



GEWONE ZITTING 2018-2019

25 MEI 2019

VERENIGDE VERGADERING
VAN DE GEMEENSCHAPPELIJKE
GEMEENSCHAPSCOMMISSIE

Vragen
en
Antwoorden

Vragen en Antwoorden
Verenigde Vergadering van de
Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie
Gewone zitting 2018-2019

SESSION ORDINAIRE 2018-2019

25 MAI 2019

ASSEMBLÉE RÉUNIE
DE LA COMMISSION
COMMUNAUTAIRE COMMUNE

Questions
et
Réponses

Questions et Réponses
Assemblée réunie de la
Commission communautaire commune
Session ordinaire 2018-2019

INHOUD
VRAGEN EN ANTWOORDEN**SOMMAIRE**
QUESTIONS ET RÉPONSES

In fine van het bulletin is een zaakregister afgedruktUn sommaire par objet est reproduit *in fine* du bulletin

Ministers bevoegd voor het Gezondheidsbeleid, het Openbaar Ambt, de Financiën, de Begroting en de Externe Betrekkingen	8	Ministres compétents pour la Politique de la Santé, la Fonction publique, les Finances, le Budget et les Relations extérieures
Ministers bevoegd voor het Beleid inzake Bijstand aan Personen, het Gezinsbeleid en de Filmkeuring	36	Ministres compétents pour la Politique d'Aide aux Personnes, les Prestations familiales et le Contrôle des Films

I. Vragen waarop niet werd geantwoord binnen de tijd bepaald door het reglement

(Art. 111 van het reglement van de Verenigde Vergadering)

I. Questions auxquelles il n'a pas été répondu dans le délai règlementaire

(Art. 111 du règlement de l'Assemblée réunie)

(Fr.) : Vraag gesteld in het Frans – (N.) : Vraag gesteld in het Nederlands

(Fr.) : Question posée en français – (N.) : Question posée en néerlandais

Ministers bevoegd voor het Gezondheidsbeleid, het Openbaar Ambt, de Financiën, de Begroting en de Externe Betrekkingen

Vraag nr. 18 van mevr. Elke Roex d.d. 13 mei 2015 (N.) :

Het aantal mensen jonger dan 60 jaar in de Brusselse woonzorgcentra.

De vraag werd gepubliceerd in Bulletin nr. 2, blz. 4

Vraag nr. 112 van de heer Bernard Clerfayt d.d. 23 mei 2017 (Fr.) :

De kosten voor het gedetacheerd personeel van de besturen.

De vraag werd gepubliceerd in Bulletin nr. 6, blz. 46

Ministres compétents pour la Politique de la Santé, la Fonction publique, les Finances, le Budget et les Relations extérieures

Question n° 18 de Mme Elke Roex du 13 mai 2015 (N.) :

Le nombre de personnes de moins de 60 ans séjournant dans les maisons de repos bruxelloises.

La question a été publiée dans le Bulletin n° 2, p. 4

Question n° 112 de M. Bernard Clerfayt du 23 mai 2017 (Fr.) :

Les couts du personnel détaché des administrations.

La question a été publiée dans le Bulletin n° 6, p. 46

Ministers bevoegd voor het Beleid inzake Bijstand aan Personen, het Gezinsbeleid en de Filmkeuring

Vraag nr. 186 van mevr. Kenza Yacoubi d.d. 26 april 2019 (Fr.) :

Toepassing van de ordonnantie betreffende de daklozen en doorverwijzingsopdracht van Bruss'Help.

Op 19 december laatstleden heb ik u vragen gesteld over het aantal daklozen die een duurzame woning betrekken nadat ze de noodopvang hebben verlaten.

In die mondelinge vraag sprak ik van de oprichting van de vzw Bruss'Help en haar verschillende opdrachten, waaronder het doorverwijzen van daklozen naar de sociale diensten en OCMW's waar ze terecht kunnen voor hun specifieke problemen. Het is de bedoeling zo goed mogelijk rekening te houden met de situatie van elke dakloze in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, teneinde hen te begeleiden naar een duurzame woning.

U had trouwens onderstreept – dat is begrijpelijk – dat er « geen efficiënte sleutel-op-de-deuroplossing voor iedereen is », aangezien « de levensomstandigheden te veel verschillen van de ene persoon tot de andere ». Daarover ben ik het met u eens, alsook over de noodzaak om elke dakloze door te verwijzen naar de opvang die het meest aangepast is aan hun situatie. De oprichting van een vzw zoals Bruss'Help en haar doorverwijzingsopdracht zijn dan ook zeer zinvol.

Bijgevolg wens ik het volgende te weten :

- In dat verband had ik u graag de volgende vragen gesteld :
- Is de vzw Bruss'Help thans operationeel ?
- Kunt u me op de hoogte houden van de verdere activiteiten van de vzw ?
- Hoe staat het ten slotte met de New Samusocial ? Hoe staat het met de oprichting van de openbare vzw ?

Vraag nr. 187 van de heer Emin Özkara d.d. 6 mei 2019 (Fr.) :

Gevolgen van de Data Protection Officer (DPO) en de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) voor de overheden en openbare instellingen die onder uw bevoegdheid of toezicht vallen.

De bescherming van persoonsgegevens is een van de grote uitdagingen voor onze hypergeconnecteerde democratische

Ministres compétents pour la Politique d'Aide aux Personnes, les Prestations familiales et le Contrôle des Films

Question n° 186 de Mme Kenza Yacoubi du 26 avril 2019 (Fr.) :

L'application de l'ordonnance relative au sans-abrisme et au rôle d'orientation de Bruss'Help.

Le 19 décembre dernier, je vous interrogeais sur le nombre de personnes sans abri accédant à un logement durable après avoir quitté des structures d'accueil d'urgence.

Dans le cadre de cette question orale, j'avais évoqué la création de l'ASBL Bruss'Help de même que ses diverses missions, notamment l'orientation des personnes sans abri vers les services sociaux et les CPAS appropriés à leur situation. L'objectif étant de répondre au mieux à la situation de chacun des sans-abris présents sur le territoire de la Région de Bruxelles-Capitale afin de les guider vers une situation de logement durable.

Vous aviez d'ailleurs insisté, et c'est compréhensible, qu'il n'y avait pas « de solution clé sur porte efficace pour tout le monde » puisque « les situations de vie sont trop différentes d'une personne à l'autre ». Je vous rejoins sur ce point, de même que sur la nécessité d'orienter chaque sans-abri vers les dispositifs les plus performants suivant sa situation. La création d'une ASBL telle que Bruss'Help et son rôle d'orientation prenait donc tout son sens.

Dès lors, j'aimerais savoir :

- À l'heure actuelle, l'ASBL Bruss'Help est-elle opérationnelle ?
- Pourriez-vous nous tenir au courant de l'état d'avancement de la création de ce dispositif ?
- Enfin, qu'en est-il du New Samusocial ?
- Où en sommes-nous dans la création de l'ASBL publique ?

Question n° 187 de M. Emin Özkara du 6 mai 2019 (Fr.) :

L'impact du Délégué à la protection des données ou « Data Protection Officer » (DPO) et du règlement général sur la protection des données (RGPD) sur les autorités publiques et organismes publics relevant de vos compétences ou de votre tutelle.

La protection des données personnelles est un des grands enjeux de nos sociétés démocratiques hyper-connectées. C'est

samenlevingen. Daarom heb ik u op 26 april 2017 vragen gesteld over de Data Protection Officer (DPO) en de gevolgen van de algemene verordening gegevensbescherming (AVG) voor de gewestelijke openbare diensten en instellingen.

« Onder de AVG is het in bepaalde omstandigheden verplicht een « GEB » (of « DPIA » in het Engels) uit te voeren. Een GEB is een procedure om te evalueren of een verwerking van persoonsgegevens risico's inhoudt voor de rechten en vrijheden van de persoon wiens data worden verwerkt en hoe men deze risico's kan beheersen. »¹

Vandaag wens ik naar aanleiding van de publicatie van de Belgische wet tot uitvoering van de AVG in het *Belgisch Staatsblad* van 5 september 2018 terug te komen op dit uiterst belangrijke onderwerp voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van alle inwoners van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

In dat verband had ik u graag de volgende vragen gesteld :

1. Voldoet uw kabinet volledig aan de vereisten van de AVG ? Beschikt het over een DPO ?
2. Welke overheden of openbare instellingen voldoen thans niet helemaal aan de vereisten van de AVG en/of beschikken niet over een DPO ?
3. Is er een kadaster opgesteld van de DPO's van de overheden of openbare instellingen die onder uw bevoegdheid of toezicht vallen ? Staan de gegevens van de DPO's ter beschikking van de bevolking ?

