

**ASSEMBLÉE RÉUNIE DE LA COMMISSION COMMUNAUTAIRE
COMMUNE**

**VERENIGDE VERGADERING VAN DE GEMEENSCHAPPELIJKE
GEMEENSCHAPSCOMMISSIE**

**COMPTE RENDU INTÉGRAL DES INTERPELLATIONS ET
DES QUESTIONS**

INTEGRAAL VERSLAG VAN DE INTERPELLATIES EN DE VRAGEN

COMMISSION DE LA SANTÉ

COMMISSIE VOOR DE GEZONDHEID

RÉUNION DU MERCREDI 13 JUIN 2018

VERGADERING VAN WOENSDAG 13 JUNI 2018

COMPTE RENDU PROVISOIRE

Non encore approuvé par les orateurs.
Ne pas citer sans mentionner la source.

VOORLOPIG VERSLAG

Nog niet goedgekeurd door de sprekers.
Niet citeren zonder de bron te vermelden.

Voorzitterschap: mevrouw Khadija Zamouri, voorzitter.

[105]

INTERPELLATIE

Mevrouw de voorzitter.- Aan de orde is de interpellatie van mevrouw Goeman.

INTERPELLATIE VAN MEVROUW HANNELORE GOEMAN

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 "het stijgend aantal gedwongen opnames in de geestelijke gezondheidszorg".

[109]

Mevrouw de voorzitter.- Collegelid Guy Vanhengel zal de interpellatie beantwoorden.

Mevrouw Goeman heeft het woord.

Mevrouw Hannelore Goeman (sp.a).- Een tijd geleden stelde ik u een schriftelijke vraag over het aantal gedwongen opnames. U antwoordde dat vooral de opnames ter observatie als gevolg van een positieve expertise via de dringende maatregel toenemen. Dat is ook het geval in de drie ziekenhuizen die onder de bevoegdheid van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC) vallen: het Centre Hospitalier Jean Titeca, Epsilon en het UVC Brugmann.

Bij dat soort opnames moeten patiënten gedwongen in behandeling gaan. Het gaat altijd om een vorm van vrijheidsbeperking, waarbij de patiënt geen volledige zeggenschap meer heeft over zichzelf. Dit zou moeten leiden tot een betere bescherming van de samenleving en van de patiënt zelf om de situatie weer onder controle te krijgen.

Opnames ter observatie zijn een punt van discussie binnen de sector van de geestelijke gezondheidszorg. Behandelingen onder dwang kunnen traumatische gevolgen hebben voor de patiënt, maar ook voor familie, vrienden en hulpverleners. Dat geldt zeker voor patiënten die in bedwang worden gehouden of naar de isoleercel moeten. Zulke maatregelen creëren gevoelens van bestraffing, bedreiging, depressie, woede en rancune ten opzichte van het personeel. Ze kunnen dan ook een negatieve invloed hebben op de therapie.

[111]

Helaas blijven die gevoelens vaak hangen na de behandeling. We moeten dus op zoek naar alternatieven om de geestelijke gezondheidszorg menselijker te maken. Die alternatieven bestaan.

In uw antwoord op mijn schriftelijke vraag over dit onderwerp kondigde u een aantal maatregelen voor de geestelijke gezondheidszorg aan. De GGC kan zich daarop toespitsen om problemen vroeger op te sporen. Op die manier kunnen crisissituaties van patiënten met een dubbele diagnose beter aangepakt worden. Er wordt ook ingezet op het vroegtijdig detecteren van geestelijke gezondheidsproblemen bij kinderen en volwassenen, het opzetten van een netwerk met psychologische eerstelijnszorg en een solide zorgnetwerk voor patiënten.

In Brussel erkennen meerdere overheden instellingen. Dat bemoeilijkt de situatie en leidt tot versnippering. De instellingen werken meer naast dan met elkaar. In uw antwoord stelt u dat er een heel dicht netwerk is van 25 ambulante diensten voor geestelijke gezondheidszorg. De GGC erkent er vijf van. Ambulante geestelijke gezondheidszorg speelt een grote rol in het vermijden van crisissituaties. Zorgverleners komen aan huis, kunnen problemen op tijd vaststellen, controleren of medicatie correct gebruikt wordt en kunnen indien nodig de hulp van ziekenhuizen inroepen.

Het is belangrijk dat deze diensten gecoördineerd samenwerken met elkaar en met de ziekenhuizen. Die laatste moeten vertrouwd zijn met de ambulante diensten, zodat ze bij moeilijkheden onmiddellijk kunnen inspringen. Ik stel tevreden vast dat u een versterking van het Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg Gebied Brussel-Hoofdstad (OPGG) aankondigt. Ik ben benieuwd hoe u dat zult klaarspelen.

Hoe verklaart u de stijging van het aantal opnames ter observatie in Brussel? Hoe zit het met de uitvoering van alle nieuwe initiatieven die ik net heb vermeld? Er is immers geen andere manier om de toenemende noden in de geestelijke gezondheidszorg het hoofd te bieden. Hoe ziet de planning eruit? Welke stappen zijn er al gezet? Hoe zult u de coördinatie tussen ambulante diensten en ziekenhuizen versterken? Hoever staat u met de versterking van het OPGG?

[115]

Bespreking

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

De heer Guy Vanhengel, lid van het Verenigd College.- Ik kom even terug op mijn antwoorden op uw schriftelijke vraag. Een gedwongen opname is een zware maatregel: je berooft mensen immers van hun vrijheid. Daarom kan dat enkel wanneer een patiënt een geestesziekte heeft en een gevaar is voor zichzelf en zijn omgeving. Bovendien is het alleen toegelaten als er geen andere oplossing bestaat. Dat staat allemaal omschreven in de wet van 26 juni 1990.

De toename van gedwongen opnames in Brussel is al met al beperkt. De laatste vijf jaar steeg het aantal gedwongen opnames met amper 2%. Dat komt grosso modo overeen met de bevolkingstoename in die periode. In Vlaanderen daarentegen was er in de afgelopen tien jaar een stijging met 37%, zo blijkt uit het rapport van de Vlaamse Zorginspectie. Die cijfers geven me de indruk dat Vlaanderen de jongste jaren een heel ander beleid voert inzake geestelijke gezondheidszorg in het algemeen en gedwongen opnames in het bijzonder.

Niet zozeer de stijging van het aantal gedwongen opnames is opvallend, als wel de complexiteit van de te beschermen personen en het gevaar dat van die mensen kan uitgaan. In een op de drie gevallen gaat het om

psychotische patiënten die waanbeelden hebben en daardoor volledig het contact met de realiteit verliezen. Een andere groep, die alsmaar groter wordt, bestaat uit mensen die zwaar verslaafd zijn aan drugs, alcohol of medicatie. Een derde groep bestaat uit mensen met een depressie of een ander psychiatrisch ziektebeeld.

We merken ook dat de spoedprocedure steeds vaker wordt gebruikt. Daarbij kan een procureur des Konings onmiddellijk een gedwongen opname bevelen. Nu is dat in Brussel bij meer dan 90% van de gedwongen opnames het geval.

[119]

U weet dat we over onvoldoende capaciteit in de psychiatrie beschikken. Daarom hebben we een uniek expertisesysteem op poten gezet om op zeer professionele manier in te schatten of een persoon al dan niet ter observatie moet worden opgenomen.

We werken bijzonder goed samen met de gerechtelijke overheden in het Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg Gebied Brussel-Hoofdstad. De werkgroep voor gedwongen opnames vergadert maandelijks en bespreekt de uitvoering van de wet van juni 1990 in aanwezigheid van zowel de gespecialiseerde psychiaters als de politie en het parket. Zoals collegelid Gosuin en ik overigens al verschillende keren hebben gezegd, zou de omkadering van complexe situaties in psychiatrische ziekenhuizen versterkt moeten worden. Zowel het verzorgende personeel en de infrastructuur hebben het zwaar te verduren.

