PARLEMENT BRUXELLOIS
BRUSSELS PARLEMENT

VERENIGDE VERGADERING VAN DE GEMEENSCHAPPELIJKE GEMEENSCHAPSCOMMISSIE

ASSEMBLÉE RÉUNIE DE LA COMMISSION COMMUNAUTAIRE COMMUNE

Integraal verslag van de interpellaties en de vragen

Compte rendu intégral des interpellations et des questions

Commissie voor de Gezondheid

Commission de la Santé

VERGADERING VAN

WOENSDAG 17 MEI 2017

RÉUNION DU

MERCREDI 17 MAI 2017

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

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

De verslagen kunnen geconsulteerd worden op www.parlement.brussels

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

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

Les comptes rendus peuvent être consultés à l'adresse www.parlement.brussels

INHOUD

MONDELINGE VRAAG 7

Mondelinge vraag van mevrouw Hannelore Goeman 7

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 besparingen op de wijkgezondheidscentra".

INTERPELLATIES 11

Interpellatie van de heer André du Bus de Warnaffe 11

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 elektronische voorschriften 'Recip-e'".

Toegevoegde interpellatie van mevrouw Catherine Moureaux, 12

betreffende "de tenuitvoerlegging van elektronische voorschriften in Brussel".

SOMMAIRE

QUESTION ORALE 7

Question orale de Mme Hannelore Goeman 7

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 économies réalisées sur les maisons médicales".

INTERPELLATIONS 11

Interpellation de M. André du Bus de Warnaffe 11

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 prescriptions électroniques 'Recip-e'".

Interpellation jointe de Mme Catherine Moureaux, 12

concernant "la mise en œuvre de la prescription électronique à Bruxelles".

Toegevoegde interpellatie van de heer Emmanuel De Bock, 12

betreffende "het elektronisch voorschrift".

Samengevoegde bespreking– Sprekers: 17

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College
De heer André du Bus de Warnaffe (cdH)

Interpellatie van de heer Philippe Close 26

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 weigering tot erkenning van het universitaire karakter van de ziekenhuizen UKZKF, UVC Brugmann en UMC Sint-Pieter".

Bespreking – Sprekers: 31

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College
De heer Philippe Close (PS)

Interpellatie van de heer André du Bus de Warnaffe 37

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

Interpellation jointe de M. Emmanuel De Bock, 12

concernant "la prescription électronique".

Discussion conjointe – Orateurs : 17

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni

M. André du Bus de Warnaffe (cdH)

Interpellation de M. Philippe Close 26

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

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

concernant "le refus de reconnaissance du caractère universitaire des hôpitaux Huderf, CHU Brugmann et CHU Saint-Pierre".

Discussion – Orateurs : 31

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni

M. Philippe Close (PS)

Interpellation de M. André du Bus de Warnaffe 37

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,

Betrekkingen,

betreffende "het Brussels rapport over de armoedetoestand (2016) en de toegang tot de gezondheidszorg".

Bespreking – Sprekers: 39

De heer Amet Gjanaj (PS)
De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College
De heer André du Bus de Warnaffe (cdH)

MONDELINGE VRAGEN 45

Mondelinge vraag van de heer Zahoor Ellahi Manzoor 45

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 talrijke medicaties voor de bejaarden in de rust- en verzorgingstehuizen".

Mondelinge vraag van mevrouw Claire Geraets 49

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 problematiek van de stikstofmonoxide (lachgas) dat door

concernant "le rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté (2016) et l'accès aux soins de santé".

Discussion – Orateurs : 39

M. Amet Gjanaj (PS)
M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni

M. André du Bus de Warnaffe (cdH)

QUESTIONS ORALES 45

Question orale de M. Zahoor Ellahi Manzoor 45

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 polymédication des personnes âgées dans les maisons de repos et de soins".

Question orale de Mme Claire Geraets 49

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 problématique du protoxyde d'azote (gaz hilarant) utilisé comme drogue

Brusselse jongeren gebruikt wordt als drugs".

par les jeunes Bruxellois".

Mondelinge vraag van de heer Zahoor Ellahi Manzoor 55

Question orale de M. Zahoor Ellahi Manzoor 55

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 voorstelling door de leden van het Verenigd College van het Brussels strategisch plan voor e-gezondheid 2017-2019 als opstapje naar de Week van de Gezondheid".

concernant "la présentation par les membres du Collège réuni du plan stratégique bruxellois e-santé 2017-2019 en annonce de la Semaine e-santé".

Mondelinge vraag van de heer Alain Maron 61

Question orale de M. Alain Maron 61

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 financiering van de opleidingen inzake tabacologie".

concernant "le financement des formations en tabacologie".

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

MONDELINGE VRAAG

Mevrouw de voorzitter.- Aan de orde is de mondelinge vraag van mevrouw Goeman.

MONDELINGE VRAAG VAN MEVROUW HANNELORE GOEMAN

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

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

betreffende "de besparingen op de wijkgezondheidscentra".

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

Mevrouw Goeman heeft het woord.

Mevrouw Hannelore Goeman (sp.a).- Midden in de maand ziek worden, maar niet naar de dokter kunnen omdat je nog een stapel facturen en de huur moet betalen: het overkomt jammer genoeg heel wat inwoners van het Brussels Gewest. Maar liefst één op de vijf Brusselaars stelt een doktersbezoek om financiële redenen uit. Meer nog, 20 tot 25% zou zelfs geen huisarts hebben.

De wijkgezondheidscentra bieden gelukkig een goed alternatief voor de huisarts. Ze bestaan al veertig jaar en alle omwonenden kunnen er terecht

QUESTION ORALE

Mme la présidente.- L'ordre du jour appelle la question orale de Mme Goeman.

QUESTION ORALE DE MME HANNELORE GOEMAN

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

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

concernant "les économies réalisées sur les maisons médicales".

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

La parole est à Mme Goeman.

Mme Hannelore Goeman (sp.a) *(en néerlandais).- Un Bruxellois sur cinq diffère une visite chez le docteur pour des raisons financières, et 20 à 25% de la population n'a pas de médecin généraliste.*

Les maisons médicales proposent heureusement une bonne alternative au généraliste sous la forme de soins multidisciplinaires accessibles et de qualité aux patients qui s'y inscrivent. C'est leur mutualité qui paie un montant mensuel au centre pour les soins de première ligne, un élément de

voor toegankelijke en kwaliteitsvolle zorg. Patiënten kunnen er zich inschrijven, waarna hun ziekenfonds het centrum maandelijks een vast bedrag voor de eerstelijnszorg betaalt. Op die manier moeten ze zelf niets meer betalen voor raadplegingen of huisbezoeken.

De wijkgezondheidscentra zijn multidisciplinair: dokters, verplegers, kinesisten en maatschappelijk werkers werken er samen. Ze kunnen allemaal het elektronische dossier van de patiënten raadplegen.

De werking van de wijkgezondheidscentra in Brussel is belangrijk. Kwetsbare Brusselaars doen dankzij deze centra sneller een beroep op medische zorg. Bovendien is de verstrekte zorg in de wijkgezondheidscentra van uitstekende kwaliteit.

Het systeem van de wijkgezondheidscentra zal echter allesbehalve uitgebreid worden. Federaal minister van Volksgezondheid De Block besliste vorig jaar immers om tijdelijk geen nieuwe centra te erkennen, zogenaamd in afwachting van een doorlichting. Recent zette ze echter ook het licht op rood voor centra waarvoor het dossier zo goed als rond was.

In Menen bouwde de plaatselijke afdeling van de Open Vld zelfs een feestje omdat de minister de aanvraag voor een nieuwe gezondheidscentrum had afgekeurd. Daarmee kwam ze tegemoet aan de bezorgdheid van leden van haar partij over oneerlijke concurrentie jegens andere huisartsen. Men was bovendien van mening dat een wijkgezondheidscentrum in de gemeente kansarmen zou aantrekken. Dat is een spijtige zaak, gezien de opdracht van de wijkgezondheidscentra en hun positieve bijdrage aan het halen van de gezondheidsdoelstellingen.

Een dergelijke visie staat bovendien haaks op die van de Brusselse regering, die het belang van de eerstelijnszorg en de wijkgezondheidscentra erkent.

We weten dat drie geplande wijkgezondheids-centra in Molenbeek en Anderlecht momenteel op de helling staan. Weet u of die er nu wel of niet zullen komen?

Werden de collegeleden op de hoogte gebracht

nature à stimuler la population précarisée de la Région bruxelloise à consulter.

L'an dernier, la ministre fédérale de la Santé publique a malheureusement décidé de geler la reconnaissance de nouvelles maisons médicales.

La vision de Mme De Block et de son parti, qui craint la concurrence entre les maisons médicales et les généralistes qui n'y travaillent pas, ainsi que, localement, l'afflux d'une population pauvre attirée par les maisons médicales, est en porte-à-faux avec celle du gouvernement bruxellois, qui reconnaît l'importance des soins de première ligne et des maisons médicales.

Les trois projets de maisons médicales à Molenbeek et Anderlecht verront-ils le jour ?

Les membres du Collège réuni ont-ils été informés de la décision fédérale de suspendre les projets de maisons médicales et comment y ont-ils réagi ?

Sont-ils impliqués dans le projet d'audit des maisons médicales bruxelloises ? Celui-ci a-t-il débuté ?

La décision fédérale a-t-elle un impact sur les objectifs régionaux en matière de soins de santé de première ligne ?

Envisagez-vous de consacrer des moyens supplémentaires à l'élargissement du réseau des maisons médicales à Bruxelles ?

van de federale beslissing om de opening van geplande wijkgezondheidscentra te schorsen? Hoe hebben ze daarop gereageerd?

Worden de collegeleden betrokken bij de geplande audit van de Brusselse wijkgezondheidscentra? Is die reeds van start gegaan?

Heeft het feit dat er geen nieuwe gezondheids-centra opgericht worden, een impact op de te halen doelstellingen inzake eerstelijnszorg in het gewest?

Zult u zelf voor extra middelen zorgen, opdat het aanbod aan wijkgezondheidscentra in Brussel alsnog uitgebreid kan worden? Hoe zult u dat doen?

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

De heer Guy Vanhengel, lid van het Verenigd College.- De drie projecten van Dokters van de Wereld waarnaar u verwijst, staan niet op de helling. Dat is goed nieuws, niet?

In twee van de gevallen gaat het inderdaad om wijkgezondheidscentra: een in Molenbeek en een in Anderlecht. Zij zullen dit najaar nog opengaan. In eerste instantie zullen ze functioneren met betalingen per prestatie en niet met forfaits.

Het derde project, gepland aan Ribaucourt, is echter geen wijkgezondheidscentrum. Het wordt een multidisciplinair centrum met een focus op drugsverslaving. Het zal in 2019 de deuren openen.

Dokters van de Wereld heeft voor die projecten nog geen aanvraag ingediend bij de federale overheid. Van schorsing is er dus geen sprake.

De maatregel van de federale overheid is slechts tijdelijk. Zolang de audit van de federale overheid niet is afgerond, zullen er geen nieuwe initiatieven die met het forfaitaire systeem werken, worden goedgekeurd. De wijkgezondheidscentra kunnen dus wel degelijk van start gaan, zij het niet met een systeem van forfaits.

Wij werden tot nu toe niet betrokken bij de audit

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

M. Guy Vanhengel, membre du Collège réuni *(en néerlandais).- Les trois projets de Médecins du Monde (MDM) que vous évoquez ne sont pas menacés. À l'automne, MDM ouvrira, à Molenbeek et Anderlecht, deux maisons médicales qui appliqueront, dans un premier temps, le paiement à l'acte et non forfaitaire. Le troisième projet est un centre multidisciplinaire à Ribaucourt, qui se concentrera sur la toxicomanie et ouvrira ses portes en 2019.*

MDM n'a pas encore introduit de demande concernant ces trois projets auprès de l'autorité fédérale. Il n'est donc pas question de suspension.

La mesure de l'autorité fédérale est provisoire : tant que l'audit fédéral de l'organisation, du fonctionnement et des coûts des maisons médicales n'est pas clôturé, aucune nouvelle initiative fonctionnant selon le système forfaitaire ne sera approuvée.

Pour le moment, nous n'avons pas été associés à l'audit, qui a été attribué à KPMG. Ce dernier a soumis un premier plan d'action, qui est actuellement discuté par le cabinet compétent et l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (Inami).

Malgré la décision fédérale, le Centre médical

over de organisatie, werking en kostenstructuur van de wijkgezondheidscentra. Wij kunnen u wel meedelen dat de federale overheid de audit aan KPMG heeft toevertrouwd. Dat laatste bureau heeft een eerste actieplan ingediend. Dat plan wordt nu besproken door het bevoegde kabinet en het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV).

Ondanks de federale beslissing zijn er in Brussel op 1 januari 2017 twee centra kunnen starten die met het forfaitaire systeem werken, namelijk Centre médical Médigand en het wijkgezondheidscentrum Galilée.

Volgens de informatie die wij van het RIZIV hebben gekregen, zijn er verder nog drie Brusselse dossiers in behandeling. Twee daarvan zullen hoogstwaarschijnlijk op 1 juni of 1 juli kunnen starten binnen het forfaitaire systeem. Een derde dossier vergt bijkomend onderzoek.

Als alles volgens plan verloopt, betekent dat dat er dit jaar in Brussel vier en misschien zelfs vijf centra zullen bij komen, die volgens het forfaitaire systeem zullen werken.

Wij willen niet vooruitlopen op de feiten en verkiezen daarom om de resultaten van de audit en de reactie van de federale overheid af te wachten. In ieder geval is het onze bedoeling om de zorg in Brussel uit te bouwen op basis van de plaatselijke noden. We zijn met andere woorden voorstander van een wijkgerichte benadering.

Daarom plant de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC), samen met het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, om alle artsenpraktijken in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest in kaart te brengen. Daartoe hebben we contact opgenomen met de twee Brusselse huisartsenkringen, namelijk de Fédération des associations de médecins généralistes de Bruxelles (FAMGB) en de Brusselse Huisartsenkring (BHAK).

Op die manier zullen we pertinente criteria kunnen bepalen om ondersteuningsmaatregelen te treffen ten gunste van de eerstelijnszorg en meer bepaald de huisartsengeneeskunde in Brussel.

Médigand et la Maison médicale Galilée ont pu démarrer leurs activités à Bruxelles selon le système forfaitaire au 1er janvier 2017.

Trois autres dossiers bruxellois sont en cours de traitement. Deux d'entre eux pourront plus que probablement opérer au 1er juin ou au 1er juillet dans le cadre du système forfaitaire. Le troisième dossier requiert un examen complémentaire.

Si tout se déroule comme prévu, quatre, voire cinq centres fonctionnant selon le système forfaitaire ouvriront à Bruxelles cette année.

Notre objectif est de développer des structures de soins répondant aux besoins locaux. Nous prônons donc une approche par quartier.

C'est pourquoi la Commission communautaire commune (Cocom) prévoit, en collaboration avec l'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale, de cartographier l'ensemble des cabinets médicaux en Région bruxelloise. À cet effet, nous avons pris contact avec la Fédération des associations de médecins généralistes de Bruxelles (FAMGB) et le Brusselse Huisartsenkring (BHAK).

Mevrouw de voorzitter.- Mevrouw Goeman heeft het woord.

Mevrouw Hannelore Goeman (sp.a).- Voor kwetsbare patiënten is het forfaitaire systeem het interessantste aspect van de wijkgezondheidscentra.

Er werd inderdaad aangekondigd dat het over een tijdelijke beslissing zou gaan en dat ze op 1 juli herzien zou worden. Wanneer ik echter hoor dat de audit nog maar pas van start is gegaan, houd ik mijn hart vast en vrees ik dat er een verlenging van de beslissing aankomt.

Dokters van de Wereld hebben geen aanvraag ingediend omdat ze wisten dat dat zinloos was zolang het moratorium liep.

Ik ben blij dat er toch enkele nieuwe gezondheidscentra volgens het forfaitair systeem van start kunnen gaan. Dat heeft ongetwijfeld te maken met het feit dat ze hun dossier voor het instellen van het moratorium hebben ingediend. Het is goed dat er vier à vijf bijkomen, maar het is zeker te weinig om de nood te ledigen.

Op lange termijn is het probleem nog niet opgelost. Ik zal dit dossier dus zeker verder volgen.

- *Het incident is gesloten.*

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

Mme Hannelore Goeman (sp.a) *(en néerlandais).- Pour les patients précarisés, le système forfaitaire est l'aspect le plus intéressant des maisons médicales.*

Il semblerait en effet que la décision provisoire sera revue au 1er juillet, mais le récent lancement de l'audit fait craindre une prolongation.

MDM n'a pas introduit de demande, sachant que cela n'avait pas de sens tant que le moratoire était maintenu.

L'ouverture de quelques maisons médicales fonctionnant selon le système forfaitaire est une bonne nouvelle. Elles avaient sûrement introduit leur dossier avant l'instauration du moratoire. Quatre ou cinq projets, c'est bien, mais c'est trop peu pour répondre aux besoins.

Le problème n'est pas résolu à long terme et je continuerai, dès lors, à suivre ce dossier.

- *L'incident est clos.*

INTERPELLATIES

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

INTERPELLATIE VAN DE HEER ANDRÉ DU BUS DE WARNAFFE

TOT DE HEER GUY VANHENGEL, LID VAN HET VERENIGD COLLEGE, BEVOEGD VOOR HET GEZONDHEIDSBELEID, HET OPENBAAR AMBT, DE

INTERPELLATIONS

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

INTERPELLATION DE M. ANDRÉ DU BUS DE WARNAFFE

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

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 elektronische voorschriften 'Recip-e'".

TOEGEVOEGDE INTERPELLATIE VAN MEVROUW CATHERINE MOUREAUX,

betreffende "de tenuitvoerlegging van elektronische voorschriften in Brussel".

TOEGEVOEGDE INTERPELLATIE VAN DE HEER EMMANUEL DE BOCK,

betreffende "het elektronisch voorschrift".

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

De heer du Bus de Warnaffe heeft het woord.

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH) *(in het Frans).- Het verplicht elektronisch medisch dossier (EMD) is uitgesteld tot 2020, zodat er een overgangsperiode wordt ingebouwd. Nochtans lazen we op 6 maart in de krant dat het elektronisch voorschrift op 1 januari 2018 een verplicht karakter krijgt. De artsen kunnen echter geen elektronische voorschriften opstellen zonder EMD. Op 10 maart zei u dat 20 à 40% van de Brusselse huisartsen nog niet met het EMD werkt.*

Na de aankondiging van die verplichting waren de huisartsen er als de kippen bij om te reageren. Een aanzienlijk deel van hen dreigt ermee alle activiteiten stop te zetten. Het is geweten dat huisartsen vaak overbevraagd zijn en op sommige plaatsen is er zelfs zonder meer een tekort. Het zou dan ook een ramp zijn mocht een aantal huisartsen er nu de brui aan geven.

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 prescriptions électroniques 'Recip-e'".

INTERPELLATION JOINTE DE MME CATHERINE MOUREAUX,

concernant "la mise en œuvre de la prescription électronique à Bruxelles".

INTERPELLATION JOINTE DE M. EMMANUEL DE BOCK,

concernant "la prescription électronique".

Mme la présidente.- Le membre du Collège réuni Didier Gosuin répondra aux interpellations.

La parole est à M. du Bus de Warnaffe.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH).- Nous ne sommes plus vraiment dans l'actualité, puisque cette interpellation a été reportée à plusieurs reprises et que vous avez déjà fait quelques déclarations dans les médias concernant ce problème. Mais c'est l'occasion de clarifier la situation.

L'obligation du dossier médical informatisé (DMI) a été reportée à 2020, ce qui laisse ainsi au médecin le temps d'encoder les dossiers médicaux et offre une période de transition entre les dossiers papier et électroniques. Cependant, ce lundi 6 mars, nous pouvions lire dans la presse l'obligation d'adopter la prescription électronique entrerait en vigueur au 1er janvier 2018. Or il est impossible pour le médecin d'établir des prescriptions électroniques sans disposer d'un dossier médical électronique. Comme vous l'avez annoncé dans la presse le 10 mars 2017, vous

Hebt u daarover contact gehad met de Fédération des associations de médecins généralistes de Bruxelles (FAMGB)? Hoe heeft die organisatie gereageerd? Hoeveel Brusselse huisartsen dreigen ermee hun praktijk stop te zetten? Aan welke oplossingen denkt u?

De beslissing van de federale minister van Volksgezondheid slaat de artsen werkelijk met verstomming. Sommige huisartsen ervaren het elektronisch voorschrift als een zoveelste controle-instrument. Anderen hebben het over een aanval op de therapeutische vrijheid van de arts. Hoe dan ook, de nieuwe maatregel lijkt geen rekening te houden met de realiteit.

Hoe zit het met huisartsen die huisbezoeken afleggen en met de specialisten die niet in een ziekenhuis werken en niet over de nodige software beschikken voor dat EMD?

Zijn de apotheken al uitgerust om elektronische voorschriften te verwerken?

Is dit onderwerp ter sprake gekomen tijdens de interministeriële conferentie Volksgezondheid? Welk standpunt verdedigt u daar?

Kan er nog over een langere overgangsperiode worden onderhandeld?

estimez qu'entre 20% et 40% de médecins généralistes à Bruxelles n'ont pas encore de DMI.

À la suite de cette annonce, les médecins généralistes n'ont pas tardé à réagir et un grand nombre d'entre eux menacent de cesser leurs prestations. Comme nous le savons, les médecins généralistes sont très souvent en sous-effectif et il est même question d'une pénurie à certains endroits. Il serait catastrophique pour l'ensemble des citoyens qu'un certain nombre de médecins généralistes disparaissent. Pour rappel, selon la Commission de la planification de l'offre médicale, la partie francophone du pays compte 6.305 médecins généralistes, dont 1.033 sont âgés de 60 à 64 ans et 888 de plus de 55 ans. La Région bruxelloise, quant à elle, est dotée de 1.280 médecins généralistes.

Quels contacts avez-vous entretenus à ce sujet avec la Fédération des associations de médecins généralistes de Bruxelles (FAMGB) ? Quel retour avez-vous eu ? À combien estimez-vous le nombre de médecins généralistes bruxellois qui menaceraient de partir ? Quelles solutions envisagez-vous ?

Cette nouvelle mesure annoncée par la ministre fédérale de la Santé laisse les prestataires de santé vraiment perplexes. Certains médecins généralistes voient l'informatisation de la prescription comme un nouvel outil de contrôle de leurs prestations. D'autres dénoncent une atteinte à la liberté thérapeutique des médecins. Quoi qu'il en soit, cette nouvelle mesure semble ne pas tenir compte de la réalité de terrain.

Qu'en est-il des médecins généralistes qui effectuent des visites à domicile ?

Qu'en est-il des spécialistes qui travaillent en dehors de l'hôpital et ne possèdent pas de logiciel de dossier médical informatisé ?

Les pharmaciens sont-ils déjà tous équipés de ce système ? Sont-ils capables de lire les prescriptions électroniques ?

Le sujet a-t-il été ou sera-t-il abordé lors de la conférence interministérielle (CIM) de la santé publique ? Quelles positions y avez-vous défendues ou y défendrez-vous ? Quelles solutions

Mevrouw de voorzitter.- Mevrouw Moureaux heeft het woord voor haar toegevoegde interpellatie.