Voor elke overheid of openbare instelling die onder uw bevoegdheid of toezicht valt, had ik u graag de volgende bijkomende vragen gesteld :

4. Worden er data aan andere overheden overgedragen ? Zo ja, welke en aan welke overheden ? Zijn er samenwerkingsprotocollen gesloten ? Zo ja, met welke overheden of particuliere organisaties ? Over welke protocollen gaat het ?
5. Worden er zogenaamde gevoelige data verwerkt ? Zo ja, bestaat er een register van de verwerkingen van die data ?
6. Is er een gegevensbeschermingseffectenbeoordeling (GEB) uitgevoerd ? Zo ja, wanneer, met welke frequentie en voor welke gegevensverwerkingen ?
7. Zijn er een beleid en procedures opgesteld om gegevenslekken te beheren ?
8. Zijn er sinds 25 mei 2018 klachten wegens schending van de persoonlijke levenssfeer, schending van de geheimhoudingsplicht, gegevenslekken of beveiligingsbreuken ingediend ? Zo ja, hoeveel en wanneer ?

(1) <https://www.gegevensbeschermingsautoriteit.be/gegevensbeschermingseffectbeoordeling-0, geraadpleegd op 29 april 2019.>

pourquoi, en date du 26 avril 2017, je vous questionnais au sujet du Délégué à la protection des données ou « Data Protection Officer » (DPO) et de l'impact du règlement général sur la protection des données (RGPD) sur les services et organismes publics régionaux.

« En vertu du RGPD, il est obligatoire, dans certaines circonstances, de procéder à une « AIPD » (ou « DPIA » en anglais). Une AIPD est une procédure destinée à évaluer si un traitement de données à caractère personnel comporte des risques pour les droits et libertés de la personne dont les données sont traitées et à évaluer la manière dont ces risques peuvent être maîtrisés (¹). »

Aujourd'hui, et faisant suite à la loi belge du 30 juillet 2018 exécutant le RGPD qui a été publiée le 5 septembre 2018 au *Moniteur Belge*, je souhaiterais revenir sur ce sujet des plus importants pour la protection de la vie privée de toutes et tous les résidents de notre si belle et diversifiée Région de Bruxelles-Capitale.

Voici mes questions :

1. Votre cabinet répond-il entièrement aux exigences du RGPD et dispose-t-il d'un DPO ?
2. Actuellement, quelles sont les autorités publiques ou organismes publics qui ne répondent pas entièrement aux exigences du RGPD et/ou qui ne disposent pas d'un DPO ?
3. Un cadastre des DPO des autorités publiques et organismes publics relevant de vos compétences ou de votre tutelle a-t-il été réalisé ? Les coordonnées des DPO sont-elles à disposition du public ?

Pour chacune des autorités publiques et chacun des organismes publics qui relèvent de vos compétences ou de votre tutelle, je souhaiterais vous poser les questions supplémentaires suivantes :

4. Des transferts de données avec d'autres autorités publiques ont-ils lieu ? Si oui, quelles sont les données et autorités publiques impliquées dans ces transferts ? Des protocoles de collaboration ont-ils été conclus ? Si oui, avec quelles autorités publiques ou organisations privées et quels sont ces protocoles ?
5. Des données dites sensibles sont-elles traitées ? Si oui, un registre des activités de traitement est-il disponible pour ces données dites sensibles ?
6. Une analyse d'impact relative à la protection des données (AIPD) a-t-elle été réalisée ? Si oui, quand, à quelle fréquence et pour quels traitements de données ?
7. Une politique et des procédures pour gérer les fuites de données ont-elles été élaborées ?
8. Depuis le 25 mai 2018, des plaintes pour non-respect de la vie privée, violation d'une obligation de secret, fuites de données ou brèches de sécurité sont-elles à signaler ? Si oui, combien et quelles sont les dates de dépôt de ces plaintes ?

(1) <https://www.autoriteprotectiondonnees.be/analyse-dimpact-relative-a-la-protection-des-donnees, consulté le 29 avril 2019.>

Vraag nr. 188 van de heer Emin Özkara d.d. 6 mei 2019 (Fr.) :

Gevolgen van de Data Protection Officer (DPO) en de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) voor de overheden en openbare instellingen die onder uw bevoegdheid of toezicht vallen.

De bescherming van persoonsgegevens is een van de grote uitdagingen voor onze hypergeconnecteerde democratische samenlevingen. Daarom heb ik u op 26 april 2017 vragen gesteld over de Data Protection Officer (DPO) en de gevolgen van de algemene verordening gegevensbescherming (AVG) voor de gewestelijke openbare diensten en instellingen.

« Onder de AVG is het in bepaalde omstandigheden verplicht een « GEB » (of « DPIA » in het Engels) uit te voeren. Een GEB is een procedure om te evalueren of een verwerking van persoonsgegevens risico's inhoudt voor de rechten en vrijheden van de persoon wiens data worden verwerkt en hoe men deze risico's kan beheersen. »¹

Vandaag wens ik naar aanleiding van de publicatie van de Belgische wet tot uitvoering van de AVG in het *Belgisch Staatsblad* van 5 september 2018 terug te komen op dit uiterst belangrijke onderwerp voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van alle inwoners van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

In dat verband had ik u graag de volgende vragen gesteld :

1. Voldoet uw kabinet volledig aan de vereisten van de AVG ? Beschikt het over een DPO ?
2. Welke overheden of openbare instellingen voldoen thans niet helemaal aan de vereisten van de AVG en/of beschikken niet over een DPO ?
3. Is er een kadaster opgesteld van de DPO's van de overheden of openbare instellingen die onder uw bevoegdheid of toezicht vallen ? Staan de gegevens van de DPO's ter beschikking van de bevolking ?

Voor elke overheid of openbare instelling die onder uw bevoegdheid of toezicht valt, had ik u graag de volgende bijkomende vragen gesteld :

4. Worden er data aan andere overheden overgedragen ? Zo ja, welke en aan welke overheden ? Zijn er samenwerkingsprotocollen gesloten ? Zo ja, met welke overheden of particuliere organisaties ? Over welke protocollen gaat het ?
5. Worden er zogenaamde gevoelige data verwerkt ? Zo ja, bestaat er een register van de verwerkingen van die data ?

(1) <https://www.gegevensbeschermingsautoriteit.be/gegevensbeschermingseffectbeoordeling-0>, geraadpleegd op 29 april 2019.

Question n° 188 de M. Emin Özkara du 6 mai 2019 (Fr.) :

L'impact du Délégué à la protection des données ou « Data Protection Officer » (DPO) et du règlement général sur la protection des données (RGPD) sur les autorités publiques et organismes publics relevant de vos compétences ou de votre tutelle.

La protection des données personnelles est un des grands enjeux de nos sociétés démocratiques hyper-connectées. C'est pourquoi, en date du 26 avril 2017, je vous questionnais au sujet du Délégué à la protection des données ou « Data Protection Officer » (DPO) et de l'impact du règlement général sur la protection des données (RGPD) sur les services et organismes publics régionaux.

« En vertu du RGPD, il est obligatoire, dans certaines circonstances, de procéder à une « AIPD » (ou « DPIA » en anglais). Une AIPD est une procédure destinée à évaluer si un traitement de données à caractère personnel comporte des risques pour les droits et libertés de la personne dont les données sont traitées et à évaluer la manière dont ces risques peuvent être maîtrisés (1). »

Aujourd'hui, et faisant suite à la loi belge du 30 juillet 2018 exécutant le RGPD qui a été publiée le 5 septembre 2018 au *Moniteur Belge*, je souhaiterais revenir sur ce sujet des plus importants pour la protection de la vie privée de toutes et tous les résidents de notre si belle et diversifiée Région de Bruxelles-Capitale.

Voici mes questions :

1. Votre cabinet répond-il entièrement aux exigences du RGPD et dispose-t-il d'un DPO ?
2. Actuellement, quelles sont les autorités publiques ou organismes publics qui ne répondent pas entièrement aux exigences du RGPD et/ou qui ne disposent pas d'un DPO ?
3. Un cadastre des DPO des autorités publiques et organismes publics relevant de vos compétences ou de votre tutelle a-t-il été réalisé ? Les coordonnées des DPO sont-elles à disposition du public ?

