



**PARLEMENT BRUXELLOIS
BRUSSELS PARLEMENT**

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

**Commission de la santé
et de l'aide aux personnes**

**RÉUNION DU
JEUDI 8 JUILLET 2021**

SESSION 2020-2021

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

**Commissie voor de Gezondheid
en Bijstand aan Personen**

**VERGADERING VAN
DONDERDAG 8 JULI 2021**

ZITTING 2020-2021

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 de la direction des comptes rendus. 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
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 directie Verslaggeving. De vertaling is een samenvatting.

Publicatie uitgegeven door het
Brussels Hoofdstedelijk Parlement
Directie Verslaggeving
Tel. 02 549 68 02
E-mail criv@parlement.brussels

De verslagen kunnen geraadpleegd worden op
www.parlement.brussels

SOMMAIRE

DÉBAT D'ACTUALITÉ	1
La politique de vaccination anti-Covid-19 du Collège réuni	
Orateurs :	
Mme Céline Fremault (cdH)	
Mme Viviane Teitelbaum (MR)	
M. Gilles Verstraeten (N-VA)	
M. Jan Busselen (PVDA)	
M. Ibrahim Dönmez (PS)	
Mme Magali Plovie (Ecolo)	
Mme Marie Nagy (DéFI)	
M. Alain Maron, membre du Collège réuni	
Question orale de M. Gilles Verstraeten	16
à Mme Elke Van den Brandt et à M. Alain Maron, membres du Collège réuni chargés de l'action sociale et de la santé,	
concernant "la fermeture éventuelle du centre pour demandeurs d'asile du Samusocial à Neder-Over-Heembeek".	
Question orale de M. David Leisterh	17
à Mme Elke Van den Brandt et à M. Alain Maron, membres du Collège réuni chargés de l'action sociale et de la santé,	
concernant "le taux de vaccination du personnel dans les MR et MRS bruxelloises".	
Question orale de M. Jan Busselen	20

INHOUD

ACTUALITEITSDEBAT	1
Het Covid-19-vaccinatiebeleid van het Verenigd College	
Sprekers:	
Mevrouw Céline Fremault (cdH)	
Mevrouw Viviane Teitelbaum (MR)	
De heer Gilles Verstraeten (N-VA)	
De heer Jan Busselen (PVDA)	
De heer Ibrahim Dönmez (PS)	
Mevrouw Magali Plovie (Ecolo)	
Mevrouw Marie Nagy (DéFI)	
De heer Alain Maron, lid van het Verenigd College	
Mondelinge vraag van de heer Gilles Verstraeten	16
aan mevrouw Elke Van den Brandt en aan de heer Alain Maron, leden van het Verenigd College, bevoegd voor Welzijn en Gezondheid,	
betreffende "de mogelijke sluiting van het asielcentrum van New Samusocial in Neder-Over-Heembeek".	
Mondelinge vraag van de heer David Leisterh	17
aan mevrouw Elke Van den Brandt en de heer Alain Maron, leden van het Verenigd College, bevoegd voor Welzijn en Gezondheid,	
betreffende "het vaccinatiepercentage van het personeel in de Brusselse RH's en RVT's".	
Mondelinge vraag van de heer Jan Busselen	20

à Mme Elke Van den Brandt et à M. Alain Maron, membres du Collège réuni chargés de l'action sociale et de la santé,		aan mevrouw Elke Van den Brandt en aan de heer Alain Maron, leden van het Verenigd College, bevoegd voor Welzijn en Gezondheid,	
concernant "l'annonce de licenciements dans les maisons de repos et les maisons de repos et de soins".		betreffende "de aangekondigde ontslagen in rusthuizen en rust- en verzorgingstehuizen".	
Question orale de Mme Delphine Chabbert	24	Mondelinge vraag van mevrouw Delphine Chabbert	24
à Mme Elke Van den Brandt et à M. Alain Maron, membres du Collège réuni chargés de l'action sociale et de la santé,		aan mevrouw Elke Van den Brandt en de heer Alain Maron, leden van het Verenigd College, bevoegd voor Welzijn en Gezondheid,	
concernant "la problématique du syndrome méditerranéen dans le cadre de la pandémie".		betreffende "het probleem van het mediterrane syndroom in de context van de pandemie".	
Question orale de M. David Leisterh		Mondelinge vraag van de heer David Leisterh	
à Mme Elke Van den Brandt et M. Alain Maron, membres du Collège réuni chargés de l'action sociale et de la santé,	27	aan mevrouw Elke Van den Brandt en de heer Alain Maron, leden van het Verenigd College, bevoegd voor Welzijn en Gezondheid,	27
concernant "la vaccination des professions non médicales à risque".		betreffende "de vaccinatie van niet-medische risicoberoepen".	
Question orale de Mme Delphine Chabbert	29	Mondelinge vraag van mevrouw Delphine Chabbert	29
à Mme Elke Van den Brandt et M. Alain Maron, membres du Collège réuni chargés de l'action sociale et de la santé,		aan mevrouw Elke Van den Brandt en de heer Alain Maron, leden van het Verenigd College, bevoegd voor Welzijn en Gezondheid,	
concernant "le projet Alcov et les relais d'action de quartier (RAQ)".		betreffende "het Alcov-project en de wijkactiepunten".	
Question orale de Mme Delphine Chabbert	32	Mondelinge vraag van mevrouw Delphine Chabbert	32
à Mme Elke Van den Brandt et M. Alain Maron, membres du Collège réuni chargés de l'action sociale et de la santé,		aan mevrouw Elke Van den Brandt en de heer Alain Maron, leden van het Verenigd College, bevoegd voor Welzijn en Gezondheid,	
concernant "les analyses-diagnostics et le développement des contrats locaux social-santé".		betreffende "de diagnostische analyses en de ontwikkeling van de lokale welzijns- en gezondheidscontracten".	
Question orale de Mme Delphine Chabbert	35	Mondelinge vraag van mevrouw Delphine Chabbert	35

à Mme Elke Van den Brandt et M. Alain Maron, membres du Collège réuni chargés de l'action sociale et de la santé, concernant "les préoccupations en matière de santé dans le cadre du plan LGBTQIA+". Question orale de Mme Magali Plovie	38	aan mevrouw Elke Van den Brandt en de heer Alain Maron, leden van het Verenigd College, bevoegd voor Welzijn en Gezondheid, betreffende "het aspect gezondheid in het kader van het LGBTQIA+-plan". Mondelinge vraag van mevrouw Magali Plovie	38
à Mme Elke Van den Brandt et à M. Alain Maron, membres du Collège réuni chargés de l'action sociale et de la santé, concernant "l'évaluation des projets du plan de relance en santé mentale". Demande d'explications de M. David Leisterh	41	aan mevrouw Elke Van den Brandt en de heer Alain Maron, leden van het Verenigd College, bevoegd voor Welzijn en Gezondheid, betreffende "de evaluatie van de projecten van het herstelplan op het vlak van geestelijke gezondheid". Vraag om uitleg van de heer David Leisterh	41
à Mme Elke Van den Brandt et à M. Alain Maron, membres du Collège réuni chargés de l'action sociale et de la santé, concernant "l'administration d'une troisième dose de vaccin". Discussion – Orateurs : M. David Leisterh (MR) M. Alain Maron, membre du Collège réuni		aan mevrouw Elke Van den Brandt en de heer Alain Maron, leden van het Verenigd College, bevoegd voor Welzijn en Gezondheid, betreffende "de toediening van een derde dosis van het vaccin". Bespreking – Sprekers: De heer David Leisterh (MR) De heer Alain Maron, lid van het Verenigd College	
Question orale de Mme Delphine Chabbert	44	Mondelinge vraag van mevrouw Delphine Chabbert	44
à Mme Elke Van den Brandt et à M. Alain Maron, membres du Collège réuni chargés de l'action sociale et de la santé, concernant "le plan d'action spécifique aux familles monoparentales". Question orale de Mme Françoise Schepmans	48	aan mevrouw Elke Van den Brandt en de heer Alain Maron, leden van het Verenigd College, bevoegd voor Welzijn en Gezondheid, betreffende "het specifieke actieplan voor eenoudergezinnen". Mondelinge vraag van mevrouw Françoise Schepmans	48
à Mme Elke Van den Brandt et à M. Alain Maron, membres du Collège réuni chargés de l'action sociale et de la santé concernant "la polymédication chez nos aînés".		aan mevrouw Elke Van den Brandt en de heer Alain Maron, leden van het Verenigd College, bevoegd voor Welzijn en Gezondheid, betreffende "de multimediatie bij onze senioren".	

103 Présidence : M. Ibrahim Dönmez, président.

105 DÉBAT D'ACTUALITÉ

107 *La politique de vaccination anti-Covid-19 du Collège réuni*

109 **Mme Céline Fremault (cdH).**- Le 6 juillet, lors de la conférence de presse de la Cocom, Mme Neven annonçait que la couverture vaccinale de 70 % ne sera pas atteinte pour la mi-juillet, contrairement à ce qui a été relayé à de nombreuses reprises au sein de notre assemblée.

En effet, la Région bruxelloise a un taux de vaccination en première dose pour les 18 ans et plus de seulement 56 % contre 85 % pour la Flandre et 74 % en Wallonie. De plus, l'objectif des 70 % n'est également pas atteint pour le personnel soignant travaillant à Bruxelles, avec 57 % du personnel des maisons de repos vaccinés et 65 % du personnel hospitalier. Ces chiffres sont particulièrement interpellants puisque ces soignants sont au contact de personnes extrêmement fragilisées, qui ont déjà payé un lourd tribut lors de cette crise.

Le faible taux de vaccination bruxellois amène à constater l'échec des campagnes incitatives et de la stratégie des grands centres de vaccination qui n'auront jamais atteint leurs capacités maximales malgré les moyens investis.

Nous savons que les moyens

(Inaudible)

sauf pour certains d'entre eux, puisque vous avez répondu à des questions écrites en détaillant les frais.

La conférence de presse de lundi dernier indiquait un changement de stratégie, avec l'arrêt de l'administration des premières doses en centre de vaccination dès la fin juillet, et la fermeture de centres pour septembre afin de favoriser les actions locales.

Au cdH, nous sommes toujours restés sur la même ligne, en encourageant le développement et la multiplication de plus petits centres de vaccination, considérant que la question de la proximité était une clé pour la réussite de la vaccination mais le gouvernement n'a pas suivi cette approche.

111 Quels sont les centres de vaccination qui fermeront d'ici septembre ? Quelles seront les modalités de prise de rendez-vous à la suite de la fermeture de ces centres ? Comment les actions locales seront-elles menées ? Combien de temps a-t-on réellement perdu ? Comment la population sera-t-elle informée ? En effet, ce changement de stratégie va nécessiter une nouvelle communication alors que celle-ci a déjà été très laborieuse au début du processus de vaccination.

113 **Mme Viviane Teitelbaum (MR).**- La campagne de vaccination ne semble pas avoir les effets escomptés. Selon les déclarations

Voorzitterschap: de heer Ibrahim Dönmez, voorzitter.

ACTUALITEITSDEBAT

Het Covid-19-vaccinatiebeleid van het Verenigd College

Mevrouw Céline Fremault (cdH) (in het Frans).- Op 6 juli kondigde het hoofd van de Brusselse gezondheidsinspectie, mevrouw Neven, aan dat Brussel de beoogde vaccinatiegraad van 70% tegen midden juli niet zal halen. Slechts 56% van de meerderjarige Brusselaars is immers gevaccineerd.

Bovendien wordt de vaccinatiegraad van 70% bij het Brusselse zorgpersoneel evenmin behaald. Dat is zorgwekkend, want zij staan in contact met bijzonder kwetsbare personen.

We kunnen niet anders dan vaststellen dat de informatiecampagnes en de vaccinatiestrategie van het gewest hebben gefaald.

Nu wordt er een koerswijziging aangekondigd, waarbij de vaccinatiecentra niet langer eerste dosissen zullen toedienen en in september helemaal sluiten. De nadruk komt op lokale acties te liggen.

Het cdH heeft altijd gepleit voor meer kleinere vaccinatiecentra, die voor iedereen vlot bereikbaar zijn.

Welke vaccinatiecentra sluiten tegen september? Hoe moet er nadien een afspraak voor vaccinatie worden gemaakt? Hoe worden de lokale acties opgevat? Hoeveel tijd ging er verloren? Hoe licht u de bevolking in over die koerswijziging?

Mevrouw Viviane Teitelbaum (MR) (in het Frans).- In de pers stelde mevrouw Neven dat we geen 70% maar 60%

de Mme Neven à la presse, nous n'atteindrions pas le taux de 70 %, mais plutôt d'environ 60 %.

Nous apprenons par ailleurs par voie de presse qu'étant donné les réticences des jeunes à se faire vacciner, la Cocom a décidé de revoir à la baisse le nombre de premières doses pour cette semaine et la suivante, et de commencer à fermer certains centres dès la fin du mois de juillet pour ne maintenir que trois ou quatre centres ouverts à la fin août. Les médecins sont vraiment inquiets de cette décision.

Mme Neven a indiqué qu'elle privilégierait à présent les actions locales, comme les équipes mobiles, les antennes locales ou éphémères, les maisons médicales et les médecins ou les bus de vaccination. Si j'ai bien compris, cela serait testé dès ce jeudi.

Qu'est-ce qui permet à Mme Neven de dire que le taux de vaccination sera de 60 % à la mi-juillet ? Actuellement, ce taux est à moins de 50 % de la population totale et à 57 % pour les 18 ans et plus. La Flandre est à plus de 70 % de la population totale et à 85 % pour les 18 ans et plus.

Certains proposent de rendre la vaccination pour le personnel soignant obligatoire, comme évoqué par Mme Fremault.

¹¹⁵ Pourquoi avoir décidé d'arrêter l'injection de ces premières doses de vaccin fin juillet ? Quels centres resteront ouverts et jusqu'à quand ? Sera-t-il encore possible de prendre rendez-vous via Bruvax et, le cas échéant, qu'advient-il de la plateforme ? Les centres seront-ils entièrement démontés ? Comment les citoyennes et les citoyens seront-ils informés des nouvelles possibilités mises en place ? Je pense notamment aux antennes de vaccination éphémères. Comment aiderez-vous les médecins à mettre sur pied ces nouvelles stratégies de vaccination ?

¹¹⁷ **M. Gilles Verstraeten (N-VA)** (en néerlandais).- *L'ambition irréaliste de vacciner 70 % des Bruxellois pour la mi-juillet a été ramenée à 60 % lors de la conférence de presse de lundi dernier. Au niveau fédéral, la task force vaccination s'attend à ce que ce chiffre ne soit atteint qu'à la fin juillet à Bruxelles, alors qu'en Flandre et en Wallonie, respectivement 90 % et 88 % des adultes auront reçu une première dose de vaccin. L'écart entre Bruxelles et la Flandre ne cesse de se creuser.*

Je m'inquiète de l'apparition du variant delta, combinée aux récents assouplissements et au faible taux de vaccination dans certaines communes, comme Saint-Josse-ten-Noode et Molenbeek-Saint-Jean, où l'on n'a pas encore vacciné la moitié de la population. Même chose pour le personnel soignant des maisons de repos, ce qui vous amène à préconiser la vaccination obligatoire : j'y vois un aveu de faiblesse.

gevaccineerden zouden halen in het gewest. Gezien de geringe vaccinatiebereidheid bij jongeren, worden er minder eerste prikken gepland. Sommige centra zouden vanaf juli sluiten, zodat er tegen eind augustus nog maar drie of vier zouden overblijven. Artsen maken zich daar grote zorgen over.

Waarop baseert mevrouw Neven zich om te stellen dat de Brusselse bevolking midden juli voor 60% gevaccineerd zal zijn? Momenteel is de vaccinatiegraad minder dan 50% voor de totale bevolking, en 57% voor de 18-plussers. In Vlaanderen gaat het respectievelijk om 70% en 85%.

Er gaan stemmen op om de vaccinatie verplicht te maken voor het zorgpersoneel.

Welke centra zullen openblijven en tot wanneer? Zullen de burgers zich nog via Bruvax kunnen inschrijven? Hoe worden ze ingelicht over de nieuwe vaccinatiemogelijkheden, zoals de tijdelijke centra? Krijgen de artsen steun om deze nieuwe vaccinatiestrategie op poten te zetten?

De heer Gilles Verstraeten (N-VA).- In juni meldde de GGC dat de Brusselse vaccinatiecampagne in een laatste rechte lijn zit, maar zoals verwacht en voorspeld was dat veel te voorbarig. De onrealistische ambitie om 70% van de Brusselaars tegen midden juli te vaccineren werd maandag tijdens de persconferentie door mevrouw Neven, het hoofd van de Brusselse gezondheidsinspectie, bijgesteld naar 60%.

De federale taskforce Vaccinatie, die de evolutie tot nu toe altijd correct kon voorspellen, verwacht dat het cijfer van 60% in Brussel pas tegen eind juli zal worden gehaald. Tegelijkertijd zullen tegen die tijd wellicht ongeveer 90% van de volwassenen in Vlaanderen en 88% in Wallonië een eerste prik hebben gekregen. Die kloof van 30% tussen Brussel en Vlaanderen is er nu al, aangezien volgens de website van Sciensano de vaccinatiegraad in Brussel en Vlaanderen respectievelijk 57% en 86% bedraagt. De kloof wordt allicht alleen maar groter, want de laatste keer dat ik u ondervroeg, bedroeg ze nog 25%.

Vandaag stijgt het aantal besmettingen opnieuw en is meer dan de helft van de nieuwe besmettingen te wijten aan de enorm besmettelijke deltavariant. Ik maak me ongerust over de combinatie van de opgang van de deltavariant, de recente

119 *Il faut aussi tenir compte des départs et des retours de voyageurs. Il est clair que votre campagne de sensibilisation est tardive et inefficace.*

Le taux de vaccination doit augmenter rapidement : comment comptez-vous y parvenir, en particulier dans les communes bruxelloises les plus pauvres ? Ce n'est en tout cas pas le moment de réduire nos capacités de vaccination.

121 **M. Jan Busselen (PVDA)** (en néerlandais).- *Mme Neven a donc déclaré récemment que même le 18 juillet, le taux de vaccination de 70 % ne serait pas atteint à Bruxelles. Je m'étonne une fois de plus qu'elle soit beaucoup plus présente que vous dans les médias lorsqu'il s'agit d'annoncer de mauvaises nouvelles.*

Entre-temps, la situation se dégrade. Tout retard entraîne un risque d'apparition d'un nouveau variant, potentiellement résistant au vaccin.

Nous accusons un retard important par rapport à la Flandre et à la Wallonie, puisque seulement 62 % des personnes âgées de 45 à 50 ans ont reçu une première dose de vaccin, pour ne rien dire des jeunes. D'après Sciensano, le taux de vaccination des adultes n'est que de 45 à 50 % dans les communes les plus pauvres. Votre politique est une fois de plus inefficace pour réduire l'inégalité sociale. La vaccination est en cours depuis six mois, et vous n'anticipez toujours pas.

123 *Comment expliquez-vous ce retard ? Est-ce la faute des personnes, des jeunes, des résidents de maisons de repos ? Ou plutôt celle de votre politique ? À part les vidéos promotionnelles, qu'avez-vous fait pour les jeunes ?*

versoepelingen en de lage vaccinatiegraad in bepaalde Brusselse gemeenten, zoals Sint-Joost-ten-Node en Sint-Jans-Molenbeek, waar nog niet de helft van de volwassenen gevaccineerd is. Ook is volgens mevrouw Neven vandaag amper 55% van het personeel in de rusthuizen gevaccineerd. Gezien dat dramatisch lage cijfer, bent u nu voorstander van een verplichte vaccinatie van het verplegend personeel. In mijn ogen is dat een zwaktebod.

Intussen moeten we rekening houden met de vele mensen die op reis vertrekken en met de terugkerende reizigers. Het is duidelijk dat uw bewustmakingscampagne te laat op gang is gekomen en tekortschiet. De vaccinatiegraad moet zo snel mogelijk omhoog. Nu de vaccinatiecapaciteit afbouwen, lijkt me een slecht idee.

Dit lijkt wel een déjà vu. Vorig jaar werd de testcapaciteit afgebouwd, wat ons tijdens de zomer zeer duur kwam te staan.

Met welke concrete maatregelen zult u de vaccinatiegraad zo snel mogelijk opkrikken, in het bijzonder in de armere Brusselse gemeenten?

De heer Jan Busselen (PVDA).- In Brussel zal de vaccinatiegraad van 70% dus niet gehaald worden tegen 11 juli. Mevrouw Neven, hoofd van de Brusselse gezondheidsinspectie, stelde recent 18 juli als streefdatum voorop, maar voegde er meteen aan toe dat allicht ook die datum niet haalbaar zal zijn. Het valt overigens op dat mevrouw Neven veel vaker in de pers te horen is dan u als er nieuws moet worden gemeld over zaken die niet goed lopen.

Een paar weken kunnen er een paar te veel zijn. Het aantal besmettingen stijgt opnieuw. Brussel heeft nu code geel, maar vandaag werd aangekondigd dat we weer op code oranje zullen overschakelen als de toestand zo blijft evolueren. Bij elke vertraging neemt het risico toe dat er een nieuwe variant opduikt. We kunnen alleen maar hopen dat die variant niet resistent zal zijn voor de vaccins die nu op de markt zijn.

Niet alleen bij jongeren blijft de vaccinatiegraad laag, ook bij de 45- tot 50-jarigen zitten we vandaag nog maar aan 62% eerste dosissen. In vergelijking met Vlaanderen en Wallonië hinken we sterk achterop.

In de cijfers van Sciensano valt echter ook op dat de arme gemeenten nog steeds minder bereikt worden. Sint-Joost-ten-Node, Sint-Jans-Molenbeek, Anderlecht, Koekelberg, Brussel-Stad en Schaarbeek schommelen allemaal rond een vaccinatiegraad van 45 à 50% voor de 18-plussers. Opnieuw slaagt u er niet om de impact van de sociale ongelijkheid die in Brussel bestaat, door uw beleid te temperen. Het probleem blijft aanslepen en zelfs na een halfjaar vaccineren, anticipeert u daar niet op.

Hoe verklaart u de Brusselse achterstand? In de pers vernemen we dat het vooral de schuld van de mensen zelf zou zijn, van de jongeren en van sommige rusthuisbewoners.

Quelles actions comptez-vous mener aujourd'hui pour rattraper le retard ?

(Mme Farida Tahar, première vice-présidente, prend place au fauteuil présidentiel)

¹²⁷ **M. Ibrahim Dönmez (PS)**.- De nombreux changements dans la politique vaccinale de la Région sont en train de se produire, et ils sont les bienvenus. Je souhaiterais obtenir quelques précisions sur la vaccination des jeunes de 12 à 15 ans.

Lundi soir, le Conseil supérieur de la santé a remis un avis aux autorités compétentes, dans lequel il préconise le libre choix. Il insiste pour que celui-ci soit éclairé. En conséquence, la vaccination va-t-elle s'ouvrir à cette tranche d'âge ? Dans l'affirmative, quand ?

Il semblerait que les jeunes soient assez réticents à la vaccination. Une stratégie d'information et d'incitation visant ce public sera-t-elle élaborée ?

Le personnel des maisons de repos est vacciné à hauteur de 54 % seulement et le personnel hospitalier, à hauteur de 63 %. Au vu des risques sanitaires propres à ces établissements, le débat est ouvert quant à l'obligation de vaccination pour leur personnel. Selon vous, une telle obligation doit-elle être imposée ?

Dorénavant, les Bruxellois peuvent se faire vacciner sans rendez-vous. Ils peuvent aussi choisir le type de vaccin en fonction de l'horaire et du lieu choisis. Pourquoi avoir opté pour cette stratégie ? Est-elle efficace ?

Parallèlement, les sans-papiers peuvent se rendre dans n'importe quel centre pour se faire vacciner. Leur anonymat est garanti. Avons-nous le recul nécessaire pour savoir s'ils se font davantage vacciner ?

La presse annonce l'arrêt de la première dose, la diminution du nombre de centres et la réorientation vers des opérateurs beaucoup plus locaux en collaboration avec les communes. Parleriez-vous d'un changement global de la stratégie vaccinale de la Région ? Pouvez-vous nous donner des précisions sur cette nouvelle stratégie ? Quel est le nombre de petites antennes communales ainsi créées ?

(M. Ibrahim Dönmez, président, reprend place au fauteuil présidentiel)

Is het niet het beleid dat is tekortgeschoten? Wat hebt u, naast de promotiefilmpjes, concreet voor de jongere bevolkingsgroepen ondernomen? U zegt met jeugdorganisaties samen te werken. Wat houdt die samenwerking concreet in?

Welke conclusies trekt u uit het feit dat de vaccinatiegraad in de armere gemeenten ondanks alle initiatieven achterop blijft hinken? Wat zult u vandaag, en niet in september, ondernemen om de achterstand in te halen?

(Mevrouw Farida Tahar, eerste ondervoorzitter, treedt als voorzitter op)

De heer Ibrahim Dönmez (PS) (in het Frans).- Hoe zit het met de vaccinatie van de 12- tot 15-jarigen? Gaat de vaccinatie van die leeftijdsgroep binnenkort van start?

Wordt er gewerkt aan een strategie om jongeren te overtuigen? Vindt u dat het zorgpersoneel verplicht moet worden om zich te laten vaccineren?

Voortaan hoeven de Brusselaars geen afspraak meer te maken. Ook kunnen ze hun vaccin kunnen kiezen op basis van het tijdstip en de locatie. Waarom is er voor die aanpak gekozen?

Mensen zonder papieren kunnen zich in elk vaccinatiecentrum aanmelden. Hun anonimiteit wordt er gegarandeerd. Loopt de vaccinatie van die doelgroep daardoor al vlotter?

Komt er een globale aanpassing van de gewestelijke vaccinatiestrategie? Hoeveel lokale vaccinatiepunten zullen er worden ingericht?

(De heer Ibrahim Dönmez, voorzitter, treedt opnieuw als voorzitter op)

131 **Mme Magali Plovie (Ecolo).**- Certains collègues font des comparaisons entre Bruxelles et les autres Régions. Je me demande si cela est adéquat, sachant que Bruxelles possède des spécificités propres aux grandes villes. Partagez-vous cette analyse ?

En revanche, il faut poursuivre le travail pour augmenter la couverture vaccinale, et ce, auprès d'une population qui est peu, ou moins, encline à se faire vacciner. Un travail de sensibilisation, adapté selon les quartiers ou les personnes, doit se poursuivre auprès de ces populations. Il faut aller hors les murs (outreach) et procurer des informations accessibles à tous au plus près des personnes, dans les communes.

Qu'est-il mis en œuvre en ce sens ? Quelle stratégie a été décidée pour les prochaines semaines du point de vue des actions hors les murs, de la sensibilisation et de l'information au plus près de la population ?

132 **Mme Marie Nagy (DéFI).**- Comme annoncé et redouté, Bruxelles confirme son retard, déjà observé depuis quelques semaines, sur les deux autres Régions et, plus inquiétant encore, il concerne en particulier certaines communes et certains types de population et de professions – singulièrement le personnel des maisons de repos et des hôpitaux. Cette situation est regrettable car elle nous met en difficulté.

Vous avez annoncé une série de modifications, dont la fermeture de plusieurs centres ou la vaccination obligatoire pour le personnel soignant. De son côté, Mme Neven a élargi les possibilités de se faire vacciner.