Mevrouw Catherine Moureaux (PS) *(in het Frans).- Begin maart liet de federale minister van Volksgezondheid weten dat alle huisartsen vanaf 1 januari 2018 met elektronische voorschriften moeten werken.*

De Brusselse huisartsen maken zich daarover zorgen en begrijpen niet waarom de minister dat elektronische voorschrift plots vervroegd wil invoeren. Sommige artsen, en vooral dan de ouderen, gebruiken nog geen computer. Een aantal onder hen heeft er al mee gedreigd om vervroegd met pensioen te gaan.

Hoewel u zelf wel te vinden bent voor dat elektronische voorschrift, vindt u toch 1 januari 2018 geen realistische startdatum. Ik ben het helemaal met u eens. Die verplichte invoering op 1 januari van volgend jaar is inderdaad niet realistisch Er zijn nog steeds te veel problemen waarvoor er geen oplossing is. Bovendien moeten er uitzonderingen mogelijk zijn.

Een van die problemen doet zich voor bij huisbezoeken. De beloofde smartphone-app is pure noodzaak, want anders zullen alleen artsen met een laptop elektronische voorschriften kunnen aanmaken.

Artsen moeten echter niet alleen het juiste materiaal hebben, dat moet bovendien ook nog goed werken. Eventuele technische pannes en allerlei verbindingsproblemen kunnen bij huisbezoeken roet in het eten gooien.

U bent bevoegd voor de financiële steun inzake informatisering en voor een deel van de informaticaopleiding. De bevoegdheden van de gewesten en van de federale staat staan in dit geval lijnrecht tegenover elkaar. Ik neem aan dat u dat punt al hebt aangekaart in de inter-ministeriële conferentie voor Volksgezondheid. Welk resultaat leverde dat op?

envisagez-vous ?

Une période de transition plus longue que celle évoquée initialement est-elle négociable ?

Mme la présidente.- La parole est à Mme Moureaux pour son interpellation jointe.

Mme Catherine Moureaux (PS).- Au début du mois de mars, la ministre fédérale de la Santé a confirmé qu'elle souhaitait que les médecins généralistes adoptent entièrement la prescription électronique dès le 1er janvier 2018.

Sans surprise, les médecins généralistes bruxellois s'en inquiètent. Ils ne comprennent pas pourquoi le gouvernement fédéral veut accélérer le tempo pour la mise en place de la prescription électronique. Nombre d'entre eux ne sont pas informatisés. Pour les praticiens les plus âgés en particulier, c'est une grande source d'inquiétude et certains menacent même de prendre leur retraite anticipée.

La Région bruxelloise a fait de l'e-santé un de ses objectifs pour cette législature. Néanmoins, vous avez vous-même expliqué à la presse que, tout en soutenant la prescription électronique, vous estimiez que la date du 1er janvier 2018 était irréaliste et qu'il faudrait repousser l'entrée en vigueur de sa généralisation.

Je suis tout à fait d'accord avec vous. Sur le plan de la faisabilité, il me semble utopique d'envisager la généralisation de la prescription électronique au 1er janvier 2018. De nombreux problèmes n'ont pas encore été résolus. Par ailleurs, il me semble nécessaire de prévoir des exceptions à cette prescription électronique. Je reviendrai sur le sujet plus tard dans mon interpellation.

Parmi les problèmes qui n'ont pas encore trouvé de solution, citons la portabilité pour les visites à domicile. Une application pour smartphone serait envisagée. C'est probablement une condition sine qua non à l'opérationnalisation d'une telle réforme. En effet, comment imaginer réserver la possibilité de prescrire des ordonnances électroniques aux seuls médecins disposant d'ordinateurs portables super-équipés ? C'est tout simplement impossible.

Een ander probleem is de netwerkdekking. Is die vandaag wel toereikend om overal op het Brusselse grondgebied met een app te kunnen werken? Moeten de artsen over 4G beschikken om elektronische voorschriften te kunnen uitschrijven? Dat zou geen goede zaak zijn, want sommigen gebruiken immers nog steeds 3G en bovendien is op sommige plaatsen alleen het 3G-netwerk beschikbaar.

Los van het feit of het wel mogelijk is om die hervorming op zo'n korte termijn door te voeren, leidt ze bovendien tot fundamentele problemen, waarvan er twee zeer grote in Brussel.

Om te beginnen weigeren de oudere artsen om een computer te gebruiken en dat zal niet veranderen. De inspanning die van hen wordt gevergd op het vlak van informatisering, staat soms niet in verhouding tot het voordeel dat ze eruit halen.

Zal de weigering van die artsen om over te schakelen op elektronische voorschriften de toegang tot de gezondheidszorg belemmeren?

Om tal van problemen te voorkomen, moet het mogelijk blijven om papieren voorschriften te gebruiken. Een cyberaanval kan bijvoorbeeld het systeem platleggen. Het standpunt van de federale minister van Volksgezondheid daarover is niet duidelijk. Hebt u dit punt aangekaart in de interministeriële conferentie Volksgezondheid?

Een ander probleem vormen de elektronische voorschriften voor mensen zonder papieren. De informatisering van de OCMW's duurt jaren en gaat met ettelijke problemen gepaard.

Het elektronische voorschrift heeft voordelen, maar houdt ook risico's in. Bestaat de kans dat artsen geen voorschriften op papier meer kunnen uitschrijven voor mensen zonder papieren in het kader van de wet op de dringende medische zorg?

Kunt u een overzicht geven van uw besprekingen met de federale regering over deze kwestie?

Au-delà de l'équipement, ne négligeons pas les potentielles indisponibilités, pannes ou ruptures de charges qui rendraient l'acte de prescription stressant et conditionné. La question des visites à domicile est donc très importante.

Vous avez en charge l'aide financière à l'informatisation et une partie de la formation en informatique. C'est un sujet sur lequel les compétences des Régions et du niveau fédéral s'affrontent puisque les vues, les enjeux, les intérêts et les possibilités en termes de développement et de financement divergent en la matière. Je suppose qu'il s'agit d'un point que vous avez abordé en CIM de la santé publique. Quels sont les résultats de vos discussions à cet égard ?

Le troisième aspect que je souhaite aborder est un problème technique qui concerne sans doute moins la Région bruxelloise que les deux autres Régions, mais qu'il faut tout de même prendre en considération : la couverture réseau. Est-elle aujourd'hui suffisante pour utiliser une application, quelle qu'elle soit, partout sur le territoire ? La 4G serait-elle nécessaire pour utiliser la prescription électronique ? À mon sens, il conviendrait de l'éviter, car certains collègues utilisent encore la 3G et, à certains endroits, seul le réseau 3G est accessible.

Cependant - et je partage ici l'inquiétude de M. du Bus de Warnaffe -, en dehors de la capacité ou non de mettre en œuvre la réforme dans des délais aussi courts, celle-ci pose aussi des problèmes de fond, et en particulier deux problèmes majeurs pour Bruxelles.

Nous nous heurtons tout d'abord au refus des médecins plus âgés de s'informatiser. Cette question est pendante depuis des dizaines d'années, donc depuis les débuts de l'informatisation en Belgique. Si une série de médecins sont encore réfractaires aujourd'hui à cette informatisation, ils le seront encore demain. Je parle d'expérience, car j'ai été prestataire de soins et j'ai connu des médecins plus âgés qui refusaient de s'informatiser. Toutes les actions menées jusqu'ici ont produit leurs effets. Toutefois, le processus d'informatisation ne touchera pas l'ensemble des médecins car l'effort qui leur est demandé est parfois disproportionné par rapport au bénéfice qu'ils en retireront.

La proportion de médecins refusant d'adopter la prescription électronique à Bruxelles risque-t-elle de menacer notre accès aux soins de santé ?

À l'instar des aménagements prévus par Mme Maggie De Block pour les médecins plus âgés et non informatisés, il me semble indispensable de conserver une possibilité de prescription sur papier, afin d'éviter une série de problèmes. Je pense, par exemple, à la cyberattaque informatique qui a marqué notre actualité ces dernières 48 heures. Dépendre totalement de l'informatique pour nos prescriptions médicales peut rendre le système vulnérable, voire le paralyser. La prescription sur papier doit rester possible, ne fût-ce qu'à titre exceptionnel. Pour l'instant, la vision de Maggie De Block sur cette question ne me paraît pas claire. Avez-vous abordé ce sujet en CIM de la santé publique ?

La prescription électronique pour les sans-papiers me semble constituer un autre problème, peut-être plus spécifique à Bruxelles. L'informatisation des centres publics d'action sociale (CPAS) est un vaste chantier qui s'étendra sur plusieurs années et qui rencontre pas mal de difficultés.

La réforme de la prescription médicale comporte des aspects positifs mais aussi des dangers. J'aimerais savoir si cette réforme risque d'empêcher les médecins de rédiger des prescriptions sur papier pour les sans-papiers dans le cadre de la loi sur l'aide médicale urgente ?

Enfin, pouvez-vous nous donner un aperçu général de la manière dont vous dialoguez avec le gouvernement fédéral sur cette question ?

Mevrouw de voorzitter.- De heer De Bock heeft het woord voor zijn toegevoegde interpellatie.

De heer Emmanuel De Bock (DéFI) *(in het Frans).- Federaal minister van Volksgezondheid De Block is van plan om het elektronisch voorschrift versneld in te voeren. Minister Gosuin gaf al aan dat hij 1 januari 2018 als startdatum onrealistisch vindt en dit om verschillende redenen.*

Het werkveld is er niet klaar voor. Zo'n 20 à 40% van de huisartsen werkt nog niet met het

Mme la présidente.- La parole est à M. De Bock pour son interpellation jointe.

M. Emmanuel De Bock (DéFI).- La presse nous apprenait récemment que la ministre fédérale de la Santé accélérait le tempo pour la mise en place de la prescription électronique, souhaitant que les médecins adoptent le système dès l'année prochaine. Toutefois, vous affirmiez, M. le ministre, que la date du 1er janvier 2018 était irréaliste pour plusieurs raisons.

La réalité du terrain n'y serait pas propice. En

elektronisch medisch dossier (EMD). Een aantal artsen dreigde ermee hun praktijk voortijdig stop te willen zetten, hetgeen het tekort aan huisartsen in Brussel alleen maar nijpender zou maken. Bij de specialisten is de situatie overigens even alarmerend.

Samen met het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) subsidieert het Gewest een computeropleidings- en begeleidings-programma voor huisartsen, opgezet door de Brusselse Vereniging voor medische telematica Abrumet. Hoeveel geld wordt er in deze fase uitgetrokken voor de ICT-opleiding en ICT-begeleiding van geneesheren? Blijft dat programma lopen?

U vond eerder al dat we soepel met de timing moesten omspringen of dat er snel een technische oplossing moest uitgedokterd worden. Welke opties onderzoekt u om een antwoord te bieden aan de onrealistische timing die uw federale collega vooropstelt?

Hoe staat het met het platform e-gezondheid.brussels? Is het aantal bezochte pagina's per sessie gestegen?

In het kader van bewustmakingscampagnes voor patiënten heeft de minister al een aantal acties op stapel gezet. Welke andere acties zullen er volgen?

Samengevoegde bespreking

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

effet, un nombre élevé de médecins généralistes (entre 20 et 40%) n'utiliseraient pas encore le dossier médical informatisé, tandis que d'autres menacent de prendre leur retraite anticipée, ce qui aggraverait encore la pénurie existante. Les chiffres sont tout aussi alarmants pour les spécialistes.

L'article rappelle que la Région a financé, avec l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (Inami), un programme de formation et d'accompagnement à l'informatisation des médecins généralistes, géré par l'asbl Association bruxelloise de télématique médicale (Abrumet). La sensibilisation des praticiens se complète, évidemment, d'une information claire des patients quant aux nouvelles initiatives dans ce domaine. Vous aviez expliqué ce qui existait en la matière lors d'une interpellation qui remonte à l'année passée.

Je voudrais donc rebondir sur l'actualité et en profiter pour faire le point.

Pourriez-vous m'indiquer les montants mobilisés à ce stade pour la formation et l'accompagnement à l'informatisation des médecins ? Cette formation va-t-elle se poursuivre ?

Vous avez évoqué la nécessité de faire preuve de souplesse dans le calendrier ou de développer rapidement une solution technique. Quelles pistes explorez-vous pour répondre aux objectifs irréalistes fixés par votre homologue à l'échelon fédéral ?

Quel est l'état des lieux de la plate-forme e-santé.brussels ? Avez-vous pu augmenter le nombre de pages visitées par session ?

L'année passée, vous aviez fait état d'actions visant à sensibiliser les patients et aviez annoncé celle de 2017 intitulée "En direction de la première ligne". Disposez-vous d'informations complémentaires sur les actions prévues ?

Discussion conjointe

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

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College *(in het Frans).- De overschakeling op elektronische voorschriften heeft tot doel om de kwaliteit en de veiligheid van de medische voorschriften te verbeteren. We vermijden er niet alleen mee dat de apotheker het voorschrift niet goed kan lezen, het reduceert ook de kans op vergissingen door de arts aangezien het systeem bij het voorschrijven informatie aanreikt over onder meer de beschikbaarheid.*

De deelstaten zijn niet rechtstreeks betrokken bij het project, maar ondersteunen het wel door zich in de interministeriële conferentie (IMC) Volksgezondheid akkoord te verklaren met de update van het e-gezondheidsplan.

Mevrouw Moureaux, ik heb het dossier vanzelfsprekend opnieuw op de agenda van de IMC geplaatst. We zijn dan wel akkoord gegaan met het e-gezondheidsplan, maar toen had de minister de startdatum van 1 januari 2018 nog niet vooropgesteld. Het ging aanvankelijk over de middellange termijn, maar ze heeft nu eenzijdig een beslissing genomen. Ik heb haar dan ook gewezen op de gevaren van die benadering. Na een aantal gesprekken lijkt het niet langer absoluut nodig dat 1 januari 2018 de startdatum wordt, al kan ik daar moeilijk zelf een beslissing over treffen.

Het elektronische voorschrift is het vierde actiepunt van het federale e-gezondheidsplan. Het is vooral de planning die hier problemen doet ontstaan, in het licht van de beperkte informatisering bij huisartsen en bij specialisten met een privépraktijk.

De doelstelling van de e-gezondheid mag de toegang tot de geneeskunde in het algemeen en tot de eerstelijnszorg in het bijzonder nooit in de weg staan.

Een raming maken van het aantal artsen dat zijn praktijk zou opgeven, blijft erg moeilijk. De cijfers in de media zijn extrapolaties op basis van informatie van twee groepspraktijken waarvan er een in Anderlecht en een andere in Henegouwen is gevestigd. Hoewel we die cijfers met de grootste omzichtigheid moeten benaderen, is het duidelijk dat de nieuwe verplichting een aantal huisartsen kan aanzetten tot de vroegtijdige stopzetting van

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- En guise d'introduction, je souhaiterais souligner que le projet de prescription électronique poursuit des objectifs louables que M. Guy Vanhengel et moi-même soutenons.

En effet, ce système électronique améliore la qualité et la sécurité de la prescription : il élimine les problèmes de lecture par le pharmacien et réduit les erreurs de prescription, étant donné que le médecin reçoit une aide immédiate lors de l'encodage d'un médicament. Le système indiquera par exemple si le médicament n'est plus disponible en Belgique, si la posologie est exacte, etc.

Les entités fédérées - dont notre Région - ne sont pas directement impliquées dans le projet, mais l'ont soutenu en signant la mise à jour du plan e-santé en conférence Interministérielle (CIM) de la santé publique.

Mme Moureaux, j'ai, bien entendu, soumis à nouveau ce dossier dans le cadre de la CIM. En effet, si nous avions marqué notre accord sur le plan e-santé, la ministre n'avait pas, au départ, fixé cette date couperet du 1er janvier 2018. Les objectifs étaient planifiés à moyen terme. C'est une décision unilatérale de sa part. J'ai dès lors interpellé la ministre sur les dangers et les difficultés d'une telle approche. Un dialogue s'est noué et il semblerait que la date du 1er janvier 2018 ne soit plus aussi absolue, même s'il ne m'appartient pas d'en décider.

La prescription électronique est le quatrième point d'action du plan e-santé fédéral. Mais comme vous le soulignez, c'est le calendrier qui nous pose problème, compte tenu des statistiques d'informatisation des médecins généralistes en particulier, et des médecins qui exercent en cabinet privé de manière générale, tels les médecins spécialistes.

L'objectif d'e-santé ne doit pas être réalisé au détriment des objectifs de santé publique prioritaires, qui sont d'assurer un accès à la médecine et, en particulier, à la médecine générale.

Il est très difficile de donner une estimation précise du nombre de médecins qui seraient prêts

hun praktijk.

Aangezien 35% van de Brusselse artsen in de loop van de volgende tien jaar een punt achter zijn carrière zet en er volgens de berekeningen onvoldoende nieuwe artsen zullen bijkomen, is er wél reden tot ongerustheid. Daarom wou ik een sterk signaal geven. Het doel is met andere woorden lovenswaardig, maar door overhaast te werk te gaan, komt het hele project in gedrang. De artsen moeten de kans krijgen om zich langzaam maar zeker aan te passen. We moeten erover waken dat vacante plaatsen ingevuld geraken.

Huisartsen die zich in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest willen vestigen, ontvangen momenteel een vestigingspremie. Die is verhoogd ten opzichte van wat de federale overheid voorafgaand aan de zesde staatshervorming bood. We zijn dus wel degelijk begaan met de aantrekkelijkheid van Brussel voor huisartsen. Om de premie te krijgen, moet de arts een gelabeld EMD gebruiken en verbonden zijn met het Brussels Gezondheids-netwerk (BGN). In die zin zijn we de bondgenoot van de federale regering.

We bekijken momenteel met alle betrokken partijen hoe we de maatregelen ter ondersteuning van de huisartsen nog verder kunnen verfijnen. Met de hulp van de Fédération des associations de médecins généralistes de Bruxelles (FAMGB) en de Brusselse Huisartsenkring (BHAK) willen we een duidelijk beeld krijgen in welke wijken er een huisartsentekort is en willen we specifieke incentives bieden voor artsen die zich in zo'n wijk willen vestigen. De promotie van e-gezondheid wordt daar vanzelfsprekend in opgenomen.

De FAMGB, waarmee mijn kabinet trouwens uitstekend samenwerkt, is het met ons eens dat het elektronisch voorschrift niet overhaast mag worden ingevoerd en dat we artsen daarbij moeten ondersteunen en begeleiden. Een overgangsperiode lijkt dan ook aangewezen.

Er zouden bovendien uitzonderingen moeten mogelijk zijn voor occasionele voorschrijvers of voor artsen die aan de vooravond van hun pensioen staan.

Opleiding is een van de instrumenten om de artsen ondersteuning te bieden. Ook op dat vlak hebben

à quitter leur pratique. Les chiffres qui ont été cités dans la presse sont des extrapolations effectuées à partir de données concernant deux groupements de médecins, l'un situé à Anderlecht, l'autre dans le Hainaut. Si ces chiffres doivent être considérés avec une grande prudence, il est clair cependant que face à cette nouvelle obligation, un certain nombre de médecins généralistes sont découragés et pourraient mettre fin à leur activité de manière anticipée.

Étant donné qu'à Bruxelles, 35% du corps médical quittera la profession dans les dix ans à venir et que les rapports de la Commission de planification de l'offre médicale démontrent que le taux de renouvellement est insuffisant, il y a lieu d'être inquiet. C'est pourquoi j'ai voulu réagir de façon énergique, car l'heure n'est pas au découragement pour la médecine générale que nous souhaitons précisément revaloriser à Bruxelles. En d'autres termes, si l'objectif est louable, à vouloir trop précipiter les choses, c'est le projet lui-même qui en pâtit. Il vaut mieux laisser aux médecins le temps de s'adapter et veiller à combler d'abord les vides actuels dans le dispositif.

Comme vous le savez, des primes d'aide à l'installation de médecins généralistes sont actuellement octroyées aux praticiens qui souhaiteraient s'établir sur le territoire de la Région de Bruxelles-Capitale. Ces primes ont été revalorisées par rapport à celles attribuées précédemment par le pouvoir fédéral avant la sixième réforme de l'État. Nous sommes donc attentifs à l'attractivité de Bruxelles pour les médecins généralistes. Toutefois, il ne faudrait pas qu'un excès de précipitation produise des effets contraires et annihile nos efforts. Ces primes sont conditionnées à l'utilisation par le médecin d'un dossier médical informatisé (DMI) labellisé et à la connexion au Réseau santé bruxellois (RSB). Ce faisant, nous sommes donc les alliés du niveau fédéral puisque nous octroyons des primes de manière conditionnelle.

Comme je vous l'ai déjà annoncé, une réflexion concernant les mesures de soutien à la médecine générale est en cours avec toutes les parties prenantes dans l'objectif d'affiner notre approche. Nous voulons notamment identifier clairement, avec l'aide de la Fédération des associations de médecins généralistes de Bruxelles (FAMGB) et

we het federale beleid niet gedwarsboomd en hebben we voor premies en opleidingen gezorgd.

We hebben al 450.000 euro geïnvesteerd in de opleiding en de begeleiding van artsen op het vlak van e-health, een opdracht die is toevertrouwd aan de vzw Abrumet. In 2016 kregen 312 huisartsen een opleiding.

Het integrale opleidingsaanbod is sinds 10 september 2016 te vinden op ehealthacadamy.be. Per type gelabelde software, als bijvoorbeeld Health One en Epicure, worden er praktijk-opleidingen georganiseerd. Met de Société scientifique de médecine générale (SSMG) werken we momenteel een e-learningmodule uit met de titel 'E-gezondheid in mijn praktijk'.

Het RIZIV heeft ons verzekerd dat de co-financiering van de opleidingsprogramma's ook in 2018 wordt voortgezet. Dat betekent meteen dat nog niet alle artsen ermee klaar zijn en dat de federale regering dan ook overhaast heeft gecommuniceerd.

Het elektronische voorschrift moet met gelabelde software worden aangemaakt en vereist een EMD. De vzw Recip-e, die belast is met de invoering van het elektronisch voorschrift, heeft aangekondigd dat het een nieuwe basissoftware uitwerkt waarmee voorschriften zonder EMD mogelijk worden. De federale regering zegt ons paradoxaal genoeg dat het EMD tegen 2020 wel wordt veralgemeend, terwijl elektronische voorschriften al vanaf 2018 de norm zouden worden! Bovendien bestaat er wel al EMD-software voor huisartsen en voor specialisten in ziekenhuizen, maar nog niet voor specialisten in hun privépraktijk.

De regering is van plan deze problemen te verhelpen via basissoftware. Toch illustreert deze gang van zaken eens te meer hoe belangrijk het is om niet overhaast te werk te gaan.

Die basissoftware is er in de eerste plaats voor specialisten met een privépraktijk, maar ook voor gepensioneerde artsen en voor artsen die voor verzekeringsmaatschappijen of voor de overheid werken.

Alle apotheken zijn technisch in staat om met elektronische voorschriften te werken. Tijdens het

du Brusselse Huisartsenkring (BHAK), les quartiers en souffrance en termes de médecine générale et introduire des incitants spécifiques à l'installation de praticiens dans ces quartiers. La promotion de l'e-santé fait partie intégrante de cette réflexion.

Concernant plus spécifiquement la prescription électronique, la FAMGB, avec laquelle mon cabinet travaille en très bonne collaboration, partage notre avis selon lequel il faut effectivement se donner un peu de temps pour instaurer la réforme correctement et pour soutenir et accompagner les médecins dans le changement. Une période transitoire semble donc nécessaire.

De même, des dérogations devraient être possibles pour les prescripteurs occasionnels ou pour les médecins en fin de carrière.