In de overlegstructuren vestigen we regelmatig de aandacht van de federale overheid op de kwestie. Op uw vraag waarom het aantal gedwongen opnames is toegenomen, moet ik antwoorden dat daarover geen wetenschappelijk onderzoek beschikbaar is. Een mogelijke verklaring is de toenemende aandacht voor veiligheid voor de patiënt en de samenleving, zoals in Vlaanderen werd opgemerkt.

U vroeg ook naar een stand van zaken van de nieuwe initiatieven in de GGC. Zoals gezegd zal Brussel vanaf oktober 2018 over een eenheid beschikken voor patiënten met een dubbele diagnose die in een crisissituatie verkeren. Dit is voor de hele sector van de psychiatrie en de gehandicaptensector een concreet antwoord op een welbekend probleem. Meerdere overheden trokken middelen uit om de mobiele teams voor dubbele diagnose beter te steunen. Het programma voor vroege detectie bij kinderen en jongeren is klaar en wordt momenteel bestudeerd door de overheid.

Dit is eigenlijk het resultaat van een Brusselse intersectorale samenwerking over de taalgrenzen heen. Het programma gaat dit jaar van start. Drie leeftijdsgroepen worden aangepakt: kinderen tot drie jaar, jongeren van twaalf tot zestien jaar en jongeren van zestien tot drieëntwintig jaar.

[121]

De oproep voor projecten inzake psychologische eerstelijns hulp moet nog worden verspreid. Zoals u weet, buigt de federale regering zich op dit moment over de eventuele terugbetaling van klinisch psychologen. In maart wees federaal minister van Volksgezondheid Maggie De Block er al op dat in het federaal regeerakkoord de mogelijkheid werd opengehouden om de terugbetaling van psychologen te analyseren. De minister heeft duidelijk gesteld dat ze daar werk van zal maken.

Natuurlijk houdt deze federale analyse nauw verband met de steun die het Verenigd College zou willen verlenen aan eerstelijnspsychologen. Zo kunnen we de zorg laagdrempelig houden. Ik wil er ook op wijzen dat de sector van de Brusselse geestelijke gezondheidszorg veel inspanningen heeft geleverd om zowel voor jongeren als volwassenen een uniek netwerk uit te bouwen. Daarin werken alle sectoren samen en worden de

huisartsen zeer nauw betrokken. De regeerperiode is nog niet voorbij en we zullen alles in het werk stellen om tegemoet te komen aan de behoeften van onze bevolking.

Tot slot wil ik een pluim op de hoed steken van het Overlegplatform Geestelijke Gezondheid Gebied Brussel-Hoofdstad. Het coördinatieteam zorgt ervoor dat alle acties op elkaar afgestemd worden, wat tot een coherent beleid en een coherente uitvoering leidt. In Brussel zijn er veel spelers actief in de geestelijke gezondheidszorg. De klinische aanpak in onze regio wordt gekenmerkt door diversiteit en sterke vaardigheden. We hebben de coördinatie versterkt. Zo worden er werkgroepen opgericht die zich met huisvesting voor psychiatrische patiënten bezighouden, of werkgroepen die de nieuwe initiatieven opvolgen en waar patiënten een plaats en een stem krijgen. Sinds dit jaar bezoeken de leden van het platform de OCMW's om hen nog meer te betrekken bij de lokale geestelijke gezondheidszorg.

[123]

Mevrouw de voorzitter.- Mevrouw Goeman heeft het woord.

Mevrouw Hannelore Goeman (sp.a).- Uit de naakte cijfers bleek een lichte stijging van 2% in Brussel, maar dat stelt inderdaad niet veel voor in vergelijking met de stijging van 37% in Vlaanderen. De lichte stijging houdt waarschijnlijk verband met de toename van onze bevolking, terwijl Vlaanderen echt een andere koers lijkt te varen.

Het is goed dat het project inzake een vroege diagnose in de startblokken staat. Hopelijk volgt het project inzake psychologische eerstelijns hulp snel. We moeten werk maken van preventie en vroegtijdig ingrijpen om te voorkomen dat problemen escaleren. Hoewel de voorstellen niet bijster ver gaan, vind ik het idee om raadplegingen bij psychologen terug te laten betalen eerder positief. Ik betwijfel namelijk of we met zes terugbetaalde sessies per jaar het probleem kunnen oplossen. Toch is dat al een eerste stap in de goede richting. Inzetten op een netwerk is van cruciaal belang in een stad met versnipperde bevoegdheden. Er moeten werkgroepen komen en het is noodzakelijk om samen te werken met de huisartsen. Hopelijk wordt dat allemaal verankerd in het Brussels Plan voor de gezondheidszorg, waar ik trouwens zeer benieuwd naar ben.

Op mijn laatste vraag over de problemen bij de coördinatie van de ambulante diensten en de ziekenhuizen kreeg ik geen antwoord.

[125]

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

De heer Guy Vanhengel, lid van het Verenigd College.- Die kwestie kan worden besproken door het Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg.

- *Het incident is gesloten.*

[129]

MONDELINGE VRAGEN

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

MONDELINGE VRAAG VAN DE HEER DOMINIEK LOOTENS-STAEL

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 vrouwenverminking in Brussel".

[133]

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

De heer Lootens-Stael heeft het woord.

De heer Dominiek Lootens-Stael (Vlaams Belang).- Vrouwelijke genitale verminking is nog steeds een van de grootste vormen van kindermishandeling ter wereld. Als we de recent gepubliceerde cijfers van het Instituut voor de Gelijkheid van Vrouwen en Mannen (IGVM) bekijken, blijkt die barbaarse praktijk ook in België een probleem te zijn.

Momenteel wonen er 17.273 vrouwen en meisjes in België die waarschijnlijk besneden zijn en lopen er nog eens 8.644 het risico op besnijdenis. In 2007 waren er vermoedelijk 6.260 vrouwen en meisjes besneden. Dat aantal was in 2012 opgelopen tot 13.112. De toenemende immigratie is wellicht een van de oorzaken van die onwaarschijnlijke stijging.

Sinds 2001 is vrouwelijke genitale verminking strafbaar. Volgens artikel 409 van het strafwetboek riskeren de uitvoerders van zulke praktijken drie tot vijf jaar celstraf. Ook mensen die vrouwelijke genitale verminking vergemakkelijken of bevorderen, met of zonder toestemming van de persoon in kwestie, maken zich schuldig aan strafbare feiten. Pogingen tot vrouwelijke genitale verminking vallen eveneens onder dezelfde wet en sinds juli 2014 zijn ook personen strafbaar als ze aanzetten tot vrouwelijke genitale verminking of er reclame voor maken.

[137]

Op internationaal gebied wordt de praktijk veroordeeld in tal van verdragen zoals het Internationaal Verdrag inzake burgerrechten en politieke rechten (BUPO), het Internationaal Verdrag inzake economische, sociale en culturele rechten (IVESCR) of het Internationaal Verdrag inzake de rechten van het kind (IVRK).

Meer dan 150 van de 193 VN-lidstaten ratificeerden die verdragen. Nochtans blijft het gebruik zeer gangbaar in sommige islamitische landen, en meer bepaald in Egypte, Somalië, Mali of Guinee, waar naar schatting negen op tien meisjes genitaal verminkt worden. Besneden vrouwen zwijgen vaak over de praktijk omdat ze zich schamen, maar ook omdat ze er oprecht van overtuigd zijn dat die 'culturele' handeling nodig is. Bovendien gebeuren besnijdenissen in de meeste gevallen clandestien.

De oorsprong van deze barbaarse praktijken is vooral terug te vinden in lokale tradities. Vrouwelijke genitale verminking is bedoeld om vrouwen hun seksueel genot te ontnemen en zo te voorkomen dat ze vreemdgaan. Voorts is het bedoeld als overgangsritueel voor meisjes.