Dès le départ, le groupe DéFI a plaidé pour associer à la campagne de vaccination les communes et, surtout, les médecins généralistes qui, grâce la relation de confiance qu'ils entretiennent avec leurs patients, sont les mieux placés pour les convaincre de la nécessité et de l'utilité de se faire vacciner.

Comment allez-vous procéder ? Considérez-vous que le taux de couverture vaccinale de 60 %, annoncé par Mme Neven, est un objectif satisfaisant ou allez-vous vous efforcer d'atteindre les 70 % ? Le cas échéant, quand prévoyez-vous y arriver ?

133 **M. Alain Maron, membre du Collège réuni (en néerlandais).**- *Les centres de vaccination sont progressivement fermés faute d'affluence. La campagne n'est pas pour autant arrêtée : au contraire, elle est intensifiée.*

Les autorités s'emploient à convaincre les Bruxellois de se faire vacciner, surtout dans les quartiers plus rétifs, en communiquant à travers divers canaux.

Mevrouw Magali Plovie (Ecolo) (in het Frans).- *Ik vraag me af of het wel zinvol is om Brussel met andere gewesten te vergelijken, gezien zijn grootstedelijke karakter.*

We moeten blijven werken aan een hogere vaccinatiegraad, door te blijven inzetten op bewustmaking. We moeten zorgen voor toegankelijke informatie en die op het terrein aan de burgers verstrekken. Wat staat er op dat vlak op til?

Mevrouw Marie Nagy (DéFI) (in het Frans).- *Brussel loopt achterop bij de twee andere gewesten. Vooral in bepaalde gemeenten en gemeenschappen is de achterstand groot. Dat ook van het zorgpersoneel maar een klein deel is ingeënt, baart ons extra zorgen. U denkt zelfs aan een verplichte inenting van dat personeel.*

De DéFI-fractie pleit er al lang voor dat de gemeenten en de huisartsen bij de vaccinatiecampagne zouden worden betrokken. Door de vertrouwensband die daar bestaat, is de drempel veel minder hoog.

Vindt u een vaccinatiegraad van 60% voldoende? Blijft u streven naar 70%? Hoe en wanneer denkt u dat te bereiken?

De heer Alain Maron, lid van het Verenigd College.- De vaccinatiecentra worden geleidelijk gesloten omdat er zich alsmaar minder personen voor vaccinatie aanbieden. De overheid probeert voortdurend Brusselaars te stimuleren om zich te laten vaccineren, zeker in de wijken waar de vaccinatiebereidheid laag is.

Daarnaast voer ik de communicatie via een groot aantal kanalen op, om de kans te verhogen dat alle doelgroepen worden bereikt. Met hetzelfde doel zorg ik voor een diversifiëring van het vaccinatie-aanbod.

137

(poursuivant en français)

Comme déjà évoqué, depuis plus de trois mois, des actions locales sont menées avec la possibilité de sensibiliser les citoyens et de les inscrire dans Bruvax via les pharmacies, les médecins généralistes, les maisons médicales et autres personnes de confiance dans les communes et les associations.

Depuis un certain temps déjà, les organisations de soins à domicile et les médecins généralistes qui le souhaitent peuvent aussi vacciner à domicile. La vaccination est également possible via les maisons médicales depuis un moment.

Par ailleurs, des antennes locales de vaccination ont été ouvertes à différents endroits, entre autres, à Molenbeek-Saint-Jean, Saint-Josse-ten-Noode, Anderlecht, Saint-Gilles et Etterbeek. Des équipes mobiles travaillent auprès des personnes les plus défavorisées comme les sans-abri ou celles en très grande difficulté sociale. Nous avons aussi ouvert une antenne spécifique à l'hôpital Saint-Pierre pour un public ultra-précarisé constitué essentiellement de personnes sans papiers, toxicomanes et autres.

Un bus mobile est également en circulation. Bref, une série d'actions ont été entreprises grâce à la coordination avec tout un éventail d'acteurs locaux (organisations associatives et de santé, communes, etc.). Certaines communes s'engagent activement pour convaincre leurs administrés de se faire vacciner.

139

Dans les semaines à venir, nous poursuivrons et renforcerons ces actions locales. Nous souhaitons améliorer la présence dans les secteurs statistiques, les quartiers où le taux de vaccination est plus faible. Nous nous y rendons donc notamment avec des bus mobiles. Des séances de vaccination seront organisées au sein d'associations locales et culturelles, de lieux de rassemblement, etc.

Ces initiatives locales de vaccination sont bien entendu déjà en cours de préparation et font intervenir une multiplicité d'acteurs et, dans un certain nombre de cas, les maisons médicales et médecins généralistes du quartier ou secteur statistique concerné. En définitive, il s'agit de renforcer notre offre décentralisée, afin d'être le plus proche possible des populations qui en ont besoin.

Je tiens à souligner que le taux de vaccination que nous avons atteint - il dépasse les 60 % - et le fait que nous ayons pu administrer un million de doses à Bruxelles depuis le début de la campagne de vaccination n'auraient jamais été possibles sans l'existence de ces grands centres de vaccination. Par leur biais, nous avons adopté une stratégie de masse indispensable et par ailleurs également mise en œuvre en Wallonie, en Flandre et dans la plupart des autres pays. En complément, nous avons mis en place depuis trois mois une stratégie décentralisée.

De afbouw van het aantal vaccinatiecentra houdt geenszins in dat de vaccinatiecampagne wordt stopgezet. Wel integendeel, ze wordt net opgevoerd.

(verder in het Frans)

Zoals ik al meer dan drie maanden zeg, bieden lokale acties de mogelijkheid om burgers via apotheken, huisartsen, medische centra en vertrouwenspersonen in te schrijven bij Bruvax.

Thuisverplegingsdiensten en huisartsen die dat wensen, kunnen mensen al enige tijd thuis vaccineren. Ook medische centra kunnen mensen vaccineren.

Er zijn lokale vaccinatiecentra in een aantal gemeenten. Mobiele teams benaderen kansarmen zoals daklozen of mensen met grote sociale problemen. Mensen zonder papieren, drugsverslaafden en anderen kunnen in een specifiek vaccinatiecentrum in het Sint-Pietersziekenhuis terecht. Voorts is er een vaccinatiebus. Sommige gemeenten zetten ook acties op om hun inwoners te overtuigen.

De volgende weken voeren we het aantal lokale acties nog op, vooral in buurten waar de vaccinatiegraad achterblijft. Er worden vaccinatiemomenten georganiseerd bij lokale en culturele verenigingen enzovoort.

Intussen bedraagt de vaccinatiegraad meer dan 60%. Zonder grote vaccinatiecentra was het nooit gelukt om een miljoen doses toe te dienen. Daarnaast gaan we al drie maanden gedecentraliseerd te werk.

Geleidelijk sluiten we een deel van de grote centra en openen we meer lokale centra. Dat is een logische stap in deze fase van de vaccinatiecampagne.

Au fil du temps, nous fermerons progressivement une partie des centres de vaccination et renforcerons les stratégies décentralisées. À ce stade de la campagne de vaccination, il nous semble logique de procéder de la sorte.

¹⁴¹ Nous sommes aussi, depuis le début de la campagne, donc depuis des mois, en contact permanent avec les différents acteurs de la santé locaux et régionaux, que ce soit les acteurs de la promotion de la santé, les Fédérations de services sociaux, les premières lignes de soins et représentants des premières lignes de soins et les différentes administrations (Cocom, Cocof et VGC). Ensemble, nous tentons de définir les meilleures stratégies de sensibilisation et d'action.

Nous faisons aussi appel au projet Alcov, en collaboration avec les mutuelles, afin de nous appuyer sur les relais d'action dans les quartiers. Pour la sensibilisation à la vaccination, nous nous appuyons en effet sur le maillage déjà en place dans les quartiers, en particulier les quartiers défavorisés, pour ce qui concerne la sensibilisation et la prévention contre le Covid-19.

La capacité des centres de vaccination va être réduite progressivement parce qu'à la fin de l'été, les moyens mis en œuvre seront excessifs comparés à la demande. Les centres seront progressivement fermés et les horaires réduits. Il en ira d'ailleurs de même en Wallonie et en Flandre.

¹⁴³ Au-delà du 1er septembre, plusieurs centres de vaccination resteront néanmoins ouverts : les centres de Pacheco, Woluwe-Saint-Pierre et Forest. Si nécessaire, un quatrième centre restera ouvert ou sera nouvellement ouvert pour couvrir une zone du nord-ouest de Bruxelles.

Dès le départ, il était prévu qu'un certain nombre de centres ferment leurs portes au 31 août, car ils occupent des lieux qui ne sont pas dédiés a priori à la vaccination, comme des centres sportifs et autres infrastructures qui doivent retrouver leur vocation initiale.

Les centres amenés à fermer prochainement arrêtent d'administrer les premières doses, afin qu'une deuxième dose puisse bien être fournie avant la fermeture du centre. En aucun cas, cela ne signifie que nous arrêtons d'administrer les premières doses.

Par ailleurs, nous administrons aussi le vaccin de Johnson & Johnson, qui ne nécessite qu'une seule dose.

La prise de rendez-vous n'est en rien modifiée. La plate-forme Bruvax reste le système principal qui permet de garantir une réservation et un accès à un créneau de vaccination. De plus, le principe de portes ouvertes mis en place depuis la fin du mois de juin restera d'application. N'importe qui peut se présenter au centre de vaccination pour y être vacciné. Il est toutefois préférable de prendre un rendez-vous via Bruvax pour avoir un horaire et un créneau de vaccination précis.

Sinds de start van de campagne staan we voortdurend in contact met lokale en gewestelijke gezondheidswerkers. Samen bekijken we wat de beste strategie is. Voor de bewustmaking doen we een beroep op Alcov, dat al in de wijken aanwezig is.

De capaciteit van de grote vaccinatiecentra wordt geleidelijk teruggeschroefd omdat het aanbod op het einde van de zomer groter wordt dan de vraag. Vlaanderen en Wallonië doen dat ook.

Toch blijven vaccinatiecentra Pacheco, Sint-Pieters-Woluwe en Vorst ook na 1 september open. Zo nodig wordt er ook nog eentje heropend in het noordoosten van Brussel. Het was altijd de bedoeling om op 31 augustus een aantal centra te sluiten.

Centra die binnenkort de deuren sluiten, dienen geen eerste doses meer toe, zodat de tweede dosis nog voor de sluiting kan worden gegeven. Maar Brusselaars zullen uiteraard nog steeds elders terecht kunnen voor een eerste dosis. Er wordt trouwens ook met het vaccin van Johnson & Johnson ingeënt en daarvan volstaat een dosis.

De afsprakenregeling verandert niet. Bruvax blijft het belangrijkste systeem om te reserveren. Ook vaccinatie zonder afspraak blijft mogelijk.

145 Pour vacciner les personnes qui hésitent encore et celles qui ont un accès aux soins limité, les experts recommandent de multiplier les stratégies et de faire en sorte qu'un certain nombre d'entre elles soient les plus locales possibles ; c'est en fait ce que nous faisons.

147 *(poursuivant en néerlandais)*

Le taux de vaccination à Bruxelles est effectivement plus faible qu'en Flandre et en Wallonie, mais il est comparable à celui d'autres grandes villes belges, comme Charleroi et Liège, ou étrangères.

149 *(poursuivant en français)*

Pour ce qui est de la deuxième dose, nous sommes un peu plus avancés que Liège et Charleroi et, pour la première dose, juste un peu moins. Globalement, le taux de vaccination à Bruxelles est donc similaire à ceux de Liège et Charleroi. Le taux de vaccination bruxellois est certes inférieur à celui d'Anvers, mais il est lui-même largement inférieur au taux moyen wallon. En Région bruxelloise, il est supérieur à ceux d'autres grandes villes internationales, comme Paris, New York ou Manchester. Londres fait mieux, mais les revenus de la population londonienne sont largement supérieurs à ceux des Bruxellois.

Le taux de vaccination bruxellois est donc totalement conforme à celui des grandes villes en général. Force est de constater partout dans le monde un effet négatif dû à la taille des grandes villes, parce qu'elles concentrent les problématiques que vous connaissez et sans doute aussi parce que d'autres facteurs jouent, qui devraient être évalués.

De ce fait, la comparaison entre les Régions bruxelloise, wallonne et flamande est totalement absurde. Cela revient à comparer des pommes et des poires. S'il faut comparer la Région bruxelloise pour comprendre son taux de vaccination, il faut le faire avec d'autres grandes villes.

151 Nonobstant le fait que Bruxelles est la troisième ville la plus multiculturelle du monde et, sans doute, l'une des métropoles internationales dont la population est la plus pauvre, les taux de vaccination sont similaires.

La Flandre atteint globalement des taux de vaccination exceptionnels, mais bien qu'elle atteigne un taux de vaccination supérieur à celui de Bruxelles, la ville d'Anvers se situe largement en dessous du taux moyen de vaccination en Flandre.

153 *(poursuivant en néerlandais)*

Pour encourager les jeunes à se faire vacciner, une vaste campagne d'information a été lancée : site web, affiches,

Experts raden aan om meerdere strategieën, waaronder lokale, te combineren om twijfelaars en mensen die de weg naar de zorg moeilijk vinden, in te enten.

(verder in het Nederlands)

De algemene vaccinatiegraad in Brussel ligt inderdaad lager dan die in Vlaanderen en Wallonië, maar ook in alle andere grootsteden in België en in het buitenland zien we een lagere vaccinatiebereidheid. We stellen ook overal een sociale gradiënt in de vaccinatie vast. Ondanks de grote armoede en multiculturaliteit in Brussel haalt ons stadsgewest een vaccinatiegraad die vergelijkbaar is met die van de twee grote Waalse steden Charleroi en Luik.

(verder in het Frans)

De vaccinatiegraad in Brussel is lager dan die in Antwerpen, maar in Antwerpen is hij veel lager dan het Waalse gemiddelde. In Brussel ligt hij hoger dan in andere grote internationale steden zoals Parijs, New York of Manchester. Londen doet het beter, maar de inkomens liggen daar veel hoger dan in Brussel. Het valt op dat grote steden overal ter wereld slechter scoren.

Daarom is het volstrekt absurd om het Brussels Gewest met Wallonië en Vlaanderen te vergelijken. Brussel moet je vergelijken met andere grote steden.

Ondanks het feit dat maar twee steden ter wereld multicultureler zijn en dat Brussel een internationale metropool met een erg arme bevolking is, blijkt de vaccinatiegraad ongeveer dezelfde als in andere grote steden.

Vlaanderen noteert een uitzonderlijke vaccinatiegraad, maar Antwerpen blijft ver onder het Vlaamse gemiddelde.

(verder in het Nederlands)

Om jongeren te stimuleren om zich te laten vaccineren, heb ik een grote informatiecampagne uitgewerkt met een

émissions, autocollants, réseaux sociaux, etc. La vaccination sans rendez-vous est aussi possible.

speciale website, affiches in nachtwinkels, flyers, tv-en radio-uitzendingen, stickers, bierviltjes voor festivals, berichten op sociale media als Instagram en informatie via de eerstelijns werkers en gemeenten. Daarnaast organiseer ik acties met een link naar het uitgaansleven, zoals acties met een dj, en vaccinaties zonder afspraak.

¹⁵⁵ *(poursuivant en français)*

(verder in het Frans)

S'agissant du taux de 60 %, nous sommes presque à la mi-juillet ! Nous nous trouvons actuellement autour d'un taux de 57 % pour les 18 ans et plus, et il est assez logique d'imaginer que nous atteindrons à peu près 60 % dans une semaine. C'est déjà un effort considérable.

Het is bijna half juli. De vaccinatiegraad bij volwassenen bedraagt nu 57%, dus logischerwijze bereiken we over een week 60%.

Aller chercher le public comme nous le faisons, c'est mettre beaucoup de moyens pour grappiller l'un après l'autre des dixièmes de pour cent. Et c'est exactement ce qui se passe. Prenons par exemple l'augmentation du taux de vaccination à Saint-Josse-ten-Noode, commune où il était le plus bas : toutes les actions mises en place, y compris et surtout avec les autorités communales, permettent d'avancer semaine après semaine. Cela nécessite toutefois une énergie considérable et beaucoup de moyens. Parfois, les bourgmestres eux-mêmes doivent se rendre dans les centres de vaccination décentralisés ou haranguer leurs concitoyens sur les marchés.

We stellen alles in het werk om de vaccinatiegraad op te krikken. Het is knokken voor elk tiende van een procentpunt. Daar komt heel wat bij kijken en dat gaat gepaard met hoge kosten. Soms moeten de burgemeesters zelf naar lokale vaccinatiecentra of markten om mensen te overtuigen. De lokale centra hebben de voorbije drie maanden minder dan 20.000 doses toegediend.

Depuis près de trois mois, les actions décentralisées viennent en complément des grands centres. Elles ont permis pour le moment d'injecter moins de 20.000 doses. C'est à la fois énorme - d'autant que cela se concentre sur les quartiers les plus précaires, où le taux de vaccination est le plus bas - et peu par rapport au million de doses que nous avons injectées au total.

In juni was naar schatting 57% van het rusthuis- en 75% van het ziekenhuispersoneel gevaccineerd. De Risk Management Group (RMG) raadt communicatie, begeleiding en aanmoediging aan om zorgmedewerkers over de streep te trekken en pleit dus niet voor een verplichting. Van bij de start gaat de vaccinatiestrategie uit van vrijwilligheid.

Quant à l'obligation de vaccination pour le personnel soignant, nous suivons à ce stade l'avis du groupe de gestion des risques (Risk Management Group, RMG) qui, en se basant sur une étude belge interuniversitaire, propose de continuer à promouvoir la communication, l'accompagnement et l'encouragement à la vaccination sans l'imposer.

We beseffen dat de verhoopte vaccinatiegraad niet is gehaald, maar de RMG ziet nog altijd heil in het voorbeeld van gevaccineerde collega's, zeker als ze uit dezelfde cultuur of dezelfde sociale groep komen.

Je vous rappelle qu'au départ, la stratégie de vaccination repose sur une base volontaire, comme décidé en novembre dernier. Le personnel de santé est prioritaire. Ses membres ont d'ailleurs été les premiers à avoir été vaccinés en dehors des résidents des maisons de repos.

In de ideale wereld zou al het gezondheidspersoneel zich laten vaccineren, al was het maar om deontologische redenen. De vraag is hoe we dat voor elkaar krijgen zonder averechtse effecten te creëren.

Nous nous rendons compte que les taux escomptés ne sont pas atteints. Néanmoins, à ce stade, l'avis du RMG est toujours de développer la force de l'exemple de collègues vaccinés, singulièrement si ces collègues sont issus d'une même culture ou du même groupe social.

Vandaag zal federaal minister Vandenbroucke daar in de Kamer dieper op ingaan.

Cela étant dit, dans un monde idéal, l'ensemble du personnel de soins de santé devrait être vacciné. Même sur le plan déontologique, le personnel de santé devrait prendre la décision, en âme et en conscience, de se faire vacciner. Tel est l'avis de nombreux professionnels de soins et de politiques. La question est de savoir comment y arriver sans effet pervers.

Nous avons eu des discussions informelles récemment avec mes collègues ministres de la santé. M. Vandenbroucke répond à des questions sur ce sujet à la Chambre aujourd'hui.

¹⁵⁹ Vraisemblablement, la vaccination du personnel soignant sera à l'ordre du jour d'une prochaine conférence interministérielle. Plutôt que d'imposer d'en haut une obligation, je me suis prononcé clairement, dans l'interview que j'ai donnée sur Bel RTL hier matin, pour un dialogue avec les partenaires sociaux. Nous devons voir comment les partenaires sociaux envisagent cette question.

Du côté des fédérations patronales, on observe une volonté de tendre vers l'obligation, mais avec prudence. Du côté des syndicats, les discours sont parfois divergents. Toutefois, des évolutions de positionnement existent en la matière. J'espère qu'avec les partenaires sociaux, au niveau belge, au niveau du Conseil national du travail, éventuellement en dialogue avec la conférence interministérielle, etc., nous parviendrons à trouver un accord avec des modalités pratiques permettant d'augmenter les taux de vaccination chez le personnel soignant.

Nous n'arrêterons pas d'administrer les premières doses, ni maintenant, ni plus tard, en tout cas dans le cadre de la campagne de vaccination. Heureusement, beaucoup de gens se font encore vacciner en première dose. Dimanche, j'étais au centre de vaccination de Forest et j'ai pu constater que l'essentiel des personnes présentes venaient pour une première dose. Nous allons donc continuer les premières doses, sauf en ce qui concerne les centres qui vont fermer leurs portes après l'été.

Néanmoins, les premières doses d'AstraZeneca sont en effet arrêtées depuis le début du mois de juillet. Nous n'en utilisons plus pour des premières doses, tout simplement parce que l'on ne vaccine plus désormais en première dose qu'une très faible minorité de personnes de plus de 41 ans. Nous avons donc estimé que continuer à utiliser ce vaccin n'était plus intéressant, puisqu'il ne concernait plus potentiellement que peu de personnes. En outre, la crainte d'être confronté à ce vaccin continuait de constituer un frein, car beaucoup ne souhaitaient pas le recevoir.

¹⁶¹ Tous les autres vaccins continuent donc à être administrés en première dose et il n'y a pas de raison d'arrêter, en tout cas jusqu'à la fin de la campagne de vaccination.

Les campagnes générales d'information et d'invitation pour la deuxième dose se poursuivent, avec l'aide des communes, notamment au travers de l'envoi de textos. Une stratégie globale de sensibilisation et d'information renouvelées est mise en œuvre

De vaccinatie van zorgwerkers staat op de agenda van een volgende interministeriële conferentie. In plaats van een verplichting op te leggen, ben ik voorstander van overleg met de sociale partners.

De werkgeversfederaties zijn meer geneigd om een verplichting in te voeren. Bij de vakbonden lopen de meningen uiteen. Ik hoop dat we er met de sociale partners in slagen om tot een akkoord te komen waardoor we de vaccinatiegraad bij zorgwerkers kunnen verhogen.

We blijven eerste doses toedienen, behalve in centra die weldra de deuren sluiten. Gelukkig zijn er nog veel mensen die een eerste dosis willen.

Sinds begin juli worden er geen eerste prikken met AstraZeneca meer gegeven omdat er nog nauwelijks mensen ouder dan 41 worden gevaccineerd. De vrees voor dat vaccin zette bovendien een rem op de vaccinatiebereidheid van sommige mensen.

Eerste prikken met andere vaccins blijven aan de orde van de dag.

De informatie- en bewustmakingscampagnes blijven lopen, in samenwerking met de gemeenten.

De interministeriële conferentie heeft beslist dat ook jongeren van twaalf tot vijftien jaar zonder onderliggende aandoeningen zich mogen laten inenten als hun ouders daarmee instemmen. De komende weken vertrekken brieven om hen te informeren.

vis-à-vis des personnes qui ont déjà été invitées, mais ne se sont pas présentées dans les centres de vaccination.

L'administration d'une troisième dose fait l'objet d'une question de M. Leisterh qui sera posée un peu plus tard, nous en débattons donc à ce moment-là.

La conférence interministérielle a bien décidé de rendre la vaccination accessible aux jeunes de douze à quinze ans qui ne présentent pas de facteurs de comorbidité. Un certain nombre de conditions ont été fixées, la principale étant l'accord parental. Un jeune entre douze et quinze ans ne pourra donc pas se présenter seul dans un centre pour se faire vacciner, il devra être accompagné d'un parent. Des courriers seront adressés à l'ensemble de cette population en début de semaine prochaine pour l'informer de cette possibilité. Les jeunes pourront s'inscrire dans les créneaux disponibles par le biais de Bruvax ou se présenter directement dans les centres, ou encore utiliser n'importe quel autre moyen d'accès à la vaccination : médecins généralistes, maisons médicales ou autres.

Ze kunnen zich inschrijven via Bruvax of zich rechtstreeks aanmelden bij een vaccinatiecentrum, hun huisarts, een medisch centrum enzovoort.

¹⁶³ **Mme Céline Fremault (cdH).**- Je rappelle la constance des propos de mon groupe depuis le début de la campagne de vaccination au mois de janvier. Nous avons ouvertement critiqué votre stratégie centrée sur de grands centres de vaccination, alors qu'ils étaient vides et rencontraient des problèmes informatiques. Nous avons toujours plaidé pour des centres locaux. Le bourgmestre occupe en effet une position plus proche de sa population et est donc plus à même de la convaincre d'aller se faire vacciner.

Mevrouw Céline Fremault (cdH) *(in het Frans).*- *In januari al had onze fractie kritiek op uw strategie, die gebaseerd was op grote vaccinatiecentra. Sindsdien pleiten we onophoudelijk voor kleinere lokale centra.*

Vous ne pouvez nier le manque de communication et d'anticipation face à la réalité bruxelloise. En Flandre, la campagne d'information a débuté au début du mois de janvier.

U hebt onvoldoende geanticipeerd op de Brusselse situatie. Er is ook onvoldoende gecommuniceerd.

Je constate un décalage entre vos propos tenus ici et vos déclarations d'hier en radio sur l'obligation de vacciner le personnel des maisons de repos et les personnels soignants. Vous étiez plus offensif et moi nuancé hier. Cela mérite d'être clarifié.

Op de radio-uitzending van gisteren was u heel wat duidelijker over de verplichte vaccinatie van het zorgpersoneel dan vandaag. Vanwaar die omslag? Volgens ons kunnen we daar immers niet omheen.

Selon moi, le variant delta nous met dans une obligation d'ordre moral. Nous ne pouvons pas exposer à nouveau une série de personnes fragilisées. La situation est alarmante. Il faudra, selon moi, décider d'une obligation vaccinale, même si telle n'était pas le point de vue de tout le monde initialement.

Mevrouw Viviane Teitelbaum (MR) *(in het Frans).*- *U zegt dat we de Brusselse vaccinatiegraad met die van gelijkaardige steden moeten vergelijken. Ook een vergelijking met een stad als Parijs, die dubbel zo groot is, lijkt me dus niet opgaan. Uiteraard maken de specifieke Brusselse omstandigheden er de zaak niet eenvoudiger op.*

¹⁶⁵ **Mme Viviane Teitelbaum (MR).**- Concernant le taux de vaccination, vous nous expliquez qu'il convient de comparer ce qui est comparable. Anvers compte un peu plus de 500.000 habitants, Bruxelles, un peu plus d'un million et Paris près de 2.200.000. Je ne suis donc pas sûre qu'il soit plus légitime de comparer Bruxelles avec Paris plutôt qu'avec Anvers. Certes, les spécificités bruxelloises ont peut-être rendu la situation plus complexe et il convient sans doute de s'y attarder pour voir comment mobiliser davantage les citoyens.

Over de tijdelijke vaccinatiepunten moet duidelijk worden gecommuniceerd.

Concernant les antennes éphémères et les nouvelles techniques qui seront utilisées, il faudra trouver des moyens de

communication pour toucher et informer les différentes populations. Alors que l'on élargit encore les tranches d'âge, nous devons continuer à sensibiliser correctement pour augmenter le taux de vaccination dans notre Région.

¹⁶⁷ **M. Gilles Verstraeten (N-VA)** (en néerlandais).- *Arrêtez de nous abreuver d'excuses, M. Maron ! Vos chiffres sont inexacts. D'après Sciensano, Charleroi et Liège font mieux que Bruxelles.*

Avec Anvers, l'écart est même de 16 %, et pourtant, il n'y a là-bas qu'un seul centre de vaccination. La différence, c'est qu'on y a commencé bien plus tôt, dès le mois d'octobre, la sensibilisation dans les quartiers.