Une des manières de soutenir les médecins consiste, bien entendu, à les former. Dans ce domaine également, nous avons joué notre rôle. Nous ne sommes pas opposés à la politique fédérale en la matière. Nous approuvons le projet et avons mis en place les primes et formations nécessaires.

Nous avons déjà investi 450.000 euros dans la formation et l'accompagnement des médecins généralistes à l'e-santé, une mission qui a été confiée à l'asbl Abrumet. En 2016, 312 médecins généralistes ont déjà été formés, sachant que, sur quelque 1.200 médecins, certains n'ont pas besoin de formation. Le travail est donc en cours.

Toute l'offre de formation (formations pratiques, clubs d'utilisateurs, conférences) est recensée sur le site internet ehealthacademy.be mis en ligne le 10 septembre 2016. Les formations pratiques sont organisées par type de logiciel labellisé (Health One, Epicure, etc.). Une capsule d'e-learning intitulée "L'e-santé dans ma pratique" est en cours d'élaboration avec la Société scientifique de médecine générale (SSMG).

L'Inami nous a assuré que le cofinancement des programmes de formation concernant la prescription électronique et d'accompagnement des médecins généralistes se poursuivra en 2018. À partir du moment où l'Inami indique que ces formations doivent continuer en 2018, cela

eerste trimester van dit jaar had al 99,9% van de apotheken het systeem al gebruikt.

De voorschrijvende arts moet over een internetverbinding beschikken om elektronische voorschriften op te stellen. Bij huisbezoeken kunnen artsen een app gebruiken die via 3G of 4G verbinding maakt, al lukt dat niet overal in het gewest even goed. Een gedrukt voorschrift is niet langer verplicht. De patiënt ontvangt een papieren document waarmee hij het geneesmiddel in de apotheek kan afhalen.

We moeten natuurlijk met onze tijd meegaan, maar dan wel zonder overhaasting.

Tijdens de voorbereidende vergadering van de interministeriële conferentie van maart heeft mijn kabinet inzake het elektronische voorschrift de noodzaak benadrukt van een realistische timing en de nodige begeleidende maatregelen.

Op een vergadering met vertegenwoordigers van mijn kabinet, van dat van de heer Vanhengel en van dat van mevrouw De Block, was de sfeer erg constructief, hoewel de minister de deadline van 1 januari 2018 nog niet heeft opgegeven. Er werd een lijst van nog op te lossen problemen opgesteld. Er zal bovendien, in samenwerking met het kabinet van federaal minister Jambon, een werkgroep worden opgericht inzake voorschriften voor personen die niet beschikken over een INSZ- of BIS-nummer noch over een Belgische elektronische identiteitskaart. Dit is het geval voor onder meer vluchtelingen en sans-papiers. Minister Vanhengel en ikzelf hebben de indruk dat wij werden gehoord, maar wachten nog wel op concrete voorstellen en oplossingen.

Het platform e-gezondheid.brussels werd opgestart in april 2016 met als doelstelling het formuleren van oplossingen aan patiënten en aan de gezondheidssector in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest te versnellen via innovatie en ondernemerschap. Meerdere actoren hebben hiervoor de handen in elkaar geslagen: de Brusselse regering, Abrumet, Agoria, Innoviris en lifetech.brussels.

Er werd een handvest met een formeel engagement ondertekend en een website e-gezondheid.brussels gecreëerd. De vzw PAQS,

signifie que tous les médecins ne sont pas encore prêts. Je relève donc là une incohérence dans les annonces du gouvernement fédéral.

Concernant le choix des solutions informatiques et des moyens de télécommunication, la prescription électronique nécessite l'utilisation d'un logiciel labellisé, un DMI. L'asbl Recip-e, qui est chargée de mettre en œuvre la prescription électronique, a annoncé la création d'un logiciel épuré permettant à certains médecins de prescrire sans disposer de ce DMI. Fait paradoxal, le gouvernement fédéral nous informe que le DMI sera finalisé pour 2020 mais, dans le même temps, il impose la généralisation de prescriptions électroniques en 2018 ! En outre, s'il existe aujourd'hui un logiciel DMI pour les médecins généralistes et les médecins œuvrant en milieu hospitalier, rien n'est encore prévu pour les médecins spécialistes travaillant en cabinet privé.

Le gouvernement ne nie pas ces problèmes et a donc l'intention de développer un logiciel épuré à cette fin. Néanmoins, cette démarche ne me paraît pas très sérieuse et souligne davantage encore la nécessité de ne pas introduire la prescription électronique dans la précipitation.

Ce logiciel épuré vise plus particulièrement les médecins spécialistes en pratique privée, mais aussi les médecins pensionnés et ceux qui travaillent pour des organismes assureurs ou des administrations.

La totalité des pharmacies sont informatisées et sont capables, sur le plan technique, de mettre en œuvre la prescription électronique. Au premier trimestre 2017, il s'avère que 99,9% des pharmacies ont déjà utilisé le système.

La prescription électronique nécessite une connexion internet pour le médecin prescripteur. En visite à domicile, une application mobile connectée à la 3G ou à la 4G pourrait être utilisée, même si nous savons que les connexions internet sont parfois difficiles à établir dans certaines poches de notre Région. L'impression n'est plus obligatoire. Il faut vivre avec son temps et utiliser la technologie quand elle peut nous simplifier la vie, mais accordons-nous du temps.

Le système actuel prévoit que le patient reçoive

die instaat voor de continue verbetering van de kwaliteit van de zorg en de veiligheid van de patiënt, heeft zich onlangs bij dit platform gevoegd. De toetreding van deze nieuwe partner werd op 27 april 2017 geofficialiseerd tijdens de eerste editie van de Connected Hospitals Health Awards, in het kader van de week van de e-gezondheid. Sinds de inwerkingtreding van de site telden we al 2.286 sessies en 1.577 unieke bezoekers.

Dit jaar wilden we onze bewustmakingscampagne in het bijzonder richten op huisartsen. Daarom werd er in het kader van de week van de e-gezondheid, die vorige week plaatsvond, een partnerschap aangegaan met de Le Journal du Médecin en zijn Nederlandstalige evenknie De Artsenkrant. Alle geabonneerde Brusselse artsen ontvingen een affiche en informatiebrochures over het Brussels Gezondheidsnetwerk (BGN) om in hun wachtzaal te leggen.

Vorig jaar hebben we 250.000 patiënten bereikt. Een jaar later zaten we al aan 451.000. Bijna 50% van de Brusselaars en 80% van de huisartsen zijn aangesloten. Wetende dat we een achterstand hadden tegenover het Vlaams en Waals gewest, hebben we toch een mooie inhaalbeweging gemaakt waardoor we ondertussen zelfs de beste leerling van de klas zijn.

Dit is een signaal dat de minister moet horen. De steun van de artsen voor dit project is ontegen-sprekelijk maar er moeten nog belemmeringen worden weggenomen. Om problemen voor artsen en patiënten te vermijden, mag er ook niet overhaast worden opgetreden. Welk signaal sturen we immers uit wanneer een arts geen voorschrift kan bezorgen wegens een netwerk-probleem of omdat de patiënt niet geregistreerd is? Moet hij dan tegen de patiënt zeggen dat hij niet kan worden geholpen? Dat is onmogelijk! Daarom moet er op voorhand komaf worden gemaakt met alle mogelijke problemen. Ik heb er goede hoop in dat dat moet lukken.

Met het oog op de start hebben wij een pers-conferentie georganiseerd in de buurt van de Kliniek Sint-Jan in Brussel. Een Nederlandstalige en Franstalige arts hebben bij die gelegenheid gesproken over hun ervaringen met de uitwisseling van elektronische gegevens via het

une preuve papier de la prescription comprenant un code-barres. C'est ce code qui est présenté au pharmacien et permet la délivrance du médicament. En visite à domicile, le médecin peut retranscrire ledit code-barres. Une imprimante n'est donc pas nécessaire.

En ce qui concerne le dialogue avec le pouvoir fédéral, mon cabinet a insisté, lors de la réunion préparatoire de la CIM de mars, sur la nécessité d'un calendrier réaliste et de mesures d'accompagnement pour la prescription électronique.

Une réunion a ensuite été organisée entre nos cabinets - celui de M. Vanhengel et le mien - et le cabinet de Mme De Block. La discussion a été très constructive, même si dans le chef de la ministre, il n'est pas encore question de revenir sur l'échéance du 1er janvier 2018. La liste des différents problèmes restant à résoudre - comme le DMI pour les spécialistes - a été dressée. Nous avons obtenu qu'un groupe de travail soit mis en place, en collaboration avec le cabinet du ministre de l'Intérieur, sur la prescription aux personnes ne disposant pas de numéro de registre national (NISS) ou BIS ni de carte d'identité électronique au format belge (les sans-papiers, les réfugiés, les internationaux, les enfants...).

Nous avons l'impression d'avoir été entendus mais nous attendons maintenant les propositions concrètes d'action et de solution. Dès lors, parlant d'une même voix, le ministre Vanhengel et moi-même avons écrit en ce sens au cabinet De Block.

Quant à la plate-forme e-santé.brussels et au nombre de pages visitées par session, je rappelle que cette plate-forme a été installée en avril 2016 en vue d'accélérer la mise à disposition de solutions pour les patients et le monde de la santé en Région de Bruxelles-Capitale, en soutenant l'innovation et l'entrepreneuriat. Cette plate-forme rassemble plusieurs acteurs qui mettent leurs forces en commun : le gouvernement bruxellois, Abrumet, Agoria, Innoviris et lifetech.brussels.

Une charte formalisant leur engagement en ce sens a été signée et le site internet e-santé.brussels a été créé. La Plate-forme pour l'amélioration continue de la qualité des soins et de la sécurité des patients (PAQS) vient de rejoindre la plate-forme.

BGN.

Tijdens die week werden er een radiospot en een online videoboodschap uitgezonden waarbij patiënten, artsen en experts hun ervaringen met het BGN uitwisselden. Ook werden er met betrekking tot e-gezondheid een persmoment en een colloquium georganiseerd. Ik wil het beleid op dat vlak openbreken. De innovatie-industrie kan inspelen op de behoeften van de patiënten en van de gezondheidsberoepen. Beide sectoren kunnen elkaar ontmoeten op het e-gezondheidsplatform.

Op 27 april vond de eerste editie plaats van de Connected Hospitals Health Awards. Dit was een gelegenheid om een balans op te maken van ons e-gezondheidsbeleid. De inspanningen van de ziekenhuizen die actief deelnemen aan de elektronische informatiedeling, werden via deze prijsuitreiking in de spots gezet. Haast alle Brusselse ziekenhuizen doen hier trouwens aan mee.

Die avond vormde ook de gelegenheid om enerzijds de toetreding van Brussel tot het European Connected Health Alliance (ECHAlliance) en anderzijds de toetreding van PAQS tot e-gezondheid.brussels te officialiseren. Brussel maakt deel uit van het nieuwe netwerk ECHAlliance omdat dit werd uitgewerkt op basis van internationale normen. Daarop mogen we trots zijn. Vlaanderen en Wallonië beroepen zich op Belgische normen.

Ik ga ervan uit dat het BGN niet alleen op Belgisch, maar ook op Europees niveau zijn nut bewijst. Voor wie op reis is in Frankrijk of Spanje zal de beschikbaarheid van zijn of haar medisch dossier de diagnose vergemakkelijken in geval van een ongeluk. De hulpverlening zal dan ook beter zijn.

De Europese commissie heeft Brussel als proefstad aangewezen omdat wij ons systeem helemaal hebben gemoderniseerd. Er bestaat hier al wel degelijk een netwerk van verbonden ziekenhuizen die kunnen samenwerken omdat zij dezelfde software hanteren. Wij voeren een evaluatie uit van de impact van dit alles. Het is echter nog te vroeg om de resultaten te communiceren.

L’adhésion de ce nouveau partenaire a été officialisée à l'occasion de la première édition des Connected Hospitals Health Awards, le 27 avril dernier, organisée dans le cadre de la Semaine de l'e-santé. Depuis la création du site internet e-santé.brussels en avril 2016, nous comptons 2.286 sessions et 1.577 visiteurs uniques. Pour rappel, cette plate-forme s'adresse aux opérateurs du secteur industriel et de la santé.

Concernant les actions de sensibilisation organisées dans le cadre de la Semaine de l'e-santé 2017, nous avons voulu, cette année, axer plus particulièrement notre campagne sur les médecins généralistes. Un partenariat a été conclu avec le Journal du médecin et son homologue néerlandophone Artsenkrant dans le cadre de la Semaine de l’e-santé, qui s’est tenue la semaine dernière. Tous les médecins bruxellois abonnés à ces hebdomadaires ont reçu une affiche et des brochures informatives sur le Réseau santé bruxellois (RSB) et ont été invités à les placer dans leur salle d’attente.

L'année passée, nous avions touché 250.000 patients ; un an plus tard, avant le début de la semaine de l'e-santé, nous en étions déjà à 451.000. Près de 50% des Bruxellois et 80% des médecins généralistes sont connectés. En un an, nous avons donc réalisé un travail assez remarquable au niveau bruxellois, sachant que nous avions un à deux ans de retard sur les Régions flamande et wallonne. Nous avons tout repris en main depuis le début de la législature et je crois que nous sommes maintenant les meilleurs élèves de la classe - alors que nous étions bons derniers en 2014 -, et ce, grâce à la volonté des médecins de collaborer et de s'inscrire dans le système.

C'est un signal que la ministre doit entendre : l'adhésion du corps médical à ce projet est incontestable, mais il faut lever les différents obstacles et ne pas agir dans la précipitation, au risque que des problèmes surviennent du côté du patient comme du médecin. En effet, imaginions qu'un médecin soit dans l'incapacité d'établir une prescription à la suite d'un problème de réseau ou de la non-inscription du patient, quelle image allons-nous donner ? Devra-t-il dire au patient concerné qu'il ne peut pas le soigner ? Ce n'est pas possible. Ces problèmes doivent être résolus au

We moeten op onze hoede blijven voor elke vorm van overhaasting in deze kwestie. We zijn op goede weg, maar zullen niet klaar zijn voor een start volgend jaar. Het is geen goed idee om de ossen achter de ploeg te spannen.

préalable et j'ai bon espoir qu'ils le soient.

Nous avons organisé une conférence de presse de lancement qui s'est tenue dans le dispensaire de médecine générale et poste de garde que nous avons installé au cœur de la ville, près de la Clinique Saint-Jean. Lors de cette conférence de presse, deux médecins généralistes, l'un francophone et l'autre néerlandophone, ont pu témoigner de leur expérience d'échange de données électroniques au moyen du RSB. C'est aussi à cette 'occasion presse que M. Guy Vanhengel et moi-même avons présenté les grands axes de notre plan stratégique e-santé 2017-2019.

D'autres activités se sont déroulées au cours de la semaine, notamment un spot radio, une campagne sur internet avec la diffusion de capsules vidéo de témoignage de patients, médecins et experts utilisateurs du RSB. Une rencontre presse "e-santé et entreprises" ainsi qu'un colloque intitulé "L'e-santé, un secteur économique porteur, une opportunité en termes d'innovation" ont également eu lieu. J'ai à cœur de décloisonner les politiques. Le monde de l'innovation et de l'industrie pouvant apporter des réponses aux besoins des patients et des professionnels de la santé, ces deux secteurs doivent se rencontrer. C'est donc l'un des objectifs de la plate-forme e-santé que j'ai évoquée précédemment.

Enfin, la première édition des Connected Hospitals Health Awards, dernière initiative en date pour encourager les hôpitaux, s'est déroulée le 27 avril. Cette soirée nous a permis de faire le point sur la politique de la Région en matière d'e-santé. Les efforts des hôpitaux qui participent activement à la dynamique du partage électronique d'informations, si importante pour la continuité des soins entre la première et la deuxième ligne, ont été valorisés par la remise d'un prix. Presque tous les hôpitaux y participent même s'il subsiste quelques petites réticences dans le chef de certains, plutôt dans le secteur public que dans le secteur privé.

La soirée a aussi été l'occasion d'officialiser, d'une part, l'adhésion de Bruxelles au réseau européen European Connected Health Alliance (ECHAlliance) et, d'autre part, l'adhésion de la PAQS à e-santé.brussels, comme je l'ai déjà signalé. L'ECHAlliance est un nouveau réseau.

Pourquoi Bruxelles en fait-elle partie ? Parce que notre réseau santé a été élaboré sur la base de normes internationales et que nous pouvons en être fiers. La Flandre et la Wallonie, quant à elles, se sont fondées sur des normes belges.

J'ai la faiblesse de croire que le RSB est très utile non seulement au niveau belge, mais également au niveau européen. Dans l'avenir, si vous voyagez en France ou en Espagne et êtes victime d'un accident, la disponibilité de votre dossier médical facilitera le diagnostic grâce à la connaissance des allergies et antécédents éventuels. L'aide sera donc améliorée dans le cadre des interventions.

Comme d'autres en Europe, nous nous sommes d'emblée alignés sur les normes internationales. La Commission européenne a ainsi désigné Bruxelles comme ville pilote en la matière car nous avons modernisé notre système en adoptant les normes de demain.

Il existe aujourd'hui un réseau d'hôpitaux connectés qui peuvent travailler ensemble et dialoguer puisqu'ils utilisent le même support logiciel. C'est un progrès considérable, y compris sur le plan économique. Il est dorénavant possible de procéder à des échanges d'informations et à des tests d'applications. Agoria, la Fédération de l'industrie technologique, ne s'est pas trompée en nous rejoignant sur cette plate-forme.

Nous sommes en train de procéder à une évaluation de l'impact de ces actions. Une série d'indicateurs ont déjà été définis, mais il est trop tôt pour vous communiquer des résultats définitifs.

J'ai essayé de vous livrer une réponse exhaustive. Ce projet ne mérite pas un débat politicien réducteur. Chacun doit le défendre, mais aussi mettre en garde contre toute précipitation qui serait contre-productive. Nous sommes sur la bonne voie, nous progressons rapidement, mais nous ne serons pas prêts pour 2018. J'attire l'attention du gouvernement fédéral sur les risques encourus si l'on met la charrue avant les bœufs.

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

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

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH) *(in het Frans).- Met dit dossier bevindt het Brussels*

M. André du Bus de Warnaffe (cdH).- Je remercie le ministre pour sa réponse très complète

Gewest zich duidelijk in de voorhoede.

Als ik het echter goed begrepen heb, is er nog altijd niets zeker over een eventueel uitstel van de verplichte invoering van het EMD in 2018. Er is nochtans een aantal risico's aan verbonden, zoals artsen die hun praktijk voortijdig stopzetten, meer ongelijkheid ten gevolge van de digitale kloof en een verhoogd risico op burn-outs bij artsen.

Het heeft er alle schijn van dat de federale regering een beslissing heeft genomen zonder de artsenfederaties en -verenigingen te raadplegen. Klopt dat? Zo ja, hoe kan daar iets aan worden gedaan? Kan het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg niet ingeschakeld worden om de federale minister van Volksgezondheid aan de hand van onderzoeken in te lichten over de gevolgen van een aantal beslissingen?

qui balaie tous les aspects de la question et place la Région bruxelloise dans une position avant-gardiste.

Toutefois, j'entends que rien n'a été décidé qui permettrait de reporter l'obligation d'appliquer le DMI dès 2018. Or cette mesure comporte plusieurs risques : inciter quelques médecins à cesser leur activité, ne pas rencontrer certaines situations de dispenses de soins, un renforcement des inégalités sociales induit par la facture digitale et l'imposition d'une contrainte supplémentaire susceptible de multiplier les cas d'épuisement professionnel parmi les médecins généralistes.

Dans notre système, la place des acteurs de terrain est reconnue. Dès lors, je ne comprends pas pourquoi le pouvoir fédéral prend des décisions sans y associer les fédérations des associations de médecins. Dans quelle mesure les fédérations et associations de médecins ont-elles été consultées ?

Quel organe de consultation faudrait-il activer ou créer pour qu'une telle décision ne puisse être prise sans concertation préalable des personnes concernées ? Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) pourrait aussi, par des études, éclairer la ministre de la Santé sur les conséquences d'une série de décisions.

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

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College *(in het Frans).- Mijnheer du Bus, ik kan me helemaal vinden in die laatste opmerking, maar dat is natuurlijk een zaak voor mevrouw De Block.*

- De incidenten zijn gesloten.

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

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Les dernières questions de M. du Bus de Warnaffe étant adressées à la ministre Maggie De Block, je ne peux y répondre. Je partage ses interrogations.

- Les incidents sont clos.

INTERPELLATIE VAN DE HEER PHILIPPE CLOSE

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

INTERPELLATION DE M. PHILIPPE CLOSE

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

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 weigering tot erkenning van het universitaire karakter van de ziekenhuizen UKZKF, UVC Brugmann en UMC Sint-Pieter".

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

De heer Close heeft het woord.

De heer Philippe Close (PS) *(in het Frans).- Het Brussels Gewest mag trots zijn op zijn wereldwijd erkende ziekenhuisbeleid. Dankzij het overleg tussen de openbare sector en de privésector, maar ook tussen de gemeenten en het gewest, is het erin geslaagd om de ziekenhuissector te saneren en verder te laten ontwikkelen.*

Tijdens het laatste begrotingsconclaaf werden zonder enige vorm van overleg nieuwe besparingen aan de ziekenhuizen opgelegd. Zo moeten de Irisziekenhuizen 15 miljoen euro inspanningen leveren.

Bovendien heeft minister De Block in een brief van 3 februari 2017 meegedeeld dat ze het universitaire karakter weigert te erkennen van het Universitair Kinderziekenhuis Koningin Fabiola (UKZKF) en de universitaire medische centra (UMC) Brugmann en Sint-Pieter. Formeel gezien trekt de minister dit niet in, aangezien geen enkel Irisziekenhuis die erkenning ooit officieel heeft ontvangen, met uitzondering van het Jules Bordet Instituut, maar de betrokken ziekenhuizen hebben beslist om haar beslissing aan te vechten voor de Raad van State.

Minister De Block werkt ondertussen voort aan haar toekomstvisie voor het ziekenhuislandschap in België. Na haar nota's over de samenstelling en

FONCTION PUBLIQUE, LES FINANCES, LE BUDGET ET LES RELATIONS EXTÉRIEURES,

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

concernant "le refus de reconnaissance du caractère universitaire des hôpitaux Huderf, CHU Brugmann et CHU Saint-Pierre".

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

La parole est à M. Close.

M. Philippe Close (PS).- En guise d'introduction, je voudrais dire que, s'il y a une chose dont cette Région peut être fière, c'est de la politique hospitalière qu'elle a menée, quels que soient les gouvernements. Nous avons réussi à faire de Bruxelles une vraie capitale de la santé, reconnue au niveau mondial.

Nous avons - et cela n'a pas été simple - réussi à trouver une sorte de paix hospitalière entre les réseaux public et privé, laïc et chrétien. Cela a été long, compliqué et difficile. Cela a pris plus de vingt ans, mais aujourd'hui, en termes de reconstruction, de développement et de recherche, notre Région qui peut s’enorgueillir de sa politique hospitalière.

Cette politique est, certes, particulière par rapport à celle des deux autres Régions, mais nous devons en être fiers, car elle le résultat d'une réelle concertation. Cette concertation entre le privé et le public, mais aussi entre les communes et la Région, a pu conduire aux accords nécessaires pour assainir le secteur et permettre son développement.

Au-delà des restrictions budgétaires du dernier conclave qui, rien que pour le réseau Iris, devraient représenter quinze millions d'euros d'efforts supplémentaires, et ce sans préavis, sans

het beheer van de netwerken heeft ze onlangs een nota over de verdeling van de ziekenhuisfuncties voorgesteld.