Pour chacune des autorités publiques et chacun des organismes publics qui relèvent de vos compétences ou de votre tutelle, je souhaiterais vous poser les questions supplémentaires suivantes :

4. Des transferts de données avec d'autres autorités publiques ont-ils lieu ? Si oui, quelles sont les données et autorités publiques impliquées dans ces transferts ? Des protocoles de collaboration ont-ils été conclus ? Si oui, avec quelles autorités publiques ou organisations privées et quels sont ces protocoles ?
5. Des données dites sensibles sont-elles traitées ? Si oui, un registre des activités de traitement est-il disponible pour ces données dites sensibles ?

(1) <https://www.autoriteprotectiondonnees.be/analyse-dimpact-relative-a-la-protection-des-donnees>, consulté le 29 avril 2019.

- | | |
|---|--|
| <p>6. Is er een gegevensbeschermingseffectenbeoordeling (GEB) uitgevoerd? Zo ja, wanneer, met welke frequentie en voor welke gegevensverwerkingen?</p> <p>7. Zijn er een beleid en procedures opgesteld om gegevenslekken te beheren?</p> <p>8. Zijn er sinds 25 mei 2018 klachten wegens schending van de persoonlijke levenssfeer, schending van de geheimhoudingsplicht, gegevenslekken of beveiligingsbreuken ingediend? Zo ja, hoeveel en wanneer?</p> | <p>6. Une analyse d'impact relative à la protection des données (AIPD) a-t-elle été réalisée? Si oui, quand, à quelle fréquence et pour quels traitements de données?</p> <p>7. Une politique et des procédures pour gérer les fuites de données ont-elles été élaborées?</p> <p>8. Depuis le 25 mai 2018, des plaintes pour non-respect de la vie privée, violation d'une obligation de secret, fuites de données ou brèches de sécurité sont-elles à signaler? Si oui, combien et quelles sont les dates de dépôt de ces plaintes?</p> |
|---|--|

Ministers bevoegd voor het Gezondheidsbeleid, het Openbaar Ambt, de Financiën, de Begroting en de Externe Betrekkingen

Vraag nr. 205 van de heer Sevket Temiz d.d. 7 februari 2019 (Fr.):

De opsporing van seksueel overdraagbare aandoeningen bij personen van 50 en ouder.

Onlangs werd in de pers gewag gemaakt van een onderzoek van het platform Espace Seniors van het netwerk Solidaris, waaruit een algemene toename blijkt van soa- en aidsdiagnoses bij de jongeren, maar ook bij personen ouder dan 50 ⁽¹⁾.

Volgens voornoemd platform is het aandeel seropositief geteste personen ouder dan 50 tussen 2007 en 2016 met 8 % toegenomen, en zou dat de enige leeftijdsgroep zijn waarbij een toename wordt waargenomen. De redenen daarvoor zouden zowel onwetendheid over soa's en de overbrengingswijzen, als hun idee dat aids en soa's voornamelijk betrekking zouden hebben op de jongeren, waardoor zij er niet meer aan denken zich te beschermen.

Graag een antwoord op volgende vragen.

- Hebt u gehoord over die informatie en dat onderzoek? Zo ja, bevestigt u de vrees en de diagnose van de « Espace Seniors », alsook de in het artikel aangehaalde cijfers?
- Hebt u de laatste jaren specifieke bewustmakingsacties gevoerd ter zake voor personen ouder dan 50 in het Brussels Gewest? Zo ja, dewelke en van welke aard? Welke middelen werden eraan besteed?
- Hebt u meer in het bijzonder reacties van de rust- en verzorgingshuizen inzake deze problematiek? Zo ja, kan u mij de conclusies ervan verduidelijken?

Antwoord: De cijfers inzake seksueel overdraagbare aandoeningen blijven bijzonder zorgwekkend voor het Brussels Gewest.

Wat HIV ⁽²⁾ betreft, heeft het Brussels Gewest de hoogste incidentie van het land: voor de periode 2010-2014 waren er 21,3 nieuwe gevallen van HIV per 100.000 inwoners. De HIV-epidemie komt hoofdzakelijk voor bij twee populaties: bij mannen die seksuele betrekkingen hebben met mannen, en bij personen afkomstig uit landen in Sub-Sahara-Afrika die via heteroseksuele betrekkingen besmet raakten met het virus.

(1) www.dhnet.be/actu/sante/une-majorite-de-seniors-n-a-jamais-ete-depistee-ils-ne-se-sentent-nullement-concernes-par-les-ist-5c50adc-f7b50a6072427743a

(2) Boordtabel voor de gezondheid 2016, geüpdatet in 2017, <http://www.ccc-ggc.irisnet.be/fr/observatbru/publications/tableau-de-bord-de-la-sante-en-region-bruxelloise>

Ministres compétents pour la Politique de la Santé, la Fonction publique, les Finances, le Budget et les Relations extérieures

Question n° 205 de M. Sevket Temiz du 7 février 2019 (Fr.):

Le dépistage des infections sexuellement transmissibles chez les personnes âgées de 50 ans et plus.

Récemment, la presse s'est faite l'écho d'une étude de la plateforme Espace Seniors du réseau Solidaris mettant en exergue une augmentation générale des diagnostics d'IST et de VIH auprès des jeunes mais aussi des personnes âgées de plus de 50 ans ⁽¹⁾.

D'après cette plateforme, entre 2007 et 2016, la proportion des personnes de plus de 50 ans dépistées séropositives a augmenté de 8 % et ce serait la seule tranche d'âge où l'on observe un accroissement. Les motifs de cette augmentation seraient tantôt une méconnaissance des IST et de leurs modes de transmission mais aussi la représentation qu'elles se feraient au sujet du VIH et des IST qui concerneraient essentiellement les jeunes et de ce fait elles ne pensent plus à se protéger.

À cet égard, je souhaiterais vous poser les questions suivantes :

- Avez-vous eu écho de cette information et de cette étude? Si oui, confirmez-vous la crainte et le diagnostic émis par « Espace Seniors » ainsi que les chiffres cités dans l'article?
- Avez-vous mené des actions de sensibilisation ciblées à ce sujet pour les personnes âgées de plus de 50 ans en Région bruxelloise ces dernières années? Si oui, quelle en était la nature? Quels budgets y ont-ils été consacrés?
- Plus particulièrement, avez-vous un retour au sujet de cette problématique de la part des maisons de repos et de soins? Si oui, pouvez-vous m'éclairer sur les conclusions?

Réponse: Les chiffres en matière d'infections sexuellement transmissibles restent particulièrement préoccupants pour ce qui concerne la Région bruxelloise.

Pour ce qui concerne le VIH ⁽²⁾, La Région bruxelloise présente l'incidence la plus élevée du pays: pour la période 2010-2014, on retrouvait 21,3 nouveaux cas de VIH par 100.000 habitants. L'épidémie de VIH est concentrée essentiellement dans deux populations: les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), et les personnes originaires de pays d'Afrique subsaharienne qui ont contracté le virus via des rapports hétérosexuels.

(1) www.dhnet.be/actu/sante/une-majorite-de-seniors-n-a-jamais-ete-depistee-ils-ne-se-sentent-nullement-concernes-par-les-ist-5c50adc-f7b50a6072427743a

(2) Tableau de bord dans la santé 2016, mis à jour en 2017, <http://www.ccc-ggc.irisnet.be/fr/observatbru/publications/tableau-de-bord-de-la-sante-en-region-bruxelloise>

Wat de incidentie van soa's ⁽¹⁾ betreft, zij stijgt in het Brussels Gewest. Tussen 2002 en 2015 waren er vier keer meer gevallen van chlamydia, vijf keer meer gevallen van gonorrhoe en elf keer meer gevallen van syfilis. Jongvolwassenen (vanaf 20 jaar) en mannen die seksuele betrekkingen hebben met mannen, zijn het meest betrokken bij de overbrenging van soa's in het Brussels Gewest. Naast de directe gevolgen kunnen soa's ernstige gevolgen hebben voor de seksuele gezondheid en de voortplanting, en bovendien bevordert hun aanwezigheid de overdracht van HIV. De meest voorkomende aandoeningen bij vrouwen zijn chlamydia en herpes; bij mannen zijn dat syfilis en gonorrhoe.

