à ce jour, accompagné un peu plus de 3.000 patients diabétiques. On observe que les chiffres bruxellois sont proportionnellement inférieurs aux données wallonnes et flamandes. Un élément d'explication serait un niveau de précarité plus important à Bruxelles et un recours moindre au médecin généraliste.

De manière générale, on observe que le travail de

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

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH) (*in het Frans*).- *Ik maak me meer zorgen over de preventie dan over de therapeutische benadering van diabetes.*

Dat u hier het preventiebeleid van de Franse en Vlaamse Gemeenschapscommissie bespreekt, bewijst dat de materie onder meerdere beleidsniveaus valt en dat er een gemeenschappelijke visie nagestreefd wordt. Dat is uitstekend nieuws.

De ABD luidt echter de alarmbel over de stijging van het aantal diabetespatiënten. We moeten dus nog meer op preventie inzetten.

- Het incident is gesloten.

sensibilisation doit se poursuivre au niveau des professionnels. Nombreux sont ceux qui estiment que l'organisation actuelle des trajets de soins est relativement lourde à mettre à œuvre. Par ailleurs, les médecins généralistes doivent se réapproprier le suivi de la patientèle diabétique et l'éventail des traitements (oraux et injectables), travail qui se fait depuis des années dans le cadre hospitalier.

Le RML de Bruxelles travaille à lever ces différents freins et à faciliter les pratiques collaboratives. Il a par exemple récemment été à la rencontre de l'ensemble des centres hospitaliers ayant une convention diabète avec l'Inami et a planifié des actions de suivi : matinée de concertation, diffusion d'informations.

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

M. André du Bus de Warnaffe (cdH).- Je ne m'inquiète guère pour la prise en charge du volet thérapeutique du diabète. Comme vous l'avez répété, nous sommes performants. Il existe des trajets de soins et des dispositifs qui sont au point, développés avec de grands professionnels de la santé.

Vous avez évoqué l'ensemble des plans de prévention, en faisant référence à ce qui se fait à la Cocof et à la VGC. Que vous abordiez ce sujet en Cocom prouve bien que la transversalité est à l'ordre du jour et qu'il y a une vision intégrée des compétences. C'est une excellente chose.

Une multitude de plans sont mis sur pied, tels que "Manger-bouger". Il sera intéressant d'en voir les effets sur le terrain, mais vous n'avez pas à répondre maintenant à cette question, qui relèvera d'ailleurs plutôt de votre collègue Mme Jodogne.

En tout état de cause, si la sonnette d'alarme que tire l'ABD concerne l'augmentation des cas, l'enjeu majeur est la prévention. Nous n'avons pas le choix : c'est à ce niveau que nous pourrons avoir une action déterminante en termes de santé publique. Les plans existent. Nous en attendons les résultats dans les années à venir.

- L'incident est clos.

**MONDELINGE VRAAG VAN MEVROUW
ISABELLE EMMERY**

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 uitvoering van de doelstelling van de GBV voor een zorgcontinuüm gelet op de inkomensongelijkheid bij specialisten, tussen specialisaties en tussen netwerken".

Mevrouw de voorzitter.- Bij afwezigheid van de indiener, die verontschuldigd is, en met instemming van het Collegelid, wordt de mondelinge vraag naar een volgende vergadering verschoven.

**MONDELINGE VRAAG VAN DE HEER
EMIN ÖZKARA**

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 wachttijd voor afspraken in de ziekenhuizen".

**QUESTION ORALE DE MME ISABELLE
EMMERY**

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 "la mise en œuvre de l'objectif de la DPR pour un continuum de soins au regard des disparités dans les revenus des spécialistes, entre spécialités et entre réseaux".

Mme la présidente.- En l'absence de l'auteure, excusée, et avec l'accord du membre du Collège réuni, la question orale est reportée à une prochaine réunion.

QUESTION ORALE DE M. EMIN ÖZKARA

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 temps d'attente pour les prises de rendez-vous dans les hôpitaux".

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

De heer Özkara heeft het woord.

De heer Emin Özkara (PS) *(in het Frans).*- *Om een afspraak te maken bij een specialist in een ziekenhuis, moet je veel geduld oefenen. In sommige afdelingen, zoals oogheelkunde, bedraagt de wachttijd meerdere maanden. Niet alleen de wachttijd tot de afspraak is te lang. Ook het maken van de afspraak, per telefoon of internet, duurt lang.*

Het probleem is niet alleen te wijten aan personeelsgebrek, maar ook aan de slechte gewoonte van veel Brusselaars om zich tot een ziekenhuis te wenden in plaats van eerst een huisarts te raadplegen. Nochtans is een bezoek aan de huisarts de snelste manier om een afspraak bij een specialist te bekomen, dixit de heer Bernard, bestuursdirecteur van Saint-Luc. Volgens de heer Bernard is het hoog tijd om de huisartsengeneeskunde in ere te herstellen.