Die visienota leidde tot heel wat ophef. Minister De Block wil bepaalde functies, referentiefuncties genaamd, voorbehouden voor universitaire diensten, maar weigert tegelijkertijd om het universitaire karakter van bepaalde instellingen zoals het Universitair Kinderziekenhuis en de universitaire medische centra Brugmann en Sint-Pieter te erkennen, terwijl die hoogtechnologisch onderzoek verrichten.

Daardoor komt de toekomst in gevaar van instellingen die al decennialang de parels van het Brussels gezondheidsbeleid zijn. Ze zullen in de toekomst de erkenning moeten aanvragen voor referentiefuncties waarin ze ondertussen een reputatie hebben opgebouwd.

Welke stappen hebt u ondernomen om de toekomst van de Brusselse ziekenhuizen te verdedigen? Welke antwoorden hebt u van uw federale gesprekspartners ontvangen?

Het Brussels Gewest en de Brusselse gemeenten hebben honderden miljoenen euro's geïnvesteerd in onderzoek (in plaats van de gemeenschappen) en gezondheid (in plaats van de federale overheid) om die ziekenhuizen uit te bouwen tot wat ze vandaag zijn. Ze zouden dus op zijn minst moeten worden geraadpleegd.

De brief van minister De Block bevat een aantal verbijsterende uitspraken. Zo stelt ze dat het geen meerwaarde voor het Belgische gezondheids-systeem zou opleveren om alle diensten, functies en programma's van het Kinderziekenhuis als universitair te erkennen, omdat daaruit geen strategische visie zou blijken. Voorts vindt ze het niet nodig om drie academische en drie universitaire ziekenhuizen in Brussel te concentreren. Kortom, ze aanvaardt het bijzondere karakter van Brussel als hoofdstad niet. Ik bespeur een zeker regionalisme.

In een vraag aan de federale minister heeft mevrouw Onkelinx haar ongerustheid over de toekomst van het Kinderziekenhuis uitgesproken. Ze herinnert eraan dat dat universitaire ziekenhuis niet alleen algemene pediatrische

lissage et sans consultation, nous avons appris que la ministre De Block a, dans un courrier du 3 février dernier, refusé la reconnaissance du caractère universitaire des services, fonctions et programmes de l'Hôpital universitaire des enfants Reine Fabiola (Huderf) et des centres hospitaliers universitaires (CHU) Brugmann et Saint-Pierre.

Formellement, elle ne retire certes pas ce caractère universitaire, car à la suite d'un recours introduit à la fin des années 2000, notamment par la Katholieke Universiteit Leuven (KUL), cette reconnaissance n'a jamais été octroyée officiellement à aucun hôpital du réseau Iris, à l'exception de l'Institut Jules Bordet, qui n'a fait l'objet d'aucun recours.

À notre connaissance, les hôpitaux concernés ont décidé d'entamer une procédure auprès du Conseil d'État contre cette décision de la ministre.

Dans le même temps, Mme De Block avance dans sa vision du futur paysage hospitalier en Belgique. Après sa note de principe sur la constitution des réseaux de décembre 2016 et une autre sur la gouvernance des réseaux, elle a sorti plus récemment une note de principe sur la programmation des réseaux, dans laquelle elle communique une première réflexion sur la répartition des fonctions entre les différents niveaux de missions hospitalières.

Cette réflexion a créé un tollé au sein de nombreux hôpitaux. Il est notamment question de réserver certaines fonctions dites "de référence" à des services universitaires. Dans le même temps, la ministre fédérale refuse cette reconnaissance universitaire à des institutions comme l'Huderf, le CHU Brugmann ou le CHU Saint-Pierre, dont on connaît les missions de recherche et de médecine de pointe.

Ces deux annonces concomitantes montrent que le piège est en train de se refermer sur des institutions qui, depuis des décennies, constituent des fleurons de notre politique de santé publique bruxelloise. La ministre les condamne aujourd'hui à perdre leur caractère universitaire et, demain, à postuler pour la reconnaissance de fonctions de référence qui font actuellement leur réputation.

Permettez-moi de partager devant cette assemblée

diensten aanbiedt, maar ook meer acute problemen behandelt, zoals kanker en zeldzame ziekten. Ze benadrukt dat het ziekenhuis een uitstekende reputatie heeft en dat de patiëntjes niet alleen uit Brussel komen, maar ook uit Vlaanderen en Wallonië en uit andere Europese landen.

Mevrouw Onkelinx verwijst voorts naar een document waaruit blijkt dat de tertiaire pediatrische functies (pediatrische oncologie, pediatrische hemato-oncologie, pediatrische intensieve zorgen), met andere woorden de hoofdfuncties van het Kinderziekenhuis, alleen nog maar in bepaalde academische ziekenhuizen zouden mogen worden aangeboden.

Indertijd heeft het Brussels Gewest, samen met de Université libre de Bruxelles (ULB), beslist om een monofunctioneel ziekenhuis te creëren. Het is dankzij de steun van Brussel-Stad en van het Brussels Gewest dat het Kinderziekenhuis heeft kunnen overleven en zijn expertise heeft kunnen ontwikkelen. De artsen in dat ziekenhuis vragen bovendien geen privé-erelonen, maar passen de klassieke tarieven toe.

Als de informatie in het document klopt, zal het Kinderziekenhuis niet langer de titel van universitair ziekenhuis kunnen dragen en zal de toekomst van dat referentiecentrum, dat gespecialiseerd is in de behandeling van kinderen, in het gedrang komen.

De erkenning van de Brusselse academische ziekenhuizen (Erasmus, Saint-Luc en het UZ Brussel) behoort tot de exclusieve bevoegdheid van de Franse en Vlaamse Gemeenschap. Als de referentiefuncties binnen die academische instellingen worden geconcentreerd, ten nadele van de bicommunautaire algemene ziekenhuizen, zal het Brussels Gewest expertise verliezen in die speerpuntfuncties.

Bovendien zijn de drie betrokken ziekenhuizen niet de enige. De Université catholique de Louvain (UCL) voert een deel van haar universitaire opdrachten uit in Mont-Godinne. De universiteit van Luik behoudt universitaire diensten in het gewestelijk ziekenhuiscentrum La Citadelle en het universitair ziekenhuiscentrum Sart Tilman. Waarom zou de ULB niet hetzelfde kunnen doen

mes plus vives inquiétudes pour les hôpitaux publics bruxellois quant au sort que leur réserve la réforme entamée par la ministre fédérale. Quelles démarches avez-vous entreprises pour défendre l'avenir hospitalier de la Région de Bruxelles-Capitale ? Quelles sont, dans ce cadre, les réponses apportées par vos interlocuteurs fédéraux ?

Pour rappel, la Région et les communes bruxelloises ont injecté des centaines de millions d'euros dans la recherche - à la place des Communautés - et la politique de soins - à la place du pouvoir fédéral - pour faire de ces hôpitaux ce qu'ils sont aujourd'hui. Les consulter serait donc la moindre des choses !

Le courrier par lequel la ministre De Block refuse la reconnaissance universitaire à trois de nos institutions phares, comprend des propos hallucinants, évoquant "le manque de vision stratégique ou de motivation démontrant clairement quelle serait, pour le système de soins de santé belge, la plus-value de la désignation de l'ensemble des services, fonctions et programmes de soins de l'hôpital comme étant universitaires". Les médecins de l'Hôpital des enfants apprécieront ce mépris.

Une phrase de la lettre de Maggie De Block laisse peu de place au doute : "Considérant que le paysage hospitalier en Région bruxelloise est déjà assez particulier" (cela fait trente ans qu'on y travaille), "vu le grand nombre d'hôpitaux sur le territoire, et étant donné que trois des sept hôpitaux académiques s'y trouvent, à première vue, il n'est pas nécessaire de concentrer trois hôpitaux académiques et trois hôpitaux à caractère universitaire remplissant tous des missions académiques sur un seul et même territoire métropole".

En résumé, elle n'accepte pas que la capitale soit ce qu'elle est, et on sent poindre le régionalisme de certains. Notons, au passage, que la ministre oublie, dans son comptage, de mentionner l'Institut Jules Bordet - qui me tient fort à cœur et dont je préside, depuis quinze ans, le comité stratégique -, dont les services, programmes et fonctions sont reconnus comme universitaires. Je rappelle d'ailleurs qu'en 2019, nous inaugurerons le nouvel Institut Jules Bordet, qui se construit sur

met de historische instellingen van haar faculteit geneeskunde?

Het is belangrijk dat u snel reageert om de universitaire erkenning te redden. Anders moeten de Irisziekenhuizen plots ook nog eens 15 miljoen euro extra vinden voor de begroting.

Hebt u de directies van de drie betrokken openbare ziekenhuizen ontmoet? Hebt u een strategie uitgewerkt om onze bicommunautaire algemene ziekenhuizen te beschermen tegen de federale programmatie, die nadelig is voor het Brusselse gezondheidsbeleid? Overweegt u om beroep aan te tekenen?

le campus d'Anderlecht.

Dans une question adressée à la Chambre à la ministre fédérale de la Santé publique, la députée Laurette Onkelinx a fait part de son inquiétude pour l'avenir de l'Huderf, qu'elle qualifiait, à juste titre, de fleuron : "Cet hôpital universitaire propose en effet des services autour de l'enfant, comprenant la prise en charge généraliste pédiatrique et celle de problèmes plus aigus, comme le cancer et les maladies rares. On vient de partout à l'Hôpital des enfants, non seulement de Bruxelles, mais de Flandre et de Wallonie. On y vient d'autres pays européens. Il est reconnu comme un fleuron en la matière".

Pendant plus d'une dizaine d'années, il a également opéré tous les enfants cardiaques référencés par l'Algérie, via une convention particulière qui en faisait un hôpital de pointe à l'échelon mondial dans les opérations de ce type.

Mme Onkelinx a pu faire état à Mme De Block d'un document qui prévoit que les fonctions pédiatriques tertiaires - l'oncologie pédiatrique, l'hémato-oncologie pédiatrique, les soins intensifs pédiatriques, c'est-à-dire les fonctions principales de l'Huderf - ne pourront plus exister que dans un certain nombre d'hôpitaux académiques.

C'est évidemment réécrire l'histoire à l'envers : à l'époque, la Région bruxelloise, avec le réseau de l'Université libre de Bruxelles (ULB), a décidé de créer un hôpital monofonctionnel, lequel ne peut survivre qu'avec l'aide des pouvoirs publics bruxellois, communaux et régionaux. C'est parce qu'il a été soutenu par les hôpitaux, par la Ville de Bruxelles et son CPAS, et par la Région bruxelloise que l'Hôpital des enfants a pu poursuivre sa mission. J'ajouterai que les médecins de cet hôpital ne pratiquent pas d'honoraires privés, mais seulement des honoraires classiques.

Si ce document est confirmé, non seulement l'Hôpital des enfants ne pourra plus porter le titre d'hôpital universitaire, mais la survie de cette institution de référence spécialisée dans la prise en charge des enfants sera également mise en cause.

Rappelons que les hôpitaux académiques bruxellois (Erasme, Saint-Luc et UZ Brussel)

relèvent de la compétence d'agrément exclusive des Communautés française et flamande. La concentration des fonctions hospitalières de référence au sein de ces seules institutions académiques, au détriment des hôpitaux généraux bicommunautaires, entraînera une perte de compétence des autorités régionales bruxelloises sur la politique de Santé publique, dont les agréments, pour ce qui concerne ces fonctions de pointe.

Rappelons enfin que les trois hôpitaux publics concernés ne sont pas des exceptions. L'Université catholique de Louvain (UCL) accomplit à Mont-Godinne une partie de sa mission universitaire et l'Université de Liège maintient des services universitaires au Centre hospitalier régional (CHR) La Citadelle, en plus de ceux confiés au CHU du Sart Tilman. Pourquoi l'ULB ne pourrait-elle en faire autant avec les institutions historiques de sa faculté de médecine ?

En tant que Bruxellois, je pense qu'il est urgent de réagir rapidement sur ce problème de reconnaissance universitaire. Cette question ne tient même pas compte des quelque quinze millions d'euros que va devoir trouver le réseau Iris. Je vous rappelle que cet effort budgétaire nous a été annoncé de but en blanc pour le budget 2017, sans nous laisser le temps de trouver les moyens de nous adapter.

Avez-vous rencontré les autorités des trois hôpitaux publics concernés ? Mettez-vous en œuvre une stratégie pour préserver nos hôpitaux généraux bicommunautaires de ces programmations peu favorables à une politique de santé publique régionale bruxelloise, qui fonctionne pour tout le pays, voire pour une partie des Européens qui viennent se faire soigner chez nous ? Envisagez-vous des voies de recours ?

Bespreking

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

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College *(in het Frans).- Voor hun aanvraag tot erkenning van het universitaire karakter van*

Discussion

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

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- J'ai parfois un peu l'impression de servir d'exutoire entre la ministre fédérale de la Santé et les

bepaalde diensten of functies beroepen de drie ziekenhuizen in kwestie zich op het koninklijk besluit van 7 juni 2004. Dat is en blijft een federale bevoegdheid, ook na de zesde staatshervorming. Het gewest kan geen beroep aantekenen tegen de federale beslissing.

Er zijn wel ziekenhuizen die een rechtsvordering ingesteld hebben en ik denk dat ze een goede kans hebben om de zaak te winnen.

Ondanks het feit dat het hier geen gewestelijke bevoegdheid betreft, hebben wij in het verleden Brusselse ziekenhuizen altijd gesteund wanneer ze iets gedaan wilden krijgen bij een andere overheid.

In dit dossier echter hebben de ziekenhuizen geen contact opgenomen met ons. We hebben uit de pers vernomen dat de erkenning hun geweigerd werd. Als ze onze steun hadden gevraagd, hadden we voor hen kunnen lobbyen, ook al is dat geen garantie voor succes. In dit geval hebben de ziekenhuizen blijkbaar op eigen houtje willen handelen.

Ik zou ook uw verwijten aan het adres van minister De Block enigszins willen nuanceren. De problematiek rond de erkenning van het universitaire karakter van bepaalde ziekenhuisdiensten is niet van vandaag of gisteren. Verschillende federale ministers van Volksgezondheid van verschillende partijen zijn er al over gegaan zonder dat er iets veranderde voor de drie ziekenhuizen in kwestie. Iedereen moet dus de hand in eigen boezem steken.

Gezien de zwakke federale argumenten denk ik wel dat de ziekenhuizen door de rechter in het gelijk gesteld zullen worden, maar in de toekomst vragen ze beter meteen steun bij de gewestelijke regering om hun kansen te vergroten.

Ook wij zijn overtuigd van de hoge kwaliteit van de diensten van die ziekenhuizen, maar aangezien we het dossier niet in zijn geheel hebben kunnen bekijken, kunnen we geen uitgesproken standpunt innemen. Ik roep de betrokken ziekenhuizen dan ook op om onze kabinetten te contacteren zodat ze het dossier grondig kunnen bestuderen. Het lijkt me essentieel dat alle politieke fracties zich als één man scharen achter deze terechte aanvraag

Bruxellois, mais c'est bien ainsi et c'est mon rôle de relayer les préoccupations des Bruxellois.

Il est inutile de rappeler l'importance du secteur hospitalier bruxellois dans nos politiques de santé.

Dans le cas que vous soulevez, à savoir les demandes de trois hôpitaux publics - l'Hôpital universitaire des enfants Reine Fabiola (Huderf), le CHU Brugmann et le CHU Saint-Pierre - de reconnaître le caractère universitaire de certains services ou fonctions, je commencerai par rappeler certains éléments de contexte.

Tout d'abord, je rappelle que l'arrêté royal du 7 juin 2004 sur lequel se basent les trois hôpitaux publics bruxellois afin d'obtenir une reconnaissance de qualité d'hôpital universitaire pour certains services ou pour certaines fonctions ne relève pas de la compétence des ministres bicommunautaires de la Santé, même après la sixième réforme de l'État. Nous n'avons pas plus de droit de recours contre une décision fédérale en la matière.

Je sais, par ailleurs, que des hôpitaux ont introduit des actions. J'ai l'intuition qu'ils ont beaucoup de chance d'avoir gain de cause dans ce litige.

Ensuite, et malgré notre absence de compétence dans cette matière très précise, lorsqu'un hôpital bruxellois demande une assistance dans un dossier qui appelle l'intervention d'autres niveaux de pouvoir, nous n'avons jamais refusé d'apporter cette assistance, pour autant que la demande soit légitime et s'inscrive dans la vision de développement du secteur hospitalier bruxellois.

Or, Mon collègue et moi-même sommes au balcon dans ce dossier : c'est par la presse que nous avons appris l'échec de la démarche. Si nous avions travaillé en amont, nous aurions pu exercer un lobbying. Le résultat aurait peut-être été identique, mais nous aurions pu au moins appuyer cette décision. Force est de constater que les hôpitaux ont souhaité travailler seuls dans ce dossier. Peut-être étaient-ils assurés de leur bon droit, mais il aurait été plus opportun de faire appel aux ministres de la Santé bruxellois pour traiter pareille demande.

Enfin, dans ce dossier, je nuancerai quelque peu

tot erkenning.

Het is duidelijk dat de vraag van de drie openbare ziekenhuizen niet los gezien kan worden van de aangekondigde hervorming van het ziekenhuis-landschap, die vele vragen opwerpt. Daarom is samenwerking in dit dossier ook zo belangrijk.

In het kader van de interministeriële conferentie (IMC) Volksgezondheid nemen we deel aan de besprekingen rond de hervorming. Minister De Block heeft ons een werkdocument voorgelegd waarin ze voorstelt de ziekenhuisdiensten in ten minste drie categorieën onder te verdelen:

- basisdiensten, zoals een kraamafdeling, die in elk ziekenhuis aanwezig kunnen zijn, maar niet noodzakelijk op elke site van eenzelfde ziekenhuis;

- referentiediensten, zoals een afdeling hart-chirurgie, die niet in elk ziekenhuis zouden voorkomen;

- diensten die alleen maar in een universitair ziekenhuis mogen bestaan, zoals kinderoncologie.

Dat federale voorstel moet nog preciezer uitgewerkt worden en in de IMC wordt het dus nog steeds besproken. De federale regering is bereid te onderhandelen om tot een akkoord te komen. Dat moet ook wel, want als ze eenzijdig een programma doordrukt, vrees ik dat het tot mislukking gedoemd is.

De federale overheid is immers bevoegd voor de programmering en de organieke elementen van de wetgeving, terwijl de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC) verantwoordelijk is voor de erkenningsnormen.

De onderhandelingen zijn dus nog aan de gang, onder meer over het aantal netten en de organisatie ervan en we behartigen daarbij de belangen van alle Brusselse ziekenhuizen. We zijn niet tegen een organisatie met netwerken. Het komt er alleen op neer een evenwicht te vinden tussen ieders voorrechten en bevoegdheden en het document van minister De Block daaraan aan te passen.

les charges que vous portez à l'encontre de Maggie De Block. La reconnaissance de la qualité universitaire de certains services hospitaliers est une longue saga qui a déjà connu des recours et a traversé la mandature de plusieurs ministres fédéraux de la Santé, sans aucune évolution acquise dans le chef des trois hôpitaux cités. La vérité a ses droits : ce n'est pas un problème qui émerge aujourd'hui. Chacun doit balayer devant sa porte puisque, peu ou prou, de nombreuses formations politiques ont occupé cette compétence à un moment donné.

Voilà ce que nous pouvons dire du dossier en l'état. Même si je ne suis pas juge, je pense que les hôpitaux gagneront leur recours, car l'argumentaire juridique développé par le niveau fédéral est très faible. À l'avenir, s'il faut construire un dossier, il vaudra mieux le construire ensemble pour se donner le maximum de chances d'aboutir.

Nous partageons avec vous l'idée que ces hôpitaux offrent un service de haute qualité à la population bruxelloise et, plus largement, à la patientèle bruxelloise, puisque les hôpitaux bruxellois soignent un grand nombre de non-Bruxellois.

À ce stade, n'ayant pas pu prendre connaissance de l'ensemble du dossier soutenant leur demande, nous ne souhaitons pas prendre position plus avant. J'invite donc très formellement ces hôpitaux à contacter nos cabinets pour qu'ils procèdent à l'analyse du dossier. Il importe cependant de reformuler cette demande qui me paraît justifiée, qui date déjà de nombreuses années, et de créer un consensus autour de nous, toutes formations politiques confondues, pour défendre ce dossier.

Il est clair que la demande des trois hôpitaux publics s'inscrit dans un contexte d'annonce de réforme du paysage hospitalier qui suscite de multiples interrogations sur l'avenir de nos hôpitaux. J'ai bien compris que ce plan constitue l'occasion de concrétiser cette réforme. D'où l'utilité de collaborer dans ce dossier.

Nous sommes associés à la discussion sur cette réforme dans le cadre de la conférence interministérielle (CIM) de la santé publique.

La ministre fédérale a effectivement déposé un document de travail contenant une proposition de répartition des services hospitaliers en trois catégories au moins :

- les services de base qui pourraient être présents dans tous les hôpitaux mais pas forcément sur tous les sites d'un même hôpital (par exemple, en maternité) ;

- les services de référence, qui n'existeraient pas dans tous les hôpitaux ;

- et, enfin, parmi ces derniers, on distinguerait les activités de référence qui pourraient être menées dans n'importe quel hôpital - pour autant qu'il réponde aux conditions d'excellence (la chirurgie cardiaque, par exemple) - et celles qui ne pourraient l'être que dans un seul hôpital universitaire (comme l'oncologie pédiatrique).

Cette proposition fédérale de nouvelle programmation des hôpitaux doit encore être affinée et épurée. Le document de travail fait donc toujours l'objet de discussions au sein d'un groupe de travail de la CIM. Le niveau fédéral s'est dit disposé à négocier avec les entités fédérées afin de dégager un accord. Nous nous sommes engagés, à l'instar de toutes les autres entités fédérées, à travailler en commun sur une réforme du paysage hospitalier.

Compte tenu, notamment, de la nouvelle configuration des compétences en matière hospitalière, à la suite de la sixième réforme de l'État, la réforme ne peut qu'être le fruit d'un accord équilibré entre l'État fédéral et les Régions et Communautés. Je rappelle, en effet, que l'État fédéral est compétent pour la programmation et pour les éléments organiques de la législation, et que la Commission communautaire commune (Cocom) est compétente pour les normes d'agrément. Autrement dit, si le gouvernement fédéral veut passer en force, son action est vouée à l'échec et je crains le pire.

Actuellement, cette négociation n'est pas aboutie. Elle porte sur de nombreux aspects, comme le nombre de réseaux et leur organisation. Sachez que nous poursuivons la négociation avec force, en tenant compte des intérêts de tous les hôpitaux bruxellois, même si nous soutenons la logique

d'un travail en réseau. J'approuve donc cette philosophie, mais il convient de tenir compte des prérogatives et des compétences de chacun et de trouver une solution équilibrée.

Le document en question est un document de travail qui a été soumis par la ministre fédérale Maggie De Block. Il s'agit d'une pièce à casser qu'il faut reconstruire tous ensemble. C'est le message que j'essaie de faire passer auprès du niveau compétent.