Op institutioneel vlak heeft de preventie van HIV en andere soa's betrekking op verschillende domeinen, namelijk de gezondheids promotie, een gemeenschapsbevoegdheid, preventie, een bicommunautaire bevoegdheid in Brussel, en de diagnose, een federale bevoegdheid. Bijgevolg is een overlegde aanpak vereist om vooruitgang in dit domein te boeken.

In het kader van artikel 56 van de wet van 14 juli 1994 met het oog op het beter begrijpen op welke manier de opsporing van personen in de doelgroepen voor HIV en soa's verbeterd kan worden, worden vijf verenigingen door het RIZIV gefinancierd. Daarnaast zijn er de drie door het RIZIV sinds 2006 gefinancierde opsporings-centra, waaronder het Elisa Centrum voor het Brussels Gewest.

Tot nog toe is de GGC niet tussengekomen in de financiering van projecten. De snelle diagnostische oriëntatietesten werden niettemin opgenomen in de actieplannen gezondheid (FGC – GGC).

Wat de personen vanaf 50 jaar betreft, bestaat er tot nog toe geen specifieke aanpak voor oudere personen wat de opsporing van soa's betreft in onze rusthuizen, behalve dan het gebruik van de instrumenten voor de algemene bestrijding.

Vraag nr. 206 van de heer Gaëtan Van Goidsenhoven d.d. 20 februari 2019 (Fr.) :

De gezondheidsrisico's veroorzaakt door duivenstront in de stad.

Verschillende parlementsleden hebben de gewestelijke minister bevoegd voor Leefmilieu en haar collega bevoegd voor dierenwelzijn vele malen ondervraagd over de last die veroorzaakt wordt door duiven in het Brussels Gewest.

Die hinder werd voornamelijk aangekaart op het vlak van openbare netheid of beheer van gebouwen.

(1) Boordtabel voor de gezondheid 2016, geüpdatet in 2017, <http://www.ccc-ggc.irisnet.be/fr/observatbru/publications/tableau-de-bord-de-la-sante-en-region-bruxelloise>

Pour ce qui concerne, l'incidence des IST ⁽¹⁾, elle est en augmentation en Région bruxelloise. Entre 2002 et 2015, on retrouve quatre fois plus de cas de chlamydia, cinq fois plus de cas de gonorrhée et onze fois plus de cas de syphilis. Les jeunes adultes (à partir de 20 ans) et les HSH sont principalement impliqués dans la transmission des IST en Région bruxelloise. Outre les conséquences immédiates, les IST peuvent avoir de graves répercussions sur la santé sexuelle et reproductive; en outre, leur présence facilite la transmission du VIH. Les infections les plus fréquentes sont le chlamydia et l'herpès chez les femmes; la syphilis et la gonorrhée chez les hommes.

Sur le plan institutionnel, la prévention du VIH et autres IST est à la croisée entre la promotion de la santé, compétence communautaire, les préventions, compétence bicommunautaire à Bruxelles et le diagnostic, compétence fédérale. Une approche concertée est donc requise pour progresser dans ce domaine.

Dans le cadre de l'article 56 de la loi du 14 juillet 1994 visant à mieux comprendre comment améliorer le dépistage des personnes parmi les publics cibles pour le VIH et les IST, cinq associations sont financées par l'INAMI. Celles-ci s'ajoutent aux trois centres de dépistage financés par l'INAMI depuis 2006 dont le centre Elisa pour ce qui concerne la Région bruxelloise.

À ce jour la COCOM n'est pas intervenue dans le financement de projets. Les stratégies TROD (test rapide d'orientation diagnostique) a néanmoins été intégrée dans les plans d'action santé (COCOF – COCOM).

Pour ce qui concerne les 50 ans et plus, il n'existe à ce jour pas d'approche spécifique pour personne âgée, en ce qui concerne le dépistage des IST, dans nos maisons de repos si ce n'est l'inscription dans les dispositifs de lutte globale.

Question n° 206 de M. Gaëtan Van Goidsenhoven du 20 février 2019 (Fr.) :

Les risques sanitaires imputables aux déjections de pigeons en milieu urbain.

À de nombreuses reprises, différents parlementaires ont interrogé la ministre régionale en charge de l'Environnement ainsi que sa collègue en charge du Bien-être animal sur la question des désagréments causés par les pigeons en Région bruxelloise.

Ces nuisances sont principalement abordées sur le plan de la propreté publique ou de la gestion des bâtiments.

(1) Tableau de bord dans la santé 2016, mis à jour en 2017, <http://www.ccc-ggc.irisnet.be/fr/observatbru/publications/tableau-de-bord-de-la-sante-en-region-bruxelloise>

Die hinder werd daarentegen nog niet aangekaart op het vlak van de grote gezondheidsrisico's veroorzaakt door duivenstront.

Ik werd op de hoogte gebracht van een drama in verband met die gezondheidsrisico's.

In de zomer van 2018 werd een persoon van 57 jaar getroffen door griepsymptomen die, na klinisch onderzoek, veroorzaakt bleken te zijn door het inademen van een bacterie afkomstig van duivenstront. Haar toestand ging snel achteruit en heeft geleid tot een zware longontsteking. Ondanks de verzorging die zij kreeg, is deze persoon enkele weken later overleden.

Graag een antwoord op de volgende vragen :

1. Hoeveel gevallen van ziekten veroorzaakt door duivenstront in Brussel zijn u de afgelopen jaren ter kennis gebracht? Gelieve uw antwoord op te splitsen per jaar vanaf 2014.
2. In voorkomend geval, hoeveel ziekten zijn ieder jaar uitgelopen op het overlijden van de besmette persoon?
3. Wat zijn precies de risico's op besmetting voor de mens? Welke ziekten zijn mogelijk overdraagbaar via die uitwerpselen?
4. Via welke weg kunnen die ziekten op de mens worden overgedragen?
5. Werden onlangs analyses van duivenstront uitgevoerd in Brussel?
6. Zo ja, tonen die analyses een grotere schadelijkheid van de stoffen in die uitwerpselen aan (bacteriën, virussen)? Bestaan er gegevens die het mogelijk maken de huidige situatie te vergelijken met die van meerdere decennia geleden?
7. Heeft overleg plaatsgevonden met de minister bevoegd voor Leefmilieu, de minister bevoegd voor dierenwelzijn, de staatssecretaris bevoegd voor Openbare Netheid of met de andere entiteiten die bevoegd zijn op het gebied van volksgezondheid?
8. Hoe wordt de strijd tegen de verspreiding van duiven afgestemd op de gezondheidskwesties in verband met die problematiek?
9. Werden in het kader van uw bevoegdheden bijzondere preventiemaatregelen getroffen of bestudeerd inzake de gelopen gezondheidsrisico's?

Antwoord : Allereerst zou ik eraan willen herinneren dat wij niet rechtstreeks bevoegd zijn in dit dossier, hoewel bepaalde secundaire gevolgen een gezondheidsimpact kunnen hebben. De openbare netheid en het beheer van gebouwen zijn gemeentelijke bevoegdheden. Voor het overige behoren bepaalde regels met betrekking tot het beheer van de parken en de openbare ruimten tot het departement leefmilieu. De wet op het dierenwelzijn (met name wat het afmaken betreft) is dan weer federaal.

Ces nuisances n'ont en revanche pas encore été abordées sur le plan des risques sanitaires majeurs causés par les déjections de pigeons.

Or, un drame qui concerne ces risques sanitaires a été porté à ma connaissance.

Durant l'été 2018, une personne de 57 ans a été atteinte de symptômes grippaux qui se sont avérés, après analyses cliniques, être provoqués par l'inhalation d'une bactérie provenant de déjections de pigeons. Son état s'est rapidement aggravé et a entraîné une pneumonie aiguë. Malgré les soins qui lui ont été prodigués, cette personne est décédée quelques semaines plus tard.