Voor een deel is de praktijk ook gestoeld op onwetendheid. Veel mannen en vrouwen geloven dat een onbesneden meisje niet vruchtbaar kan worden of dat een onbesneden clitoris hun toekomstige mannen onvruchtbaar zal maken. Uiteraard berust dat laatste op een complete misvatting. Vrouwelijke genitale verminking omvat vier verschillende types: clitoridectomie, excisie, infibulatie en tot slot een verzameling van alle andere schadelijke ingrepen op de vrouwelijke geslachtsorganen om niet-medische redenen, zoals prikken, piercen, snijden, insnijden en uitbranden.

Ondanks het taboe roepen vrouwelijke asielzoekers in België besnijdenis steeds vaker in als argument om het statuut van vluchteling te krijgen. Het aantal beslissingen van het Commissariaat-generaal voor Vluchtelingen en Staatlozen (CGVS) waarbij genitale verminking werd ingeroepen, steeg in de periode van 2007 tot 2012 van 83 tot 490. In 2014 werden 518 dossiers ontvankelijk verklaard.

[139]

De grootste uitdaging bestaat erin ouders ervan te overtuigen dat ze in hun tradities en geloof een totaal fout vrouwbeeld hebben.

Hoeveel van dergelijke verminkingen worden er jaarlijks in Brussel uitgevoerd?

Hoeveel dossiers heeft het gerecht geopend over de vervolging van gevallen van vrouwenverminking in België in de periode 2014-2018? Om hoeveel Brusselse dossiers gaat het?

Wat hebt u al ondernomen om plegers van dit soort feiten te vervolgen?

Zijn de Irisziekenhuizen verplicht om gevallen van vrouwelijke genitale verminking aan te geven? Zo ja, houden ze zich aan die meldingsplicht?

Welke campagnes worden opgezet om vrouwelijke genitale verminking uit de wereld te helpen? Hebben die campagnes tot doel ouders te ontmoedigen hun dochters te laten besnijden, bijvoorbeeld in het land van herkomst?

[141]

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

De heer Guy Vanhengel, lid van het Verenigd College.- Volgens onze gegevens zijn er de laatste jaren in België geen gevallen vastgesteld van traditionele vrouwenbesnijdenis. De meeste besneden vrouwen die op dit moment in België leven, zijn nieuwkomers. Zij werden besneden voor hun aankomst in België. Sommige vrouwen en meisjes werden echter pas besneden na hun aankomst in België. In de meeste gevallen gebeurde dat echter toen zij naar hun land terugkeerden.

Tussen 2012 en 2016 heeft België nieuwkomers opgevangen uit landen waar vrouwelijke genitale verminking gebruikelijk is. In die gemeenschappen werden ook kinderen geboren. Dat biedt een verklaring voor de toename van het aantal besneden vrouwen. Ook de verbetering van de methode voor de studie over het fenomeen, waardoor een betere schatting mogelijk werd, speelt daarbij een rol. Volgens mij is vooral dat laatste element belangrijk.

Op 31 december 2016 waren in het Brussels Gewest 8.240 vrouwen betrokken bij besnijdenis. Dat betekent dat ze naar alle waarschijnlijkheid besneden zijn of dat ze risico lopen op besnijdenis. In die groep zitten ook

810 kinderen van minder dan vijf jaar. Het gaat echter slechts om een indirecte schatting, gebaseerd op de prevalentie in de landen van herkomst. Er bestaan geen cijfers over het aantal vrouwen dat in België werd besneden. Het gaat dus om schattingen, niet om individuele registraties.

[143]

Ten tweede vraagt u hoeveel dossiers het gerecht sinds 2014 heeft opgesteld over de vervolging van gevallen van vrouwenverminking in België en in Brussel. Uit een studie van de vzw Intact blijkt dat er tussen 2009 en 2013 veertien gevallen van seksuele verminking werden geregistreerd in de databank van de correctionele parketten. Dat is het enige cijfer dat wij hebben kunnen achterhalen.

Uw derde vraag handelde over de maatregelen om tot een sluitend vervolgingsbeleid te komen ten aanzien van de plegers van dit soort feiten. Ik herinner u eraan dat de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC) op dat vlak niet bevoegd is. Het gerecht heeft de taak te vervolgen.

Uw vierde vraag betrof de meldingsplicht van de Irisziekenhuizen wanneer ze geconfronteerd worden met slachtoffers van die praktijken. U vroeg ook of die meldingsplicht wordt nageleefd. Net als alle zorgverstrekkers moeten de Irisziekenhuizen de wet naleven. In dit specifieke geval moeten ze enerzijds het beroepsgeheim respecteren zoals gedefinieerd in artikel 458 van het strafwetboek, en zijn ze er anderzijds toe gebonden het beroepsgeheim in bepaalde gevallen op te heffen (zie artikel 458bis). Er is echter geen informatie beschikbaar over de specifieke handelswijze van de diensten van het Irisnetwerk.

Het UMC Sint-Pieter is aangesloten bij het preventienetwerk inzake vrouwelijke genitale verminking in België. De dienst houdt zich bezig met preventie, bewustmaking, steun aan slachtoffers en repressie om nieuwe gevallen te voorkomen.

[145]

Met uw vijfde vraag wilde u nagaan welke campagnes georganiseerd worden om vrouwelijke genitale verminking uit de wereld te helpen en of ze bedoeld zijn om ouders ervan te weerhouden om hun dochters te laten besnijden tijdens een reis naar hun land van herkomst. De GGC voert momenteel geen specifieke actie inzake genitale vrouwelijke verminking, maar zowel de federale overheid, de Vlaamse Gemeenschap als de Franse Gemeenschap, en dan voornamelijk de Franse Gemeenschapscommissie (Cocof), ontwikkelen acties op het terrein met meerdere partners. Zo bestaat er een preventie- en begeleidingsprogramma voor vrouwelijke genitale verminking in België. Dat wordt ondersteund door verschillende partners en wordt actiever gevolgd door de Franstalige gemeenschap. Volgens de auteurs van de reeds vermelde prevalentiestudie zou het nodig zijn om dat programma ook te ontwikkelen binnen de Nederlandstalige gemeenschap.

In België bestaan er twee multidisciplinaire centra voor vrouwen die slachtoffers zijn van geslachtsverminking om hen te begeleiden bij hun seksleven en inzake voortplanting. Een van de centra is gelegen in het Brusselse UMC Sint-Pieter (meer bepaald CeMAViE of het Medisch Centrum voor Hulp aan Slachtoffers van Besnijdenis) en het andere in Gent. Bewustmaking over de risico's voor de kinderen van slachtoffers sluit aan bij de missie van die centra, die op medisch vlak het vaakst in contact komen met de risicogroep.

Aangezien de verminkingen worden uitgevoerd in het buitenland, hebben alle preventie- en repressie-interventies tot doel om verminkingen in het buitenland te voorkomen. Zoals u zelf aanhaalt in uw vraag, sluit de problematiek van vrouwelijke genitale verminking vaak aan bij het gendervraagstuk. Veel van die

vrouwen lopen het risico op een gedwongen huwelijk, op verkrachting binnen het huwelijk, kampen met sociale druk om tradities na te leven en hebben vaak een traumatiserend migratieparcours achter de rug.

Een zuiver repressieve aanpak van vrouwelijke genitale verminking heeft weinig kans op slagen. Het is belangrijk om veelomvattende antwoorden te bieden waarmee die vrouwen en jonge meisjes kunnen worden beschermd en geholpen.

[147]

Mevrouw de voorzitter.- De heer Lootens-Stael heeft het woord.