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

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

De heer Philippe Close (PS) *(in het Frans).- Er zitten twee regeringscommissarissen in de raad van bestuur van de Irisziekenhuizen. Ik zal die opnieuw ondervragen, want het is niet normaal dat u niet werd geïnformeerd.*

M. Philippe Close (PS).- J'ai le souvenir qu'un débat similaire a eu lieu au sein du conseil d'administration des hôpitaux du réseau Iris, où siègent deux commissaires du gouvernement. Je pensais donc qu'ils avaient été saisis de l'affaire. Je vais les réinterroger, car il ne me semble pas normal que vous n'ayez pas été informé.

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College *(in het Frans).- De subtiliteit van ons systeem zorgt ervoor dat die commissarissen geen gezondheidsspecialisten zijn. Dat is een echt probleem.*

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- La subtilité de notre système fait que les commissaires du gouvernement ne sont pas des spécialisés en matière de santé. Cela pose également un réel problème.

De heer Philippe Close (PS) *(in het Frans).- Dat kan worden opgelost. Het lijkt mij normaal dat de regering op de hoogte wordt gebracht van dit soort dossiers.*

M. Philippe Close (PS).- On peut le régler. Mais il me semble normal que le gouvernement soit saisi de ce genre de dossier.

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College *(in het Frans).- Dat maakt geen deel uit van de opdrachten van een regeringscommissaris. Het zijn de directies van de Irisziekenhuizen die de ministers projecten moeten voorstellen en steun moeten vragen.*

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Objectivement, je ne pense pas que cela entre dans les missions d'un commissaire. C'est le rôle des directions et de la cellule du réseau Iris d'aller voir les ministres, de leur présenter les projets qu'ils portent et de leur demander, le cas échéant, un appui.

De heer Philippe Close (PS) *(in het Frans).- Wij hebben 25 jaar gewerkt aan de ontwikkeling en sanering van ons gezondheids- en ziekenhuis-netwerk. We mogen trots zijn op die prestatie. We hebben bedden gesloten en de begroting in evenwicht gebracht, zowel in de openbare sector als in de privésector. Wij zitten niet langer in dezelfde situatie als bij de oprichting van het Irisnet toen we elk jaar miljoenen euro's moesten*

M. Philippe Close (PS).- À leur décharge, pour suivre ce dossier d'assez près, la brutalité et la rapidité avec laquelle nous devons à chaque fois intervenir posent parfois problème. Nous sommes convoqués le jeudi et sommés de rendre un avis le lundi suivant ! A fortiori, si cet avis est négatif, on nous dit déjà qu'il ne servira à rien.

Nous avons mis 25 ans pour créer notre réseau de

vinden om bedden te sluiten.

Ik vrees dat de federale overheid Brussel hetzelfde model wil opleggen als de andere twee gewesten, terwijl onze situatie totaal verschillend is. Als hoofdstad trekken we heel wat patiënten van buiten het gewest aan. 70% van onze patiënten is niet afkomstig uit Brussel. We moeten vermijden dat de gemeenten en de GGC geld moeten bijpassen.

Het Kinderziekenhuis heeft ongeveer 150 bedden. Als beslist wordt dat de pediatrische afdeling van het Erasmusziekenhuis de taken van het Kinderziekenhuis moet overnemen, zullen er nog maar 25 bedden beschikbaar zijn. Waar moeten de kinderen dan naartoe? Bovendien zijn de pediatrische diensten van de ziekenhuizen duur.

Wie aan het onderzoek raakt, raakt aan een model dat werkt. Het gewest heeft zijn verantwoordelijk genomen. Zo zullen we het Jules Bordet Instituut, een ziekenhuis van Brussel-Stad, heropbouwen op de campus van Erasmus om het dichter bij de faculteit geneeskunde te brengen.

Het zou jammer zijn dat ons Brussels model, dat gebaseerd is op akkoorden tussen de verschillende netwerken en iedereen een kwaliteitsvolle gezondheidszorg garandeert, wordt stukgemaakt. Ik roep daarom de partijen die in de federale regering zitten op om ons Brussels model te verdedigen.

santé et d'hôpitaux au sein de cette Région. Nous pouvons en être fiers, d'autant que nous l'avons assaini. Nous avons fermé des lits et équilibré le budget, tant dans le privé que dans le public. Même s'il peut y avoir des problèmes avec un hôpital académique, grâce à l'aide des missions sociales financées par les communes, nous sommes parvenus à un assainissement. Nous ne sommes plus dans la situation que nous connaissions lors de la mise en place du réseau Iris : nous devions trouver chaque année des millions d'euros pour fermer des lits.

Ce que je crains, c'est que l'on tente d'appliquer à Bruxelles le modèle qui existe dans les deux autres Régions et qui ne correspond pas du tout à la situation bruxelloise. En tant que capitale, notre Région concentre un autre taux de patientèle qu'ailleurs. Ce n'est pas prétentieux de le dire. C'est juste une constatation : nous soignons tout le pays. Septante pour cent de notre patientèle ne réside pas à Bruxelles. Doit-on considérer que, comme nous nous adaptons à eux, ils s'adapteront à nous ? In fine, ce sont les communes et le niveau bicommunautaire qui devront allonger l'argent.

Prenons l'exemple de l'Huderf, qui représente environ 150 lits. Si l'on devait décider demain que le service pédiatrique d'Erasme doit prendre le relais, il n'y aurait que 25 lits disponibles. Que va-t-on faire des enfants ? Où vont-ils aller ? L'on sait, en outre, que les services pédiatriques des hôpitaux sont coûteux, ce qui est normal. Qu'importe, il faut tout de même l'assumer. La pédiatrie est globalement remboursée comme la médecine pour adultes, mais reconnaissons que faire une radio ou une intraveineuse sur un enfant prend plus de temps et est plus complexe.

Aujourd'hui, en touchant à la recherche, on touche à un modèle qui fonctionne. La Région a pris ses responsabilités : quand il a fallu décider de reconstruire l'Institut Jules Bordet - un hôpital de la Ville de Bruxelles - sur le campus d'Érasme pour le rapprocher de la faculté de médecine, nous avons pu nous mettre d'accord sans anicroche. Je ne voudrais pas que l'on casse ce modèle bruxellois d'accords entre réseaux - qu'ils soient privé ou public, chrétien ou laïc - qui garantit une médecine de qualité pour tous.

C'est ce qui m'inquiète dans ces mesures brutales.

J'en appelle aux partis qui siègent au gouvernement fédéral, pour qu'ils préservent ce modèle bruxellois et soutiennent vos démarches.

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

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

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College *(in het Frans).- We kunnen niets doen aan de erkenningen. Ik raad de ziekenhuisdirecties aan om direct contact op te nemen met de minister van Volksgezondheid.*

De heer Vanhengel en ikzelf zijn het niet eens met de huidige hervormingsvoorstellen en hebben dat duidelijk te verstaan gegeven aan de federale overheid. Als er enkel rekening wordt gehouden met het aantal inwoners zal dat rampzalige gevolgen hebben en zullen er ziekenhuizen moeten sluiten. Brussel is een apart geval omdat wij heel wat patiënten van buiten het gewest aantrekken. Ik hoop dat de federale overheid met die specifieke situatie rekening zal houden.

We staan in nauw contact met de verantwoordelijken van de Irisziekenhuizen en de privéziekenhuizen, die samenwerken en elke stap van de hervorming goedkeuren. Het valt echter niet uit te sluiten dat de federale regering ons beslissingen van hogerhand oplegt. Hopelijk zal het gezond verstand zegevieren.

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- En ce qui concerne la reconnaissance, ce qui est fait est fait : j'invite donc les directions et les responsables des hôpitaux à entrer en contact direct avec la ministre de la Santé publique.

Quant à la réforme, à ce stade, M. Vanhengel et moi-même la désapprouvons, ne fût-ce qu'en raison de la zone de chalandage : établir des réseaux sur la base du nombre d'habitants serait catastrophique et entraînerait la fermeture pure et simple d'hôpitaux. Nous avons, dès lors, très clairement fait valoir les spécificités bruxelloises : notre zone de chalandage va bien au-delà de Bruxelles, de la Région, voire du pays, puisqu'une "industrie hospitalière" bruxelloise reconnue s'offre aux personnes qui viennent se faire soigner ici.

Je n'ose croire que le gouvernement fédéral passera en force et qu'il ne fait face à aucun contre-pouvoir. Concernant les négociations en conférence interministérielle, j'ai rencontré les responsables des hôpitaux Iris et des hôpitaux privés, qui travaillent ensemble. Nous maintenons avec eux un contact étroit, et ils valident chaque avancée dans cette réforme. On peut cependant toujours craindre une décision qui tombe du ciel. Espérons que la sagesse l'emportera.

- Het incident is gesloten.

- L'incident est clos.

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

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

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 "het Brussels rapport over de armoedetoestand (2016) en de toegang tot de gezondheidszorg".

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

De heer du Bus de Warnaffe heeft het woord.

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH) *(in het Frans).- Op woensdag 29 maart stelde het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad hier in het parlement zijn armoedeverslag over 2016 voor. Daarin wordt bevestigd dat de armoede toeneemt en dat de sociale ongelijkheid in de gezondheidszorg blijft bestaan.*

Het aantal personen die recht hebben op de verhoogde tegemoetkoming van de verzekering geeft ons een indicatie van het aantal mensen dat in armoede leeft. In 2016 genoot 26,4% van de Brusselse bevolking zo'n tegemoetkoming. Het gaat opvallend genoeg veelal om jongeren onder de 18 en ouderen boven de 65. Het percentage is bijzonder hoog in de armste gemeenten van het gewest.

Volgens het gezondheidsonderzoek van 2013 stelt 22,5% van de Brusselse gezinnen gezondheidszorg om financiële redenen uit. Ook veel gezinnen stellen om dezelfde reden een bezoek aan de tandarts uit.

Tot slot legt het verslag een verband tussen het aantal geconventioneerde en niet-geconventioneerde tandartsen, dat sterk verschilt van gemeente tot gemeente. In arme gemeenten zijn er 5,2 geconventioneerde tandartsen per 10.000 inwoners, terwijl dat er in rijke gemeenten 12,3 per 10.000 inwoners zijn.

RELATIONS EXTÉRIEURES,

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

concernant "le rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté (2016) et l'accès aux soins de santé".

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

La parole est à M. du Bus de Warnaffe.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH).- Le mercredi 29 mars, notre hémicycle a accueilli l'Observatoire bruxellois de la santé et du social pour la présentation de l'édition 2016 du rapport sur l'état de la pauvreté. Ce rapport confirme ce que nous savions déjà : la pauvreté augmente et les inégalités sociales dans le domaine de la santé persistent. En matière d'accès aux soins de santé, il dresse quelques constats interpellants.

D'abord, le nombre de bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM) constitue un indicateur permettant d'estimer le nombre de personnes vivant dans des conditions difficiles. En 2016, 26,4% de la population bruxelloise bénéficiait de cette intervention. Le plus interpellant est qu'il s'agit principalement de jeunes de moins de 18 ans et de personnes âgées de plus de 65 ans. Le pourcentage est particulièrement élevé dans le "croissant pauvre" de notre capitale.

Ensuite, l'accès aux soins est cher, et de nombreux ménages bruxellois reportent les soins de santé. Selon l'enquête de santé 2013, 22,5% des ménages bruxellois déclarent avoir retardé des soins de santé pour des raisons financières. Le constat est identique pour les visites chez le dentiste : 14,4% des ménages bruxellois reportent leur visite pour des raisons financières. Là aussi, la répartition varie selon le statut socio-économique de la commune de résidence.

Uit die vaststellingen blijkt de geografische spreiding van de sociale ongelijkheid op het vlak van gezondheid, de band met de sociaal-economische status van de patiënten en de gevolgen voor de toegang tot de gezondheidszorg. Hoe wilt u de toegang tot de gezondheidszorg verbeteren in het toekomstige Brussels Plan voor de gezondheidszorg?

Bent u van plan om bijzondere aandacht aan de kwetsbaarste groepen te besteden zonder in stereotypering of segregatie te vervallen?

Hoe kan het aanbod van betaalbare tandheelkunde in het toekomstige Brussels Plan voor de gezondheidszorg worden uitgebreid?

Enfin, le rapport établit un lien avec l'offre de praticiens (dentistes conventionnés et non conventionnés), qui diffère fortement entre les communes : "Dans les communes à bas niveau socio-économique, on comptabilise 5,2 dentistes conventionnés pour 10.000 habitants alors qu'on en recense 12,3 pour 10.000 habitants dans les communes à haut niveau socio-économique".

Ces constats confirment la répartition géographique des inégalités sociales dans le domaine de la santé, leur lien avec le statut socio-économique des personnes et les conséquences sur l'accès aux soins. Dans le cadre du futur Plan de santé bruxellois, quels outils et leviers d'action pouvez-vous mettre en place pour améliorer l'accès aux soins de santé ?

Existe-t-il une volonté de cibler des groupes particuliers plus fragilisés, sans toutefois verser dans les stéréotypes et la ségrégation ?

Comment, l'offre de soins dentaires accessibles peut-elle être prise en considération et renforcée dans le futur Plan de santé bruxellois ?

Quels leviers d'action pouvez-vous créer pour améliorer l'accès aux soins dentaires et l'offre de dentistes qui en découle ?

Bespreking

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

De heer Amet Gjanaj (PS) *(in het Frans).- In het armoedeverslag over 2016 van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad staat wederom dat veel Brusselaars gezondheidszorg uitstellen en dat tandheelkunde voor heel wat Brusselaars onbetaalbaar is.*

Tijdens een interpellatie over mond- en gebitsverzorging hamerde collega Manzoor niet alleen op het belang van preventie en bewustmaking, maar ook van de toegang tot tandheelkunde. Een bezoek aan de tandarts wordt bijzonder vaak uitgesteld in het Brussels Gewest, zeker door de armste bevolkingsgroepen. Daarom moet u samen met uw collega's werk maken van

Discussion

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

M. Amet Gjanaj (PS).- Comme les précédents, le baromètre 2016 de l'Observatoire bruxellois de la santé et du social souligne à juste titre l'importante question de l'accès aux soins de santé. Il épingle deux phénomènes majeurs : le fait que de nombreux Bruxellois postposent leurs soins de santé, et le problème de l'accès des adultes aux soins dentaires.

Lors d'une interpellation sur la santé bucco-dentaire des Bruxellois, mon collègue Zahoor Ellahi Manzoor a insisté sur l'intérêt de la prévention et de la sensibilisation, mais aussi sur l'importance de l'accès aux soins. Le report de ce type de soins est particulièrement élevé dans notre

bewustmaking en informatie.

Net als mijn collega's wil ik dat het Brussels Plan voor de gezondheidszorg bijzondere aandacht aan de kwestie besteedt. Wat is er in die zin concreet gebeurd sinds mijn interpellatie op basis van een studie van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE)?

Uit het themarapport van 2016 over het gebrek aan sociale rechten en bescherming blijkt duidelijk wat de oorzaken zijn van de ontoegankelijkheid en het uitstellen van gezondheidszorgen, waardoor de gezondheid van mensen die al in de problemen zitten nog kan verslechteren.

We mogen er geen doekjes om winden: medische zorgen zijn vooral ontoegankelijk omdat ze veel geld kosten. Uit de bijdrage van het socialistisch ziekenfonds aan het genoemde rapport blijkt dat nog te weinig mensen weten dat ze recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming.

Het verslag heeft het ook over de schuldenberg waartegen veel Brusselse gezinnen aankijken als gevolg van facturen voor gezondheidszorg en ziekenhuisverblijven.

We moeten het in deze context ook over de rol van het OCMW hebben. Het zou interessant zijn om samen met uw collega's van Sociale Zaken een gecoördineerd beleid te voeren.

De OCMW's worden vaak met de vinger gewezen, meer bepaald in het witboek gezondheid van de Fédération des associations de médecins généralistes de Bruxelles (FAMGB) en het groenboek van Dokters van de Wereld (DVDW), uitgegeven samen met het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV). Het is opvallend dat er in een besparingscontext van de OCMW's wordt verwacht dat ze instaan voor de betaling van gezondheidsprijzen, terwijl de prijzen van geneesmiddelen stijgen, ze in mindere mate worden terugbetaald en de besparingen in de ziekenhuissector ook niet zonder gevolgen zullen blijven.

De Brusselse OCMW's zijn zich weliswaar bewust van het feit dat er nog heel wat werk aan de winkel is. De lijst met geneesmiddelen die de

Région, comparé à ses voisines, et a fortiori parmi les populations les plus fragiles. Il est, dès lors, indispensable de mener un vrai travail de sensibilisation et d'information, en collaboration avec vos collègues chargés de la prévention et de la promotion de la santé.

Comme mes collègues, je souhaite que le Plan de santé bruxellois accorde à cette question une attention particulière. Qu'a-t-il été entrepris concrètement pour ce faire depuis notre interpellation basée sur une étude du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) ?

À la lecture du rapport thématique 2016 sur le non-recours aux droits sociaux et à la sous-protection sociale, ainsi que de son troisième cahier, Les Regards croisés, on saisit mieux les nombreux ressorts qui peuvent contribuer au phénomène de non-accès à la santé ou de report de prise en charge, ce qui est susceptible d'aggraver encore la santé de personnes déjà en difficulté.

Il ne faut pas s'en cacher, les difficultés d'accès aux soins sont surtout une question de coûts. La contribution de Solidaris, la Mutualité socialiste, aux Regards croisés est édifiante pour ce qui concerne l'intervention majorée : la connaissance de ce dispositif et son accès devraient être améliorés.

Le rapport fait également état du surendettement important de nombreux ménages bruxellois, dû aux coûts des soins de santé et des factures d'hospitalisation.

Il convient évidemment d'évoquer le rôle des CPAS dans ce cadre. Il serait intéressant qu'une politique concertée avec vos collègues en charge des affaires sociales soit menée en la matière.

Les CPAS ont souvent été mis en cause, notamment par le livre blanc sur la santé de la Fédération des associations de médecins généralistes de Bruxelles (FAMGB) et le livre vert de Médecins du monde, coédité à Bruxelles avec l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (Inami). Il est piquant de constater que, dans un contexte de restriction budgétaire à tous les niveaux de pouvoir, l'on demande aux CPAS de compenser la prise en charge financière de l'accès aux soins, alors que le prix des médicaments

OCMW's aanbieden is daar een mooi voorbeeld van. Een lijst met geneesmiddelen die artsen en apothekers als essentieel bestempelen, vormt de referentie voor OCMW's die de kosten betalen voor mensen met een medische en farmaceutische kaart. Vanwege de impact op de volksgezondheid zouden de ziekteverzekering die geneesmiddelen moeten betalen, maar het zijn de gemeenten die dat doen via de dotatie aan de OCMW's.

Komt die link tussen sociale zaken en gezondheid in de samenwerking met de OCMW's aan bod in het toekomstige Brusselse Plan voor de gezondheidszorg?

augmente, que leur prise en charge se réduit, et que les économies dans le secteur hospitalier auront des effets en la matière.

Certes, les CPAS bruxellois sont conscients qu'il y a encore un travail à accomplir, en matière d'harmonisation des pratiques, de simplification administrative, etc. La liste des médicaments fournie par les CPAS constitue un bel exemple à cet égard. Une liste de médicaments considérés comme essentiels par des médecins et pharmaciens, et dressée en concertation avec ces professionnels, sert de référence pour le travail des CPAS dans la prise en charge financière des usagers qui se sont vu délivrer une carte médicale et pharmaceutique. Étant donné leur impact sur la santé publique, ces médicaments devraient être pris en charge par l'assurance maladie. Pourtant, ce sont les communes, à travers la dotation aux CPAS, qui payent la facture.

Cet axe social-santé, en partenariat avec les CPAS, est-il mis en œuvre dans le futur Plan de santé bruxellois ?

Je garderai pour de futures interpellations des questions sur les prises en charge bas seuil pour les illégaux dans le cadre des réformes de l'aide médicale urgente, en lien avec le niveau fédéral.

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

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College *(in het Frans).- De sociale ongelijkheid in de toegang tot de gezondheidszorg is een belangrijk deel van het Brussels Plan voor de gezondheidszorg. Drie punten zijn van essentieel belang: de volksgezondheid hangt niet alleen af van het gezondheidsbeleid, informatie en bewustmaking over het bestaande zorgaanbod is een absolute must en we moeten nadenken over een laagdrempelig zorgaanbod voor kwetsbare doelgroepen.*

De noodzaak om de volksgezondheid te integreren in elk beleidsdomein wordt ingegeven door de veelvuldigheid van gezondheidsfactoren die de toegang tot de gezondheidszorg overstijgen.

Iedereen moet de informatie krijgen waarmee hij

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

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Je répondrai d'abord à votre question sur les outils et leviers visant à améliorer l'accès aux soins.

Je vous confirme que la question des inégalités sociales en matière de santé et d'accès aux soins fera partie intégrante du Plan de santé bruxellois. Dans ce cadre, trois points d'attention et de réflexion nous paraissent essentiels : la bonne santé de la population n'est pas uniquement liée à la politique de santé au sens strict ; une information et une sensibilisation adaptées aux besoins du citoyen quant à l'offre de soins existante et à son utilisation sont indispensables ; tout en privilégiant l'offre de soins traditionnelle, il faut réfléchir au développement d'une offre de soins de bas seuil pour des publics fragilisés.

zijn weg vindt in de gezondheidszorg. In het licht van de multiculturele context van Brussel moet die informatie via uiteenlopende kanalen worden verspreid. Sommige mensen zijn bijvoorbeeld meer gebaat bij mondelinge communicatie dan bij schriftelijke.

Het zorgaanbod moet universeel zijn. Dat betekent dat er een apart aanbod moet komen voor kwetsbare doelgroepen, want al is de sociale zekerheid vrij ruim, we zien dat een groeiend deel van de bevolking geen toegang heeft tot geneeskundige zorgen.

Daarom steunen we sinds 2016 het openbaar huisartsendispensarium van DVDW en de FAMGB en de oprichting van geïntegreerde sociale en gezondheidscentra in Molenbeek en Anderlecht door DVDW. Kansarmen kunnen er terecht voor zorgverlening en om hun ziekteverzekering opnieuw in orde te krijgen.

Een heleboel vragen gaan over federale bevoegdheden. De gewestregering zal binnenkort de dotaties aan de OCMW's structureel verhogen. Dat zal niet volstaan, maar op die manier geven we een duidelijk signaal.

Tandheelkundige zorgen vormen nog zo'n uitdaging. Problemen met tanden en gebit kunnen immers grote gevolgen hebben, zoals infecties en pijn, leerproblemen, een laag zelfbeeld enzovoort.

De financiering van curatieve en preventieve zorgen en de informatie over tandverzorging zijn echter grotendeels federale materie.

Sinds 2005 heeft het RIZIV diverse initiatieven genomen om voornamelijk jongeren bewust te maken van het belang van tandheelkundige zorgen. Sinds 2009 zijn zowel curatieve als preventieve tandheelkundige zorgen volledig gratis voor wie jonger dan achttien jaar is.

Vóór de zesde staatshervorming en de overdracht van de bevoegdheid aan de gemeenschappen financierde het RIZIV het Verbond der Vlaamse tandartsen en de Société de médecine dentaire om jongeren bewuster te maken van het belang van tandhygiëne. De organisaties hebben een bus met tandartsen en assistenten die scholen en jongerenevenementen aandoet.

La nécessité d'intégrer la santé à toutes nos politiques se justifie par le fait que les déterminants de la santé sont multiples et beaucoup plus larges que l'accès à l'offre de soins. Une politique qui vise à promouvoir la santé et à lutter contre les inégalités sociales de santé doit nécessairement avoir un caractère transversal et être axée sur des leviers d'amélioration situés en majeure partie en dehors du secteur de la santé.