Je lis qu'à Bruxelles, certains jeunes ne savent pas que leur tour est venu. Vous avez d'abord incriminé la Flandre et la Wallonie, dont les habitants se faisaient vacciner ici, puis invoqué la pauvreté et le caractère multiculturel de la Région. Il est temps d'assumer vos responsabilités et de rattraper le retard. Beaucoup de citoyens disposés à se faire vacciner n'ont pas encore reçu d'invitation. Il faut faire mieux.

¹⁶⁹ **M. Jan Busselen (PVDA)** (en néerlandais).- *Vous répétez ce que nous savons déjà. Hormis le bus, toutes les autres initiatives ne sont pas proactives. Or, il faut aller vers la population.*

Vous êtes en contact avec les autorités locales, mais elles sont souvent débordées. Qu'allez-vous faire, vous, concrètement ?

M. Verstraeten l'a dit, le taux de vaccination à Anvers est beaucoup plus élevé. En février, bon nombre de députés vous avaient exhorté à intensifier les actions locales, notamment le porte-à-porte, pour détecter les blocages et assister les personnes les plus isolées.

Vos mesures sont arrivées trop tard. Vous ne répondez pas à nos questions. Vous vous bornez à parler de concertation sociale dans les maisons de repos, ce qui est certes préférable à une vaccination obligatoire du personnel.

De heer Gilles Verstraeten (N-VA).- Stopt u toch met ons excuses voor te schotelen, mijnheer Maron! U haalt punten aan die gewoonweg niet kloppen. Ik heb zojuist de statistieken op Sciensano nagekeken. In Luik kreeg 65,4% van de bevolking een eerste dosis, in Charleroi 62,9% en in Brussel 58%. Charleroi doet het 5% beter en Luik 7,5%. Uw argument dat de vaccinatiecampagnes elders ook moeilijk verlopen, interesseert me niet.

Antwerpen haalt een vaccinatiegraad van 73,8% en doet het 16% beter dan Brussel. Dat ligt niet aan het aantal vaccinatiecentra. Antwerpen heeft maar één groot centrum voor de hele stad. Het grote verschil is dat Antwerpen veel vroeger is begonnen met de bewustmaking in de wijken. Reeds in oktober werden alle denkbare middelen ingezet om te sensibiliseren, onder meer via vrijwilligers.

In Brussel lees ik dat sommige jongeren niet eens weten dat ze aan de beurt zijn. De bevolking wordt onvoldoende bereikt. Daar mag u niet langer mist over spuiten. Eerst stak u de schuld op de Vlamingen en de Walen die in Brussel moesten worden gevaccineerd, en nu op het feit dat Brussel arm en multicultureel is, of gewoon een stad. Op een bepaald moment moet u verantwoordelijkheid nemen en toegeven dat u te laat bent geweest en dat er een inhaalbeweging nodig is. Veel mensen hebben nog geen mail of bericht ontvangen. Ze willen zich wel laten vaccineren, maar beseffen niet dat ze al aan de beurt zijn. Dat moet beter kunnen.

De heer Jan Busselen (PVDA).- U hebt opnieuw een heel algemeen antwoord gegeven, waarbij u herhaalde wat we al weten. Op de vaccinatiebus na zijn zo goed als alle andere initiatieven niet proactief. Als er iets is wat we met deze inhaalbeweging nodig hebben, dan is het wel een proactieve aanpak. We moeten naar de mensen toe gaan.

U zegt contact te hebben met de gemeenten, de eerstelijnszorg en de administratie, maar de vraag is wat u concreet zult ondernemen. Dat kunnen we niet afleiden uit uw antwoord. De lokale overheden zijn overigens vaak overbevraagd en onbereikbaar omdat ze de opdrachten amper kunnen bijbenen.

De heer Verstraeten zei het al: de vaccinatiegraad ligt in Antwerpen veel hoger dan in Brussel: 73% voor de 18- tot 65-jarigen en 88% voor de 65-plussers. U hinkt achterop. In februari al stelden verschillende mensen in dit halfroond voor om sneller te werken, lokale vaccinatiepunten op te richten, lokale buurtwerkers op te leiden en hen naar de oudere inwoners te sturen en te gaan aanbellen om mensen te informeren en aan te moedigen om zich te laten vaccineren. Op die manier kan worden nagegaan waar de belemmeringen zitten en kunnen de meest geïsoleerde personen worden bijgestaan.

171 *Vous n'expliquez pas comment vous augmenterez rapidement le taux de vaccination. Un demi pour cent par semaine, cela ne suffit pas.*

173 **M. le président.-** Je vais me permettre d'intervenir en mon nom propre depuis le siège du président.

J'entends bien que l'on passe d'une stratégie de masse à une stratégie plus ciblée. Dans certains quartiers, il est vrai, la population est plus difficile à sensibiliser, et le taux de vaccination y est très faible.

Je salue à cet égard le travail de proximité des médecins et du personnel de première ligne, et surtout celui des bourgmestres qui vont sur les marchés pour "racoler" personne par personne et tentent de les convaincre à se faire vacciner. Ce travail demande beaucoup d'efforts.

Enfin vous avez rappelé que les centres n'administraient plus de première dose de vaccin AstraZeneca. Or, de nombreuses personnes me posent encore la question. Le vaccin AstraZeneca n'a pas bonne presse et il faudrait faire savoir à la population qui le redoute qu'il ne constitue plus un obstacle à la vaccination.

177 **Mme Magali Plovie (Ecolo).-** Comme vous venez de le faire, je pense que nous devons relever le travail très important que vous menez avec les communes et les médecins en première ligne, pour "racoler", comme vous dites. Cela prend du temps et demande des moyens.

C'est complexe parce qu'il faut faire preuve de créativité pour collaborer avec les travailleurs de première ligne et s'adapter aux différentes personnes et réalités dans les quartiers et les communes, ce qui prend du temps. C'est d'autant plus compliqué que d'un côté, nous avons besoin de temps et de l'autre côté, nous sommes dans une course contre la pandémie. Il faut l'accepter et poursuivre le travail avec les communes et avec les acteurs de première ligne pour avancer dans la vaccination. Bon courage pour la suite !

179 **Mme Marie Nagy (DéFI).-** Je connais de nombreuses personnes qui ont reçu le vaccin AstraZeneca en toute confiance et qui s'inquiètent aujourd'hui d'entendre que celui-ci n'est plus utilisé. Cela n'incite certainement pas à se faire vacciner. Certes, la situation est complexe, mais ces messages contradictoires ne favorisent pas la confiance.

Un taux de vaccination aussi bas dans les maisons de repos est une catastrophe en puissance face au variant delta. Pour cette

De maatregelen kwamen echter allemaal te laat. Bovendien geeft u vandaag opnieuw geen volledig antwoord. U zegt alleen iets over het sociale overleg in de rusthuizen. Dat lijkt me alleszins wel een betere aanpak dan mensen nu halsoverkop te verplichten om zich te laten vaccineren.

Daarnaast zegt u niet wat u zult doen om de vaccinatiegraad snel op te krikken. Een half percent per week is niet voldoende. We hinkten al achterop met het leveren van beschermingsmateriaal en met het opzetten van een efficiënt test- en opsporingssysteem, en nu hinken we opnieuw achterop wat de vaccinatiestrategie betreft. Op die manier zullen we er niet geraken.

De voorzitter.- Graag neem ik in eigen naam het woord vanaf de voorzittersstoel.

We evolueren naar een meer gerichte aanpak. In sommige wijken ligt de vaccinatiegraad erg laag. Alle respect voor de artsen en het zorgpersoneel van de eerstelijnszorg en vooral de burgemeesters die markten afdweilen om mensen te overtuigen.

U zegt dat AstraZeneca niet langer als eerste dosis wordt aangeboden. Het is belangrijk dat dat breed bekendgemaakt wordt.

Mevrouw Magali Plovie (Ecolo) (in het Frans).- De burgemeesters en de huisartsen inschakelen om de moeilijkst bereikbare groepen en wijken over de streep te trekken, vergt tijd en middelen. Tegelijk lopen we een race tegen de tijd, want de pandemie treuzelt niet. Ik wens u veel moed met die moeilijke opdracht.

Mevrouw Marie Nagy (DéFI) (in het Frans).- Als mensen die ingeënt zijn met AstraZeneca, horen dat dat vaccin niet langer wordt gebruikt, is dat niet bevorderlijk voor het vertrouwen in het beleid.

Nu de deltavariant oprukt, betekent de lage vaccinatiegraad in de rusthuizen een ramp. Voor wie daar werkt, zou de inenting verplicht moeten zijn.

catégorie de travailleurs, il faudra, hélas, passer par une forme d'obligation, comme cela se fait pour d'autres vaccins (tétanos ou polio). Quel problème y aurait-il à faire de même avec les vaccins contre le Covid-19 ?

Aujourd'hui, réactiver l'incitant au niveau local est très important et je vous félicite d'aller dans ce sens.

¹⁸¹ **M. Alain Maron, membre du Collège réuni.**- Plusieurs pays, dont la Belgique, ont décidé de ne pas administrer le vaccin AstraZeneca aux personnes âgées de moins de 41 ans. Nous avons évidemment suivi cette décision et ce vaccin n'a, depuis lors, plus été administré en première dose à ce public-là.

Cependant, dans la mesure où les personnes invitées à se faire vacciner après cette décision avaient, dans leur grande majorité, moins de 41 ans, nous avons choisi de ne plus l'administrer du tout, vu le faible nombre d'autres doses à administrer. Cette décision facilitait le travail dans les centres de vaccination qui n'avaient plus qu'un seul type de vaccin à injecter.

L'efficacité de ce vaccin en deux doses est avérée, y compris contre les variants qui circulent actuellement. Vous pouvez rassurer vos connaissances qui ont reçu une première dose et leur conseiller d'aller chercher la deuxième.

Nous avons simplement décidé de ne plus l'administrer aux personnes plus jeunes à la suite des rapports de l'Agence européenne du médicament qui ont montré que les risques d'effets secondaires étaient plus élevés pour ce public. D'autant que nous disposons de vaccins alternatifs en suffisance, basés sur une autre technologie et qui ne causaient pas les mêmes problèmes d'effets secondaires sur la tranche d'âge en question.

¹⁸³ Si certains centres de vaccination étaient vides au début, ce n'est pas faute de candidats à la vaccination, mais faute de doses disponibles. Ceux et celles qui ont eu l'occasion d'aller dans un centre de vaccination tournant à plein régime se seront rendu compte qu'il fallait qu'il y ait de la place, une multiplicité de lignes de vaccination et d'espaces de repos pour vacciner autant de personnes à la fois. C'est grâce à ces grands centres qu'il est possible de vacciner autant de personnes dans un court laps de temps. En fait, c'est surtout le centre du Heysel qui donne une impression de grandeur, ceux de Pachéco et de Forest étant de taille plus réduite.

Quant à savoir si la vaccination doit être obligatoire pour le personnel de soins, j'ai clairement expliqué ma position dans l'interview que j'ai donnée à Bel RTL. Idéalement, toutes ces personnes devraient être vaccinées. Il est incompréhensible qu'elles ne le soient pas. Pour y arriver, je pense qu'il faut absolument impliquer les partenaires sociaux. Sinon, notre démarche risque d'être contre-productive. Si certaines personnes décident de quitter la profession dans un secteur déjà fortement sous tension, nous n'aurons certainement pas gagné la bataille.

¹⁸⁵ Il faut donc trouver comment augmenter le taux de vaccination dans les maisons de repos, mais avec les personnes concernées,

Het is goed dat u de burgemeesters in uw strategie inschakelt.

De heer Alain Maron, lid van het Verenigd College (in het Frans).- *We sluiten ons aan bij meerdere landen die AstraZeneca niet langer toedienen aan mensen jonger dan 41. Voor onze beslissing hebben we ons gebaseerd op een rapport van het Europees Geneesmiddelenbureau waarin een verhoogd risico op bijwerkingen wordt vastgesteld bij jongere mensen.*

Als eerste dosis hebben we AstraZeneca sindsdien niet meer toegediend, maar wie al een dosis kreeg, kan met een gerust gemoed een tweede komen halen. Ondertussen beschikken we ook over genoeg andere vaccins die die bijwerkingen niet hebben.

Dat de grote centra bij aanvang onderbezet bleven, had vooral met een gebrek aan vaccins te maken. Dankzij de grote centra, waar voldoende ruimte is voor verschillende vaccinatielijnen en rustruimten, konden op korte tijd veel mensen worden gevaccineerd.

Gisteren heb ik op Bel RTL duidelijk uiteengezet dat het onbegrijpelijk is dat mensen die in de zorg werken nog niet allemaal zijn ingeënt. Samen met de sociale partners moeten we tot een oplossing komen. Een eenzijdig opgelegde verplichting zou mensen immers wegjagen uit een sector die al onderbemand is.

Op een volgende interministeriële conferentie zullen we die discussie voeren, samen met de sociale partners. In de rusthuizen

et pas contre elles, et si possible avec leurs représentants. C'est la tâche à laquelle nous nous attelons pour le moment. Selon mes contacts informels, cette position est relativement partagée. Nous devrions avoir cette discussion lors d'une prochaine conférence interministérielle, en présence des partenaires sociaux, ou en tout cas en prenant leur avis en considération, mais dans l'objectif clair d'augmenter le taux de vaccination.

Ce n'est pas pour rien que nous avons collectivement décidé de commencer les campagnes de vaccination dans les maisons de repos : nous y avons identifié un risque particulier. Les premières personnes vaccinées en Belgique ont été les résidents et le personnel des maisons de repos.

Ensuite, quant à l'impression que nous n'allons pas vers les gens, je pense qu'il est difficile, dans un débat d'actualité comme celui-ci, de vous dresser la liste exhaustive des actions entreprises. Ces actions hors les murs sont menées avec des dizaines de partenaires dans les quartiers, les communautés, différents lieux, etc. Ces actions essaient de cibler les quartiers et communautés où le taux de vaccination est moindre. Mais en effet, ce travail de conviction et d'exemplarité prend du temps. Parfois, les personnes acceptent puis changent d'avis, car il leur paraît difficile, en raison des impacts personnels, de faire la promotion de la vaccination dans leur quartier ou leur communauté. C'est un travail ardu et long, et même s'il est en cours depuis un moment, il risque de durer encore longtemps.

¹⁸⁷ Je ne veux pas polémiquer à propos des chiffres, mais je remarque qu'ils sont à Bruxelles dans la droite ligne de Charleroi, Liège, Paris, Manchester ou New York, et parfois même supérieurs. C'est la réalité. Certes, Anvers et toute la Flandre font mieux. La Flandre a des résultats exceptionnellement bons, au niveau mondial. Je pense qu'aucune région n'atteint des taux de vaccination aussi élevés, et tant mieux. Une multiplicité de facteurs l'explique.

L'un d'entre eux, qui semble clairement identifié, est la structuration de la première ligne de soins, en route depuis une bonne quinzaine d'années en Flandre. J'admets que, de ce point de vue, Bruxelles est en retard, tout comme la Wallonie et de nombreux pays. La Flandre a fait du très bon boulot en s'appuyant sur cette structure.

Anvers a aussi une densité quatre fois moindre que Bruxelles, un revenu par habitant nettement supérieur et bien moins de problèmes sociaux et multiculturels. D'autres facteurs jouent donc aussi. Ce ne sont pas des excuses, mais il faut se baser sur la réalité des faits et des chiffres.

¹⁸⁹ Évidemment, nous voulons augmenter le taux de vaccination. Nous ne pouvons pas nous satisfaire d'un taux de 60 % parmi les 18 ans et plus. Nous poursuivrons la multiplication des actions pour augmenter, pas à pas, le taux de vaccination à Bruxelles dans les prochaines semaines et les prochains mois.

- Les incidents sont clos.

zijn de risico's altijd het grootst geweest en daar hebben we ook onze eerste vaccinatiecampagnes gevoerd, voor inwoners en personeelsleden.

Ik zou u een lange lijst kunnen bezorgen van alle acties die we samen met tientallen partners ondernomen hebben om de mensen in de wijken en de gemeenschappen te bereiken. Het vergt tijd om mensen te overreden, niet alleen om zich te laten inenten, maar ook om als voorbeeld te willen fungeren en anderen uit de wijk of gemeenschap te overtuigen.

Over de cijfers wil ik geen polemieken voeren. Vlaanderen doet het uitzonderlijk goed, zelfs op wereldschaal, terwijl Brussel zich ongeveer op het niveau van andere grote steden als Charleroi, Luik of Parijs bevindt. Vlaanderen heeft zijn succes ongetwijfeld te danken aan een goede organisatie van de eerstelijnszorg. Brussel, Wallonië en talloze andere landen en regio's hebben op dat vlak nog een weg af te leggen.

Laten we niet vergeten dat Antwerpen een veel kleinere bevolking heeft, dat het gemiddelde inkomen er hoger ligt en dat er minder sociale en multiculturele problemen zijn.

Met een vaccinatiegraad van 60% onder de volwassen stellen we ons niet tevreden. We zullen actie blijven ondernemen om dat cijfer te doen stijgen.

- De incidenten zijn gesloten.

193 **QUESTION ORALE DE M. GILLES VERSTRAETEN**

193 **à Mme Elke Van den Brandt et à M. Alain Maron, membres du Collège réuni chargés de l'action sociale et de la santé,**

193 **concernant "la fermeture éventuelle du centre pour demandeurs d'asile du Samusocial à Neder-Over-Heembeek".**

195 **M. Gilles Verstraeten (N-VA) (en néerlandais).**- *Un licenciement collectif est annoncé au centre pour demandeurs d'asile de Neder-Over-Heembeek, en raison de la vente du bâtiment à une entreprise privée. Au total, 38 emplois seraient menacés.*

Depuis 2016, le centre accueille quotidiennement 200 à 350 demandeurs d'asile. Le syndicat reproche à Fedasil, au New Samusocial et au gouvernement bruxellois de ne pas avoir trouvé un autre bâtiment.

À quelle date le centre d'accueil de Neder-Over-Heembeek doit-il fermer ? Quand le New Samusocial a-t-il été informé de la vente ? De quelle manière la Cocom est-elle associée à la réflexion ? Quelles sont les autres options ? Un autre bâtiment a-t-il été trouvé ?

Combien de personnes travaillent-elles dans le centre ? Y aura-t-il des licenciements ? Combien ? Quels sont les profils concernés ? Où les demandeurs d'asile séjournant au centre seront-ils logés ?

Les organisations basées à Bruxelles, comme le New Samusocial, louent-elles les bâtiments dans lesquels elles ont installé des centres d'accueil ? Certains contrats de location vont-ils bientôt expirer, pour lesquels une solution doit être trouvée ?

197 **M. Alain Maron, membre du Collège réuni (en néerlandais).**- *Le centre pour demandeurs d'asile de Neder-Over-Heembeek est financé par Fedasil et relève des compétences de l'État fédéral.*

La vente du site était connue du New Samusocial depuis janvier 2019, date à laquelle il a pris possession des lieux en vertu d'une convention tripartite entre Fedasil, ING Lease et le New Samusocial.

Depuis le mois de mars dernier, le New Samusocial a exploré de très nombreuses pistes permettant de maintenir l'activité dans un

MONDELINGE VRAAG VAN DE HEER GILLES VERSTRAETEN

aan mevrouw Elke Van den Brandt en aan de heer Alain Maron, leden van het Verenigd College, bevoegd voor Welzijn en Gezondheid,

betreffende "de mogelijke sluiting van het asielcentrum van New Samusocial in Neder-Over-Heembeek".

De heer Gilles Verstraeten (N-VA).- Mijn vraag dateert van 19 april en is ondertussen verouderd, zoals helaas een gewoonte begint te worden in deze commissie, maar ik zal me toch aan mijn oorspronkelijke tekst houden.

In het asielcentrum van Neder-Over-Heembeek is een collectief ontslag aangekondigd. Het gebouw waarin het centrum gevestigd is, wordt verkocht aan een privéonderneming die er begin juni in wil trekken. Volgens de socialistische vakbond zijn 38 banen bedreigd. De directeur van New Samusocial heeft het over 31 banen, maar benadrukt dat er nog niets verloren is en er andere mogelijkheden worden bekeken.

In het asielcentrum worden sinds 2016 dagelijks 200 tot 350 asielzoekers opgevangen. Zij zouden in juni verspreid worden over de centra van Fedasil. De vakbond verwijt Fedasil, New Samusocial en de Brusselse regering dat ze geen ander gebouw hebben gevonden.

Op welke datum moet het asielcentrum in Neder-Over-Heembeek sluiten? Wanneer werd New Samusocial op de hoogte gebracht van de verkoop? Hoe wordt de GGC betrokken bij het overleg? Hoe verloopt dat? Welke andere mogelijkheden zijn er? Is er een ander gebouw gevonden?

Hoeveel personeelsleden telt het asielcentrum? Zullen er ontslagen vallen? Hoeveel? Om welke profielen gaat het? Waar zullen de asielzoekers die in het centrum verblijven, worden opgevangen?

Huren Brusselse organisaties als New Samusocial de gebouwen waarin ze asielcentra hebben ingericht? Zijn er huurcontracten die binnenkort aflopen en waarvoor een oplossing moet worden gezocht?

De heer Alain Maron, lid van het Verenigd College.- Het asielcentrum van Neder-Over-Heembeek wordt niet door de GGC gesubsidieerd of erkend, maar door Fedasil in het kader van de federale bevoegdheid inzake asiel en migratie. De GGC is dus niet bevoegd en betrokken bij de besprekingen over de sluiting van het centrum en de gevolgen daarvan. New Samusocial heeft niettemin in maart een reeks inlichtingen aan de twee regeringscommissarissen en de raad van bestuur meegedeeld.

Het centrum heeft inderdaad op 31 mei 2021 zijn deuren gesloten. New Samusocial was op de hoogte van de nakende sluiting sinds ze in januari 2019 de site in bezit had genomen.

autre lieu. Depuis la mi-mai, il a obtenu l'accord pour occuper l'ancienne clinique Parc Léopold à Etterbeek, pour une durée de six mois.

¹⁹⁹ *Si aucune autre piste ne se dégage d'ici la fin de l'année, le New Samusocial sollicitera la prolongation de cette occupation.*

Un nouveau bâtiment ayant été trouvé, aucun travailleur n'a dû être licencié. Les demandeurs d'asile sont accueillis au sein du bâtiment de l'ancienne clinique Parc Léopold depuis le 1er juin.

²⁰¹ **M. Gilles Verstraeten (N-VA)** (en néerlandais).- *J'admets ne pas avoir pris en considération le fait que c'est le gouvernement fédéral et non la Cocom qui est responsable de ce dossier.*

- L'incident est clos.

²⁰⁵ **QUESTION ORALE DE M. DAVID LEISTERH**

²⁰⁵ **à Mme Elke Van den Brandt et à M. Alain Maron, membres du Collège réuni chargés de l'action sociale et de la santé,**

²⁰⁵ **concernant "le taux de vaccination du personnel dans les MR et MRS bruxelloises".**

²⁰⁷ **M. David Leisterh (MR)**.- *Ma question date du mois d'avril dernier, mais reste d'actualité car elle concerne le taux de vaccination du personnel des maisons de repos et maisons de repos et de soins. Au moment de la question, ce taux avoisinait 46 % à Bruxelles, ce qui était inférieur à la moyenne du pays. Cela s'explique par le blocage persistant à la vaccination dans le chef de certaines personnes.*

D'après vous, quelles campagnes d'information peuvent-elles être menées ? Vous parliez tout à l'heure d'une action dans les marchés pour tenter de convaincre la population.

Planifiez-vous des campagnes d'information dans les maisons de repos publiques et privées ? Le taux de vaccination du personnel a en effet une conséquence sur la sécurité des résidents des maisons de repos.

Avez-vous commandé une étude au niveau de la Cocom ou d'Iriscare qui permettrait de comprendre et d'identifier l'ensemble des raisons du refus pour un haut pourcentage du personnel de

ING had de site immers al verkocht op het ogenblik van de overeenkomst tussen Fedasil, ING Lease en New Samusocial.

Sinds maart heeft New Samusocial talrijke mogelijkheden onderzocht om haar project elders voort te zetten. Midden mei heeft de vzw de toestemming gekregen om de kliniek Leopoldpark in de Froissartstraat in Etterbeek voor zes maanden te bezetten.

Als er ondanks alle inspanningen tegen het einde van 2021 geen andere oplossing is gevonden, zal New Samusocial een verlenging van de tijdelijke bezetting aanvragen.

Aangezien er een nieuw gebouw is gevonden, moesten er geen werknemers worden ontslagen. De asielzoekers worden sinds 1 juni opgevangen in het gebouw van de Kliniek Leopoldpark.

De heer Gilles Verstraeten (N-VA).- Uw antwoord is vrij volledig. Ik geef toe geen rekening te hebben gehouden met het feit dat de federale overheid hiervoor bevoegd is en dat het centrum volledig door Fedasil wordt gefinancierd. De GGC is daardoor geen betrokken partij. Ik dank de minister dan ook dat hij zich de moeite heeft getroost mijn vraag volledig te beantwoorden.

- Het incident is gesloten.

MONDELINGE VRAAG VAN DE HEER DAVID LEISTERH

aan mevrouw Elke Van den Brandt en de heer Alain Maron, leden van het Verenigd College, bevoegd voor Welzijn en Gezondheid,

betreffende "het vaccinatiepercentage van het personeel in de Brusselse RH's en RVT's".

De heer David Leisterh (MR) (in het Frans).- *Welke soorten informatiecampagnes zijn volgens u nuttig om de vaccinatiegraad onder het personeel in Brusselse rusthuizen op te krikken? U had het daarnet over acties op markten om de bevolking te overtuigen.*

Plant u campagnes in rusthuizen? De vaccinatiegraad van het personeel heeft immers een impact op de veiligheid van de rusthuisbewoners.

Hebt u een onderzoek besteld bij de GGC of Iriscare om te achterhalen waarom zo'n hoog percentage personeelsleden zich niet wil laten vaccineren?

Hoe verklaart u het grote verschil inzake vaccinatiegraad tussen het rusthuispersoneel in Brussel en het rusthuispersoneel in de andere gewesten?

se faire vacciner ? Je connais bien deux maisons de repos, j'ai donc bien des idées, des sentiments et des ressentis, mais il m'est difficile de les objectiver clairement pour trouver les réponses les plus adaptées.

Comment expliquez-vous la différence du taux de vaccination du personnel des maisons de repos à Bruxelles et dans les autres Régions, du moins à l'époque où j'introduisais le texte de ma question orale ?

²⁰⁹ **M. Alain Maron, membre du Collège réuni.**- La campagne de vaccination fait partie de la médecine préventive et, conformément à la répartition des compétences, elle relève de la compétence des services du Collège réuni. Il a été convenu avec ces derniers que la communication opérationnelle concernant la campagne de vaccination dans les maisons de repos (MR) et maisons de repos et de soins (MRS) dont Iriscare est responsable sera assurée par Iriscare, en collaboration avec les services du Collège réuni. Les résidents, les bénéficiaires et le personnel des MR et MRS ont reçu des informations détaillées sur la campagne de vaccination et sur sa mise en œuvre.

Au début de la campagne de vaccination, Iriscare a créé une adresse électronique fonctionnelle spécifique comme point de contact unique pour toutes les questions relatives à la vaccination.

Des dépliants et des affiches ont été produits pour la campagne de vaccination "Retroussons-nous les manches". Ils sont disponibles en ligne et ont également été envoyés par courrier à tous les établissements de soins, y compris ceux qui dépendent de la Cocom et de la Cocof.

