PARLEMENT BRUXELLOIS
BRUSSELS PARLEMENT

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 4 JUILLET 2018

VERGADERING VAN

WOENSDAG 4 JULI 2018

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

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

SOMMAIRE

QUESTION ORALE 8

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".

INTERPELLATIONS 13

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".

Interpellation jointe de M. André du Bus de Warnaffe, 14

concernant "la pénurie de médecins généralistes à Bruxelles".

INHOUD

MONDELINGE VRAAG 8

Mondelinge vraag van mevrouw Catherine Moureaux

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

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

betreffende "het plan van de federale minister voor Volksgezondheid om het forfait aan te passen na de KPMG-studie over de medische huizen".

INTERPELLATIES 13

Interpellatie van mevrouw Catherine Moureaux

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 resultaten van de studie van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn over de behoefte aan huisartsen".

Toegevoegde interpellatie van de heer André du Bus de Warnaffe, 14

betreffende "het tekort aan huisartsen in Brussel".

Discussion conjointe – Orateurs : 17

Mme Hannelore Goeman (sp.a)

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni

Mme Catherine Moureaux (PS)

M. André du Bus de Warnaffe (cdH)

QUESTIONS ORALES 28

Question orale de Mme Magali Plovie

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 sensibilisation, la prévention et le dépistage de l'hépatite C".

Question orale jointe de M. André du Bus de Warnaffe, 29

concernant "la prévention et le dépistage de l'hépatite C".

Question orale de Mme Catherine Moureaux 40

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 fin du projet Dionysos et du soutien au réseau de soins de personnes âgées

Samengevoegde bespreking – Sprekers: 17

Mevrouw Hannelore Goeman (sp.a)

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College

Mevrouw Catherine Moureaux (PS)

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH)

MONDELINGE VRAGEN 28

Mondelinge vraag van mevrouw Magali Plovie

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 sensibilisering, de preventie en het opsporen van hepatitis C".

Toegevoegde mondelinge vraag van de heer André du Bus de Warnaffe, 29

betreffende "de preventie en de opsporing van hepatitis C".

Mondelinge vraag van mevrouw Catherine Moureaux 40

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

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

betreffende "het einde van het project Dionysos en de steun aan het netwerk voor de

et fragiles de plus de 60 ans".

zorgverstrekking aan ouderen en kwetsbare personen van meer dan 60 jaar".

Question orale de M. André du Bus de Warnaffe 47

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 formation des prestataires de soins à la plateforme e-santé.brussels".

Mondelinge vraag van de heer André du Bus de Warnaffe 47

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 opleiding van zorgverstrekkers bij het platform e-gezondheid.brussels".

Question orale de M. André du Bus de Warnaffe 51

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

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

concernant "la mise en place de mécanismes pour encourager les professionnels de la santé, autres que les médecins généralistes, à exercer sur Bruxelles".

Mondelinge vraag van de heer André du Bus de Warnaffe 51

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 invoering van regelingen om gezondheidsprofessionals, andere dan huisartsen, ertoe aan te moedigen om naar Brussel te komen".

Question orale de M. André du Bus de Warnaffe 54

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,

Mondelinge vraag van de heer André du Bus de Warnaffe 54

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

la Fonction publique, les Finances, le Budget et les Relations extérieures,		Gezondheidsbeleid, het Openbaar Ambt, de Financiën, de Begroting en de Externe Betrekkingen,	
concernant "la découverte de nouveaux types de diabète par les chercheurs de l'université de Lund en Suède".		betreffende "de ontdekking van nieuwe types van diabetes door onderzoekers van de universiteit van Lund in Zweden".	
Question orale de Mme Jacqueline Rousseaux	61	Mondelinge vraag van mevrouw Jacqueline Rousseaux	61
à M. Guy Vanhengel, membre du Collège réuni, compétent pour la Politique de la santé, la Fonction publique, les Finances, le Budget et les Relations extérieures,		aan de heer Guy Vanhengel, lid van het Verenigd College, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid, het Openbaar Ambt, de Financiën, de Begroting en de Externe Betrekkingen,	
et à M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni, compétent pour la Politique de la santé, la Fonction publique, les Finances, le Budget et les Relations extérieures,		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,	
concernant "le protocole "Disparition Seniors" pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer".		betreffende "het protocol over de verdwijning van senioren, voor de personen met Alzheimer".	
Question orale de M. Zahoor Ellahi Manzoor	61	Mondelinge vraag van de heer Zahoor Ellahi Manzoor	61
à M. Guy Vanhengel, membre du Collège réuni, compétent pour la Politique de la santé, la Fonction publique, les Finances, le Budget et les Relations extérieures,		aan de heer Guy Vanhengel, lid van het Verenigd College, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid, het Openbaar Ambt, de Financiën, de Begroting en de Externe Betrekkingen,	
et à M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni, compétent pour la Politique de la santé, la Fonction publique, les Finances, le Budget et les Relations extérieures,		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,	
concernant "la sensibilisation et les modes de prévention du cancer de la peau".		betreffende "de sensibilisering voor en de preventie van huidkanker".	
Question orale de M. Ahmed El Ktibi	66	Mondelinge vraag van de heer Ahmed El Ktibi	66
à M. Guy Vanhengel, membre du Collège réuni, compétent pour la Politique de la santé, la Fonction publique, les Finances, le Budget et les Relations extérieures,		aan de heer Guy Vanhengel, lid van het Verenigd College, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid, het Openbaar Ambt, de Financiën, de Begroting en de Externe	

Betrekkingen,

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

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,

concernant "les politiques de lutte contre le tabagisme".

betreffende "het antitabaksbeleid".

Question orale de Mme Magali Plovie 73

Mondelinge vraag van mevrouw Magali Plovie 73

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

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

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

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,

concernant "l'impact pour les hôpitaux bruxellois de la réforme sur la prévention de l'introduction de médicaments falsifiés et de la nouvelle loi relative au financement groupé des activités hospitalières".

betreffende "de gevolgen van de hervorming ter voorkoming van het binnenbrengen van vervalste geneesmiddelen voor de Brusselse ziekenhuizen en de nieuwe wet inzake de gezamenlijke financiering van ziekenhuisactiviteiten".

Question orale de Mme Magali Plovie 78

Mondelinge vraag van mevrouw Magali Plovie 78

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

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

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

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,

concernant "la mise en œuvre de la réforme 107".

betreffende "de uitvoering van de hervorming 107".

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

QUESTION ORALE

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

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".

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

La parole est à Mme Moureaux.

Mme Catherine Moureaux (PS).- Ayant constaté qu'en dix ans, le budget consacré aux maisons médicales était passé de 44 millions à 152 millions d'euros, la ministre fédérale de la Santé, Maggie De Block, a voulu vérifier si ces fonds étaient bien dépensés. Elle a donc chargé une commission de lui soumettre des propositions de modifications. C'est à la société KPMG qu'a été confiée l'étude. Vous vous rappelez que le choix de cette société avait suscité des critiques dans nos rangs. En effet, choisir une société qui a l'habitude de réaliser des audits dans le domaine commercial pour analyser un système de santé nous semblait étonnant.

La ministre vise les maisons médicales au forfait

MONDELINGE VRAAG

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

MONDELINGE VRAAG VAN MEVROUW CATHERINE MOUREAUX

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 "het plan van de federale minister voor Volksgezondheid om het forfait aan te passen na de KPMG-studie over de medische huizen".

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

Mevrouw Moureaux heeft het woord.

Mevrouw Catherine Moureaux (PS) *(in het Frans).- Op 10 jaar tijd is het budget voor de Franstalige medische centra van 44 miljoen naar 152 miljoen euro gestegen. Federaal minister van Volksgezondheid Maggie De Block droeg een commissie op om aanpassingen voor te stellen. Het onderzoek werd uitgevoerd door KPMG. Wij hadden kritiek op die keuze, omdat het bureau doorgaans analyses uitvoert in het commerciële domein.*

De minister viseert de medische centra waar patiënten terechtkunnen voor basiszorg (zowel curatieve als preventieve consultaties) zonder daarvoor zelf te moeten betalen, omdat de

où un patient peut recevoir les soins de base (médecine générale, kinésithérapie, actes infirmiers) sans devoir débourser de sa poche, puisque la mutualité paie un forfait à la capitation à la maison médicale pour sa prise en charge. Ce système permet aux citoyens de bénéficier de consultations aussi bien curatives que préventives. Il permet à la maison médicale d'organiser ce que l'on appelle la santé communautaire. Il favorise un cadre de financement serein pour les équipes. Enfin, il crée une solidarité entre les patients de la maison médicale.

L'audit commandé à KPMG avait pour mission de "pouvoir optimaliser le fonctionnement des maisons médicales dans l'intérêt général". Il conclut à un "surfinancement" de ces structures : "Actuellement, le coût total par patient (soins médicaux, logistique, administration, infrastructure, etc.) s'élève à 396 euros, tandis que les maisons médicales bénéficient au total de 455 euros par patient grâce à différentes sources de financement".

Selon moi, c'est une vision biaisée de la situation, car effectivement, à l'époque où le forfait a été conçu et où les négociations ont eu lieu sur la manière de le financer, les différents types de populations et de soins à apporter avaient été pris en considération, ainsi que les économies à réaliser en deuxième ligne. C'est pourquoi il y avait des pourcentages de majoration par rapport à la moyenne prévue pour les soins des patients hors forfait. Donc, cette manière de synthétiser la situation n'est pas correcte.

C'est au départ de ces constats, malheureusement, que la ministre a chargé un groupe de travail, comprenant notamment - et heureusement - des représentants des maisons médicales, de proposer des adaptations. Les propositions devaient être annoncées le 26 avril dernier et répondre aux lignes directrices définies par la ministre : actualisation du cadre réglementaire, financement, transparence et surveillance de la qualité.

J'ai entendu que vous parliez beaucoup avec Mmes Fremault et Jodogne, mais je ne suis pas sûre que ce soit le cas avec Mme De Block. Ce n'est pas toujours facile de dialoguer avec elle, je l'ai moi-même vécu en commission à la Chambre

mutualiteit een forfait betaalt. Een dergelijk systeem leidt tot een serene financiering van het personeel en tot solidariteit tussen de patiënten.

KPMG concludeert dat deze voorzieningen "overgefinancierd" zijn: "De totale kost (medische zorg, logistiek, administratie, infrastructuur enz.) bedraagt momenteel 396 euro per patiënt, terwijl de medische centra dankzij diverse financieringsbronnen in totaal 455 euro per patiënt ontvangen".

Dat lijkt mij een bevooroordeelde kijk op de situatie. Ten tijde van de onderhandelingen over de invoering van het forfait werd er rekening gehouden met de verschillende patiëntenprofielen en soorten zorg, alsook met de besparingen die moesten gerealiseerd worden in de tweedelijnszorg. Vandaar de procentuele stijging ten opzichte van de verwachte gemiddelde kosten per patiënt. De analyse van KPMG is dus niet correct.

Toch heeft de minister op basis van de conclusies van KPMG een werkgroep - waarin gelukkig ook vertegenwoordigers van de medische centra zetelen - de opdracht gegeven aanpassingen voor te stellen. De voorstellen moeten beantwoorden aan de richtlijnen van de minister: update van het regelgevend kader, financiering, transparantie en kwaliteitsbewaking.

Naar verluidt hebt u het dossier vaak besproken met mevrouw Fremault en mevrouw Jodogne. Hebt u ook met mevrouw De Block contact gehad?

Werd u bij het overleg betrokken? Hebt u sinds die gesprekken een duidelijke kijk op de situatie in het Brussels Gewest?

Het is cruciaal dat er rekening wordt gehouden met de Brusselse noden.

et au Sénat.

Avez-vous été associé à ces discussions ? Avez-vous été informé de leur contenu ? Disposez-vous d'une image claire de la situation en Région bruxelloise à la suite de ces discussions ?

Vu l'importance des maisons médicales pour garantir l'accès aux soins à tous, y compris aux nombreuses personnes en situation de précarité ou souffrant de maladies chroniques dans notre Région, il est essentiel qu'une lecture propre à notre ville-région soit défendue pour tenir compte de notre réalité et de notre besoin en maisons médicales.

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

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Concernant ce dossier, nous n'avons pas du tout été associés aux discussions, malgré les demandes de ma collègue, Mme Jodogne, de M. Vanhengel et de moi-même au sein de la conférence interministérielle (CIM) de la santé publique. Nous étions au courant des intentions de Mme De Block car elle avait annoncé dans la presse la constitution d'un groupe de travail mixte composé du Comité de l'assurance soins de santé et de la Commission chargée de conclure les accords relatifs aux forfaits au sein de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (Inami), afin de formuler des recommandations sur la base du rapport d'audit de KPMG, et auquel la Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones (FMMCSF) a pris part.

Selon nos informations, les recommandations formulées par ce groupe de travail auraient été transmises le 8 mai dernier au cabinet de la ministre fédérale de la Santé. Nous ne les avons pas encore obtenues officiellement. Si l'on en croit les informations relayées par le secteur, ce rapport constitue un compromis acceptable pour les parties représentées, notamment pour la FMMCSF. Il semblerait cependant que l'Association belge des syndicats médicaux (Absym) se soit distanciée de certaines propositions.

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

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College *(in het Frans).- Ofschoon we het wel gevraagd hadden, werden we niet bij de gesprekken betrokken. Via de pers waren we wel op de hoogte van de intenties van mevrouw De Block.*

Naar verluidt heeft de werkgroep op 8 mei zijn aanbevelingen overgemaakt aan de federale minister van Volksgezondheid. Dat rapport zou een aanvaardbaar compromis zijn voor alle partijen die in de werkgroep zetelen, waaronder de Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones (FMMCSF). De Belgische vereniging van artsensyndicaten (BVAS) zou zich echter van bepaalde voorstellen distantiëren.

De aanbevelingen bevatten onder meer de volgende elementen: een nieuwe naam voor groepspraktijken die met een forfait werken, meer nadruk op de multidisciplinaire aanpak, een betere afstemming van de financiering op het patiëntenbestand, meer transparantie door middel van een jaarverslag en een zitje in het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV).

De minister heeft vooralsnog geen standpunt ingenomen. Wij weten dus nog niet hoe het forfait

Les éléments suivants sont notamment évoqués dans les recommandations : une nouvelle dénomination pour les pratiques de groupe au forfait, l'accent mis sur la pluridisciplinarité, un financement mieux adapté à la patientèle, un renforcement de la transparence au travers d'un rapport annuel, ainsi qu'un siège au Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (Inami).

À ce jour, la ministre n'aurait pas encore pris position, prenant le temps d'analyser en détail les recommandations futures. Nous n'avons donc, à ce jour, aucune information sur la manière dont le pouvoir fédéral envisage de modifier le forfait, ni sur les conséquences éventuelles de ces changements pour les maisons médicales bruxelloises.

Lors de la CIM de la santé publique de ce lundi 2 juillet, ma collègue Mme Jodogne, compétente pour l'agrément des maisons médicales francophones bruxelloises, a réitéré sa demande - déjà formulée en mars - de tenir la CIM au courant de l'évolution de ce dossier.

Mme Jodogne a également sollicité une rencontre bilatérale entre son cabinet et celui de Mme De Block pour aborder la question des spécificités bruxelloises à prendre en compte dans les décisions futures relatives à la révision du système au forfait.

Nous serons donc particulièrement attentifs à ce que cette réforme du financement des maisons médicales fasse l'objet d'un suivi au sein de la CIM. D'autant que c'est à Bruxelles que l'on trouve la plus grande concentration de maisons médicales. En effet, le rapport de KPMG souligne que les maisons médicales sont principalement situées en milieu urbain (88%), dans des zones en pénurie de médecins généralistes et dans des régions défavorisées.

L'apparition de nouvelles maisons médicales a lieu principalement à Bruxelles pour la période de 2007 à 2015. Il semble que la technique du forfait ait suscité certains effets d'aubaine, avec l'apparition, à Bruxelles, de centres qui ne suivent pas les principes des soins de santé primaires qui ont historiquement guidé les maisons médicales, à

door de federale overheid zal gewijzigd worden, en wat de eventuele gevolgen zijn voor de Brusselse medische centra.

Op 2 juli heeft mijn collega Jodogne nogmaals gevraagd om de interministeriële conferentie op de hoogte te houden van het dossier.

Mevrouw Jodogne heeft ook om een bilateraal onderhoud gevraagd tussen haar kabinet en dat van mevrouw De Block, opdat er rekening kan worden gehouden met de specifieke situatie van het Brussels Gewest.

Wij zullen erop toezien dat de hervorming van de financiering van de medische centra wordt gevolgd door de interministeriële conferentie, zeker ook omdat Brussel de grootste concentratie aan medische centra kent. In het rapport van KPMG wordt benadrukt dat de medische centra voornamelijk te vinden zijn in stedelijke gebieden (88%), in gebieden met een tekort aan huisartsen en in achtergestelde regio's.

Vooral in de periode 2007-2015 zijn er in Brussel nieuwe medische centra bij gekomen. Het forfaitaire systeem zou bij ons een mattheuseffect hebben, omdat sommige medische centra zich niet langer laten leiden door de oorspronkelijke principes (toegankelijkheid, multidisciplinariteit, integrale zorg en gemeenschapszorg). Wij pleiten dan ook voor een betere kwaliteitscontrole van de medische centra. We denken ook na over een label.

Nog volgens het onderzoek zouden er in de Brusselse medische centra meer huisartsen in opleiding werken dan in de andere gewesten. Bijna de helft van de patiënten zou recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming. Mensen met een laag inkomen vinden dus duidelijk de weg naar de medische centra. Vooral in buurten met veel sociaal achtergestelde of anderstalige inwoners, komen de patiënten niet alleen voor medische problemen, maar ook voor psychische problemen, vragen omtrent sociale huisvesting, ziekteverzekering, taalproblemen...

Uit een studie van 8 mei blijkt dat jonge huisartsen zich in het Brussels Gewest bij voorkeur in een multidisciplinaire groepspraktijk

savoir : l'accessibilité, la multidisciplinarité, la globalité de la prise en charge et la santé communautaire.

Aussi plaidons-nous pour un plus grand contrôle de la qualité de ces structures. Nous réfléchissons, avec la FMMCSF et le cabinet de Mme Jodogne, à une labellisation des maisons médicales.

Par ailleurs, toujours d'après les résultats de l'enquête, les maisons médicales de la Région bruxelloise disposent, en moyenne, de plus de médecins généralistes en formation que dans les autres Régions, et près de la moitié des patients inscrits dans des maisons médicales à Bruxelles bénéficient d'une intervention majorée. C'est en effet dans ce type de structures que les personnes ayant des faibles revenus trouvent une réponse à leurs besoins de soins de santé de première ligne.

Cet audit montre également que les patients ne s'adressent pas uniquement aux maisons médicales pour des problèmes médicaux, en particulier dans les quartiers comptant de nombreux patients de langue étrangère ou défavorisés, ce qui est particulièrement le cas à Bruxelles.

Ils s'y rendent souvent également pour des problèmes psychiques, des questions relatives aux logements sociaux, une mise en ordre de l'assurance-maladie ou des problèmes de langue.

Les résultats de l'étude sur les médecins généralistes en Région bruxelloise présentée le 8 mai dernier pointent la préférence des jeunes médecins à s'installer dans une pratique de groupe, en particulier multidisciplinaire.

La question des maisons médicales est donc plus que jamais au centre de nos réflexions, en bonne concertation avec le cabinet de Mme Jodogne. Nous serons attentifs aux décisions du gouvernement fédéral en la matière et à leur impact sur le secteur bruxellois.

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

vestigen.

We houden het dossier van de medische centra en de beslissingen van de federale regering nauwlettend in het oog.

Mevrouw de voorzitter.- Mevrouw Moureaux heeft het woord.

Mme Catherine Moureaux (PS).- Je suis heureuse d'entendre que cette question est au centre de vos réflexions. Du point de vue tant des besoins de nos habitants que de nos forces de travail en médecine de première ligne, les maisons médicales sont un modèle à défendre absolument pour Bruxelles.

J'aurais voulu plus d'informations sur l'état de vos réflexions autour de la labellisation, que je trouve tout à fait judicieuse, même si ce n'est pas un dossier facile.

Je me permets de vous faire une recommandation que j'avais déjà adressée à Mme Jodogne lorsque je l'avais interrogée sur ce sujet : je pense que, vu notre État à gouvernances multiples, vous devez demander, pour vous et Mme Jodogne, un poste d'observateur dans la Commission du forfait à l'Inami. En effet, la question du financement des maisons médicales touche directement à vos compétences et à vos capacités d'action. Disposer d'une vision précise et détaillée de cette question est donc la moindre des choses.

- *L'incident est clos.*

Mevrouw Catherine Moureaux (PS) *(in het Frans).- Het is belangrijk voor Brussel dat we achter het model van de medische centra staan. Uw idee in verband met de invoering van een label lijkt me terecht, al zal het niet gemakkelijk worden.*

De financiering van de medische centra houdt rechtstreeks verband met uw bevoegdheden. U zou voor uzelf en voor mevrouw Jodogne een plaats als waarnemer moeten vragen in de RIZIV-commissie die zich over het forfait buigt.

- *Het incident is gesloten.*

INTERPELLATIONS

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

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,

INTERPELLATIES

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

INTERPELLATIE VAN MEVROUW CATHERINE MOUREAUX

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

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

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

INTERPELLATION JOINTE DE M. ANDRÉ DU BUS DE WARNAFFE,

concernant "la pénurie de médecins généralistes à Bruxelles".

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

La parole est à Mme Moureaux.

Mme Catherine Moureaux (PS).- Je voudrais d'abord remercier mon collègue André du Bus de Warnaffe qui, lors de la précédente réunion de cette commission, a accepté de reporter sa question, en raison de mon absence, afin que nous puissions avoir un débat commun sur le besoin de médecins généralistes à Bruxelles.

Monsieur le ministre, je voulais vous interpeller sur les premiers résultats de l'étude que vous avez commandée à l'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale sur l'évolution de la démographie médicale et de la demande de soins.

Selon la presse, cette étude révèle que 33 quartiers bruxellois manquent déjà de praticiens et que leur nombre passerait à 55, d'ici dix ans.

Quels sont, selon vous, les résultats marquants de cette étude ? Le soutien à l'installation des indépendants faisant partie de vos compétences, envisagez-vous de modifier les dispositifs existants ? Si oui, quelles sont les pistes étudiées ? Si non, pourquoi ?

D'après le journal Le Soir, la Région serait "attentive à libérer des espaces réservés à la médecine". Le confirmez-vous ? Quelles sont les pistes de travail à l'étude ? Des projets sont-ils lancés ?

Travaillez-vous à un plaidoyer destiné à la ministre De Block ou l'avez-vous contactée pour la sensibiliser à cette question ? Toujours selon la

betreffende "de resultaten van de studie van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn over de behoefte aan huisartsen".

TOEGEVOEGDE INTERPELLATIE VAN DE HEER ANDRÉ DU BUS DE WARNAFFE,

betreffende "het tekort aan huisartsen in Brussel".

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

Mevrouw Moureaux heeft het woord.

Mevrouw Catherine Moureaux (PS) *(in het Frans).- Sinds kort zijn de eerste resultaten bekend van de studie over de evolutie van het aantal artsen en de nood aan geneeskundige zorg, die u bestelde bij het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad.*

Volgens de pers blijkt uit de studie dat vandaag 33 Brusselse wijken onvoldoende artsen tellen en dat het over tien jaar om 55 wijken zou gaan.

Wat vindt u zelf de opvallendste resultaten van de studie? Bent u van plan om de steunmaatregelen voor zelfstandigen bij te sturen?

Volgens Le Soir zou het gewest ruimte willen vrijmaken voor artsenpraktijken. Klopt dat?

Hebt u geprobeerd om minister De Block op het probleem te wijzen? Volgens de pers blijkt uit de studie dat er nieuwe maisons médicales (Franstalige medische centra) nodig zijn.

Hebt u het dossier met minister Demotte besproken? Hoe werkt u samen met minister Jodogne van Volksgezondheid in de Franse Gemeenschapscommissie (Cocof), die samen met haar collega Fremault verantwoordelijk is voor de vestiging van nieuwe structuren van ambulante zorg?

presse, l'étude semble attirer l'attention sur la nécessité d'installer de nouvelles maisons médicales.

Avez-vous pris contact avec le ministre Demotte pour discuter des sous-quotas ? Je ne considère pas cela comme une piste de solution, mais on peut toujours se poser la question. De quelle manière travaillez-vous avec la ministre Jodogne en charge de la santé en Commission communautaire française (Cocof), qui est, avec sa collègue Fremault, en charge de la programmation de l'installation des nouvelles structures de soins ambulatoires ? Une cohérence des actions est grandement nécessaire.

Mme la présidente.- La parole est à M. du Bus de Warnaffe pour son interpellation jointe.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH).- Vous avez présenté, le 9 mai, les résultats de l'étude de l'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale dont l'objectif était d'identifier les quartiers bruxellois devant bénéficier prioritairement des mesures de soutien à la médecine générale. Les chiffres présentés confirment nos inquiétudes. En effet, sur 1.468 médecins généralistes actifs à Bruxelles, près de 45% ont plus de 55 ans et devront donc être remplacés lors de leur départ à la retraite d'ici 10 ou 15 ans.

Les jeunes médecins pratiquent différemment, puisqu'ils ne souhaitent pas, à juste titre, faire face à une surcharge de travail qui les mènerait, à terme, au burn-out. De plus, au vu de l'accroissement de la population, l'étude estime que, pour éviter la pénurie, nous aurons besoin de 486 généralistes supplémentaires d'ici à 2027 et de 835 d'ici à 2037. Sans surprise, la situation varie selon les communes. Ainsi, l'étude révèle que la pénurie annoncée touchera en particulier les communes d'Evere et d'Uccle, et des parties d'Auderghem, d'Etterbeek, d'Ixelles et d'Anderlecht.

La dimension de proximité et d'accessibilité de la médecine générale de premier recours est indéniable. Le généraliste fera face, dans les

Mevrouw de voorzitter.- De heer du Bus de Warnaffe heeft het woord voor zijn toegevoegde interpellatie.

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH) *(in het Frans).- Op 9 mei stelde u de resultaten van de studie van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad voor. Uit de cijfers blijkt dat onze ongerustheid terecht is. Van de 1.468 huisartsen die in Brussel actief zijn, is bijna 45% ouder dan 55, wat betekent dat ze over 10 tot 15 jaar met pensioen gaan.*

Jonge artsen willen terecht minder werken om een burn-out te voorkomen. Op basis van de bevolkingsgroei zouden er tegen 2027 486 artsen moeten bij komen en tegen 2037 835. Vooral in Evere en Ukkel en in delen van Oudergem, Etterbeek, Elsene en Anderlecht zou het om een nijpend tekort gaan.

Uit de studie blijkt dat jonge huisartsen graag actief zijn in een groepspraktijk. Wat doet u om huisartsen te stimuleren zich te vestigen in buurten met een tekort?

Welke andere maatregelen treft u om artsen te helpen het hoofd te bieden aan de excessieve werkdruk, het werken met psychiatrische patiënten en de uitgesproken culturele diversiteit?

Hoe wilt u de studieresultaten in het Brussels Plan voor de gezondheidszorg opnemen? Hoe zult u het probleem de volgende jaren blijven onderzoeken?

années à venir, à de nombreux défis et évolutions.

L'étude constate que les jeunes médecins généralistes souhaitent s'installer en pratique de groupe. Vous allez promouvoir l'installation de généralistes dans les quartiers en pénurie en leur proposant des lieux et des soutiens à la médecine de groupe. Pouvez-vous nous en dire plus sur le sujet ?

Quelles autres mesures de soutien prendrez-vous, sachant les difficultés d'exercer à Bruxelles, telles que la surcharge de travail, la prise en charge de patients en santé mentale ou la diversité culturelle prononcée ?

S'agissant du Plan de santé bruxellois, comment comptez-vous y intégrer les résultats de l'étude ? Comment sera-t-il affecté par cette étude ?

Comment comptez-vous poursuivre l'analyse de cette tendance dans les années à venir ? D'autres études seront-elles commandées ?

Une campagne de promotion de la médecine générale est envisagée afin de sensibiliser les 34% de Bruxellois qui n'ont pas de médecin généraliste attitré et qui n'y recourent jamais. Quand comptez-vous lancer cette campagne ?

Après la sixième réforme de l'État que nous "encensons" tous, plusieurs primes ont été créées pour attirer les généralistes à Bruxelles. Pouvez-vous nous renseigner sur le nombre de demandes d'aides reçues et acceptées dans le cadre des dispositifs Impulseo Il et III ? En conférence de presse, vous nous avez annoncé que le nombre de demandes d'intervention, notamment dans le cadre du dispositif Impulseo I, avait tendance à augmenter. Pouvez-vous préciser l'évolution des chiffres depuis la mise en place de ces différentes primes ? Quel en est le bilan ?

Vous n'êtes pas sans savoir que Mme De Block souhaite réformer les maisons médicales au forfait. Or, elles jouent et peuvent continuer de jouer un rôle central d'acteurs de première ligne. Dans le contexte d'une éventuelle pénurie de médecins généralistes à Bruxelles, avez-vous noué des contacts avec son cabinet afin de partager nos inquiétudes et la convaincre du bien-fondé de cette

Komen er nieuwe studies? Wanneer zult u een bewustmakingscampagne starten, gericht tot Brusselaars zonder vaste huisarts?

Na de zesde staatshervorming werden er meerdere premies ingevoerd om huisartsen naar Brussel te lokken. Hoeveel aanvragen leverde dat op onder Impulseo II en III? Hoeveel werden er goedgekeurd? Tijdens de persconferentie zei u dat het aantal aanvragen onder Impulseo I in stijgende lijn ging.