De heer Dominiek Lootens-Stael (Vlaams Belang).- Er werden amper veertien gevallen geregistreerd tussen 2009 en 2013. Dat is bitter weinig. Gezien het taboe op genitale verminking mogen we ervan uitgaan dat het in de praktijk veel vaker voorkomt. Er moet een mentaliteitswijziging op gang worden gebracht om ook de gevallen die nu onder de radar blijven, tevoorschijn te halen zodat er kan worden ingegrepen.

Hebt u reeds stappen ondernomen om werk te maken van een vervolgingsbeleid? Uiteraard is uiteindelijk justitie bevoegd, maar u zou zich proactief kunnen opstellen ten aanzien van de parketten. Bij een dergelijke toename dient de overheid die bevoegd is voor welzijn en gezondheid, de cijfers voor te leggen aan de parketten met het oog op een vervolgingsbeleid en meer waakzaamheid.

Ik hoop dat het beroepsgeheim wordt opgeheven in het geval van genitale verminking, zoals bepaald in artikel 458bis.

[149]

De heer Guy Vanhengel, lid van het Verenigd College.- Een rechtbank moet oordelen of artikel 458 of 458bis van toepassing is. Soms heeft een doorverwijzing alleen al een traumatiserend effect. Twee factoren spelen een rol: de zuiver juridische en de medische. Het is de individuele verantwoordelijkheid van de behandelende geneesheer om een keuze te maken in het belang van de patiënt. Anders moet de rechter beslissen.

De heer Dominiek Lootens-Stael (Vlaams Belang).- De GGC voert op dat vlak geen actie. Alles wordt blijkbaar overgelaten aan de Franse Gemeenschapscommissie. Ook de Vlaamse Gemeenschap moet actie ondernemen.

De heer Guy Vanhengel, lid van het Verenigd College.- Mij lijkt het dat het onderwerp meer leeft in de Franse dan in de Vlaamse Gemeenschap.

- *Het incident is gesloten.*

[159]

QUESTION ORALE DE MME CATHERINE MOUREAUX

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 projet de la ministre fédérale de la Santé d'adapter le forfait suite à l'étude KPMG sur les maisons médicales".

[161]

Mme la présidente.- À la demande de l'auteure, excusée, la question orale est reportée à une prochaine réunion.

[163]

QUESTION ORALE DE MME DOMINIQUE DUFOURNY

À MM. GUY VANHENGEL ET DIDIER GOSUIN, MEMBRES DU COLLÈGE RÉUNI, COMPÉTENTS POUR LA POLITIQUE DE LA SANTÉ, LA FONCTION PUBLIQUE, LES FINANCES, LE BUDGET ET LES RELATIONS EXTÉRIEURES,

concernant "l'utilisation d'Internet dans le cadre de la pratique médicale".

Mme la présidente.- À la demande de l'auteure, la question orale est transformée en question écrite.

[167]

QUESTION ORALE DE M. ANDRÉ DU BUS DE WARNAFFE

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

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

concernant "le renforcement des différentes offres de soins en santé mentale aux personnes âgées suite au communiqué du centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE)".

[169]

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

La parole est à M. du Bus de Warnaffe.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH).- À la suite de la demande du SPF Santé publique visant à déterminer s'il fallait organiser les soins de santé mentale des personnes âgées en un réseau séparé ou si l'on pouvait les englober dans les soins du groupe général des adultes, le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) a publié, le 29 mars dernier, un communiqué dans lequel plusieurs recommandations ont été avancées.

Selon le KCE, les soins de santé mentale des personnes âgées ne doivent pas être organisés sur la seule base de l'âge car il s'agit d'un groupe particulièrement hétérogène. Dès lors, le KCE recommande d'étendre les différentes offres de soins de santé mentale du groupe des adultes aux personnes âgées en mettant l'accent sur l'intervention dans les lieux de vie (en institution ou à domicile). La Flandre et la Wallonie le font déjà avec brio puisqu'elles ont mis en place plusieurs projets pilotes qui sont directement adressés aux personnes âgées. Le KCE souhaiterait voir ce genre d'initiatives, trop peu nombreuses, s'étendre à l'ensemble du pays et pour les plus de 65 ans.

Le KCE suggère également d'étendre le champ d'action des équipes mobiles psychiatriques et de les soutenir par des équipes mobiles de troisième ligne spécialisées dans les soins aux personnes âgées.

Toujours selon ce communiqué, le médecin généraliste est le premier acteur contacté par les personnes âgées pour identifier leurs problèmes psychiques ou somatiques. Cependant, ces derniers manquent de formation et semblent ne pas être toujours armés pour gérer de telles situations. Nous avons récemment été interpellés par la publication du livre noir sur la santé mentale de la Fédération des associations de médecins généralistes de Bruxelles (FAMGB) qui rendait compte du désarroi des médecins généralistes devant ces situations. Ainsi, pour le KCE, une collaboration entre tous les intervenants du domaine de l'aide et des soins doit être encouragée.

Au-delà de cette recommandation, le KCE rappelle que la prise en considération des problèmes de santé mentale des personnes âgées doit passer par un changement d'attitudes de la société par rapport aux stéréotypes liés à l'âge et à la maladie mentale et ce, afin de favoriser une meilleure inclusion.

[171]

Avez-vous pris connaissance des recommandations du KCE ? Qu'en pensez-vous ? En avez-vous déjà discuté avec la Plate-forme de concertation pour la santé mentale bruxelloise (PFCSM) ?

Ces recommandations sont-elles prises en compte dans le Plan de santé bruxellois que vous devez bientôt nous dévoiler et qui est déjà soumis à la concertation des différents acteurs de l'Office bicommunautaire de la santé et de l'aide aux personnes (Iriscare).

Quant aux modèles flamands et wallons, de tels projets pilotes sont-ils envisagés dans notre Région ?

Enfin, une offre hospitalière suffisante dans les services de psychiatrie, de gériatrie et de psychogériatrie est également demandée par le KCE. De nouvelles concertations ont-elles eu lieu avec le gouvernement fédéral sur la non-adéquation du financement public à la réalité bruxelloise ?

[173]

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

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- J'ai en effet pris connaissance de l'étude du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) relative à l'amélioration de l'organisation des soins de santé mentale pour les personnes âgées. Une étude très intéressante, dont l'ambition est d'évaluer si des modèles spécifiques d'organisation rencontrant les besoins en santé mentale des personnes âgées existent, et s'ils sont transposables en Belgique. L'étude examine également si de tels modèles de soins de santé mentale peuvent intégrer le système mis en œuvre pour les adultes et à quelles conditions. La Plate-forme de concertation pour la santé mentale bruxelloise (PFCSM) est en train d'analyser cette étude. Dès le début des réformes, la PFCSM a attiré notre attention sur les besoins spécifiques des personnes âgées dans ce domaine.

Pour rappel, en 2010, les différentes autorités de notre pays ont lancé la réforme de la santé mentale pour les adultes. En 2015 a suivi le démarrage de la nouvelle politique en santé mentale pour les enfants et les adolescents.

Les premiers réseaux de santé mentale s'adressent aux adultes, jusqu'à l'âge de 65 ans. Le rapport du KCE ne plaide pour la création de nouveaux réseaux distincts, mais davantage pour une extension des réseaux existants aux personnes âgées. Il est recommandé d'augmenter et de renforcer les réseaux existants, ainsi que leurs équipes mobiles spécialisées dans les soins complexes aux personnes âgées.

Les personnes âgées font partie des groupes cibles fragiles. Je rappelle que c'est bien chez les aînés que le taux de suicide est le plus élevé. Le risque suicidaire augmente avec l'âge, avec un pic plus élevé pour les hommes de plus de 75 ans. Cette réalité est méconnue. Le geste suicidaire des aînés est généralement plus déterminé qu'aux autres âges de la vie.