J'aurais dès lors souhaité vous poser les questions suivantes :

1. Combien de cas de maladies provoquées par des déjections de pigeons à Bruxelles ont-ils été portés à votre connaissance ces dernières années? Pourriez-vous étayer votre réponse pour chaque année depuis 2014?
2. Le cas échéant, combien de ces maladies ont-elles débouché chaque année sur un décès de la personne contaminée?
3. Quels sont les risques exacts de contamination par l'homme? Quelles sont les types de maladies potentiellement transmissibles par ces déjections?
4. Par quel biais ces maladies peuvent-elles être transmises à l'homme?
5. Des analyses des fientes de pigeons ont-elles été effectuées à Bruxelles dernièrement?
6. Si oui, ces analyses témoigneraient-elles d'une plus grande nocivité qu'auparavant des substances contenues dans ces fientes (bactéries, virus)? Existe-t-il des données permettant de comparer la situation actuelle à celle qui prévalait il y a plusieurs décennies?
7. Des concertations avec la ministre en charge de l'Environnement, avec la ministre en charge du Bien-être animal, avec la secrétaire d'État en charge de la Propreté publique ou avec les autres entités responsables en matière de Santé Publique ont-elles eu lieu?
8. Comment l'articulation entre la lutte contre la prolifération des pigeons et les questions sanitaires liées à cette problématique s'opère-t-elle?
9. Dans le cadre de vos compétences, des mesures de prévention particulières ont-elles été menées ou sont-elles à l'étude concernant les risques sanitaires encourus?

Réponse : Premièrement je tiens à rappeler que les compétences directes dans ce dossier, en amont, ne nous reviennent pas, même si certaines conséquences secondaires peuvent avoir un impact sanitaire. La propreté publique et la gestion des bâtiments sont des compétences communales. Pour le surplus, certaines règles relatives à la gestion des parcs et des espaces publics relèvent de l'environnement. Quant à la loi sur le bien-être animal (en lien notamment avec l'abattage et la mise à mort), elle dépend du fédéral.

De soms problematische vermenigvuldiging van de stadskuif is ook sterk verbonden met de beschikbare hoeveelheid voedsel die vaak vrijwillig wordt verspreid. Er moeten dus maatregelen genomen kunnen worden om deze bron te beperken.

Talrijke gemeentelijke politiereglementen verbieden overigens het voederen van duiven en verplichten het dichtmaken van plaatsen waar ze een nest zouden kunnen maken, op straffe van een boete.

De kennis over gevallen die veroorzaakt werden door uitwerpselen van duiven, of overlijdens :

Voor zover wij weten, werd er geen enkel geval gemeld en werd geen enkel overlijden vastgesteld dat rechtstreeks te wijten was aan een ziekte in verband met de uitwerpselen van duiven, zoals bijvoorbeeld psittacose of ornithose. Deze ziektes moeten verplicht worden aangegeven en bijgevolg wettelijk worden aangegeven aan onze Diensten van het Verenigd College, zodra er een vermoeden rijst. De voorbije tien jaar werd geen enkele aangifte van dit type gedaan sinds deze ziektes werden toegevoegd aan de lijst met ziektes die verplicht moeten worden aangegeven.

De media hebben wel bericht over een 57-jarige man die in Anderlecht overleden zou zijn aan de gevolgen van ademhalingsproblemen die te wijten zouden zijn geweest aan een bacterie afkomstig uit uitwerpselen van duiven, maar nog onze diensten, noch Sciensano, die daarover contact hadden, kregen noch een melding, noch informatie die het mogelijk maakt dat te bevestigen.

De ziektes en de manieren waarop ze worden overgebracht :

Het betreft dus hoofdzakelijk psittacose en ornithose. Ten eerste zijn deze ziektes zeldzaam, maar wel overdraagbaar op de mens via het inademen van voornamelijk stof, vogelpoep en besmette pluimen. Het is eveneens mogelijk dat water of besmette voedingsmiddelen deze ziektes overbrengen. Er is dus redelijk dicht contact of een inneme nodig, wat werknemers in bijvoorbeeld de bouwsector, vogelkwekerijen of dierenwinkels potentieel meer zou kunnen blootstellen.

De symptomen lijken op een griepachtige toestand: koorts, rillingen, hoofdpijn, spierpijn, diarree en braken, wat de verwarring met andere meer alledaagse ziektes mogelijk maakt. In het uiterste geval kan de besmetting leiden tot ademhalingsmoeilijkheden of een longontsteking.

De risico's zijn groter voor mensen met een chronische ziekte of immunosuppressie bijvoorbeeld, alsook voor duivenkwekers. Het klinische beeld verschilt afhankelijk van het soort ziekteverwekker, het type en de duur van het contact ermee.

Eventuele analyses :

Voor zover wij weten is Leefmilieu Brussel onlangs niet tot dit soort analyse overgegaan.

La prolifération parfois problématique du pigeon de ville est aussi fortement liée à la quantité de nourriture disponible et souvent volontairement distribuée. Il faut donc pouvoir prendre des mesures pour limiter cette source.

De nombreux règlements de police communaux interdisent par ailleurs de nourrir les pigeons et obligent d'obstruer les endroits propices à leur nidification, sous peine d'amende.

Concernant la connaissance de cas avérés provoqués par les déjections de pigeons ou de décès :

À notre connaissance aucun cas n'a été déclaré et aucun décès constaté qui puisse être directement imputable à une maladie liée aux déjections de pigeons, comme la Psittacose ou l'Ornithose par exemple. Ces maladies sont des maladies à déclaration obligatoire et doivent donc être légalement déclarées dès suspicion à nos services du Collège réuni. Aucune déclaration de ce type n'a eu lieu depuis que ces maladies ont été ajoutées à la liste des maladies à déclaration obligatoire, lors des dix dernières années.

La presse a bien relayé le cas d'un homme de 57 ans qui serait décédé à Anderlecht des suites de complications respiratoires qui auraient été dues à une bactérie provenant de déjections de pigeons mais ni nos services, ni Sciensano, qui ont été en contact sur le sujet, n'ont reçu de déclaration ou d'information qui permette de le confirmer.

Concernant les maladies et leurs modes de transmission :

Il s'agit donc principalement de la Psittacose et de l'Ornithose. Premièrement ces maladies sont rares, mais transmissibles à l'homme par l'inhalation principalement de poussières, de fientes ou de plumes contaminées. Il est également possible que de l'eau ou des aliments contaminés puissent les transmettre. Il faut donc un contact assez proche ou une ingestion, ce qui peut potentiellement plus exposer des travailleurs du bâtiment, des élevages d'oiseaux ou des animaleries par exemple.

Les symptômes sont proches d'un état grippal: fièvres, frissons, céphalées, douleurs musculaires, diarrhées, vomissements. Ce qui permet de les confondre avec d'autres troubles plus communs. Ultiment, cela peut mener à des complications respiratoires ou une pneumonie.

Les risques sont plus importants chez les personnes porteuses de maladie chronique ou d'immunodépression par exemple ainsi que les éleveurs de pigeons. Le tableau clinique est différent selon le pathogène rencontré, le type et la durée du contact avec celui-ci.

Concernant d'éventuelles analyses :

À notre connaissance Bruxelles Environnement n'a pas procédé à ce type d'analyses récemment.

Het overleg :

Er heeft overleg plaatsgevonden tussen de Diensten van het Verenigd College van de GGC en Leefmilieu Brussel.

De afstemming van de strijd tegen de vermenigvuldiging van duiven op de gezondheidsaangelegenheden in verband met deze problematiek :

In het Brussels Gewest voeren de gemeenten actief strijd tegen de verspreiding van duiven, zoals hierboven reeds werd gemeld. De gezondheidskwesties worden in de eerste plaats door Leefmilieu Brussel geanalyseerd.

Preventieve maatregelen :

Aangezien er de laatste jaren geen enkele kritieke situatie was op het vlak van gezondheid, werd geen enkele bijkomende preventieve maatregel toegevoegd aan diegene die de gemeenten reeds uitvoeren.

Vraag nr. 207 van de heer Abdallah Kanfaoui d.d. 18 maart 2019 (Fr.) :

De investering van de Koning Boudewijnstichting in de hervorming van de thuiszorgverlening.

Op 15 januari 2019 heeft de pers de informatie verspreid dat de Koning Boudewijnstichting, samen met de drie universiteiten Ulg, UCL en ULB, van plan was om over een periode van 5 jaar, bijna 2,5 miljoen euro te investeren om een algemeen onderzoek over de hervorming van de gezondheidszorg te financieren.