U weet dat mevrouw De Block het forfaitaire systeem van de medische centra wil hervormen. Hebt u haar op de hoogte gebracht van onze bezorgdheid en van de noodzaak aan een aanvullend aanbod in de eerstelijnszorg, gezien het tekort aan Brusselse huisartsen?

Zullen de resultaten van de studie op een volgende vergadering van de interministeriële conferentie (IMC) Volksgezondheid worden besproken?

offre médicale complémentaire ?

Enfin, est-il prévu d'aborder les résultats de cette étude lors d'une prochaine conférence interministérielle (CIM) de la santé publique ?

Discussion conjointe

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

Mme Hannelore Goeman (sp.a) *(en néerlandais).- Entre 20 et 25% des Bruxellois n'ont pas de médecin généraliste, malgré leurs problèmes de santé. C'est particulièrement le cas de la population la plus précarisée.*

Or, nous reconnaissons tous l'importance des soins de première ligne pour éviter l'aggravation des problèmes. Le médecin généraliste y joue un rôle important, de même que les maisons médicales.

Je me réjouis qu'une étude répertorie les cabinets de généralistes afin de cerner les manques. Je suis curieuse de voir comment vous en exploiterez les résultats.

Les chiffres montrent que nous avons besoin d'un plan ambitieux pour attirer des médecins et les aider à s'établir et trouver les espaces qui leur conviennent. Que fait la Commission communautaire commune (Cocom) pour éviter la pénurie qui menace le métier ?

Que faites-vous, par ailleurs, pour convaincre les médecins d'appliquer le tiers payant ?

Samengevoegde bespreking

Mevrouw de voorzitter.- Mevrouw Goeman heeft het woord.

Mevrouw Hannelore Goeman (sp.a).- Dit is een probleem dat ook mij zeer nauw aan het hart ligt. 20 tot 25% van de Brusselaars heeft geen huisarts. Helaas is dat niet omdat ze geen huisarts nodig hebben. In 2013 antwoordde een kwart van de ondervraagde Brusselaars in de Gezondheids-enquête nog dat hun gezondheid niet goed was. Vooral het armste deel van de bevolking kent gezondheidsproblemen.

We zijn het erover eens dat de eerstelijns-gezondheidszorg fundamenteel is. De inwoners van Brussel moeten snel en goed geholpen worden, zodat hun problemen niet escaleren. Ik ben ervan overtuigd dat de rol van de huisarts daarbij heel belangrijk is, want hij kent het volledige dossier van de patiënt, kan in vertrouwen werken en een dienst op maat aanbieden.

U weet dat ik een groot voorstander ben van wijkgezondheidscentra, die de huisartsen aanvullen. In een gewest als Brussel hebben we meer van beide nodig.

Ik ben heel blij dat er nu een studie is die de huisartspraktijken in kaart brengt, zodat we kunnen zien waar er te weinig zijn. Gisteren stond in de krant dat het beroep huisarts voor de eerste keer als knelpuntberoep zal worden erkend.

Ik ben ook benieuwd naar uw analyse van de resultaten van de studie en naar hoe u in uw plannen daarmee rekening zult houden.

Hoewel er al veel initiatieven genomen zijn, tonen de cijfers aan dat we een ambitieus plan nodig hebben. Ik zou graag een stand van zaken krijgen van de maatregelen die de GGC neemt om

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

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Je vous remercie tout d'abord pour votre intérêt pour la médecine générale bruxelloise, qui est un maillon essentiel de la construction d'une première ligne de soins forte, elle-même indispensable à la négociation du virage ambulatoire amorcé.

La première question posée aujourd'hui porte sur les résultats marquants de l'étude de l'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale qui s'intitule : "Les médecins généralistes en Région bruxelloise : qui sont-ils, où pratiquent-ils et où se situent les potentielles pénuries ?".

Je tiens tout d'abord à rappeler aux honorables membres de notre assemblée que l'étude complète est disponible sur le site internet de la Commission communautaire commune (Cocom).

Les résultats les plus marquants de cette étude ont été présentés lors de la conférence de presse du 8 mai dernier, à savoir :

- la féminisation de la profession ;

- la préférence des jeunes pour les pratiques de groupe ;

- la variabilité des besoins en soins entre les différents quartiers bruxellois ;

- la concentration des pratiques de groupe plutôt au centre de Bruxelles, là où la densité de population est la plus élevée ;

- le vieillissement de notre population de médecins généralistes, puisque 45% des médecins généralistes bruxellois auront atteint l'âge officiel

huisartsen aan te trekken en om hen te helpen zich te vestigen, ook bij het zoeken naar infrastructuur. Uit de studie blijkt immers dat artsen moeilijk een geschikte ruimte voor een groepspraktijk vinden.

Wat doet u om huisartsen te overtuigen om de derde-betalersregeling toe te passen?

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

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College *(in het Frans).- De opvallendste resultaten van het onderzoek van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad zijn:*

- de vervrouwelijking van het beroep;

- de voorkeur van jonge artsen om in een groepspraktijk te werken;

- de zeer uiteenlopende zorgnoden in de verschillende Brusselse wijken;

- de sterke concentratie van groepspraktijken in het centrum van Brussel;

- de veroudering van de Brusselse huisartsen;

- de vaststelling dat de gemiddelde leeftijd van de huisartsen het hoogst is in het zuidoosten en noordwesten van het gewest, en in het noordelijke deel van de Vijfhoek.

- het gegeven dat er tegen 2027 maar liefst 486 extra huisartsen nodig zijn om de artsen die met pensioen gaan, te vervangen.

Die laatste berekening houdt enkel rekening met de bevolkingstoename, en niet met de veranderende zorgbehoeften, de politieke maatregelen in de eerstelijnszorg, de shift naar ambulante zorg, het verlangen van jonge artsen naar een goed evenwicht tussen werk en privéleven en het feit dat huisartsen hun loopbaan kunnen stopzetten of zich buiten het gewest kunnen vestigen. We zijn ervan uitgegaan dat het huisartsenaanbod in 2017 volstond. Omdat de schatting van 486 mogelijk te laag is, zijn we van

de la retraite dans dix ans ;

- l'âge moyen est le plus élevé au sud-est et au nord-ouest et dans la partie nord du Pentagone ;

- un besoin de 486 médecins généralistes supplémentaires d'ici 2027 pour remplacer les médecins qui prendront leur retraite, ceci en s'appuyant sur le nombre actuel de médecins actifs - et censés le rester jusqu'à 69 ans - et sur l'augmentation de la population.

Ce dernier calcul ne tient compte ni de l'évolution des besoins en soins, ni des mesures politiques visant à pourvoir la première ligne, ni du virage ambulatoire amorcé, ni du fait que les jeunes générations semblent souhaiter un meilleur équilibre entre travail et vie privée. Elles travailleront donc probablement moins que les générations actuelles - n'y voyez aucun jugement de valeur. Le fait que les généralistes puissent arrêter leur carrière ou déménager à l'extérieur de la Région n'est pas non plus pris en compte.

De plus, nous sommes partis de l'hypothèse que l'offre de médecins généralistes en 2017 était suffisante. Le chiffre de 486 pourrait donc être sous-évalué. Il est, par conséquent, prévu de poursuivre et d'affiner notre analyse, pour mieux cerner cette problématique.

Quant à l'évolution du nombre de demandes de primes acceptées en fonction des différents volets, je rappelle que, depuis le 1er juillet 2014, les mesures de soutien à la médecine générale dites Impulseo relèvent, pour le territoire de la Région bruxelloise, de la seule compétence de la Cocom. En 2015, ces mesures étaient encore gérées par le Fonds de participation selon le modèle fédéral. Dès 2016, les services du Collège réuni ont repris le rôle du Fonds de participation et M. Vanhengel et moi-même avons procédé à quelques adaptations du système fédéral.

Ainsi, le prêt à 0% a été supprimé et les montants des différentes primes ont été ajustés, sachant que d'autres dispositifs existent pour les professions libérales en Région bruxelloise, notamment trois primes :

- Impulseo I, où la prime d'installation vise à

plan om onze analyse verder te verfijnen.

Sinds 1 juli 2014 is enkel de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC) verantwoordelijk voor de steunmaatregelen aan huisartsen (Impulseo). In 2015 vielen ze nog onder het toenmalige federale Participatiefonds. Sinds 2016 hebben de diensten van het Verenigd College de rol van het Participatiefonds overgenomen. De heer Vanhengel en ikzelf hebben het federale systeem enigszins gewijzigd.

De 0%-lening werd geschrapt en de bedragen van de premies werden aangepast. Er bestaan immers reeds tegemoetkomingen voor vrije beroepen in het Brussels Gewest:

- Impulseo I of de vestigingspremie van 25.000 euro, die jonge huisartsen helpt om een praktijk in het Brussels Gewest op te zetten;

- Impulseo II, een jaarlijkse financiële tegemoetkoming van maximaal 6.300 euro voor de indienstneming van een onthaalmedewerker;

- Impulseo III, een tegemoetkoming van maximaal 3.619 euro ter financiering van een telesecretariaat.

De twee eerste premies mogen jaarlijks worden aangevraagd. Ook huisartsen in een groepspraktijk kunnen er aanspraak op maken.

Onder het federale stelsel kregen 18 Brusselse huisartsen een vestigingspremie, onder het huidige stelsel zijn dat er 45. Voor eenzelfde periode werd er 129 keer een bedrag goedgekeurd voor de secretariaatskosten, tegenover 28 vroeger.

Sinds 2016 beschikken we over aparte cijfers voor Impulseo II en III. In 2017 werden er 45 vestigingspremies aangevraagd, tegenover 31 in 2013. Voor Impulseo II steeg het aantal aanvragen van 94 in 2016 naar 101 in 2017. De aanvragen voor Impulseo II evolueerden van 27 naar 28. Onze inspanningen werpen duidelijk vruchten af.

De maatregelen om artsen naar het Brussels Gewest te lokken, zouden aangepast moeten worden, zodat we meer jongeren aantrekken.

motiver les jeunes médecins généralistes à débuter une pratique en Région bruxelloise. Elle s'élève à 25.000 euros, contre 20.000 euros précédemment, dans le système fédéral ;

- Impulseo II, où une intervention est prévue dans les coûts salariaux d'un employé chargé de l'accueil et de la gestion de la pratique de la médecine générale. Celle-ci s'élève à maximum 6.300 euros par an ;

- Impulseo III, où une intervention est prévue dans le coût des services d'un télésecrétariat. Celle-ci s'élève à maximum 3.619 euros.

Ces deux dernières primes peuvent être demandées chaque année. Les médecins généralistes qui travaillent dans une pratique de groupe peuvent aussi en bénéficier.

Concernant l'évolution des primes accordées, de 2009 à 2017, les primes d'installation attribuées aux médecins généralistes bruxellois sont passées de 18 dans le système fédéral à 45 dans le système actuel. Pour la même période, le nombre de dossiers d'intervention dans les frais de secrétariat est passé de 28 à 129.

Nous ne disposons des chiffres différenciés d'Impulseo II et III qu'à partir de 2016, année de la reprise de leur gestion par la Cocom. En 2017, 45 primes d'installation ont été demandées contre 31 en 2013. Pour Impulseo II, on est passé, entre 2016 et 2017, de 94 à 101 dossiers, et pour Impulseo III, de 27 à 28. La progression et les efforts de la Région bruxelloise sont donc évidents.

À propos de la modification des dispositifs incitant à l'installation de médecins généralistes en Région de Bruxelles-Capitale, il est clair que nous devons attirer les jeunes. Nous devons continuer à promouvoir les mesures en ce sens, en les nuançant en fonction des quartiers déficitaires ou de la population vieillissante de médecins. Les primes Impulseo sont de bons outils, mais pourraient être mieux adaptées pour offrir à la population un accès à la médecine générale sur tout le territoire bruxellois.

D'autres systèmes devraient être développés pour

Maatregelen in die zin blijven nodig, al moeten ze bijgestuurd worden naargelang van de buurten. Impulseopremies zijn nuttig, maar we moeten ze finetunen opdat de huisartsenpraktijken mooi over het Brusselse grondgebied verspreid zijn.

Jongeren hebben specifieke noden op het vlak van vastgoed en professionele coaching. Omdat we geschikte praktijkruimte willen vinden, werken we samen met perspective.brussels en de GGC-administratie. Vanaf 2019 moeten de verenigingen die huisartsen vertegenwoordigen, de beschikbare panden kunnen raadplegen.

Op lange termijn moet de samenwerking met perspective.brussels ertoe leiden dat de infrastructuurbehoeften van de huisartsen worden opgenomen in de ontwikkelingsstrategie voor het grondgebied van het Brussels Gewest. Ook zullen we de gemeenten vragen om ruimte vrij te maken voor huisartsenpraktijken.

Daarnaast zijn er de gewestelijke instrumenten om jonge artsen te helpen bij het beheer van hun boekhouding. Ik heb die instrumenten laten ontwikkelen in het kader van mijn ministeriële bevoegdheid inzake economie, maar blijkbaar zijn ze nog onvoldoende bekend. Er vond een eerste ontmoeting plaats met de Impulseodiensten (die de huisartsen helpen bij hun premieaanvragen) en 1819 (de informatiedienst voor ondernemers in het Brussels Gewest). Het is de bedoeling om na te gaan hoe beide diensten kunnen samenwerken ten dienste van jonge artsen. We willen dat de Impulseodiensten meer gaan focussen op boekhoudkundige begeleiding.

Tot slot lijkt het ons belangrijk om een deel van de beschikbare middelen te gebruiken om nieuwe ideeën uit te testen. Denken we maar aan incentives voor een begeleiding door meer ervaren confraters. Dat zou zeker aangewezen zijn in buurten waar veel artsen bijna met pensioen gaan.

Ook de idee van incubatoren als alternatief voor de klassieke huisartsenpraktijk kunnen we verder uitdiepen. Er zullen proefprojecten moeten komen alvorens het systeem grondig te kunnen hervormen.

répondre aux demandes spécifiques des jeunes que nous avons rencontrés, concernant l'immobilier, l'accompagnement professionnel et le coaching. En vue d'aider à trouver des locaux adaptés, notamment pour développer des soins intégrés de qualité, nous avons initié un travail en collaboration avec perspective.brussels (Centre d'expertise régional et initiateur de la stratégie de développement du territoire de la Région de Bruxelles-Capitale) et l'administration de la Cocom, afin de permettre aux associations représentatives des médecins généralistes de consulter les cadastres de locaux disponibles dès 2019.

Cette première étape répondra à leur difficulté à trouver un endroit adapté ou à s'installer en pratique de groupe, dans la mesure où il ne s'agit pas d'une pratique à vocation commerciale. Notez ici la transversalité avec mon collègue, M. Vervoort, qui en sera chargé.

À long terme, la collaboration avec perspective.brussels doit servir à la prise en compte des besoins en infrastructures que connaît le secteur des soins ambulatoires et de première ligne dans la stratégie de développement du territoire de la Région bruxelloise. Des contacts seront également pris avec les autorités communales pour créer des collaborations destinées à créer des lieux de médecine générale.

Deuxièmement, concernant la demande d'accompagnement des jeunes médecins en matière de gestion et de comptabilité, des outils régionaux existent déjà. J'ai contribué à leur développement dans le cadre de mes compétences ministérielles en économie. Apparemment, ces outils ne sont pas assez connus des jeunes médecins. Nous travaillerons donc sur ce point. Les structures d'appui Impulseo, ces organisations que nous subventionnions pour aider gratuitement les médecins à introduire leur dossier de demande de prime auprès de l'administration et à en assurer le suivi, ont certainement un rôle à jouer.

Une première rencontre avec les structures d'appui et le 1819, le service d'information pour tous les entrepreneurs de la Région bruxelloise, a déjà eu lieu. L'idée est d'envisager comment ces deux services peuvent collaborer au bénéfice des jeunes

Vanaf 2019 zullen de Impulseo-diensten de jonge artsen intensiever begeleiden. Daardoor zullen ze gemakkelijker toegang krijgen tot de gewestelijke steunmaatregelen voor jonge zelfstandigen en ondernemers. Daarnaast zullen de Impulseo-diensten ook naar perspective.brussels doorverwijzen.

Een andere mogelijke maatregel op korte termijn is de uitbreiding van de steun voor personeel naar andere profielen.

Daarnaast is er nog de GGC-steun voor integrale zorgcentra zoals die van Dokters van de Wereld in Anderlecht en Molenbeek, die interessant kunnen zijn voor jonge huisartsen die multidisciplinair en met fragiele bevolkingsgroepen willen werken.

Over al die ideeën zal overlegd worden met de artsensyndicaten en huisartsenverenigingen.

U vraagt me welke impact de studieresultaten hebben op het Brussels Plan voor de gezondheidszorg. Welnu, een van de beleidsvoorstellen uit dat plan is om, in het kader van de versterking van de eerstelijnszorg, incentives te ontwikkelen voor een betere territoriale spreiding en een verhoging van het aantal zorgverstrekkers. Dankzij de studieresultaten zullen we die aanpak kunnen verfijnen.

U vraagt me ook of ik nieuwe studies zal bestellen. Ik ben zeker van plan om vraag en aanbod te blijven meten. We zullen echter ook andere elementen analyseren, zoals het aandeel geconventioneerde huisartsen per wijk.

Uit de studie kunnen we opmaken hoeveel groepspraktijken er per wijk zijn, maar niet of die mono- of multidisciplinair van aard zijn. Samen met het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad onderzoeken hoe we de parameters kunnen verfijnen en de kwaliteitscriteria meer plaats kunnen geven.

Er komt ook een kwantitatieve en kwalitatieve studie over het aantal patiënten dat bij een spoeddienst aanklopt met klachten die bij de huisarts thuishoren. Het gaat voornamelijk om kinderen en ouderen. In die context wordt de

médecins. Nous souhaitons donc, dès 2019, que les structures d'appui Impulseo s'investissent davantage dans cette demande d'accompagnement en matière de gestion et de comptabilité.

Troisièmement, pour répondre aux autres requêtes émises par les jeunes, il nous semble important de réorienter une partie du budget disponible pour tester de nouvelles idées. Je pense, entre autres, à des systèmes d'incitants pour l'accompagnement par des pairs plus expérimentés, une sorte de système de parrainage ou de mentorat. Cette idée aurait toute sa pertinence dans les quartiers au sein desquels de nombreux médecins sont proches de la pension. Le médecin âgé transmettrait son savoir, mettrait le pied à l'étrier à un jeune, tout en étant rassuré quant à la reprise progressive de sa patientèle.

L'idée de créer des incubateurs de pratiques de médecins généralistes est aussi à creuser. Les grandes modifications du système prendront du temps et nécessiteront sans doute des projets pilotes à évaluer.

En revanche, dès 2019, nous prévoyons, comme mentionné ci-dessus, une intensification du rôle d'accompagnement des jeunes généralistes par les structures d'appui Impulseo et donc une révision des missions de ces dernières, qui pourront relayer les dispositifs régionaux existants d'aide aux jeunes indépendants ou à l'entrepreneuriat 2018-2019 et qui pourront servir de lien avec les services de développement du territoire du Bureau bruxellois de la planification perspective.brussels.

Une autre mesure que nous pourrions prévoir à court terme est l'élargissement de l'intervention à d'autres types de personnel. Par ailleurs, le soutien de la Cocom au développement du concept des centres sociaux et de santé intégrés comme ceux développés par Médecins du monde à Anderlecht - Kure & Care - et à Molenbeek - K-Nal Santé - serait également susceptible d'attirer de jeunes médecins généralistes soucieux de s'investir auprès d'une population plus fragile et dans une approche multidisciplinaire préventive, curative et sociale.

Les pistes que j'évoque aujourd'hui doivent, bien entendu, être approfondies et discutées avec les

samenwerking met de Fédération des associations de médecins généralistes de Bruxelles (FAMGB) en de Brusselse Huisartsenkring (BHK) voortgezet.

Bovendien komt er in 2019 een samenwerking met de Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones (FMMCSF). Die zal ons databases bezorgen waarmee we het patiëntenbestand van twintig medische centra kunnen analyseren. We willen ook samenwerken met de Cel Planning en de Planningscommissie van de FOD Volksgezondheid.

De uiterst diverse zorgbehoeften in de Brusselse wijken tonen aan dat een nationale verdeling van de artsenquota geen zin heeft zonder voorafgaand overleg tussen de federale overheid en de deelstaten!

We hebben minister De Block onze vragen overgemaakt en werden daarin bijgetreden door de Franse Gemeenschap, Vlaanderen en de Franse Gemeenschapscommissie (Cocof):

- de deelstaten met bevoegdheden inzake volksgezondheid zouden ook in de Planningscommissie moeten zetelen;

- de taken en de werkwijze van de Planningscommissie zijn aan herziening toe;

Mijn kabinet nam deel aan een vergadering met het kabinet-Demotte over de kwestie van de subquota. Het was de bedoeling om een standpunt aan Franstalige zijde te bepalen. De kwesties die aan bod kwamen, waren:

- de pertinentie van subquota voor een aantal gespecialiseerde artsen voor de Franse Gemeenschap;

- de noodzaak om minimale of maximale subquota vast te leggen;

- pertinentie van de cijfers van de Planningscommissie voor de berekening van de quota;

- de nood aan een nieuwe, specifieke commissie.

partenaires actifs en médecine générale, particulièrement les syndicats médicaux et les deux cercles de médecine générale. Des réunions de travail sont déjà planifiées à cet effet.

Vous m'interrogez sur l'impact de cette étude de l'observatoire sur le Plan de santé bruxellois (PSB). L'une des mesures de ce plan est de soutenir l'adéquation des ressources humaines et leur répartition territoriale dans le cadre du renforcement de la première ligne de soins. L'objectif est d'assurer à chaque Bruxellois un parcours de soins accessible et cohérent. Cette étude constitue un préalable qui nous permet d'affiner notre approche et de mieux cibler nos actions pour davantage d'efficacité.

La cinquième question porte sur la poursuite de l'analyse des tendances révélées par l'étude. D'autres études vont-elles être commandées ? Il est prévu de continuer à surveiller l'offre et les besoins en médecine générale sur le territoire de Bruxelles. D'autres variables vont être analysées, notamment la proportion de médecins généralistes conventionnés par quartier - donnée importante en termes d'accessibilité aux soins. Ces analyses complémentaires nous aideront à la mise en place de politiques adaptées.

Si l'étude rendue publique le 8 mai dernier montrait la densité des pratiques de groupe par quartier, nous n'avions par contre pas d'informations sur son caractère mono- ou pluridisciplinaire. Il est donc prévu d'inclure cette information. Des discussions sont en cours entre les cabinets de la Santé et l'observatoire afin d'affiner les paramètres de suivi mais aussi pour introduire des aspects plus qualitatifs dans l'analyse.

Une étude quantitative et qualitative concernant le recours aux services d'urgence pour des problématiques relevant de la médecine générale est planifiée. Elle concerne deux groupes cibles : les enfants et les personnes âgées. Dans ce contexte, la collaboration avec les deux cercles de médecins généralistes, la Fédération des associations de médecins généralistes de Bruxelles (FAMGB) et le Brusselse Huisartsenkring (BHK), sera poursuivie.

Na de vergadering besliste de Franse Gemeenschap om het minimumquotum voor huisartsen van 32 naar 43% te verhogen om de universiteiten duidelijk te maken dat ze meer studenten warm moeten maken voor huisartsengeneeskunde.

Voor de bepaling van de subquota zouden de cijfers van de Planningscommissie worden verfijnd aan de hand van gegevens van de gewestelijke studiediensten.

Om budgettaire redenen lijkt het momenteel niet aangewezen om bij de Franse Gemeenschap een eigen planningsdienst op te richten. De Vlaamse regering maakt momenteel werk van een decreet dat haar een juridische basis moet bieden om zelf subquota te bepalen. Net als de Franse Gemeenschap wenst de Vlaamse overheid zich te baseren op cijfers van de federale Planningscommissie. De cijfers zouden vervolgens worden geanalyseerd door een speciaal daarvoor opgerichte adviescommissie.

In die context hebben de Franse en de Vlaamse Gemeenschap zich aangesloten bij onze vraag om de taken en de samenstelling van de Planningscommissie uit te breiden.

Naast maatregelen om de huisartsengeneeskunde aantrekkelijk te maken, moeten we ook denken aan een promotiecampagne over de rol van de huisarts in de gezondheidszorg. De Brusselse bevolking telt immers steeds meer kwetsbare mensen in een complexe situatie. In 2018 hebben we 80.000 euro vrijgemaakt voor een campagne om de huisartsengeneeskunde te promoten. De campagne loopt tijdens het laatste trimester van het jaar.

Mijn medewerkers hebben regelmatig contact met het kabinet-Jodogne, met het oog op de coherentie van het beleid.

De plus, un partenariat avec la Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones (FMMCSF) sera lancé dès 2019. La FMMCSF nous fournira les bases de données concernant vingt maisons médicales dans l'objectif d'analyser le profil de la patientèle. Je tiens à souligner notre souhait de travailler en bonne collaboration avec la cellule de planification du SPF Santé publique et la Commission de planification fédérale. Les expertises bruxelloises et fédérales sont complémentaires.

Le dialogue entre l'État fédéral et les entités fédérées pour la détermination du quota global de médecins et des sous-quotas est incontournable. La grande diversité des besoins en soins identifiés dans les quartiers bruxellois par l'étude de l'observatoire démontre qu'une planification nationale des quotas de médecins, sans dialogue entre les entités fédérées et l'État fédéral, n'a pas de sens !

C'est pourquoi un courrier a été écrit à Mme De Block et a été discuté en conférence interministérielle, lundi dernier. Notre demande, à laquelle la Communauté française, la Flandre et la Cocof se sont ralliées, était que soient discutés les points suivants :

- l'élargissement de la Commission de planification aux entités fédérées ayant des responsabilités dans la politique de santé publique. La composition de ses représentants date de 1996 ;

- la révision des missions et du mode de fonctionnement de cette commission, et l'organisation d'échanges d'expertise et de données chiffrées entre la cellule de planification du SPF Santé publique et le service d'études des entités fédérées ;

- des contacts ont-ils été pris avec le ministre Demotte pour discuter des sous-quotas ?

Mon cabinet a participé à une réunion qu'il a convoquée sur la problématique des sous-quotas. L'objectif était de mener une réflexion francophone sur le sujet. Les questions posées à la réunion concernaient :

- la pertinence, pour la Fédération Wallonie-

Bruxelles, de fixer des sous-quotas et pour quelles spécialités ;

- la nécessité de fixer des sous-quotas minimaux ou maximaux ;

- les bases sur lesquelles les fixer. Les chiffres de la Commission de planification fédérale pourraient-ils être utilisables ;

- la nécessité de créer une commission spécifique.

À la suite de cette réunion, la Communauté française a décidé de revoir à la hausse le pourcentage de son quota minimal pour les médecins généralistes, de 32% à 43%. L'idée était de donner un signal fort aux universités afin qu'elles promeuvent davantage la médecine générale auprès de leurs étudiants.

D'autres sujets ont été discutés lors de cette réunion, tels que la mise en place de collaborations structurelles entre la Commission de planification fédérale (Complan) et les différents services d'étude régionaux. Pour fixer les sous-quotas, il serait question de se baser sur les chiffres de la Complan qui pourraient être affinés par des données spécifiques fournies par les différents services d'études régionaux.

En effet, la mise en place par la Communauté française d'un service de planification qui lui serait propre ne semblait pas pertinente à ce stade, car nécessitant des moyens financiers importants. De son côté, la Flandre est occupée à l'écriture d'un décret fournissant une base juridique pour exercer sa compétence en matière de sous-quotas. La Flandre, à l'instar de la Communauté française, souhaite, dans l'exercice de cette compétence, pouvoir se baser sur les chiffres fournis par la Commission de planification fédérale. Ces chiffres seront ensuite analysés par une commission consultative flamande mise en place pour conseiller le ministre et le gouvernement flamand.

C'est dans ce contexte que la Communauté française et la Vlaamse Gemeenschap se sont ralliées à notre demande d'élargissement des missions et de la composition de la Commission de planification.

En dehors des mesures d'attractivité pour la médecine générale, nous devons également nous atteler à promouvoir davantage au sein de la population bruxelloise une meilleure connaissance du rôle et de l'importance du médecin généraliste dans les soins de santé. La population bruxelloise va évoluer, avec encore plus de personnes fragiles vivant des situations complexes, pour lesquelles le rôle du médecin généraliste est central. C'est la raison pour laquelle nous avons réservé dans le budget 2018 un montant de 80.000 euros pour le développement d'une campagne de promotion de la médecine générale. Nous travaillons avec les deux cercles de médecins généralistes actifs sur le territoire de la Région de Bruxelles-Capitale, ainsi qu'avec la Garde bruxelloise (GBBW). La campagne est prévue pour le dernier trimestre 2018.

Concernant le travail de Mme Jodogne, mes collaborateurs ont des contacts réguliers avec son cabinet en vue du développement de politiques cohérentes et complémentaires. Nous nous coordonnons, bien sûr, je ne vais pas le répéter.

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

Mme Catherine Moureaux (PS).- Merci pour cette réponse longue, dense et fouillée. Nous allons l'analyser, car il est compliqué de réagir au pied levé avec autant de nouveautés. Merci de dévoiler quelque peu le plan de santé avec nous ce matin.

(Remarques de M. Gosuin)

Je suis ravie de votre initiative d'intégrer des membres de vos cabinets à la commission de planification. Cela va dans le sens de ce que je proposais pour la commission forfait. Pour la commission de planification, cela a tout son sens ! J'entends que les autres entités fédérées vous ont rejoint et c'est une très bonne chose. J'aimerais savoir comment cela a été accueilli par Mme De Block ?

Mevrouw de voorzitter.- Mevrouw Moureaux heeft het woord.