Avec la vieillesse, on entre dans un dernier cycle de vie qui comporte des facteurs de risque spécifiques. Ainsi, le processus de deuil de ce que nous avons été est enclenché et chacun est appelé à le vivre avec les ressources qui lui sont propres. La fragilité des personnes âgées est liée à de nombreux événements : la perte du conjoint, les multiples deuils d'amis ou de connaissances, la diminution des facultés physiques ou cognitives, les problèmes de santé, la perte progressive d'autonomie, l'entrée éventuelle en maison de repos, la perte des repères dans le quotidien, les séparations familiales, amicales et sociales.

Il nous faut tenir compte de ces éléments, lutter par nos politiques contre l'isolement, favoriser les modèles d'organisation de soins intégrés, collaboratifs et de proximité privilégiant l'inclusion et la participation.

Lorsque le rapport du KCE évoque l'inclusion du public des aînés dans les modèles existants, il pose cependant quelques conditions. Il faut bien prendre en compte le profil de fragilité de la personne. Il faut clarifier le rôle de la première ligne de soins, garantir l'expertise à tous les niveaux et renforcer l'accessibilité du soin complexe à domicile et dans les maisons de repos et de soins.

[175]

À cet égard, je vous renvoie à la récente publication de l'étude de l'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale intitulée "Les personnes âgées et les maisons de repos et de soins en Région bruxelloise". Elle met l'accent sur les résidents au profil O ou A de l'échelle de dépendance de Katz en maison de repos.

Dans l'analyse des motifs d'entrée en maison de repos, on relève que l'admission des personnes souffrant de problèmes de santé mentale se justifie souvent par l'absence ou le manque de places dans d'autres structures résidentielles.

Je relève aussi les témoignages collectés auprès des institutions pour personnes âgées sur le nécessaire accompagnement différencié : on n'accompagne pas de la même façon un résident avec un handicap mental, un profil psychotique ou une démence. Chaque cas exige un accompagnement différent, ce qui requiert une formation spécifique pour entrer en relation avec ces profils variés et trouver un équilibre.

J'observe également, à travers plusieurs témoignages, qu'il est difficile d'accepter en maison de repos des personnes âgées souffrant de problèmes psychiatriques. De même, il semble difficile de trouver des services ambulatoires avec lesquels collaborer, par manque de disponibilité.

Le KCE insiste, par ailleurs, sur la formation en santé mentale de tous les acteurs professionnels et informels de l'aide et des soins. Il formule des recommandations très claires en soulignant que là réside la clé de voûte du système.

[177]

Le rapport du KCE a été examiné le 8 mai dernier en groupe de travail intercabinets en santé mentale. Il est encore un peu tôt pour se prononcer sur les suites réservées à ce rapport, mais la conférence interministérielle de juillet prochain s'exprimera très probablement sur cette importante question et conditionnera également le développement de nos politiques en Région bruxelloise.

Compte tenu de la structure institutionnelle complexe de notre Région, il ne fait aucun doute que le développement d'une approche en santé mentale des personnes âgées devra se faire en étroite collaboration avec toutes les autorités compétentes à Bruxelles. Les structures ambulatoires et résidentielles d'aide et de soins seront impliquées. Nous prendrons aussi connaissance des projets en cours en Wallonie et en Flandre à ce sujet.

Actuellement, les services de santé mentale (SSM) bruxellois assurent le suivi des personnes âgées, même si le recours des seniors à ces services est assez faible.

Je vous renvoie également à la réponse donnée récemment à Mme Moureaux sur le projet bruxellois Dionysos qui, avec l'expertise de son équipe et la collaboration du service de santé mentale (SSM) bicommunautaire Rivage den Zaet, accompagne les personnes avec des problèmes cognitifs dans leur lieu de vie. Ce service organise précisément l'accompagnement des personnes âgées en bonne coordination avec les acteurs de l'aide et des soins.

Même si la moyenne d'âge à Bruxelles est plus jeune que dans les autres Régions, il faudra tenir compte de l'intensification du vieillissement de la population d'ici à 2040. De nouvelles initiatives devront immanquablement être développées pour arriver à une meilleure intégration de l'aide et des soins pour les personnes âgées en souffrance psychique. Des institutions résidentielles accueillent déjà ce public en souffrance psychique qui, bien souvent, a déjà séjourné dans des institutions spécialisées en santé mentale et en psychiatrie. La collaboration intersectorielle entre les institutions pour les personnes âgées et les acteurs de la santé mentale prend ainsi tout son sens pour garantir une qualité du soin.

Il faudra aussi, dans ce contexte, analyser les recommandations et actions prioritaires formulées par la Belgian Psychotropics Expert Platform (BelPEP) sur l'usage adéquat des psychotropes par les personnes âgées institutionnalisées.

[179]

L'utilisation chronique de somnifères et de calmants, d'antidépresseurs et d'antipsychotiques, souvent en combinaison, est extrêmement élevée et préoccupante. Les études scientifiques passées ont démontré que parmi les personnes âgées en maison de repos, 54% prennent des somnifères et des calmants, 40%, des antidépresseurs et 33%, des antipsychotiques.

De nombreuses questions font l'objet d'une réflexion au sein des organes de concertation, par exemple le fait que le financement des maisons de repos et de soins (MRS) est historiquement lié à l'échelle de Katz, qui ne mesure que l'autonomie physique et pas l'autonomie psychologique, ou la possibilité d'avoir une fonction de psychologue ou de référent psychiatrique en MRS.

S'agissant de l'offre hospitalière en psychiatrie, je continue de plaider pour une offre hospitalière juste et en adéquation avec les besoins inhérents à notre Région. La Plate-forme de concertation pour la santé mentale bruxelloise est chargée du suivi des réflexions sur ce sujet, avec la participation des acteurs de terrain et en étroite collaboration avec le comité et le réseau bruxellois.

Une première rencontre a d'ailleurs réuni, le 29 novembre 2017, les acteurs de la réforme adultes et des représentants du secteur des personnes âgées afin de créer des liens. Le groupe de travail Usagers et proches y participe également. Une rencontre avec le KCE a également eu lieu au début du mois de mai.

[181]

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

M. André du Bus de Warnaffe (cdH).- Votre réponse balaie quasiment à 360° les enjeux de la santé mentale et des personnes âgées.

J'entends bien qu'un groupe de travail est à l'œuvre et que vous attendez ses conclusions pour éventuellement mettre sur pied un projet pilote.

Je remarque également que ces enjeux mobilisent de nombreuses structures. Vous avez fait référence à l'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale, qui a récemment publié une étude sur le sujet. Il y a également celle du KCE. La Fondation Roi Baudouin s'intéresse, elle aussi, de plus en plus aux maisons d'accueil pour les personnes âgées. Bref, cette question est aujourd'hui largement débattue sur la place publique. L'enjeu sera de répondre de façon pertinente à ces nouveaux besoins désormais objectivés.

[183]

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

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Comme vous le savez, le nombre de lits psychiatriques en Région bruxelloise constitue un véritable problème qui n'est pas traité par le pouvoir fédéral. Par rapport à la Flandre et la Wallonie, nous accusons un retard dont seul le pouvoir fédéral est responsable. Il vient, de surcroît, d'adopter un moratoire sur la question, alors que nous manquons déjà de lits, par rapport au nombre d'habitants. Et le problème dure depuis quinze ans !

- L'incident est clos.

[189]

QUESTION ORALE DE M. ANDRÉ DU BUS DE WARNAFFE

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

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

concernant "les deux projets pilotes bruxellois visant le développement de soins intégrés en faveur des maladies chroniques".