Plusieurs films d'animation ont également été mis à disposition. Certains s'adressent spécifiquement aux résidents, aux bénéficiaires et au personnel ; un film s'adresse plus particulièrement aux vaccinés. Les vidéos sont toujours disponibles sur YouTube et sur les sites internet régionaux.

Dès le mois de décembre, des webinaires ont été organisés pour informer et former les directions, les médecins et le personnel avec l'aide de divers experts et figures de la campagne de vaccination. Plusieurs sessions d'information sur les vaccins et la vaccination, les procédures, la mise en œuvre de la stratégie de vaccination, les assouplissements post-vaccination, le suivi de la vaccination, notamment, ont eu lieu.

Médecins sans frontières a également organisé des séances d'information dans les MR et MRS.

²¹¹ Le 27 décembre 2020, la circulaire contenant les instructions pour la vaccination a été publiée et envoyée aux MR, MRS et résidences-services accréditées et subventionnées par la Cocom. Cette circulaire a été mise à jour au 3 février 2021.

Le 2 février 2021, la circulaire contenant les instructions pour la vaccination, à l'époque uniquement avec le vaccin Pfizer, a été publiée et envoyée aux centres et services agréés et

De heer Alain Maron, lid van het Verenigd College (in het Frans).- *De vaccinatiecampagne valt onder de bevoegdheid van de diensten van het Verenigd College. In samenwerking met deze diensten heeft Iriscare in rusthuizen die onder zijn bevoegdheid vallen, gecommuniceerd over dit onderwerp. Bewoners en personeel hebben gedetailleerde informatie over de vaccinatiecampagne gekregen.*

Iriscare voerde een specifiek mailadres in voor alle vragen in verband met de vaccinatiecampagne. Daarnaast werden folders en posters ontwikkeld met de slogan 'Stroop je mouwen op'. Ze zijn online beschikbaar en werden naar alle zorginstellingen gestuurd.

Verder werden er animatiefilmpjes gemaakt voor diverse doelgroepen. Ze staan op YouTube en op de websites van het gewest.

Sinds december organiseren we webinars voor directies, artsen en zorgpersoneel over diverse aspecten van de vaccinatiecampagne. Daarnaast heeft ook Artsen Zonder Grenzen informatiesessies in rusthuizen georganiseerd.

Op 27 december 2020 werd een rondzendbrief met vaccinatie-instructies naar de door de GGC erkende en gesubsidieerde rusthuizen gestuurd. Een bijgewerkte versie volgde op 3 februari.

Op 2 februari 2021 vertrok de rondzendbrief met vaccinatie-instructies naar erkende en gesubsidieerde centra en diensten voor volwassenen met een beperking, revalidatiecentra voor

subventionnés pour personnes adultes en situation de handicap, aux centres de réadaptation pour adultes, aux centres de jour et aux centres de jour pour personnes âgées.

Ces circulaires étaient accompagnées de modèles permettant aux établissements de préparer un inventaire des personnes à vacciner, de gérer la question des personnes incapables de donner un consentement éclairé et de surveiller la température de l'espace de stockage et des réfrigérateurs afin de s'assurer de la bonne conservation des vaccins.

Le 9 février 2021, Iriscare a informé les prestataires et professionnels des soins de santé que la campagne de vaccination les concernant allait débuter. Des dépliants et des affiches contenant des informations leur ont été envoyés.

En mars et en avril, à différentes reprises, des informations ont été envoyées et des communications ont eu lieu entre Iriscare, les services du Collège réuni et le secteur sur les procédures de commande de vaccins pour la vaccination des résidents et du personnel, la mise en place des équipes mobiles, etc.

213 Concernant les solutions adoptées pour encourager le personnel à se faire vacciner, sur la base du nombre de vaccins délivrés aux établissements de soins pour personnes âgées et des résultats de l'enquête en ligne menée par Iriscare après la fin de la campagne de vaccination dans ces établissements, nous avons constaté que 92 % des résidents étaient vaccinés.

Les paramètres épidémiologiques ont évolué favorablement : le nombre de résidents et de membres du personnel soignant positifs au Covid-19 a fortement diminué après la campagne de vaccination dans les maisons de repos, qui s'est achevée fin février. La tendance est la même pour les hospitalisations : le nombre de résidents hospitalisés est passé de quinze à vingt en moyenne par semaine, à un nombre oscillant entre zéro et deux après la campagne de vaccination.

Dans la même enquête, un sondage a été mené sur la couverture vaccinale des membres du personnel : selon les employeurs, 50,32 % du personnel a été vacciné. Effectivement, la vaccination n'est pas obligatoire et, conformément au secret médical, l'employeur n'est pas censé avoir connaissance du statut vaccinal des membres du personnel. Il faut donc se méfier de ces statistiques, car elles ne reposent pas sur des données certaines, l'employeur n'ayant pas les moyens légaux de connaître le statut vaccinal des membres de son personnel.

Nous avons aussi permis aux membres du personnel des maisons de repos qui n'auraient pas été vaccinés sur leur lieu de travail de se faire vacciner dans les centres de vaccination. Bien entendu, lorsque des équipes mobiles viennent vacciner de nouveaux résidents dans les maisons de repos, elles peuvent aussi vacciner les membres du personnel.

La réalisation d'une étude pour connaître les raisons de la non-vaccination à Bruxelles n'a pas été organisée. En revanche, le rapport thématique sur la vaccination dans les maisons de repos

volwassenen en dagcentra voor ouderen. Op dat moment ging het enkel over het vaccin van Pfizer.

Op 9 februari heeft Iriscare de zorgsector ervan op de hoogte gebracht dat de vaccinatiecampagne van start zou gaan.

In maart en april is er nog diverse keren informatie uitgewisseld tussen Iriscare, de diensten van het Verenigd College en de sector over allerlei praktische regelingen.

Uit het aantal geleverde vaccins en de online enquête die Iriscare eind februari, op het eind van de vaccinatiecampagne, in de rusthuizen organiseerde, konden we opmaken dat 92% van de rusthuisbewoners gevaccineerd is.

Na de campagne is het aantal bewoners en personeelsleden dat nog positief testte, fel gedaald. Hetzelfde geldt voor het aantal opnames in ziekenhuizen.

In dezelfde enquête peilde Iriscare ook naar de vaccinatiegraad van het personeel, die volgens de werkgevers 50,32% bedroeg. Aangezien vaccinatie niet verplicht is, en een werkgever conform het medisch geheim niet geacht wordt de vaccinatiestatus van zijn personeel te kennen, kan dat cijfer echter moeilijk hardgemaakt worden.

Het zorgpersoneel dat niet gevaccineerd werd op de werkplek, mocht ook naar een vaccinatiecentrum gaan. Daarnaast mogen mobiele teams die nieuwe rusthuisbewoners komen vaccineren, uiteraard ook personeel vaccineren.

Er werd geen onderzoek georganiseerd om na te gaan om welke redenen Brusselaars zich niet laten vaccineren. Uit het rapport van Sciensano over de vaccinatiecampagne in Belgische rusthuizen bleek wel dat 71,8% van het personeel dat niet gevaccineerd is, daar geen medische reden voor gaf.

belges, publié par Sciensano, indique que 71,8 % des membres du personnel qui n'ont pas été vaccinés invoquent une raison autre que médicale.

215 Selon Médecins sans frontières, les raisons les plus couramment invoquées pour une non-vaccination sont les suivantes : manque de confiance, peur d'effets secondaires à long terme, sentiment d'invincibilité et de protection lié à une précédente infection au Covid-19, contre-indications (grossesse, allaitement) et vaccination déconseillée par un médecin ou autre spécialiste.

Il convient d'être prudent dans les comparaisons entre Régions. Il est plus significatif de comparer la Région bruxelloise avec les quatre autres grandes villes du pays. Dans son rapport sur la surveillance de la vaccination dans les maisons de repos, Sciensano met expressément en garde contre de telles comparaisons entre entités fédérées : "Les résultats présentés dans ce rapport doivent être interprétés avec prudence lors des comparaisons entre Régions/Communautés, le nombre total des MR/MRS étant significativement différent entre celles-ci."

Les limites d'enregistrement de Vaccinnet constituent un autre facteur à ne pas négliger. Pour chaque vaccination, les médecins vaccinateurs sont tenus d'enregistrer l'identité de la personne, son lieu de résidence et le vaccin administré. Lors de l'inscription, les résidents des maisons de repos ne sont pas distingués des membres du personnel. Dans les statistiques quotidiennes publiées par Sciensano, les chiffres sont agrégés par code postal. Le manque de fiabilité de ces statistiques est donc évident.

Il est pourtant essentiel d'avoir une idée assez précise du pourcentage des membres du personnel réellement vaccinés dans chaque maison de repos. Or nous ne disposons pas d'un outil permettant la mise à jour constante de ces chiffres. Des membres du personnel se font vacciner tous les jours, certains intègrent et d'autres quittent leur établissement.

Ce point sera sans doute abordé lors d'une prochaine conférence interministérielle de la santé publique. J'ai eu des discussions informelles avec M. Vandenbroucke sur la question et je pense que les ministres chargés de la santé dans les autres entités se penchent aussi sur la problématique.

217 **M. David Leisterh (MR).**- Je me doute que la situation est compliquée.

Un élément de solution pour tenter de convaincre le personnel soignant de se faire vacciner réside dans la force de conviction du médecin coordinateur dans les maisons de repos. Encore faut-il que ces maisons de repos aient un médecin coordinateur. Certaines n'en ont pas.

Or, je sais d'expérience que le médecin coordinateur exerce, à ce niveau-là, une vraie influence, même s'il s'agit d'un travail de fourmi, au cas par cas. Pouvant témoigner de certains contextes que je connais bien, je crois comprendre qu'il s'agit de l'un des

Volgens Artsen Zonder Grenzen gaat het vooral om een gebrek aan vertrouwen, angst voor langetermijneffecten, een vals gevoel van immuniteit door een eerdere Covid-19-infectie, contra-indicaties zoals zwangerschap of borstvoeding, en het feit dat een arts of een andere specialist vaccinatie afraadde.

Zoals Sciensano het in zijn verslag ook al aanhaalt, moeten we voorzichtig zijn met het vergelijken van verschillende gewesten. Het is beter om het Brussels Gewest te vergelijken met de vier andere grote steden in België.

Daarnaast heeft ook Vaccinnet zijn beperkingen. Bij de inschrijving wordt er geen onderscheid gemaakt tussen rusthuisbewoners en rusthuispersoneel. Bovendien worden de dagelijkse vaccinatiecijfers per postcode gegeneerd, waardoor ze niet erg betrouwbaar zijn.

Op dit moment beschikken we dus niet over de middelen om een beeld te krijgen van het percentage van het rusthuispersoneel dat zich laat vaccineren, terwijl dat van essentieel belang is. Dit probleem zal zeker worden aangekaart tijdens de volgende interministeriële conferentie Gezondheid.

De heer David Leisterh (MR) (in het Frans).- *De coördinerende geneesheer kan een aanzienlijke rol spelen bij het overtuigen van het rusthuispersoneel, maar niet alle rusthuizen beschikken over die functie. Waar er zo'n geneesheer is, kan die, geval per geval en met veel geduld, mensen overtuigen. Dat weet ik van mijn ervaring op het terrein.*

- Het incident is gesloten.

outils les plus efficaces jusqu'à présent pour faire basculer un a priori négatif sur le vaccin.

- *L'incident est clos.*

QUESTION ORALE DE M. JAN BUSSELEN

à Mme Elke Van den Brandt et à M. Alain Maron, membres du Collège réuni chargés de l'action sociale et de la santé,

concernant "l'annonce de licenciements dans les maisons de repos et les maisons de repos et de soins".

M. Jan Busselen (PVDA) (en néerlandais). - *Un an après avoir été applaudis tous les soirs, les soignants voient leur emploi menacé : Armonea va fermer une maison de repos à Molenbeek-Saint-Jean et licencier 108 employés, tandis que Senior Living Group a menacé de licencier 28 employés dans quatre maisons de repos. Entre-temps, un accord social a été conclu et la plupart du personnel sera réorienté.*

Toutefois, Senior Living Group souhaite aussi fermer la maison de repos Ten Prins à Anderlecht, ainsi qu'un service de la maison de repos Van Zande à Molenbeek.

Allons-nous à nouveau vers des maisons de retraite plus grandes, alors que l'expérience a montré que des entités plus petites étaient préférables ? Quelles sont les implications de ce transfert pour le personnel ?

Pendant les premières vagues de la pandémie, les membres du personnel soignant se sont dévoués corps et âme et méritent le respect pour cela. En échange, ils doivent faire face aujourd'hui à la peur de l'avenir et à l'insécurité de l'emploi. C'est inacceptable !

En imposant des normes de personnel à ces grands groupes, vous pouvez éviter que le personnel soignant ne soit licencié. Avez-vous l'intention de demander un moratoire sur les licenciements pour les maisons de repos faisant partie de grands groupes qui versent des dividendes ?

Comptez-vous accélérer l'introduction de nouvelles normes d'encadrement permettant d'augmenter le personnel dans les maisons de repos ? Avez-vous des projets pour développer un

**MONDELINGE VRAAG VAN DE HEER JAN BUSSELEN
aan mevrouw Elke Van den Brandt en aan de heer Alain Maron, leden van het Verenigd College, bevoegd voor Welzijn en Gezondheid,**

betreffende "de aangekondigde ontslagen in rusthuizen en rust- en verzorgingstehuizen".

De heer Jan Busselen (PVDA). - Ook mijn vraag dateert van april, maar ze is nog steeds actueel. In april 2020 hebben we elke dag om 20 uur samen voor het zorgpersoneel geapplaudiseerd. Een jaar later, in april 2021, dreigen 136 werknemers uit de Brusselse zorgsector hun job te verliezen.

Armonea zal een rusthuis sluiten in Sint-Jans-Molenbeek en 108 werknemers aan de deur zetten. Senior Living Group dreigde ermee 28 werknemers te ontslaan in vier rusthuizen in Brussel. Intussen is er een sociaal akkoord gesloten en zullen de meeste mensen geheroriënteerd worden.

Deze week vernamen we echter dat Senior Living Group ook het rusthuis Ten Prins in Anderlecht wil sluiten, waardoor 50 werknemers hun job zouden verliezen. Een van de twee afdelingen van het rusthuis Van Zande in Sint-Jans-Molenbeek hangt hetzelfde lot boven het hoofd.

Senior Living Group belooft om de betrokken werknemers naar andere sites over te brengen, maar dit alles roept toch vragen op. Evolueren we opnieuw naar grotere rusthuizen? Naar mijn gevoel waren we het erover eens dat een terugkeer naar kleinere entiteiten de voorkeur geniet. Wat betekent deze overplaatsing voor het personeel? Zullen zij plotseling 30 kilometer meer moeten afleggen om te gaan werken?

Iedereen heeft ontzettend veel respect voor het zorgpersoneel, dat tijdens de eerste en de tweede coronagolf zijn werkuren niet heeft geteld. Vaak werkten die mensen zonder beschermingsmateriaal en in de rusthuizen bleven sommigen samen met de bewoners in quarantaine. Daarvoor verdienen ze respect.

Vandaag krijgen ze daar echter angst voor de toekomst en werkonzekerheid voor in de plaats. Dat is onaanvaardbaar. Zeker omdat Senior Living Group een multinational is die in 2020 nog 65 miljoen euro winst maakte, terwijl de pandemie volop woedde. Armonea, dat rusthuis Sebrechts uitbaat, investeerde jarenlang niet in zijn infrastructuur en liet het gebouw verkrotten. Vervolgens wilde de groep het rusthuis sluiten en personeel laten afvloeien. Dat is gelukkig niet gebeurd.

réseau de maisons de repos publiques, abordables et de bonne qualité à Bruxelles ?

Door aan dergelijke grote groepen personeelsnormen op te leggen, kunt u voorkomen dat er zorgwerkers worden ontslagen. Jammer genoeg evolueren we naar alsmaar grotere rusthuizen.

Het Verenigd College moet zijn verantwoordelijkheid opnemen door bij de federale regering te eisen dat ze een moratorium op ontslagen invoert. Bent u van plan om een dergelijk moratorium te vragen voor rusthuizen die deel uitmaken van grote groepen die dividenden uitkeren aan aandeelhouders?

Wilt u de invoering versnellen van nieuwe omkaderingsnormen, die meer personeel in rusthuizen mogelijk maken?

Hebt u plannen om een netwerk van openbare, betaalbare en goede rusthuizen te ontwikkelen in Brussel? Zo ja, hoever staat u daarmee?

²²⁷ **M. Alain Maron, membre du Collège réuni (en néerlandais).** - *Nous sommes conscients de cette situation problématique et travaillons à l'élaboration de nouvelles normes en matière de personnel, afin d'éviter les fermetures et les licenciements injustifiés.*

De heer Alain Maron, lid van het Verenigd College. - We zijn ons bewust van de problematische situatie en werken aan nieuwe omkaderingsnormen om sluitingen en ongegronde ontslagen te voorkomen. Ook de reconversie van bedden laat een betere omkadering van het personeel toe.

Iriscare n'est toutefois compétente que pour la Région. Nous ne pouvons pas exiger un moratoire fédéral sur les licenciements.

Iriscare is enkel bevoegd voor het gewest. We kunnen geen beslissingen op federaal niveau nemen en een federaal moratorium op ontslagen eisen. Het is een zaak van sociaal recht en daarvoor zijn noch Iriscare noch het gewest bevoegd.

Pendant la crise sanitaire, Iriscare a pris des mesures de soutien financier en faveur des maisons de repos, à condition qu'elles conservent un personnel suffisant pendant la crise. Ces subventions seront entièrement, partiellement ou pas du tout récupérées par la suite, en fonction du résultat du contrôle du maintien du personnel.

Iriscare heeft tijdens de coronacrisis een aantal financiële steunmaatregelen aan de rusthuizen toegekend, op voorwaarde dat ze tijdens de crisis voldoende personeel in dienst hielden. Die voorwaarde was van toepassing op de forfaitaire subsidie van 60 euro per verloren gefactureerde dag tijdens het tweede trimester van 2020, en op de subsidie ter compensatie voor het verlies aan gefactureerde dagen in het eerste trimester van 2021. Beide subsidies worden achteraf volledig, gedeeltelijk of niet teruggevorderd op basis van het resultaat van de controle op het behoud van het personeel.

²²⁹ *La qualité des maisons de repos est vérifiée lors de contrôles effectués par la Cocom, et j'étudie la possibilité d'encourager les améliorations dans les institutions concernées sur la base d'un suivi des indicateurs de qualité.*

De kwaliteit van de rusthuizen wordt geverifieerd aan de hand van inspecties ter plaatse, uitgevoerd door de inspectiedienst van de GGC. Iriscare heeft de uitoefening van die bevoegdheid via een protocol aan de diensten van de GGC overgedragen.

La législation sur les prix sera également revue afin de rendre le tarif journalier plus transparent et de limiter les ajustements de prix.

Tegelijkertijd bestudeer ik de mogelijkheid om verbeteringen bij de betrokken instellingen te stimuleren op basis van een follow-up van kwaliteitsindicatoren.

En outre, la législation relative à l'agrément des maisons de repos doit être revue pour correspondre à la nouvelle vision sociétale sur l'hébergement des personnes âgées. Un groupe de travail composé de représentants et d'experts du secteur s'est déjà réuni à plusieurs reprises cette année.

Ik zal de wetgeving op de prijzen herzien om de dagprijs transparanter te maken en prijsaanpassingen te beperken.

De wetgeving betreffende de erkenning van de rusthuizen is niet meer gewijzigd sinds 2009 en moet worden herzien, zodat ze opnieuw overeenstemt met de gewijzigde maatschappelijke visie op de huisvesting van bejaarden. Daar is los van de gezondheids crisis al mee gestart. Een werkgroep van vertegenwoordigers en experts uit de sector kwam in maart en april van dit jaar meermaals samen. De gesprekken gingen

231 *Les leçons tirées de la crise sanitaire détermineront en partie l'évolution des normes d'agrément.*

Un marché public a également été lancé pour mener une étude permettant de rassembler les informations nécessaires pour offrir suffisamment de places dans les centres d'hébergement pour personnes âgées, en fonction des besoins démographiques attendus d'ici dix à vingt ans. Une deuxième étude sera réalisée pour examiner les possibilités de nouvelles formes de logement.

233 **M. Jan Busselen (PVDA)** (en néerlandais).- *Le licenciement du personnel s'explique probablement par la diminution du nombre de résidents. Les grandes maisons de repos souhaitent, en effet, faire des bénéfices. Cette tendance se poursuivra sans doute, c'est pourquoi les membres du personnel craignent de perdre leur emploi, mais aussi que la qualité des soins ne tienne qu'à un fil.*

Quand la révision sera-t-elle terminée ? En outre, des fonds sont-ils bel et bien disponibles pour mener une politique qualitative ?

Comme la demande d'un moratoire sur les licenciements au niveau fédéral serait excessive, pouvez-vous au moins convaincre les autorités fédérales de ne pas mettre ces travailleurs à la porte ?

235 **M. Alain Maron, membre du Collège réuni.**- *On peut déplorer un certain nombre de stratégies adoptées par de grands groupes de maisons de repos. Cela étant, il n'y a, a priori, aucun lien entre la diminution du nombre de membres du personnel et la diminution du nombre de résidents. En effet, les ressources et les financements étaient garantis jusqu'au mois de juin, pour autant qu'il n'y ait pas de licenciements.*

La perte de ressources ne peut donc pas être invoquée, puisque nous avons garanti les financements publics en vue précisément de garantir l'emploi. Nous avons en effet pris cette décision à la suite de discussions avec les syndicats, au début de la crise sanitaire, concernant le soutien au secteur des maisons de repos durant la crise.

Nous sommes conscients de la situation problématique. Ce qui nous importe tous est d'améliorer la qualité de l'accueil dans les maisons de repos, qui nécessitera du personnel. Nous avons

tot nu toe over de omkaderingsnormen en de financiering van rusthuizen.

De lessen die we kunnen trekken uit de gezondheids crisis, zullen uiteraard mee bepalen hoe de erkenningsnormen evolueren, in het bijzonder de normen voor het personeel.

Tevens werd een overheidsopdracht uitgeschreven die in de loop van 2021 moet leiden tot een planning van de voorzieningen voor senioren in het Brussels Gewest. In die studie zal de nodige informatie vergaard worden om op basis van de verwachte bevolkingsbehoeften over tien à twintig jaar te voorzien in de nodige plaatsen in verblijfscentra voor ouderen. Tegelijk komt er een tweede studie om de mogelijkheden van nieuwe, alternatieve woonvormen te onderzoeken.

De heer Jan Busselen (PVDA).- De reden waarom er nu ontslagen vallen, zou wel eens de daling van het aantal rusthuisbewoners kunnen zijn. Sommige grote spelers moeten immers winst maken. Dat is hun logica, het kader waarbinnen zij opereren. Die tendens zal zich waarschijnlijk voortzetten. Heel wat mensen in de sector zijn bang, enerzijds om hun werk te verliezen en anderzijds vrezen zij dat de kwaliteit van de zorg aan een zijden draadje hangt.

Het is goed dat er een studie wordt gevoerd naar alternatieve vormen van ouderenzorg en dat de wetgeving rond de erkenning eindelijk wordt besproken. De vraag is tegen wanneer die herziening rond zal zijn. U moet hier dringend werk van maken.

Daarnaast denk ik aan een tweede mogelijke hinderpaal. Als we een kwalitatief rusthuisbeleid willen voeren, hangt daar een prijskaartje aan vast. Zijn de middelen daarvoor wel voorradig?

Op federaal niveau een moratorium op ontslagen eisen, gaat inderdaad wat ver, maar u kunt er bij de federale overheid toch op aandringen dat er nu geen mensen op straat worden gezet? Het gaat immers om dezelfde mensen voor wie we een jaar geleden allemaal samen dagelijks hebben geapplaudiseerd.

De heer Alain Maron, lid van het Verenigd College (in het Frans).- *De strategie van bepaalde rusthuisgroepen valt te betreuren, maar er is op het eerste gezicht geen verband tussen de afbouw van het personeel en de vermindering van het aantal bewoners. De overheidsfinanciering was immers gegarandeerd tot en met juni, op voorwaarde dat er geen ontslagen vielen. De financieringsbeslissing kwam er na besprekingen met de vakbonden.*

We beseffen dat de toestand problematisch is. We willen de kwaliteit van de zorg in rusthuizen verbeteren en dat vergt personeel. We zijn begonnen met de vervanging van rusthuis-door rust- en verzorgingstehuisbedden en gaan daar ook mee door. We hebben er al miljoenen in geïnvesteerd.

commencé à y travailler en transformant des lits de maisons de repos (MR) en lits de maisons de repos et de soins (MRS). Plusieurs millions d'euros ont été investis dans ce cadre. Nous continuerons dans cette voie, tout en améliorant progressivement la qualité de l'accueil.

Il est vrai que l'on m'a signalé divers mouvements de membres du personnel à l'intérieur même des groupes, ce qui entraîne une diminution de leur nombre au sein de certaines maisons de repos. Ces pertes sont peut être compensées dans d'autres institutions. La situation n'est pas vraiment transparente.

- *L'incident est clos.*

QUESTION ORALE DE MME DELPHINE CHABBERT

à Mme Elke Van den Brandt et à M. Alain Maron, membres du Collège réuni chargés de l'action sociale et de la santé,

concernant "la problématique du syndrome méditerranéen dans le cadre de la pandémie".

Mme Delphine Chabbert (PS).- Dans ce contexte de pandémie, il est essentiel de s'assurer, plus que jamais, que chaque citoyen et chaque citoyenne puisse accéder à des soins de santé de qualité. Malheureusement, pour beaucoup, les obstacles aux soins de santé adaptés sont nombreux.

Il existe un traitement médical différencié en fonction de l'origine des personnes, un phénomène dénoncé depuis plusieurs années par des associations. Je parle du syndrome méditerranéen qui, d'après les experts, se renforce depuis le début de la pandémie. Il expose davantage encore les personnes qui y sont confrontées à des préjugés racistes de la part de certains professionnels du soin.

Pour le sociologue David Le Breton, ce syndrome trouverait son origine dans le fantasme selon lequel les personnes méditerranéennes sont plus résistantes. Et au-delà de toute rationalité, les pratiques médicales sont dispensées de manière inégale en fonction de l'origine de la personne. Les conséquences peuvent être graves, voire dramatiques, puisque d'après certains témoignages, cela pourrait aller jusqu'à la mort.

Ce phénomène est confirmé par une étude réalisée en 2018 par les Femmes prévoyantes socialistes, qui relaie de nombreux témoignages de personnes ayant subi des discriminations dans leur traitement médical sur la base de leur origine. Les Femmes prévoyantes socialistes révèlent par ailleurs que ce type de discrimination peut être institutionnalisée et transmise de professionnel en professionnel. Sachant qu'un tiers des résidents à Bruxelles ne sont pas d'origine belge, ce constat mérite toute notre attention.

Récemment, le Conseil bruxellois pour l'égalité entre les femmes et les hommes relayait des recommandations pour lutter contre les effets délétères de ce syndrome, notamment dans un rapport

Ik ben op de hoogte van overplaatsingen in rusthuisgroepen, waardoor bepaalde rusthuizen minder personeel hebben, maar erg transparant is de toestand niet.

- Het incident is gesloten.