En matière d'accès aux soins, chacun doit disposer de l'information nécessaire qui lui permettra de s'orienter dans le système de santé. Cela vaut tant pour la connaissance de ses droits et des services de santé disponibles que pour le recours à ces services. Cette information doit également tenir compte des modes de communication très diversifiés au vu du contexte multiculturel bruxellois, du fait que certains privilégient la communication orale plutôt qu'écrite.

Enfin, l'offre de soins doit être la plus universelle possible. Toutefois, il est nécessaire de développer une offre particulière pour certains publics très fragilisés. En effet, si la couverture sociale est relativement large, nous constatons qu'une part de plus en plus grande de la population n'a pas accès aux soins, soit parce que les personnes sont exclues de ladite couverture sociale, soit parce que le niveau de couverture ne leur permet pas de se faire soigner, au regard de leurs moyens financiers.

C'est en ce sens que nous soutenons, depuis 2016, le dispensaire public de médecine générale organisé par Médecins du monde (MDM) et la Fédération des associations de médecins généralistes de Bruxelles (FAMGB) et que nous épaulons l'installation, par MDM, de centres sociaux-santé intégrés (CSSI) à Molenbeek et Anderlecht, notamment. Ces offres de soins ciblées pour les publics fragilisés permettent aux personnes qui y ont droit, mais qui en ont été exclues par les accidents de la vie, de récupérer une couverture sociale.

Beaucoup de vos questions sont de la compétence du pouvoir fédéral. Notre gouvernement régional augmentera très prochainement les dotations allouées aux CPAS, et ce de manière structurelle. Cette mesure constitue notre réponse. Elle ne suffira, certes, pas, mais nous envoyons ainsi un

signal clair : si chaque niveau de pouvoir prenait ses responsabilités, nous suivrions la bonne voie. Parfois, il nous faut combler les brèches ouvertes par d'autres.

Concernant votre question relative aux soins dentaires, il s'agit en effet d'un enjeu important. Les problèmes de santé bucco-dentaire peuvent avoir des conséquences multiples, dont des infections et douleurs bucco-dentaires, des troubles de l'apprentissage, une mauvaise image de soi, etc.

Nous n'avons cependant que peu de leviers en matière de soins dentaires. La politique bucco-dentaire, c'est-à-dire le financement des soins curatifs et préventifs, l'information et la promotion à ce niveau, relève principalement du gouvernement fédéral.

Depuis 2005, l'Inami a pris diverses initiatives pour promouvoir la santé bucco-dentaire, en particulier chez les jeunes. La nomenclature a progressivement été adaptée en ce sens et depuis 2009, les soins dentaires, tant curatifs que préventifs, sont tout à fait gratuits (à l'exception des soins d'orthodontie) pour les moins de dix-huit ans.

Par ailleurs, avant la sixième réforme de l'État et le transfert de la compétence aux Communautés, l'Inami finançait la Verbond der Vlaamse tandartsen du côté flamand et la Société de médecine dentaire du côté francophone, pour renforcer la sensibilisation des jeunes à la santé bucco-dentaire et mesurer l'impact des campagnes.

Les organisations disposent à cet effet de "bus dentaires" et de personnel (dentistes, assistants). Ces bus sont présents dans les écoles, aux événements organisés pour les jeunes, etc., afin de les sensibiliser et, éventuellement, de les examiner.

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

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH) *(in het Frans).- We wachten vol ongeduld op het Brussels Plan voor de gezondheidszorg. Het verheugt me dat u een overkoepelende visie op de*

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

M. André du Bus de Warnaffe (cdH).- Nous attendons avec impatience le Plan de santé bruxellois. Je me réjouis de vous entendre donner une place importante à la vision transversale de la

gezondheidszorg huldigt. Dat is heel belangrijk, maar we mogen er ook weer niet van uitgaan dat de antwoorden in de gezondheidszorg hoofdzakelijk in andere beleidsdomeinen te rapen vallen.

Op de vraag wat hij als eerste zou doen om de gezondheid van de Brusselaars te verbeteren, antwoordde professor Cassiers, het diensthoofd geestelijke gezondheid van de Université catholique de Louvain (UCL) echter wel: "Iedereen aan het werk helpen".

Vormt de versterking van de maisons médicales geen pertinent antwoord om de sociale ongelijkheid tegen te gaan en in te spelen op de uitdagingen die het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad onder de aandacht brengt? Zij houden zich immers bezig met de globale situatie van de persoon.

Zou het niet interessant zijn om de banden met de gemeenten aan te halen om een duidelijker beeld te krijgen van de geografische spreiding van de tand- en gebitsproblemen? Er zijn immers een heleboel schepenen van Gezondheid die met lokale initiatieven komen. De coördinatie van al die gemeentelijke acties lijkt me wenselijk.

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

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College *(in het Frans).- Het dispensarium is een manier om aan te sluiten bij het systeem waarover u het heeft. U weet dat we een geschil met de federale regering hebben over de maisons médicales. We zijn op zoek naar een oplossing die ons niet achteruitzet en u dringt al aan op vooruitgang!*

We moeten natuurlijk meer doen, maar ik ben

santé. C’est un enjeu majeur, mais il ne faudrait pas non plus généraliser et affirmer qu'en matière de santé, les réponses se trouvent principalement dans les autres matières.

Cela dit, lorsqu'on lui demandait quelle serait la première initiative à prendre pour améliorer la santé des Bruxellois, le professeur Cassiers, grand patron de la santé mentale à l'Université catholique de Louvain (UCL), avait répondu : "Veiller à donner à chacun un emploi". La personne qui a un emploi se sent, en effet, mieux par rapport à une série d’aspects de la vie quotidienne et sa santé ne peut qu'en bénéficier.

Par ailleurs, vous avez fait référence aux centres sociaux-santé intégrés. Le renforcement des maisons médicales - malgré le bémol fédéral - n'est-il pas une réponse pertinente pour réduire les inégalités sociales en santé et répondre à tous les enjeux mis en avant par l’Observatoire de la santé et du social ? Les maisons médicales assurent en effet une prise en charge globale de la situation de la personne. C'est capital.

Quant à l'identification géographique des problèmes de santé bucco-dentaires, ne serait-il pas intéressant, dans le cadre de votre futur Plan de santé bruxellois, de renforcer les liens avec les communes ? Celles-ci comptent dans leurs rangs un nombre croissant d’échevins et d'échevines de la santé, qui prennent des initiatives très locales, par quartiers, y compris dans le domaine dentaire. C'est le cas, notamment, à Etterbeek. La coordination des actions de sensibilisation des citoyens et des ressources locales et communales me semble souhaitable.

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

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Le dispensaire est une manière de s'inscrire dans le dispositif dont vous parlez. Vous savez qu'au sujet des maisons médicales, nous avons aussi un petit litige avec le gouvernement fédéral. Nous essayons de trouver des solutions pour ne pas reculer. Vous, vous proposez qu'on avance !

Je vous ai parlé des expériences que nous réalisons avec Médecins du monde (MDM) dans

geen goochelaar en ik moet het doen met de middelen die ik heb. We doen projectoproepen voor een wijkgerichte benadering, we analyseren welke tekorten er per wijk zijn, we steunen projecten van DVDW enzovoort. Ik hoop dat we dat beleid kunnen voortzetten en dat we de problemen structureel kunnen aanpakken.

- Het incident is gesloten.

des quartiers fragilisés d'Anderlecht et de Molenbeek. Il faudrait évidemment en faire plus, mais je ne suis pas un magicien et je fais ce que je peux avec les moyens dont je dispose.

Vous voyez bien que toutes nos initiatives vont dans ce sens : nous lançons des appels à projets pour des approches par quartier, nous faisons des analyses sur les insuffisances quartier par quartier, nous soutenons les projets de MDM, etc. Voilà notre approche. J'espère que nous pourrons poursuivre cette politique et que la réponse aux problèmes deviendra structurante.

Ceci étant, il ne faudrait pas que, par ailleurs, on déséquilibre la situation, car si nous avançons d'un côté pour reculer de l'autre, au final, nous faisons du surplace, ou pire, nous régressons.

- L'incident est clos.

MONDELINGE VRAGEN

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

MONDELINGE VRAAG VAN DE HEER ZAHOOR ELLAHI MANZOOR

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

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

betreffende "de talrijke medicaties voor de bejaarden in de rust- en verzorgings-tehuizen".

QUESTIONS ORALES

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

QUESTION ORALE DE M. ZAHOOR ELLAHI MANZOOR

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

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

concernant "la polymédication des personnes âgées dans les maisons de repos et de soins".

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).- Het Belgische apothekersnetwerk Familia heeft onlangs een studie uitgevoerd over de hoeveelheid geneesmiddelen die in onze rust- en verzorgingstehuizen (RVT) worden toegediend. De resultaten zijn alarmerend: 40% van de 75-plussers krijgt per jaar meer dan acht verschillende geneesmiddelen en 30% neemt er vijf of meer verschillende per dag. Bewoners van rust- en verzorgingstehuizen nemen tot 22 geneesmiddelen per dag. Ongeveer een op de twee bewoners slikt antidepressiva (42,8%).*

Te veel medicatie kan leiden tot complicaties en bijwerkingen en mensen kunnen vallen, een heup breken, verward raken of te maken krijgen met nierinsufficiëntie, vermindering van het lever-metabolisme en delirium. Volgens Familia is 45% van de geneesmiddelen in de rust- en verzorgingstehuizen niet op elkaar afgestemd. 20% van de 75-plussers wordt in het ziekenhuis opgenomen wegens slecht op elkaar afgestemde medicatie. Bovendien leidt het te vaak voorschrijven van antibiotica tot een toegenomen resistentie en kan een echte infectie op den duur niet meer worden bestreden. Daar komt nog de hoge prijs bovenop voor ons gezondheidssysteem maar ook voor de patiënt. De gemiddelde uitgave voor het patiëntengedeelte van geneesmiddelen bedraagt 140 euro.

Bent u op de hoogte van het probleem? Bevestigt u de cijfers van Familia? Heeft het Verenigd College stappen ondernomen tegen overmatige medicatie bij artsen, familieleden of verantwoordelijken van de RVT's? Hoe komt die kwestie voor in het Brusselse Gezondheidsplan?

Hebt u het probleem al besproken met uw federale en andere tegenhangers? Kunt u daar iets meer over vertellen? Komt het op de agenda van de IMC Volksgezondheid?

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).- Le réseau de pharmacies belge Familia a récemment mené une étude sur la quantité de médicaments délivrés dans les maisons de repos et de soins dans notre pays. Les chiffres qui en ressortent sont alarmants : 40% des plus de 75 ans reçoivent plus de huit médicaments différents par an, et 30% prennent cinq médicaments différents ou plus par jour. Des résidents en maison de repos et de soins reçoivent jusqu'à 22 médicaments par jour. Les antidépresseurs sont donnés à près d'un résident sur deux (42,8%).

La polymédication des personnes âgées est un problème social. Elle peut provoquer des complications, des interactions et des effets secondaires, car certains médicaments sont contradictoires. II peut en résulter des chutes accidentelles, des fractures de la hanche, des épisodes de confusion, des insuffisances rénales, une diminution du métabolisme hépatique et des crises de délire.

Selon les études du réseau Familia, le taux de discordance médicamenteuse dans les maisons de repos et de soins en Belgique est de 45%. Le taux de patients de plus de 75 ans hospitalisés à cause d'un mauvais suivi de la prise de médicaments est de 20%.

De plus, les prescriptions excessives de médicaments tels que les antibiotiques contribuent à l'augmentation du phénomène de résistance. Ainsi, l'on prive la communauté des outils nécessaires pour lutter contre les vraies infections.

S'y ajoute le surcoût considérable de ces pratiques pour notre système de santé, mais aussi pour le patient. La participation moyenne du patient pour sa part dans la dépense en médicaments est d'environ 140 euros, ce qui correspond à une part des frais de santé estimée à 20%. En comparaison, aux Pays-Bas, cette part atteint à peine 5,7%.

Avez-vous connaissance de cette problématique ? Confirmez-vous les chiffres fournis par Familia ? Le Collège réuni a-t-il mené ou mène-t-il des

actions, auprès des médecins, des proches des résidents ou dans les maisons de repos et de soins sur les risques de la polymédication ? Cette problématique est-elle intégrée dans le Plan de santé bruxellois ? Dans l'affirmative, comment ?

Avez-vous déjà débattu de cette question avec vos homologues, notamment au niveau fédéral ? Dans l'affirmative, pourriez-vous nous donner plus d'informations à ce sujet ? Cette problématique a-t-elle fait ou fera-t-elle l'objet de discussions en conférence interministérielle (CIM) de la santé publique ?

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

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College *(in het Frans).- Wij zijn wel degelijk op de hoogte van het overmatige gebruik van medicatie in rust- en verzorgingstehuizen. Op 16 maart hebben op een symposium van het apothekersnetwerk Familia meerdere sprekers de meest recente resultaten besproken op het vlak van overmatig geneesmiddelengebruik bij senioren en in de rusthuizen. In tegenstelling tot wat u zegt werd die studie echter niet uitgevoerd door Familia.*

Het gebruik van geneesmiddelen in rusthuizen werd in ons land al vaker bestudeerd maar er zijn weinig gegevens per gewest beschikbaar omdat het geneesmiddelenbeleid in rusthuizen hoofdzakelijk een federale bevoegdheid is. De weinige beschikbare gegevens tonen echter aan dat de situatie in Brussel weinig verschuilt van de situatie voor het hele land.

Een studie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen uit 2014 over het geneesmiddelengebruik in rusthuizen toonde aan dat 33% van de Brusselse bewoners antipsychotica gebruikt, tegenover 36% in België en dat 55% antidepressiva neemt, tegenover 53% in België.

De meest recente gezondheidsenquête uit 2013 vermeldt voor Brussel resultaten voor senioren in het algemeen, ongeacht of ze thuis dan wel in een rusthuis verblijven. Van de 75-plussers neemt 30% op 24 uur tijd vijf of meer geneesmiddelen. Ook hier zien we weinig verschil met de Belgische

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

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Nous sommes bien au courant de la problématique de la polymédication en maisons de repos et de soins. Ce sujet a été abordé lors d'un symposium organisé par le réseau de pharmacie Familia, le 16 mars dernier. Durant ce congrès, différents intervenants ont présenté les résultats les plus récents en matière de polymédication et de surmédication chez les personnes âgées et dans les maisons de repos. Il ne s'agit pas, comme vous le mentionnez dans votre question, d'une étude originale du réseau de pharmacie.

La consommation des médicaments dans les maisons de repos a été largement étudiée en Belgique, mais peu de données sont disponibles par Région, dans la mesure où la politique de médication en maison de repos relève pour une grande partie de la compétence fédérale. D'après les quelques données disponibles pour Bruxelles, il apparaît qu'elles sont comparables aux données relatives à la Belgique dans son ensemble.

Une étude des Mutualités libres, intitulée "Analyse de la consommation des médicaments en maison de repos", publiée en 2014, indique qu'à Bruxelles, 33% des résidents consomment des antipsychotiques contre 36% en Belgique, et 55% des antidépresseurs, contre 53% en Belgique.

La dernière enquête de santé de 2013 donne également quelques indications pour Bruxelles dans son chapitre "Utilisation des services de santé et des services sociaux - Consommation des

situatie, waar het om 35% van de 75-plussers gaat.

Welke stappen zet de GGC in dit verband? Sinds de zesde staatshervorming is de GGC bevoegd voor de normen inzake rust- en verzorgingstehuizen. Deze normen werden in 2014 herzien om nog beter rekening te kunnen houden met de geneesmiddelenproblematiek. Het koninklijk besluit van 21 september 2004, gewijzigd op 9 maart 2014, versterkt het multidisciplinair overleg via de volgende maatregelen:

- het verpleegkundig, paramedisch, kinesitherapeutisch en psychosociaal dossier dat onder meer het verzorgingsplan met inbegrip van de voorgeschreven medicatie bevat;

- in samenwerking met de hoofdverpleegkundigen staat de coördinerend en raadgevend arts in voor het voorschrijven, de levering, de afgifte, de bewaring en de verdeling van geneesmiddelen, in samenspraak met de apothekers;

- de verbintenis van de behandelende artsen om aan te sluiten bij een coherent medisch beleid binnen het rust- en verzorgingstehuis, onder andere inzake het voorschrijven van geneesmiddelen.

De federale overheid liet in 2013 een studie uitvoeren om de impact van het multidisciplinair overleg te meten in het kader van het medisch-farmaceutische zorgbeleid in rusthuizen. Deze studie kreeg de naam COME-ON (Collaborative approach to Optimise Medication use for Older people in Nursing homes). In het kader van deze studie diende een controlegroep de gewone zorgen toe, terwijl een andere groep voor elke deelnemende bewoner drie overlegrondes organiseerde waarbij de huisarts, de apotheker en de verpleger alle aspecten van het geneesmiddelengebruik bij de patiënt in kwestie konden overlopen. De resultaten van deze studie werden nog niet meegedeeld, maar op 31 mei wordt er een symposium georganiseerd waarop alle deelnemende rusthuizen worden uitgenodigd. Het eindrapport, met daarin alle resultaten én de feedback van de instellingen, wordt tegen de herfst verwacht.

médicaments". Ces données concernent les personnes âgées dans leur ensemble, et pas uniquement les résidents de maisons de repos. À titre indicatif, en ce qui concerne la polymédication, 30% des plus de 75 ans ont pris cinq médicaments ou plus au cours des dernières 24 heures. Ici aussi, nous observons peu de différences avec la situation en Belgique, où un peu moins de 35% des plus de 75 ans sont concernés.

Quelles sont les actions entreprises par Commission communautaire commune (Cocom) en la matière ?

La politique médicamenteuse, comme je vous l'ai dit, est principalement une compétence fédérale. Depuis la sixième réforme de l'État, la Cocom est compétente pour les normes en maison de repos et de soins. Ces normes ont été revues en 2014 afin de mieux tenir compte de la problématique de la médication. L'arrêté royal du 21 septembre 2004, modifié le 9 mars 2014, renforce la concertation multidisciplinaire, notamment par les mesures suivantes :

- le dossier infirmier, paramédical, kinésithérapeutique et psychosocial doit reprendre le plan de soins, incluant les médicaments prescrits ;

- le médecin coordinateur et conseiller doit, en collaboration avec les infirmiers en chef, organiser la prescription, la fourniture, la délivrance, la conservation et la distribution de médicaments en concertation avec les pharmaciens ;

- le règlement général de l'activité médicale de la maison de repos doit reprendre l'engagement des médecins généralistes de participer à une politique médicale cohérente au sein de la maison de repos et de soins, notamment en matière de prescription de médicaments.

Voilà pour ce qui relève de notre compétence d'encadrement.

En parallèle, le niveau fédéral a lancé, en 2013, une large étude visant à analyser l'impact de la concertation multidisciplinaire dans le cadre de la politique de soins médico-pharmaceutique dans les maisons de repos : l'étude "COME-ON"

(Collaborative approach to Optimise MEdication use for Older people in Nursing homes).

Cette étude porte sur 54 institutions. D'une part, un groupe de contrôle a continué à dispenser les soins habituels, tout en récoltant des données supplémentaires pour les besoins du projet. D'autre part, un groupe d'intervention a organisé, pour chaque résident participant, trois séances de concertation interdisciplinaire lors desquelles le médecin généraliste, le pharmacien et l'infirmier avaient l'occasion d'aborder d'une façon structurée tous les aspects de la consommation de médicaments chez ce patient précis. Les résultats de cette étude n'ont pas encore été communiqués. Un symposium spécial est prévu le 31 mai pour toutes les maisons de repos qui ont apporté leur collaboration au projet. Le rapport final, reprenant les résultats mais aussi le feed-back des établissements, est attendu à l'automne. Nous serons attentifs aux résultats de cette étude dès qu'ils seront publiés. Vous en aurez certainement connaissance également.

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

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

De heer Zahoor Ellahi Manzoor (PS) *(in het Frans).- Wij zullen de resultaten van die studie afwachten.*

M. Zahoor Ellahi Manzoor (PS).- Nous attendons donc les résultats de cette étude dont je ne m'aventurerai pas à détailler le nom.

- Het incident is gesloten.

- L'incident est clos.

MONDELINGE VRAAG VAN MEVROUW CLAIRE GERAETS

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

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

QUESTION ORALE DE MME CLAIRE GERAETS

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

FINANCIËN, DE BEGROTING EN DE EXTERNE BETREKKINGEN,

betreffende "de problematiek van de stikstofmonoxide (lachgas) dat door Brusselse jongeren gebruikt wordt als drugs".

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

Mevrouw Geraets heeft het woord.

Mevrouw Claire Geraets (PTB*PVDA-GO!) *(in het Frans).- In Molenbeek worden er steeds vaker lege verpakkingen voor lachgas aangetroffen. Daarom hebben ongeruste ouders dit voorjaar bij de sociale diensten en jongerenverenigingen aan de alarmbel getrokken over de toename van het gebruik van lachgas als drug. Het verschijnsel deed zich eerder al voor in Parijs, in 2015, en in Schaarbeek, in 2016.*

Distikstofmonoxide, ook wel lachgas genoemd, wordt gebruikt in ziekenhuizen voor zijn verdovende eigenschappen, alsook in de voedingsindustrie, bijvoorbeeld in slagroomspuitbussen. Het is vrij verkrijgbaar.

Lachgas wekt onder meer euforie en hallucinaties op en veroorzaakt op korte termijn misselijkheid, braken en duizeligheid. Op middellange termijn kan lachgas het beenmerg en het zenuwstelsel aantasten.

Naar aanleiding van een interpellatie over het gebruik van lachgas in de gemeenteraad van Molenbeek zal mevrouw Schepmans de minister van Volksgezondheid vragen om de verkoop van het product aan minderjarigen te verbieden.

Bent u op de hoogte van de recente toename van het gebruik van lachgas in Brussel? Zijn de eerstelijnsdiensten van de Brusselse gezondheidszorg ermee in aanraking gekomen? Bent u van plan de gewestelijke en federale ministeries van Economie te contacteren om de vrije verkoop van lachgas aan banden te leggen?

FINANCES, LE BUDGET ET LES RELATIONS EXTÉRIEURES,

concernant "la problématique du protoxyde d'azote (gaz hilarant) utilisé comme drogue par les jeunes Bruxellois".

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

La parole est à Mme Geraets.

Mme Claire Geraets (PTB*PVDA-GO!).- En février et mars derniers, des parents ont interpellé les services sociaux et les associations de jeunes de Molenbeek sur l'usage de protoxyde d'azote comme drogue, qui se répand de plus en plus dans les quartiers. C'est la présence de petits flacons métalliques vides jonchant le sol qui a alerté les habitants. Les parents se disent inquiets, faute d'informations sur le sujet.

L'usage du protoxyde d'azote avait déjà été signalé à Schaerbeek en 2016 dans la presse, mais aussi à Paris en 2015. Le protoxyde d'azote, appelé gaz hilarant pour ses effets euphorisants, est utilisé en anesthésie, chirurgie et odontologie pour ses propriétés anesthésiantes et analgésiques. Il est également employé dans l'industrie et dans le secteur alimentaire : c'est le gaz propulseur qu'on retrouve dans les bombonnes de crème fraîche, notamment. Il est en vente libre.

Ce gaz est euphorisant et hallucinogène. À court terme, il provoque notamment des distorsions visuelles et auditives, des nausées, des vomissements et des vertiges. À moyen terme, des atteintes de la moelle osseuse et du système neurologique peuvent survenir. À la suite d'une interpellation au conseil communal de Molenbeek de M. Dirk De Block, Mme Schepmans va demander à la ministre de la Santé publique d'interdire la vente de protoxyde d'azote aux mineurs.