Mevrouw Catherine Moureaux (PS) *(in het Frans).- Ik dank u voor uw uitvoerige antwoord.*

(Opmerkingen van de heer Gosuin)

Ik ben blij dat u leden van uw kabinet en dat van mevrouw Jodogne in de Planningscommissie wilt laten zetelen. Hoe heeft mevrouw De Block dat voorstel onthaald?

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Le courrier a été signé avant-hier.

Mme Catherine Moureaux (PS).- Nous sommes dans l'actualité. C'est magnifique !

Comme je l'ai dit, je ne pense pas que la solution à notre problème de manque de généralistes réside dans les sous-quotas. Pour moi, c'est de la poudre aux yeux. Il est extrêmement compliqué de forcer quelqu'un à choisir une profession moins bien vue et moins financée. Ce sont, au contraire, les autres mesures prises pour faire connaître la médecine générale et la valoriser auprès des jeunes, tout en la finançant mieux et en prévoyant des aides à l'installation, qui influenceront le choix.

Les universités se livrent à une série de manœuvres pour obtenir plus de spécialistes que prévu et moins de généralistes. Une raréfaction globale des forces médicales n'affaiblira pas cette dynamique, au contraire. La politique des sous-quotas ne me paraît pas être la bonne solution. Il vaut mieux se concentrer sur d'autres mesures.

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College *(in het Frans).- De brief werd pas eergisteren ondertekend*

Mevrouw Catherine Moureaux (PS) *(in het Frans).- Ik denk niet dat subquota's een oplossing bieden voor het gebrek aan huisartsen. Het is zeer moeilijk iemand te dwingen een beroep te kiezen dat minder aanzien heeft en minder gefinancierd wordt. Wel nuttig zijn maatregelen om de bekendheid van de huisartsengeneeskunde bij jongeren te verbeteren, evenals maatregelen om de huisartsengeneeskunde beter te financieren of steunmaatregelen voor huisartsen die zich in Brussel willen vestigen.*

De universiteiten proberen momenteel meer specialisten en minder huisartsen af te leveren. Door een wereldwijd tekort aan artsen zal die dynamiek niet snel afnemen.

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

M. André du Bus de Warnaffe (cdH).- Je vous remercie pour cette réponse précise et très intéressante.

Je m'interroge sur le choix que peuvent faire des jeunes, d'une part de s'engager comme médecins généralistes et, d'autre part, de venir s'installer à Bruxelles. Bien entendu, les mesures que vous prenez et les dispositifs qui sont déjà en œuvre et qui connaissent un succès croissant, tels qu'Impulseo I, II et III ou les mesures d'accompagnement professionnel et de coaching en matière immobilière, répondent certainement à des demandes et des besoins spécifiques, mais décideront-ils une personne à s'installer à Bruxelles dans tel ou tel quartier ?

Je pense qu'il doit exister une volonté d'engagement et une dimension sociale fortes. Valoriser l'engagement et l'engagement social dans le domaine médical est un autre élément de

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

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH) *(in het Frans).- Ik vraag me af wat jongeren kan motiveren huisarts te worden en zich in Brussel te vestigen. De maatregelen die u neemt en de bestaande voorzieningen zoals Impulseo I, II en III bieden zeker een antwoord op specifieke vragen en behoeften, maar maken ze ook dat iemand zich in deze of gene Brusselse wijk komt vestigen?*

Volgens mij is er nood aan een sterke betrokkenheid en een sterke sociale dimensie. Een sterkere sociale betrokkenheid kan jonge artsen motiveren om ten dienste te staan van andere mensen. Als huisarts in Brussel sta je onmiskenbaar ten dienste van andere mensen. Een jonge arts die zich in Brussel vestigt, doe dat niet om een fortuin te verdienen, maar om anderen te helpen, en wel in een zeer specifieke context.

Ik denk erover na hoe de politiek een discours kan

nature à renforcer chez les jeunes le désir d'être au service des autres. En effet, être médecin généraliste aujourd'hui à Bruxelles revient indéniablement à être au service des autres. Le jeune médecin qui s'installe à Bruxelles n'a pas pour objectif de faire fortune, mais d'aider les autres, cela dans un contexte extrêmement spécifique.

Je réfléchis à la façon dont le monde politique pourrait adopter un discours qui valorise et aide les jeunes qui feront un tel choix. Bien sûr, les réponses que vous nous avez apportées sont intéressantes, car elles répondent à des besoins spécifiques, mais renforcent-elles l'engagement social ?

Je n'en suis pas sûr. Nous devons encore travailler sur ce volet.

Pour le reste, je lirai avec beaucoup d'intérêt les éléments que vous nous avez communiqués. Nous attendons avec la plus grande impatience l'annonce de votre plan de santé.

- *Les incidents sont clos.*

voeren dat gunstig is voor jongeren die een dergelijke keuze maken. Uw antwoorden zijn uiteraard interessant, omdat ze aan specifieke behoeften voldoen, maar versterken ze de sociale betrokkenheid?

Volgens mij moeten we daar nog aan werken.

We kijken uit naar de aankondiging van uw gezondheidsplan.

- *De incidenten zijn gesloten.*

QUESTIONS ORALES

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

QUESTION ORALE DE MME MAGALI PLOVIE

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,

MONDELINGE VRAGEN

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

MONDELINGE VRAAG VAN MEVROUW MAGALI PLOVIE

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,

concernant "la sensibilisation, la prévention et le dépistage de l'hépatite C".

QUESTION ORALE JOINTE DE M. ANDRÉ DU BUS DE WARNAFFE,

concernant "la prévention et le dépistage de l'hépatite C".

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

La parole est à Mme Plovie.

Mme Magali Plovie (Ecolo).- Il y aurait, en Belgique, entre 60.000 et 70.000 personnes ayant contracté l'hépatite C. Aucun vaccin n'existe pour s'en prémunir, mais il existe des médicaments pour en guérir. D'après les informations fournies par le corps médical, l'hépatite C est guérissable dans plus de 95% des cas. Mais encore faut-il savoir qu'on est porteur du virus. Une personne sur deux ignore sa contamination, car si la maladie est potentiellement mortelle, elle ne s'accompagne pas ou prou de symptômes. On ne pense donc pas à se faire dépister et c'est là que le bât blesse. Aujourd'hui, il est démontré que l'on pourra éradiquer le virus d'ici à 2030 si nos gouvernements mettent en place des politiques concrètes de prévention, de dépistage et de traitement accessibles et moins chères qu'aujourd'hui.

Avant de passer à mes questions, je voulais ouvrir une petite parenthèse. Nous avons déjà interpellé à la Commission communautaire française (Cocof) votre homologue Mme Jodogne. Elle nous a dit qu'elle estimait qu'il fallait intervenir fortement dans des niches, que cela concernait des publics avec un profil spécifique. À la suite de cette interpellation, des personnes m'ont contactée. Elles m'écrivent que les baby-boomers ont été infectés il y a plusieurs décennies par le virus de l'hépatite C dans des milieux médicaux, et qu'aujourd'hui, ils ne sont pas systématiquement dépistés ou ils le sont seulement en fin du parcours, lorsque le foie est atteint.

Donc, il est clair que tout le monde n'est pas

betreffende "de sensibilisering, de preventie en het opsporen van hepatitis C".

TOEGEVOEGDE MONDELINGE VRAAG VAN DE HEER ANDRÉ DU BUS DE WARNAFFE,

betreffende "de preventie en de opsporing van hepatitis C".

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

Mevrouw Plovie heeft het woord.

Mevrouw Magali Plovie (Ecolo) *(in het Frans).- Naar schatting zijn er in België 60.000 tot 70.000 hepatitis C-patiënten. Vaccins bestaan nog niet, effectieve geneesmiddelen wel. In de helft van de gevallen weten de patiënten echter niet dat ze besmet zijn. De levensgevaarlijke ziekte heeft immers nauwelijks symptomen. Vandaag weten we dat we hepatitis C waarschijnlijk nog voor 2030 kunnen uitroeien met betere en goedkopere preventie, screening en behandelingen.*

We hebben mevrouw Jodogne, uw evenknie bij de Franse Gemeenschapscommissie (Cocof), al geïnterpelleerd. Volgens haar gaat het vaak om nichegroepen. Zo kreeg ik wat later te horen dat het virus decennia geleden op babyboomers is overgesprongen. Die mensen worden niet systematisch gevolgd. Soms heeft het virus de lever al bereikt en is het te laat.

Niet iedereen hoeft zich zorgen te maken, maar we mogen ons niet louter op niches focussen. We moeten op zoek naar een gulden middenweg. We weten bijvoorbeeld dat tattoos tot besmetting kunnen leiden. Steeds meer mensen laten er eentje zetten. De vragen die ik samen met de heer du Bus in de Cocof gesteld heb, moeten we blijven opvolgen.

Hoe werkt de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC) aan preventie en bewustmaking? Komt er een systematische screening met een vragenlijst? Een dag waarop screening gratis is?

concerné, mais dire qu'il ne s'agit que de niches me semble très restrictif. Nous devrions imaginer un dispositif qui se situe entre les deux. Nous savons qu'avec des tatouages, par exemple, on peut être infecté. Or la population qui se fait tatouer est de plus en plus nombreuse. Il me semblait important de faire le suivi des questions qu'avec M. du Bus, j'avais posées à la Cocof.

Quelles sont, à cet égard, les initiatives prises par la Commission communautaire commune (Cocom) en termes de prévention et de sensibilisation ? Un dépistage systématique utilisant le questionnaire concret de dépistage ? Une journée de dépistage gratuite chaque année ?

Une campagne de sensibilisation a été lancée en juillet 2017. Sera-ce encore le cas cette année ? Comment les généralistes sont-ils informés des nouvelles possibilités de traitement et de l'importance du dépistage ? Le dépistage de l'hépatite C entre-t-il dans le plan de santé ? Quelles sont vos concertations avec Mme Jodogne sur cette politique de prévention ?

Vous annonciez, en juillet 2017, en réponse à une question, la création prochaine d'un point unique d'information et d'adressage en matière de prévention à Bruxelles. Ce guichet unique est-il opérationnel ?

Vous évoquiez également un groupe de travail technique sur l'hépatite C créé en conférence interministérielle (CIM) de la santé publique. Il devait dresser, pour la fin de l'année 2017, un état des lieux des actions du plan hépatite C comprenant une clarification de la répartition des compétences et des décisions relatives aux actions à mener dans ce domaine. Pourriez-vous nous préciser ce qu'il en est des compétences de la Cocom ?

Wordt de bewustmakingscampagne van juli 2017 herhaald? Hoe krijgen huisartsen informatie over nieuwe behandelmethodes en het belang van screening? Is die screening opgenomen in het gezondheidsplan? Hoe werkt u samen met mevrouw Jodogne?

U zei in juli 2017 dat er heel snel een informatiepunt zou komen voor alles dat met preventie te maken heeft. Is dat er ondertussen?

U had het ook over een technische werkgroep over hepatitis C binnen de interministeriële conferentie (IMC) Volksgezondheid. Die werkgroep moest nog in 2017 een stand van zaken publiceren. Dat document moest de bevoegdheidsverdeling verduidelijken. Hoe zit het met de bevoegdheden van de GGC?

Mme la présidente.- La parole est à M. du Bus de Warnaffe pour sa question orale jointe.

Mevrouw de voorzitter.- De heer du Bus de Warnaffe heeft het woord voor zijn toegevoegde mondelinge vraag.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH).- Le vendredi 18 mai, les asbl Carrefour hépatites - aide et contact (CHAC) et Vlaams Hepatitis Contactpunt (VHC) organisaient une séance

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH) *(in het Frans).- Op vrijdag 18 mei hebben de vzw's Carrefour hépatites - aide et contact (CHAC) en Vlaams Hepatitis Contactpunt (VHC) een*

d'information sur l'hépatite C.

Pour rappel, et selon la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'hépatite C est une maladie du foie causée par un virus. Le virus de l'hépatite C peut entraîner à la fois une infection hépatique aiguë et une infection chronique dont la gravité est variable, pouvant aller d'une forme bénigne qui dure quelques semaines à une maladie grave qui s'installe à vie.

À l'échelle mondiale, 130 à 150 millions d'individus sont porteurs chroniques de l'hépatite C. Dans plus de 80% des cas, la pathologie évoluera vers une forme chronique pouvant provoquer une inflammation du foie, voire une cirrhose ou un cancer du foie. En Belgique, l'hépatite C cause la mort de 300 personnes par an, soit plus que le sida, et une personne infectée sur deux ne sait pas qu'elle porte le virus. En effet, il reste parfois caché des années avant l'apparition des premiers symptômes, raison pour laquelle on l'appelle parfois "the silent killer". Or, pour se faire dépister, une seule prise de sang suffit chez le médecin de famille pour autant qu'elle soit confirmée par un spécialiste.

Bien qu'il soit impossible d'éradiquer complètement ce type d'hépatite d'ici à 2030, notamment faute de vaccin, si l'on ne change rien, un modèle américain prédit qu'il y aura davantage de cancers d'ici là.

L'Organisation mondiale de la santé avait alors demandé à notre pays, d'une part, la réduction de 80% des cas d'hépatite C et, d'autre part, la réduction des décès d'au moins 65%. Or, selon les hépatologues présents lors de cette matinée d'information, notre pays manque à tous ses devoirs.

Faisant suite aux pressions de l'OMS, un plan national avait été élaboré et présenté en mai 2014 par la ministre fédérale de la Santé de l'époque pour une période de cinq ans. Ce plan national contenait 6 axes et 22 actions concrètes, mais peu des mesures envisagées ont finalement été mises en place, particulièrement en termes de screening et de prévention. Ce plan devait être suivi et évalué d'ici à 2019. Il nous reste donc peu de

infosessie over hepatitis C gehouden.

De Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) definieert hepatitis C als een virale leverziekte. Het virus kan acute of, in meer dan 80% van de gevallen, chronische leverontsteking veroorzaken, of zelfs cirrose en tumoren.

Wereldwijd zijn 130 à 150 miljoen mensen drager. In België eist de ziekte jaarlijks 300 doden. Dat is meer dan aids. Bovendien blijven de eerste symptomen soms jaren uit. Een simpele bloedafname bij de huisarts, zolang die later nagekeken wordt door een specialist, volstaat echter al om de ziekte op te sporen.

Bij gebrek aan vaccin kunnen we de ziekte niet volledig uitroeien vóór 2030, maar als we niets doen, zal het aantal kankerpatiënten toenemen. Dat blijkt uit Amerikaans onderzoek.

De WGO stelde ons land twee eisen: het aantal patiënten met 80% laten afnemen, het aantal sterfgevallen met 65%. Nu blijkt dat ons land die doelen niet haalt.

Het toenmalige ministerie van Volksgezondheid had in 2014 een vijfjarenplan opgesteld. Van de 22 vooropgestelde acties werden er erg weinig uitgevoerd. Tussen nu en 2019 moet het plan geëvalueerd worden. Er rest dus weinig tijd om de situatie recht te zetten.

Elke dag moeten hepatologen hun patiënten vertellen dat ze genezen kunnen worden, maar dat ze geen recht hebben op de behandeling voor de zwaarste gevallen. Niet genezen is doden, zeggen ze zelf.

Bovendien blijkt dat heel wat huisartsen niet weten wat hepatitis C is, noch dat de kans op genezing 95% bedraagt. De onwetendheid is groot. België loopt achter op zijn buurlanden. Nieuwe cijfers en een nationale gegevensbank zijn broodnodig, want de huidige gegevens stammen uit 2004. Hebt u recentere cijfers voor het Brussels Gewest? De hepatologen staan gegevensdeling op e-health voor. Zult u die vraag overmaken aan de federale overheid?

Twee jaar geleden heeft u een pilootproject rond

temps pour corriger le tir.

Lors de cette matinée, plusieurs hépatologues nous ont fait part de leur frustration. Chaque jour, ils doivent répéter à leurs patients qu'une guérison est possible, mais qu'ils ne peuvent pas recevoir le traitement qui est réservé aux cas les plus graves. Selon leurs propres mots, on tue des patients car on ne les traite pas.

Ils ont évoqué un autre problème majeur : un grand nombre de médecins généralistes ne savent pas ce qu'est l'hépatite C ni qu'aujourd'hui, grâce aux nouveaux médicaments, les chances de guérison sont de 95%. De plus, il y a une méconnaissance totale de la réelle prévalence des cas en Belgique.

Alors que nos voisins font figure de bons élèves, notre pays est à la traîne. De nouveaux chiffres ainsi qu'une base de données nationale sont indispensables pour connaître le nombre de personnes à traiter. La dernière collecte de données à Bruxelles a été réalisée en 2004. Disposez-vous de chiffres plus récents pour notre Région ? Comptez-vous relayer au pouvoir fédéral la demande des médecins spécialistes de rendre publiques les données recueillies sur la plateforme e-health ?

Il y a deux ans, vous annonciez un projet pilote de prévention à Bruxelles. Qu'en est-il ? Qu'avez-vous mis d'autre en place pour inciter les personnes les plus à risques, notamment les baby-boomers, à se faire dépister ?

Un état des lieux des actions du plan hépatite C était prévu pour la fin de 2017. Il devait clarifier la répartition des compétences et des actions à mener. Où en est-il ?

Une campagne de sensibilisation au dépistage sera-t-elle organisée le 28 juillet à l'occasion de la Journée mondiale de lutte contre l'hépatite C pour soutenir l'asbl Carrefour hépatites - aide et contact (CHAC) ?

Quelles ont été les derniers échanges et conclusions du groupe de travail technique sur l'hépatite C lors des conférences inter-ministérielles ? La ministre fédérale de la Santé

preventie gelanceerd. Hoe staat het daarmee? Moedigt u risicogroepen zoals babyboomers ook op andere manieren aan om zich te laten testen?

Komt er een bewustmakingscampagne ter gelegenheid van de Werelddag tegen hepatitis C op 28 juli?

Wat zijn de laatste conclusies van de werkgroep over hepatitis C? Garandeert de minister van Volksgezondheid dat iedereen behandeld kan worden in 2020, zoals aangekondigd?

Betrokken verenigingen en hepatologen eisen dat politiek verantwoordelijken zich officieel engageren, en wel door geld uit te trekken voor een globaal en nationaal langetermijnplan met prestatie-indicatoren. Hebt u daarover contact met de federale overheid, de gemeenschappen en de gewesten?

Hoe werkt u samen met uw collega bij de Cocof? Hoe past dit alles in het Brussels Gezondheidsplan?

rendra-t-elle, comme annoncé, le traitement accessible pour tous en 2020 ?

Les associations et hépatologues demandent un engagement formel des responsables politiques, notamment avec l'adoption d'un véritable plan global et national comprenant une vision à long terme, un budget et des indicateurs de performance. Est-ce envisagé ? Avez-vous des contacts avec l'autorité fédérale et les entités fédérées à ce sujet ?

Comment coordonnez-vous vos actions avec celles de votre collègue de la Cocof ? Enfin, dans quelle mesure cet enjeu pourrait-il être intégré dans le Plan de santé bruxellois ?

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

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Tout d'abord, vous avez raison de rappeler l'importance de cette situation en termes de santé publique. La plupart des personnes porteuses du virus de l'hépatite C (VHC) sont asymptomatiques pendant de longues périodes et ignorent donc souvent leur séropositivité.

En outre, peu parmi celles-ci suivent effectivement un traitement, même lorsqu'elles sont au courant. Il y a donc un enjeu en termes d'information quant à la réalité et à la dangerosité de cette maladie qui, bien souvent, devient chronique. La méconnaissance frappe la population mais aussi les médecins eux-mêmes, pas toujours suffisamment sensibilisés à la question. Une information correcte et complète constitue donc ici un des atouts principaux de la prévention.

Dans un premier temps, je vais répondre aux questions de Mme Plovie. Certaines d'entre elles sont communes à celles de M. du Bus de Warnaffe. J'aborderai ensuite les points spécifiques évoqués par ce dernier dans sa question.

En ce qui concerne la prévention et la sensibilisation en Cocom, il convient premièrement de signaler que les études

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

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College *(in het Frans).- De meeste dragers van het hepatitis C-virus vertonen gedurende lange periodes geen symptomen en weten dus niet dat ze besmet zijn. Zelfs wie op de hoogte is, laat zich vaak niet behandelen. We staan dus voor een uitdaging qua bewustmaking rond deze ziekte, die vaak chronisch wordt. Zelfs artsen zijn niet altijd voldoende op de hoogte.*

Wat betreft de preventie en bewustmaking in de GGC: de wetenschappelijke studies of de rapporten over dit onderwerp pleiten niet voor een massale actie voor de bevolking. De recente gevallen blijven voornamelijk beperkt tot geïdentificeerde doelgroepen: druggebruikers, gevangenen, migranten uit gebieden met een hoge seroprevalentie of mensen die lijden aan het humaan immunodeficiëntievirus (HIV) of het hepatitis B-virus.

Volgens het jaarverslag van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV) van 2016 is naar schatting 43% van de personen die drugs spuiten met het hepatitis C-virus besmet. Voor het jaar 2015 zou dat neerkomen op 2.970 personen. Onze inspanningen zijn vooral gericht op hulp inzake geestelijke gezondheidszorg. We werken onder meer actief aan de uitbouw van het

scientifiques ou les rapports sur le sujet - que cela soit par le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) ou par l'Institut de santé publique (ISP) - ne préconisent pas d'action de masse pour la population. En effet, l'apparition des cas récents est pour ainsi dire circonscrite dans des groupes cibles identifiés, à savoir principalement les utilisateurs de drogues injectables, la population carcérale, les migrants issus de zones endémiques à forte séroprévalence ou encore les personnes co-affectées par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou le virus de l'hépatite B (VHB).

Le rapport annuel de l'ISP de 2016, publié en août 2017, évoquait une estimation de 43% des usagers de drogues injectables infectés par le virus de l'hépatite C. Sur la base de ce pourcentage et du nombre total estimé de ces usagers, il a été modélisé que le nombre d'utilisateurs de drogues infectés par le virus était de 2.970 individus en 2015. Il s'agit d'une modélisation. Pour cette raison, et en fonction bien sûr de nos compétences dans cette matière morcelée, nous avons concentré nos efforts sur les aides, notamment en santé mentale. Mon cabinet est fortement investi dans ce domaine, en participant à de nombreuses initiatives, et nous œuvrons activement à l'élaboration de la plate-forme de concertation en santé mentale.

Nous avons aussi fait partie de la négociation pour la mise en place de salles de consommation à moindre risque. À cet égard, nous avons déposé ce sujet lors de la fixation des priorités en matière de drogues, parmi les dix priorités de la cellule Politique générale drogues. Nous portons ce dossier conjointement avec la Région bruxelloise et la Cocof, et vous connaissez aussi bien que moi les freins relatifs à cette matière.

Quoi qu'il en soit, la plupart des recommandations vont dans le sens d'une forte réduction des risques au sein des groupes cibles les plus exposés. Les consommateurs de drogues injectables en font clairement partie.

Concernant l'information des médecins généralistes, certains d'entre eux collaborent avec le Réseau hépatite C Bruxelles, agréé par nos collègues de la Cocof. Certains médias spécialisés sensibilisent à cette question. Toutefois, il est vrai

overlegplatform voor geestelijke gezondheidszorg.

Wij hebben ook mee onderhandeld over de inrichting van gebruiksruimten en hebben dat punt voorgesteld als een van de tien prioriteiten van de Algemene Cel Drugsbeleid. Wij volgen dit dossier samen met het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en de Franse Gemeenschapscommissie (Cocof).

De meeste aanbevelingen pleiten voor een aanzienlijke vermindering van de risico's voor de meest blootgestelde doelgroepen, waaronder personen die drugs spuiten.

Wat de informatieverstrekking aan huisartsen betreft: sommigen van hen werken samen met de vzw Réseau hépatite C Bruxelles. Er bestaan ook gespecialiseerde media die aan bewustmaking doen. Het klopt echter dat de soms gebrekkige kennis van deze ziekte bij huisartsen een uitdaging vormt.

Het centraal aanspreekpunt voor preventie maakt inderdaad deel uit van het Brusselse Gezondheidsplan. Bewustmaking rond hepatitis C zou een van de doelstellingen kunnen zijn van die toekomstige structuur, die informatie zal verstrekken en aan preventie zal doen, met de huisartsen als centrale spil.

De Cocof steunt de vzw Réseau hépatite C Bruxelles, die op dit vlak een belangrijke Brusselse speler is. We bespreken soms gemeenschappelijke standpunten in werkgroepen waar we samen zitten, zoals de werkgroep Preventie in het kader van interministeriële conferentie (IMC) Volksgezondheid.

In dat kader is een technische werkgroep rond hepatitis C opgericht. Het is de bedoeling het risico op hepatitis C te verlagen via gezamenlijke acties op diverse niveaus. De gemeenschappen en gewesten zetten zich in om de huidige risicogroepen te informeren over de overdracht van hepatitis C, om die risicogroepen voor wie de screening een positieve kosten-batenverhouding heeft bewust te maken en om de gezondheidswerkers - vooral de huisartsen - praktische richtlijnen te geven voor de screeningmogelijkheden.

que la méconnaissance partielle de cette maladie par les médecins généralistes est l'un des enjeux de bonne information auxquels il faudra tenter de remédier.

Sur le Plan de santé bruxellois et le point d'adressage unique en matière de prévention, je peux vous dire que le point unique d'information et d'adressage en matière de prévention fait bien partie du plan. La sensibilisation à l'hépatite C pourrait figurer avec d'autres parmi les objectifs de cette future structure. Il s'agira d'un processus en plusieurs étapes au sein duquel le projet pilote pour le dépistage du cancer colorectal est un premier pas de l'extension afin d'évaluer la coordination de programmes pluriels bruxellois. Cette structure, qui assurera l'information de la population en matière de prévention et mènera les campagnes de prévention, s'appuiera sur les médecins généralistes comme pivots et leur servira de relais.

Concernant la concertation avec la Cocof et le groupe de travail technique hépatite C, la Cocof soutient le Réseau hépatite C Bruxelles, un acteur bruxellois important dans ce domaine. Nous échangeons avec eux sur cette question et discutons parfois de positions communes dans les groupes de travail où nous siégeons ensemble, comme le groupe de travail Prévention dans le cadre de la conférence interministérielle (CIM) de la santé publique.

Au sein de celui-ci a été créé un groupe de travail technique sur l'hépatite C. Son but est d'éviter les risques pour la santé liés à l'hépatite C en menant des actions conjointes à différents niveaux de pouvoir. Les Communautés et les Régions se sont engagées dans ce cadre à informer les actuels groupes à risques de la transmission de l'hépatite C, à sensibiliser les groupes à risques pour lesquels le dépistage a un rapport coûts-bénéfices positif et à fournir aux acteurs de santé - surtout aux médecins généralistes - les lignes directrices pratiques sur les possibilités de dépistage.

J'en viens aux questions de M. du Bus de Warnaffe qui portent sur les bases de données nationales et chiffres bruxellois.

Dat brengt me bij de vragen van de heer du Bus de Warnaffe over de nationale gegevensbanken en de Brusselse cijfers.

Een internationale gegevensbank is inderdaad zinvol. Momenteel zijn de gegevens gefragmenteerd: ze zijn afkomstig van laboratoria, het RIZIV en de mutualiteiten.

Een eerste stap is het verbeteren en uitbreiden van het register van het RIZIV met betrekking tot het hepatitis C-virus. Er wordt gewerkt aan de oprichting van een comité voor de uitroeiing van hepatitis en er zal een nationaal wetenschappelijk contactpunt worden opgericht.

Er wordt onderzocht wat de mogelijkheden zijn voor de oprichting van een budgettair neutraal nationaal informatiepunt.

Het aantal nieuw vastgestelde gevallen van besmetting met hepatitis C is stabiel sinds 2008. Voor 2016 werden er ongeveer 1.500 gevallen geregistreerd. Het aantal overlijdens als gevolg van een virale hepatitis is tussen 2000 en 2014 met de helft afgenomen. Brussel is goed voor 23% van de gevallen en 20% van de nodige genotypering in geval van behandeling. Dat komt door de toegenomen aanwezigheid van bepaalde risicogroepen op ons grondgebied.

Wat de babyboomers betreft: uit onderzoeks-resultaten blijkt dat er geen verband is tussen leeftijd en een sterkere prevalentie van het hepatitis C-virus.

Bij de aanvragers van een screeningtest zien we bovendien een gemiddelde leeftijd van 20 tot 39 jaar bij de vrouwen en 35 tot 54 jaar bij de mannen, wat niet samenvalt met de groep van de babyboomers. Er is dan ook geen reden om specifiek die groep te screenen.

De drie belangrijkste risicogroepen blijven mensen die drugs spuiten, de gevangenisbevolking en migranten uit risicolanden.

Het nationale contactpunt zal ook deelnemen aan de bewustmaking in het kader van de Werelddag tegen hepatitis.

Vous avez raison de mentionner l'utilité d'une base de données nationale. Toutes les recommandations vont dans ce sens. C'est également la position du groupe de travail technique sur l'hépatite C. Actuellement, les sources sont fragmentées entre les données des laboratoires vigies, celles de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (Inami) et celles des mutuelles.

Une première piste consiste à améliorer et étendre le registre de l'Inami sur le virus de l'hépatite C. Le groupe de travail technique rapportant l'état de ces travaux au groupe de travail prévention de la CIM travaille à la mise en place d'un comité d'élimination de l'hépatite. Celui-ci s'inscrit dans le cadre du plan d'élimination de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et à la suite du protocole d'accord de 2014 sur le Plan VHC national qui compte 22 points d'action. Au sein de celui-ci sera créé un point focal scientifique national, qui aura pour mission de collecter des données internes et qui servira également de rapportage international.

Par ailleurs, le groupe de travail prévention a demandé au groupe de travail technique d'examiner la possibilité de formuler une proposition budgétairement neutre concernant la création d'un point d'information national. Bien que les données doivent encore être affinées et mieux centralisées, on peut toutefois relever des tendances générales.