MONDELINGE VRAAG VAN MEVROUW DELPHINE CHABBERT

aan mevrouw Elke Van den Brandt en de heer Alain Maron, leden van het Verenigd College, bevoegd voor Welzijn en Gezondheid,

betreffende "het probleem van het mediterrane syndroom in de context van de pandemie".

Mevrouw Delphine Chabbert (PS) *(in het Frans).*- Onlangs bracht de Brusselse Raad voor Gelijkheid tussen Vrouwen en Mannen een advies uit ter bestrijding van het misverstand dat mensen uit het Middellandse Zeegebied resistenter voor ziektes zouden zijn, het zogenaamde 'mediterrane syndroom'. Daardoor worden sommigen van hen geconfronteerd met racisme vanwege het zorgpersoneel en krijgen ze niet dezelfde zorg, met alle risico's van dien. De coronacrisis heeft dat verschijnsel nog verergerd. De raad stuurt aan op doelgroepgericht onthaal en bewustmaking bij de zorgprofessionals.

qui analyse l'impact de la crise sanitaire sur les inégalités entre les femmes et les hommes à Bruxelles. Le Conseil nous invite à développer des pratiques d'accueil adaptées aux différents publics, à mener une enquête auprès des équipes médicales et des patients sur le syndrome méditerranéen et à lancer une campagne de sensibilisation à destination des professionnels du soin.

243 Dans ce contexte de pandémie, mon groupe et moi-même pensons que cette problématique doit absolument faire l'objet de toute notre attention. Nous devons défendre une prise en charge adaptée à toutes les personnes, en particulier à celles qui subissent de plein fouet des discriminations en santé.

Avez-vous connaissance du syndrome méditerranéen ? Quelles sont les pistes explorées à Bruxelles et auprès des acteurs du soin pour lutter contre ce syndrome ?

Est-il envisagé, comme le demande le Conseil bruxellois pour l'égalité entre les femmes et les hommes, d'organiser des formations continues, des études, voire des campagnes de sensibilisation afin de lutter contre ce type de discrimination et favoriser un accès à la santé à Bruxelles de manière non stéréotypée ?

Enfin, êtes-vous favorable à une approche intersectionnelle qui permette d'appréhender la situation vécue par des personnes en fonction de l'ensemble des discriminations qu'elles subissent, comme les femmes racisées qui sont les premières exposées à ce syndrome ?

245 **M. Alain Maron, membre du Collège réuni.**- Merci pour votre question sur cette thématique encore relativement peu connue. Elle commence néanmoins à être documentée et reconnue par les institutions et les médias.

En mars dernier, le magazine Médor y consacrait d'ailleurs un article intitulé "Des maux qui collent à la peau". Je tiens à dire que dès 2006, l'asbl Question santé publiait un numéro spécial dans le Bruxelles Santé Info sur le thème des représentations de la santé et de la maladie. Ce numéro abordait également la question des stéréotypes dont étaient victimes plusieurs personnes, ce qui nuisait à leur prise en charge.

Si les victimes témoignent beaucoup sur les réseaux sociaux, elles ont encore des difficultés à prouver que leur cas n'est pas anecdotique. Selon Unia, les cas liés au syndrome méditerranéen sont sous-rapportés et il existe un problème d'information des victimes, qui ne savent souvent pas à qui s'adresser. Unia indique d'ailleurs n'avoir reçu que très peu de plaintes à ce sujet.

Comme vous le savez, les statistiques ethniques sont proscrites par la loi. Pourtant, pour lutter contre les discriminations, il faut pouvoir les mesurer. Il y a lieu de fournir un effort en matière de mesures et d'objectivation de ce type de phénomène. Il faut donc développer des politiques qui prennent en considération les différents aspects de la diversité, tant dans l'offre de services de soins que dans les formations des professionnels de la santé. Avoir conscience de l'existence de biais dans la prise en charge

In de context van de coronacrisis vindt mijn fractie dat deze problematiek alle aandacht verdient. Iedereen heeft recht op zorg, zeker mensen die de gezondheidsdiscriminatie aan den lijve ondervinden.

Komen er bijscholing, onderzoeken en bewustmakingscampagnes om dit soort discriminatie te bestrijden en te voorkomen dat patiënten met vooroordelen te maken krijgen?

Bent u voorstander van een intersectionele benadering om de situatie in kaart te brengen aan de hand van alle vormen van discriminatie waarmee mensen te maken krijgen?

De heer Alain Maron, lid van het Verenigd College (in het Frans).- *U brengt een relatief onbekend thema ter sprake. Slachtoffers getuigen vaak op sociale media, maar het is moeilijk om aan te tonen dat het niet om een losstaand feit gaat. Volgens Unia is er sprake van onderrapportering en weten slachtoffers vaak niet waar ze klacht kunnen indienen.*

U weet dat etnische statistieken bij wet verboden zijn. Om een dergelijke vorm van discriminatie te bestrijden hebben we echter nood aan metingen. We moeten een beleid uitstippelen dat rekening houdt met de uiteenlopende aspecten van diversiteit, zowel in het zorgaanbod als in de opleiding van zorgprofessionals.

serait déjà une première étape, car les conséquences peuvent être dramatiques.

247 Parmi les dispositifs qui pourraient être envisagés, il faudrait renforcer, dans les institutions de santé, le recours à des médiateurs interculturels ou à des interprètes, en ce compris en langue des signes. Améliorer la formation de base serait une autre piste, de sorte que le personnel de soin et d'aide ait de meilleures compétences transculturelles et multiculturelles. L'acquisition de compétences cliniques transculturelles favorise la qualité de la prise en charge des patients migrants ou d'origine étrangère, et limite le risque d'inégalités du point de vue de l'accès et de la qualité des soins.

Les bénéfiques de l'acquisition de telles compétences ne se limitent pas à la prise en charge des seuls patients ayant un passé migratoire. Cette formation constitue également, pour le personnel soignant, une occasion de s'interroger globalement sur sa pratique et d'améliorer la prise en charge de l'ensemble des patients. Si certains sont bien victimes de stigmatisations et de stéréotypes, il est intéressant de s'interroger plus largement sur les stéréotypes que le personnel de soin peut avoir par rapport à une multitude de patients.

Certaines personnes ont l'impression que le personnel de soin ne veut pas les comprendre ou qu'il ne les prend pas au sérieux, pour une raison ou une autre. Le syndrome méditerranéen aggrave cette tendance, mais cette difficulté existe plus largement, singulièrement pour les personnes issues d'un milieu populaire ou de l'immigration. Un travail global reste à faire à ce niveau, même si l'on peut dire que la médecine s'est rapprochée de ses patients, ces dernières années, et que les médecins ne sont plus sur un piédestal absolu.

249 Il convient en effet de mener des campagnes de sensibilisation contre ce type de discriminations afin de favoriser un accès non stéréotypé à la santé. Nous devons réfléchir dans les prochains mois aux actions à mettre en place pour diminuer, voire enrayer ce phénomène en privilégiant une approche intersectionnelle, car le syndrome méditerranéen se double d'un biais genré et affecte davantage encore les femmes.

251 **Mme Delphine Chabbert (PS).**- Comme vous, j'ai lu le magazine Médor et son article sur le sujet. Le syndrome commence à être connu en effet ; la preuve, nous en parlons aujourd'hui. En revanche, il est difficile pour les personnes concernées de rapporter ces situations. Mettre des mots sur ce phénomène qui tient souvent du racisme n'est pas aisé.

Nous sommes d'accord avec les objectifs de lutte contre les discriminations. Je m'intéresse à ce syndrome méditerranéen car il soulève de larges questions. Je suis d'accord avec vous sur le besoin de mesurer ce phénomène. Il ressort des assises de lutte contre le racisme qui ont lieu en ce moment que des statistiques sont nécessaires.

J'entends que vous avez l'intention d'avancer, mais vous nous donnez peu de détails sur le calendrier. Je reviendrai donc vers

Mogelijke maatregelen zijn de inzet van interculturele ombudsmannen of tolken, en de uitbreiding van de basisopleiding met multiculturele competenties. Het voordeel van zulke competenties is dat ze vooroordelen wegwerken, niet alleen jegens personen met een allochtone achtergrond maar jegens alle patiënten.

Sommige patiënten hebben de indruk dat het zorgpersoneel hen niet wil begrijpen en hen niet ernstig neemt. Het 'mediterrane syndroom' versterkt dat gevoel nog bij mensen met een volkse of migratieachtergrond. Er is dus nog werk aan de winkel.

Er moeten bewustmakingscampagnes tegen deze vorm van discriminatie komen. Ook moeten we onderzoeken of we het verschijnsel vanuit een intersectionele benadering kunnen indammen, want vrouwen met een migratieachtergrond krijgen ook nog eens te maken met genderongelijkheid.

Mevrouw Delphine Chabbert (PS) (in het Frans).- *Het 'mediterrane syndroom' wordt stilaan erkend, maar mensen die ermee te maken krijgen, vinden het moeilijk om klacht in te dienen. Tegen discriminatie kunnen we echter maar strijden als we over cijfers beschikken.*

U geeft geen concreet tijdpad voor de maatregelen die u in gedachten hebt. Ik zal u dus binnenkort opnieuw ondervragen, om na te gaan of de geplande maatregelen ook iets opleveren. We mogen niet vergeten dat de professionals die nu opgeleid worden, vaak zelf het slachtoffer van stereotiepe vooroordelen zijn.

vous "dans les prochains mois" pour découvrir les pistes mises en œuvre, comme l'organisation d'une formation ou des actions d'accompagnement des professionnels. Je ne jette pas la pierre à ces derniers qui sont eux-mêmes victimes des stéréotypes qu'on leur a mis en tête. Ce travail de déconstruction que toutes et tous les féministes connaissent bien serait utile à l'ensemble de ces professionnels qui travaillent avec la population.

253 **M. Alain Maron, membre du Collège réuni.**- Nous n'avons pas de programme d'action sur la question. Nous avons bien conscience de la problématique, et je partage votre point de vue selon lequel il faudrait trouver les moyens d'améliorer la situation. Nous allons donc tenter d'inscrire progressivement cette thématique dans des programmes d'action, sachant que celle-ci touche une multiplicité d'acteurs travaillant entre autres dans la formation et les hôpitaux, ainsi que les professionnels de la première ligne.

La question est donc transversale et l'une des pistes concrètes envisagées serait de collaborer avec les organismes d'interprétariat et de traduction qui travaillent parfois au sein des hôpitaux auprès des patients d'origine étrangère. Tentons déjà de poser quelques jalons qui nous permettront d'avancer dans le traitement de cette question.

253 **Mme Delphine Chabbert (PS).**- Je vous remercie pour votre franchise.

- *L'incident est clos.*

259 **QUESTION ORALE DE M. DAVID LEISTERH**

259 **à Mme Elke Van den Brandt et M. Alain Maron, membres du Collège réuni chargés de l'action sociale et de la santé,**

259 **concernant "la vaccination des professions non médicales à risque".**

261 **M. David Leisterh (MR).**- J'avais été interpellé par la situation de certains métiers de contact, dont les maîtres-nageurs, qui sont exposés à une probabilité élevée de transmission du virus du Covid-19 en dépit du respect de toute une série de conditions sanitaires. Plus largement, je voulais vous interroger sur la non-éligibilité de certains métiers de contact à la vaccination prioritaire.

Mes questions datent d'il y a quelque temps, mais je reste intéressé d'entendre vos explications. Quelles nouvelles avancées pouvez-vous nous communiquer concernant la vaccination des métiers de contact, dont les maîtres-nageurs ? Une réflexion est-elle en cours concernant l'élargissement de la vaccination à ces professions spécifiques ?

Étudiez-vous la possibilité de mettre en place un dispositif d'enregistrement à la vaccination pour les entreprises dont les

De heer Alain Maron, lid van het Verenigd College (in het Frans).- *We hebben voorlopig geen concreet actieprogramma uitgewerkt. We zullen het thema wel systematisch op de agenda zetten. Dit is een transversale kwestie, die zowel de ziekenhuissector als de eerstelijnszorg aangaat.*

We zouden kunnen samenwerken met organisaties van tolken en vertalers die in de ziekenhuizen actief zijn.

Mevrouw Delphine Chabbert (PS) (in het Frans).- *Ik dank u voor uw eerlijke antwoord.*

- *Het incident is gesloten.*

MONDELINGE VRAAG VAN DE HEER DAVID LEISTERH

aan mevrouw Elke Van den Brandt en de heer Alain Maron, leden van het Verenigd College, bevoegd voor Welzijn en Gezondheid,

betreffende "de vaccinatie van niet-medische risicoberoepen".

De heer David Leisterh (MR) (in het Frans).- *Beoefenaars van niet-medische contactberoepen, denk aan badmeesters, lopen een hoger risico op besmetting met het coronavirus. Toch komen al die contactberoepen niet in aanmerking voor een prioritaire inenting. Beijvert u zich om hen toch voorrang te geven? Boekt u vooruitgang in dat dossier? Zou een vaccinatieregister voor bedrijven waarvan de werknemers makkelijker blootgesteld worden aan besmetting, niet nuttig zijn?*

travailleurs, par leur profession, sont exposés à un risque accru de transmission ?

263

M. Alain Maron, membre du Collège réuni.- La stratégie de vaccination élaborée dès le mois de novembre dernier était claire : il n'était pas question d'établir des priorités pour certaines professions, sauf exceptions. Nous avons commencé par les maisons de repos et les maisons de repos et de soins, les professionnels du secteur y compris.

Ensuite, les professionnels de la santé au sens large ont été convoqués, avec un peu de débord sur les professionnels du soin, les travailleurs sociaux, l'enseignement spécialisé, les pompiers et policiers d'intervention, mais ce fut tout.

Nous sommes ensuite passés à la population bruxelloise en général, que nous avons fait vacciner le plus rapidement possible, par tranche d'âge. Je pense qu'il s'agit d'un des facteurs de réussite de la campagne de vaccination belge.

Nous avons reçu énormément de sollicitations de différents groupes qui s'estimaient, parfois très légitimement, particulièrement exposés au coronavirus. Vous venez vous-même d'évoquer le cas des maîtres-nageurs, dont je n'avais pas été informé. Ces groupes ayant des raisons légitimes de vouloir être vaccinés avant le reste de la population étaient eux-mêmes extrêmement nombreux. Organiser une vaccination prioritaire pour tous ces groupes était totalement impossible. En outre, cela aurait désarticulé la campagne de vaccination.

265

La décision a été prise, et tenue, de ne pas donner la priorité à tous ces groupes. Et la conférence interministérielle a confirmé à chaque fois qu'en ne le faisant pas, nous suivions les avis du Conseil supérieur de la santé et des experts. Ce n'était pas juste une décision politique, mais une décision politique sur la base d'avis d'experts. Nous avons bien fait d'avoir le courage de ne pas changer de position, même si les demandes pouvaient sembler légitimes.

Il en est allé de même du dispositif d'enregistrement à la vaccination pour les entreprises dont les travailleurs étaient potentiellement exposés à un risque accru de transmission. L'option n'a pas été retenue à cause de la complexité du dispositif, mais nous avons en revanche pu mettre en place les stratégies d'invitation et d'enregistrement à la vaccination en un temps record.

Dans certains cas, comme celui des maisons de repos dont on vient de parler, un tel dispositif aurait été pratique. Nous aurions souhaité le déployer, mais il n'existe pas d'habilitation légale pour ce faire. Le secret médical doit être assuré, ainsi que la protection des travailleurs par rapport à leurs employeurs, etc.

Nous en discuterons malgré tout dans les semaines qui viennent en ce qui concerne les maisons de repos et les sites de soins en général.

De heer Alain Maron, lid van het Verenigd College (in het Frans).- Van bij de aanvang was de vaccinatiestrategie duidelijk: geen voorrang voor allerlei beroepsgroepen. De prioriteit ging naar rusthuizen en hun personeel. Dan volgden de mensen die in de gezondheidszorg werken en even later de maatschappelijk werkers, het bijzonder onderwijs, de brandweerlui en politieagenten. Daarna was het de beurt aan de Brusselse bevolking zelf, per leeftijdscategorie. Die aanpak verklaart zeker het succes van de Belgische vaccinatiecampagne.

Ondertussen stroomden de vragen binnen van talloze beroepsgroepen die toch een uitzondering wilden op die strategie. Iedereen had wel zijn eigen legitieme redenen om dat te vragen, maar het was onmogelijk om zoiets te organiseren. Dat zou alles ontregeld hebben.

Niet ingaan op al die verzoeken, was niet zomaar een politieke beslissing. We baseerden ons op het advies van de Hoge Gezondheidsraad en van de experts.

Ook het vaccinatieregister voor bedrijven met aan besmetting blootgestelde werknemers werd als te complex verworpen. Dankzij die strategie zijn we er wel in geslaagd om iedereen in een recordtempo uit te nodigen en te vaccineren.

Voor de rusthuizen zou zo'n register zeker nuttig zijn geweest, maar er is geen wettelijke grond voor het schenden van zulke privacyregels. Toch zal het onderwerp de komende weken weer op tafel komen als we het over de rusthuizen en zorginstellingen hebben.

267 **M. David Leisterh (MR).**- Je comprends que vous deviez faire des choix. J'espère que depuis lors, tous ces maîtres-nageurs ont été vaccinés. Je me permettais toutefois de me faire le relais d'un secteur rouvert depuis un certain temps et qui justifiait - comme des tas d'autres - sa demande de priorité.

Quand on fait de la politique, il faut pouvoir prendre ses responsabilités et vous l'avez tous fait, en conférence interministérielle de la santé publique. Je le respecte et j'espère que ce débat appartient au passé. Il est intéressant de poser la même question trois mois plus tard pour constater comme les mentalités évoluent, parfois.

267 **M. Alain Maron, membre du Collège réuni.**- Vu la motivation de toutes ces personnes, je suppose qu'elles se sont entre-temps rendues dans un centre de vaccination.

- *L'incident est clos.*

277 **QUESTION ORALE DE MME DELPHINE CHABBERT**

277 **à Mme Elke Van den Brandt et M. Alain Maron, membres du Collège réuni chargés de l'action sociale et de la santé,**

277 **concernant "le projet Alcov et les relais d'action de quartier (RAQ)".**

279 **Mme Delphine Chabbert (PS).**- En avril dernier, en réponse à une question que je vous adressais sur le rapport réalisé par l'Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique et l'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale, vous avez annoncé avoir développé, avec les services de la Cocom, le projet "Agir localement contre le virus" (Alcov) pour renforcer les liens entre les actions de prévention du Covid-19 et les acteurs bruxellois du social et du secteur de la santé ambulatoire.

Dans ce cadre, vous avez indiqué votre volonté de développer des relais d'action de quartier (RAQ) en collaboration avec la Fédération des services sociaux. Celle-ci aurait engagé dix-huit personnes avec pour mission de servir de relais local entre tous les opérateurs, en privilégiant des pratiques hors les murs (outreach) pour aller à la rencontre des personnes éloignées des premières lignes de soins et de santé, sensibiliser les plus fragiles et les moins bien informées, et, le cas échéant, leur offrir un accompagnement voire une prise en charge. Je salue cette initiative.

En discutant avec différents acteurs de terrain, j'ai appris que le projet avait pour ambition de développer une approche qui tienne compte des réalités linguistiques, culturelles et sociales de la Région.

Les RAQ ont-ils commencé à mener des actions de proximité ? Quels sont les profils des différents RAQ ? Dans quels quartiers

De heer David Leisterh (MR) *(in het Frans).*- *Ik hoop dat ondertussen al de badmeesters zijn ingeënt. Hun vraag om voorrang was zeker te verantwoorden.*

U hebt keuzes gemaakt en uw verantwoordelijkheid opgenomen. Dat apprecieer ik. Hopelijk behoort dit debat nu tot het verleden.

De heer Alain Maron, lid van het Verenigd College *(in het Frans).*- *Ik vermoed dat de badmeesters gemotiveerd genoeg waren om zich zo snel mogelijk te laten vaccineren.*

- *Het incident is gesloten.*

MONDELINGE VRAAG VAN MEVROUW DELPHINE CHABBERT

aan mevrouw Elke Van den Brandt en de heer Alain Maron, leden van het Verenigd College, bevoegd voor Welzijn en Gezondheid,

betreffende "het Alcov-project en de wijkactiepunten".

Mevrouw Delphine Chabbert (PS) *(in het Frans).*- *In april kondigde u aan dat u samen met de diensten van de GGC het Alcov-project opgezet had, wat staat voor 'Agir localement pour contrer le virus'. Het is bedoeld om de banden aan te halen tussen de preventieve Covid-zorg en de Brusselse sociale en ambulante zorg. Daartoe zou u samen met de sociale sector zogenaamde 'relais d'action de quartier' (RAQ) aanstellen. Die moeten kwetsbare mensen die geen beroep doen op de eerstelijnszorg, benaderen om hen te informeren en te begeleiden. Dat is lovenswaardig.*

Een dergelijke benadering vereist dat men rekening houdt met de taalkundige, culturele en sociale realiteit van het gewest.

Zijn de RAQ's al met hun nabijheidsprojecten gestart? Wie coördineert dat? Worden er goede praktijken uitgewisseld? Wat is de financiering door de GGC? Hoelang loopt die?

Moet men dit project niet blijvend maken? Wordt het geëvalueerd?

sont-ils implantés ? Quelles actions concrètes vont-ils réaliser et avec quels moyens ?

Quelles associations participent à ce projet ? Y a-t-il une coordination générale de ces RAQ ? Existe-t-il des espaces d'échange de bonnes pratiques ?

Quel est le montant du financement de la Cocom et pour combien de temps ?

Considérant le manque d'accès aux soins et d'accompagnement de certains publics bruxellois, la pérennisation du projet est-elle envisagée ?

Le projet sera-t-il évalué ? Une telle analyse serait précieuse pour étudier concrètement les approches hors les murs et leur impact sur l'accès aux soins et à l'accompagnement social. Cela constituerait également une expérimentation tangible de l'application de la déclaration de politique régionale.

281 Enfin, étant donné que tout cela se passe de manière simultanée et sur des territoires identiques, envisagez-vous d'articuler ce projet aux contrats locaux social-santé ? En effet, je ne suis pas sûre que ce soit le cas à l'heure actuelle, ce qui soulève d'autres questions.

283 **M. Alain Maron, membre du Collège réuni.**- Après sa phase d'initiation en janvier, le comité de pilotage Alcov a entamé en février ses travaux de définition et d'opérationnalisation du projet. En d'autres termes, le projet est opérationnel depuis le début de cette année.

La Fédération des services sociaux, qui est responsable de la coordination générale du projet, a procédé à la sélection d'un coordinateur relais d'action de quartier (RAQ), d'un collaborateur recherche-action et des dix-huit RAQ en avril et mai de cette année. Les profils de ces relais sont : infirmier en santé communautaire, assistant social, éducateur de rue et/ou personne originaire du quartier concerné. Les connaissances linguistiques sont également un atout.

Ces dix-huit relais d'action de quartier couvrent dix zones d'actions englobant 38 quartiers qui se répartissent sur dix communes. Avec leurs associations hébergeuses, les RAQ ont établi dans un premier temps (fin mai et juin) des relais avec différents acteurs de leurs quartiers respectifs - pharmacies, autorités communales, référents des contrats locaux social-santé (CLSS), maisons médicales, centres de vaccination, etc. Normalement, ces liens ont été établis. Sur la base de ces contacts et en fonction des quartiers, des actions de sensibilisation au Covid-19 se développent.

La coordination générale des RAQ, ainsi que les contacts avec les associations hébergeuses, est prise en charge par la FDSS. Dans ce cadre, elle a conclu au 31 mai une convention d'hébergement RAQ avec diverses associations : maisons médicales, services sociaux de quartier et bien d'autres acteurs et services avec lesquels des liens sont établis pour accueillir des relais d'action de

Hoe stemt u dit project af op de lokale welzijns- en gezondheidscontracten?

De heer Alain Maron, lid van het Verenigd College (in het Frans).- *Het Alcov-project is operationeel sinds het begin van dit jaar. De Fédération des services sociaux (FDSS) coördineert het project en heeft in het voorjaar medewerkers aangetrokken: een coördinator voor de RAQ's, verpleegkundigen, maatschappelijk werkers en dergelijke. Talenkennis is daarbij een troef.*

De achttien RAQ's zijn verspreid over 38 wijken in tien gemeenten. Ze hebben contact gelegd met gemeentebesturen, apothekers, medische centra, vaccinatiecentra en andere. Op basis van die contacten worden de bewustmakingsacties nu opgezet.

De FDSS neemt de algemene coördinatie van de RAQ's voor haar rekening en heeft daartoe op 31 mei een overeenkomst gesloten met diverse verenigingen waar de RAQ's worden ondergebracht. Het gaat steeds over verenigingen die goed ingeburgerd zijn in de desbetreffende wijken.

quartier. Il s'agit d'associations bien implantées dans leur quartier et actives dans les thématiques sociales et santé.

285 La fédération développe également des outils de suivi des activités et de répertoire partagé entre les RAQ. Les coordinateurs du projet à la FDSS rassemblent par ailleurs les RAQ de manière hebdomadaire afin qu'ils échangent sur leurs pratiques.

Un montant de 225.591 euros est attribué à la FDSS pour intervenir dans les compléments de salaire non pris en charge par Actiris, dans l'équipement des travailleurs ainsi que dans les frais de fonctionnement du projet. Le subside est octroyé pour la période du 1er mars au 31 décembre 2021.

La FDSS a engagé une personne dédiée à la démarche recherche-action afin de suivre les actions entreprises et les renforcer graduellement. Ce travail sera aussi utilisé comme évaluation des actions entreprises.

Nous avons le souhait, tout comme les associations, de pérenniser le dispositif, voire de l'élargir. Ces maintiens et élargissements potentiels dépendent bien évidemment des décisions budgétaires qui seront prises après l'été.

Il est évident que le lien devra être de plus en plus fort entre les RAQ et les coordinateurs des contrats locaux social-santé (CLSS) dans les quartiers concernés si on les pérennise. Les actions dans le cadre des CLSS doivent renforcer celles des RAQ et inversement. Les CLSS suivent une politique structurelle et stratégique à moyen et long termes. Les RAQ sont arrivés en période de crise sanitaire. Nonobstant, ils doivent se renforcer mutuellement.

289 **Mme Delphine Chabbert (PS).**- Je relirai ces nombreuses informations à tête reposée.

Les résultats de la recherche-action seront aussi très importants. Je trouve très positif d'y avoir associé une chercheuse. Aurons-nous accès à cette étude et à ses recommandations ?

Je sais que les RAQ n'ont pas tout à fait le même objet que les CLSS, puisqu'ils sont fort centrés sur les maisons médicales, mais leur approche est très similaire. C'est très tôt, mais aujourd'hui, sur le terrain, les mises en relation ne se font pas ! Il faudra un peu de temps pour que les RAQ rencontrent les coordinateurs des CLSS des neuf quartiers concernés, afin de mieux articuler les actions. En ce moment, les associations sont un peu perdues. Toutes ces initiatives coexisteront au moins jusqu'au mois de décembre et il faut qu'elles soient bien comprises sur le terrain.

289 **M. Alain Maron, membre du Collège réuni.**- C'est bien noté. Ces initiatives sont nouvelles. Les coordinations et partenariats prennent un certain temps pour se mettre en place.

Wekelijks kunnen de RAQ's binnen de FDSS hun goede praktijken uitwisselen. De federatie krijgt 225.591 euro om dat deel van de lonen te dragen dat niet door Actiris wordt betaald. Verder is het geld bestemd voor de uitrusting van medewerkers en voor werkingskosten. De subsidie loopt van 1 maart tot 31 december 2021.