Avez-vous eu connaissance de l'usage du protoxyde d'azote comme drogue par les jeunes Bruxellois et de l'augmentation récente de cet usage ? Les services de santé mentale de première ligne bruxellois sont-ils confrontés à cette

problématique ? Si oui, quelle est la prise en charge prévue ? Comptez-vous également prendre contact avec vos partenaires des ministères économiques régional et fédéral pour envisager de contrôler la vente de cette drogue, aujourd'hui complètement libre, et l'interdire aux mineurs ?

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

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College *(in het Frans).- Onlangs stelde mevrouw Moureaux een gelijkaardige vraag aan mevrouw Cécile Jodogne, die in de Franse Gemeenschapscommissie bevoegd is voor het preventiebeleid. Ik zal dus een deel van haar antwoord overnemen.*

Het is geen nieuw fenomeen dat jongeren lachgas, poppers, helium en dergelijke inhaleren. Tot nu toe was dat meestal een lokaal en tijdelijk verschijnsel. Dergelijke gassen, die als partydrug worden gebruikt, zijn niet duur en makkelijk te verkrijgen, ook voor minderjarigen.

Toch mogen we de gezondheidsrisico's van dergelijke producten niet onderschatten. Ze kunnen hoofdpijn, misselijkheid en braken veroorzaken en zelfs leiden tot neurologische afwijkingen en beschadiging van het beenmerg als ze in grote hoeveelheden worden geconsumeerd. Gebruikers kunnen ook vallen en zich verwonden omdat ze duizelig worden. In sommige landen zijn er al een aantal sterfgevallen gemeld. Als het gas verkeerd gebruikt wordt, kan het ook brandwonden veroorzaken aan de mond, in de slokdarm en in de longen.

Volgens het systeem van vroegtijdige waarschuwing voor drugs is er in het Brussels Gewest nog niemand gestorven aan de gevolgen van lachgas.

Verschillende organisaties, zoals de vzw Eurotox, Modus Vivendi en de vzw Transit, hebben het gebruik van lachgas al gesignaleerd. Die laatste vzw zegt steeds meer meldingen te ontvangen, vooral in Anderlecht, Schaarbeek en Molenbeek.

Momenteel beschikken we niet over precieze cijfers, maar wel over een aantal aanwijzingen. In Schaarbeek werden er de laatste twee jaar telkens

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

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Récemment, Mme Moureaux a posé une question similaire à la ministre de la Santé Cécile Jodogne en Commission communautaire française (Cocof), ce qui est logique puisque les politiques de prévention sont menées conjointement par la Vlaamse Gemeenschapscommissie (VGC) et la Cocof. Je me permets donc de reprendre certains éléments de sa réponse.

L'utilisation d'inhalants volatiles - gaz hilarant, poppers, hélium... - par les jeunes n'est pas un phénomène nouveau. Dans le passé, ils ont suscité quelques problèmes locaux, plutôt anecdotiques, en raison d'un usage festif. L'utilisation de ces produits parmi les jeunes est généralement récréative et passagère. Elle s’explique en partie par le faible coût des produits et par le fait qu’ils sont faciles à se procurer pour les mineurs, puisqu’ils sont en vente libre dans différents magasins - ils sont, du reste, largement utilisés par l’industrie alimentaire - et sur internet.

Cependant, la consommation de ces produits n’est pas anodine pour la santé. En effet, elle peut induire des maux de tête, des nausées, des vomissements, voire des troubles neurologiques et de la moelle osseuse en cas d’usage abusif et de concentration élevée. Il existe également un risque de lésion traumatique, par exemple, à la suite d'une chute provoquée par l’ivresse. Quelques cas de décès ont été rapportés dans certains pays, apparemment causés par des œdèmes pulmonaires ou par une asphyxie. Il existe aussi un risque d’engelures - des lèvres, de la bouche, des cordes vocales, de l'œsophage, des poumons - si le gaz est consommé directement à partir de la bonbonne sans être préalablement réchauffé.

Selon le système d’alerte précoce sur les drogues qui évalue la situation en centralisant notamment

zo'n 2.000 tot 2.500 lege verpakkingen gevonden, terwijl we dit jaar al na twee maanden een gelijkaardige hoeveelheid aantroffen! Het gebruik van lachgas neemt dus schrikbarend toe. Sommige gebruikers zijn amper twaalf jaar oud.

De politie is tot dezelfde conclusie gekomen, maar kan niet veel doen omdat lachgas niet illegaal is. Ze vraagt dan ook een oplossing om het probleem te kunnen aanpakken.

Om een beter beeld te krijgen van de omvang van het probleem, heeft de vzw Eurotox een oproep geplaatst op een forum betreffende opkomende drugstrends. Dat forum is alleen toegankelijk voor mensen die voor hun beroep bezig zijn met drugs, zoals artsen en begeleiders. Via dat kanaal zijn we dus informatie aan het verzamelen. Daaruit blijkt onder meer dat lachgas vaak als partydrug wordt gebruikt.

Voorts bestaat er een systeem voor vroegtijdige waarschuwing voor drugs, dat wordt gecoördineerd door het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV) en voor Franstalig België door de vzw Eurotox. Informatie van het forum voor opkomende drugtrends wordt gebruikt om gezondheidswerkers en gebruikers te waarschuwen voor bijzonder gevaarlijke producten.

Tot nu toe is er nog geen vroegtijdige waarschuwing verspreid voor lachgas, maar dat kan nog gebeuren. In dat geval stuurt het WIV een waarschuwingsboodschap naar overheidsdiensten, spoeddiensten, laboratoria en huisartsennetwerken.

Vervolgens verwerkt de vzw Eurotox die boodschap in een A4-blad dat afgedrukt kan worden met informatie, het uitzicht, de effecten en de risico's van lachgas, tips om de risico's te beperken en nuttige informatie, zoals het telefoonnummer van de spoeddienst.

Daarna zal de waarschuwing in Wallonië en Brussel op meerdere manieren worden verspreid, bijvoorbeeld door preventiewerkers, op websites van gespecialiseerde verenigingen, sociale media, blogs enzovoort.

Verschillende instanties hebben trouwens al actie ondernomen. Zo hebben enkele gemeenten

les informations relatives aux intoxications et aux décès liés aux drogues, aucun décès lié au protoxyde d'azote n'est à déplorer actuellement sur le territoire bruxellois.

J'ai effectivement été alerté de cette situation par plusieurs sources. Les asbl Eurotox et Modus Vivendi, financées par la Cocof, ont fait savoir que des signalements de ce type leur ont été communiqués, il y a plusieurs semaines, par une association en contact avec les usagers et les travailleurs communaux.

Par ailleurs, l'asbl Transit, qui relève de la Région, recueille un nombre croissant de constats à ce sujet de la part des communes, en particulier Anderlecht, Schaerbeek et Molenbeek-Saint-Jean.

Pour le moment, nous n'avons pas d'estimation précise du phénomène, mais nous disposons de certaines indications.

À Schaerbeek, par exemple, pour les années 2015 et 2016, environ 2.000 à 2.500 cartouches étaient comptabilisées annuellement. Pour l'année 2017, le même nombre a déjà été comptabilisé pour les deux premiers mois de l'année ! Il est donc assurément question d'une recrudescence très inquiétante de cette pratique qui concerne surtout les jeunes et parfois des mineurs très jeunes, qui ont à peine douze ans.

Des policiers ont dressé le même constat et se sont dits démunis face à de telles pratiques qui, par ailleurs, ne sont pas illégales. Ils sont donc en demande d'outils ou de pistes pour pouvoir faire face au problème.

Afin d'estimer l'ampleur du phénomène et de vérifier s'il s'observe au-delà des communes bruxelloises que j'ai citées, l'asbl Eurotox a lancé un message sur un forum traitant des tendances émergentes en matière de drogues. Ce forum est un outil réservé aux professionnels - accompagnateurs psychosociaux, médecins, thérapeutes, chercheurs, etc. - qui travaillent sur l'usage des drogues. Il permet de partager et de centraliser des observations et questionnements sur l'apparition de nouveaux produits ou de nouvelles pratiques en lien avec l'usage de drogues.

informatie opgevraagd bij verenigingen die gespecialiseerd zijn in risicobeperking.

Bovendien zijn de gespecialiseerde verenigingen een strategie aan het uitstippelen om het verschijnsel het hoofd te bieden. Ze overwegen verschillende mogelijkheden, zoals een folder. In Frankrijk bestaat al zo'n folder, maar die moet worden aangepast aan de Brusselse context en op een gerichte manier verspreid worden.

Verder zullen straathoekwerkers en stewards met de steun van de gemeenten opgeleid worden en zal er een procedure uitgewerkt worden om informatie snel uit te wisselen tussen gemeenten en specialisten op het gebied van risicobeperking en opkomende drugsverschijnselen.

Deze specifieke maatregelen zijn een aanvulling bij het werk van door de Franse Gemeenschapscommissie erkende en gesubsidieerde verenigingen zoals Infor-Drogues, Prospective jeunesse enzovoort.

Ten slotte zijn er uit de contacten die mijn kabinet heeft gehad met diverse instanties twee zaken naar voren gekomen. Ten eerste stellen ze dat het weinig zin heeft om lachgas te verbieden, omdat het overal legaal verkrijgbaar is. Ten tweede wijzen ze erop dat het verschijnsel in een algemenere trend kadert waarbij risicogebruik van verschillende producten, inclusief alcohol, op steeds jongere leeftijd voorkomt. Dat is een ontwikkeling die we bijzonder ernstig moeten nemen.

Het Belgisch Antigifcentrum ontvangt erg weinig oproepen in verband met lachgas. In 2016 waren dat er drie en voor 2017 staat de teller voorlopig ook nog op drie. Volgens de Vlaamse Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD) steekt het verschijnsel de laatste vijftien jaar ook af en toe de kop op in Antwerpen en op een aantal andere plekken in Vlaanderen, zonder dat het echter noemenswaardige problemen oplevert.

De Brusselse centra voor geestelijke gezondheidszorg zijn op de hoogte van de problematiek, maar zeggen dat ze er nog niets van gemerkt hebben. Volgens hen blijft het fenomeen vrij zeldzaam.

La collecte d'informations est donc en cours. Elle fait état de l'existence d'une consommation de ce produit en milieu festif, par exemple sur le parking des discothèques.

Le système d'alerte précoce sur les drogues, coordonné au niveau fédéral par l'Institut scientifique de santé publique et au niveau francophone par l'asbl Eurotox, est un dispositif qui peut être alimenté par le forum sur les tendances émergentes. Il permet d'avertir les professionnels et les usagers de la circulation de substances ou de pratiques particulièrement dangereuses pour la santé.

Jusqu'ici, aucun message d'alerte précoce relatif au protoxyde d'azote n'a été lancé, mais le dispositif est susceptible d'être activé si nécessaire. Dans ce cas, un message d'alerte précoce sera envoyé par l'Institut scientifique de santé publique aux administrations, aux services d'urgence des hôpitaux, aux laboratoires et au réseau des médecins généralistes.

L'asbl Eurotox se chargera ensuite de mettre en forme ledit message, afin de le présenter dans un format A4 imprimable qui contiendra :

- les informations disponibles permettant d'identifier la problématique (description du produit, photos, signes distinctifs éventuels) et de décrire les effets et risques associés ;

- des conseils de réduction des risques ;

- des renseignements utiles, tels que le numéro de téléphone des urgences.

L'alerte sera ensuite relayée de manière pyramidale en Wallonie et à Bruxelles vers des intervenants de terrain et les usagers par divers canaux : courriel à la liste des intervenants en prévention, réduction des risques et soins (près de 500 contacts), sites internet d'Eurotox, de Modus Vivendi et d'Infor-Drogues, partenaires du label Quality Nights et autres intervenants en milieu festif, blogs ou forums internet destinés aux usagers, réseaux sociaux.

Par ailleurs, plusieurs acteurs de la problématique se sont déjà mobilisés. Les services communaux qui ont constaté cette recrudescence ont pris

contact avec les associations spécialisées dans la réduction des risques. Celles-ci ont pu fournir des informations sur le produit, son utilisation, les risques qui y sont liés et les mesures de réduction des risques disponibles.

Au-delà de cette information actuellement délivrée aux communes à leur demande, les associations spécialisées définissent une stratégie pour faire face au phénomène. Plusieurs outils sont en cours de réflexion, comme la réalisation d'un dépliant sur le sujet, consacré à la réduction des risques. Un tel dépliant existe en France, réalisé par l'association Techno Plus. Une adaptation au contexte bruxellois est nécessaire. Cet outil devrait cependant être diffusé de manière encadrée et accompagnée par un dialogue, en ciblant les publics potentiellement concernés.

À cela s'ajoute la formation d'acteurs de proximité, comme des gardiens de la paix et des éducateurs de rue, qui sont présents dans les rues et qui ont de nombreux contacts avec les jeunes. L'organisation de cette formation devrait se faire avec le soutien des communes. Enfin, mentionnons la mise en place d'une procédure de signalement et d'information rapide entre acteurs communaux et acteurs de la réduction des risques sur les phénomènes émergents en matière de consommation de produits.

Ces mesures spécifiques viendraient compléter le dispositif existant, composé des différentes associations de prévention et de réduction des risques agréées et subventionnées par la Commission communautaire française, qui informent le public jeune et les professionnels : point d'appui aux écoles en matière d'assuétudes, Infor-Drogues, Prospective jeunesse, etc.

Pour terminer, les structures avec lesquelles mon cabinet est en contact attirent notre attention sur les deux éléments suivants : une interdiction de ce produit et de ces cartouches n'aurait, selon elles, pas de sens. Ils sont largement disponibles dans le commerce et sont tout à fait légaux comme je l'ai mentionné précédemment. Ensuite, si ce phénomène est bel et bien inquiétant, il doit être replacé dans le cadre d'une problématique plus générale de consommation risquée de différents produits par des mineurs de plus en plus jeunes. Ce rajeunissement de la consommation et des

polyconsommations risquées, au rang desquelles la consommation d'alcool occupe la première place, est une tendance lourde qui doit être prise très au sérieux.

Le Centre antipoisons belge a reçu très peu d'appels concernant le protoxyde d'azote : trois appels en 2016 et, jusqu'à présent, trois également en 2017. Cela pourrait indiquer une augmentation, mais ce sera à confirmer dans les prochaines semaines et les prochains mois. Du côté flamand, d'après la Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD), le centre d'expertise flamand en matière de drogues et d'assuétudes, des signalements similaires sont constatés à Anvers, ainsi qu'à d'autres endroits. Ceux-ci reviennent cependant cycliquement depuis au moins quinze ans sans, selon eux, véritablement poser problème.

Nos centres de santé mentale sont bien au courant du phénomène, mais n'ont rien constaté de particulier. Ils considèrent le phénomène comme étant assez rare, même s'il est bien réel.

Mevrouw de voorzitter.- Mevrouw Geraets heeft het woord.

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

Mevrouw Claire Geraets (PTB*PVDA-GO!) *(in het Frans).- We moeten die ontwikkelingen nauwlettend in de gaten houden.*

Ik hoop dat het Brussels gezondheidsplan de centra voor geestelijke gezondheidszorg daarbij zal ondersteunen.

Mme Claire Geraets (PTB*PVDA-GO!).- Nous devons rester attentifs à ce phénomène, en particulier par rapport à l'augmentation de la consommation et au jeune âge des consommateurs.

J'espère que le Plan bruxellois de la santé veillera à soutenir les centres de santé mentale à cet égard.

- Het incident is gesloten.

- L'incident est clos.

MONDELINGE VRAAG VAN DE HEER ZAHOOR ELLAHI MANZOOR

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

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,

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

betreffende "de voorstelling door de leden van het Verenigd College van het Brussels strategisch plan voor e-gezondheid 2017-2019 als opstapje naar de Week van de Gezondheid".

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).- Op 29 maart 2017 hebt u ons naar aanleiding van meerdere interpellaties het Brussels plan voor e-gezondheid 2017-2019 voorgesteld. Daarin staan zes prioritaire actie-domeinen. U kondigde ook de week van de e-gezondheid aan, die zou plaatsvinden van 24 tot 28 april.*

U bevestigde dat het Brussels Gewest op een jaar tijd een enorme vooruitgang in dit dossier heeft geboekt. Ongeveer 40% van de Brusselse bevol-king zou bij het Brussels Gezondheidsnetwerk (BGN) zijn aangesloten.

Ook 854 van de 1.280 Brusselse huisartsen zouden al bij het Brussels Gezondheidsnetwerk aangesloten zijn. Aangezien de medische dossiers na instemming van de patiënt worden aangevuld door de zorgverleners (huisartsen, ziekenhuis-personeel) is het evenwel belangrijk om ervoor te zorgen dat nog meer artsen zich aansluiten.

De eerste prioriteit van het e-gezondheidsplan bestaat er daarom in om de betrokkenheid van de zorgverleners te verhogen, onder meer via een betere informatisering van de ziekenhuizen en door gegevens beter te delen.

Als tweede prioriteit wilt u de gegevens van de huisartsenwachtposten in het netwerk integreren.

De derde prioriteit betreft de begeleiding van de

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 présentation par les membres du Collège réuni du plan stratégique bruxellois e-santé 2017-2019 en annonce de la Semaine e-santé".

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).- Lors de la séance du 29 mars 2017 de la Commission de la santé, nous avions pu, en réponse à des interpellations sur la politique d'e-santé à Bruxelles, bénéficier de la présentation de nombreux aspects de votre politique en la matière.

Vous nous avez exposé le Plan bruxellois e-santé 2017-2019 en avant-première pour annoncer votre Semaine de l'e-santé, qui s'est déroulée entre les 24 et 28 avril. Ce plan comporterait six chantiers prioritaires.

Vous avez réaffirmé qu'en un an, la Région bruxelloise avait fait un énorme pas en avant dans ce dossier. Le nombre de patients inscrits au Réseau santé bruxellois (RSB) représenterait aujourd'hui environ 40% de la population bruxelloise.

Sur les 1.280 médecins généralistes pratiquant en Région bruxelloise, 854 seraient inscrits au RSB. L'encodage s'effectuant par l'intermédiaire des prestataires de soins (généralistes, hôpitaux) avec le consentement préalable du patient, vous estimez à juste titre que cet exercice doit encore se généraliser.

Vous avez annoncé que le premier chantier porterait, dès lors, sur l'implication des prestataires de soins au moyen d'une informatisation accrue des hôpitaux et d'une participation active au partage des données.

eerstelijnshulpverleners en de bewustmaking van patiënten.

De drie laatste prioriteiten hebben tot slot betrekking op chronische ziektes, verslavingen en geestelijke gezondheidszorg.

Hoeveel middelen worden tot het einde van deze regeerperiode uitgetrokken voor de verwezenlijking van die prioriteiten? Onlangs werden er al affiches en brochures verspreid voor de wachtkamers van de huisartsen. Dat is een uitstekend initiatief.

Tot slot wijs ik nog op het bestaan van de digitale kloof, die voor veel Brusselaars een probleem is. Wordt daar rekening mee gehouden?

Par ailleurs, vous avez prévu de mettre en réseau les données des gardes de médecine générale.

Un troisième chantier viserait l'accompagnement des prestataires de première ligne. Une attention particulière serait aussi accordée à la sensibilisation et à la formation des patients.

Les trois derniers chantiers concerneraient les maladies chroniques et les personnes dépendantes et, enfin, la santé mentale.

Pourriez-vous nous expliciter ces chantiers en nous précisant les moyens mis en œuvre pour leur réalisation d'ici la fin de la présente législature ? Nous avons récemment reçu des affiches et des brochures à destination des salles d'attente, ce qui est déjà une excellente initiative.

J'aborderai enfin la fracture numérique, dont certains Bruxellois sont encore victimes : une attention particulière est-elle réservée à cette problématique ?

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

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College *(in het Frans).- We tellen zes prioritaire actiepunten die tijdens deze legislatuur binnen de huidige begrotingsenveloppes worden uitgevoerd.*

De vzw Abrumet moet de uitvoering van de e-gezondheidsprojecten in goede banen leiden. De regels voor het delen van de gegevens en voor de erkenning van Abrumet en het Brussels Gezondheidsnetwerk (BGN) zullen tegen 2019 in een ordonnantie worden vastgelegd.

Het eerste actiepunt van het e-gezondheidsplan betreft de chronische ziektes en verslavingen. Het delen van de gegevens zal niet alleen de samenwerking tussen de zorgverstrekkers vergemakkelijken, maar ook de alternatieven voor ziekenhuisopname in de hand werken. Zo zal het mogelijk worden om verslaafde personen thuis te behandelen en de behandeling van chronisch zieken van op afstand te volgen. Er zullen dit jaar hulpmiddelen worden gecreëerd om de onderlinge gegevensuitwisseling te bevorderen. In dat verband lopen er al proefprojecten. Die zullen

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

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Pour répondre à vos questions, je vais vous présenter les six chantiers prioritaires que nous mettrons en œuvre d'ici la fin de la législature. Ceux-ci seront réalisés dans le cadre des enveloppes budgétaires actuelles.

Les projets de développement de l'e-santé dans les chantiers prioritaires repris dans le plan stratégique bruxellois relatif à l'e-santé seront accompagnés par l'asbl Abrumet. Les conditions de développement du partage de données et la reconnaissance d'Abrumet et du Réseau santé bruxellois (RSB) en la matière seront fixées sur base d'une ordonnance d'ici 2019. Les différents opérateurs seront incités à développer leurs activités à partir du RSB.

Le premier chantier est relatif aux maladies chroniques et dépendances. Pour ces problématiques, le partage de données est un outil de soutien aux nouveaux modes de coopération entre professionnels, mais aussi aux nouveaux modes de prise en charge des patients, notamment

nadien worden geëvalueerd om de goede praktijken ruimer te verspreiden. In 2019 zal een telemonitoringproject voor thuispatiënten worden opgezet op basis van een projectoproep.

Het tweede actiepunt betreft de verdere informatisering van de ziekenhuizen. In 2017 hebben wij de eerste Connected Hospitals Health Awards uitgereikt. In 2018 zullen wij overleg plegen met de partners over de normen voor het delen en beveiligen van de gegevens. Zowel de technische veiligheid als de opleiding van het personeel zal verder worden versterkt. In 2019 zullen dan de eerste normatieve regels van kracht worden.

Als derde actiepunt willen wij de huisartsen-wachtposten in het netwerk opnemen, zodat de informatie over de patiënten die bij de wacht-posten aankloppen, wordt geregistreerd en systematisch aan de huisarts wordt doorgegeven. We hebben die opdracht aan de vzw Brusselse Wachtdienst toevertrouwd.

Het is de bedoeling om in 2017 de technische vereisten en de specifieke behoeften in kaart te brengen, zodat er vanaf 2018 systematisch met het BGN kan worden gewerkt. In 2019 zal een eerste evaluatie plaatsvinden.

Het vierde actiepunt betreft de begeleiding van de eerstelijnszorgverleners. De organisatie van de eerstelijnszorg is voortaan een bevoegdheid van de GGC. We zullen de organisatie van de eerstelijnszorg en de samenwerking tussen de zorgverstrekkers herzien, waarbij de e-gezondheid een hulpmiddel moet worden voor een multi-disciplinaire aanpak.

Er worden al tal van acties ontwikkeld om de huisartsen te steunen. Die acties zullen worden voortgezet en uitgebreid tot de andere eerstelijnszorgverleners, in de eerste plaats tot de thuisverplegers.