[191]

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

La parole est à M. du Bus de Warnaffe.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH).- En octobre 2015, la conférence interministérielle (CIM) de la santé publique approuvait un plan conjoint visant un changement de paradigme en faveur des maladies chroniques, intitulé "Des soins intégrés pour une meilleure santé". Dans ce cadre, un appel à projets pilotes a été lancé le 2 février 2016 et deux projets ont été retenus pour la Région de Bruxelles-Capitale : le projet Keep Moving, mené dans les communes de Molenbeek-Saint-Jean, Anderlecht et Forest, et le projet Boost (Better Offer and Organization thanks to the Support of a Tripod Model) pour les communes de la Ville de Bruxelles, Saint-Gilles et Saint-Josse-ten-Noode.

L'objectif de ces deux projets pilotes est d'améliorer l'accompagnement des personnes souffrant de maladies chroniques tout au long de leur trajectoire de soins, de la vie quotidienne et lors des périodes d'hospitalisation.

Lors de la réunion de la présente commission, le 29 mars 2017, vous nous aviez exposé la vision choisie par les partenaires du projet Boost. Quatre objectifs stratégiques avaient été définis, portant sur le parcours de soins, l'accès aux soins, la participation des patients ainsi que la qualité de vie de tous les acteurs. Le projet Keep Moving, quant à lui, avait pour finalité première d'éviter au maximum les réhospitalisations pour les patients atteints de maladies chroniques, en tissant des liens privilégiés entre tous les intervenants-clés du processus. Néanmoins, les différents axes du projet devaient encore être approfondis.

Qu'en est-il de l'évolution des deux projets bruxellois ?

Les différents axes du projet Keep Moving sont-ils plus clairs ?

Maintenant que les deux projets bruxellois ont démarré, êtes-vous en mesure d'évaluer leur action ?

Quels sont les principes et modalités d'organisation de soins intégrés tels que définis dans l'approche des projets pilotes retenus par le futur Plan de santé bruxellois ?

[193]

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

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Depuis l'année passée, des étapes importantes ont été franchies dans le cadre de la mise en place des projets en soins intégrés.

Un arrêté royal a été publié le 18 août 2017, organisant le financement des projets pilotes dans le cadre de l'article 56 § 2 de la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé. Cet arrêté royal constitue la base juridique permettant au projet de passer à la phase de réalisation par la conclusion d'une convention avec le Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (Inami). Il précise les conditions dans lesquelles des conventions peuvent être signées entre ce comité et un

maximum de vingt projets pilotes en vue de mettre en œuvre des soins intégrés au sein d'une zone géographique définie. Le modèle de garantie budgétaire pour les projets pilotes concernant les moyens fédéraux a également été établi.

Ainsi, 19 projets ont finalement été introduits pour l'ensemble du territoire. La procédure de sélection a été finalisée le 24 novembre 2017. S'agissant de Bruxelles, le jury - composé de la cellule interadministrative fédérale, des représentants des organismes assureurs, des prestataires et des patients - a sélectionné le projet Boost. Le projet Keep Moving n'a pas été retenu car il ne répondait pas à l'ensemble des critères exigés par l'appel à projets et n'a donc pas pu convaincre le jury.

Un consortium scientifique a été mis sur pied afin d'assurer l'accompagnement scientifique des projets. Une convention a été établie par le Comité de l'assurance soins de santé. Le projet bruxellois Boost est le premier à l'avoir signée. Un groupe de travail permanent au sein de l'Inami a été créé afin d'assurer le suivi de la mise en œuvre des projets. Les projets, ainsi que les représentants des entités fédérées sont, en outre, associés aux travaux de ce groupe de travail.

Par ailleurs, un certain nombre de modalités techniques ont été affinées. Je pense, entre autres, à l'enregistrement des données pertinentes pour les projets, aux modalités de financement, aux garanties financières ou encore à la méthode d'évaluation de l'utilisation des programmes informatiques pour le partage des données. Le démarrage effectif du travail avec les bénéficiaires a été fixé au 1er juillet 2018.

[195]

Le retard pris dans le démarrage est essentiellement dû au fait qu'il a fallu adapter le cadre juridique mis en place, compte tenu de l'avis du Conseil d'État. La rédaction des conventions entre le Comité de l'assurance soins de santé et les projets a également pris beaucoup de temps.

Le projet bruxellois Boost s'est, quant à lui, structuré de manière professionnelle. Le consortium regroupe actuellement une cinquantaine de partenaires. En plus de la coordination, quatre cellules thématiques composées des différents partenaires soutiennent la structure. Une attention particulière est accordée à la communication, à l'évaluation et à la bonne articulation entre les partenaires. Un guide méthodologique a été élaboré afin de lancer les quatre concertations. Une place importante est assurée à l'échange entre les acteurs qui entourent le patient, dans une perspective d'amélioration permanente.

Le projet identifie trois fonctions :

- le diapason, en charge du processus de concertation ;
- le référent hospitalier ;
- le référent de proximité.

Le plan d'action est évalué et actualisé en permanence. En avril dernier, cinq nouvelles actions ont été lancées, qui concernent, entre autres, les itinéraires cliniques et la formation des acteurs. Par ailleurs, le projet travaille beaucoup sur la participation active des patients en les associant pleinement à leur propre trajet de soins.

Le réseau multidisciplinaire local de Bruxelles soutient pleinement le projet. Un outil de suivi des indicateurs a également été mis en place.

Le développement de ces projets s'inscrit pleinement dans la politique que nous voulons développer avec les différentes autorités compétentes en matière d'aide et de soins à Bruxelles. Cette approche se veut plus intégrée, mais aussi mieux articulée entre les acteurs de terrain, avec une attention particulière pour l'échange d'informations entre les acteurs.

Les enseignements que nous pourrions tirer de ces expériences couplées avec celles des projets de quartier qui démarreront également en 2018 à Bruxelles seront profitables à l'ensemble de notre Région. L'inclusion des patients dans le projet prendra également du temps. Tous les partenaires contribueront à la sensibilisation des patients concernés de la zone, c'est-à-dire les dix quartiers du Pentagone, Saint-Gilles et Saint-Josse-ten-Noode, afin qu'ils s'inscrivent sur une base volontaire dans le projet.

Pour suivre l'évolution de ce projet, une lettre électronique mensuelle peut être obtenue sur le site du projet Boost.

[197]

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

M. André du Bus de Warnaffe (cdH).- Ces précisions nous permettent de comprendre que la mise en œuvre des projets est toujours un peu plus laborieuse et nécessite plus de temps qu'on ne l'imagine.

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

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- L'accord avec le pouvoir fédéral stipule qu'on ne commence que le 1er juillet, mais l'élaboration proprement dite a déjà commencé en avril, avec notre soutien.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH).- Il est intéressant de comprendre que les choses se déclinent avec la collaboration d'une série d'acteurs. L'ouverture sur les projets de quartier me paraît également intéressante.

Donnons-nous rendez-vous dans neuf mois pour faire le point sur la question.

- *L'incident est clos.*

[205]

QUESTION ORALE DE M. ZAHOOOR ELLAHI MANZOOOR

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 moyens de prévention contre la coqueluche en Région de Bruxelles-Capitale".

[207]

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).- La coqueluche est une maladie provoquée par une bactérie à Gram négatif : le Bordetella pertussis. C'est une affection grave et très contagieuse du système respiratoire, qu'il est possible d'éviter au moyen d'un vaccin.

L'expression clinique de la maladie va de la toux chronique chez l'adulte à la forme maligne des nourrissons avec apnées et cyanose pouvant occasionner le décès.

La période d'incubation pendant laquelle le patient présente une cathare peu fébrile est en moyenne de dix jours. De la toux apparaît ensuite, souvent paroxystique et pouvant s'accompagner de vomissements. Cette toux peut se terminer par le classique "chant du coq" qui a donné son nom à la coqueluche. Une toux moins typique, qui persiste pendant des semaines, peut être la seule symptomatologie chez les adolescents et adultes.

Cette situation est préoccupante, car si la coqueluche est une infection sans trop de gravité chez les adultes, elle peut occasionner de sérieuses complications chez les bébés, comme un arrêt respiratoire ou même parfois le décès du nourrisson. Contractée pendant la grossesse, la coqueluche peut aussi provoquer un accouchement prématuré.