Ook de opkomst van online gezondheidsforums draagt bij tot een overbelasting van de ziekenhuisdiensten. Heel wat patiënten zoeken antwoorden op het internet en beslissen nadien om een specialist te raadplegen.

Het universitair ziekenhuis van Namen heeft beslist om de online procedure voor het maken van afspraken te verbeteren. Daartoe zullen studenten geneeskunde ingezet worden, die de ziekenhuisartsen ook zullen bijstaan tijdens de vrije raadplegingen en de minder dringende gevallen. Dat zou de situatie moeten verbeteren.

Wat is de situatie in de Brusselse ziekenhuizen, en in het bijzonder in de openbare ziekenhuizen?

Welke maatregelen nemen de openbare ziekenhuizen om de wachttijd voor het maken van een online of telefonische afspraak te verminderen?

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

La parole est à M. Özkara.

M. Emin Özkara (PS).- Ce n'est pas nouveau, il faut parfois s'armer de beaucoup de patience pour obtenir un rendez-vous chez un spécialiste à l'hôpital. Dans certaines branches médicales, comme l'ophtalmologie, le délai d'attente entre la prise de rendez-vous et la consultation peut parfois être de plusieurs mois. Cet engorgement n'est pas uniquement le fait d'un manque de personnel, mais trouve en partie sa source dans les mauvaises habitudes des patients. En effet, encore trop de patients se présentent à l'hôpital sans avoir fait la démarche de consulter un médecin généraliste qui devrait, en principe, poser un diagnostic et rediriger le patient, si nécessaire, vers un confrère spécialiste.

Selon M. Bernard, directeur de l'administration des patients aux Cliniques universitaires Saint-Luc, passer préalablement par un généraliste est d'ailleurs le moyen le plus rapide pour obtenir un rendez-vous chez un spécialiste.

Les nombreux forums dédiés à la santé sur internet contribueraient à l'engorgement des services dans les hôpitaux. En effet, trop de patients cherchent des réponses à leurs questions sur internet et décident de consulter un spécialiste sur la base des informations glanées.

Selon M. Bernard, il est temps de réintégrer le médecin généraliste dans notre système de santé. Si les temps d'attente entre la prise de rendez-vous et la consultation sont longs, les prises de rendez-vous par téléphone ou internet prennent aussi trop de temps.

L'amélioration de la prise de rendez-vous sur internet et la formation d'étudiants pour la prise de rendez-vous - qui va être mise en place au CHU de Namur - devraient, en partie, diminuer le temps d'attente téléphonique. Les étudiants sont également sollicités pour épauler les médecins dans les hôpitaux. En tant qu'assistants, les étudiants vont aider les spécialistes en assurant des consultations libres et les semi-urgences, une autre solution de secours pour désengorger les hôpitaux.

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

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College (in het Frans).- *Het probleem van de wachttijd moet niet alleen aangepakt worden door de procedures voor het maken van afspraken te optimaliseren. Daarnaast moeten de patiënten de weg vinden naar de huisarts, moet het tekort aan bepaalde specialisten weggewerkt worden en moeten de dringende gevallen anders aangepakt worden.*

Volgens de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO) worden de Belgische patiënten weinig met wachtlijsten geconfronteerd en zijn zij heel tevreden over hun artsen.

De gezondheidsenquête van 2013 van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV) geeft de volgende resultaten voor Brussel. Slechts 3% van de patiënten diende meer dan een week te wachten op een afspraak bij een huisarts en 60% had binnen twee weken een afspraak bij een specialist. Voor 18% van de patiënten vormde de wachttijd voor een specialist een probleem. 9% stelde de zorg zelfs uit. Meer dan 95% was tevreden over zijn huisarts of specialist.

Momenteel hebben wij geen specifieke cijfers per ziekenhuis, ziekenhuisnetwerk of specialisatie.

De wachttijden hangen af van de onthaalcapaciteit, die door twee factoren wordt bepaald. Een eerste factor is het beschikbare personeel voor de raadplegingen. Door het tekort aan specialisten in bepaalde disciplines hebben de

Il est, pour mon groupe et moi-même, capital de garantir une accessibilité aux soins médicaux dans des délais plus raisonnables que ceux proposés actuellement.

Quelle est la situation à Bruxelles en la matière, tous réseaux confondus ? Et dans les hôpitaux publics en particulier ?

Quels moyens sont-ils mis en place, dans le réseau public, pour diminuer les temps d'attente pour prendre rendez-vous par téléphone ou internet ?

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

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- La problématique des temps d'attente que vous soulevez aborde des enjeux beaucoup plus larges que la seule optimisation des prises de rendez-vous auprès des hôpitaux. Elle aborde des enjeux comme l'utilisation adéquate de l'offre de soins, le rôle du médecin généraliste, la pénurie de certaines spécialités médicales ou encore la prise en charge des cas urgents qui, rappelons-le, sont traités très rapidement en Belgique.

Je commencerai mon intervention par quelques données statistiques. En Belgique, les patients sont relativement peu confrontés aux listes d'attentes, et sont parmi les plus satisfaits de leurs prestataires de soins au sein des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Pourvu que ça dure !