Met andere woorden de nagestreefde doelstelling bestaat uit een grondige verandering van het gezondheidsbeleid vanaf de eerstelijnszorg om een antwoord te bieden op de problemen inzake toegankelijkheid, financiële leefbaarheid, veroudering en kwaliteit van de zorgen. De thuiszorg moet in het bijzonder versterkt worden voor een uitgebreide categorie personen, gaande van de personen van de derde leeftijd tot de chronisch zieken of de kinderen met een handicap.

Onmiddellijk na de regionalisering van die bevoegdheid heeft het Vlaamse Gewest zich aangesloten bij de vier universiteiten van het land om vanaf 2014, een grondige denkoefening te starten. Beter gekend onder de naam *Together we change*, heeft deze denkoefening aandacht besteed aan het belang van geografische zones, algemene sanitaire doelstellingen en de betrokkenheid van de patiënten bij een gecoördineerd zorgnet waarbinnen informatie gedeeld wordt. Dat alles toont perfect aan hoeveel vertraging wij opgelopen hebben aan Franstalige kant.

Ik zou dan ook gebruik willen maken van het initiatief van de Koning Boudewijnstichting om te vragen naar de belangrijke vooruitgang die het Brussels gezondheidsplan zal betekenen voor Brussel in het kader van de aangekondigde hervorming. Er is een

Concernant les concertations :

Des concertations ont eu lieu entre les services du Collège réuni de la COCOM et Bruxelles Environnement.

Concernant l'articulation entre la lutte contre la prolifération des pigeons et les questions sanitaires liées à cette problématique :

En Région bruxelloise, les communes luttent activement contre la prolifération des pigeons, comme précisé plus haut. Les questions sanitaires sont en premier lieu analysées par Bruxelles Environnement.

Concernant les mesures de prévention :

Puisqu'aucune alerte sanitaire n'a été relevée ces dernières années, aucune mesure prophylactique supplémentaire à celles opérées par les communes n'a été mise en place.

Question n° 207 de M. Abdallah Kanfaoui du 18 mars 2019 (Fr.) :

L'investissement de la Fondation Roi Baudouin dans la réforme des soins de santé à domicile.

Le 15 janvier dernier, la presse relatait l'information selon laquelle la Fondation Roi Baudouin, associée aux trois universités que sont l'Ulg, l'UCL et l'ULB, avait l'ambition d'investir, sur une période de 5 ans, près de 2,5 millions d'euros en vue de financer une étude globale sur une réforme des soins de santé.

En d'autres termes, l'objectif poursuivi réside dans un changement fondamental de la politique de santé à partir de la première ligne de soins pour faire face aux défis de l'accessibilité, de la viabilité financière, du vieillissement et de la qualité des soins. Plus particulièrement, il s'agit également de renforcer les soins à domicile pour une catégorie étendue d'individus et profitant autant aux personnes du troisième âge qu'aux malades chroniques ou aux enfants présentant un handicap.

Directement après la régionalisation de cette compétence, la Région flamande s'est associée aux quatre universités néerlandophones du pays afin d'entamer, dès 2014, une réflexion de fond. Plus connue sous le nom de « *Together We Change* », cette réflexion a pris en considération l'importance des zones géographiques, d'objectifs sanitaires généraux ainsi que l'implication des patients dans un réseau coordonné de soins et via lequel circule l'information. Tout ceci illustre à merveille le retard que nous avons accumulé en la matière du côté francophone.

Dès lors, je souhaiterais profiter de l'initiative de la Fondation Roi Baudouin pour vous questionner sur les avancées notables que le Plan Santé bruxellois permettra de réaliser à Bruxelles dans la réforme annoncée. Nous le savons, la tendance est au

evolutie in de richting van verandering. De ziekenhuizen externaliseren (opsporen van slaapstoornissen, rugschool enzovoort) en de eerstelijnszorg breidt uit, wordt diverser en specialiseert zich dagelijks om tegemoet te komen aan de reële zorgen van de patiënten. Dat vervaagt de grens tussen beide, zowel voor de professionals van de gezondheidszorg als voor de patiënten, met als gevolg een tekort aan gedeelde informatie en ten koste van de kwaliteit van de verleende zorgen.

Vroegere debatten in deze commissie hebben natuurlijk al de eerste lijnen van het komende Brussels gezondheidsplan uit de doeken gedaan. Ik heb nu vragen bij de bijkomende aspecten.

1. Heeft de minister kennis van het nieuwe partnership tussen de Koning Boudewijnstichting en de drie voormelde Franstalige universiteiten?
2. Welke inspiratie levert dat initiatief de minister op en is de minister uitgenodigd om deel te nemen aan die denkoefening?
3. Bij elke beleidskeuze in het Brussels gezondheidsplan (uitbreiding eerstelijnszorg, gedeelde informatie, Brussels gezondheidsnet, specifieke opleiding...), welke strategie zal er gevolgd worden om de thuiszorg uit te breiden, voor een uitgebreide categorie van personen, van bejaarden tot gehandicapten? Is dat punt een transversaal doel van het Brussels gezondheidsplan? Worden er specifieke doelen volgens discipline of categorieën van patiënten nagestreefd?
4. Wat bepaalt het Brussels gezondheidsplan in situaties waarbij een ziekenhuisopname niet meer nodig is, maar de patiënt ook niet thuis kan blijven? Zal het Brussels gezondheidsplan op het Brussels grondgebied meer tussenstructuren van dat type aanbieden?

Antwoord: Wij hebben kennisgenomen van het nieuwe partnerschap tussen de Koning Boudewijnstichting en de drie universiteiten ULg, UCL en ULB om een Franstalige interdisciplinaire leerstoel van de eerstelijnszorg, « Be.Hive » genoemd, op te richten.

Met dit initiatief bundelen drie universiteiten, drie hogescholen en vertegenwoordigers van burgers, professionals en politici voor het eerst hun krachten, middelen, kennis en onderzoekscapaciteit om bij te dragen tot de ontwikkeling van een sterke eerstelijnszorg en -hulp in Franstalig België.

Ons bestuur, in de vorm van de cel eerstelijnszorg van de Diensten van het Verenigd College en het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, respectievelijk als orgaan voor de voorbereiding en planning van het beleid en als studiedienst, heeft – op verzoek van de Koning Boudewijnstichting – meegewerkt aan de opstelling van de offerteaanvraag voor de lancering van dit initiatief, waar we volledig achter staan. De doelstellingen van deze leerstoel stroken immers met onze zorg om een eerstelijnszorg van hoge kwaliteit uit te bouwen, die toegankelijk moet zijn voor iedereen, maar ook om in te werken op de bevordering van de gezondheid en van preventie.

changement; les hôpitaux s'externalisent (dépistage des troubles du sommeil, école du dos, etc.) et les soins de première ligne se renforcent, se diversifient et se spécialisent quotidiennement pour répondre le plus adéquatement aux besoins réels des patients. Cela rend la frontière entre les deux relativement floue, tant pour les professionnels de la santé que pour les patients, avec un déficit de partage d'informations évident, et ce au détriment de la qualité des soins administrés.

Bien sûr, de précédents débats dans cette commission ont déjà permis de divulguer les premières lignes de force du futur Plan Santé bruxellois. Pourtant, je souhaiterais aujourd'hui m'attarder sur des aspects supplémentaires et vous poser les questions suivantes :

1. Avez-vous pris connaissance du nouveau partenariat entre la Fondation Roi Baudouin et les trois universités francophones précitées?
2. Que vous inspire cette initiative et avez-vous été invité à prendre part à cette réflexion?
3. Dans chaque axe de politique développé dans le Plan Santé Bruxellois (renforcement des soins de première ligne / partage d'informations / Réseau Santé bruxellois, formations spécifiques, etc.), quelles sont les stratégies qui seront mises en place pour renforcer l'offre de soins à domicile, et ce pour une catégorie étendue d'individus, allant des personnes âgées aux enfants présentant un handicap? Ce point constitue-t-il un objectif transversal du Plan Santé Bruxellois? Des objectifs spécifiques (par exemple en fonction des disciplines ou des catégories de patients visées) seront-ils déployés?
4. Que prévoit le Plan Santé Bruxellois pour les situations dans lesquelles l'hospitalisation n'est plus requise mais où un maintien à domicile n'est pas envisageable? Le Plan Santé Bruxellois permettra-t-il par exemple de déployer, sur le territoire bruxellois, davantage de structures intermédiaires de ce type?