Le nombre de cas de VHC nouvellement diagnostiqués est stable depuis 2008. Il n'y a donc pas de recrudescence ou d'explosion. Les données varient un peu selon les sources, mais une moyenne de 1.500 cas enregistrés pour 2016 s'est dégagée. La mortalité due aux hépatites virales a baissé de moitié entre 2000 et 2014. Bruxelles concentre 23% des cas observés et 20% des génotypages nécessaires en cas de traitement. Cela s'explique par une présence accrue de certains groupes à risques sur notre territoire.

Sur la question des baby-boomers, le dernier rapport de l'ISP partage les résultats d'une étude menée par l'UZ Gent qui a comparé la prévalence du VHC dans la génération du baby-boom en la comparant à des tranches plus jeunes et plus âgées. Aucun lien n'a été démontré entre l'âge et

Wat betreft de toegankelijkheid van de behandelingen voor iedereen: sinds 1 januari 2017 zijn de voorwaarden voor de terugbetaling van antivirale geneesmiddelen voor hepatitis C versoepeld en uitgebreid naar andere begunstigden. Dat is een federale bevoegdheid, maar volgens de laatste informatie waarover ik beschik, wordt het principe van toegang voor alle patiënten gehandhaafd, hoewel dat kan worden uitgesteld tot 2021-2022.

Over het Nationale Plan rond hepatitis C (HCV-plan) is er in 2014 een protocolakkoord ondertekend, waarin de structuur van dat nationale plan en de 22 actiepunten zijn vastgelegd. De oprichting van het comité voor de uitroeiing van hepatitis wordt momenteel binnen de technische groep besproken.

De diensten van het Verenigd College werken actief mee aan de ontwikkeling van het comité. Tijdens de jongste vergadering van de technische groep zijn de belangrijkste principes van de samenstelling, werking en missies besproken. Het is belangrijk een goede basis te leggen voor een doeltreffende en concrete rol voor dit comité. Anderzijds is er, ik citeer, "in deze regeerperiode geen financieel kader voor een doeltreffende uitvoering van de genoemde prioriteiten". Laatstgenoemd signaal is afkomstig is van de federale overheid.

Het comité voor de uitroeiing van hepatitis zal hoofdzakelijk belast zijn met het toezicht op de acties rond hepatitis, de doelstellingen van het WGO-plan 2030 en het nationale HCV-plan. Het zal ook advies kunnen geven en evaluaties kunnen uitvoeren.

une présence plus forte du virus. Les conclusions de l'étude du KCE allaient dans le même sens.

De plus, la pyramide des âges pour les demandes de test de dépistage affiche une moyenne de 20 à 39 ans chez les femmes et de 35 à 54 ans chez les hommes, ce qui ne recoupe pas la tranche des baby-boomers. Le ciblage de ce groupe pour le dépistage n'est donc pas scientifiquement préconisé. Les trois groupes à risques principaux demeurent les usagers de drogue injectable - 43% sont porteurs -, la population carcérale - infectée à 15% - et les migrants issus de pays à risques, qui représenteraient à eux seuls un tiers du nombre total de cas en Belgique.

Concernant la sensibilisation lors de la Journée mondiale de lutte contre l'hépatite, ce type de participation est nommément exprimé dans le cadre des missions du futur point focal national que j'ai mentionné auparavant. Une de ses tâches sera de créer une sensibilisation nationale sur la question à travers la promotion du Plan national de lutte contre les hépatites et la participation à la Journée mondiale contre l'hépatite.

Sur l'accessibilité aux traitements pour tous, depuis le 1er janvier 2017 les conditions de remboursement des médicaments antiviraux contre l'hépatite C ont été assouplies et élargies à d'autres bénéficiaires. Il s'agit d'une compétence fédérale mais, selon les dernières informations en ma possession, le principe d'accès pour tous les patients est maintenu mais risque d'être retardé à 2021-2022.

Concernant le Plan national hépatite C, un protocole d'accord Plan VHC national a été signé en 2014. Celui-ci fixe la structure pour le plan national et ses 22 points d'action. Ce dernier a donc un cap et bénéficie d'une feuille de route. La création du comité d'élimination de l'hépatite est en cours de discussion au sein du groupe technique. Il s'agit donc d'un processus évolutif.

Vous comprendrez que je ne puisse m'étendre sur des travaux en cours d'élaboration, mais je peux cependant vous dire que nos services du Collège réuni sont parties prenantes dans ce groupe et œuvrent activement à son évolution. Les grands principes de sa composition, de son

fonctionnement et de ses missions ont été soumis à discussion lors de la dernière réunion du groupe technique. L'important est de pouvoir jeter de bonnes bases pour un rôle efficace et concret de ce comité d'élimination à l'horizon 2030 à l'échelle internationale, et même avant pour des mesures nationales. En revanche il n'y a pas - je cite - "sous la présente législature un cadre financier prévu pour réaliser de manière effective les priorités signalées". Précisions que ce signal vient du niveau fédéral.

Une fois en place, le comité d'élimination sera principalement chargé du monitoring des actions réalisées dans le domaine de l'hépatite, des objectifs du Plan OMS 2030 et du Plan VHC national. Il pourra également fournir des conseils et procéder à des évaluations.

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

Mevrouw de voorzitter.- Mevrouw Plovie heeft het woord.

Mme Magali Plovie (Ecolo).- Il est important de sensibiliser les médecins généralistes à cette maladie, qu'ils méconnaissent parfois, comme vous l'avez relevé. En tant que principaux prescripteurs d'analyses de sang, ils sont en effet en première ligne pour demander le dépistage de l'hépatite C.

Concernant le Plan de santé bruxellois, nous attendons de voir comment vous allez intégrer cette question. Même si le dépistage du cancer colorectal est aujourd'hui prioritaire, il serait intéressant d'examiner dans quelle mesure nous pourrons étendre ensuite ce projet pilote à la lutte contre l'hépatite C.

Les études que vous mentionnez sur les baby-boomers sont intéressantes. Elles démontrent, elles aussi, la nécessité d'informer et de sensibiliser les médecins généralistes afin qu'ils prescrivent ce dépistage.

Outre les trois groupes cibles concernés, j'attire votre attention également sur les amateurs de tatouages et de piercings. Vous en avez peu parlé, mais il me semble important de faire également de la prévention dans ces milieux professionnels.

Mevrouw Magali Plovie (Ecolo) *(in het Frans).- Huisartsen moeten we inderdaad bewust maken. Omdat zij het vaakst bloedafnames voorschrijven, zijn ze cruciaal bij het opsporen van de ziekte. Dat blijkt ook uit de interessante studies over de babyboomers die u heeft aangehaald.*

We zijn benieuwd hoe u deze kwestie opneemt in het Brussels Gezondheidsplan, al krijgt de opsporing van colorectale kanker momenteel voorrang.

Tattoos en piercings zijn ook risicovol. Het lijkt me belangrijk om ook in die beroepskringen aan preventie doen.

Het is natuurlijk geen goed nieuws dat er geen geld komt voor de uitwerking van het nationaal plan voor hepatitis C, maar ik hoor graag dat onze diensten aan de technische werkgroep deelnemen.

Je regrette bien entendu qu'il n'y ait pas de cadre financier pour la mise en place du Plan national hépatite C adopté en 2014, mais je me réjouis de la présence de nos services dans le groupe technique.

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

M. André du Bus de Warnaffe (cdH).- Je ne saisis pas bien le mode de fonctionnement du groupe de travail prévention, du groupe de travail technique et du comité d'élimination de l'hépatite C. Comment tout cela fonctionne-t-il ? Retrouve-t-on les mêmes personnes dans chaque groupe ? J'imagine que non. Quels sont les liens entre les trois ?

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Il va de soi que le groupe technique est composé uniquement de scientifiques. Après, dans les groupes de travail intercabinets, ce sont les politiciens qui tranchent et décident. Ce ne sont donc pas les mêmes personnes, mais les politiciens sont représentés par des scientifiques. Nous avons aussi des relais de ce type.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH).- Et en ce qui concerne le comité d'élimination ?

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Il se trouve au niveau national et comprend à la fois des scientifiques et des politiciens.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH).- Il serait intéressant d'avoir un organigramme qui nous permette de comprendre comment tout cela fonctionne.

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- De manière générale, en matière de santé, les groupes techniques sont toujours composés de scientifiques.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH).- Et le groupe de travail prévention ?

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Là, les cabinets sont représentés, toujours assisté par les scientifiques. Mais les options prises sont

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

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH) *(in het Frans).- Ik begrijp niet hoe de preventiewerkgroep, de technische werkgroep en het comité voor uitroeiing van hepatitis C te werk gaan. Wat is hun onderlinge verhouding?*

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College *(in het Frans).- In de technische groep zitten uiteraard enkel wetenschappers. In de interkabinettenwerkgroepen beslissen de politici. Het gaat dus niet over dezelfde mensen.*

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH) *(in het Frans).- En wat met het comité?*

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College *(in het Frans).- Het comité is nationaal en bestaat uit zowel wetenschappers als politici.*

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH) *(in het Frans).- Een organigram zou kunnen verduidelijken hoe de vork in de steel zit.*

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College *(in het Frans).- Over het algemeen vormen wetenschappers de technische groepen rond volksgezondheid.*

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH) *(in het Frans).- En de werkgroep rond preventie?*

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College *(in het Frans).- Daar zetelen vertegenwoordigers van de kabinetten en*

des options politiques.

Mme la présidente.- Peut-être est-il possible de vous procurer un organigramme ou la composition de ces groupes. Ce n'est pas secret.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH).- On parle de plus en plus souvent de la conférence interministérielle (CIM) de la santé publique, de ces groupes de travail... Vous êtes dedans à 100%, vous avez vos relais, mais ce n'est pas notre cas. C'est quand même important pour nous.

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Dans notre administration, il y a des scientifiques.

Mme la présidente.- Nous vous transmettrons ces documents par courriel.

- *Les incidents sont clos.*

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 "la fin du projet Dionysos et du soutien au réseau de soins de personnes âgées et fragiles de plus de 60 ans".

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

wetenschappers.

Mevrouw de voorzitter.- Bemachtigt u misschien zo'n organigram. De samenstelling van die groepen is geen geheim.

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH) *(in het Frans).- Er wordt steeds meer gepraat over de interministeriële conferentie (IMC) Volksgezondheid en over die werkgroepen. U weet goed waar het over gaat, maar voor ons is dat niet altijd even duidelijk.*

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College *(in het Frans).- We werken samen met wetenschappers.*

Mevrouw de voorzitter.- We sturen u die documenten per mail op.

- *De incidenten zijn gesloten.*

MONDELINGE VRAAG VAN MEVROUW CATHERINE MOUREAUX

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 "het einde van het project Dionysos en de steun aan het netwerk voor de zorgverstrekking aan ouderen en kwetsbare personen van meer dan 60 jaar".

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

La parole est à Mme Moureaux.

Mme Catherine Moureaux (PS).- En avril dernier, je vous interrogeais sur la mise en péril du projet Dionysos. Pour rappel, il s'agit d'une initiative du service de santé mentale Rivage den Zaet. Le projet Dionysos est agréé par la Cocom et financé par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (Inami) dans le cadre du Protocole 3 "alternatives de soins visant le maintien des personnes âgées à domicile".

On parle ici de soutien à un réseau de soins de personnes âgées et fragiles de plus de 60 ans. Il s'agit de cas souvent très complexes et le travail effectué a reçu une évaluation positive à de nombreux égards. Ce travail consiste en une coordination autour du patient. On pourrait parler de "case management".

L'évaluation montre une meilleure utilisation des soins de santé, un moindre recours aux urgences, une diminution des cas de dépression, une meilleure utilisation des soins de première ligne et une meilleure adaptation lors de l'intégration dans une maison de repos.

En avril dernier, vous m'aviez répondu en commission qu'après de nombreux échanges intercabinets dans le cadre du groupe de travail maladies chroniques, vous étiez parvenu à convaincre les autorités fédérales de maintenir les financements actuels pour les projets qui présentaient une réelle valeur ajoutée.

Monsieur le ministre, le projet Dionysos représente-t-il une valeur ajoutée pour vous ? Les nouvelles exigences mises en place semblent rendre impossible au porteur du projet de répondre à l'appel à projets du niveau fédéral.

En effet, les derniers éléments négociés imposent des conditions difficiles - voire impossibles - à remplir pour Dionysos pour répondre à l'appel à projets, comme celle d'avoir le diplôme d'infirmier pour être "case manager".

Le 23 mai dernier, en commission de la Santé publique à la Chambre, la ministre fédérale a répondu à une question de mon collègue André Frédéric sur l'évaluation des projets en faveur des

Mevrouw Moureaux heeft het woord.

Mevrouw Catherine Moureaux (PS) *(in het Frans).- Het Dionysosproject, een initiatief van de dienst voor geestelijke gezondheidszorg Rivage den Zaet, is erkend door de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC) en wordt in het kader van Protocol 3 voor zorgvernieuwings-projecten voor ouderen gefinancierd door het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeits-verzekering (RIZIV).*

Dit zorgnetwerk voor ouderen en kwetsbare personen ouder dan zestig kreeg meermaals een positieve evaluatie wegens de goede coördinatie rond de patiënt.

Uit de evaluatie blijkt dat de medische zorg beter aangewend wordt, de bezoeken aan de spoeddiensten afnemen, het aantal depressies daalt, de eerstelijnszorg beter wordt ingezet en de aanpassing bij opname in een rusthuis vlotter verloopt.

In april zei u dat u erin was geslaagd om de federale overheid ervan te overtuigen de huidige financiering te behouden voor projecten die een echte meerwaarde bieden. Is het Dionysosproject volgens u in dat geval? Het lijkt erop dat de initiatiefnemer niet aan de nieuwe vereisten uit de federale projectoproep zal kunnen voldoen.

Op 23 mei bleek in de federale commissie voor de Volksgezondheid dat het budget van 12.227.000 euro tot 2020 gegarandeerd blijft, maar uitsluitend voor projecten die aan de voorwaarden van de nieuwe projectoproep voldoen.

Brussel krijgt van dat budget amper een miljoen en is daarmee veruit het slechtst gefinancierde gewest. Als de huidige voorwaarden behouden blijven, is de kans groot dat geen enkel Brussels project in de toekomst nog geld krijgt.

De federale minister van Volksgezondheid zei dat de voorwaarden besproken werden in een werkgroep chronische ziekten binnen de interministeriële commissie Volksgezondheid.

Meer dan duizend personen ondertekenden een

personnes âgées dans le cadre du Protocole 3. Il en est ressorti que le budget de 12.277.000 euros est bien garanti jusqu'en 2020, mais seulement pour les projets qui répondent au nouvel appel à projets.

Sur ces 12 millions, Bruxelles est actuellement, et de loin, la moins bien servie des Régions, avec un petit million. Si la convention négociée reste dans l'état actuel, il est fort probable que plus aucun projet bruxellois ne soit financé par le Protocole 3 demain.

Dans sa réponse, la ministre fédérale de la Santé a déclaré que les derniers éléments et conditions ont fait l'objet d'une consultation récente du groupe de travail maladies chroniques au sein de la commission interministérielle de la santé publique.

Aujourd'hui, une pétition a été signée plus de 1.000 fois contre la mise à mort de ce projet. Quels contacts avez-vous noués avec les autorités fédérales au sujet de ce projet ?

Quelle était votre position sur la convention proposée lors de la dernière réunion du groupe de travail maladies chroniques au sein de la commission interministérielle de la santé publique ? Quelles étaient les positions respectives des autres ministres représentés ?

Avez-vous envisagé des solutions alternatives à l'échelle régionale si aucune solution n'était trouvée en concertation avec l'État fédéral ? Va-t-on vers la fin des projets bruxellois dans le cadre du Protocole 3 ?

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

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- En avril dernier, j'avais déjà fait état de la situation de l'ensemble des projets Protocole 3 du niveau fédéral, en insistant sur le fait qu'à mes yeux, il était important que le projet bruxellois Dionysos puisse se poursuivre. Pourquoi ?

D'abord, parce que le projet apporte une réelle plus-value. En effet, le cœur de l'activité du projet Dionysos vise à restaurer le lien entre les

petitie tegen de verdwijning van het Dionysosproject. Hebt u het met de federale regering over dat project gehad?

Wat vindt u van de overeenkomst die tijdens de recentste vergadering van de werkgroep chronische ziekten is voorgesteld? Hoe reageerden de andere vertegenwoordigde ministers?

Overweegt u een oplossing op gewestelijk niveau als het overleg met de federale regering geen oplossing oplevert, of zijn de Brusselse projecten in het kader van Protocol 3 ten dode opgeschreven?

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

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College *(in het Frans).- Reeds in april van dit jaar heb ik bij de federale regering het voortbestaan van het Dionysosproject bepleit. Er zijn meerdere redenen om dat project te blijven steunen.*

Het project biedt een echte meerwaarde doordat het de band herstelt tussen de zorgverleners en de oudere in een crisissituatie.

différents acteurs de l'aide et des soins et la personne âgée en situation de crise.

Ensuite, j'observe que l'évaluation de ce projet met en avant une meilleure coordination des soins, une concertation professionnelle entre les acteurs de l'aide et des soins, un moindre recours aux urgences et, sans nul doute, une meilleure adaptation à l'intégration du milieu résidentiel.

Certes, l'objectif de maintenir les personnes âgées plus longtemps à domicile n'a pas été atteint, par aucun des projets d'ailleurs. Par contre, je le répète, les conditions qui entourent l'institutionnalisation ont largement évolué. Si les objectifs n'ont pas été atteints sur l'aspect quantitatif, force est de constater que, sur le volet qualitatif, des avancées ont été réalisées. Ce projet offre une réponse aux questionnements qui se posent dans le cadre du vieillissement de notre population et de l'évolution des maladies cognitives.

Intervenir dans les situations de crise, restaurer les liens et les relations entre les prestataires, les aidants informels et les patients pour rendre possibles l'aide et le soin de proximité sont sans nul doute le défi qu'il convient de relever dans l'accompagnement de nos aînés. C'est là, selon moi, que le projet Dionysos montre toute son innovation.

Je reviens un instant sur les conclusions de l'équipe scientifique qui, depuis le début, a accompagné l'ensemble des 62 projets en Belgique. Les chercheurs ont tenté de trouver des solutions permettant d'augmenter l'efficacité des soins en améliorant le bien-être de la personne âgée tout en diminuant les coûts liés à ces soins.

Parmi les nouvelles pistes testées, c'est l'intervention d'un "case manager" qui semble être la plus efficace. Il s'agit d'une personne - infirmier-e, aide-soignant-e, ergothérapeute, etc. - qui joue le rôle de conseiller auprès de la personne âgée. Dans une situation d'organisation de soins très complexe, son rôle est d'aider à identifier le service ou le soin le plus approprié dans la durée. Une évaluation globale de la situation de la personne âgée doit être faite grâce à l'instrument BelRAI qui permet la réalisation d'un

Uit de evaluatie blijkt dat het project tot een betere zorgcoördinatie en beter overleg tussen de zorgverleners leidt. Bovendien daalt de overlast voor de spoeddiensten en past de oudere zich vlotter aan bij een opname in het rusthuis.

Het doel om de ouderen langer thuis te laten wonen, werd weliswaar niet bereikt, maar dat was ook zo voor de andere projecten. Op kwalitatief vlak werd er echter wel vooruitgang geboekt. Het project biedt een goed antwoord op de veroudering van de Brusselse bevolking en de evolutie van cognitieve ziekten. Optreden in crisissituaties en de band tussen zorgverlener en patiënt herstellen, wordt steeds belangrijker in de bejaardenzorg. Op dat gebied is Dionysos vernieuwend.

Een wetenschappelijk team heeft de 62 Belgische projecten begeleid. De wetenschappers onderzochten mogelijke oplossingen voor een doeltreffendere zorg en meer welzijn voor de oudere, met een zo klein mogelijke impact op de kosten.

De inzet van een 'case manager' bleek het doeltreffendst. Dat is een persoon die de oudere adviseert bij zijn of haar zoektocht naar de meest geschikte dienst of zorgverlening. Hij voert via BelRAI een globale evaluatie van de gezondheidstoestand van de oudere uit en stelt op basis daarvan een zorgplan op, samen met alle betrokkenen uit de omgeving van de patiënt

Ten slotte leidt de inbreng van de case manager tot een hogere levenskwaliteit voor de zorgafhankelijke oudere en een aangenamere beleving voor zijn omgeving. In Brussel willen we een meer geïntegreerde zorg, vooral voor chronisch zieken. Dionysos beantwoordt aan die behoefte.

De onderhandelingen met de federale regering lopen nog. Maandag ondervroeg ik de federale minister van Volksgezondheid over het enige Brusselse project. Van de 12 miljoen voor heel België, gaat slechts 1 miljoen naar Brussel en zelfs die financiering zou kunnen verdwijnen. Uiteraard roep ik alle Brusselaars in de federale regering op om dat niet te laten gebeuren.

plan de soins avec l'ensemble des intervenants du domicile, en ce compris les proches et les aidants informels.

L'étude des scientifiques a clairement démontré l'efficacité du "case management" : réduction de l'utilisation des services d'urgence des hôpitaux, meilleure offre de soins infirmiers à domicile, réduction importante des coûts des services facturés, notamment à l'Inami, au travers d'une mutualisation des moyens.

Enfin, l'action du "case manager" améliore aussi nettement, et c'est sans doute le plus important, la qualité de vie des personnes âgées dépendantes et le ressenti des aidants proches. Notre objectif bruxellois est de renforcer l'intégration des soins, notamment pour les personnes nécessitant des soins de longue durée. J'espère que nous pourrons maintenir l'expertise acquise dans le projet Dionysos et la mettre au service de nos concitoyens.

Les négociations avec le niveau fédéral ne sont pas terminées. Pas plus tard que ce lundi, lors de la conférence interministérielle, à l'occasion de l'état des lieux dans le cadre du suivi des projets pilotes de soins intégrés "maladies chroniques", j'ai interpellé la ministre de la Santé publique sur la question du projet bruxellois - c'est le seul. Sur les 12 millions qui sont accordés au niveau de la Belgique, il y a un petit million pour les Bruxellois, et il serait encore question de le supprimer. Il n'y aurait donc plus aucun projet bruxellois sur ce budget de 12 millions. Vous imaginez bien que je vais interpeller tout ce que le gouvernement fédéral compte de Bruxellois pour que cela ne se passe pas ainsi.

(M. Abdallah Kanfaoui, troisième vice-président, prend place au fauteuil présidentiel)

Mme Catherine Moureaux (PS).- J'étais interpellée parce que je cherchais qui était de Bruxelles dans le gouvernement fédéral. On tombe sur Didier Reynders, mais c'est vrai qu'il n'a toujours pas l'image d'un vrai Bruxellois. Ce que je dis là va plaire à Vincent De Wolf.

(De heer Abdallah Kanfaoui, derde ondervoorzitter, treedt als voorzitter op)

Mevrouw Catherine Moureaux (PS) *(in het Frans).- Didier Reynders zit wel in de federale regering, maar heeft niet altijd het imago van een Brusselaar. Die uitspraak zal de heer De Wolf wel bevallen.*

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- J'ai réitéré mon inquiétude quant au maintien de ce projet, tout en soulignant sa spécificité, sa valeur ajoutée au niveau qualitatif, et le fait qu'il représente, pour le gouvernement fédéral, un retour sur investissement - argument auquel il devrait être sensible. La balle est donc clairement dans le camp de la ministre fédérale de la Santé publique et de son gouvernement. De plus, nous ne sommes pas au bout des négociations. Des rencontres sont encore prévues avant les vacances parlementaires.

Une réunion se tiendra tout à l'heure entre des membres de mon cabinet et les promoteurs du projet Dionysos. Tout cela requiert du temps et de l'énergie.

Si le projet ne répond pas aux critères fixés dans le nouvel appel à projets lancé par le niveau fédéral, si aucun soutien à la mesure des résultats qualitatifs déjà atteints par le projet n'est envisagé, nous en tirerons les conclusions et examinerons la manière dont la Cocom pourrait le soutenir. Néanmoins, je ne veux pas m'engager pour ne pas créer de précédent. Déjà que la Cocom est malmenée avec la sixième réforme de l'État, il ne faut pas en plus lui demander de se substituer à l'Inami !

Chers collègues, dans ce pays, où tout se détricote en permanence, je ne peux que regretter ces méthodes. Le citoyen en tirera peut-être des conclusions. Il a d'ailleurs déjà exprimé son incompréhension dans diverses pétitions. J'espère que les responsables en tiendront compte. Il ne s'agit pas pour nous de renforcer à tout prix des structures existantes, mais de favoriser la collaboration des acteurs autour des personnes âgées et d'investir de manière importante dans l'accompagnement des cas les plus complexes.

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College *(in het Frans).- Ik heb de federale minister nogmaals gewezen op het belang van het voortbestaan van Dionysos. De bal ligt nu in het kamp van de federale regering. De onderhandelingen zijn trouwens nog niet helemaal rond.*

Straks overleg ik met de initiatiefnemers van Dionysos. Als het project niet langer in aanmerking komt voor federale financiering, zal ik onderzoeken hoe de GGC het kan ondersteunen. Ik wil echter geen precedent scheppen. Het is niet de bedoeling dat de GGC de rol van het RIZIV overneemt.

In België wordt alles almaar verder ontrafeld en ik betreur dat. Misschien trekt de burger er wel zijn conclusies uit. Hij liet in elk geval al via petities weten dat hij het niet begrijpt. Hopelijk houden de verantwoordelijken daar rekening mee. Ik wil niet tegen elke prijs een bestaande structuur versterken, maar wil de samenwerking tussen personen die ouderen omringen bevorderen en investeren in de begeleiding van de meest afhankelijke patiënten.

M. le président.- La parole est à Mme Moureaux.

De voorzitter.- Mevrouw Moureaux heeft het woord.

Mme Catherine Moureaux (PS).- Ce qui me revient du secteur, c’est que le problème n'est pas uniquement bruxellois. La limitation imposée aux "case managers" dans la proposition de convention - qui restreint cette fonction au métier

Mevrouw Catherine Moureaux (PS) *(in het Frans).- Het probleem beperkt zich niet tot Brussel: ook in Vlaanderen en Wallonië vormen de nieuwe voorwaarden een probleem. Heel*

d'infirmier - poserait certainement problème en Flandre et probablement aussi en Wallonie. Autrement dit, c'est tout le Protocole 3 qui est ici en question : son avenir, le ratage de la réforme de l'État en ce qui le concerne et les adaptations nécessaires.

En ce qui concerne Dionysos, ce qui est frappant, c'est que c'est un projet pour lequel on parle toujours aujourd'hui d'efficience en santé. Le consortium universitaire a noté, au niveau fédéral, un retour sur investissement sur moins d'un an. Et malgré cela, on peine à le perpétuer.

Du côté du terrain, on attire mon attention sur le fait que, si l'obligation d'être infirmier pour devenir "case manager" devait bloquer des projets en Belgique - et donc pas seulement à Bruxelles -, cela entraînerait aussi une perte de l'expertise acquise pendant huit ans et le licenciement potentiel de 143 équivalents temps plein.

Des milliers de personnes âgées et fragiles se retrouveraient dépourvues d'un service dont on a démontré l'efficacité. C'est assez perturbant.

J'entends que vous ne voulez pas vous substituer au gouvernement fédéral. Je pense qu'il s'agit typiquement d'une plage de compétences malmenée par la réforme de l'État. Il faut trouver un accord entre les entités fédérés et l'État fédéral pour le plus grand profit des patients. Partager les frais du budget actuel pourrait être une piste de solution.

J'entends que vous ne voulez pas vous engager à dégager un subside à partir de 2019 si aucune solution fédérale n'était trouvée. Je le comprends. Mais j'espère de tout cœur que, si cette solution faisait défaut demain, nous en trouverions une pour ce projet. J'espère également que la résolution se fera rapidement car des dizaines de travailleurs attendent d'être fixés sur leur sort. Certains ont déjà décidé de quitter - autant d'expertise perdue dans un bon projet.

Il s'agit donc d'avancer avec force avant les vacances. Et, puisque vous êtes ministre de la Santé des Bruxellois, n'hésitez pas à recourir à la presse et à tout argument qui pourrait convaincre de l'importance de ce dossier le peu de Bruxellois

Protocol 3 wordt dus eigenlijk in vraag gesteld.

Over Dionysos wordt steevast gezegd dat het de doeltreffendheid van de gezondheid bevordert. Het project levert al na een jaar een return on investment op.

Volgens de spelers op het terrein kan de voorwaarde dat de case manager een verpleegkundige moet zijn, ertoe leiden dat sommige projecten in Brussel en België vast komen te zitten, waardoor vele jaren expertise verloren dreigen te gaan. Daarnaast zouden 143 voltijdse equivalenten (VTE's) hun baan verliezen en zouden duizenden ouderen en kwetsbare personen geen beroep meer kunnen doen op de dienst.

Ik begrijp dat u niet in de plaats van de federale regering wilt optreden. Dit is een van de voorbeelden waar de staatshervorming de bevoegdheidsverdeling in de war heeft gestuurd. De gemeenschappen en de federale overheid moeten tot een overeenkomst komen die zo gunstig mogelijk is voor de patiënten, bijvoorbeeld door de kosten te delen.

U wilt geen subsidies toekennen als er geen federale oplossing komt. Dat begrijp ik, maar ik hoop dat er toch een oplossing komt voor Dionysos, en liefst snel, want tientallen medewerkers willen weten wat hun te wachten staat. Sommigen zijn al opgestapt, waardoor hun expertise verloren gaat.

U moet al het mogelijke doen om de weinige Brusselaars in de federale regering van het belang van dit project te overtuigen.

(Opmerkingen van de heer Gosuin)

Dat is er slechts één, maar u moet het toch proberen. De Brusselse regering zou met de Vlaamse en de Waalse regering moeten overleggen. Wellicht krijgen we uit die hoek wel steun.