Selon le dernier rapport de l'Institut scientifique de santé publique (ISP), le nombre de cas de coqueluche est en forte augmentation en Wallonie et à Bruxelles depuis 2011.

D'après l'Office de la naissance et de l'enfance (ONE), 882 cas de coqueluche ont été rapportés en 2015, contre 662 en 2014,

En Belgique, on observe annuellement depuis 2010, un à cinq décès de nourrissons attribués à la coqueluche.

La plupart des cas de coqueluche touchent les enfants de moins d'un an et en particulier les nourrissons de moins de cinq mois.

Le Conseil supérieur de la santé recommande, depuis 2013, la généralisation de la vaccination maternelle contre la coqueluche, entre la 24^e et 32^e semaine de grossesse et ce, même si la future mère a été antérieurement vaccinée.

Depuis lors, la couverture vaccinale s'est améliorée fortement en Flandre (69%) mais pas en Wallonie ni à Bruxelles, où une femme sur cinq seulement est vaccinée contre la coqueluche pendant sa grossesse.

[209]

Ce constat a été renforcé le mardi 6 mars, lorsque les Mutualités libres ont indiqué que seules environ 22% des futures mamans en Fédération Wallonie-Bruxelles se sont fait vacciner contre la coqueluche en 2016.

La ministre Jodogne m'a déjà fait savoir qu'en 2017, 102 cas de coqueluche ont été notifiés aux services de la Commission communautaire commune (Cocom), contre 250 en 2016, et 136 en 2015. Confirmez-vous ces chiffres ? Apparemment, le centre fédéral de recherche publie des statistiques plus fiables car elles reposent

sur plusieurs sources de données. En outre, la ministre a souligné que la vaccination des femmes enceintes, des nourrissons et des enfants relevait de l'ONE et de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

Cependant un accord de coopération entre la Cocom, la Communauté française et la Communauté germanophone pour l'achat des vaccins pour protéger les femmes enceintes, les enfants et les adolescents aurait été signé en 2015. Pourriez-vous nous donner davantage d'informations sur cette coopération ?

Des campagnes de prévention et de sensibilisation sont-elles prévues afin d'inciter la population bruxelloise, et plus particulièrement les femmes enceintes, à se faire vacciner contre la coqueluche ?

[211]

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

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Tout d'abord, à la suite de l'ordonnance du 19 juillet 2007 relative à la politique de prévention en santé et de l'arrêté du Collège réuni de la Cocom du 23 avril 2009 relatif à la prophylaxie des maladies transmissibles, la coqueluche est une maladie à déclaration obligatoire à Bruxelles. Par conséquent, chaque médecin a l'obligation légale de notifier tout cas confirmé à nos services.

Ensuite, les études signalées et les chiffres avancés dans votre question ressortent de deux méthodes, ou sources, très différentes. Le constat dressé par les Mutualités libres se base principalement sur les données de la plateforme e-vax. Cependant, dans les faits, cette plateforme est rarement utilisée et contient relativement peu de données sur les femmes enceintes - je l'ai notamment dit pour la vaccination des enfants -. Les 22% relevés sont donc une estimation tout à fait minimaliste et probablement largement inférieure à la réalité. Concernant les chiffres relatifs à la Flandre, la source découle, en revanche, d'une étude universitaire. On peut donc difficilement établir une complète comparaison entre deux méthodes si différentes de collection des données.

Toutefois, il est vrai qu'il n'y a pas eu d'enquête spécifiquement bruxelloise concernant la couverture vaccinale des femmes enceintes. Afin de remédier à ce problème, un projet commun d'enquête de couverture vaccinale que nous encourageons est mis sur pied entre les services du Collège réuni de la Cocom et l'ONE. La coqueluche fera partie des maladies prises en compte et une attention particulière sera portée à la couverture de vaccination des femmes enceintes et celle des enfants âgés de 18 à 24 mois. Comme vous l'avez souligné à juste titre, ils constituent des groupes à risque.

Il faut, en outre, comprendre les raisons potentielles de la non-vaccination, mieux identifier l'efficacité par groupes de vaccinés différents, avoir une vision plus locale de la situation (par exemple, par commune) et fournir des recommandations.

[213]

Pour l'année 2017, ce sont 102 cas de coqueluche qui nous ont été déclarés à Bruxelles, contre 250 en 2016, et 136 en 2015.

Les résultats devront encore être affinés et l'analyse approfondie du centre fédéral de recherche Sciensano permettra de mieux dégager des conclusions exactes, mais il semblerait que le chiffre total pour la Belgique soit de 1.038 cas en 2017, là encore une diminution par rapport à 2016 et 2015.

Comme je viens de l'exposer, la tendance semblerait être une baisse sensible du nombre de cas recensés pour l'année 2017 à Bruxelles, et non une recrudescence. Il conviendra de suivre les analyses affinées et

consolidées pour comprendre les raisons de ces chiffres encourageants. De manière plus globale, nos services sont particulièrement attentifs à l'évolution de cette maladie et s'emploient à améliorer la visibilité des couvertures vaccinales en Région bruxelloise.

Une campagne de promotion de la vaccination est prévue par l'ONE pour 2019. L'objectif est de faire passer le message d'une communication générale mais précise sur la vaccination, mais aussi de permettre la bonne information et la formation des professionnels de la santé. Nous nous tenons, bien entendu, au courant de cette évolution.

Par ailleurs, notre administration participe avec l'ONE, l'Agence pour une vie de qualité (AVIQ) et le centre de développement sain des enfants et des jeunes en Région germanophone Kaleido à une réflexion au sujet de l'information concernant la vaccination à destination des médecins généralistes et des autres vaccinateurs. L'idée consiste à mettre sur pied des fiches permettant de répondre à des questions générales mais fréquentes en matière de vaccination et ainsi aider les professionnels à répondre précisément aux questions posées par les patients. Il s'agit donc à la fois d'une sensibilisation des médecins à la question de la vaccination et d'une prise de conscience didactique pour les patients.

Enfin, nous avons encouragé les hôpitaux bruxellois dépendant de nos compétences à participer à la semaine annuelle de la vaccination, laquelle s'est tenue du 23 au 29 avril 2018. Dans ce cadre, des ateliers et des stands ont été déployés, des séminaires d'information se sont tenus. Cette année, dans ce cadre, la question de la coqueluche a été spécifiquement abordée. L'objectif général et récurrent reste de convaincre de la nécessité et de l'importance de la vaccination, ce qui n'est pas toujours acquis.

[215]

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

M. Zahoor Ellahi Manzoor (PS).- Nous espérons, évidemment, que cette diminution des cas rapportée pour les années écoulées concerne, outre les Régions dans lesquelles la couverture vaccinale est plus importante, la Région bruxelloise également.

Par ailleurs, il serait bon d'améliorer la convivialité et l'accessibilité de la plate-forme e-vax, pour faciliter les signalements par les médecins.

Mme la présidente.- Merci pour votre réponse et d'avoir signé la résolution.

- *L'incident est clos.*

[221]

QUESTION ORALE DE M. ANDRÉ DU BUS DE WARNAFFE

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

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

concernant "l'obligation de la prescription électronique".

[223]

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

La parole est à M. du Bus de Warnaffe.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH).- Lors de la Commission de la santé du 31 janvier dernier, vous nous confirmiez la décision de la ministre fédérale de la Santé de reporter, au 1er juin de cette année, l'obligation de la prescription électronique, sauf pour les prescripteurs âgés de 61 ans, les prescriptions rédigées lors des visites d'un patient à domicile ou dans une institution comme une maison de repos ou une maison de repos et de soins.

Cela nous laisse sceptiques, vu le nombre d'aspects réglementaires et techniques à revoir !