Tussen 2017 en 2019 zullen wij het programma voor de promotie, de begeleiding en de opleiding inzake e-gezondheid voortzetten. Dat programma zal, net zoals de vorige jaren, mede door de federale overheid worden gefinancierd.

Aangezien sommige artsen problemen hebben met

dans le cadre des alternatives à l'hospitalisation, du maintien à domicile de personnes dépendantes et du suivi à distance des traitements de maladies chroniques. L'objectif de 2018 sera d'accompagner les projets pilotes en matière de maladies chroniques et de maintien à domicile par la mise à disposition d'outils de partage de données médicales.

Des projets pilotes autour des maladies chroniques et du maintien à domicile sont en cours, à partir de ou avec l'aide du RSB. Il s'agit de les aider à se réaliser, et ensuite de les évaluer, en vue d'une diffusion large des bonnes pratiques au sein du secteur. En 2019, un programme de télésuivi des patients à domicile, en collaboration avec les acteurs de la première ligne de soins, sera mis au point sur la base d'un appel à projets.

Le deuxième chantier concerne la poursuite de l'informatisation des hôpitaux et leur recours au partage des données. En 2017, nous avons organisé la remise des premiers Connected Hospitals Health Awards (awards de l'hôpital connecté). En 2018, nous prévoyons une concertation avec les partenaires sur le niveau d'exigence des normes relatives au partage de données et aux standards de sécurité. Les exigences de sécurité technique, mais aussi de formation du personnel, seront abordées dans un objectif de renforcement. L'année 2019 sera celle de l'entrée en vigueur des premières exigences normatives.

Le troisième chantier a pour objectif la mise en réseau de la garde organisée en médecine générale. Celle-ci a été confiée à l'asbl La Garde bruxelloise des médecins généralistes (GBBW) pour la Région bruxelloise.

Le partage de données lors de l'exercice de la garde peut satisfaire à deux objectifs : d'une part, fournir des informations sur le patient pris en charge dans le cadre de la garde et, d'autre part, organiser un relais d'informations structuré vers le médecin généraliste du patient ou inciter ce dernier à créer une relation thérapeutique suivie avec un médecin généraliste de son choix.

Dans ce contexte, notre plan d'action sera le suivant :

het elektronische voorschrift, zal er aan dat aspect van de e-gezondheid bijzondere aandacht worden besteed.

In 2018-2019 zullen wij geleidelijk aan de normatieve verplichtingen inzake het delen van de gegevens invoeren.

In 2019 zullen wij een projectoproep uitschrijven voor een informaticatoepassing die de zorg-verstrekkers helpt om de gegevens van hun patiënten op een veilige manier op te slaan.

Het vijfde actiepunt betreft de bewustmaking en de opleiding van de patiënten. Dat actiepunt moet ervoor zorgen dat de digitale kloof wordt gedicht. In 2017 zullen wij de gesprekken over de samenwerkingsverbanden aanvatten. In 2018 zullen de eerste bewustmakings- en opleidings-acties het licht zien en het jaar daarop zullen die acties worden geëvalueerd en desgevallend aangepast.

Het zesde actiepunt betreft de geestelijke gezond-heidszorg. In grootsteden zoals Brussel komen mentale problemen relatief vaker voor. Zeker in dit domein is vertrouwelijkheid van het grootste belang.

De sector van de geestelijke gezondheidszorg was lang om ethische redenen tegen de e-gezondheid gekant, maar ziet stilaan in dat het delen van de gegevens een kans is om de relatie met de patiënten te versterken en met hen in contact te blijven. De e-gezondheid is duidelijk een troef in de 107-netwerken.

In 2018-2019 zullen wij de organisatie van de netwerken ondersteunen en de proefprojecten inzake het dagboek van de psychiatrische patiënt voortzetten. In 2019 zullen wij een projectoproep organiseren over de opvolging op afstand van het geneesmiddelengebruik van de patiënten.

- objectif 2017 : identification des contraintes techniques et des besoins spécifiques, notamment de formation pour le recours au RSB lors de l'exercice de la garde organisée en médecine générale.

- objectif 2018 : mise en place d'un système de recours systématique au RSB et production d'un rapport de garde disponible sur le réseau lors de l'exercice de la garde.

- objectif 2019 : première évaluation du recours au RSB lors de l'exercice de la garde organisée en médecine générale.

Le quatrième chantier a pour objet l'accompagnement des prestataires de première ligne et s'inscrit dans la continuité des actions déjà entreprises depuis le début de la législature. L'organisation de la première ligne de soins est dorénavant une des compétences de santé de la Cocom. Dans le cadre de cette compétence, l'organisation de la première ligne et la collaboration entre les métiers seront revues en intégrant l'e-santé comme aide à la prise en charge multidisciplinaire.

L'e-santé doit se développer davantage dans la première ligne de soins. Des efforts considérables ont été consentis pour accompagner la médecine générale. Ces efforts vont être poursuivis et étendus aux autres acteurs de la santé. Nous comptons cibler prioritairement les infirmiers des soins à domicile.

De 2017 à 2019, nous poursuivrons le programme de promotion, d'accompagnement et de formation à l'e-santé. Ce programme sera cofinancé, comme les années précédentes, par le gouvernement fédéral.

Étant donné la difficulté pour certains médecins d'utiliser la prescription électronique, une attention particulière sera réservée à cet aspect de l'e-santé.

En 2018-2019, nous souhaitons mettre en place progressivement des obligations normatives dans le chef des structures d'organisation et d'accompagnement de première ligne. La réglementation normative et de subventionnement de chaque secteur devra progressivement intégrer

des exigences en matière de participation au partage de données.

En 2019, nous lancerons un appel à projets pour la création d'une application informatique permettant la conversation sécurisée des prestataires sur les cas qu'ils sont amenés à prendre en charge.

Le cinquième chantier concerne la sensibilisation et la formation des patients. C'est à travers ce point d'action que nous comptons nous attaquer à la problématique de la fracture numérique. En 2017, il est prévu d'entamer les discussions sur les partenariats à construire. L'année 2018 verra la mise en œuvre des premiers programmes de sensibilisation et de formation des patients. L'objectif de 2019 est évaluer les premiers programmes et les besoins des publics en matière d'information, afin de préparer et d'affiner les actions futures.

Enfin, le sixième chantier est consacré à la santé mentale. La prévalence des pathologies de santé mentale est un autre défi de santé publique à Bruxelles, à l'instar de toutes les grandes villes. Les prises en charge en santé mentale s'exposent à une sensibilité accrue des enjeux éthiques tels que la confidentialité et appellent un traitement tout particulier des applications.

Longtemps opposé à l'e-santé pour des raisons éthiques, le secteur de la santé mentale voit progressivement dans les outils de partage de données une opportunité de renforcer la relation avec les patients et une manière de garder le contact avec les patients dans la cité. Le partage de données est un atout dans l'organisation des réseaux dits "107" ou équivalents. L'agenda pour le secteur est le suivant :

- objectif 2018-2019 : soutenir, par des projets pilotes, l'organisation des réseaux de santé mentale et poursuivre les projets pilotes sur le journal du patient psychiatrique ;

- objectif 2019 : lancer un appel à projets sur le télésuivi médicamenteux.

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

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

De heer Zahoor Ellahi Manzoor (PS) *(in het Frans).- Wanneer zullen de proefprojecten inzake thuisverzorging van verslaafde patiënten en chronisch zieken van start gaan?*

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College *(in het Frans).- Die proefprojecten lopen nu al. Ze gingen van start naar aanleiding van een projectoproep vanwege de federale overheid. De resultaten zullen in 2018 worden geëvalueerd.*

- Het incident is gesloten.

M. Zahoor Ellahi Manzoor (PS).- Je vous remercie pour votre réponse très détaillée.

S'agissant du premier chantier relatif aux maladies chroniques et aux dépendances, vous annoncez des projets pilotes. Quand celui portant sur le maintien à domicile sera-t-il lancé ?

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Les projets pilotes sont en cours de réalisation. Ils font suite à un appel à projets lancé par le pouvoir fédéral. Nous en évaluerons les résultats en 2018.

- L'incident est clos.

MONDELINGE VRAAG VAN DE HEER ALAIN MARON

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

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

betreffende "de financiering van de opleidingen inzake tabacologie".

QUESTION ORALE DE M. ALAIN MARON

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

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

concernant "le financement des formations en tabacologie".

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).- Ingevolge de zesde staatshervorming werd de gezondheidspreventie overgeheveld van de federale overheid naar de gemeenschappen. Zo is de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC) bevoegd geworden voor de rookstop-*

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).- Je ne vous l'apprends pas : l'ensemble de la politique de prévention en matière de santé a été défédéralisée suite à la sixième réforme de l'État. Ceci concerne notamment la prévention des assuétudes, et donc la lutte contre le tabac. Une part de cette politique

begeleiding. Die moet worden uitgevoerd door gezondheidsprofessionals die een opleiding in de tabacologie hebben gevolgd en daarvan een getuigschrift hebben behaald.

Tot eind 2016 werden de kosten voor deze opleiding gefinancierd via het Nationaal Kankerplan. Sinds 1 januari 2017 subsidieert Vlaanderen de Nederlandstalige partner, de Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding (VRGT). De Franstalige partner, Fonds des affections respiratoires (FARES), heeft evenwel nog geen idee hoe die opdracht zal worden gefinancierd.

Toen de minister-president van de Federatie Wallonië-Brussel hierover onlangs werd geïnterpelleerd, antwoordde hij dat er voor dit soort van prestaties geen taalonderscheid is in Brussel en dat een en ander dus onder de bevoegdheid van de heer Gosuin valt. In Wallonië zouden de prestaties onder de bevoegdheid van minister Prévot vallen en zou er een subsidie voor de organisatie van die opleidingen worden toegekend.

Heeft het Verenigd College al een beslissing genomen over de financiering van deze opleidingen in Brussel? Zo niet, hebben er hierover al discussies plaatsgevonden met de andere betrokken entiteiten?

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

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College *(in het Frans).- Sinds de zesde staatshervorming is het Fonds ter bestrijding van de*

a été transférée à la Commission communautaire commune (Cocom). Il s'agit du volet consacré au tabac du Fonds assuétudes et des consultations de sevrage tabagique. Ces dernières sont assurées par des professionnels de santé détenteurs d'un certificat en tabacologie, décerné après une formation ad hoc.

Jusque fin 2016, le coût de cette formation était pris en charge par le Plan cancer fédéral. Depuis le 1er janvier 2017, la Flandre subventionne désormais l'opérateur néerlandophone, la Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding (VRGT). L'opérateur francophone, le Fonds des affections respiratoires (Fares), est, quant à lui, sans indication du financement de cette mission, pourtant cruciale pour la bonne tenue des consultations de sevrage tabagique.

Interrogé à ce sujet en mars dernier, le ministre-président de la Fédération Wallonie-Bruxelles, répondait ceci : "La sixième réforme de l'État a bien transféré la matière du sevrage tabagique du fédéral aux Communautés. Mais comme, pour une part, il s'agissait d'une prestation, pour Bruxelles, elle fut transférée à la Commission communautaire commune (Cocom). Car, dans ces cas de prestation, il n'y pas de distinction linguistique à Bruxelles. Elle relève donc de M. Gosuin. Par symétrie, l'exercice de cette compétence a été transmis à la Wallonie, dans le cadre du décret mettant en œuvre l'accord de la Sainte-Émilie. Elle est donc exercée par le ministre Prévot et, d'après mes informations, une subvention est bien octroyée pour organiser ces formations".

Une décision a-t-elle été prise par le Collège réuni concernant le financement de ces formations à Bruxelles ? Dans la négative, des discussions ont-elles lieu avec d'autres entités - Fédération Wallonie-Bruxelles, Région wallonne, Commission communautaire française (Cocof), Flandre - à ce sujet ?

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

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Je vous remercie pour votre question sur la lutte contre le tabac et, en particulier, sur le dispositif

verslavingen een bevoegdheid van de gemeenschappen geworden. Instellingen die niet uitsluitend tot de ene of de andere gemeenschap behoren, vallen onder de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC).

Sinds 1 januari 2015 is de GGC ter zake volledig bevoegd geworden. Ze kent een subsidie toe aan de instellingen waarvan de projecten voordien door de federale overheid werden gesteund, voor zover ze die projecten voortzetten.

In de strijd tegen tabakgebruik steunt de GGC volgende drie instellingen: de Stichting Belta (Belgian Lung and Tuberculosis Association of de koepel boven VRGT en FARES), het Tabaksontwenningscentrum van het Jules Bordet Instituut en de Stichting tegen Kanker. De financiële verbintenissen voor 2016 werden volledig nagekomen. Voor 2017 voorziet het begrotingsplan in het behoud van de subsidies en de continuïteit van de steun, binnen de voorwaarden die door het Verenigd College zijn vastgesteld.

De bevoegdheid inzake tabaksontwenning en de prestaties van de tabacologen werd in Brussel overgeheveld naar de GGC. De overgangsperiode werd verlengd tot 31 december 2018. Tot zolang blijft het koninklijk besluit van 31 augustus 2009 van toepassing.

Vlaanderen heeft de overgangsperiode niet verlengd. Sinds 1 januari 2017 is er een nieuwe regeling van kracht. De terugbetaling door het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) werd vervangen door een derde-betalersysteem waarbij de persoonlijke kosten voor de gebruiker aanzienlijk werden verlaagd. Bovendien bepaalt het Vlaams ministerieel besluit de opleidingsnormen waaraan de tabacologen moeten voldoen.

Eind 2016 hebben er ontmoetingen plaatsgehad met het kabinet van Vlaams minister Vandeurzen en zijn administratie over de nieuwe regeling in Vlaanderen. Daarnaast betrekken we de verenigingen op het terrein bij onze denkoefening over de rookstopbegeleiding in Brussel. Onze nieuwe regeling zal op 1 januari 2019 van kracht worden.

que nous souhaitons mettre en place après la sixième réforme de l'État dans le cadre du soutien au sevrage tabagique et de la formation des tabacologues.

Dans le cadre de la sixième réforme de l'État, le Fonds de lutte contre les assuétudes est devenu une compétence des Communautés. Des institutions qui, de par leur organisation, ne relèvent pas exclusivement de l'une ou l'autre Communauté tombent sous la compétence de la Commission communautaire commune (Cocom).

Depuis le 1er janvier 2015, la Cocom est, en la matière, pleinement compétente. Elle octroie un subside aux institutions dont les projets étaient auparavant subsidiés par le gouvernement fédéral, pour autant qu'elles poursuivent leurs projets.

Dans le cadre de la lutte contre le tabagisme, trois institutions sont particulièrement soutenues par la Cocom : la Fondation Belta, regroupant le Fonds des affections respiratoires (Fares) et la Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding (VRGT), le Centre d'aide aux fumeurs de l'Institut Jules Bordet et la Fondation contre le cancer. Les engagements financiers pour 2016 ont été pleinement respectés. Pour 2017, le plan budgétaire prévoit le maintien des subventions et la continuité du soutien, dans le respect des conditions fixées par le Collège réuni.

S'agissant du soutien au sevrage tabagique et, en particulier, aux prestations des tabacologues, je confirme que cette compétence a également été transférée aux entités fédérées et, pour Bruxelles, à la Cocom. Pour cette matière, la période transitoire a été prolongée jusqu'au 31 décembre 2018. Les dispositions de l'arrêté royal du 31 août 2009 restent donc d'application.

La Flandre, en effet, n'a pas prolongé la période transitoire sur cette question. Depuis le 1er janvier 2017, un arrêté ministériel établit le cadre du nouveau dispositif. Il s'agit d'un nouveau système de financement du sevrage tabagique pour les personnes domiciliées en Région flamande. Le système flamand met fin au système de remboursement par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (Inami) à l'égard du bénéficiaire et le remplace par un système de tiers payant avec une très forte réduction de la quote-

In Brussel en Wallonië blijft vooralsnog het koninklijk besluit van 2009 van toepassing. Op grond daarvan kunnen licentiaten in de psychologie en de beoefenaars van een gezondheidszorgberoep die succesvol een opleiding tabacologie hebben gevolgd, optreden als tabacoloog.

De opleiding tabacologie sluit aan bij actie 1 van domein 1 van het Nationaal Kankerplan (preventie en opsporing). Het gaat om een interuniversitaire postgraduaatsopleiding die ongeveer vijftig lesuren omvat, gespreid over zeven tot tien zaterdagen.

Sinds 2009 heeft de federale overheid elk jaar 65.000 euro voor die opleiding uitgetrokken. De laatste subsidie werd toegekend in 2016. De federale regering heeft evenwel nog niet aangegeven dat ze die subsidie in 2017 zal stopzetten. We zullen hierover binnenkort overleg plegen met de federale overheid en de andere deelstaten.

part personnelle de l'usager.

En Flandre, les tabacologues doivent répondre à des exigences en matière de formation, démontrer qu'ils ont suivi un cycle de formation, et donner toutes les garanties de l'expertise acquise en la matière.

S'agissant de la Cocom, des rencontres ont eu lieu à la fin 2016 avec le cabinet du ministre Vandeurzen et son administration sur la question du nouveau dispositif prévu en Flandre. Nous avons, par ailleurs, poursuivi le travail de réflexion avec les organisations de terrain pour préparer un dispositif solide d'accompagnement à l'arrêt tabagique, qui entrera en vigueur au 1er janvier 2019. Ce travail complexe se poursuit à Bruxelles en pleine concertation avec le secteur.

Selon l'arrêté royal du 31 août 2009, toujours d'application pour Bruxelles et la Wallonie, sont reconnus comme tabacologues les licenciés en psychologie et les praticiens d'une profession des soins de santé visés dans l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, qui ont satisfait au test final d'une formation en tabacologie organisée par les asbl Fares et VRGT.

Ce dispositif de formation est à mettre en lien avec l'action n° 1 de l'axe 1 du Plan cancer relatif à la prévention et au dépistage. Le Fares et la VRGT organisent des formations post-graduées interuniversitaires d'un an en tabacologie. Celles-ci permettent aux professionnels de la santé d'acquérir des compétences spécifiques pour accompagner les fumeurs dans leur sevrage. Elles comprennent environ 50 heures de cours, étalées sur 7 à 10 samedis par an. Depuis 2009, un budget annuel de 65.000 euros est prévu pour l'organisation de ces formations. Jusqu'ici, ce financement a été accordé par l'autorité fédérale. La dernière subvention a été octroyée en 2016. Pour l'instant, le gouvernement fédéral ne nous a pas officiellement indiqué qu'il cessait son subventionnement. Nous en discuterons prochainement avec lui ainsi qu'avec les autres entités fédérées afin de connaître les véritables intentions du gouvernement fédéral pour l'année 2017.

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

De heer Alain Maron (Ecolo) *(in het Frans).- FARES lijkt nog altijd geen nieuws te hebben over de subsidies voor 2017. In tegenstelling tot Vlaanderen is de financiering niet overgenomen door de Franse Gemeenschap, maar door Wallonië en de GGC. We hebben getracht de subsidie op te sporen, maar dat bleek onbegonnen werk. Ze is werkelijk nergens terug te vinden. Enkel in Vlaanderen werd het hele systeem overgenomen, zowel qua opleiding als qua raadplegingen.*

Er blijft dus nog een groot vraagteken met betrekking tot de opleiding tabacologie. U weet zelf niet of die nog door de federale overheid zal worden gefinancierd en bevestigt dat er op het niveau van de GGC in niets is voorzien.

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

M. Alain Maron (Ecolo).- Le Fares ne semble pas avoir de nouvelles de ses subventions pour 2017. Nous sommes fin mai et, à ce stade, la formation en tabacologie ne serait plus financée par le niveau fédéral. Contrairement à ce qui se passe en Flandre, il n'y aurait pas de reprise au sein de la Communauté française puisque son ministre-président déclare que le financement aurait été repris par la Wallonie d'une part, et par la Cocom, de l'autre.

De notre côté, nous avons tenté de tracer le subventionnement, mais il semble avoir disparu. Il n'est ni au niveau fédéral, ni à la Communauté française, pas tout à fait à la Région wallonne pour la Wallonie, et pas à Bruxelles non plus. Seule la Flandre a repris tout le processus : la formation en tabacologie et les consultations. Elle est donc passée tout à fait dans le nouveau système.

J'entends votre préoccupation et votre point de vue global sur le dossier. C'est extrêmement intéressant mais, spécifiquement sur la question de la formation en tabacologie, il demeure un gros point d'interrogation. Vous ne savez pas vous-même si le financement est toujours d'actualité de la part du niveau fédéral et vous me confirmez qu'il n'y a rien au niveau de la Cocom.

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

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College *(in het Frans).- Wij hebben contact opgenomen met de federale overheid en wachten nog op diens officiële standpunt. De heer Rudi Demotte heeft blijkbaar al een antwoord ontvangen, wij van onze kant nog niet. Zodra wij een officieel antwoord gekregen hebben, zullen wij ons standpunt bepalen. We zitten pas in de helft van de vijfde maand van het jaar. Het heeft vandaag geen zin om op de situatie vooruit te lopen.*

De heer Alain Maron (Ecolo) *(in het Frans).- We zijn inderdaad pas half mei, maar het vraagt wel wat tijd om een nieuwe regeling in te voeren. Er*

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

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Je vous ai dit que nous avons interrogé le niveau fédéral et que nous attendons sa position officielle. Je constate que M. Rudi Demotte a reçu l'information du niveau fédéral, ce qui n'est pas notre cas. Nous attendons la confirmation officielle, ce qui nous semble être une démarche légitime, avant de nous exprimer. Une fois cette confirmation obtenue, nous définirons la position à adopter. Nous ne sommes qu'au milieu du cinquième mois de l'année. Ne prédisons pas déjà ce qui sera assumé.

M. Alain Maron (Ecolo).- Nous ne sommes qu'au milieu du cinquième mois de 2017, mais la mise en place d'un nouveau dispositif prend un certain

moeten onder meer besluiten worden genomen. De subsidie zal pas aan het einde van het jaar worden betaald, terwijl de activiteiten toch tijdens het jaar plaatsvinden. De verenigingen die van de overheid afhangen, moeten steeds vaker hun activiteiten voorfinancieren, terwijl het steeds moeilijker wordt om kaskredieten en overbruggingskredieten te bekomen zonder een subsidiebelofte.

Ik begrijp dat u op de officiële bevestiging van de federale overheid wacht. Ik raad u aan om contact op te nemen met de verenigingen, want die hebben zelf misschien al iets gehoord.

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College *(in het Frans).- Als zij contact met u opnemen zouden zij, alvorens te reageren, ook eens contact met ons mogen opnemen.*

- Het incident is gesloten.

temps. Des arrêtés, entre autres, devront être pris. La subvention n'arrivera jamais qu'à la fin de l'année, alors que les activités, elles, se déroulent en cours d'année.

Les organismes qui dépendent des pouvoirs publics doivent de plus en plus - et de plus en plus longtemps, parfois dans un cadre incertain - préfinancer leurs activités. En outre, il est impossible d'obtenir des crédits de caisse et des crédits-ponts auprès d'institutions bancaires sans avoir de promesse de subventions.

J'entends que vous attendez une confirmation officielle du gouvernement fédéral. Je vous encourage à prendre langue également avec les opérateurs : ils ont peut-être, eux aussi, reçu des informations en direct.

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Je les invite, dès lors, à prendre contact avec nous, en même temps qu'ils prennent contact avec vous. Il est important qu'on contacte le ministre avant de réagir.

- L'incident est clos.