- Het incident is gesloten.

dans ce gouvernement fédéral.

(Remarques de M. Gosuin)

Il n'y en a qu'un ! C'est peu et c'est petit. Je ne suis pas sûre que cela va nous aider, mais il faut essayer. Je vous encourage donc à engager la bataille pour les Bruxellois uniquement, même si je pense que, derrière, il y a la nécessité de s'unir avec les autres entités fédérées sur cette question du "case management". Je pense en effet, vu l'avancement de ce dossier, que vous allez recevoir du soutien des autres entités fédérées.

- *L'incident est clos.*

QUESTION ORALE DE M. ANDRÉ DU BUS DE WARNAFFE

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

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

concernant "la formation des prestataires de soins à la plateforme e-santé.brussels".

M. le président.- 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).- La plate-forme e-santé.brussels a été mise en ligne en avril 2016. L'objectif de la mise en place de cette plate-forme est d'accélérer la mise à disposition de solutions technologiques pour les patients et le monde de la santé en Région de Bruxelles-Capitale via le soutien à l'innovation et à

MONDELINGE VRAAG VAN DE HEER ANDRÉ DU BUS DE WARNAFFE

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

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

betreffende "de opleiding van zorgverstrekkers bij het platform e-gezondheid.brussels".

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

De heer du Bus de Warnaffe heeft het woord.

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH) *(in het Frans).- Het platform e-gezondheid.brussels is sinds april 2016 operationeel. Om van het platform een echt werkinstrument te maken, is het belangrijk dat zo veel mogelijk zorgverleners bij het platform zijn aangesloten en het correct weten*

l'entrepreneuriat dans le domaine de l'e-santé.

Si je suis convaincu des bienfaits de cette initiative - simplification administrative, meilleure continuité de soins, développement d'un patient acteur, etc. -, j'estime néanmoins que, pour éviter les confusions, il faut former activement l'ensemble des prestataires de soins. Il est primordial qu'ils puissent adhérer au projet.

Bien que vous ayez pris un certain nombre de mesures pour accompagner la médecine générale dans la transition vers l'e-santé, il semblerait que d'autres professionnels de la santé demandent une telle formation et sont dans l'attente qu'elle leur soit offerte à Bruxelles. Pour la plupart, ils se voient, pour le moment, obligés de suivre des formations organisées en Wallonie.

Qu'en est-il des autres prestataires de soins ? Vous nous aviez annoncé que les efforts déployés pour accompagner la médecine générale allaient être étendus aux autres acteurs de la santé, prioritairement les infirmiers des soins à domicile. Cela a-t-il été fait ? Avez-vous un agenda précis à nous présenter en la matière ?

En avril 2017, 7.371 prestataires de soins avaient souscrit au Réseau santé bruxellois (RSB), dont 382 généralistes et 349 spécialistes. Comment ces chiffres ont-ils évolué ?

Pensez-vous créer plus de liens avec la Région wallonne, puisque la formation proposée y est identique ?

te gebruiken.

U hebt maatregelen genomen om de huisartsen te helpen met de overschakeling naar het platform, maar ook de andere zorgverleners zijn vragende partij voor dergelijke opleidingen, het liefst in Brussel. De meeste zorgverleners zijn nu verplicht om opleidingen in Wallonië te volgen.

Hoe zit het met die opleidingen? U kondigde aan dat de begeleidingsmaatregelen voor de huisartsen zouden worden uitgebreid tot de andere zorgverleners, te beginnen met de thuisverpleegkundigen. Is dat gebeurd? Welk tijdsplan hebt u opgesteld?

In april 2017 waren er 7.371 zorgverleners op het Brussels Gezondheidsnetwerk (BGN) aangesloten, onder wie 382 huisartsen en 349 specialisten. Hoe zijn die cijfers geëvolueerd?

Zult u nauwer overleg plegen met Wallonië, waar dezelfde opleiding wordt aangeboden?

M. le président.- La parole est à M. Gosuin.

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Tout d'abord, afin d'éviter toute confusion, je tiens à rappeler que la plate-forme e-santé.brussels a pour but de mettre en commun les forces des acteurs de la santé afin, comme vous venez de le mentionner, d'accélérer la mise à disposition de solutions pour les patients et pour le monde de la santé en Région bruxelloise, et non de former les prestataires à l'e-santé.

Comme vous le soulignez, il est primordial que les professionnels de la santé adhèrent au

De voorzitter.- De heer Gosuin heeft het woord.

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College *(in het Frans).- Het platform e-gezondheid.brussels heeft tot doel om oplossingen ter beschikking te stellen van de patiënten en zorgverleners, en niet om de zorgverleners opleidingen inzake e-gezondheid aan te bieden.*

Het is inderdaad belangrijk dat de zorgverleners mee zijn met de ontwikkeling van de e-gezondheid. Dat verklaart uw vraag over de opleiding van de zorgverleners met betrekking tot het uitwisselen

développement de l'e-santé. Dans ce contexte, je suppose que vous m'interrogez sur la formation de ces professionnels au partage de données, en particulier dans le cadre du Réseau de santé bruxellois (RSB).

Il est vrai que, jusqu'à présent, nous avons concentré tous nos efforts dans la formation des médecins généralistes. En effet, pour ce groupe de professionnels, des logiciels labellisés, connectables au RSB, existent et des formations concrètes, pratiques et adaptées peuvent donc être développées.

Nous jugions également prioritaire d'améliorer la communication entre l'hôpital et les médecins généralistes via la consultation par ces derniers des documents publiés par les hôpitaux et la mise à disposition des sumehr (dossiers de santé électroniques résumés) pour les acteurs hospitaliers.

Les formations mises en place ont porté leurs fruits. Fin mai 2018, 9.046 médecins étaient connectés au RSB. Parmi ceux-ci, 699 médecins généralistes, soit une progression de plus de 15% en cinq mois - des médecins généralistes actifs, c'est-à-dire qui consultent au moins un document au cours du mois écoulé - et 1.303 spécialistes actifs.

Afin de pouvoir former à l'utilisation du réseau d'autres professionnels de la santé, comme les infirmières à domicile, il faudrait que ceux-ci puissent se connecter au réseau. Ce n'est pas encore le cas actuellement, excepté dans le cadre du projet pilote. À ce jour, les logiciels professionnels des acteurs de la première ligne ne sont pas techniquement prêts pour se connecter en direct aux réseaux régionaux, et ce, ni à Bruxelles, ni en Wallonie, ni en Flandre.

Nous reconnaissons qu'il existe, à Bruxelles, un manque de formation pour les professionnels autres que les médecins généralistes. Sachez cependant que les formations données en Wallonie sont, en réalité, non des formations mais des sensibilisations à l'utilisation des outils de l'e-santé. Le fonctionnement des réseaux de santé et la manière dont on peut consulter un sommaire via le portail y sont expliqués. Il ne s'agit en aucun cas

van gegevens, in het bijzonder binnen het Brussels Gezondheidsnet (BGN).

Tot nu toe hebben we onze inspanningen toegespitst op de opleiding van de huisartsen. Voor die groep bestaan immers al geaccrediteerde softwarepakketten die toegang geven tot het Brussels Gezondheidsnet.

We hebben ook getracht om de communicatie tussen de huisartsen en de ziekenhuizen te verbeteren. Zo hebben de huisartsen voortaan online toegang tot bepaalde ziekenhuis-documenten en kunnen ze een beknopt elektronisch medisch dossier ter beschikking van de ziekenhuisartsen stellen.

De opleidingen zijn succesvol gebleken. Eind mei 2018 waren er 9.046 artsen bij het BGN aangesloten, onder wie 699 huisartsen en 1.303 specialisten.

Voordat we opleidingen uitwerken voor andere zorgverleners, moeten die toegang hebben tot het netwerk. Dat is nu alleen het geval voor een proefproject. De softwarepakketten voor eerstelijnswerkers zijn nog niet klaar, noch in Brussel, noch in Wallonië, noch in Vlaanderen.

De opleidingen die in Wallonië worden gegeven, zijn geen echte opleidingen, maar bewustmakings-acties inzake de e-gezondheidstools. Er wordt enkel uitgelegd hoe de gezondheidsnetwerken werken. Brussel heeft niet voor bewustmakings-acties gekozen, omdat we spaarzaam met onze middelen moeten omgaan.

In de tweede helft van 2018 is er een budget uitgetrokken voor collectieve opleidingen voor eerstelijnswerkers in organisaties waar de software op BruSafe+ aangesloten is of zal worden.

In 2019 zal dit soort multidisciplinaire opleidingen worden voortgezet. Daarnaast zullen we samen met lifetech.brussels de eerstelijns-structuren helpen met het ontwikkelen van gegevensuitwisselingsinstrumenten die ze op het BGN kunnen aansluiten.

We willen ook een opleiding uitwerken voor

de formations pratiques à l'utilisation d'un logiciel métier dans le cadre de l'échange de données de santé via les hubs et coffres-forts.

Cette option de sensibilisation n'a pas été retenue à Bruxelles, car nous souhaitions concentrer nos moyens là où il nous semblait que ce serait le plus efficace.

Cependant, signalons qu'au second semestre 2018, un budget sera consacré à des formations collectives destinées aux professionnels de la première ligne de soins multidisciplinaires dans le cadre d'organisations dont le logiciel est ou sera connecté à BruSafe+.

Dès 2019, ce type de formation pluridisciplinaire se développera davantage parallèlement au plan aide que nous allons instaurer avec lifetech.brussels pour aider les structures de première ligne à évaluer et mettre en place des outils de partage connectés au Réseau de santé bruxellois (RSB), via leurs logiciels.

Par ailleurs, nous prévoyons également d'instaurer une formation pour les acteurs extrahospitaliers et, plus particulièrement les médecins spécialistes, qui ne disposent pas encore de logiciels connectés. Cette formation abordera notamment le certificat e-Health, la connexion via le portail du RSB, l'obtention du consentement éclairé du patient, la création du lien thérapeutique, la e-Health box et l'utilisation de "PARIS" ou Prescription & Autorisation Requesting Information System (système qui permet la prescription électronique en ligne) et la connexion via le portail du RSB,

Pour terminer, concernant la création de liens avec la Région Wallonne, je vous informe que l'asbl Abrumet a des contacts réguliers avec les acteurs wallons de la formation en e-santé. Collaboration et recherche de synergies existent donc. De même, Abrumet a travaillé avec la Société scientifique de médecine générale (SSMG) pour l'élaboration de certains modules de formation. Le même type de contact existe également avec éénlijn.be au niveau flamand.

Dans cette matière complexe qu'est l'e-santé, nous avons en effet tout intérêt à travailler ensemble, à partager nos expériences, échanger les bonnes

specialisten die thuis werken en nog geen aangesloten software hebben. In die opleiding zal onder meer het e-Healthcertificaat aan bod komen, de toegang tot het BGN, de toestemming van de patiënt, de e-Healthbox en het gebruik van PARIS voor het elektronische voorschrift.

De vzw Abrumet heeft regelmatig contact met de Waalse instellingen die opleidingen inzake e-gezondheid aanbieden. Hetzelfde soort contacten bestaat met het Vlaamse éénlijn.be.

pratiques et à mutualiser nos efforts.

M. le président.- La parole est à M. du Bus de Warnaffe.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH).- Je comprends tout à fait que la priorité soit donnée aux médecins généralistes et, dans certains cas, aux spécialistes.

Néanmoins, je peux vous dire, pour les avoir rencontrés, que d'autres prestataires de soins sont également demandeurs de formations de ce type : les infirmiers, les kinésithérapeutes et les ostéopathes veulent eux aussi suivre l'évolution technologique et sociétale.

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Je n'en doute pas mais nous devons avancer par étapes. En faisant tout d'un seul coup, nous risquons de manquer notre cible. Nous devons d'abord réussir au niveau des hôpitaux et des médecins généralistes. Faire une formation alors que les logiciels métiers n'existent pas n'a aucun sens. Il faut d'abord travailler sur les logiciels métiers. Sinon, les formations risquent d'être vite oubliées.

- *L'incident est clos.*

QUESTION ORALE DE M. ANDRÉ DU BUS DE WARNAFFE

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

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

concernant "la mise en place de mécanismes pour encourager les

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

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH) *(in het Frans).- Ik begrijp dat er voorrang wordt gegeven aan huisartsen en specialisten. Dat neemt niet weg dat ook andere zorgverleners vragende partij zijn voor de opleidingen en de technologische evolutie willen volgen.*

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College *(in het Frans).- Daar twijfel ik niet aan, maar het is belangrijk om stapsgewijs te werk gaan. We moeten eerst de uitdaging op het vlak van de ziekenhuizen en huisartsen tot een goed einde brengen. Het heeft bovendien geen zin om opleidingen te organiseren, zolang de specifieke software niet bestaat.*

- *Het incident is gesloten.*

MONDELINGE VRAAG VAN DE HEER ANDRÉ DU BUS DE WARNAFFE

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

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

betreffende "de invoering van regelingen om gezondheidsprofessionals, andere dan

professionnels de la santé, autres que les médecins généralistes, à exercer sur Bruxelles".

M. le président.- 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).- Il y a quelques semaines, vous aviez rendu publique une étude inquiétante à propos de la pénurie prochaine de médecins généralistes à Bruxelles. Vous aviez également dit penser à des mesures complémentaires à celles existantes, comme Impulseo I, pour encourager ces praticiens à ouvrir un cabinet à Bruxelles.

Cependant, d'autres professions de soins de santé risquent, elles aussi, dans un futur proche, d'être en pénurie, et ce dans certains quartiers plus que dans d'autres. Pour y remédier, il faut convaincre de jeunes prestataires de soins de venir exercer sur l'ensemble des territoires de notre capitale.

Monsieur le membre du Collège réuni, envisagez-vous d'étendre les mécanismes existants pour les médecins généralistes à d'autres prestataires de soins ?

Est-il prévu de mettre en place ce type de primes d'installation pour les encourager à exercer à Bruxelles ?

Plus globalement, d'autres réflexions sont-elles en cours pour convaincre les jeunes prestataires de soins de s'installer à Bruxelles ? Je pense ici aux aides complémentaires, par exemple pour la gestion économique du cabinet, ou la recherche de locaux adaptés aux pratiques communautaires.

Une étude comme celle réalisée pour les médecins généralistes est-elle prévue pour d'autres prestataires de soins comme les kinésithérapeutes ou les infirmiers ?

M. le président.- La parole est à M. Gosuin.

huisartsen, ertoe aan te moedigen om naar Brussel te komen".

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

De heer du Bus de Warnaffe heeft het woord.

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH) *(in het Frans).- Een paar weken geleden publiceerde u een onderzoek over het groeiende tekort aan huisartsen in Brussel. U zei ook dat u bovenop Impulseo I bijkomende maatregelen wilt treffen om huisartsen aan te moedigen zich in Brussel te vestigen.*

Ook aan andere gezondheidsprofessionals zal er binnenkort een tekort zijn, en in de ene wijk al meer dan de andere. We moeten jonge zorgverstrekkers overhalen hier te komen werken.

Bent u van plan om de bestaande maatregelen uit te breiden naar andere zorgverstrekkers? Komen er vestigingspremies? Wordt er ook nagedacht over andere maatregelen om jonge zorgverstrekkers aan te trekken? Ik denk bijvoorbeeld aan hulp bij het vinden van een geschikte ruimte voor een praktijk of bij het beheer van die praktijk.

Komt er een onderzoek voor andere zorgverstrekkers, naar het voorbeeld van dat over de huisartsen?

De voorzitter.- De heer Gosuin heeft het woord.

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Comme indiqué dans le Plan de santé bruxellois, si nous souhaitons offrir une première ligne capable de prendre en charge la population bruxelloise de demain avec ses évolutions démographiques - augmentation de la population globale, arrivée de nouvelles populations, vieillissement, augmentation de la dépendance - et les évolutions épidémiologiques - explosion de maladies chroniques -, les ressources professionnelles doivent être suffisantes, adéquates et bien réparties sur le territoire.

Dans ce contexte, parallèlement à ce qui a déjà été fait et qui se poursuit pour les médecins, il est évident que nous devons réfléchir à des mécanismes d'attractivité pour d'autres professions qui s'annonceraient en pénurie. Cependant, avant de définir ce type de mesure, nous devons préalablement avoir une vision claire de l'offre existante et de sa répartition sur le territoire ainsi que des besoins de la population.

Le groupe de professionnels qui nous semble devoir être étudié prioritairement est celui des infirmiers à domicile. Ceux-ci feront l'objet d'analyses du même type que celles menées par les médecins généralistes afin de déterminer les recommandations à soumettre à l'avis du secteur. Ceci est planifié avec l'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale pour 2019.

Certaines pistes évoquées pour les médecins pourront être utilisées pour les infirmiers, comme une collaboration avec perspective.brussels, qui est le Bureau bruxellois de la planification, pour répondre à la difficulté de trouver des locaux adaptés, notamment pour développer des soins intégrés de qualité. De même, l'accompagnement des jeunes infirmiers en matière de gestion et de comptabilité par l'utilisation facilitée et renforcée des outils régionaux existants comme le 1819 pourrait avoir un effet positif.

Pour cette profession tout particulièrement, nous ne pourrons pas, dans notre réflexion, faire l’impasse sur les problématiques de la mobilité et de la garde des enfants si nous souhaitons attirer de jeunes professionnels à Bruxelles.

D’autres professions pourront également être

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College *(in het Frans).- Willen we efficiënte eerstelijnszorg die de demografische en epidemiologische ontwikkelingen in Brussel kan opvangen, dan moet er genoeg personeel zijn, dat bovendien gelijkmatig verdeeld is over het Brusselse grondgebied.*

Uiteraard moeten we stilstaan bij hoe we gezondheidsprofessionals in knelpuntberoepen kunnen aantrekken. Dat kan pas nadat we het aanbod, de geografische spreiding en de noden van de bevolking gemeten hebben.

Volgens ons moet de prioriteit gaan naar onderzoek over thuisverpleegkundigen, naar het model van het onderzoek over de huisartsen. De daaruit voortvloeiende aanbevelingen zullen we aan de sector voorleggen. Dat staat op de planning van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad voor 2019.

Ook daarvoor zouden we kunnen samenwerken met perspective.brussels en de gewestelijke spelers zoals de dienst 1819. Als we jonge professionals willen aantrekken, mogen we mobiliteit en kinderopvang evenmin negeren.

Ook voor andere beroepen zouden we een dergelijk onderzoek kunnen uitvoeren. We willen samenwerken met de federale Plannings-commissie, die al heel wat cijfers en indicatoren verzameld heeft.

analysées et faire l'objet d'un suivi. Comme je l'ai dit dans ma réponse concernant l'offre en médecine générale, nous espérons également pouvoir travailler de manière coordonnée et constructive avec la Commission de planification fédérale, qui dispose déjà de toute une série de chiffres et d'indicateurs.

M. le président.- La parole est à M. du Bus de Warnaffe.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH).- Vous indiquez avec raison qu'il faut d'abord objectiver les besoins et travailler avec l'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale pour réaliser une étude permettant de mieux comprendre et quantifier la demande qui va s'exprimer dans certains quartiers, eu égard à la probable pénurie de prestataires de soins autres que les médecins généralistes. J'entends que cette étude est prévue pour 2019. C'est parfait, je vous remercie.

- *L'incident est clos.*

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

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH) *(in het Frans).- Ik begrijp dat de resultaten van het voorafgaand onderzoek verwacht worden tegen 2019. Dat is perfect.*

- *Het incident is gesloten.*

QUESTION ORALE DE M. ANDRÉ DU BUS DE WARNAFFE

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

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

concernant "la découverte de nouveaux types de diabète par les chercheurs de l'université de Lund en Suède".

MONDELINGE VRAAG VAN DE HEER ANDRÉ DU BUS DE WARNAFFE

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

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

betreffende "de ontdekking van nieuwe types van diabetes door onderzoekers van de universiteit van Lund in Zweden".

M. le président.- 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).- Des chercheurs de l'Université de Lund, en Suède, ont récemment proposé d'abandonner l'idée selon laquelle le diabète est divisé en deux types, une classification qu'ils considèrent trop simpliste.

Il existe actuellement deux types de diabète :

- le diabète de type 1, soit environ 10% des cas, qui apparaît chez l'enfant ou le jeune adulte et est la conséquence d'une production insuffisante d'insuline ;

- et le diabète de type 2, plus fréquent, qui est principalement dû à un manque d'exercice physique, à une surcharge pondérale et à une alimentation déséquilibrée.

Pour arriver à leurs conclusions, les chercheurs ont analysé les données de 14.775 patients diabétiques adultes. Ils ont utilisé six mesures différentes pour arriver à ces nouvelles catégories de diabète, à savoir l'âge au moment du diagnostic, l'indice de masse corporelle (IMC), l'hémoglobine glyquée, la production d'insuline dans les cellules bêta du pancréas, la résistance à l'insuline, et enfin la présence d'auto-anticorps dirigés contre les cellules bêta. Afin de compléter ces analyses, ils ont également pris en compte les caractéristiques génétiques de chaque patient, ainsi que l'évolution de la maladie, sa prise en charge et ses complications.

Les résultats de la recherche, publiés dans la revue spécialisée The Lancet Diabetes & Endocrinology, soumettent ainsi l'idée d'affiner la classification actuelle en cinq catégories distinctes : trois sévères et deux plus modérées. La première de ces cinq nouvelles catégories correspond au diabète de type 1, tandis que les quatre autres sont des sous-groupes du diabète de type 2, avec leurs caractéristiques particulières.

L'une des catégories se caractérise par un risque plus grand de rétinopathie, une autre concerne des patients obèses et est marquée par une importante

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

De heer du Bus de Warnaffe heeft het woord.

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH) *(in het Frans).- Onderzoekers van de universiteit van Lund, in Zweden, kwamen onlangs tot de conclusie dat de opdeling van diabetes in twee types te eenvoudig is.*

Momenteel onderscheiden we diabetes type 1, waaraan 10% van de patiënten leidt, en diabetes type 2.

De Zweedse wetenschappers onderzochten de gegevens van 14.775 volwassen diabetespatiënten. Op basis van zes verschillende maatstaven onderscheiden ze nieuwe diabetescategorieën. Het gaat om de leeftijd op het moment van de diagnose, de Body Mass Index, het hemoglobineglycaat, de productie van insuline in de bètacellen van de pancreas, de insulineresistentie en de aanwezigheid van autoantilichamen tegen de bètacellen. Daarnaast hielden ze rekening met de genetische kenmerken van elke patiënt en met de evolutie van de ziekte, de zorg en de complicaties.

Op basis van de resultaten stellen ze voor om vijf diabetescategorieën te onderscheiden: drie ernstige en twee gematigde. De eerste categorie valt samen met het huidige diabetes type 1, de vier andere zijn subgroepen van diabetes type 2.

Een van de vier categorieën wordt gekenmerkt door een hoger risico op blindheid, een andere heeft betrekking op obese patiënten en hangt samen met een hoge insulineresistentie, waardoor de nieren kunnen worden aangetast. Bij de eerder matige categorieën vinden we in de eerste groep de obese patiënten die de ziekte al op jonge leeftijd krijgen, terwijl de tweede categorie een veel grotere groep omvat, namelijk de oudere patiënten.

Deze nieuwe subcategorieën zijn interessant, omdat ze patiënten helpen beter te begrijpen wat hun overkomt. Ze zullen zich beter verzorgen, waardoor ze een aantal schadelijke gevolgen van

résistance à l'insuline, accompagnée d'un risque important d'atteinte rénale. En ce qui concerne les deux catégories moins sévères, la première regroupe d'abord des patients obèses qui développent la maladie à un jeune âge, tandis que la seconde et dernière catégorie concerne le groupe le plus important, celui des patients plus âgés.

Bien que d'autres études aient déjà révélé l'existence de sous-catégories, celles-ci sont intéressantes, car elles permettent aux patients de mieux comprendre ce qu'ils vivent, de prendre en charge leur maladie et de prévenir une série de conséquences pathologiques qui surviennent de façon différenciée.

Par ailleurs, même si un nouvel article scientifique ne peut modifier toute une politique, il est intéressant que le monde politique en soit informé. Le diabète représente un problème de santé majeur - ce n'est pas la première fois, et ce n'est malheureusement pas la dernière que l'on interviendra ici sur le sujet - et, d'ici 2050, un Belge sur trois sera atteint de diabète si l'épidémie se poursuit. Mais rien n'indique qu'elle ne se poursuivra pas.

Monsieur le membre du Collège réuni, avez-vous pris connaissance des résultats de cette étude ?

Bien que je mesure le caractère un peu illusoire de la question, je me demande si des contacts avec les maisons de repos et les institutions qui dépendent de la Commission communautaire commune (Cocom) ont été pris à la suite de la publication de cette recherche.

Dans le cadre de la lutte contre cette maladie et à l'attention des institutions qui dépendent de vos compétences, comptez-vous réadapter votre approche en matière de prévention ?

Une concertation sur les résultats de cette recherche avec la Commission communautaire française (Cocof), le pouvoir fédéral et les autres entités fédérées est-elle envisagée ? J'estime que c'est l'aspect le plus important, parce que, si l'on s'accorde sur l'idée qu'il y a plus de types de diabètes que les types 1 et 2, qu'il y a une déclinaison, cela veut dire qu'il va falloir

de ziekte kunnen voorkomen.

Een nieuw wetenschappelijk artikel zal het beleid niet veranderen, maar het is wel belangrijk dat beleidsmakers ervan op de hoogte zijn. Diabetes vormt een groot gezondheidsrisico: als de epidemie doorzet, zal tegen 2050 één op de drie Belgen aan de ziekte lijden.

Bent u op de hoogte van de resultaten van de studie? Hebt u na de publicatie van de studie contact opgenomen met de rusthuizen en instellingen die van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC) afhangen?

Bent u van plan om uw preventiebeleid inzake diabetes te wijzigen?

Plant u overleg met de Franse Gemeenschaps-commissie (Cocof), de federale regering en andere overheidsniveaus over de studie? Dat lijkt mij noodzakelijk als u in uw beleid rekening wilt houden met de bevindingen van de onderzoekers.

Is een nationaal plan tegen diabetes niet meer dan ooit nodig? De Association belge du diabète (ABD) vraagt daar al jaren om.

davantage cibler les types de préventions et de traitements. Nous avons tous des amis diabétiques, et nous savons que leurs profils sont différents.

La mise en place d'un plan national de lutte contre le diabète n'est-elle pas plus que jamais nécessaire pour mobiliser les compétences de vos collègues ?

Je ne fais que réintroduire une demande formulée depuis des années et des années par l'Association belge du diabète (ABD).

M. le président.- La parole est à M. Gosuin.

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Selon les avis médicaux qui nous reviennent, on peut considérer que cette étude s'inscrit davantage dans une recherche sur la médecine stratifiée et l'utilisation de ce que l'on appelle les mégadonnées comme aide à la décision et à la prédiction, sans être une véritable révolution pour la prise en charge du diabète. Le but ultime de cette personnalisation vise à identifier les risques plus élevés de complication, et ainsi adapter la prévention ou le traitement.

Il ne s'agit pas non plus de la première proposition visant à redistribuer la classification traditionnelle du diabète, puisqu'en 2016, l'Association américaine du diabète avait déjà proposé une répartition en type 1, type 2 "primaire", diabète de grossesse, et huit sous-catégories de diabète secondaire. J'observe qu'il n'y a pas encore de consensus suffisamment large dans le monde scientifique et médical sur la modification de la classification.

Les pistes entrouvertes par l'étude demanderont à être confirmées par d'autres études et dans d'autres contextes. Il a, par exemple, été relevé que ces conclusions étaient principalement basées sur l'observation de personnes scandinaves (en Suède et en Finlande) et que, étant donné la nature génétique et socioculturelle du diabète, il faudrait pouvoir déterminer si ces résultats sont transposables à d'autres types de sociétés ou de populations.

Par ailleurs, même si les résultats sont confirmés, il existe une différence notable entre les

De voorzitter.- De heer Gosuin heeft het woord.

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College *(in het Frans).- Dit onderzoek past in de zoektocht naar een gelaagde geneeskunde en het gebruik van big data bij het nemen van beslissingen. Het gaat niet om een revolutionaire nieuwe aanpak van diabetes. Het doel is om het risico op complicaties beter op te sporen en de preventie of behandeling daaraan aan te passen.*

Andere organisaties stelden eerder al voor om subcategorieën voor diabetes type 2 in te voeren. Over die categorieën bestaat binnen de wetenschappelijke en medische wereld echter nog geen consensus.

Bijkomende studies zullen de bevindingen van de Zweedse onderzoekers moeten bevestigen. Zo werden bijvoorbeeld vooral Zweden en Finnen onderzocht. Het is dus nog maar de vraag of de onderzoeksresultaten zonder meer naar andere nationaliteiten kunnen worden geëxtrapoleerd.

Ook als de resultaten worden bevestigd, blijft er een groot verschil bestaan tussen de studieresultaten en de preventie en behandelingen in de praktijk. Het heeft dan ook geen enkele zin om nu al het beleid aan te passen, maar samen met de sector volg ik de ontwikkelingen wel op de voet.

De studie is recent en wellicht enig in haar soort. Ik heb het multidisciplinaire netwerk van de Brusselse eerstelijnszorg gevraagd om de studie te analyseren en aanbevelingen te doen voor de financiering van de zorg in Brussel. Ook zij vinden dat de studieresultaten eerst moeten worden

observations d'une étude et les modalités pratiques de son implantation préventive et curative potentielle.

Des changements d'approche sont donc prématurés, mais nous resterons attentifs aux évolutions en concertation avec le secteur.

Comme je l'ai dit, cette étude est récente et probablement unique en son genre. Nous avons interpellé les acteurs de première ligne, à commencer par le réseau multidisciplinaire local de Bruxelles, chargé, notamment, de soutenir les trajets de patients diabétiques, pour avoir leur analyse de cette étude et leurs éventuelles recommandations pour la prise en charge des patients bruxellois.