Réponse: Nous avons bien pris connaissance du nouveau partenariat entre la Fondation Roi Baudouin et les 3 universités ULg, UCL et ULB pour mettre en place la chaire francophone interdisciplinaire de la première ligne aussi appelée « Be.Hive ».

Par cette initiative, trois universités, trois hautes écoles, des représentants de citoyens, professionnels et politiques unissent pour la première fois leurs forces, moyens, connaissances et capacités de recherche afin de contribuer au développement d'une première ligne d'aide et de soins forte en Belgique francophone.

Notre administration, à savoir la cellule première ligne des Services du Collège réuni et l'Observatoire de la santé et du social respectivement en tant qu'organe de préparation et de planification de politique et de service d'étude ont participé, à la demande de la Fondation Roi Baudouin, à la rédaction de l'appel d'offres pour le lancement de cette initiative à laquelle nous adhérons totalement et que nous soutenons. En effet, les objectifs de cette Chaire rejoignent nos préoccupations de développer des soins de première ligne de haute qualité et qui soient accessibles à tous mais aussi d'agir au niveau de la promotion de la santé et de la prévention.

In Brussel willen we graag een sterke eerstelijnszorg zien, wat onontbeerlijk is om de uitdagingen aan te pakken waarmee we geconfronteerd worden. U kent ze ongetwijfeld : de algemene bevolkingstoename, de instroom van nieuwe populaties, de vergrijzing en de toenemende afhankelijkheid, chronische ziekten, de inkorting van de duur van ziekenhuisverblijven, enz.

In die context zal ons bestuur deel uitmaken van de klankbordgroep van de leerstoel « Be.Hive ». Daarnaast heeft onze gloednieuwe gewestelijke ondersteuningsstructuur voor de eerstelijnszorg tijdens de vergadering van haar raad van bestuur in januari besloten deel te nemen aan het project en een persoon in te zetten voor de opvolging ervan.

Hoewel « Be.Hive » een Franstalig initiatief is, bestaat er ook een Nederlandstalig equivalent : de « Primary Care Academy ». Vier universiteiten en zes hogescholen zullen hun krachten bundelen in de Academy. De verantwoordelijken van dit consortium zijn professor Roy Remmen (UAntwerpen) en dr. Emily Verté (VUB). Tijdens een ontmoeting van mijn kabinet met de Koning Boudewijnstichting, die tot doel had de balans op te maken van de door de GGC aangevatte hervormingen van de eerstelijnszorg, drukten we onze wens uit om ook betrokken te worden bij de Nederlandstalige leerstoel en onze wens dat er bruggen zouden worden geslagen tussen de twee reflectiegroepen.

Wat betreft de ingevoerde strategieën om het thuiszorgaanbod uit te breiden voor de verschillende categorieën patiënten, vormt de ordonnantie eerstelijnszorg – die u binnenkort zal worden voorgelegd en die de basis legt voor de essentiële toenadering tussen het Gezondheidsbeleid en het beleid inzake Bijstand aan Personen – een eerste strategie. Deze ordonnantie moet immers een betere coördinatie tussen de diensten toelaten, zonder onderbreking in de verzorging. Voorts moet ze multidisciplinaire of zelfs transdisciplinaire samenwerking in de eerstelijnszorg mogelijk maken.

Het aanbod aan eerstelijnszorgverleners- en diensten is groot in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en valt onder verschillende machtsniveaus. De uitdaging bestaat erin hen elkaar te leren kennen en vooral hen te doen samenwerken. Zorgtrajecten kunnen niet doeltreffend georganiseerd worden als men in hokjes denkt. Samenwerking tussen zorgverleners/diensten is onmisbaar om patiënten kwaliteitsvolle zorg te garanderen. Dergelijke samenwerkingen bestaan nu al, maar berusten nog te vaak op individuele initiatieven. De uitdaging bestaat er dus in performante manieren van samenwerking te structureren en te bestendigen. Er zijn vele coördinatieniveaus : tussen de eerstelijnszorgverleners onderling, tussen de eerstelijnszorg en de ziekenhuizen, tussen de zorg- en hulpverleners, tussen de zorgverstrekkers en mantelzorgers enz. De gewestelijke ondersteuningsstructuur voor de eerstelijnszorg heeft als opdracht die doelstelling te ondersteunen.

Wat betreft de ontwikkeling van een intermediaire structuur tussen de ziekenhuizen en de thuisgezondheidszorg :

Er worden diensten ontwikkeld rond de « thuishospitalisatie » in de ruime zin, dat wil zeggen niet enkel de vervanging van een ziekenhuisopname door ambulante verzorging, maar ook verzorging buiten het ziekenhuis ten gevolge van de inkorting van de verblijfsduur. Er bestaat wel al verzorging van het type

À Bruxelles, nous souhaitons une première ligne forte indispensable à la gestion des défis auxquels nous devons faire face et que vous connaissez bien : augmentation de la population globale, arrivée de nouvelles population, vieillissement et augmentation de la dépendance, maladies chroniques, raccourcissement des durées de séjour à l'hôpital,...

Dans ce contexte, notre administration participera au « groupe de résonance » de cette Chaire « Be.Hive ». De même, notre toute nouvelle structure régionale d'appui à la première ligne, lors de son conseil d'administration de janvier, a décidé de prendre part au projet et d'affecter une personne à son suivi.

Si « Be.Hive » a été mise en place du côté francophone, son équivalent néerlandophone existe, il s'agit de la « Primary Care Academy ». Quatre universités et six collèges y associent leurs forces, les responsables de ce consortium sont le Professeur Roy Remmen (Université d'Anvers) et Dr. Emily Verté (VUB). Lors d'une rencontre entre mon cabinet et la Fondation Roi Baudouin dont l'objectif était de faire le point sur les réformes engagées au niveau de la première ligne par la COCOM, nous avons émis le souhait d'être également associés à la Chaire néerlandophone et que des ponts soient initiés entre les 2 groupes de réflexion.

Concernant les stratégies mises en place pour le renforcement de l'offre de soins à domicile pour les différentes catégories de patients, l'ordonnance 1^{re} ligne qui vous sera présentée prochainement et qui initie le rapprochement essentiel entre les politiques de santé et de l'aide aux personnes est une première stratégie. En effet, cette ordonnance doit permettre une meilleure coordination des services, sans rupture de prise en charge ainsi qu'une collaboration multidisciplinaire voire transdisciplinaire au niveau de la première ligne de soins.

L'offre de professionnels ou services de soins de première ligne est importante en Région bruxelloise et dépend de différents niveaux de pouvoir. L'enjeu est de les faire connaître et surtout de les faire collaborer entre eux. L'organisation des parcours de soins ne peut pas se concevoir avec efficacité dans une logique cloisonnée. La collaboration entre professionnels/services est indispensable pour assurer une prise en charge de qualité aux patients. Cette collaboration existe aujourd'hui, mais repose trop souvent sur des initiatives individualisées. L'enjeu est donc de structurer et de pérenniser les modes de collaboration performante. Les niveaux de coordination sont nombreux : entre prestataires de 1^{re} ligne, entre la 1^{re} ligne et l'hôpital, entre les soignants et l'aide, entre les prestataires et les aidants proches etc. La Structure régionale d'appui à la première ligne a pour mission de soutenir cet objectif.

Concernant le développement d'une structure intermédiaire entre l'hôpital et le domicile :

Des services se développent autour de cette question de l'hospitalisation à domicile au sens large, c'est-à-dire pas exclusivement le remplacement d'une hospitalisation par un traitement ambulatoire, mais également la prise en charge en dehors de l'hôpital suite au raccourcissement des durées de séjour. Enfin,

« nazorg », met als bedoeling het concept van palliatieve zorg zoals die nu wordt gedefinieerd aan te vullen.

De diensten die we onder de noemer « thuishospitalisatie » kunnen plaatsen, worden momenteel dus uitgewerkt met enkele actoren die pioniers waren op dit vlak, met name in de sector van de palliatieve zorg, zoals Aremis of met andere veel recentere projecten, zoals de pilootprojecten inzake thuishospitalisatie die op het federale niveau gelanceerd werden en waarvoor er nog niet voldoende feedback is. Voor die nieuwe ambulante structuren moet er een juridisch kader – hoe minimaal ook – worden uitgewerkt. Het juridische kader mag echter niet los staan van de financiële benadering. Aangezien het grootste deel van de financiering van dit type structuur een federale bevoegdheid is, moet er noodzakelijkerwijs interministerieel overleg georganiseerd worden.