Eén persoon werd aangeworven om de acties op te volgen, te evalueren en ze geleidelijk op te drijven. Net zoals de verenigingen zouden ook wij dit instrument immers graag blijvend maken en misschien zelfs uitbreiden. Dat hangt echter af van de begrotingsbeslissingen die na de zomer worden genomen.

Als dit een blijver wordt, zullen ook de banden tussen de RAQ's en de coördinatoren van de lokale welzijns- en gezondheidscontracten moeten worden aangehaald, zodat ze elkaar kunnen versterken.

Mevrouw Delphine Chabbert (PS) (in het Frans).- *Zullen we inzage krijgen in de studie en de aanbevelingen van de evaluator?*

Voorlopig werken de RAQ's en de welzijns- en gezondheidscontracten nog te veel naast elkaar. Zo is het ook voor de verenigingen moeilijk om er nog klaar in te zien. Op termijn moet er dus meer samenwerking komen.

De heer Alain Maron, lid van het Verenigd College (in het Frans).- *Zulke partnerschappen vergen inderdaad wat tijd.*

Als de evaluatie afgerond is, kunnen de commissieleden dat document zeker inzien.

L'évaluation n'est pas encore terminée, mais il n'y a aucune raison que ce document ne vous soit pas transmis ensuite, à vous comme aux membres de la commission. N'hésitez pas à revenir vers moi.

- *L'incident est clos.*

295 **QUESTION ORALE DE MME DELPHINE CHABBERT**

295 **à Mme Elke Van den Brandt et M. Alain Maron, membres du Collège réuni chargés de l'action sociale et de la santé,**

295 **concernant "les analyses-diagnostic et le développement des contrats locaux social-santé".**

297 **Mme Delphine Chabbert (PS).**- L'accord de majorité 2019-2024 prévoit une réforme de la relation aux CPAS ainsi que l'élaboration de contrats locaux social-santé (CLSS) en vue de développer une politique d'action sociale qui tienne compte des besoins et des réalités sociales à l'échelle des quartiers. Pour ce faire, trois phases ont été définies : une analyse-diagnostic des besoins, une mise en œuvre de mesures et une évaluation.

Il y a plusieurs mois, vous nous avez annoncé que les quartiers dans lesquels ces contrats seraient développés avaient été déterminés par l'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale en fonction de plusieurs indicateurs, dont le pourcentage de personnes souffrant de diabète, la densité de population et les revenus. Chaque contrat sera piloté par une cellule issue de la coordination sociale du CPAS et composée au minimum du CPAS, de la commune, de la Cocom, de la Cocof, du secteur associatif et des habitants du quartier. Cette cellule devra rédiger un plan local social-santé, lancer des appels à projets par quartier et conventionner ensuite les projets avec les acteurs et associations choisis.

Vous nous avez également informés que les diagnostics communautaires quantitatifs et qualitatifs étaient pilotés par la cellule avec l'appui d'un "réfèrent quartiers", et qu'une note avait été présentée au Collège réuni afin de définir les modalités précises de mise en œuvre des premiers contrats.

Plus récemment, à la fin du mois de mars, vous nous indiquiez que les contrats locaux étaient couverts par un budget de plus de 3 millions d'euros, soit environ 350.000 euros par an et par quartier, et que les diagnostics avaient été lancés en novembre 2020 pour le volet quantitatif et en février 2021 pour le volet qualitatif.

299 **Combien de CLSS sont prévus ? Quels sont les quartiers dans lesquels ils seront implantés ?**

Quelles sont les modalités de mise en œuvre des premiers contrats ?

- *Het incident is gesloten.*

MONDELINGE VRAAG VAN MEVROUW DELPHINE CHABBERT

aan mevrouw Elke Van den Brandt en de heer Alain Maron, leden van het Verenigd College, bevoegd voor Welzijn en Gezondheid,

betreffende "de diagnostische analyses en de ontwikkeling van de lokale welzijns- en gezondheidscontracten".

Mevrouw Delphine Chabbert (PS) *(in het Frans).*- *Het regeerakkoord 2019-2024 voorziet in een vernieuwde samenwerking met de OCMW's en de ontwikkeling van lokale welzijns- en gezondheidscontracten.*

Enige tijd geleden zei u dat er beslist was in welke wijken er dergelijke contracten zouden komen. Het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad hanteert daarvoor criteria als het percentage diabetespatiënten, de bevolkingsdichtheid en het inkomen. Elk contract wordt aangestuurd door een cel bij de sociale coördinatie van het OCMW, met vertegenwoordigers van het OCMW, de gemeente, de GGC, de Franse Gemeenschapscommissie, het verenigingsleven en de buurtbewoners.

Er zou 3 miljoen euro uitgetrokken zijn voor het project, hetzij 350.000 euro per jaar en per wijk. De kwantitatieve behoefteanalyse zou van start gegaan zijn in november 2020, de kwalitatieve in februari 2021.

Hoeveel lokale welzijns- en gezondheidscontracten zijn er gepland? Waar?

Wat zijn de eerste resultaten van de behoefteanalyse? Wanneer volgen de eerste projectoproepen en welke criteria zijn daarin opgenomen?

Quel est l'état d'avancement des analyses-diagnostic ? Quels en sont les premiers résultats ? Quand est-il prévu de lancer les premiers appels à projets ? Quels seront les critères qui permettront aux associations de soumettre un projet ?

Combien de référents quartiers seront-ils engagés ? Sont-ils déjà en activité ?

Comment les coordinations sociales vont-elles concrètement s'engager dans la réalisation des CLSS, sachant les difficultés qu'elles rencontrent déjà dans l'exercice de leurs missions classiques ?

Quelles sont les prochaines étapes dans la mise en œuvre de ces contrats ?

M. Alain Maron, membre du Collège réuni.- Il est prévu de réaliser neuf contrats locaux social-santé (CLSS) sur cinq communes :

- à la Ville de Bruxelles, dans les quartiers Marolles et Anneessens ;

- à Schaerbeek, dans les quartiers Brabant et Colignon ;

- à Anderlecht, au niveau de la rue Wayez et du centre historique, ainsi qu'à Cureghem ;

- à Molenbeek-Saint-Jean, au niveau du centre historique et de la gare de l'Ouest ;

- à Forest, dans le bas de la commune et au niveau de l'avenue du Pont de Luttre.

Le subside 2020-2021 doit couvrir la réalisation d'un diagnostic quantitatif et qualitatif au sein de chaque quartier identifié, qui doit aboutir à la détermination d'objectifs et à l'élaboration d'une proposition de plan d'action. Le plan d'action servira de base à la conclusion des CLSS, dont la durée sera de cinq ans renouvelable avec une évaluation à mi-parcours.

Grâce à ce subside 2020-2021, les CPAS peuvent engager un coordinateur du CLSS et les référents quartiers. Dans un premier temps, ceux-ci seront chargés de poser le diagnostic qualitatif communautaire au sein des quartiers identifiés. Dans un second temps, ils seront chargés d'élaborer une proposition de plan d'action pour chaque CLSS avec les acteurs des groupes de travail.

J'en viens à l'avancement du projet. Les référents quartiers ou les coordinateurs des neuf CLSS ont pris contact avec les réseaux institutionnels, associatifs formels et informels, et citoyens locaux. Ils sont en cours de collecte des données qualitatives et quantitatives nécessaires au diagnostic communautaire de chaque quartier. La fin de la collecte des données et la rédaction d'un prérapport diagnostic auront lieu pendant les mois d'été,

Hoeveel wijkreferenten worden er aangesteld? Welke rol zullen de sociale coördinaties spelen, wetende dat ze nu al moeite hebben om hun taken uit te oefenen?

De heer Alain Maron, lid van het Verenigd College (in het Frans).- *Er komen negen lokale welzijns- en gezondheidscontracten, verspreid over Brussel-Stad, Schaerbeek, Anderlecht, Sint-Jans-Molenbeek en Vorst.*

De subsidie 2020-2021 dekt de opmaak van een behoeftanalyse, die vervolgens in doelstellingen en een stappenplan zal worden gegoten. Een contract loopt telkens gedurende vijf jaar, is verlengbaar en wordt halverwege geëvalueerd. Met de subsidie 2020-2021 konden de OCMW's een coördinator en wijkreferenten aanstellen.

In de negen projecten zijn de coördinatoren en referenten intussen aan het werk gegaan. In de zomer zullen ze de gegevens voor de behoeftanalyse verzamelen, om in september een eerste verslag op te stellen.

jusqu'à la rentrée. Ce prérapport sera affiné durant le mois de septembre.

303 Les relais d'action de quartier (RAQ) ont bel et bien été mobilisés dans le cadre de l'élaboration de ces diagnostics, et leurs responsables ont rencontré les représentants des CLSS dans les quartiers où existe une intersection entre les deux.

La définition des objectifs, la construction du plan d'actions, la définition du CLSS et la définition des critères de sélection des appels à projets se suivent pendant les mois d'octobre, novembre et décembre 2021.

Les critères d'éligibilité des appels à projets seront déterminés, le cas échéant, en fonction du diagnostic du quartier et des actions prioritaires qui seront identifiées. Les premiers appels à projets devraient être lancés fin 2021, début 2022.

Quant aux référents, il y en aura un par quartier. Huit d'entre eux ont été entrés en fonction il y a quelques mois.

Concernant le rôle des coordinations sociales, chaque CPAS évalue si le ou les agents en charge de la coordination sociale peuvent inclure dans l'exercice de celle-ci la mission relative au(x) CLSS. S'il s'avère que celle-ci doit plutôt être menée en supplément des thématiques courantes de la coordination sociale, le subside récurrent doit permettre d'engager une personne chargée uniquement de la coordination du CLSS. Une autre possibilité est de détacher un agent du CPAS pour lui confier la coordination du CLSS. Sur les cinq CPAS concernés, trois ont confié la coordination du CLSS à la responsable de leur coordination sociale.

305 **Mme Delphine Chabbert (PS).**- Vous confirmez globalement les informations que j'ai pu récolter en sillonnant Bruxelles, pour savoir comment se déroulait cette expérimentation. Je comprends que neuf quartiers ont été jugés prioritaires, même si je m'étonne, au vu des indicateurs diabète et autres, que celui situé à Forest ait été retenu. Je m'en réjouis cependant - je suis Forestoise - et ce quartier avait besoin d'être soutenu et mis en lien.

J'imagine donc que ces neuf quartiers sont en réalité des quartiers pilotes à partir desquels cette stratégie sera ensuite déployée dans tous les quartiers de Bruxelles. Je ne connais plus le nombre affiché par le monitoring des quartiers à Bruxelles - 300 ou 600 ? - mais je me demande comment on va procéder. Aujourd'hui, le coût de ces contrats s'élève à 350.000 euros par an et par quartier, ce qui est assez considérable. Comment va-t-on pouvoir déployer ce dispositif sur l'ensemble du territoire, même si les besoins ne sont pas les mêmes partout ? Toutefois, cette approche territorialisée, par quartier, est la bonne.

Sur le terrain, les asbl sont un peu perdues entre les RAQ et les contrats. Elles se posent aussi des questions sur les comités de sélection des projets : rien ne semble prévu, dans les textes, sur la composition de ces comités. Va-t-on privilégier les grosses asbl de quartier ou plutôt les petites et faire du saupoudrage ? Dans les

De RAQ's (Relais d'Action Quartier) worden wel degelijk bij de behoefteanalyse betrokken.

In het najaar zullen de doelstellingen, het stappenplan en de selectiecriteria voor de projectoproepen worden vastgelegd. Eind 2021 of begin 2022 lanceren we dan de eerste projectoproepen.

Er komt telkens één referent per wijk. Elk OCMW kan zelf uitmaken of de verantwoordelijke van de sociale coördinatie ook de lokale welzijns- en gezondheidscontracten volgt. Zo niet, kan het OCMW een extra persoon in dienst nemen of een medewerker detacheren. Drie van de vijf OCMW's hebben de coördinatie toevertrouwd aan de verantwoordelijke voor de sociale coördinatie.

Mevrouw Delphine Chabbert (PS) *(in het Frans).*- *Ik veronderstel dat het om negen proefprojecten gaat. Volgt er later een uitrol over alle Brusselse wijken? Een budget van 350.000 euro per wijk en per jaar is vrij omvangrijk. Is een uitrol over het hele grondgebied financieel haalbaar, ook al is die aangewezen?*

Op het terrein voelen de vzw's zich wat verloren tussen de RAQ's (Relais d'Action Quartier) en de lokale welzijns- en gezondheidscontracten. Ze hebben bovendien vragen bij de samenstelling van de selectiecomités. Krijgen de grote vzw's voorrang of zal men voor versnippering gaan? De verdeling van de middelen kan voor spanningen zorgen. Op dit moment heerst er trouwens al enige zenuwachtigheid rond de projectoproepen.

quartiers, tout le monde se connaît et, lorsque des financements arrivent, cela peut générer des tensions, notamment entre les asbl en difficulté qui n'ont pas de financement structurel. Ces tensions existant d'ailleurs déjà, j'attire votre attention, M. le membre du Collège réuni, sur le suivi lors de l'appel à projets. Il convient que l'action ait un impact maximal et soit transférable à l'ensemble des quartiers.

307 **M. Alain Maron, membre du Collège réuni.**- La sélection des quartiers a été faite il y a longtemps. Ils ont été choisis sur la base de propositions de l'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale, qui s'est lui-même basé sur une multiplicité d'indicateurs. Ces quartiers sont tous des quartiers de la première couronne ayant des indicateurs socioéconomiques particulièrement défavorables.

307 **Mme Delphine Chabbert (PS).**- Je ne doute pas de la légitimité du choix. J'avais contacté l'Observatoire pour que l'on me l'explique. Son personnel n'a pas voulu me rencontrer et m'a dit de vous poser la question. Beaucoup d'autres quartiers de la première couronne ont des critères et des résultats tout aussi importants que ceux qui ont été retenus, j'étais juste surprise. Mais je ne mets pas en question la pertinence de ces neuf-là.

307 **M. Alain Maron, membre du Collège réuni.**- Le dispositif a en effet vocation à se pérenniser et à s'étendre dans d'autres quartiers, en commençant par les quartiers qui en ont le plus besoin.

- L'incident est clos.

315 **QUESTION ORALE DE MME DELPHINE CHABBERT**

315 **à Mme Elke Van den Brandt et M. Alain Maron, membres du Collège réuni chargés de l'action sociale et de la santé,**

315 **concernant "les préoccupations en matière de santé dans le cadre du plan LGBTQIA+".**

317 **Mme Delphine Chabbert (PS).**- À l'occasion de la Journée contre l'homophobie, la transphobie et la biphobie du 17 mai, plusieurs associations de la Rainbowhouse Brussels se sont rassemblées devant le parlement, pour réclamer une attention accrue sur la santé des personnes LGBTQIA+ (lesbiennes, gays, bisexuels, trans, queer, intersexes, asexuelles). Ces associations demandent notamment la création d'un centre de santé Arc-en-ciel à Bruxelles.

Plusieurs études ont démontré que les personnes LGBTQIA+ ont une santé - pas seulement sexuelle - plus fragile. Leur histoire de vie, l'homophobie souvent intériorisée, le rejet et l'éloignement de la famille, ainsi que les violences subies en raison de leur identité ou orientation sexuelle, sont des facteurs qui complexifient leur prise en charge et le contact avec un milieu social ou milieu de santé. Les personnes LGBTQIA+ demandent

De heer Alain Maron, lid van het Verenigd College (in het Frans).- *Voor de selectie van de wijken hebben we het voorstel van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad gevolgd.*

Mevrouw Delphine Chabbert (PS) (in het Frans).- *Ik trek de huidige selectie niet in twijfel, maar veel andere buurten hebben even slechte parameters.*

De heer Alain Maron, lid van het Verenigd College (in het Frans).- *Het is de bedoeling om het project te bestendigen en naar andere wijken uit te breiden.*

- *Het incident is gesloten.*

MONDELINGE VRAAG VAN MEVROUW DELPHINE CHABBERT

aan mevrouw Elke Van den Brandt en de heer Alain Maron, leden van het Verenigd College, bevoegd voor Welzijn en Gezondheid,

betreffende "het aspect gezondheid in het kader van het LGBTQIA+-plan".

Mevrouw Delphine Chabbert (PS) (in het Frans).- *Naar aanleiding van de Internationale Dag tegen Homofobie en Transfobie vroegen verscheidene organisaties om meer aandacht voor de gezondheid van LGBTQIA+-personen, in het bijzonder via de oprichting van een specifiek gezondheidscentrum.*

Uit studies blijkt dat LGBTQIA+'ers vaak een minder goede gezondheid hebben. Door hun geaardheid vinden ze bovendien moeilijker de weg naar zorg. Zij vragen dan ook om zorgverlening die aan hun behoeften en hun beleving is aangepast.

In de andere gewesten nemen specifieke gezondheidscentra die rol op zich. Een aantal verenigingen die LGBTQIA+-personen ondersteunen, organiseerden een netwerk van gezondheidsprofessionals die een LGBTQIA+-gerichte aanpak

un accès à des soins adaptés, répondant à la spécificité de leurs besoins et leur vécu.

Dans d'autres Régions, des Maisons Arc-en-ciel remplissent ce rôle. Certaines associations de soutien aux personnes LGBTQIA+, comme Genres pluriels, Tels Quels ou la Fédération laïque de centres de planning familial (FLCPF), ont organisé un réseau de professionnels de la santé privilégiant l'approche LGBTQIA+. Ce réseau propose également des formations spécifiques aux médecins et futurs médecins. Cela exige, de la part des associations, un travail considérable et des ressources qu'elles n'ont pas. Même si des initiatives locales ou communales existent, elles auraient besoin d'un soutien régional plus fort.

319 Pourriez-vous nous informer de l'état d'avancement des centres de santé LGBTQIA+ communaux, s'il y en a ? Pensez-vous qu'il manque un centre de soins spécialisé et adapté au niveau régional pour ces personnes ?

Des sessions de sensibilisation, de formation ou d'accompagnement adaptées existent-elles à destination des professionnels des soins ?

Avez-vous consulté les associations de soutien aux personnes LGBTQIA+ dans la perspective d'une maison de santé adaptée ? Si oui, seraient-elles associées à l'élaboration du projet, notamment pour le choix des disciplines médicales ?

Comptez-vous organiser une campagne de communication à destination des personnes LGBTQIA+ pour accompagner la création de ce centre de santé spécialisé ?

321 **M. Alain Maron, membre du Collège réuni.**- Nous soutenons plusieurs associations qui travaillent avec ce public. Nous avons pris connaissance de leurs revendications en matière de santé. Nous veillerons à les intégrer dans le futur plan social-santé intégré et dans le plan stratégique de promotion de la santé, comme nous le faisons pour une série d'autres publics ayant des besoins spécifiques.

Par ailleurs, ma collègue Nawal Ben Hamou pilote un plan régional relatif aux LGBTQIA+. Nous ne sommes pas copilotes de ce plan, mais avons transmis les informations relatives à nos actions en la matière en Cocom et en Cocof.

Le futur plan social-santé bruxellois et le plan de promotion de la santé préconisent un universalisme proportionné pour toutes les mesures, en veillant bien à ce que les services de première ligne dits généralistes, comme les maisons médicales et les centres de planning familial, puissent aussi accueillir et accompagner au mieux les publics spécifiques.

Je rappelle aussi que l'approche que nous privilégions est une approche par quartier. Les services sociaux et de santé doivent pouvoir s'adapter à chaque public. Notre ambition est que tous les acteurs du social et de la santé soient en mesure d'accueillir pleinement les personnes avec des besoins particuliers. Nous

hanteren. Dat netwerk biedt eveneens gerichte opleidingen voor artsen aan. Het ontbreekt de verenigingen daarvoor echter aan het nodige geld. Het gewest moet hen dan ook ondersteunen.

Hoever staat de oprichting van gemeentelijke LGBTQIA+-gezondheidscentra? Is er volgens u behoefte aan een specifiek gewestcentrum?

Bestaan er specifieke opleidingen of begeleiding voor zorgverleners?

Overlegde u met LGBTQIA+-verenigingen over een gezondheidscentrum? Zo ja, betreft u ze bij de uitwerking van het project?

Komt er een communicatiecampagne voor LGBTQIA+'ers over de oprichting van een dergelijk gezondheidscentrum?

De heer Alain Maron, lid van het Verenigd College (in het Frans).- *Ik ben op de hoogte van de vraag van de verenigingen die de LGBTQIA+-gemeenschap ondersteunen en houd er rekening mee bij het opstellen van het geïntegreerd welzijns- en gezondheidsplan en het plan strategische de promotion de la santé.*

Beide plannen moeten zo worden opgesteld dat de algemene eerstelijnszorg voor een zo breed mogelijk publiek toegankelijk is en begeleiding kan bieden aan specifieke doelgroepen.

Voorts geef ik de voorkeur aan een wijkgerichte aanpak. De welzijns- en gezondheidsdiensten moeten zich aan elke doelgroep kunnen aanpassen. De stad Brussel werkt overigens aan de oprichting van een specifiek gezondheidscentrum voor LGBTQIA+-personen.

Het Verenigd College ondersteunt al enkele jaren projecten rond gezondheid en sociale begeleiding voor de LGBTQIA+-gemeenschap.

De vzw Genres Pluriels werkt aan opleidingen voor zorgverleners over een gepaste opvang en ondersteuning van transgenders en interseksepersonen. De vereniging heeft daarbij aandacht voor de bijzonder kwetsbare personen die afkomstig

avons également pris contact avec la Ville de Bruxelles, qui porte un projet de centre de santé intégré pour les LGBTQIA+.

Depuis plusieurs années, nous finançons une série de projets relatifs à la santé et à l'accompagnement social des publics des associations LGBTQIA+.

L'asbl Genres pluriels développe le projet "Santés Trans*/ Inter* spécifiques" qui vise à sensibiliser, informer et former les professionnels psycho-médico-sociaux afin qu'ils puissent offrir un accueil, une information et une aide adéquats aux personnes transgenres et intersexes dans le respect de l'intégrité physique, de l'identité, de la vie privée, du confort et du droit du patient.

L'asbl veut également répondre à la demande des personnes transgenres et intersexes issues des minorités culturelles, migrantes, réfugiées ou demandeuses d'asile, qui sont davantage encore précarisés dans le cadre de l'accès aux soins.

³²³ Le projet de la Maison Arc-en-ciel (Rainbowhouse) de Bruxelles a pour objectif de fournir aux associations membres un lieu de réunion et d'accueil pour l'organisation de leurs activités. Au-delà de l'appui matériel, la Maison Arc-en-ciel entend offrir un appui de type conseil ou une aide dans l'organisation d'événements.

Par ailleurs, l'association propose une aide à la communication aux associations membres en faisant la promotion de leurs activités via plusieurs médias.

L'asbl Tels Quels propose des échanges spécifiques destinés aux jeunes. Elle organise notamment le festival lesbien et gay à Bruxelles avec des projections et débats qui abordent des thématiques autour de l'orientation sexuelle dans la société occidentale et à travers le monde, et des documentaires sur les discriminations et la violence dont sont encore trop souvent victimes les personnes gays et lesbiennes.

Le public visé ne se compose pas uniquement des gays et lesbiennes qui viennent trouver ici des images identitaires, mais aussi des hétérosexuels qui veulent mieux comprendre le mode de vie ainsi que le fonctionnement des diverses communautés. Cela se fait en partenariat avec l'asbl Tels Quels Jeunes.

Nous octroyons également une subvention à la Fédération laïque de centres de planning familial pour le plan LGBTQI+ "La santé sexuelle en réseau".

L'objectif est de réduire les inégalités sociales de santé en améliorant l'accueil et le suivi en santé sexuelle, y compris en santé mentale. L'expertise jointe des travailleurs et des acteurs communautaires permet de développer des actions concrètes visant à sensibiliser, informer et former les professionnels et le public.

³²⁵ Dans le cadre du plan de relance, le Forum bruxellois de lutte contre la pauvreté a reçu 66.000 euros pour créer un dispositif d'accueil de jour à bas seuil à destination des jeunes dits

zijn uit een culturele minderheid of een migratieachtergrond hebben.

Het Rainbowhouse Brussels biedt verenigingen een plek waar ze kunnen bijeenkomen. Daarnaast verleent het advies en helpt het bij de organisatie en promotie van evenementen.

De vzw Tels Quels organiseert uitwisselingsmomenten voor jongeren. Die zijn niet alleen bestemd voor homo's en lesbiennes, maar ook voor hetero's die hun leefwereld en de werking van de verschillende gemeenschappen beter willen begrijpen.

Voorts ondersteunt het Verenigd College de Fédération laïque de centres de planning familial voor haar LGBTQI+-plan, waarmee ze de ongelijkheid inzake welzijn en gezondheid wil wegwerken.

Het Forum bruxellois de lutte contre la pauvreté kreeg in het kader van het herstelplan 66.000 euro voor dagopvang voor

"en errance", parmi lesquels figurent beaucoup de personnes LGBTQI+.

Les maisons de repos à Bruxelles doivent garantir le respect de la vie sexuelle et affective de la personne âgée, quels que soient son genre et son orientation sexuelle, conformément à l'article 3, alinéa 5 de l'arrêté du 3 décembre 2009 du Collège réuni concernant les normes d'agrément auxquelles doivent répondre les établissements d'accueil ou d'hébergement pour personnes âgées.

Vos autres questions portent sur mes intentions et je n'ai pas les éléments pour y répondre. Néanmoins, il est clair que des budgets doivent être dégagés pour la mise en œuvre du plan social-santé intégré et pour pérenniser, dans ce cadre, un certain nombre d'actions, dont celles que je viens d'énumérer.

327 **Mme Delphine Chabbert (PS).**- J'entends le soutien du gouvernement à de nombreuses associations de terrain spécialisées dans les questions LGBTQI+ ou dans l'accueil au niveau des services de santé de première ligne.

Vous plaidez en faveur d'une approche plus transversale et d'un accueil adapté dans tous les centres de première ligne, que ceux-ci soient dédiés à la santé physique ou mentale. Vous avez pris contact avec la Ville de Bruxelles, qui développe un projet de centre de santé intégré sur ces questions. Cela signifie-t-il que la Région pourrait le soutenir financièrement ?

Je n'ai pas entendu votre avis sur l'opportunité de créer un centre régional de santé spécialisé pour ce groupe cible.

327 **M. Alain Maron, membre du Collège réuni.**- Vu l'état de nos budgets respectifs, c'est plutôt la Ville de Bruxelles qui soutiendra financièrement la Région dans l'élaboration du projet social-santé.

(Sourires)

- L'incident est clos.

333 **QUESTION ORALE DE MME MAGALI PLOVIE**

333 **à Mme Elke Van den Brandt et à M. Alain Maron, membres du Collège réuni chargés de l'action sociale et de la santé,**

333 **concernant "l'évaluation des projets du plan de relance en santé mentale".**

335 **Mme Magali Plovie (Ecolo).**- Vous êtes régulièrement interrogé sur les actions du Collège réuni en matière de santé mentale, une problématique déjà suffisamment importante en temps normal, mais qui revêt une dimension particulière dans le contexte

jongeren die op de dool zijn. Onder hen bevinden zich heel wat LGBTQI+'ers.

Voorts staat er in de erkenningsnormen voor rusthuizen dat zij het seksuele leven en het gevoelsleven van de ouderen moeten respecteren, ongeacht hun geslacht of geaardheid.