Bien qu'ils nous aient répondu ne pas pouvoir se prononcer sur la validité scientifique de l'étude et rappelé la nécessité de confirmer ses observations et résultats, ils estiment qu'elle attire davantage l'attention sur les diverses complications plutôt qu'elle ne préconise une révolution dans la prise en charge globale.

Rappelons que les objectifs principaux de ce réseau sont de faciliter l'accès aux soins, favoriser le rôle du patient, par exemple dans l'éducation thérapeutique, et renforcer les collaborations interprofessionnelles. Dans cette logique, le réseau multidisciplinaire local de Bruxelles s'est engagé à parrainer le projet Diatype, issu d'une collaboration entre neuf partenaires émanant de trois universités (l'ULB, l'UCL et la VUB).

Ce projet cherche également à identifier différentes formes de diabète afin d'améliorer le diagnostic et de concevoir des traitements personnalisés. Il y a donc une volonté de mieux comprendre de nouveaux facteurs génétiques et environnementaux, comme de nouveaux biomarqueurs, pour assurer une meilleure prise en charge par un traitement adapté à l'étiologie du diabète.

Le projet est prévu pour durer trois ans et le réseau multidisciplinaire local de Bruxelles s'est engagé à relayer ses résultats. Le but est d'améliorer et de faciliter le suivi global et personnalisé des personnes diabétiques dans un contexte de

bevestigd. Daarnaast zijn ze van mening dat de wetenschappers vooral aandacht vragen voor de complicaties van diabetes, en niet zozeer pleiten voor een ander terugbetalingsbeleid.

Het belangrijkste doel van het multidisciplinaire netwerk is zorg toegankelijker maken, de patiënt een grotere rol toekennen in de zorg en de interprofessionele samenwerking bevorderen. In dat kader steunt het netwerk het project Diatype, dat dankzij de samenwerking van negen partners tot stand kwam.

Binnen dat project willen onderzoekers verschillende vormen van diabetes identificeren om tot een betere diagnose te komen en gepersonaliseerde behandelingen uit te werken. Door een beter inzicht te verwerven in genetische factoren en de invloed van de omgeving, wordt een aangepast terugbetalingsbeleid mogelijk.

Het project zal drie jaar lopen en het Brusselse multidisciplinaire team houdt me op de hoogte van de resultaten. Dat moet leiden tot een betere globale en persoonlijke begeleiding van diabetici.

Via verschillende kanalen informeert het multidisciplinaire netwerk de spelers van de eerstelijnszorg over recente wetenschappelijke studies. Er wordt dus wel degelijk rond de aanpak van diabetes gewerkt.

Het is nog te vroeg om in de rustoorden voor bejaarden (ROB's) en de rust- en verzorgingstehuizen (RVT's) tot een nieuwe aanpak over te gaan. Blijkt na verloop van tijd dat dat wel nodig is, dan zullen we daar alsnog voor zorgen.

Ik besprak de kwestie met de bevoegde personen in de Franse Gemeenschapscommissie (Cocof). Ook zij zijn van mening dat bij zo'n recente studie voorzichtigheid geboden is. Daarnaast lieten ze weten dat ze met hun partners overleg willen plegen over gezondheidspromotie.

In verband met de invoering van een nationaal diabetesplan wil ik erop wijzen dat in het Brussels Gewest reeds een beleid wordt gevoerd rond preventie, bewustmaking en betere zorgtrajecten voor diabetici. Dat is de opdracht van het

proximité.

Pour que les prestataires de première ligne soient au courant des actualités et des résultats des études scientifiques, plusieurs canaux ont été mis en place par le réseau multidisciplinaire local de Bruxelles : un site web contenant un espace dédié aux actualités, des infolettres envoyées à plus de 3.000 contacts professionnels bruxellois, des séances d'information sur mesure, une infolettre spécifique de la Fédération des associations de médecins généralistes de Bruxelles (FAMGB), mais aussi des activités d'éducation thérapeutique à destination des patients diabétiques et de leurs proches, diverses formations et des publications. Il existe donc des travaux en cours sur la question et des convergences qu'il conviendra de suivre.

En raison des divers éléments que je viens d'énoncer, la modification de la prise en charge via de nouvelles instructions aux maisons de repos (MR) et maison de repos et de soins (MRS) semble donc prématurée et s'inscrira, le cas échéant, dans la foulée des travaux en cours.

Concernant la concertation avec le gouvernement fédéral et la Commission communautaire française (Cocof), nous avons effectivement eu des échanges avec des responsables de cette dernière sur cette question et nous savons qu'ils ont également pris connaissance des conclusions de ce travail. Ils estiment tout comme nous que le caractère extrêmement récent de l'étude doit éveiller notre prudence. Toutefois, ils nous ont fait part de leur volonté de se renseigner auprès de leurs partenaires en promotion de la santé.

Pour ce qui est de la mise en place d'un plan national de lutte contre le diabète, rappelons qu'il existe déjà en Région bruxelloise une politique liée à la prévention, la sensibilisation et l'amélioration des trajets de soins diabétiques. C'est la mission du réseau multidisciplinaire local de Bruxelles, appelé à s'intégrer dans la plate-forme d'appui de première ligne. Plusieurs projets pilotes ont été menés autour du diabète, ce qui a permis d'asseoir une expertise spécifique et de développer des collaborations et un travail de réseau, désormais bien ancré dans le tissu associatif bruxellois.

Brusselse multidisciplinaire netwerk, dat verscheidene proefprojecten rond diabetes is gestart, waardoor het expertise verwierf en de samenwerking met de Brusselse verenigingen kon bevorderen.

Op federaal niveau werken we in werkgroepen samen rond chronische ziekten en preventie. De diabetesproblematiek werd in 2016 in het Nationaal Plan voeding en gezondheid (NPVG) opgenomen. Over een diabetesplan bestaat er echter geen consensus.

Sur le plan national, nous collaborons déjà sur de nombreux plans en termes de maladies chroniques et de prévention au sein de groupes de travail. Rappelons que la problématique du diabète avait été insérée dès 2006 dans le Plan national nutrition santé. Il n'existe toutefois pas de consensus pour composer un plan consacré au diabète.

M. le président.- La parole est à M. du Bus de Warnaffe.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH).- Je constate que vous avez donné bonne suite à l'ensemble des questions que je vous avais adressées.

Peut-être serait-il pertinent de confier au Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) l'examen plus approfondi des pistes proposées dans cette étude. Le KCE prend en effet en charge ce type de mission avec beaucoup d'expertise et d'efficacité.

Par ailleurs, cette étude permet non seulement de mieux comprendre la diversité des conséquences du diabète, mais aussi de mieux faire prendre conscience de l'importance du stade de prédiabète qui, s'il est pris à temps, est réversible. C'est tout l'intérêt de s'accorder sur un plan national de lutte contre le diabète. Il s'agit de faire comprendre qu'avec une prévention et un dépistage systématisés, toutes les personnes en phase de prédiabète ont les moyens de faire marche arrière en adaptant leurs comportements, principalement en matière d'alimentation et d'exercice physique. Le président de l'Association belge du diabète (ABD) tient un discours très fort à cet égard.

C'est d'ailleurs ce que je ne comprends pas. J'évoquais tout à l'heure les fameux groupes de travail en technique et en prévention. Puisque des spécialistes y sont actifs, je m'étonne qu'ils ne relayent pas la nécessité d'un plan national sur le diabète. Y a-t-il une divergence entre les experts et spécialistes, ou s'agit-il plutôt d'une divergence d'ordre politique ?

- L'incident est clos.

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

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH) *(in het Frans).- U zou aan het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) kunnen vragen om de bevindingen uit de studie verder uit te spitten.*

De studie leidt niet alleen tot een beter begrip van de uiteenlopende gevolgen van diabetes, ze wijst ook op het belang van een snelle behandeling van prediabetes. Als die vroeg genoeg start, is de ziekte immers omkeerbaar. Een nationaal diabetesplan is dan ook nodig, zodat iedereen die zich in het stadium van prediabetes bevindt, zijn gedrag kan aanpassen om te voorkomen dat hij diabetes krijgt. De voorzitter van de ABD pleit daar sterk voor.

Ik begrijp niet dat de specialisten in de werkgroepen niet op een nationaal diabetesplan aandringen. Zijn zij het niet met elkaar eens, of is het eerder een politiek probleem?

- Het incident is gesloten.

QUESTION ORALE DE MME JACQUELINE ROUSSEAUX

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 protocole "Disparition Seniors" pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer".

M. le président.- À la demande de l'auteure, excusée, et avec l'accord des membres du Collège, la question orale est reportée à une prochaine réunion.

MONDELINGE VRAAG VAN MEVROUW JACQUELINE ROUSSEAUX

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 "het protocol over de verdwijning van senioren, voor de personen met Alzheimer".

De voorzitter.- Op verzoek van de indiener, die verontschuldigd is, en met instemming van de Collegeleden, wordt de mondelinge vraag naar een volgende vergadering verschoven.

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 sensibilisation et les modes de prévention du cancer de la peau".

M. le président.- Le membre du Collège réuni Didier Gosuin répondra à la question orale.

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 sensibilisering voor en de preventie van huidkanker".

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

La parole est à M. Manzoor.

M. Zahoor Ellahi Manzoor (PS).- Le 29 mars 2017, je vous interrogeais sur les campagnes de sensibilisation sur le cancer de la peau ainsi que sur la politique bruxelloise de lutte contre ce cancer.

Si je reviens vers vous aujourd'hui, c'est parce que les chiffres des nouveaux cas de cancer de la peau en Belgique ne sont absolument pas rassurants. Certains dermatologues n'hésitent d'ailleurs pas à parler d'"épidémie" pour caractériser l'évolution de ce type de cancer.

Il est évident que ma profession de médecin m'amène à porter une attention particulière à ce phénomène. Je suis moi-même forcé de constater que le phénomène s'amplifie et que l'information des patients sur les causes et les modes de prévention de cette maladie ne sont pas encore suffisants pour freiner son évolution dans la population.

On parle aujourd'hui d'une augmentation annuelle de 5 à 12% de tumeurs malignes. En Belgique, cela représente quelque 37.000 nouveaux cas par an (dont environ 3.000 mélanomes malins). Ce chiffre est considérable si l'on se réfère aux 67.000 autres cancers diagnostiqués chaque année dans notre pays. Le cancer de la peau est donc le plus fréquent, mais aussi celui qui enregistre l'augmentation la plus rapide.

Selon une étude de la Fondation Registre du Cancer, qui a extrapolé l'évolution de ce type de cancer pour la période 2014-2025, on pourrait enregistrer une augmentation de 49% du nombre de mélanomes malins en Belgique. Cette tendance est alarmante, sachant que le risque de développer un cancer de la peau augmente si la personne en a déjà développé un autre au cours de sa vie.

Il s'agit non seulement d'un défi pour les médecins, mais également pour les soins de santé en général. Comme le souligne la docteur Isabelle Hoorens de l'UGent, le coût du cancer de la peau pourrait passer de 107 millions d’euros en 2014 à un montant estimé à 3,2 milliards d'euros en 2034.

Au regard des différents chiffres que je viens

De heer Manzoor heeft het woord.

De heer Zahoor Ellahi Manzoor (PS) *(in het Frans).- Op 29 maart 2017 interpelleerde ik u over de bewustmakingscampagnes over huidkanker en het beleid inzake kankerpreventie.*

Vandaag kom ik daarop terug, want de cijfers over de nieuwe gevallen van huidkanker zijn erg verontrustend. Sommige dermatologen hebben het zelfs over een epidemie. Elk jaar stijgt het aantal kwaadaardige tumoren met 5 tot 12%. Elk jaar worden er in België 37.000 nieuwe gevallen van huidkanker ontdekt, waarvan 3.000 kwaadaardige melanomen, tegenover 67.000 andere kankers.

Huidkanker is dus niet alleen de meest voorkomende vorm van kanker, maar ook de kanker die het snelst toeneemt. Volgens een studie van de Stichting Kankerregister, waarin een extrapolatie werd gedaan voor de periode 2014-2025, zou het aantal kwaadaardige melanomen met 49% kunnen stijgen. Dat is bijzonder alarmerend, vooral omdat het risico op huidkanker hoger is bij personen die al een andere vorm van kanker hebben gehad.

Dit gezondheidsprobleem is niet alleen een uitdaging voor de artsen, maar ook voor de gezondheidszorg in het algemeen. Volgens dokter Isabelle Hoorens van UGent zou de kostprijs van huidkanker kunnen oplopen van 107 miljoen euro in 2014 tot 3,2 miljard euro in 2034. Het lijkt mij dus nuttig om een stand van zaken op te maken voor het gewest.

Op mijn vorige interpellatie antwoordde u dat de informatie en de bewustmaking over de risico's op huidkanker vooral een bevoegdheid van de FOD Volksgezondheid zijn en dat het thema huidkanker nog niet aan bod was gekomen in de werkgroep van de interministeriële conferentie Volksgezondheid. Is dat ondertussen gebeurd? Welke resultaten heeft dat opgeleverd?

Is er in het Brussels Plan voor de gezondheidszorg aandacht voor de preventie van huidkanker?

Sinds 1 maart 2017 moeten zonnebanken geregistreerd worden bij de Kruispuntbank van Ondernemingen (KBO). Hoeveel zaken hebben

d'exposer, il m'apparaît utile de faire le point sur la situation dans notre Région.

À l'occasion de ma précédente question sur le sujet, vous m'indiquiez qu'en matière d'information et de sensibilisation concernant les risques liés au cancer de la peau, le SPF Santé publique était essentiellement compétent.

Vous disiez également que, dans le cadre des conférences interministérielles (CIM) de la santé publique, vous étiez en contact avec le SPF Santé publique. Le groupe de travail n'avait à l'époque pas encore abordé la question de la prévention en matière de cancer de la peau. Avez-vous depuis eu l'occasion d'aborder ce sujet en CIM santé ? Dans l'affirmative, quelles en sont les conclusions ?

En ce qui concerne le Plan de santé bruxellois (PSB), quelles sont les priorités retenues ? La prévention du cancer de la peau en fait-elle partie ?

Depuis le 1er mars 2017, les établissements offrant un service de banc solaire font l'objet d'un enregistrement spécifique auprès de la Banque-carrefour des entreprises (BCE). Cette mesure devait permettre de connaître avec précision le nombre d'établissements concernés en Belgique. Avez-vous plus de précisions suite à cet enregistrement ? Ce recensement est-il ventilé par Région ?

Enfin pouvez-vous m'indiquer, pour l'année 2017, le nombre d'établissements de bancs solaires contrôlés en Belgique ainsi que le nombre d'infractions constatées ?

zonnebanken in België? Hebt u ook cijfers voor Brussel? Hoeveel zonnebanken werden er in 2017 gecontroleerd? Hoeveel overtredingen werden er vastgesteld?

M. le président.- La parole est à M. Gosuin.

De voorzitter.- De heer Gosuin heeft het woord.

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- "La Belgique a un problème avec le cancer de la peau" était la phrase d'accroche de la vingtième campagne d'Euromelanoma, déployée du 14 au 18 mai 2018. Cette initiative belge, désormais présente dans 33 pays, a pour but à la fois de sensibiliser et de développer la connaissance sur le sujet, mais aussi et surtout de proposer des dépistages gratuits grâce à des dermatologues

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College *(in het Frans).- "België heeft een huidkankerprobleem". Dat was de slogan van de twintigste campagne van Euromelanoma. Dit Belgische initiatief, dat ondertussen in 33 landen wordt gevolgd, heeft tot doel de bewustmaking en kennis rond huidkanker te vergroten, maar vooral om een gratis onderzoek bij een dermatoloog voor te stellen.*

bénévoles.

Nous savons qu'il existe deux causes principales aux cancers de la peau : une exposition excessive ou non protégée au soleil et le recours aux bancs solaires. Concernant ces derniers, une étude de 2015 montrait que 14% de nos citoyens les utilisent, alors que 94% de ceux-ci disent avoir été avertis - ou pensent l'être - des risques. Parmi ces 14%, un quart pratique plus de vingt sessions par an. Il s'agit aussi d'un public assez jeune - 61% ont moins de 44 ans - et féminin : 62% de femmes.

Ces chiffres nous montrent qu'il existe une différence entre la connaissance réelle ou supposée de certains risques et un changement profond des habitudes. Tout ceci plaide peut-être en faveur d'une réorientation des messages de sensibilisation par ceux qui en ont la compétence, c'est-à-dire au niveau fédéral.

Chaque année, de conférence interministérielle (CIM) en conférence interministérielle, le groupe de travail prévention établit ses priorités pour l'année. Les questions qui ont un impact sur plusieurs entités sont évidemment privilégiées. En 2018, les thèmes suivants ont été retenus : dépistage néonatal de la mucoviscidose, transition au nouveau test de dépistage du virus du papillome humain (HPV) pour le dépistage du cancer du col de l'utérus, vaccination contre le virus HPV, pistes de vaccination pour le rotavirus et implémentation d'un registre des coloscopies pour un meilleur suivi des programmes.

Le Plan de santé bruxellois (PSB), en tant que plan-cadre, fixe un cap et une direction générale à suivre, mais indique également des actions très concrètes. À ce stade, la question de la prévention du cancer de la peau ne figure pas en tant que telle dans le PSB. Je rappelle que pour une majeure partie - utilisation des produits solaires, réglementation sur les bancs solaires -, il s'agit d'une compétence exclusivement fédérale. Toutefois, la future structure bruxelloise, qui sera un point unique pour les questions de prévention, pourrait analyser les possibilités d'intervention, dans la limite des compétences de chacun.

Pour Bruxelles, nous travaillons de concert avec

De twee voornaamste oorzaken van huidkanker zijn een onveilige en overdreven blootstelling aan de zon en het gebruik van zonnebanken. Uit een studie van 2015 blijkt dat 14% van de Belgische bevolking naar de zonnebank gaat, van wie een kwart meer dan twintig keer per jaar. Het gaat vooral om een jong (61% is jonger dan 44) en vrouwelijk publiek (62%).

Die cijfers bewijzen dat de kennis van de risico's niet noodzakelijk tot een gedragswijziging leidt. Het is dus belangrijk om de bewustmakingsacties aan te passen.

Elk jaar stelt de werkgroep Preventie van de interministeriële conferentie zijn prioriteiten voor het komende jaar vast. Daarbij wordt voorrang gegeven aan thema's die een impact op meerdere entiteiten hebben. Voor 2018 gaat het om de neonatale screening van mucoviscidose, de nieuwe test voor de opsporing van baarmoederhalskanker, de vaccinatie tegen het humaan papillomavirus (HPV), de vaccinatie tegen het rotavirus en het opstellen van een coloscopieregister.

Momenteel gaat er in het Brussels Plan voor de gezondheidszorg geen aandacht naar de preventie van huidkanker. Dat is immers voornamelijk een federale bevoegdheid: gebruik van zonne-producten, regelgeving met betrekking tot de zonnebanken, enzovoort

Inzake preventie werken we samen met onze collega's van de Franse Gemeenschapscommissie (Cocof) en de Vlaamse Gemeenschapscommissie (VGC).

Enkel voor borstkankerscreening is er een gecoördineerd beleid tussen de drie bevoegde instellingen in Brussel. We werken nu aan een soortgelijk project voor de opsporing van darmkanker en hopen dit soort samenwerking nog te versterken.

De regelgeving over de exploitatie van zonnebanken is een federale bevoegdheid. Sinds 1 maart 2017 geldt er een registratieplicht. Voor zover ik weet is er geen algemene tabel met het aantal zonnebankencentra per gewest. Met de nieuwe Nacebelcode 96.04.002 in de

nos collègues de la Commission communautaire française (Cocof) sur les questions de prévention, en articulation avec certains points communs de leur plan de promotion de la santé, mais aussi avec la Vlaamse Gemeenschapscommissie (VGC) pour des actions coordonnées.

Seul le dépistage pour le cancer du sein faisait l'objet d'une action coordonnée entre les trois autorités compétentes en Région bruxelloise. Cependant, nous sommes en train de développer un projet pilote en matière de dépistage colorectal selon la même logique. Notre volonté est d'intensifier à l'avenir ce type de collaborations entre les différentes entités, sous l'impulsion et la coordination de la Commission communautaire commune (Cocom).

Concernant votre question sur les établissements de bancs solaires en Belgique, la réglementation propre aux conditions d'exploitation des centres de bronzage est une réglementation fédérale, administrée par le SPF Économie. Jusqu'il y a peu, il n'y avait pas d'enregistrement pour ce type d'établissement.

Le 22 décembre 2016, un arrêté royal a été pris qui prévoit que la BCE créée des codes spécifiques afin de distinguer les services associés aux centres de bronzage. Depuis le 1er mars 2017 en effet, les entreprises offrant ce type de prestations font l'objet d'un enregistrement spécifique. Il n'existe pas à ma connaissance de tableau global qui ventilerait, Région par Région, ce type de centres. En revanche, grâce au nouveau code Nace-Bel 96.04.002, il est possible de voir le nombre de centres de bronzage enregistrés auprès de la BCE, commune par commune.

Nous avons fait le calcul et sommes arrivés au chiffre de 68 centres de bronzage pour le territoire de Bruxelles-Capitale.

En ce qui concerne les contrôles et le nombre d'infractions, nous avons contacté les services compétents au niveau fédéral, mais les chiffres ne nous ont pas été fournis. Les seuls disponibles sont ceux communiqués par le ministre Peeters fin 2017, pour l'ensemble de l'année 2017, que voici :

- le nombre total de contrôles a augmenté de 30%

Kruispuntbank van Ondernemingen (KBO) is het mogelijk te zien hoeveel zonnebankencentra er in de gemeenten geregistreerd zijn. Volgens die cijfers zijn er 68 in Brussel.

Voor de controles hebben we de federale inspectiediensten gecontacteerd, maar we hebben geen antwoord gekregen. We hebben enkel de cijfers die eind 2017 door minister Peeters werden verstrekt:

- er vonden 266 controles plaats in 2017, tegenover 199 in 2016 en 65 in 2015;

- 29% van de gecontroleerde centra was in orde met alle regels, tegenover 6,5% in 2016;

- in 22 centra werden er zonnebanken verzegeld, omdat de straling te hoog was;

- 19 centra werden volledig gesloten;

- de meeste inbreuken hadden betrekking op een te hoge straling, een gebrek aan informatie en het niet controleren van de uv-lampen.

(Mevrouw Khadija Zamouri, voorzitter, treedt opnieuw als voorzitter op)

en 2017 par rapport à 2016 ;

- 29% des centres contrôlés étaient en conformité avec l'ensemble des règles, alors qu'ils n'étaient que 6,5% en 2016 et bien que les conditions d'exploitation aient été durcies ;

- 266 contrôles ont eu lieu en 2017, contre 199 en 2016 et 65 en 2015 ;

- dans 22 centres, des appareils de bancs solaires ont été mis sous scellés pour non-conformité sur l'intensité du rayonnement ;

- 19 centres ont été entièrement mis sous scellés ;

- les infractions les plus fréquentes portaient sur une trop grande intensité de rayonnement, une déficience des informations aux clients, l'absence d'informations sur les risques encourus et le manque de contrôle trimestriel des lampes UV.

(Mme Khadija Zamouri, présidente, reprend place au fauteuil présidentiel)

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

M. Zahoor Ellahi Manzoor (PS).- Ces chiffres donnent à réfléchir. L'intensification des contrôles reste la solution pour éviter tout nouveau cas, même si le morcellement des compétences la complique. Nous ne manquerons pas de relayer votre réponse auprès des associations concernées.

- *L'incident est clos.*

QUESTION ORALE DE M. AHMED EL KTIBI

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

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

De heer Zahoor Ellahi Manzoor (PS) *(in het Frans).- Die cijfers geven stof tot nadenken. Meer controles lijken mij de beste manier om nieuwe gevallen te voorkomen.*

- *Het incident is gesloten.*

MONDELINGE VRAAG VAN DE HEER AHMED EL KTIBI

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,

LA POLITIQUE DE LA SANTÉ, LA FONCTION PUBLIQUE, LES FINANCES, LE BUDGET ET LES RELATIONS EXTÉRIEURES,

concernant "les politiques de lutte contre le tabagisme".

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

La parole est à M. El Ktibi.

M. Ahmed El Ktibi (PS).- Le 31 mai, c'était la Journée mondiale sans tabac. Cette année, elle était axée sur les conséquences du tabac sur les maladies cardiovasculaires. La littérature scientifique a établi que le tabagisme est la cause d'atteintes coronaires, d'accidents vasculaires cérébraux, d'artériopathies des membres inférieurs, d'anévrismes de l'aorte abdominale, etc. Statistiquement, on estime que fumer une à neuf cigarettes par jour augmente le risque d'infarctus de 63%.

Toutefois, le tabac a aussi d'autres conséquences néfastes sur la santé. Il peut provoquer de nombreux types de cancers ou encore des maladies respiratoires chroniques. Chez les jeunes, la nicotine présente dans le tabac peut nuire au développement du cerveau et accroître le risque de problèmes d'attention, ainsi que la dépression.

La prévention et la sensibilisation, notamment des jeunes, est un élément crucial dans la lutte contre le tabac. Votre plan de santé doit déterminer ses grandes priorités. Pour élaborer ce plan, huit groupes de travail ont été créés, dont un sur la santé mentale y compris les assuétudes.

Ce 31 mai, dans le cadre d'une action de sensibilisation des citoyens, les hôpitaux du pays et bien entendu de notre Région ont ouvert leurs portes aux fumeurs à l'occasion de la Journée mondiale sans tabac. Les professionnels de la santé ont proposé aux participants d'évaluer leur dépendance et l'âge réel de leurs poumons ou encore de mesurer leur taux de monoxyde de carbone.

BEVOEGD VOOR HET GEZONDHEIDS-BELEID, HET OPENBAAR AMBT, DE FINANCIËN, DE BEGROTING EN DE EXTERNE BETREKKINGEN,

betreffende "het antitabaksbeleid".

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

De heer El Ktibi heeft het woord.

De heer Ahmed El Ktibi (PS) *(in het Frans).- Dit jaar stond 31 mei, Werelddag zonder tabak, in het teken van hart- en vaatziekten. De wetenschap is het erover eens dat roken onder andere leidt tot coronaire aandoeningen, beroertes, perifeer arterieel vaatlijden en aneurysma's van de buikslagader. Een tot negen sigaretten per dag roken, vergroot het risico op een infarct met 63%.*

Daar blijft het niet bij. Ook allerlei vormen van kanker en chronische ademhalingsaandoeningen behoren tot de gevolgen. Nicotine kan de hersenontwikkeling van jongeren verstoren en aandachtsstoornissen of depressie in de hand werken.

Voorkomen en sensibiliseren: zo bestrijden we tabak. In uw gezondheidsplan moeten er duidelijke prioriteiten gesteld worden. Daarom zijn er acht werkgroepen samengeroepen, waarvan een over geestelijke gezondheid en verslavingen.

Rokers konden op 31 mei in het ziekenhuis terecht met vragen over hun verslaving. Ze konden er ook de werkelijke leeftijd van hun longen of het koolstofmonoxidegehalte in hun lichaam laten bepalen.

De federale regering neemt binnenkort een beslissing over de invoering van neutrale sigarettenpakjes. In landen waar die merkloze verpakkingen al zijn ingevoerd, wordt er sindsdien minder gerookt. De federale minister van Volksgezondheid kondigde die maatregel aan voor 2019, maar mogelijk wordt hij uitgesteld.

Hebt u cijfergegevens over het tabaksgebruik in

Au niveau fédéral, une décision concernant la mise en place du paquet de cigarettes neutre, sans aucune marque apparente, est attendue. Cette mesure, qui a déjà été introduite dans certains pays, y a été suivie d'une diminution de la consommation des cigarettes. C'est le cas en Australie, par exemple. En avril 2016, la ministre fédérale de la Santé publique a annoncé l'introduction des paquets neutres en 2019. Toutefois, il semble que cette mesure pourrait être retardée.

Monsieur le membre du Collège réuni, je dois vous avouer avoir déjà posé mes questions en Cocof, à la ministre Jodogne, mais je n'ai obtenu que des réponses partielles. On m'a conseillé de vous les poser pour avoir des réponses complémentaires.

Disposez-vous de données sur la consommation du tabac, des cigarettes, cigarillos, cigares et cigarettes électroniques par les Bruxellois selon l'âge et le genre ?

Quelles sont les conclusions du groupe de travail sur la santé mentale et les assuétudes concernant le tabagisme dans notre Région ?

Le Collège réuni a-t-il soutenu de nouveaux projets ou de nouvelles actions d'information et de sensibilisation sur la consommation problématique de tabac et les risques, ou ayant pour objectif de limiter la consommation de tabac tout spécialement auprès des jeunes ?

Le Collège réuni a-t-il soutenu la grande action d'information et de sensibilisation qui a eu lieu dans les hôpitaux de notre Région ? Combien d'hôpitaux bruxellois ont-ils participé à cet événement ?

Le Collège réuni a-t-il soutenu d'autres actions/projets à l'occasion de la Journée mondiale sans tabac ?

De nombreuses études soulignent l'importance de l'aide médicale pour arrêter durablement de fumer. Le Collège réuni mène-t-il des campagnes de sensibilisation auprès des médecins bruxellois à propos de leur rôle dans le processus ?

Brussel?

Wat zijn de conclusies van de werkgroep geestelijke gezondheid en verslavingszorg over roken in het Brussels Gewest?

Steunt het Verenigd College nieuwe projecten of bewustmakingsacties rond de risico's van roken om het tabaksgebruik, met name bij jongeren, te doen dalen?

Steunde het Verenigd College de grote campagne in de Brusselse ziekenhuizen? Hoeveel ziekenhuizen namen er deel? Ondersteunde het Verenigd College andere acties of projecten in het kader van de Werelddag zonder tabak?