À titre indicatif, l'enquête de santé menée en 2013 par l'Institut scientifique de santé publique fournit des éléments chiffrés suivants pour Bruxelles. Parmi les patients ayant consulté un médecin généraliste, seuls 3% ont dû attendre plus d'une semaine pour avoir un rendez-vous. Concernant les médecins spécialistes, 60% des patients obtiennent un rendez-vous chez le spécialiste endéans deux semaines. Seuls 18% des patients indiquent que le délai d'attente pour obtenir un rendez-vous chez le spécialiste leur a posé problème. Quelque 9% de la population indiquent avoir reporté des soins à cause des délais d'attente pour obtenir un rendez-vous chez le spécialiste. Plus de 95% des patients sont satisfaits de leur

ziekenhuizen soms moeite om over voldoende personeel te beschikken, wat tot wachttijden kan leiden. Het tekort is voornamelijk te wijten aan de numerus clausus en de blokkering van RIZIV-nummers voor de studenten geneeskunde.

De tweede factor is de interne ziekenhuisorganisatie. De meeste ziekenhuizen breiden de raadplegingsperiodes uit om de wachttijden te verminderen.

Zoals u terecht aangeeft, is de versterking van de eerstelijnszorg een goede manier om de wachttijd te verminderen. De huisartsen en medische centra hebben een globaal beeld van de gezondheids-toestand van de patiënt en zijn het verbindings-teken tussen de patiënt en zijn of haar medische en paramedische zorgverleners. Op die manier wordt vermeden dat er onnodige afspraken bij specialisten gemaakt worden.

Het is een typisch Brussels fenomeen dat mensen niet altijd een huisarts raadplegen maar onmiddellijk een afspraak bij een specialist maken. Soms is een dergelijke consultatie niet nodig. Bovendien worden patiënten die wel een specialist nodig hebben, op die manier benadeeld.

De ziekenhuizen beschikken allemaal over gelijkaardige instrumenten voor het maken van afspraken, via een online formulier of via telefoon.

Ik kan niets doen aan het tekort aan specialisten. Dat is een federale bevoegdheid. Onze taak is ervoor te zorgen dat de patiënten eerst naar een huisarts gaan.

médecin, généraliste et/ou spécialiste.

Si nous disposons de données globales sur le délai d'attente pour la Région bruxelloise, nous n'avons, à l'heure actuelle, pas de données par hôpital, par réseau ou par spécialité. Les délais d'attente peuvent cependant varier d'un hôpital à l'autre, d'une spécialité à l'autre, ou encore d'une période à l'autre, selon que c'est l'été ou l'hiver.

Les délais d'attente dépendent de la capacité d'accueil, qui est fonction de deux facteurs principaux. D'une part, l'effectif en personnel médical disponible pour couvrir les plages horaires de consultation, car la pénurie de spécialistes dans certaines disciplines entraîne des difficultés de recrutement et peut engendrer des délais d'attente. Cette pénurie est essentiellement liée au numerus clausus et au blocage des numéros Inami (Institut national d'assurance maladie-invalidité) pour les étudiants en médecine.

Le deuxième facteur de retard est l'organisation de l'hôpital car, dans la majorité des hôpitaux bruxellois, privés comme publics, les plages horaires de consultation dites "en forte demande" sont maximisées, y compris en ouvrant tard le soir, tôt le matin, certains samedis, voire certains dimanches pour diminuer au maximum les délais d'attente.

Comme vous le mentionnez à juste titre, le renforcement de la première ligne doit permettre de réduire les délais d'attente. Les acteurs de la première ligne, et en particulier le médecin généraliste et les maisons médicales, sont la porte d'entrée du patient dans le circuit de soins et ont une vision globale de son état de santé. Ils jouent le rôle de trait d'union entre le patient et tous les autres intervenants médicaux et paramédicaux, permettant ainsi d'éviter la prise de rendez-vous inadéquats auprès des médecins spécialistes.

Le faible recours au médecin généraliste entraînant une consultation directe du spécialiste est un phénomène bruxellois. Les patients qui croient savoir ce qu'ils ont et sautent l'étape du généraliste interviennent parfois de manière intempestive, au détriment d'autres patients qui ont réellement besoin du spécialiste. Comment renforcer la relation entre le Bruxellois et la première ligne ? C'est une question que nous nous

posons depuis des années.

Enfin, concernant les outils disponibles pour les prises de rendez-vous auxquels vous faites référence, ils sont assez semblables dans tous les hôpitaux. Les formulaires de prise de rendez-vous en ligne sur internet existent partout, de même que les centrales téléphoniques pour aiguiller les appelants vers le service adéquat, voire pour enregistrer leurs demandes de rendez-vous.

Au-delà du problème de pénurie et du risque de pénurie future de spécialistes qui se présentera au niveau fédéral et sur lequel je n'ai guère de prise, notre travail est d'essayer d'orienter prioritairement le patient vers le médecin généraliste.

- *Het incident is gesloten.*

- *L'incident est clos.*