Met uw overige vragen peilt u naar mijn intenties en daar kan ik niet op antwoorden, maar het is duidelijk dat er middelen nodig zijn voor de uitvoering van het geïntegreerd welzijns- en gezondheidsplan.

Mevrouw Delphine Chabbert (PS) (in het Frans).- *Ik begrijp dat het Verenigd College verenigingen ondersteunt die gespecialiseerd zijn in LGBTQI+-kwesties.*

U overlegde met de stad Brussel over een geïntegreerd gezondheidscentrum. Kan het financiële steun van het gewest krijgen?

Op de vraag of het u opportuun lijkt om een gewestelijk centrum op te richten, antwoordde u niet.

De heer Alain Maron, lid van het Verenigd College (in het Frans).- *Gezien onze respectieve financiële toestand, lijkt het mij waarschijnlijker dat de stad Brussel het gewest financieel ondersteunt bij de uitwerking van het welzijns- en gezondheidsplan.*

(Glimlachjes)

- Het incident is gesloten.

MONDELINGE VRAAG VAN MEVROUW MAGALI PLOVIE

aan mevrouw Elke Van den Brandt en de heer Alain Maron, leden van het Verenigd College, bevoegd voor Welzijn en Gezondheid,

betreffende "de evaluatie van de projecten van het herstelplan op het vlak van geestelijke gezondheid".

Mevrouw Magali Plovie (Ecolo) (in het Frans).- *De geestelijke gezondheidszorg verdient in gewone tijden al bijzondere aandacht, maar door de Covid-19-pandemie is ze nog veel belangrijker geworden.*

éprouvant que nous connaissons depuis plus d'un an, celui de la pandémie de Covid-19.

Dès les premières semaines déjà, au cours du premier confinement de 2020, nos appels à la vigilance sur ces questions s'étaient fait entendre au sein de cette commission, et notre attention s'était portée sur certains publics spécifiques, jugés plus vulnérables ou plus particulièrement affectés par les événements. Je pense au personnel de santé, en première ligne face à la crise sanitaire ; je pense également aux jeunes, aux adolescents, aux étudiants, désocialisés à un moment extrêmement crucial et formateur de leur vie ; aux familles monoparentales, qui cumulent un grand nombre de difficultés ; aux personnes en situation de pauvreté, ou souffrant d'assuétudes, etc.

La réponse du Collège réuni à ces enjeux a été pour le moins conséquente. Des appels à projets ont été lancés pour le mois de juin 2020, qui s'inscrivaient dans le cadre du deuxième volet du plan de relance et de redéploiement présenté en juillet. Au mois d'octobre, vous aviez précisé que les montants alloués pour ces projets s'élevaient à 5 millions d'euros, répartis sur dix-huit mois, qui s'ajoutaient à un budget de 800.000 euros déjà déployé en Cocof. Au total, une soixantaine de projets avaient été soumis, devant encore être examinés avant approbation, et les divers arrêtés pour démarrer leur mise en œuvre étaient attendus pour le mois de novembre 2020.

Vous aviez décrit quelques projets déjà approuvés, certains ciblant le personnel de soin de première ligne, d'autres s'adressant aux adolescents et jeunes en transition, et vous aviez également fait état d'une attention particulière portée à la problématique du genre.

³³⁷ Six mois plus tard, il me semblait important de vous interroger à nouveau sur ces appels à projets, d'obtenir une sorte de bilan d'étape de leur mise en œuvre et leur évaluation. De plus, l'un des projets retenus que vous évoquiez en octobre dernier, porté par la Ligue bruxelloise francophone pour la santé mentale consistait justement à évaluer un certain nombre de dispositifs mis en place dans le cadre de ce plan de relance.

L'évaluation de ces projets a-t-elle été entamée ? À quel stade en est-elle, le cas échéant ? Quelles conclusions préliminaires peut-on en tirer ? Dans le cas contraire, un calendrier est-il déjà fixé pour ces évaluations ? Quelles en sont les étapes ?

L'identification des publics cibles s'est-elle avérée pertinente ? Y a-t-il eu des rectifications ou ajustements de focale en cours de route, à mesure que des enseignements étaient tirés de l'expérience de terrain ? Le cas échéant, quels étaient-ils ?

Sur le plan financier, la durée de dix-huit mois est-elle maintenue, ou a-t-elle subi des modifications ?

Vu la transversalité des questions et l'imbrication des compétences en matière de santé mentale, comment se déroule

Van bij het begin van de eerste lockdown riep Ecolo op om voldoende aandacht te besteden aan de geestelijke gezondheid van kwetsbare groepen en groepen waarop Covid-19 een grote impact had, zoals jongeren, zorgpersoneel, eenoudergezinnen, verslaafden of armen.

Het Verenigd College reageerde in juni 2020 op de grotere behoefte aan geestelijke gezondheidszorg met projectoproepen in het kader van het herstelplan. In oktober maakte u bekend dat die projecten met een budget van 5 miljoen euro zouden worden gefinancierd over een periode van achttien maanden. Er werd een zestigtal projectvoorstellen ingediend, die nog moesten worden bestudeerd. U verwachtte de uitvoeringsbesluiten tegen november 2020.

Is de beoordeling van de ingediende projecten gestart? Zo ja, hoever staat ze? Welke conclusies kunt u er nu al uit trekken? Zo niet, wanneer start ze? Volgens welke stappen verloopt ze?

Is het zinvol om de doelgroepen te identificeren? Werd er onderweg op basis van de opgedane ervaringen bijgestuurd? Zo ja, op welke manier?

Houdt u de termijn van achttien maanden aan voor de financiering, of hebt u die aangepast?

Dit thema raakt aan meerdere bevoegdheden. Hoe verloopt het overleg tussen de verschillende beleidsniveaus over de uitvoering van de projecten?

la coopération entre les différents niveaux de pouvoir et entités fédérées dans la mise en œuvre de ces projets ?

339

M. Alain Maron, membre du Collège réuni.- Nous avons entamé l'évaluation des projets. Un comité d'accompagnement composé du jury académique initial, des représentants des administrations de la Cocom et de la Cocof ainsi que de mon cabinet a été créé et s'est réuni les 25 et 26 mai derniers. L'ensemble des opérateurs ont dû présenter l'état d'avancement de leur projet. Ils ont également été invités à évoquer les difficultés ou obstacles - tant cliniques qu'administratifs - rencontrés dans le cadre de la mise en œuvre de leurs actions. Par la suite, ils ont évoqué les perspectives futures qu'ils se sont fixées.

Engager le personnel requis et mettre en place ou renforcer des collaborations avec d'autres institutions ou avec les coordinations sociales resteraient les deux difficultés les plus évoquées par les services. Naturellement, nous constatons aussi une fréquentation plus élevée des usagers au sein des initiatives existantes, par rapport à celles qui ont démarré ces derniers mois. Mais il est positif de constater que 22 des 23 projets développés sont sur les rails et qu'ils répondent bien aux objectifs que nous nous sommes fixés. Nous noterons les difficultés rencontrées pour engager le personnel requis. Il ne suffit pas d'accorder des subventions pour que les projets soient mis en œuvre ! Le personnel qualifié pour ce genre de dossier d'action ne court pas nécessairement les rues.

Chaque projet a fait l'objet d'un échange constructif avec le comité d'accompagnement et une série de questions cliniques et organisationnelles se sont posées. Celles-ci font encore l'objet d'une analyse au sein des administrations et de mon cabinet. La prochaine étape consistera à définir les porteurs de projet à rencontrer en priorité. Le but est d'aborder des questions plus spécifiques et de prendre en considération les différents points positifs et d'amélioration à continuer à mettre en œuvre.

Par la suite, les recommandations formulées par les porteurs de projet eux-mêmes dans leur rapport d'activités intermédiaire - attendu pour le mois de novembre au plus tard - feront aussi l'objet d'un examen pour ajuster au mieux la suite de ces mesures en 2022.

341

Concernant l'identification des publics cibles au sein des appels à projets, les présentations lors des réunions des 25 et 26 mai confirment que ceux-ci font bien l'objet d'une attention particulière au sein des dispositifs d'accueil déstigmatisants et à bas seuil d'accès, ainsi que par le développement d'une offre de soins mobile, dans des dynamiques d'actions hors les murs (outreach) déjà longuement évoquées dans le cadre d'autres réponses parlementaires au sein de cette commission. Ces publics sont lourdement touchés par la crise sanitaire, mais aussi particulièrement précaires et souvent en grande difficulté psychosociale.

La période de subsides initiale de dix-huit mois a été prolongée de plusieurs mois à la demande de certains opérateurs. Des

De heer Alain Maron, lid van het Verenigd College (in het Frans).- De evaluatie van de projecten is gestart. De operatoren stelden de vorderingen van hun project aan het begeleidingscomité voor. Ze kregen de vraag om daarbij problemen bij de uitvoering van hun acties te vermelden. Vervolgens bespraken ze hun vooruitzichten.

De aanwerving van personeel en samenwerken met andere instellingen waren de meest genoemde problemen. Voorts doen gebruikers vaker een beroep op de bestaande initiatieven. Het is echter positief dat 22 van de 23 projecten lopen en aan de doelstellingen voldoen. Ik houd rekening met de opmerking dat het moeilijk is om goed opgeleid personeel te vinden.

Over elk project werd een constructief gesprek met het begeleidingscomité gevoerd, waarbij een reeks klinische en organisatorische kwesties aan bod kwam. Die onderzoeken we nog. Tijdens de volgende fase gaan we na welke projectindieners we het snelst willen spreken om specifiekere kwesties aan te kaarten en rekening te kunnen houden met positieve punten of elementen die verbetering vereisen.

Daarnaast houd ik bij de aanpassing van de maatregelen rekening met de aanbevelingen die de projectindieners in hun tussentijdse activiteitenrapport van november doen.

De opvanginstellingen besteden bijzondere aandacht aan de identificatie van de doelgroepen, alsook aan mobiele zorgverstrekking. Het gaat om kwetsbare personen, die het psychisch en sociaal moeilijk hebben en bovendien hard worden getroffen door de gezondheids crisis.

Ik heb de oorspronkelijke termijn voor de subsidies op vraag van verscheidene instanties met een aantal maanden verlengd. Er komen aanpassingen op maat om te vermijden dat het budget onvoldoende wordt benut.

De in het herstelplan opgenomen budgetten blijven ongewijzigd.

aménagements sur mesure sont prévus afin d'éviter toute sous-utilisation budgétaire, qui serait principalement liée à la difficulté d'engager le personnel requis.

Les budgets prévus dans le plan de relance restent identiques.

La Cocof et la Cocom ont travaillé conjointement à la mise en œuvre des projets et l'organisation du comité d'accompagnement. Les asbl ont eu la possibilité de partager leurs bonnes pratiques, un échange apprécié par l'ensemble des participants.

Certains projets sont subsidiés en même temps par la Cocom et la Cocof, ou mettent en collaboration des structures des deux entités. Cela illustre une transversalité entre niveaux de pouvoir et entre acteurs de terrain qui favorise l'efficacité des mesures de renforcement en santé mentale.

343 **Mme Magali Plovie (Ecolo).**- Je remercie le membre du Collège réuni pour tout le travail effectué. Avec la crise sanitaire, le secteur de la santé mentale a été fortement sollicité et son rôle est essentiel pour trouver des solutions et répondre aux besoins des publics les plus vulnérables. Dans ce contexte, les évaluations sont indispensables pour améliorer les dispositifs existants et faire face aux besoins croissants.

Je vous interrogerai à nouveau afin d'examiner les recommandations attendues pour le mois de novembre prochain.

- *L'incident est clos.*

347 **DEMANDE D'EXPLICATIONS DE M. DAVID LEISTERH**

347 **à Mme Elke Van den Brandt et à M. Alain Maron, membres du Collège réuni chargés de l'action sociale et de la santé,**

347 **concernant "l'administration d'une troisième dose de vaccin".**

349 **M. David Leisterh (MR).**- La possibilité de l'administration d'une troisième dose de vaccin a fait l'objet de discussions il y a quelques semaines. Certains experts disent qu'il faudrait peut-être adapter la stratégie vaccinale, vérifier s'il n'y a pas une perte d'immunité au fil du temps, ou si le virus n'évolue pas avec les nouveaux variants. Du coup, une troisième dose de vaccin au bout de six mois serait nécessaire - ce qui est déjà demain pour certains.

Cette éventualité a-t-elle été débattue récemment en conférence interministérielle de la santé publique, ou au sein de la task force vaccination ? Quelle a été la teneur de ces discussions, pour autant qu'elles aient eu lieu ? Confirmez-vous l'information selon laquelle cette troisième dose pourrait être administrée d'ici la fin de l'année 2021 ou le début de l'année 2022 ? Les équipes

De Cocof en de GGC werkten samen aan de uitvoering van de projecten en de organisatie van het begeleidingscomité. De vzw's konden hun goede praktijken delen, wat alle deelnemers waardeerden.

Bepaalde projecten ontvangen van zowel de Cocof als de GGC subsidies of brengen samenwerkingen tot stand tussen instellingen van beide niveaus. Dat is bevorderlijk voor de efficiëntie van de maatregelen.

Mevrouw Magali Plovie (Ecolo) *(in het Frans).*- Door de gezondheids crisis is er een grote behoefte aan geestelijke gezondheidszorg. De sector moet daaraan tegemoet kunnen komen. Evaluaties zijn dan ook noodzakelijk om het huidige aanbod te verbeteren.

- *Het incident is gesloten.*

VRAAG OM UITLEG VAN DE HEER DAVID LEISTERH

aan mevrouw Elke Van den Brandt en de heer Alain Maron, leden van het Verenigd College, bevoegd voor Welzijn en Gezondheid,

betreffende "de toediening van een derde dosis van het vaccin".

De heer David Leisterh (MR) *(in het Frans).*- Volgens sommige experts moet de vaccinatiestrategie aangepast worden, gezien het mogelijke verlies van immuniteit of het ontstaan van nieuwe varianten. Er zou een derde prik nodig zijn.

Is die mogelijkheid ter sprake gekomen in de interministeriële conferentie Volksgezondheid of in de taskforce Vaccinatie? Kunt u bevestigen dat er eind 2021 of begin 2022 een derde prik komt? Komt voor de derde dosis alleen Pfizer in aanmerking?

Is er al een communicatiestrategie uitgewerkt? Is er een budget aangevraagd? Wat wordt de rol van de eerstelijnszorg? Komen er weer grote vaccinatiecentra?

y réfléchissent-elles déjà ? Cette troisième dose concernerait-elle uniquement le vaccin Pfizer ?

Enfin, une stratégie de communication a-t-elle déjà été mise au point ? Un budget va-t-il être demandé ? Quel rôle pouvez-vous accorder au personnel de la première ligne dans l'administration de cette dose ? Repartirait-on dans une logique de grands centres de vaccination, alors qu'on sait que certains vont fermer, à juste titre ?

³⁵¹ **M. Alain Maron, membre du Collège réuni.** - La troisième dose de vaccin m'occupe effectivement depuis quelques semaines. Les services du Collège réuni ont entamé la rédaction d'un plan pour la troisième dose, ou rappel, depuis début mai. En parallèle, la task force vaccination en a également débattu une première fois le 6 mai. Un document tactique a été écrit par le commissariat du gouvernement à la lutte contre le coronavirus et commenté par la task force vaccination, avec des options potentielles d'organisation de la troisième phase de vaccination, à savoir : organisation logistique, outils, vaccinateurs, rôles et responsabilités.

Les orientations retenues à la fois par le commissariat du gouvernement à la lutte contre le coronavirus et par la Cocom sont de proposer un modèle qui se rapproche de plus en plus du fonctionnement classique du système de santé et donc l'intégration de la vaccination dans la première ligne de soins. En fonction du nombre de personnes à vacciner et du temps imparti pour réaliser les injections, la première ligne ne sera pas nécessairement suffisante pour atteindre les objectifs. Si nous décidons de revacciner, même en une dose, l'ensemble de la population dans un délai court, la première ligne de soins ne suffira pas. D'autres pistes sont donc à l'étude. Ainsi, la vaccination au sein des collectivités pourra être reconduite à l'identique. À Bruxelles, des dizaines de milliers de doses ont été injectées dans les hôpitaux et les maisons de repos.

³⁵³ Nous pourrions maintenir des centres de vaccination, moins nombreux. Nous ne fermerons normalement pas l'ensemble des centres de vaccination au mois de septembre. Certains devraient rester ouverts. La question est de savoir jusqu'à quand et s'ils seront utiles pour des rappels de vaccination à partir du mois de décembre ou janvier. Toutes les hypothèses sont sur la table.

La vaccination à domicile et les actions vers les groupes particuliers seront également reconduites, éventuellement adaptées en fonction de l'évaluation de notre expérience récente. Les médecins généralistes verront leur rôle renforcé, mais ils ne pourront pas assumer seuls la charge de la vaccination de masse. Nous étudions donc des mécanismes ou des équipes de vaccination locaux qui viendraient renforcer les efforts de vaccination de proximité. Les différentes pistes de travail sont en cours d'élaboration.

Les discussions autour du public cible sont encore en cours et nous ne devrions pas avoir d'avis scientifique avant fin août sur des questions importantes.

De heer Alain Maron, lid van het Verenigd College (in het Frans). - *De diensten van het Verenigd College zijn de opmaak gestart van een plan voor het verstrekken een derde dosis. Ook het regeringscommissariaat Corona en de taskforce Vaccinatie zijn ermee bezig.*

Zowel het regeringscommissariaat Corona als de GGC zouden hiervoor de eerstelijnszorg willen inschakelen, maar alles hangt af van het tijdsbestek en van het aantal mensen die een derde prik moeten krijgen. Als iedereen snel een derde vaccin moet krijgen, kunnen we de eerstelijnszorg er niet mee belasten. Er wordt ook nagedacht over andere opties, zoals vaccinatie in de ziekenhuizen en de woonzorgcentra.

Normaliter zullen we niet alle vaccinatiecentra sluiten. We zullen nagaan of het zinvol is om er na december of januari enkele open te houden voor het toedienen van de derde dosis.

Ook op thuisvaccinatie en initiatieven voor specifieke doelgroepen kunnen we terugvallen, maar we moeten dan wel lessen trekken uit onze recente ervaringen. De huisartsen zullen een grotere rol spelen, maar een omvangrijke campagne kunnen ze niet op zich nemen. Lokale teams zouden hen wel kunnen bijstaan. Alle mogelijke strategieën worden onderzocht.

De doelgroep ligt nog niet vast. Pas tegen de herfst verwachten we het wetenschappelijk advies over wie een derde prik moet krijgen, vanaf wanneer, en met welk interval tussen de tweede en derde dosis.

Tout d'abord, une troisième dose sera-t-elle nécessaire ? À partir de quand ? Si oui, pour quel public cible : personnes fragiles, personnel de soin, tout le monde ? Avec quel intervalle entre les deuxième et troisième doses ?

À quelle vitesse faut-il revacciner le groupe cible ?

355 Ces questions d'organisation, qui sont essentielles, dépendent d'abord de facteurs scientifiques et d'expertises. Nous attendons donc les rapports relatifs à l'ensemble de ces questions pour fin août. C'est à partir de cette date que nous pourrions clairement prendre une décision politique et opérationnelle. Pour le moment, nous préparons les actions en fonction des différentes hypothèses afin d'être prêts quand nous y verrons plus clair.

Il est probable que cette nouvelle dose, si elle s'avère nécessaire, se fera essentiellement avec le vaccin Pfizer en flacon multidoses. Au niveau européen, des contrats ont déjà été conclus en ce sens et la Belgique a opté pour un système d'opt-in et non d'opt-out avec les sociétés Pfizer et Moderna. Les vaccins seront aussi vraisemblablement adaptés aux variants, même si ces derniers ne cessent d'évoluer, ce qui est source d'incertitude. Si les vaccins utilisés actuellement sont efficaces par rapport aux variants, l'idée est de renforcer leur efficacité au regard des derniers variants qui apparaissent et des variants ultérieurs.

Les réponses qui seront apportées à ces différentes questions auront donc un effet sur la manière dont nous mettrons en œuvre une campagne de vaccination pour une troisième dose. Cette question est à l'étude depuis des semaines, aussi bien aux niveaux fédéral et interfédéral qu'à celui des entités fédérées.

Pour les publics cibles, nous avons élaboré quatre scénarios qui vont du spectre le plus étroit - qui comprend les personnes de plus de 65 ans, les personnes avec comorbidités et les collectivités - jusqu'au spectre le plus large, c'est-à-dire l'ensemble de la population de plus de 18 ans.

357 Pour chacun des scénarios, nous développons les stratégies les plus adaptées. Il s'agit donc de combiner un nombre réduit - par rapport à la situation actuelle - de grands centres de vaccination avec des stratégies locales et mobiles qui s'appuient sur les acteurs de première ligne. Une réunion de concertation avec les acteurs de la première ligne a lieu aujourd'hui à ce sujet.

Aucune date n'est fixée pour l'éventuel démarrage de l'administration d'une troisième dose. Elle devra d'abord être définie sur la base d'évidences scientifiques, et nous n'avons pas encore suffisamment de recul pour évaluer la durée de protection des deux premières injections. Il est cependant question de la fin de l'année ou du début de l'année prochaine... sous toute réserve.

La décision de proposer une nouvelle dose n'a pas d'impact sur la stratégie de vaccination actuelle. Nous profitons de cette campagne pour tester et évaluer différentes stratégies afin qu'elles soient optimisées en vue d'éventuelles nouvelles

Waarschijnlijk zal voor de derde prik het Pfizervaccin gebruikt worden. Op Europees niveau zijn er al contracten gesloten. België heeft gekozen voor een opt-insysteem met Pfizer en Moderna.

De vaccins lijken goed te werken tegen de nieuwe varianten. Dat die blijven evolueren, is daarentegen een bron van ongerustheid. Een derde prik zou de efficiëntie van de vaccins verhogen.

De strategie omtrent een derde prik zal dus bepaald worden op basis van het wetenschappelijk advies. De kwestie ligt al enkele weken ter studie op alle bestuursniveaus van het land.

Wat het doelpubliek betreft, hebben we vier scenario's uitgewerkt, gaande van heel beperkt (65+'ers, mensen met onderliggende aandoeningen en specifieke beroepsgroepen) tot heel ruim (iedereen ouder dan 18).

Onze strategie zal berusten op de combinatie van een paar grote vaccinatiecentra met mobiele vaccinatiepunten en vaccinatie door de huisartsen.

De beslissingen omtrent het toedienen van de derde prik hebben geen invloed op de lopende vaccinatiestrategie.

Er is nog niet bepaald wanneer het toedienen van de derde prik van start zal gaan. Allicht zal dat eind 2021 of begin 2022 zijn. Er zijn nog veel onzekerheden.

injections. Ce dossier comporte encore de nombreuses incertitudes.

357 **M. David Leisterh (MR).**- L'idéal serait que nous ne devions pas en reparler.

357 **M. Alain Maron, membre du Collège réuni.**- Nous sommes bien d'accord.

- *L'incident est clos.*

365 **QUESTION ORALE DE MME DELPHINE CHABBERT**

365 **à Mme Elke Van den Brandt et à M. Alain Maron, membres du Collège réuni chargés de l'action sociale et de la santé,**

365 **concernant "le plan d'action spécifique aux familles monoparentales".**

367 **Mme Delphine Chabbert (PS).**- En Région bruxelloise, les familles monoparentales représentent plus d'un tiers des familles. Outre le fait d'élever des enfants seul, la monoparentalité multiplie les facteurs de risque de pauvreté. Elle est en effet liée à des ressources financières moindres et la personne doit faire face au coût du logement particulièrement élevé à Bruxelles, au manque de flexibilité des horaires de travail, aux carences de l'accueil extrascolaire, à l'isolement social, etc.

Ces familles cumulent donc une série de difficultés, qui peuvent être à l'origine de discriminations indirectes assez inquiétantes. Sur les 65.000 familles monoparentales que compte la Région, un chiffre sans doute sous-estimé, 86 % sont des mamans seules. La monoparentalité est donc aussi une problématique de genre.

Ces femmes se trouvent dans des situations difficiles, qui résultent de facteurs spécifiques liés à leur statut de mère isolée. À cela s'ajoute parfois un sentiment d'échec familial, des questions de sécurité et d'éducation des enfants parce qu'il n'y a qu'un seul salaire, la fragilisation du tissu relationnel, un statut social plus complexe, etc. De plus, les difficultés financières qui s'accumulent limitent les possibilités de trouver un logement et d'offrir des activités de loisirs aux enfants.

Au niveau de la santé, la situation n'est pas rose non plus. Les difficultés sont légion. L'état physique et psychologique de ces mères seules avec enfants est très souvent préoccupant. Elles sont isolées et bénéficient de peu de soutien alors qu'elles font face à une charge psychologique mentale énorme. L'accès à des consultations psychologiques ou autres professionnels de la santé est souvent onéreux - les centres de santé mentale sont régulièrement débordés - et ces femmes font souvent passer leur santé après celle de leurs enfants.

369 Au retour du travail, la charge liée à l'organisation de la vie de famille, aux tâches ménagères et domestiques et au soin des

De heer David Leisterh (MR) (*in het Frans*).- *De ideale situatie zou zijn dat we dit debat niet meer moeten voeren.*

De heer Alain Maron, lid van het Verenigd College (*in het Frans*).- *Inderdaad.*

- *Het incident is gesloten.*

MONDELINGE VRAAG VAN MEVROUW DELPHINE CHABBERT

aan mevrouw Elke Van den Brandt en de heer Alain Maron, leden van het Verenigd College, bevoegd voor Welzijn en Gezondheid,

betreffende "het specifieke actieplan voor eenoudergezinnen".

Mevrouw Delphine Chabbert (PS) (*in het Frans*).- *In het Brussels Gewest vertegenwoordigen eenoudergezinnen meer dan een derde van de gezinnen. Bij eenoudergezinnen zijn er meer risico's op armoede.*

Van de 65.000 eenoudergezinnen in het Brussels Gewest is 86% alleenstaande moeder.

Deze vrouwen bevinden zich in moeilijke situaties. De financiële moeilijkheden beperken bovendien de mogelijkheden om een woning te vinden en de kinderen vrijetijdsactiviteiten te bieden.

De fysieke en psychologische toestand van deze alleenstaande moeders is heel vaak verontrustend. Ze krijgen weinig steun.

Door het huishouden en de zorg voor de kinderen hebben ze geen tijd voor zichzelf, hun gezondheid en sociaal leven. Als

enfants les empêche aussi d'avoir du temps pour elles-mêmes, pour s'occuper de leur santé et de leur vie sociale.

De plus, si elles ou un de leurs enfants tombent malades, des problèmes de garde et d'accueil des enfants se posent.

Ce manque de temps a bien d'autres conséquences : des difficultés dans la recherche d'emploi pour celles qui n'en ont pas, l'incapacité de nouer des contacts sociaux et le risque d'isolement.

L'ensemble de ces constats figurent dans l'excellent rapport sur la monoparentalité de l'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale qui, bien qu'un peu daté, reste d'actualité.

Les enfants sont évidemment affectés par tout cela. Ils peuvent souffrir d'un manque d'attention, car leur mère court littéralement toute la journée et est sous stress permanent.

Le gouvernement bruxellois a pris la mesure de cette problématique urbaine et s'est engagé, dans sa déclaration de politique régionale, à travailler sur un plan d'action spécifique aux familles monoparentales, qui ciblera en particulier les femmes seules avec enfants, et ce de manière transversale et sous l'angle du genre. Des travaux sont en cours dans ce cadre. En commission permanente de l'égalité des chances et des droits des femmes de mardi dernier, la secrétaire d'État m'a affirmé que le plan monoparentalité avait été approuvé en deuxième lecture.