Uit heel wat studies blijkt het belang van medische ondersteuning bij een duurzame rookstop. Voert het Verenigd College bewustmakingscampagnes bij Brusselse artsen over hun rol in dat proces?

Hebt u informatie over de invoering van neutrale sigarettenpakjes in België? Had u recent contact met de federale minister van Volksgezondheid daarover? Komen die verpakkingen er in 2019?

Disposez-vous de plus d'informations concernant l'introduction du paquet neutre en Belgique ? Avez-vous eu récemment des contacts avec votre homologue au niveau fédéral sur ce sujet ? La date de 2019 sera-t-elle respectée ? Dans le cas contraire, selon vous, quelles sont les causes du retard ?

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

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Monsieur le député, l'alcool et le tabac sont les drogues les plus consommées dans le monde et sont celles qui font le plus de dégâts sur la santé humaine. Une étude publiée en mai 2018 dans la revue Addictions, basée sur des données de 2015 issues de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), établit que l'alcool et le tabac ont coûté à la population humaine plus d'un quart de milliard d'années de vie en bonne santé.

Le constat est sans appel : l'alcool et le tabac sont sur le podium des substances nocives les plus utilisées. Les chiffres de la prévalence sont édifiants : un adulte sur cinq a une consommation excessive d'alcool et un adulte sur sept a une consommation excessive de tabac. En matière de dégâts sur la santé humaine, les chiffres donnent le tournis. Au niveau mondial, 170,9 millions d'années de vie en bonne santé sont perdues à cause du tabac.

Je vous cite une réflexion des chercheurs qui concluent leur rapport en disant que "si l'alcool et le tabac sont plus consommés que les drogues illicites, c'est en partie dû à leur disponibilité, mais aussi parce que leur consommation est culturellement considérée comme parfaitement normale dans nos pays occidentaux. L'acceptabilité culturelle joue un rôle énorme".

Je vous livre quelques chiffres. Les résultats pour Bruxelles sont basés sur l'enquête de santé de 2013 menée par l'Institut de santé publique (ISP).

Les citoyens bruxellois de 15 ans et plus comptent parmi eux 23% de fumeurs - soit 18% de fumeurs quotidiens et 5% de fumeurs occasionnels - et 77% de non-fumeurs - dont 20% d'ex-fumeurs et

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

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College *(in het Frans).- Niet alleen zijn alcohol en tabak wereldwijd de meest gebruikte drugs, ze zijn ook het schadelijkst voor de gezondheid. Volgens een studie gebaseerd op gegevens van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) hebben alcohol en tabak de mensheid al meer dan een kwart miljard levensjaren in goede gezondheid gekost.*

Eén volwassene op vijf drinkt te veel alcohol en één volwassene op zeven rookt te veel. Wereldwijd gaan 170,9 miljoen levensjaren in goede gezondheid verloren door het gebruik van tabak.

Een van de opmerkingen van de onderzoekers is dat alcohol en tabak meer worden gebruikt dan verboden drugs. Dit heeft onder meer te maken met het feit dat alcohol en tabak in onze westerse landen als volkomen normaal worden beschouwd.

Ik geef hier enkele cijfers voor Brussel, gebaseerd op de gezondheidsenquête uit 2013 van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV).

Onder de Brusselaars die vijftien jaar of ouder zijn, bevinden zich 23% rokers en 77% niet-rokers (waaronder 20% ex-rokers). Mannen (29%) roken meer dan vrouwen (18%). In vergelijking met de andere gewesten blijkt in Brussel vast dat het aantal huidige, dagelijkse rokers aanzienlijk daalt vanaf de leeftijd van 55-64 jaar. En wat het dagelijkse gebruik van tabak betreft wordt de kloof tussen mannen en vrouwen in de leeftijdsgroep van 25-34 jaar groter. Bovendien roken de jongeren tussen 15-24 jaar meer dan in de andere gewesten, vooral jonge mannen, waarvan 31% reeds rokers zijn en 28% rokers op

57% qui déclarent n'avoir jamais fumé, ou avoir fumé moins de 100 cigarettes dans leur vie. Je me retrouve dans cette dernière catégorie.

Davantage d'hommes (29%) que de femmes (18%) sont fumeurs. En comparaison avec les autres Régions, à Bruxelles les différences en fonction de l'âge et du sexe se caractérisent par une diminution notable du nombre de fumeurs actuels et quotidiens à partir de l'âge de 55-64 ans par rapport aux tranches d'âge précédentes, et par un écart plus important entre les hommes et les femmes dans la tranche d'âge de 25-34 ans pour le tabagisme actuel et quotidien.

En outre, les jeunes de 15-24 ans sont d'emblée plus nombreux à fumer que dans les autres Régions - surtout les jeunes hommes, dont 31% sont déjà fumeurs et 28% sont fumeurs quotidiens. Un effort de prévention auprès des jeunes Bruxellois est donc réellement nécessaire.

Les Bruxellois ont fumé leur première cigarette en entier en moyenne à l'âge de 17 ans et 2 mois, et le tabagisme régulier s'est installé en moyenne vers 19 ans et 8 mois, soit deux ans et demi plus tard. Les hommes commencent à fumer régulièrement à un âge moyen plus précoce (19 ans) que les femmes (20 ans et 7 mois).

L'âge moyen du début du tabagisme régulier a reculé à Bruxelles en 2013 - 19 ans et 8 mois - par rapport aux deux enquêtes précédentes, où il était fixé à environ 18 ans et 4 mois. C'est un petit peu mieux.

À Bruxelles comme ailleurs, les hommes et les femmes ont tenté d'arrêter dans des proportions similaires : 73% et 76% respectivement. Plus qu'ailleurs, les tentatives remontent à moins de six mois : 32%, soit un tiers des fumeurs quotidiens contre un quart dans les autres Régions. À Bruxelles, les jeunes sont d'emblée relativement nombreux - 73%, pour 56% dans les autres Régions - à avoir voulu abandonner le tabagisme. La motivation à l'arrêt tabagique ne fluctue pas avec le niveau d'éducation. La proportion de personnes ayant tenté un sevrage a fortement progressé entre 1997 (56%) et 2008 (76%), mais tend à s'être stabilisée en 2013 (74%).

dagelijkse basis zijn. Preventie bij de jonge Brusselaars is dus absoluut noodzakelijk.

Brusselaars hebben gemiddeld op hun zeventien jaar en twee maanden hun eerste sigaret gerookt en het regelmatige roken begint gemiddeld vanaf negentien jaar en acht maanden. Mannen beginnen op een vroegere leeftijd regelmatig te roken (negentien jaar) dan vrouwen (twintig jaar en zeven maanden).

In vergelijking met de twee vorige enquêtes is in Brussel de gemiddelde leeftijd waarop men begint te roken in 2013 gestegen (negentien jaar en acht maanden). In Brussel hebben mannen (73%) en vrouwen (76%) even vaak geprobeerd om te stoppen met roken als elders. In Brussel is het aantal jongeren dat wilde stoppen met roken relatief hoog: 73% tegenover 56% in de andere gewesten. De motivatie om te stoppen met roken staat los van het onderwijsniveau. Het aantal mensen dat een ontwenning heeft geprobeerd is sterk gestegen tussen 1997 (56%) en 2008 (76%), maar lijkt stabiel te worden in 2013 (74%).

De strijd tegen roken is opgenomen in het Brussels Plan voor de gezondheidszorg van het Verenigd College. De GGC heeft een deel van de financiering van het Fonds ter bestrijding van de verslavingen overgenomen. Het jaarlijkse budget bedraagt 403.000 euro, waarvan 90% besteed wordt aan de strijd tegen roken. Drie organisaties genieten de steun van de GGC: de Stichting tegen de tuberculose en de respiratoire aandoeningen (Belta), het Hulpcentrum voor Rokers van het Jules Bordet Instituut en de Stichting tegen Kanker.

De projecten die ondersteund worden zijn: hulpprogramma's rond ontwenning van jongvolwassenen en kansarmen, het beheer van het nummer van Tabakstop en de campagne 'Arrêter de fumer, c'est possible pour tous !' Bovendien gaat 121.000 euro naar de terugbetaling van tabacologen in het kader van tabaksontwenning. Ook de vorming van tabacologen wordt door de GGC ondersteund.

Voor Brussel is er ook de financiering door de GGC en de Vlaamse Gemeenschapscommissie in het kader van hun eigen plannen ter bevordering

Vous me demandez quelles sont les actions du Collège réuni. La lutte contre le tabagisme est inscrite dans le Plan de santé bruxellois du Collège réuni. Dans le cadre de la sixième réforme de l'État, la Cocom a repris une partie du financement du Fonds assuétudes. Chaque année, le budget reprend un budget de 403.000 euros dont 90% sont consacrés à la lutte contre le tabagisme. Trois organisations bénéficient dans ce cadre du soutien de la Cocom : la Fondation contre la tuberculose et les affections respiratoires (Belta), le Centre d'aide aux fumeurs de l'Institut Jules Bordet et la Fondation contre le cancer.

Les projets soutenus concernent les programmes d'aide au sevrage tabagique des jeunes adultes et des publics défavorisés, la gestion du numéro unique de Tabacstop qui figure sur tous les paquets de cigarettes et de tabac et la campagne "Arrêter de fumer, c'est possible pour tous !" Un budget de 121.000 euros est également consacré au remboursement des prestations réalisées par les tabacologues dans le cadre du sevrage tabagique. La formation des tabacologues est également soutenue par la Cocom.

Pour Bruxelles, il faut aussi ajouter les financements accordés par la Cocof et la Vlaamse Gemeenschapscommissie dans le cadre de leurs plans de promotion de la santé.

Notre action au niveau de la Cocom se coordonnera avec le Plan national de lutte contre le tabagisme et les mesures prises par les autorités fédérales, et tiendra compte des différentes recommandations du secteur spécialisé en ciblant principalement les publics fragilisés et les jeunes.

Concernant l'action d'information et de sensibilisation dans les hôpitaux bruxellois, 67 hôpitaux en Belgique ont ouvert leurs portes aux fumeurs à l'occasion de la Journée mondiale sans tabac pour faire le point avec des professionnels de la santé sur leur dépendance à la nicotine, ainsi que pour donner des pistes et des conseils en vue d'un sevrage tabagique.

Plusieurs hôpitaux bruxellois se sont associés aux campagnes d'information et de sensibilisation au tabagisme qui ont été lancées. Les hôpitaux bruxellois et wallons, d'ailleurs, font office de

van de gezondheid.

De werking van de GGC is afgestemd op het Nationaal Plan in de strijd tegen tabak en de maatregelen die de federale overheid neemt, met kansarmen en jongeren als doelpubliek.

Zevenenzestig Brusselse ziekenhuizen hebben naar aanleiding van de Werelddag zonder Tabak rokers ontvangen om samen met specialisten hun verslaafdheid aan nicotine te bekijken en tips te geven om het roken te stoppen. De Brusselse en Waalse ziekenhuizen zijn overigens pioniers op het vlak van bewustmaking rond tabaksverslaving. Zo hebben bijvoorbeeld het Universitair Kinderziekenhuis Koningin Fabiola en het UVC Brugmann de campagne Generatie Rookvrij ondersteund door allerlei initiatieven te organiseren binnen het ziekenhuis.

De bewustmaking en de vorming van Brusselse huisartsen is in handen van Domus Medica en de Société scientifique de médecine générale (SSMG). Rookpreventie is een van de speerpunten van het programma, dat ondersteund wordt door de GGC. De huisartsenkring die door de GGC gefinancierd wordt, buigt zich over de materie en werkt rond bewustmaking in de werkgroep 'verslavingen', in 2016 opgericht.

Wat uw vraag over neutrale pakjes betreft, dat is een federale bevoegdheid. De tabaksproblematiek komt aan bod in de Algemene Cel Drugbeleid. De recentste mededeling van de federale minister in verband met het neutrale pakje, steunt op drie pijlers: het overleg met de betrokkenen, de evaluatie van de maatregel in landen waar het neutrale pakje is ingevoerd en het resultaat van de lopende rechtszaken.

Het kabinet van de federale minister heeft ons bevestigd dat de wetgeving ter zake nog tijdens deze regeerperiode zal worden goedgekeurd. Vergeten we niet dat het neutrale pakje een van de maatregelen is in de strijd tegen roken. Het zou een belangrijke stap vooruit betekenen op het vlak van volksgezondheid.

pionniers dans certaines initiatives. L'Hôpital universitaire des enfants Reine Fabiola et le CHU Brugmann, par exemple, ont soutenu la campagne "Générations sans tabac" au travers de la sensibilisation du public et de son personnel. Ces actions de sensibilisation se font au moyen de stands d'infos, de mesures du monoxyde de carbone (CO) expiré, de diffusion de films ludiques et éducatifs à plusieurs endroits de l'hôpital. Différents hôpitaux bruxellois (CHU Brugmann, CHU Saint-Pierre et Chirec) se sont également mobilisés lors de cette journée de sensibilisation et d'information, avec des actions spécifiques tant pour les patients que pour leur personnel.

Concernant la campagne de sensibilisation des médecins bruxellois, la sensibilisation et la formation des médecins généralistes est, comme vous le savez, prise en charge par Domus Medica et la Société scientifique de médecine générale (SSMG). La prévention du tabagisme est l'un des axes du programme visant l'intégration de la promotion de la santé en médecine générale. Ce programme est soutenu par la Cocof, compétente en cette matière. Le cercle des médecins généralistes financé par la Cocom stimule la réflexion et la sensibilisation sur cette question au travers de son groupe de travail "assuétudes", créé en 2016 et dont l'objectif est de faciliter le parcours de soins du patient.

J'en viens à votre question sur les paquets neutres. Il s'agit là d'une compétence fédérale. La politique en matière de tabac est abordée au sein de la cellule politique santé drogues qui réunit les ministres de la santé de l'État fédéral et des entités fédérées. La dernière communication officielle de la ministre fédérale au sujet du paquet neutre évoquait trois piliers : la consultation des acteurs concernés, l'évaluation de cette mesure dans les pays qui l'ont introduite et le résultat des affaires judiciaires en cours (au niveau de l'Organisation mondiale de la santé, de l'Union européenne, du Royaume Uni).

Le cabinet de la ministre fédérale nous a confirmé son intention d'adopter une réglementation en la matière sous cette législature. Il faut aussi rappeler que la réglementation sur le paquet neutre est une des mesures envisagées pour lutter contre le

tabagisme. Elle contribuerait davantage à prévenir l'initiation au tabagisme qu'à favoriser l'addiction au tabac. J'espère qu'elle sera bientôt adoptée, marquant ainsi une avancée significative en santé publique.

Mme la présidente.- La parole est à M. El Ktibi.

M. Ahmed El Ktibi (PS).- Je retiens de vos réponses détaillées que la consommation de tabac parmi les 15-24 ans semble être plus élevée dans notre Région que dans les autres entités fédérées. Il est donc particulièrement nécessaire d'intensifier le travail de sensibilisation et de prévention.

Je constate par ailleurs que le subside de 400.000 euros accordé à la lutte contre le tabagisme dans le Plan de santé bruxellois est resté inchangé. Peut-être faudrait-il songer à l'augmenter ?

Pour avoir fumé pendant très longtemps, je sais à quel point le tabac constitue une drogue dure, tout en étant culturellement accepté.

Après avoir testé plusieurs produits de substitution, c'est grâce au chewing-gum - je ne citerai pas de marque - que j'ai pu arrêter.

Cependant, tant d'anciens fumeurs que des fumeurs se plaignent du prix élevé de ce produit. Une boîte de ces chewing-gums contenant de la nicotine coûte entre 20 et 26 euros. C'est cher, même pour une solution transitoire, en attendant de pouvoir se passer totalement de nicotine.

Ne pourrait-on envisager que la Cocom émette une proposition en la matière ?

- *L'incident est clos.*

Mevrouw de voorzitter.- De heer El Ktibi heeft het woord.

De heer Ahmed El Ktibi (PS) *(in het Frans).- Ik onthoud dat het tabaksgebruik bij de 15- tot 24-jarigen in ons gewest hoger lijkt dan in de rest van het land. Er is dus nood aan meer bewustmaking en preventie.*

Ik stel vast dat de subsidie van 400.000 euro voor de strijd tegen tabak in het Brusselse Gezondheidsplan niet veranderd is. Misschien moet u overwegen om die subsidie op te trekken?

Ik heb zelf lang gerookt en weet als geen ander dat tabak een - cultureel aanvaarde - harddrug is.

Uiteindelijk heb ik zelf kunnen stoppen dankzij een soort kauwgom.

Veel rokers en ex-rokers klagen echter over de hoge prijs van die nicotinehoudende kauwgom: een doosje kost 20 tot 26 euro. Dat is duur, zelfs voor een tussentijdse oplossing.

Kan de GGC daarrond misschien een voorstel doen?

- *Het incident is gesloten.*

QUESTION ORALE DE MME MAGALI PLOVIE

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

MONDELINGE VRAAG VAN MEVROUW MAGALI PLOVIE

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

RELATIONS EXTÉRIEURES,

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

concernant "l'impact pour les hôpitaux bruxellois de la réforme sur la prévention de l'introduction de médicaments falsifiés et de la nouvelle loi relative au financement groupé des activités hospitalières".

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

La parole est à Mme Plovie.

Mme Magali Plovie (Ecolo).- Deux réformes d'ampleur lancées par la ministre Maggie De Block vont toucher nos hôpitaux bruxellois.

La première concerne la lutte contre les médicaments falsifiés. Il s'agit de prévenir l'introduction de médicaments falsifiés dans la chaîne d'approvisionnement légale. Pour ce faire, les hôpitaux vont devoir acquérir des dispositifs de sécurité et d'inviolabilité visant à vérifier l'authenticité, identifier les boîtes individuelles de médicaments et vérifier si l'emballage extérieur a fait l'objet d'une effraction.

Si le but est louable, l'impact de cette directive sur les pharmacies hospitalières est loin d'être négligeable sur le plan de l'organisation et du financement : logiciel, personnel supplémentaire uniquement pour les tâches de scannage avec volume de médicaments à traiter et matériel de scannage afin d'activer et d'assurer le fonctionnement du système de vérification des médicaments.

Le système doit être mis en place pour le 9 février 2019. Les officines hospitalières considèrent cette nouvelle charge comme déraisonnable et les délais impartis par la ministre irréalistes.

La seconde mesure est la nouvelle loi relative au

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 gevolgen van de hervorming ter voorkoming van het binnenbrengen van vervalste genees-middelen voor de Brusselse ziekenhuizen en de nieuwe wet inzake de gezamenlijke financiering van ziekenhuisactiviteiten".

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

Mevrouw Plovie heeft het woord.

Mevrouw Magali Plovie (Ecolo) *(in het Frans).- Minister De Block voert twee grondige hervormingen in die de Brusselse ziekenhuizen zullen treffen.*

De eerste hervorming heeft betrekking op de strijd tegen namaakgeneesmiddelen. De ziekenhuizen zullen zelf de echtheid van de geneesmiddelen moeten controleren, dozen identificeren en nagaan of de buitenste verpakking is aangetast.

Hoewel de opzet lovenswaardig is, zal dit verstrekkende financiële en organisatorische gevolgen hebben voor de ziekenhuisapotheken. Er zal niet alleen nood zijn aan software en scanners om de geneesmiddelen te controleren, maar ook aan personeel om de controles uit te voeren. Het systeem moet operationeel zijn tegen 9 februari 2019. Voor de ziekenhuisapotheken is die termijn onhaalbaar.

De tweede hervorming heeft betrekking op de financieringswet van gegroepeerde ziekenhuis-activiteiten. Het betreft het forfaitair maken van de honoraria voor laagvariabele zorgclusters, die betrekking hebben op het verblijf van 57 patiëntengroepen. Aangezien deze activiteiten volgens de minister niet veel verschillen in de Belgische ziekenhuizen, zouden ze allemaal

financement groupé des activités hospitalières. Il s'agit de la forfaitarisation des honoraires pour les clusters de soins à faible variabilité qui concernent les séjours de 57 groupes de patients. La théorie de la ministre De Block est que ces activités sont relativement similaires dans les hôpitaux belges, qui devraient donc facturer la même chose.

Il s'agit de remplacer le remboursement des honoraires à l'acte par celui de forfaits "de soins à basse variabilité", des forfaits identiques pour tout le pays, les simulations montrant que les écarts sont minimes entre la facturation à l'acte (pour l'année 2016) et l'application des forfaits nationaux.

Mais pour les hôpitaux, cela revient à mettre en place une usine à gaz pour respecter les procédures relatives à ces forfaits et des questions restent toujours sans réponse sur une série de sujets techniques. Certains qualifient cette réforme, qui entrera en application en janvier 2019, de "soviétisation" des politiques hospitalières.

Avez-vous été informés de ces deux réformes et de leur impact potentiel sur les hôpitaux bruxellois ? Avez-vous été consultés par le gouvernement fédéral ? Le sujet est-il à l'agenda des conférences interministérielles de la santé publique ? Si oui, quelle est la position adoptée par la Cocom dans les concertations avec l'État fédéral et les entités fédérées ? Une aide est-elle prévue pour les hôpitaux bruxellois, en vue de mettre ces réformes en œuvre ?

hetzelfde bedrag moeten factureren.

Simulaties voor 2016 tonen aan dat de verschillen tussen facturatie op gebruiksbasis en het hanteren van nationale tarieven verwaarloosbaar zijn.

Om de procedures na te leven moeten de ziekenhuizen een complex systeem invoeren. Een reeks technische vragen blijft vooralsnog onbeantwoord.

Heeft de federale regering u ingelicht over deze twee hervormingen en hun potentiële impact op de Brusselse ziekenhuizen? Bent u geraadpleegd? Staat het onderwerp op de agenda van de interministeriële conferentie Volksgezondheid? Zo ja, wat is het standpunt van de GGC? Krijgen de Brusselse ziekenhuizen hulp om de hervormingen door te voeren?

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

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Il s'agit de deux réformes de compétence strictement fédérale et nous n'avons pas été consultés sur la question. Vous dénoncez des délais irréalistes. Nous observons nous-mêmes qu'il arrive aux autorités fédérales d'imposer des modifications réglementaires au pas de charge. Nous ne trouvons pas cela adéquat et ce n'est pas notre manière de fonctionner avec le secteur. Dans certains dossiers, comme celui de la prescription électronique, nous avons pris publiquement

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

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College *(in het Frans).- We werden niet geraadpleegd over deze twee federale hervormingen. We stellen vast dat de federale overheid soms onverwijld hervormingen oplegt, maar we werken niet op die manier. In het dossier van de elektronische voorschriften bijvoorbeeld hebben we openbaar stelling genomen om uitstel en extra middelen te krijgen.*

De hervormingen hebben enerzijds betrekking op

position - à raison, puisque les délais ont été repoussés à deux reprises et que nous avons obtenu que des dispositifs complémentaires soient développés, comme la question du numéro bis pour les personnes sans registre national belge.

En ce qui concerne les deux dispositifs légaux que vous évoquez, il s'agit pour l'un de l'application d'un règlement européen de 2015 et pour l'autre de la mise en application d'une réforme partielle discutée avec le secteur depuis le début de la législature fédérale.

Concernant la loi visant à empêcher l'introduction de médicaments falsifiés dans les circuits de soins, il s'agit de la mise en application du règlement délégué (UE) 2016/161 de la Commission européenne du 2 octobre 2015, entré en vigueur le 22 octobre 2015 et qui sera effectivement d'application le 9 février 2019. Ce règlement était lui-même un acte d'exécution de mesures déjà contenues dans une directive de 2011. Les pharmaciens, ainsi que les pharmaciens hospitaliers, étaient bien au courant et ont donc eu le temps de se préparer à des dispositions européennes qu'ils savaient devoir entrer en vigueur.

Concrètement, les pharmacies, y compris hospitalières, devront se connecter au système de vérification national des médicaments, le Belgian Medicines Verification System, lui-même connecté au système de vérification européen. Elles vérifieront l'authenticité des médicaments et l'intégrité du conditionnement en scannant un code unique présent sur la boîte et couplé à un code dans la base de données du système de vérification. Selon nos dernières informations, les tests de déploiement sont en cours.

Pour le surplus ou les détails précis de mise en œuvre, je rappelle que les législations relatives aux médicaments et aux pharmacies relèvent exclusivement de l'autorité fédérale.

Nous sommes bien conscients que cela va occasionner un changement organisationnel, mais chacun reconnaîtra l'importance de l'enjeu de sécurité sanitaire.

La loi introduisant la forfaitarisation des

de invoering van een Europese richtlijn uit 2015 en anderzijds op de invoering van een gedeeltelijke hervorming waarbij de sector betrokken is vanaf het begin van de federale legislatuur.

De wet die namaakgeneesmiddelen wil bestrijden is het gevolg van de toepassing van de gedelegeerde verordening (EU) 2016/161 van de Europese Commissie van 2 oktober 2015. Die is van kracht sinds 22 oktober 2015 en zal toegepast worden op 9 februari 2019. De apothekers en ziekenhuisapothekers waren op de hoogte van de maatregelen en hebben de tijd gehad om zich voor te bereiden.

Alle apotheken, dus ook de ziekenhuisapotheken, zullen zich moeten aansluiten op het nationale verificatiesysteem voor geneesmiddelen, het Belgian Medicines Verification System, dat op zijn beurt aangesloten is op het Europese verificatiesysteem. De apothekers zullen de echtheid van de geneesmiddelen en de verpakking controleren door het scannen van een unieke code op de doos, die gekoppeld is aan een code in de database van het verificatiesysteem. De toepassing wordt momenteel getest.

We zijn ons ervan bewust dat de hervormingen organisatorische aanpassingen vereisen, maar niemand zal het belang van een veilige gezondheidszorg ontkennen.

De wet op het forfaitair maken van de honoraria wordt al jaren aangekondigd. Deze betaalmethode, de wijdst verspreide onder onze Europese buren, is al verschillende legislaturen onderwerp van discussie in ons land. Het gaat om een zeer gedeeltelijke hervorming. Ze is enkel gericht op laagvariabele zorgclusters en heeft slechts betrekking op 11% van de honoraria van de ziekenhuisverblijven.

Voor de administratieve reorganisatie heeft de sector een tegemoetkoming gekregen in de ziekenhuisfinanciering. Ze zou bestaan uit een eenmalig bedrag van 7 miljoen euro en een terugkerende som van 2,3 miljoen euro voor alle ziekenhuizen samen.

honoraires est annoncée depuis plusieurs années. Ce mode de financement est le plus répandu chez nos voisins européens et fait l'objet de débats dans notre pays depuis plusieurs législatures. La réforme est très partielle puisqu'en ne visant que les "clusters de soins à basse variabilité", elle ne touche que 11% des honoraires médicaux liés aux séjours hospitaliers. Bien sûr, cette introduction du forfait appelle une réorganisation administrative en termes de facturation et un travail de réorganisation entre les médecins spécialistes sur la répartition des forfaits.

Quant aux aspects administratifs, le secteur a obtenu une intervention dans le financement des hôpitaux. Selon mes informations, elle s'élèverait à 7 millions d'euros de manière ponctuelle et 2,3 millions de manière récurrente pour l'ensemble des hôpitaux.

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

Mme Magali Plovie (Ecolo).- Je note donc qu'il n'y a pas de concertation et que, pour la première réforme, vous estimez qu'ils ont eu le temps de s'adapter, dans la mesure où la directive date de 2011.

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Je ne peux intervenir dans les matières qui sont de la compétence exclusive de l'État fédéral. C'est à la ministre à prendre ses responsabilités. Et sachant que la directive date de 2011, on ne me fera pas croire que le secteur n'avait pas connaissance de ce texte.

Pour ce qui est de la forfaitarisation, le gouvernement fédéral n'en est qu'au début de la démarche.

Mme Magali Plovie (Ecolo).- En tant que ministre de la Santé, même si vous n'êtes pas responsable de ces deux réformes, j'imagine que vous pouvez à tout le moins attirer l'attention sur certaines difficultés que semblent rencontrer les hôpitaux bruxellois. Bien sûr, il n'y a pas ici de partage de responsabilités ou de compétences.

Mevrouw de voorzitter.- Mevrouw Plovie heeft het woord.

Mevrouw Magali Plovie (Ecolo) *(in het Frans).- Ik stel dus vast dat er geen overleg is en dat u vindt dat ze voor de eerste hervorming voldoende tijd hebben gehad om zich aan te passen.*

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College *(in het Frans).- Ik kan niet tussenbeide komen in zaken die onder de exclusieve bevoegdheid van de federale overheid vallen. Aangezien de richtlijn dateert van 2011, geloof ik niet dat de sector niet op de hoogte was van die tekst.*

Wat betreft het invoeren van de forfait, daar is de federale regering nog maar net mee begonnen.

Mevrouw Magali Plovie (Ecolo) *(in het Frans).- Ook al bent u niet verantwoordelijk voor deze twee hervormingen, in uw hoedanigheid van minister van Volksgezondheid kunt u toch op zijn minst de aandacht vestigen op bepaalde moeilijkheden die de Brusselse ziekenhuizen ondervinden.*

- L'incident est clos.

QUESTION ORALE DE MME MAGALI PLOVIE

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

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

concernant "la mise en œuvre de la réforme 107".

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

La parole est à Mme Plovie.

Mme Magali Plovie (Ecolo).- La réforme de la santé mentale à Bruxelles est en cours. Il s'agit de concrétiser le virage vers la prise en charge des patients dans leur milieu de vie, notamment à travers la mise sur pied d'équipes mobiles, ce que l'on appelle la fonction 2.

En 2010, des appels à projets pilotes ont été lancés afin de créer des réseaux dans différentes zones, ces réseaux ayant pour objectif de mettre en œuvre cinq fonctions.