Nous devons d'abord dialoguer avec l'État fédéral concernant la prescription électronique des personnes ne disposant pas de numéro d'identification de la sécurité sociale ou de numéro bis, ni de carte d'identité électronique au format belge, entre autres les migrants et les personnes en situation illégale.

Pour pallier le problème, vous nous aviez annoncé, à la fin du mois de janvier, que la plate-forme e-santé.brussels travaillait à une solution qui permettrait aux prescripteurs de créer eux-mêmes un numéro bis pour ces patients. Une application devait permettre de vérifier si la personne nécessitant une prescription possédait déjà un numéro. Dans la négative, les médecins pouvaient créer un numéro bis, évitant ainsi les fraudes à l'identité. Ce système devait utiliser le registre des numéros bis existants de la Banque-Carrefour de la sécurité sociale. Selon l'État fédéral, tout ce système devait être prêt pour février.

Vous aviez néanmoins relevé un paradoxe dans la procédure : avant de créer un numéro bis, le prestataire prescripteur doit d'abord vérifier si le patient n'est pas déjà inscrit au Registre national. Or, seule une autorité comme un CPAS y est autorisée. C'est pourquoi la plate-forme e-santé.brussels avait introduit une demande de délibération auprès du Comité sectoriel du Registre national pour modifier le règlement. La demande devait être analysée par le Comité sectoriel en février dernier.

Qu'en est-il aujourd'hui ? Comment poursuivez-vous le dialogue et comment avez-vous transmis les inquiétudes de la Région au gouvernement fédéral, lors des dernières réunions mensuelles du groupe de travail intercabinets en matière d'e-santé de la conférence interministérielle (CIM) de la santé publique ?

Plaidez-vous toujours pour un système flexible de prescription électronique qui maintiendrait la possibilité d'une prescription sur papier ? La formation des prestataires à ces nouveaux outils et aux processus d'identification est-elle en cours ou, à tout le moins, envisagée ?

Enfin, l'application Prescription & Authorisation Requesting Information System (Paris) développée par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (Inami) est en phase de test depuis décembre 2017. Elle offre un service minimal et permet de délivrer des prescriptions électroniques en dehors du dossier médical informatisé. Avez-vous pu évaluer son efficacité auprès des prescripteurs ?

[225]

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

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Je commencerai par une rectification afin de dissiper tout malentendu : ce n'est pas la plate-forme e-santé.brussels qui a développé une solution permettant aux prescripteurs de créer eux-mêmes un numéro bis, mais bien la plate-forme eHealth fédérale, dans laquelle nous nous inscrivons, bien entendu. En effet, notre intention n'était pas de dégager une solution uniquement pour Bruxelles, surtout vu la mobilité des personnes.

Ainsi, la plate-forme fédérale eHealth a introduit une demande de délibération auprès du Comité sectoriel du Registre national afin que les professionnels de la santé habilités à prescrire puissent consulter les données de ce même registre. Ce comité a rendu un premier avis le 21 février 2018 ainsi qu'un deuxième en date du 28 mars 2018 complétant et remplaçant le premier. Étant donné que les professionnels des soins de santé doivent aussi pouvoir consulter le registre de la Banque-carrefour de la sécurité sociale des numéros bis, la plate-forme fédérale eHealth a également introduit une demande d'avis au Comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé, section sécurité sociale.

La délibération a été rendue le 6 mars 2018. Ces deux délibérations permettront au pouvoir fédéral d'avancer dans la mise en place du système autorisant les prescripteurs à générer eux-mêmes un numéro bis pour un patient sans carte d'identité belge et inconnu dans les deux registres précités, après vérification, sur la base d'une recherche phonétique, du nom et de l'année de naissance. Il est en effet très important de ne pas polluer le registre des numéros bis avec des doublons.

Le service web développé par la plate-forme fédérale eHealth et permettant de générer des numéros bis se trouve sur son site internet. Les producteurs de logiciels ont été invités à intégrer une fonctionnalité permettant aux prestataires de générer ce numéro via leur dossier médical informatisé.

[227]

Même si nous avons insisté sur l'urgence qu'il y avait à rendre le système opérationnel, les développements informatiques nécessaires prendront probablement encore quelques mois. Mon cabinet continue de suivre ce dossier de près au sein du groupe de travail intercabinets en matière d'e-santé de la conférence interministérielle (CIM) de la santé publique. Nous plaidons toujours pour un système flexible et, surtout, pour un accompagnement des professionnels de la santé prescripteurs qui doivent s'adapter à cette nouvelle obligation.

La formation des prestataires aux processus d'identification et de génération des numéros bis, lorsque cela est nécessaire, n'a pas encore commencé, puisque le système n'est pas encore opérationnel, comme je l'ai spécifié précédemment. Cependant, dans notre souci d'accompagnement des prestataires, nous comptons proposer au pouvoir fédéral un programme de formation à l'e-prescription comprenant tous ces aspects. Il ferait l'objet d'un cofinancement par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (Inami) et la Cocom, comme nous l'avions fait en 2015 pour la formation des médecins généralistes à l'utilisation du dossier médical informatisé.

Enfin, l'application Prescription & Authorisation Requesting Information System (Paris) qui permet aux médecins de prescrire même en l'absence de dossier médical informatisé, est en effet disponible depuis décembre 2017. D'après le pouvoir fédéral, entre le 1er janvier et le 1er mai 2018, 12.812 médecins se sont connectés avec succès à cette application pour délivrer des prescriptions de manière électronique.

Il nous a cependant été rapporté que ce système était peu convivial, mais suffisant pour les prestataires de soins qui prescrivent peu. L'application Paris ne dispose que de fonctionnalités basiques et ne propose pas d'historique de prescription, ce qui est peu pratique dans le cas de renouvellements de prescriptions, par exemple.

[229]

Actuellement, l'utilisation de Paris nécessite un certificat eHealth. Le pouvoir fédéral annonce pour ce mois-ci une nouvelle version de cette application, qui pourra s'utiliser sans certificat eHealth mais avec d'autres clés de sécurité. Nous suivrons cela de près.

Comme vous l'avez sans doute appris, l'introduction de la prescription électronique obligatoire a été reportée à une date ultérieure à déterminer. La loi prévoyant cette obligation n'a effectivement pas pu être adoptée à temps ; elle serait, paraît-il, au Conseil d'État.

Dans ma réponse précédente, j'ai fait part de mon scepticisme quant au respect des délais et au maintien de l'obligation au 1er juin. Ce scepticisme se confirme.

[231]

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

M. André du Bus de Warnaffe (cdH).- Votre scepticisme, largement partagé, est donc aujourd'hui renforcé par des éléments certes informels, mais qui laissent à penser qu'une série de médecins généralistes de plus de 60 ans ou en fin de cinquantaine voient cette évolution avec crainte. Certains, semble-t-il, songent à arrêter leurs activités, entre autres en raison de la complexité informatique croissante. Je crois que cela posera aussi des problèmes dans le cadre du taux de recouvrement des médecins généralistes dans certaines communes. Par exemple, à Uccle, 80% des médecins ont plus de 55 ans, et j'en connais certains qui vont arrêter précisément à cause de ces exigences technologiques. Il faut donc plus que jamais insister sur la formation et l'accompagnement des médecins pour faire face à ce défi.

- *L'incident est clos.*

[235]

INTERPELLATIONS

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

[237]

INTERPELLATION DE MME CATHERINE MOUREAUX

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 résultats de l'étude de l'Observatoire de la Santé et du Social sur le besoin de médecins généralistes".

[239]

INTERPELLATION JOINTE DE M. ANDRÉ DU BUS DE WARNAFFE,

concernant "la pénurie de médecins généralistes à Bruxelles".

Mme la présidente.- À la demande de Mme Moureaux, excusée, les interpellations sont reportées à une prochaine réunion.