Quelle est votre contribution à ce plan transversal, sachant que les questions de santé sont aiguës pour ces personnes ?

Existe-t-il des projets subventionnés de soutien à la parentalité, dont l'équipe de psychologues et assistants sociaux accompagne les adultes seuls avec enfants ? Dans l'affirmative, disposez-vous d'un inventaire de ces projets et des associations qui les réalisent ?

³⁷¹ Combien de familles monoparentales bénéficient de ce soutien médico-social ? Parmi ces projets, certains sont-ils spécifiquement dédiés aux enfants et adolescents se trouvant dans ces situations problématiques ? Si oui, combien y en a-t-il ? Dans le cadre de la lutte contre les inégalités sociales et de genre, des mesures sont-elles prises pour renforcer ces projets ? Si oui, de quelle manière ?

Les centres de santé et les services de santé mentale à Bruxelles offrent-ils un accompagnement adéquat qui prend en considération la particularité des situations de monoparentalité ? Il s'agit en effet d'une réalité spécifique, dont on ne se rend pas compte tant qu'on ne l'a pas vécue. Dans l'affirmative, des moyens sont-ils dégagés pour soutenir les opérateurs offrant ce type d'accompagnement ? Les professionnels sont-ils sensibilisés voire formés à la problématique de la monoparentalité ? Des mesures particulières sont-elles prévues pour renforcer, en matière de santé, le soutien à ces mères seules avec enfants ?

een kind ziek wordt, kampen ze bovendien met problemen om kinderopvang te vinden.

Het tijdsgebrek heeft nog veel andere gevolgen: moeilijkheden om een job te vinden, geen sociale contacten en het risico op isolement.

Al deze vaststellingen zijn te vinden in het uitstekende rapport over eenoudergezinnen van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad.

In haar gewestelijke beleidsverklaring heeft de Brusselse regering zich ertoe verbonden aan een specifiek actieplan voor eenoudergezinnen te werken. Het Brussels Plan ter ondersteuning van eenoudergezinnen is in tweede lezing goedgekeurd. Wat is uw bijdrage aan dit multidisciplinaire plan?

Worden er projecten gesubsidieerd waarbij een team van psychologen en maatschappelijk assistenten alleenstaande ouders begeleidt?

Hoeveel eenoudergezinnen genieten deze medische en sociale steun? Zijn er projecten die specifiek op kinderen en tieners focussen? Worden er maatregelen genomen om deze projecten uit te breiden?

Bieden de gezondheidscentra en diensten voor geestelijke gezondheid gepaste begeleiding? Worden hiervoor middelen vrijgemaakt? Worden zorgverleners bewustgemaakt van de problematiek van eenoudergezinnen?

Sommige OCMW's werken al met de gemeenten en scholen samen om armoedeproblemen op te sporen. Via die weg krijgen sommige gezinnen financiële steun. Welke maatregelen zijn er getroffen om die samenwerking tussen OCMW's en gemeenten te versterken en zelfs te veralgemenen?

Concernant la précarité des familles monoparentales, certains CPAS travaillent déjà avec les communes et les écoles afin de détecter des problématiques liées à la pauvreté, par exemple en jetant un œil à la boîte à tartines des enfants. C'est par cette voie que certaines familles reçoivent une aide financière. Quelles sont les mesures prises pour renforcer, voire généraliser, ce système de collaboration entre CPAS et communes quant à la situation des familles monoparentales ?

373 **M. Alain Maron, membre du Collège réuni.**- La Région bruxelloise est caractérisée par un grand nombre de familles monoparentales. À Bruxelles, 65.000 familles sont identifiées comme telles. Comme vous l'avez pointé, un autre élément important est que 86 % d'entre elles sont composées de femmes seules avec enfants.

Ce public est particulièrement touché par la pauvreté et la précarité puisqu'il cumule deux éléments favorisant la discrimination : être femme et être seule avec des enfants. Leur situation doit donc faire l'objet d'une attention spécifique, notamment en ce qui concerne l'accès aux places en crèche, à un logement abordable, à une mobilité tenant compte de leurs multiples trajets, aux services de première ligne, etc.

Le gouvernement s'est engagé à établir, avec le secteur associatif, une réflexion autour des familles monoparentales, en particulier pour les femmes seules avec enfants. Ce travail a abouti à la finalisation du plan régional des familles monoparentales, porté par plusieurs membres du gouvernement dont Mme Ben Hamou. Ce plan devrait être approuvé par le gouvernement la semaine prochaine.

375 Il ne faut pas pour autant créer de nouveaux services se concentrant uniquement sur cette problématique. En effet, il existe déjà une série de services sociosanitaires de première ligne qui accueillent et accompagnent des familles monoparentales. Notre objectif est de mieux encore les outiller afin qu'ils puissent accueillir au mieux ce public, dans le cadre de la lutte contre le non-accès aux droits, problématique aiguë pour les familles monoparentales, principalement des femmes seules avec enfant(s).

Nous souhaitons nous inspirer du décret relatif à la promotion de la santé pour renforcer l'universalisme proportionné dans le cadre des services sociaux et de santé de la Région. Ce principe pose que les caractéristiques, la fréquence, la durée et l'intensité des actions universelles doivent être adaptées au degré de désavantage des différents groupes de population. Les services sociosanitaires doivent être de qualité et s'inscrire dans cette démarche afin d'accueillir au mieux tous les Bruxellois, en accordant une attention particulière au public désavantagé.

En parallèle à ce travail, nous subsidions d'autres projets de soutien à la parentalité. Par exemple, la Maison des parents solos bénéficie d'un subside de la Cocom. Selon les rapports annuels de l'asbl, celle-ci a ouvert quelque 59 dossiers en 2019 pour un total de 210 interventions. Cela représente trois à quatre interventions par individu, sur une période de seulement sept mois lors de

De heer Alain Maron, lid van het Verenigd College (in het Frans).- Brussel telt 65.000 eenoudergezinnen. 86% ervan bestaat uit een alleenstaande vrouw met kinderen. We moeten aandacht hebben voor hun situatie, vooral wat de toegang betreft tot een kinderdagverblijf, een betaalbare woning enzovoort.

De regering heeft zich ertoe verbonden om samen met de verenigingssector na te denken over eenoudergezinnen, in het bijzonder alleenstaande moeders. Dat heeft geleid tot het Brussels Plan ter ondersteuning van eenoudergezinnen, dat de regering volgende week zou moeten goedkeuren.

Er bestaat al een reeks eerstelijnsdiensten die eenoudergezinnen begeleiden. Ons doel is hen nog beter uit te rusten, om dit doelpubliek zo goed mogelijk op te vangen.

We willen ons inspireren op het decreet betreffende de bevordering van de gezondheid om de sociale en gezondheidsdiensten te versterken. Tegelijk subsidiëren we andere projecten om ouders te ondersteunen. Zo ontvangt de vzw Eenoudergezinnen thuis een subsidie van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie.

la première année de fonctionnement de l'asbl. En 2020, 229 dossiers ont été ouverts et 1.081 interventions ont été réalisées.

³⁷⁷ Les activités proposées par ce centre sont principalement axées sur l'orientation et l'accompagnement des parents, mais des activités parents-enfants sont également proposées.

Nous n'avons malheureusement pas des chiffres sur le nombre d'enfants et de jeunes faisant partie d'une famille monoparentale et ayant bénéficié d'un soutien psychologique. Cependant, plusieurs services de santé mentale bicommunautaires disposent d'une équipe dédiée aux enfants et aux familles constituée de psychothérapeutes formés selon des références psychanalytiques et systémiques. Des thérapies individuelles et/ou familiales peuvent être proposées en fonction de l'analyse de la demande et des indications qui en émergent.

Dans la plupart des cas, les adolescents ou enfants pris en charge sont accompagnés par leurs parents ou, souvent, leur mère. Ceux-ci ou celle-ci peuvent/peut dès lors également être pris(e) en charge.

Être une mère seule - plus rarement, un père seul - est un facteur supplémentaire de risque de pauvreté. Ce critère est donc pris compte lorsqu'il faut déterminer l'importance et l'urgence de la demande dans les services de santé mentale.

Dans le cadre du plan social-santé intégré, afin de lutter contre le non-recours aux droits, des formations à la sensibilisation, à l'accueil et à l'accompagnement des publics spécifiques comme les familles monoparentales, les sans-abri, les personnes isolées, les lesbiennes, gays, bisexuels, trans, queer et autres (LGBTQ+) ou encore les femmes victimes de violences seront prévues à l'attention des services sociosanitaires de première ligne.

³⁷⁹ Concernant la précarité des familles monoparentales, 23 % des personnes bénéficiaires du revenu d'intégration sociale (RIS) en Région bruxelloise sont des parents seuls avec enfants. Les familles monoparentales sont donc nettement surreprésentées parmi les bénéficiaires du RIS. Elles sont deux fois plus nombreuses que dans la population générale.

En revanche, en nombre absolu, leur augmentation est comparable à celle des autres catégories familiales. Nous sommes passés de 8.257 familles monoparentales bénéficiaires du RIS en 2020 à 9.235 en janvier 2021.

Entre janvier 2020 et janvier 2021, on a enregistré une hausse de 3 %, soit 289 familles monoparentales bénéficiaires du RIS supplémentaires. Dans 90 % des cas, ces ménages sont dirigés par une femme. Ce pourcentage est stable depuis plusieurs années.

Nous saluons les démarches d'aide préventive et curative à destination des enfants et des familles monoparentales précarisés au sein des écoles, entreprises par quelques CPAS proactifs. Ces initiatives ponctuelles devraient se généraliser en Région bruxelloise. Un volet consacré à la lutte contre le non-recours aux

Deze vzw biedt activiteiten voor zowel ouders als kinderen.

We beschikken helaas niet over cijfers over het aantal kinderen en jongeren in eenoudergezinnen die psychologische steun kregen. In de meeste gevallen worden de kinderen begeleid door hun ouders, vaak hun moeder, die zelf ook begeleiding kan/kunnen krijgen.

Het criterium van alleenstaande ouder wordt in aanmerking genomen om het belang en de urgentie van de hulpvraag te bepalen.

In het kader van het geïntegreerd welzijns- en gezondheidsplan zullen voor de eerstelijnsdiensten opleidingen worden georganiseerd over de opvang en begeleiding van specifieke doelgroepen zoals eenoudergezinnen, daklozen, LGBTQ+'ers enzovoort.

In het Brussels Gewest is 23% van de personen met een leefloon een alleenstaande ouder. De toename van eenoudergezinnen in absolute aantallen is echter vergelijkbaar met die van de andere gezinscategorieën: van 8.257 leefloongerechtigde eenoudergezinnen in 2020 tot 9.235 in 2021.

We zijn blij dat enkele proactieve OCMW's in scholen preventieve en curatieve hulp bieden aan kwetsbare kinderen en eenoudergezinnen. Het feit dat sommigen geen aanspraak maken op hun rechten, zal centraal staan in de toekomstige werkgroepen van de Federatie van Brusselse OCMW's om een beleid hierover te ontwikkelen in alle OCMW's.

Dankzij het budget van 30 miljoen euro dat aan de OCMW's ter beschikking is gesteld, hebben een aantal daarvan gericht gecommuniceerd met eenoudergezinnen en een reeks extra steunmaatregelen ingevoerd.

droits est prévu. Cette problématique sera, par exemple, au cœur de la réflexion des futurs groupes de travail instaurés au sein de la Fédération des CPAS bruxellois afin d'inspirer et développer ce type de politique dans les dix-neuf CPAS. J'ai eu l'occasion d'en discuter récemment avec la fédération et son président.

Dans le même esprit, les CPAS entendent offrir un service de qualité, dans le respect de la dignité humaine, à tous les publics : personnes isolées, familles monoparentales, victimes de violences, personnes âgées, jeunes, enfants, personnes sans abri ou sans papiers, etc.

Grâce l'enveloppe de 30 millions mise à disposition des CPAS bruxellois, certains d'entre eux ont organisé des communications ciblées vers les familles monoparentales et ont ouvert une série d'aides complémentaires (alimentaire, intervention dans le paiement des loyers, lutte contre la fracture numérique ou autres).

381 **Mme Delphine Chabbert (PS).**- Je n'ai pas compris ce qui allait entrer dans le plan monoparentalité. J'ai déjà connaissance de nombreux éléments que vous avez cités : la Maison des parents solos, le travail des CPAS, etc.

Parmi vos compétences en social-santé, qui sont cruciales pour le vécu des familles, lesquelles retrouverons-nous dans ce plan spécifique ? Sur le fond, je suis d'accord sur l'intérêt d'une approche basée sur l'universalisme proportionné, que je connais et défends.

Toutefois, je pense qu'il faut y joindre une approche spécifique. Il me semble que c'est la philosophie même de ce plan monoparentalité, qui sera, je l'espère, voté la semaine prochaine.

Je n'ai donc pas vraiment entendu ce qui, dans le cadre de vos compétences, entrera dans ce plan. Je le lirai avec attention afin d'y trouver une réponse.

381 **M. Alain Maron, membre du Collège réuni.**- Vous ne l'avez pas entendu parce que je n'en ai pas parlé.

En revanche, je vous ai dit que le plan était en cours d'approbation et porté par différents membres du gouvernement, dont moi-même, sous l'impulsion de Mme Ben Hamou. Il devrait être approuvé la semaine prochaine. Il sera ensuite présenté à tout le monde. Je ne doute pas que vous reviendrez vers nous après l'approbation du plan pour en connaître le contenu exact.

- *L'incident est clos.*

387 **QUESTION ORALE DE MME FRANÇOISE SCHEPMANS**

387 **à Mme Elke Van den Brandt et à M. Alain Maron, membres du Collège réuni chargés de l'action sociale et de la santé**

Mevrouw Delphine Chabbert (PS) (*in het Frans*).- *Uw bevoegdheden zijn cruciaal voor gezinnen. Wat zullen we ervan terugvinden in het plan inzake eenoudergezinnen? Dat meen ik niet te hebben gehoord.*

De heer Alain Maron, lid van het Verenigd College (*in het Frans*).- *U hebt het niet gehoord, omdat ik er niet over gesproken heb.*

Ik heb wel gezegd dat het plan door verschillende regeringsleden, waaronder mezelf, gesteund wordt onder impuls van staatssecretaris Ben Hamou. Het zou volgende week moeten worden goedgekeurd.

- *Het incident is gesloten.*

MONDELINGE VRAAG VAN MEVROUW FRANÇOISE SCHEPMANS

aan mevrouw Elke Van den Brandt en de heer Alain Maron, leden van het Verenigd College, bevoegd voor Welzijn en Gezondheid,

387 **concernant "la polymédication chez nos aînés".**

389 **Mme Françoise Schepmans (MR).**- Une récente étude des Mutualités libres révèle qu'environ quatre personnes de plus de 75 ans sur dix prennent au moins cinq médicaments. Il s'agit de ce qu'on appelle la polymédication, soit la prise récurrente d'au moins cinq médicaments par jour.

En Belgique, l'un des pays d'Europe où la consommation de médicaments est particulièrement élevée, la polymédication est estimée à 34 % chez les 65 ans et plus. Elle a d'ailleurs augmenté, puisqu'elle était de 27 % en 2013. L'étude souligne par ailleurs que cette tendance varie en fonction des groupes sociaux. Ce chiffre s'élève ainsi à 48 % pour les groupes moins favorisés contre 35 % pour les groupes sociaux plus aisés, même si cela peut sembler paradoxal. Notre pays fait ainsi partie des mauvais élèves en la matière, puisqu'il arrive quatrième sur dix-huit dans une enquête européenne sur la santé, le vieillissement et la retraite.

Cette étude met en évidence une prévalence plus élevée de la polymédication en Belgique que dans la plupart des autres pays d'Europe. Il est à noter que ces analyses ne tiennent compte que des médicaments remboursés et donc pas des somnifères ou des anxiolytiques, pourtant régulièrement consommés dans ces tranches d'âges.

Les personnes âgées constituent un groupe fragile : plus de 60 % des seniors souffrent d'au moins une maladie chronique. Pour les 80 ans et plus, cela concerne huit personnes sur dix. Or, plus un patient âgé prend des médicaments, plus il encourt des risques tels que des interactions médicamenteuses, voire d'autres syndromes gériatriques. Ces risques sont bien souvent à l'origine de chutes, de fractures, d'effets secondaires et parfois - voire souvent - d'une hospitalisation du patient.

Par ailleurs, il a été constaté qu'environ la moitié des 75 ans et plus "polymédiqués" consommeraient, de façon chronique ou non, au moins un médicament repris dans la liste de Beers qui identifie les produits potentiellement inappropriés pour les personnes âgées. L'étude indique que "des recherches récentes, menées dans les maisons de repos [...] ont montré que près de neuf résidents sur dix [...] consommaient des médicaments potentiellement inappropriés".

391 S'il est parfois nécessaire de prendre autant de médicaments, notamment quand le patient présente plusieurs problèmes de santé, l'étude souligne que la difficulté vient de l'usage qui en est fait. Il y aurait un manque de concertation dans le milieu médical, notamment entre les pharmaciens et les multiples prescripteurs.

Avez-vous pris connaissance de cette étude ? Quelle est la position de votre gouvernement à cet égard ?

Quelles actions sont-elles menées pour pallier la polymédication des personnes âgées dans les maisons de repos, d'une part, et à

betreffende "de multimediatie bij onze senioren".

Mevrouw Françoise Schepmans (MR) (in het Frans).- *Uit een studie blijkt dat ongeveer vier op de tien 75-plussers minstens vijf geneesmiddelen neemt. Dat fenomeen polyfarmacie wordt bij Belgische 65-plussers op 34% geschat. Ons land presteert daarmee in Europa slecht.*

Meer dan 60% van de senioren lijdt aan een chronische ziekte. Bij 80-plussers gaat het zelfs om 80%. Een persoon die veel geneesmiddelen moet slikken, loopt ook een groter risico op een wisselwerking tussen die middelen, die dan weer tot vallen, breuken en vaak een ziekenhuisopname kan leiden. Bovendien blijkt dat ongeveer de helft van de 75-plussers minstens één geneesmiddel gebruikt dat niet geschikt is voor ouderen. In rusthuizen zou het zelfs om negen op de tien bewoners gaan.

Soms is het gebruik van verscheidene geneesmiddelen tegelijkertijd nodig. Volgens de studie zit het probleem echter in het gebrek aan overleg tussen apothekers en de voorschrijvers.

Bent u op de hoogte van de studie? Welk standpunt neemt u hierover in?

Wat onderneemt u om polyfarmacie bij ouderen in een rusthuis of thuis te beperken? Hoe wilt u met uw acties kwetsbare personen bereiken?

Waals minister van Volksgezondheid Morreale wil dat de rusthuizen een jaarlijks overleg over de toegediende

leur domicile, d'autre part ? Comment ces actions ciblent-elles les personnes précarisées ?

La ministre wallonne de la santé souhaite que les résidences organisent une concertation de révision de la médication au moins une fois par an, avec au minimum la présence du médecin traitant, d'un pharmacien et d'un infirmier en chef. Quel est votre avis sur le sujet ? Est-ce une solution possible à Bruxelles ?

Plusieurs recommandations à l'intention des acteurs de la santé ont été rédigées, dont la rédaction d'une directive sur la polymédication. Une telle piste est-elle envisageable ?

³⁹³ **M. Alain Maron, membre du Collège réuni.** - Nous avons pris connaissance de l'étude à laquelle vous faites référence, parmi les nombreuses études sur cette question.

Le thème de la polymédication chez les personnes âgées fait aussi partie intégrante du rapport annuel belge sur la performance de son système de santé, publié conjointement par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (Inami), Sciensano, le SPF Santé publique et le Centre fédéral d'expertise des soins de santé. Le rapport 2019 indique par ailleurs une polymédication plus importante en Wallonie qu'à Bruxelles et en Flandre.

La compétence des entités fédérées pour les soins de santé dans les institutions pour personnes âgées va de l'aide dans les activités quotidiennes aux soins corporels et infirmiers et couvre également les tâches d'activation, de réactivation, de rééducation fonctionnelle et d'intégration ou de réintégration sociale.

Cette action comprend en outre l'humanisation dans les maisons de repos et les maisons de repos de soins (MR/MRS) ainsi que la promotion de la santé au sens de l'Organisation mondiale de la santé, c'est-à-dire le bien-être physique, psychique et social, et ce en développant l'autonomisation et la littératie en santé. Ces derniers éléments sont des points d'attention importants de la réforme du secteur, laquelle a précisément comme objectif de rendre les MR/MRS et de soins plus humaines.

En parallèle à la réforme du secteur en cours, et avec le soutien d'Iriscare, des projets qui visent le maintien de l'autodétermination des personnes âgées en maison de repos sont encouragés. Ainsi, Iriscare soutient avec la Fondation Roi Baudouin le développement du modèle Tubbe au sein de dix établissements bruxellois. J'ai déjà eu l'occasion d'en parler en commission de la santé. Ce modèle est axé sur le développement de l'autonomie de la personne âgée. Il s'agit d'une approche relationnelle du soin, où la personne âgée est actrice de sa santé, et qui vise à améliorer son bien-être, ce qui peut contribuer à réduire l'usage de médicaments, en particulier l'usage excessif de médicaments.

³⁹⁵ C'est donc d'abord indirectement, par des actions qui aident à l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées, que la Région contribue à réduire l'usage des médicaments. C'est également par le biais des normes des MRS qu'à ce jour plusieurs dispositions existent en la matière, et qui

medicatie organiseren. Ze stelde bovendien aanbevelingen over polyfarmacie op. Is dat ook in Brussel mogelijk?

De heer Alain Maron, lid van het Verenigd College (in het Frans). - *Ik ben op de hoogte van de betreffende studie.*

Polyfarmacie bij ouderen komt ook aan bod in het Belgische jaarverslag over de werking van het gezondheidssysteem. In 2019 was het probleem overigens groter in Wallonië dan in Brussel en Vlaanderen.

Momenteel wordt de rusthuissector hervormd. Daarbij worden projecten die gericht zijn op het zelfbeschikkingsrecht van ouderen, gestimuleerd. Zo ondersteunt Iriscare de invoering van het Tubbemodel, dat steunt op de ontwikkeling van autonomie bij de oudere. Die neemt zelf beslissingen over zijn gezondheid, wat het geneesmiddelengebruik kan beperken.

De acties om het geneesmiddelengebruik te beperken, verlopen dus in de eerste plaats onrechtstreeks, onder meer via de normen voor rusthuizen waarin meerdere bepalingen daarover zijn opgenomen.

permettent d'agir, notamment : la concertation entre le médecin coordinateur et l'infirmier en chef portant, entre autres, sur l'approche non médicamenteuse pour les patients souffrant de démence ; le rôle du médecin coordinateur pour organiser la prescription, la fourniture, la délivrance, la conservation et la distribution de médicaments en concertation avec les pharmaciens ainsi qu'établir et actualiser chaque année le formulaire médicopharmaceutique ; ou encore le règlement général de l'activité médicale devant définir l'engagement des médecins généralistes à participer à une politique médicale cohérente, notamment en matière de prescription de médicaments.

Néanmoins, les leviers principaux en matière de surmédication se trouvent au niveau fédéral. À ce sujet, si nous n'avons pas connaissance de la proposition de la ministre wallonne de la santé que vous citez dans votre question, nous ne pouvons que nous rallier à la position qu'elle a exprimée fin 2019 au parlement wallon, lors d'une réponse à une question orale sur le sujet.

Je la cite : "Il faut peut-être que l'on réexplique la différence en termes de compétences, dire ce qui relève du fédéral et puis les leviers dont on dispose à la Région. La politique pharmaceutique et l'art de guérir, y compris dans les maisons de repos, sont des compétences exclusives du fédéral. Dans ce cadre, le fédéral a lancé différentes campagnes de sensibilisation, entre autres, pour réduire la consommation de somnifères et de calmants et aider les prestataires de soins à guider leurs patients vers une approche, à long terme, des troubles du sommeil, de l'anxiété et du stress. Différents outils ont été développés pour les professionnels de la santé : une plate-forme d'aide en ligne, des formations, du matériel de sensibilisation avec des fiches pratiques, avec des directives pour les médecins, des affiches et des brochures pour les salles d'attente ou la pharmacie".

³⁹⁹ Sur le plan institutionnel, nous partageons ce point de vue. Nous ne pouvons pas empiéter sur les compétences fédérales en la matière. D'autant que l'État fédéral est déjà actif sur le sujet.

Dans la législation fédérale sur le médicament et sur l'art pharmaceutique, on peut notamment citer la possibilité de concertation entre le pharmacien, le médecin traitant et le patient dans le cadre de la préparation de la médication individuelle pour les maisons de repos et maisons de repos et de soins qui y recourent.

Il existe aussi des concertations médicopharmaceutiques en milieu extrahospitalier, qui regroupent les médecins généralistes, en ce compris les médecins traitants des personnes âgées résidant en maisons de repos et les pharmaciens, comme le recommande l'étude.

Enfin, les directives concernant la polymédication, comme suggéré par l'étude des Mutualités libres, sont depuis longtemps utilisées et présentées aux médecins en formation, initiale et continuée. Le meilleur outil en la matière, de renommée nationale, est le formulaire pharmaceutique pour

De federale overheid heeft echter de belangrijkste hefboomen in handen om overdreven gebruik van geneesmiddelen te bestrijden. Dat zei Waals minister Morreale in 2019 ook. Van haar voorstel waarover u het zonet had, ben ik niet op de hoogte.

De federale regering houdt zich trouwens al met het onderwerp bezig en het behoort niet tot mijn rol om mij daarmee te bemoeien.

Los daarvan is het overmatige gebruik van geneesmiddelen een verontrustend maatschappelijk probleem. Ik zal er dan ook binnen de grenzen van mijn bevoegdheden meer actie tegen ondernemen.

personnes âgées publié par le Centre belge d'information pharmacothérapeutique.

Ce n'est pas mon rôle de vous dresser la liste des actions fédérales en la matière, je souligne juste qu'il n'y a pas de raison que nous empiétons sur l'exercice de ces compétences, ni sur leur financement.

Cela dit, l'usage des médicaments dépasse le champ médical, et leur surconsommation est un problème de société dont il faut se préoccuper. Nous ne manquerons donc pas d'amplifier notre action à ce niveau dans le cadre de nos compétences. Ce sera aussi le cas pour la réforme du secteur de l'accueil des personnes âgées.

⁴⁰¹ **Mme Françoise Schepmans (MR).**- Je vous remercie pour votre réponse très complète. La santé est une matière compliquée, car cette compétence est répartie entre différents niveaux de pouvoir. Il faut donc discuter en parallèle avec plusieurs responsables politiques.

La concertation est essentielle et doit être menée avec le milieu médical. Ce dernier a fourni un formidable effort et s'est montré particulièrement dynamique durant l'année écoulée.

Vous avez indiqué que la réponse de la ministre wallonne datait de 2019 ; je pensais pour ma part qu'elle datait de 2021. Quoiqu'il en soit, elle est à verser au dossier pour la Région.

- *L'incident est clos.*

Mevrouw Françoise Schepmans (MR) *(in het Frans).*- *Gezondheid is gespreid over meerdere beleidsniveaus, wat het tot complexe materie maakt en onderling overleg vergt. Daarbij moet ook de medische wereld betrokken worden. Die leverde al een enorme inspanning.*

- *Het incident is gesloten.*