- Première fonction : activités en matière de prévention, de promotion des soins en santé mentale, détection précoce, dépistage et pose d'un diagnostic ;

- fonction 2 : équipes ambulatoires de traitement intensif, aussi bien pour les problèmes psychiques aigus que chroniques ;

- fonction 3 : équipes de réhabilitation travaillant à

- Het incident is gesloten.

MONDELINGE VRAAG VAN MEVROUW MAGALI PLOVIE

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 uitvoering van de hervorming 107".

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

Mevrouw Plovie heeft het woord.

Mevrouw Magali Plovie (Ecolo) *(in het Frans).- De hervorming van de geestelijke gezondheids-zorg in Brussel is volop aan de gang. We zijn de omslag naar thuisopvang van patiënten aan het maken, namelijk door mobiele teams te organiseren, de zogenaamde functie 2.*

In 2010 was er een oproep voor proefprojecten om zorgnetwerken in verschillende zones op te richten. Die netwerken moeten vijf functies uitoefenen:

- functie 1: preventie, promotie van geestelijke gezondheidszorg, vroegdetectie, screening en diagnosestelling;

- functie 2: mobiele behandelingsteams voor acute en chronische psychische problemen;

- functie 3: teams voor psychosociale rehabilitatie

la réinsertion et à l'inclusion sociale ;

- fonction 4 : unités intensives de traitement résidentiel, aussi bien pour les problèmes psychiques aigus que chroniques, lorsqu'une hospitalisation s'avère indispensable ;

- dernière fonction : formules résidentielles spécifiques permettant l'offre de soins lorsque l'organisation des soins nécessaires à domicile ou en milieu substitutif du domicile est impossible.

Depuis le 1er janvier de cette année, un Comité de réseau régional (CRR) a été mis sur pied afin de mettre en œuvre la réforme sur l'ensemble du territoire bruxellois.

À la demande du SPF Santé publique et de la ministre fédérale de la Santé, les acteurs bruxellois planchent en ce moment sur le renforcement des équipes mobiles et essaient de finaliser une proposition.

Selon la philosophie de la réforme, celle-ci est censée se faire via le mécanisme du gel de lits. Il est cependant important, dans ce cadre, de prendre en compte les spécificités de Bruxelles telles que sa fonction de capitale - plus du quart de la patientèle provient des autres Régions -, son caractère urbain - forte précarité, concentration de populations plus sujettes aux troubles psychiatriques tels que les migrants ou les étudiants - ou encore son offre de lits psychiatriques, largement inférieure à la programmation historique.

Quelle position avez-vous défendue concernant la couverture de la fonction 2 à Bruxelles, notamment par rapport aux spécificités évoquées précédemment ? Plus particulièrement, quelle est votre position quant à la demande d'une offre spécifique concernant ces publics faite par plusieurs acteurs spécialisés (en double diagnostic, assuétudes, précarité, internés) ?

Quelles actions avez-vous entreprises à l'égard des autorités fédérales quant à la prise en compte de la situation bruxelloise ?

en sociale inclusie;

- functie 4: intensieve gespecialiseerde units voor residentiële behandeling, zowel voor acute als chronische psychische problemen indien ziekenhuisopname noodzakelijk is;

- functie 5: specifieke woonvormen met zorgaanbod als het thuismilieu of het thuisvervangende milieu niet in staat is de zorg te organiseren.

Op 1 januari 2018 werd een gewestelijk netwerkcomité in het leven geroepen dat de hervorming in het Brussels Gewest zal uitrollen.

Op vraag van de FOD Volksgezondheid en de federale minister van Gezondheid focussen de Brusselse actoren op dit moment op de versterking van de mobiele teams.

In de geest van de hervorming moet dat gebeuren door het bevriezen van psychiatrische bedden. Het is belangrijk daarbij de specifieke situatie van Brussel als hoofdstad en grootstad niet uit het oog te verliezen. Meer dan een kwart van de patiënten komt uit andere gewesten. Brussel kent bovendien een belangrijke concentratie aan armen en bevolkingsgroepen die vatbaarder zijn voor psychiatrische problemen, zoals migranten en studenten. En er is ook het historische tekort aan psychiatrische bedden.

Welk standpunt hebt u ingenomen over het uitrollen van functie 2 in Brussel, met die eigenheden in het achterhoofd? Verschillende gespecialiseerde diensten dringen aan op een specifiek hulpaanbod rond dubbele diagnoses, verslaving, armoede, internering. Wat denkt u daarover?

En wat hebt u ondernomen opdat de federale overheid rekening zal houden met de specifieke situatie van Brussel?

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

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Vous verrez, à la lecture de ces documents, que lorsqu'un dossier est, ne fût-ce que partiellement, de mon ressort, j'interviens. Pour le reste, je respecte les limites des compétences des uns et des autres.

Comme vous le savez, la Commission communautaire commune (Cocom) est, depuis le début de cette législature, très impliquée dans le développement des réseaux en santé mentale, tant pour les adultes que pour les enfants et les adolescents.

S'agissant de la réforme en santé mentale pour les adultes, le renforcement des équipes mobiles F2a et F2b en Région Bruxelloise est effectivement un défi important et conséquent. Je rappelle que, dans la réforme, la fonction F2a concerne les équipes mobiles de crise, alors que la fonction F2b concerne les équipes mobiles pour les soins de longue durée.

Comme vous l'avez dit, il s'agit de bien négocier le virage d'une prise en charge institutionnelle vers une prise en charge des patients dans leur milieu de vie, par un investissement dans les équipes mobiles. Lorsque la réforme a été lancée en 2010, le gouvernement fédéral a opté pour un financement des équipes mobiles, par le gel de lits psychiatriques hospitaliers, l'objectif initial étant de réduire l'offre institutionnelle à l'échelle nationale.

Quel positionnement défendons-nous par rapport aux spécificités bruxelloises que vous avez mises en évidence ?

Le premier défi concerne la mobilisation des ressources à partir des institutions hospitalières de la Région. Vous savez qu'à maintes reprises, j'ai souligné le manque de lits hospitaliers en psychiatrie sur notre territoire. Je rappelle souvent les évolutions démographiques de notre Région, de même que l'attractivité de nos services psychiatriques, sans oublier les caractéristiques socio-économiques de notre population.

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

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College *(in het Frans).- Zoals u weet, is de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC) van dichtbij betrokken bij het ontwikkelen van netwerken voor geestelijke gezondheidszorg, zowel voor volwassenen als voor kinderen en adolescenten.*

Wat de hervorming voor volwassenen betreft, stelt de versterking van de mobiele teams F2a - voor crisisinterventies - en F2b - voor langdurige zorg - ons in het Brussels Gewest inderdaad voor serieuze uitdagingen.

Bij de lancering van de hervorming in 2010 heeft de federale regering inderdaad gekozen voor de financiering van mobiele teams, waarbij psychiatrische bedden in ziekenhuizen bevroren werden. Initieel was het de bedoeling om dat op nationaal vlak te doen.

Welk standpunt nemen wij nu in inzake de specifieke Brusselse problematieken die u aanhaalt?

De eerste uitdaging is om middelen vrij te maken vanuit de ziekenhuizen in het gewest. Ik heb herhaaldelijk gehamerd op het gebrek aan psychiatrische ziekenhuisbedden in Brussel, waarbij ik vaak wijs op de demografische evolutie, de aantrekkingskracht van onze psychiatrische zorg en de sociaal-economische samenstelling van onze bevolking.

Het aantal psychiatrische bedden van lange duur (T-bedden) in Brussel maakt 4,89% uit van het totaal aantal bedden van dat type in heel België. Bovendien wordt het merendeel van deze bedden momenteel gebruikt voor medico-legale patiënten, die uiteraard een intensievere omkadering vereisen. Het is mijn stellige overtuiging dat het opvangen van mensen met psychische problemen een openbare dienstverlening is.

Een tweede probleem is de structurele onderschatting van het bevolkingsaantal dat je in aanmerking moet nemen voor de organisatie van de zorgen. Dat ligt veel hoger dan het aantal

Je vous livre un chiffre édifiant : les lits psychiatriques de longue durée (lits indice T) représentent à Bruxelles 4,89% de l'ensemble des lits de ce type en Belgique. En plus de cela, la plupart des lits psychiatriques de ce type sont dévolus à l'accueil d'une population médico-légale. Je ne dois pas vous expliquer que ce type de patientèle nécessite un encadrement renforcé. Mon collègue Guy Vanhengel le rappelait récemment lors d'une interpellation de Mme Goeman au sujet des mises en observation. J'insiste aussi avec fermeté sur le fait que le maintien de l'accueil de ces populations en détresse psychiatrique correspond à une mission de service publique.

Le deuxième défi concerne la sous-estimation structurelle de la population à prendre en compte pour l'organisation des soins, qui est bien supérieure à la population strictement bruxelloise inscrite au registre national et reprise dans les statistiques nationales.

Je vous donne quelques exemples de cette sous-estimation :

- seuls 73,1% des admissions en psychiatrie dans les hôpitaux bruxellois concernent des personnes résidant à Bruxelles. Les 27% restants résident donc dans les autres Régions, alors que le nombre de lits est proportionnellement dérisoire par rapport aux autres Régions ;

- la population des non-Bruxellois se rendant quotidiennement à leur travail dans la capitale (360.000 navetteurs) n'est pas comptabilisée ;

- la population des migrants sans statut qui séjournent à Bruxelles n'est pas comptabilisée. Selon les estimations, entre 0,8 et 1,4% de la population générale se trouve en séjour irrégulier en Belgique et l'on sait l'effet d'attraction de la capitale sur cette population ;

- le volume des étudiants (100.000 personnes) n'est pas pris en compte ;

- 12.500 personnes disposant du statut diplomatique ne sont pas reprises dans le registre national ;

Brusselaars dat officieel ingeschreven is.

Een paar voorbeelden van deze onderschatting:

- slechts 73,1% van de psychiatrische patiënten in Brusselse ziekenhuizen wonen in Brussel. De overige 27% komen dus uit andere gewesten, en dat terwijl het aantal beschikbare bedden belachelijk laag ligt in verhouding tot de andere gewesten;

- de niet-Brusselaars die dagelijks naar de hoofdstad pendelen (360.000 mensen) worden niet meegeteld;

- de migranten zonder wettig verblijf worden ook niet meegeteld. Zij vormen 0,8 tot 1,4% van de totale bevolking van België, maar een groot deel van verblijft in Brussel;

- het aantal studenten (100.000 mensen) wordt niet meegerekend;

- ook de 12.500 mensen met een diplomatiek statuut komen niet voor in het Rijksregister;

- er wordt geen rekening gehouden met de jaarlijkse bevolkingsaangroei van 1%.

Een derde uitdaging houdt verband met de specifieke problematieken van onze bevolking. Zoals in elke grootstad zijn er in Brussel meer mensen met psychische problemen. Bovendien staan vele gezondheidsindicatoren op rood. Om er enkele te citeren:

- de woningnood en de toegankelijkheid van huisvesting in het algemeen;

- het grote aantal migranten en nieuwkomers;

- een laag gemiddeld inkomen en een hoog werkloosheidscijfer (al is dat tot mijn tevredenheid wel aan het dalen sinds enkele jaren).

Een vierde uitdaging hangt samen met de complexiteit van de Brusselse instellingen en de veelheid aan bevoegde instanties en diensten. Dat

- on ne tient pas compte du taux d'accroissement de la population de 1% par an.

Le troisième défi est lié à notre population, dont les caractéristiques générales nous permettent d'estimer les besoins plus importants.

Outre le fait que, comme dans toute grande agglomération, la prévalence des difficultés psychiques est plus élevée en Région bruxelloise, de nombreux indicateurs des déterminants généraux de la santé y sont au rouge et les besoins y sont clairement accrus. Je ne citerai que quelques indicateurs que vous connaissez bien :

- la pénurie de logement et l'accessibilité au logement en général ;

- une importante population de migrants et de primo-arrivants ;

- des revenus par habitant faibles et des taux de chômage encore élevés, même s'ils sont en baisse depuis quelques années (et j'en suis ravi).

Une étude de Solidaris, la mutualité socialiste, vient d'ailleurs d'épingler l'impact des inégalités socio-économiques sur l'accès aux soins psychiques et leur continuité, ainsi que sur le recours à l'hospitalisation en psychiatrie et sa durée.

Le quatrième défi est lié à la complexité institutionnelle et à la multiplicité des autorités compétentes, des types de services et de leur extrême diversité. Dans bien des situations, cette richesse indéniable ralentit la mobilisation des acteurs de la problématique et l'avancée des réformes.

Le cinquième défi concerne les places en structures résidentielles en santé mentale. Outre le déficit de places en milieu hospitalier, il faut pouvoir assurer les accompagnements ambulatoires. Plus spécifiquement, c'est aussi la fonction 2b - patients chroniques présentant des risques accrus d'hospitalisation, voire d'institutionnalisation - qui nécessite des moyens accrus et adaptés afin de rencontrer ces besoins spécifiques.

zorgt voor vertraging bij de hervormingen.

Ten vijfde kampen we zoals gezegd met een tekort aan bedden in de psychiatrische zorg, waardoor ook de ambulante opvang in gevaar komt. Het gaat dan specifiek om functie 2b, chronische patiënten die het risico lopen dat ze in het ziekenhuis of in een instelling moeten worden opgenomen. Ook dat vereist de nodige aangepaste middelen.

Het gaat hier wel degelijk om een alternatief voor residentiële opvang, met het oog op thuisverblijf en sociale inclusie. Ik wil geen nieuwe, niet-toegelaten vormen van huisvesting zien opduiken die niet aan de minimumvereisten voldoen.

Net daarom investeert de GGC in een specifiek residentieel aanbod: psychiatrisch verzorgingstehuis/initiatief voor beschut wonen (PVT/IBW). Die investeringen zullen ook na deze regeerperiode voortgezet moeten worden. We moeten het gat dichten dat we bij de zesde staatshervorming erfden van de federale administratie.

Van bij het begin van de besprekingen rond de ontwikkeling van een Brussels netwerk in september 2015 heeft de GGC herhaaldelijk overleg gepleegd met de betrokken ziekenhuizen en hun federaties.

Mijn kabinet neemt ook deel aan de vergaderingen van het gewestelijke netwerkcomité en nam herhaaldelijk contact op met regionale werkgroepen die bestaande mobiele teams aan het hergroeperen zijn in onze regio.

We hebben de missie van het overlegplatform voor geestelijke gezondheidszorg aangescherpt met het oog op een vlotter verloop van de hervormingen. Mijn kabinet heeft deelgenomen aan vergaderingen en onderhandelingen tussen het netwerk, de overheid en de federale coördinatie van de hervormingen en vroeg daarbij aandacht voor de specifiek Brusselse aspecten in diverse dossiers. Het gaat met name om de mobiele teams F2A en F2b, maar ook om dossiers die hiermee samenhangen.

We zijn erin geslaagd de federale overheid te

Nous parlons bien ici d'une alternative à une approche résidentielle qui vise le maintien à domicile et l'inclusion sociale. Je ne veux pas prendre le risque de voir apparaître de nouvelles structures d'hébergement non agréées qui, pour la plupart, ne rencontrent pas les attendus minimaux pour les personnes concernées.

C'est d'ailleurs la raison pour laquelle la Cocom investit dans une offre résidentielle spécifique : maison de soins psychiatriques/initiative d'habitation protégée (MSP/IHP). Ces investissements nécessiteront d'être poursuivis à l'avenir, car l'importance des besoins ne pourra être rencontrée en une législature. Encore une fois, nous devrons combler le déficit des moyens sur la fonction 5 (offre résidentielle alternative – MSP/IHP) héritée du pouvoir fédéral dans le cadre de la sixième réforme de l'État.

Dès septembre 2015, moment du lancement des concertations pour le développement d'un réseau à Bruxelles, la Cocom a sollicité les acteurs hospitaliers de la Région et leurs fédérations à diverses reprises dans la perspective de leur mobilisation. Cela nous a permis également d'aller sur place rencontrer les acteurs du secteur dans leur quotidien et d'évaluer avec eux leurs possibilités de mobilisation ainsi que les autres enjeux auxquels ils sont confrontés.

Mon cabinet s'est investi dans le réseau lui-même, en participant comme invité aux réunions du comité de réseau régional, mais a également sollicité à plusieurs reprises certains groupes de travail régionaux consacrés à la question des mises en observation ou regroupant les équipes mobiles existantes de la Région.

Nous avons modifié les missions de la Plate-forme de concertation en santé mentale dans la perspective d'une meilleure articulation au projet de réforme. Mon cabinet a participé aux rencontres et temps de négociation entre le réseau, les autorités et la coordination fédérale de la réforme afin de défendre les spécificités bruxelloises dans de nombreux dossiers. Cela concerne la mise en place des équipes mobiles F2a et F2b, mais également des dossiers connexes.

Nous avons convaincu le pouvoir fédéral de

overtuigen om de financiering aan te houden van teams die zich bezighouden met armoede gelinkt aan psychiatrische problemen. Vanaf oktober 2018 zal de GGC haar financiële steun aan het mobiele team Maya, dat zich bekommert om mensen met dubbele diagnose, verhogen.

Bij het overleg met de federale overheid heeft de GGC telkens gewezen op de specifieke Brusselse context en de beperkingen die daaruit voortvloeien voor de betrokken diensten.

De moeilijkheden waarmee het gewest kampt, worden inmiddels onderkend. Brussel zal van de federale overheid meer geld krijgen om de mobiele teams 2a en 2b te ontwikkelen. Van de ziekenhuizen wordt vooraf wel een extra inspanning verwacht. Die inspanning is niet te onderschatten, want ze zijn erin geslaagd 23% te mobiliseren van de middelen die minimaal nodig zijn om in voldoende mobiele teams te voorzien voor het Brusselse territorium. Het gaat om 21 voltijdse equivalenten (VTE) van de 91,2 VTE's die nodig zijn. 12,5 à 13 VTE's kwamen vrij door het bevriezen van bedden, 8 VTE's via terbeschikkingstelling.

Verschillende diensten willen graag ondersteuning bieden aan de uitbouw van een netwerk van mobiele teams. Een paar diensten, onder meer psychiatrische thuisbegeleidingsdiensten verbonden aan initiatieven voor begeleid wonen (IBW), zijn specifiek geïnteresseerd in het helpen uitbouwen van het netwerk voor functie 2b. Hun expertise en locatie en hun lokale netwerken en contacten zullen daarbij zeker van pas komen.

De Brusselse partners tonen zich vol goede wil en hebben een nieuwe inschatting gemaakt van de middelen die nodig zijn voor het gewestelijke netwerk. Ze vragen nu 91,18 VTE's in plaats van 106,59 VTE's (of 86%) voor het eerste jaar. Op het einde van dat eerste jaar zal die inzet van middelen worden geëvalueerd. Indien nodig wordt die vervolgens aangepast.

Ondanks al die inspanningen kunnen de functies 2a en 2b echter alleen ontwikkeld worden mits een stevige financiële ondersteuning van de federale overheid.

maintenir le financement des équipes dédiées à la grande précarité en lien avec les troubles psychiatriques. Dès octobre 2018, la Cocom renforcera le soutien financier à l'équipe mobile Maya prenant en charge les situations de double diagnostic.

Lors des concertations avec le pouvoir fédéral, la Cocom a soutenu la mobilisation des acteurs hospitaliers mais a également souligné les limites de celle-ci en rappelant régulièrement au pouvoir fédéral les éléments du contexte bruxellois.

Bruxelles et son contexte jouissent aujourd'hui d'une reconnaissance de leurs difficultés et spécificités. Bruxelles est identifiée comme l'un des projets qui nécessitera une injection de moyens financiers fédéraux afin d'assurer le développement des équipes 2a et 2b. Cette injection de moyens financiers est conditionnée par l'État fédéral à un effort préalable des hôpitaux à la mesure de leurs moyens. Cet effort n'est pas à sous-estimer, puisque les acteurs hospitaliers ont réussi à se mobiliser à hauteur de 23% des besoins minimaux identifiés - soit 21 équivalents temps plein (ETP) sur les 91,2 ETP requis - pour lancer la couverture du territoire par les équipes mobiles. Il s'agit de 12,5 à 13 ETP via le gel de lits, et de 8 ETP via les mises à disposition.

Plusieurs services actifs dans le cadre de cette mission mobile souhaitent participer à cette aventure en servant de support au développement de la couverture régionale. D'autres acteurs, comme les soins psychiatriques pour personnes séjournant à domicile (SPAD), liés aux initiatives d'habitation protégée (IHP), ont explicitement manifesté leur intérêt à prendre part au processus de couverture F2b. Leur expertise et leur implantation, ainsi que leurs réseaux locaux et contacts, peuvent constituer un support facilitateur, voire déterminant dans le développement de la couverture régionale et le maillage avec les autres services.

Les acteurs bruxellois du secteur ont également fait preuve de maturité dans leurs demandes, non seulement en se mobilisant, mais également en réévaluant au plus juste les moyens nécessaires pour initier la couverture régionale. Ils sollicitent en effet un objectif en ETP moindre pour la

In het Brussels Gewest zijn verschillende mobiele teams op poten gezet voor specifieke doelgroepen: geïnterneerden, armen, mensen met dubbele diagnose, mentale handicap en psychiatrische problemen. Die teams genieten van specifieke financiële middelen. Het gewest heeft erop aangedrongen om die mobiele teams bij de besprekingen rond het gewestelijke netwerk te betrekken.

Die gespecialiseerde teams moeten worden ingeschakeld bij de ontwikkeling van het netwerk voor de functies 2a en 2b. Zo kunnen zij helpen om hun moeilijker bereikbare doelgroep binnen het bereik te krijgen van het nieuwe netwerk.

De gespecialiseerde teams en de teams F2a en F2b kunnen ook samen optreden, onderlinge overdrachten organiseren of elkaar ondersteunen als er specifieke interventies nodig zijn. Bij de ontwikkeling van de teams F2a en F2b moet rekening worden gehouden met de door de gespecialiseerde teams vastgestelde noden. Sommige van die teams hebben meer middelen nodig om hun doelgroepen te bedienen. Dat bleek uit een doorlichting.

De komende maanden zullen er samenwerkings-akkoorden worden ontwikkeld tussen de gespecialiseerde teams en de teams F2a en F2b. Dat gebeurt in de gewestelijke werkgroep F2 van het Brusselse overlegplatform voor geestelijke gezondheidszorg.

Tijdens de doorlichting van het gespecialiseerde aanbod dook ook de vraag op naar een team dat zich focust op gespecialiseerde hulp aan een specifieke groep verslaafden die een groot risico loopt op isolement. De doelgroepen van verslaafden en geïnterneerden zijn al geruime tijd vertegenwoordigd in de netwerkcomités van alle Psy107-projecten.

Op 18 juni 2018 hebben de federale overheid en de federale coördinatoren van de hervorming gezamenlijk gewezen op de noodzaak om rekening te houden met de hele Brusselse context. Daarbij verwezen ze naar de versterking van functie 4 (psychiatrische behandeling in ziekenhuizen) en van de mobiele diensten voor specifieke

première année - 91,18 contre 106,59 ETP, soit 86% des moyens minimaux -, avec une réévaluation au terme de la première année de fonctionnement, basée tant sur l'expérience des services que sur une approche épidémiologique. Le but est de mieux rencontrer les besoins de la population et d'ajuster le tir si nécessaire, notamment au niveau de la répartition des moyens dans la Région. Les acteurs bruxellois, on le voit, se mobilisent bien au-delà de ce qui est attendu.

Malgré tous ces efforts, le développement des fonctions F2a et F2b ne pourra se faire qu'avec un important soutien financier de l'État fédéral.

En Région bruxelloise, plusieurs équipes mobiles ont été développées pour des publics cibles : internement, précarité, double diagnostic, handicap mental et troubles psychiatriques. Celles-ci sont compétentes pour l'ensemble de la Région bruxelloise et bénéficient de financements spécifiques. Le réseau bruxellois a sollicité ces dispositifs mobiles pour les inclure dans la réflexion à l'occasion de la formalisation de son plan de couverture régionale.

En effet, ces dispositifs contribuent à desservir la population de la Région, et notamment des publics connus pour présenter une accessibilité moindre. Si les accompagnements déployés par ces équipes nécessitent des liens avec les autres fonctions, ces équipes doivent également bénéficier d'articulations facilitées avec les autres dispositifs mobiles existants ou projetés sur la deuxième fonction. Le développement du réseau généraliste F2a et F2b doit s'accompagner d'équipes spécialisées, notamment pour réaliser l'accessibilité à ces publics dans la perspective de leur réinscription dans des circuits généralistes.

Les équipes spécialisées pour les publics cibles et les équipes F2a ou 2b sont susceptibles, par exemple, de mener des interventions communes - par exemple, l'Antenne précarité peut passer le relais à une équipe relevant du Plan Housing First ou une équipe 2b pour un usager admis en maison d'accueil -, d'organiser des passages de relais entre elles - par exemple, Eolia vers une équipe 2b pour un usager venant de recevoir sa libération définitive - ou encore de s'offrir en support pour un usager suivi par une équipe F2 généraliste

doelgroepen.

De federale overheid wil dat er verder nagedacht wordt over de versterking van functie 4. Wat de specifieke doelgroepen betreft, moet het bestaande gespecialiseerde aanbod toegevoegd worden aan het nieuwe mobiele aanbod 2a-2b, zodat de kwetsbare groepen die vaak uitgesloten worden, maximaal bereikt kunnen worden. Net daarom zijn wij geen voorstander van het samensmelten van de twee soorten diensten, zoals soms wordt overwogen. Anders verliezen we misschien dat deel van de doelgroep dat nood heeft aan een gespecialiseerde aanpak.

De voorstellen van het Brusselse netwerk in het kader van de uitbreiding van het netwerk Psy107 in Brussel, werden op 22 juni voorgelegd aan de federale overheid.

Ik volg dit dossier al van bij het begin van deze regeerperiode en ik neem elke gelegenheid te baat om het belang van alle Brusselaars te verdedigen en te ijveren voor de kwaliteitsvolle zorg die het gewest nodig heeft.

lorsque celui-ci nécessite des interventions spécifiques.

Les constats et les besoins identifiés par ces dispositifs spécialisés doivent être considérés minutieusement à l'occasion du développement des équipes 2a et 2b. Vous devez savoir que les équipes pour publics spécifiques ont été sondées sur l'évaluation des moyens dont elles disposent au regard de la population qu'elles desservent. Certaines nécessitent des renforcements pour répondre aux besoins identifiés.

Nous étudions, par ailleurs, au niveau de la Cocom, comment mieux soutenir à l'avenir certaines équipes spécifiques. Nous avons aussi noté la nécessité de mieux les articuler aux dispositifs généralistes et aux équipes mobiles 2a et 2b. Je vous informe que le développement d'accords de collaboration entre équipes spécialisées et équipes F2a et F2b sera spécifiquement examiné dans les prochains mois au sein du groupe de travail régional F2 de la Plate-forme bruxelloise de concertation en santé mentale.

À l'occasion de cet état des lieux de l'offre spécialisée, une demande de développement d'une équipe pour le public souffrant d'assuétudes a été formulée pour rencontrer les besoins d'une partie de ce groupe cible présentant un risque majeur d'abandon et nécessitant une approche spécialisée. Les groupes cibles "internement" et "assuétudes" sont, depuis de nombreuses années, représentés au sein des comités de réseau de tous les projets Psy107.

Pour conclure, le 18 juin dernier, les autorités fédérales et la coordination fédérale de la réforme ont conjointement souligné, à l'égard du réseau bruxellois, la nécessité de prendre en compte le contexte dans son ensemble, avec l'évocation de l'intensification de la fonction 4 (soins psychiatriques en milieu hospitalier) et des offres mobiles pour publics spécifiques.

Le pouvoir fédéral souhaite par ailleurs que la réflexion sur l'intensification de cette fonction 4 se poursuive et fasse l'objet d'un traitement ultérieur. Quant aux publics spécifiques, outre l'offre déjà existante, il est rappelé que l'offre mobile 2a-2b

doit pouvoir les inclure, afin de maximiser l'accès à ces publics vulnérables qui tendent à être exclus.

Des modalités d'intégration des offres spécialisées à l'offre généraliste F2 sont parfois envisagées, mais il nous semble que le maintien, voire le renfort de ces offres spécialisées articulées à l'offre généraliste F2 constitue la voie à suivre afin de ne pas perdre la partie des groupes cibles nécessitant des expertises et des stratégies spécifiques.

Les propositions du réseau bruxellois, dans le cadre de l'extension du réseau Psy107 bruxellois, ont été exposées aux autorités fédérales le 22 juin avec, comme je l'ai dit, des propositions et demandes pour garantir une offre mobile F2a et F2b sur l'ensemble du territoire, alliant l'ensemble des acteurs, tant hospitaliers qu'ambulatoires.

Vous l'aurez compris, je suis ce dossier depuis le début de cette législature et je ne rate aucune occasion pour défendre les intérêts de tous les Bruxellois, et garantir une qualité de prestation de soins à la hauteur des besoins de notre Région.

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

Mevrouw de voorzitter.- Mevrouw Plovie heeft het woord.

Mme Magali Plovie (Ecolo).- L'établissement de cette note demandée par le niveau fédéral est donc en bonne voie. Il serait intéressant d'en savoir plus sur le calendrier et l'avancement de cette note.

Mevrouw Magali Plovie (Ecolo) *(in het Frans).- U werkt dus volop aan de nota waar de federale overheid om gevraagd heeft. Kunnen we iets meer weten over de timing?*

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- C'est en cours de négociation. Le gouvernement fédéral devra à un moment donné mettre de l'argent sur la table, mais je n'ai pas encore de réponse à cet égard. Nous verrons le résultat quand nous aurons l'argent.

- L'incident est clos.

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College *(in het Frans).- Op een bepaald moment moet de federale overheid over de brug komen met geld, maar ik heb daar nog geen duidelijkheid over.*

- Het incident is gesloten.