Vraag nr. 208 van de heer Abdallah Kanfaoui d.d. 18 maart 2019 (Fr.) :

Het aanbod aan zorgverlening in Brussel voor de patiënten met een dubbele diagnose.

De pers meldt de opening van zeven bedden in het ziekenhuis Titeca in Schaarbeek voor patiënten met een dubbele diagnose, dat zijn patiënten met een mentaal gezondheidsprobleem gekoppeld aan een intellectueel deficiëntie. Dat is goed nieuws als men weet dat het in België om bijna 100.000 patiënten gaat.

Dr. Pierre Titeca heeft in de pers de oprichting aangekondigd van een eenheid voor dubbele diagnose binnen de instelling tegen juni 2020, die niet minder dan 15 bedden zou tellen.

Die vooruitgang heeft echter twaalf jaar aangesleept. Het is natuurlijk een belangrijke stap voor de sector, maar zeven bedden blijft een druppel op een hete plaat gelet op de vraag naar dergelijke zorgen.

Geen enkele structuur in Brussel kon tot nu toe aangepaste zorgen aanbieden voor die patiënten. Slechts enkele mobiele teams deden hun best om medische bijstand te verlenen. Het tekort aan geloofwaardige structuur in de ziekenhuizen was zo groot geworden dat de patiënten doorgestuurd werden naar onaangepaste diensten of diensten in Vlaanderen of Wallonië. Een psychiater van Titeca heeft bijvoorbeeld gezegd dat hij in 2013 bijna 28 verschillende Brusselse patiënten in de Waalse eenheden gevonden heeft.

Ter aanvulling van mijn informatie wens ik een antwoord op volgende vragen :

il existe des prises en charge de type « soins de suite », appelés à compléter le concept de soins palliatifs tels qu'ils sont définis aujourd'hui.

Les services que l'on peut rassembler sous le vocable « hospitalisation à domicile » sont donc en cours de développement, avec quelques acteurs qui ont été des pionniers en la matière, notamment dans le secteur des soins palliatifs, comme Aremis ou avec d'autres projets beaucoup plus récents, tels que les projets pilotes « HAD » lancés au niveau fédéral et pour lesquels le recul n'est pas encore suffisant. Pour ces nouvelles structures ambulatoires, un encadrement juridique, même minimal, doit être développé. Cependant, l'encadrement juridique ne peut se concevoir en dehors de toute approche de financement. Le financement majoritaire de ce type de structure restant une compétence fédérale, une concertation interministérielle doit nécessairement être organisée.

Question n° 208 de M. Abdallah Kanfaoui du 18 mars 2019 (Fr.) :

L'offre de soins à Bruxelles pour les patients concernés par le double diagnostic.

Nous avons récemment appris par voie de presse l'ouverture de sept lits dans le centre hospitalier Titeca à Schaarbeek dédiés aux patients concernés par le double diagnostic, à savoir pour les patients souffrant d'un problème de santé mentale couplé à une déficience intellectuelle. Sachant que la problématique du double diagnostic concernerait en Belgique près de 100.000 patients, c'est évidemment une nouvelle dont il faut se réjouir.

Ainsi, le Docteur Pierre Titeca annonçait dans la presse le projet de créer, au sein de l'institution, une unité spécifique du double diagnostic d'ici juin 2020, laquelle comprendrait pas moins d'une quinzaine de lits.

Toutefois, il nous semble important de rappeler que cette avancée aura pris près d'une douzaine d'années avant de pouvoir se concrétiser. Même si cela constitue une étape importante pour le secteur, l'ouverture de sept lits à l'heure actuelle reste relativement anecdotique vu l'ampleur de la demande pour ce type de prise en charge.

De plus, aucune structure à Bruxelles ne permettait jusque maintenant de proposer une prise en charge adaptée aux besoins spécifiques de ces patients. Seules quelques équipes mobiles arrivaient tant bien que mal à leur offrir une assistance médicale. L'absence de structures crédibles en milieu hospitalier était à ce point devenue problématique que ces patients étaient soit redirigés vers des services inadaptés, soit transférés vers des unités compétentes en Flandre ou en Wallonie. À cet égard, un médecin psychiatre du Centre Titeca déclarait avoir identifié, en 2013, près de 28 patients bruxellois différents dans les unités wallonnes.

Afin de compléter mon information sur vos ambitions en la matière, je souhaiterais vous poser les questions suivantes :

1. Beschikt de minister over een of andere telling om het juiste aantal patiënten te kennen die in Brussel een dubbele diagnose gekregen hebben ?
 - a) Welke van die patiënten worden begeleid in aangepaste eenheden in Brussel, Vlaanderen en Wallonië ?
 - b) Wat is het aandeel Brusselse patiënten die een beroep doen op mobiele teams ?
 - c) Welke worden tot slot geplaatst in onaangepaste structuren in Brussel ?
 - d) Hoeveel van hen doen een beroep op mobiele teams ?
2. Welke rol heeft de GGC gespeeld bij de opening van die zeven bedden voor dubbele diagnose en hoe zal de GGC de oprichting van de specifieke eenheid ondersteunen ?
3. Welke weg bewandelt de GGC, al dan niet in overleg met andere gezagsniveaus, om het zorgaanbod voor patiënten met een dubbele diagnose uit te breiden ? Hoe zal het Brussels gezondheidsplan bijvoorbeeld tegemoetkomen aan de verzoeken van de sector, op het vlak van steun en begeleiding voor de mobiele teams en de oprichting van extra specifieke eenheden ?
4. Voert de GGC besprekingen met andere Brusselse ziekenhuizen die dergelijke zorgen kunnen aanbieden ?

Antwoord: Minister Vanhengel en ikzelf zijn inderdaad erg tevreden dat wij in naam van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie hebben kunnen bijdragen aan de opening van zeven bedden in het Centre Hospitalier Jean Titeca om er patiënten te onthalen die een verstandelijke beperking hebben in combinatie met bijkomende problemen inzake geestelijke gezondheid die gekwalificeerd worden als ernstige gedragsstoornissen.

Dat is ongetwijfeld onvoldoende, maar het is een eerste stap in de goede richting. Sinds het begin van deze legislatuur hebben we de federale overheid onophoudelijk geïnterpelleerd over de noden op dat vlak in Brussel. Ik herinner eraan dat de financiering van de ziekenhuisbedden tot de bevoegdheid van de federale minister van Volksgezondheid behoort. Wij hebben de verzoeken van de actoren op het terrein overgemaakt. Deze werden overigens omgezet tot een resolutie in de Senaat die in 2013 door de heer André du Bus en de heer Jacques Brotchi werd ingediend. In december 2015 benadrukte de Hoge Gezondheidsraad duidelijk in zijn advies nr. 5-2201/1 dat de onthaalcapaciteiten van de ziekenhuizen en de hen ter beschikking gestelde middelen onvoldoende waren voor de tenlasteneming van patiënten met een « dubbele diagnose » in een crisissituatie.

De Hoge Gezondheidsraad drong aan op de noodzaak van de creatie van gespecialiseerde plaatsen voor de meest complexe situaties. Tijdens deze legislatuur heeft minister De Block het aanbod van de mobiele teams voor patiënten met een « dubbele diagnose » uitgebreid. Ik herinner eraan dat wij in Brussel beschikken over twee mobiele teams « dubbele diagnose »: één voor volwassenen en één voor kinderen en jongvolwassenen.

1. Disposez-vous d'un quelconque recensement qui permettrait de connaître le nombre exact de personnes qui, à Bruxelles, sont concernées par le double diagnostic ?
 - a) Parmi ces patients, quels sont ceux qui sont pris en charge dans des unités adéquates, à Bruxelles, en Flandre et en Wallonie ?
 - b) Quelle est la proportion des patients bruxellois qui font appel aux équipes mobiles ?
 - c) Quels sont ceux qui sont placés dans des structures inadaptées à Bruxelles ?
 - d) Combien sont-ils à faire appel au travail des équipes mobiles ?
2. Quel est le rôle particulier qu'a joué la COCOM dans l'ouverture de ces sept lits de double diagnostic et de quelle manière la COCOM accordera-t-elle son soutien dans la création de l'unité spécifique susmentionnée ?
3. Quelles sont les stratégies développées par la COCOM, en concertation ou non avec d'autres niveaux de pouvoir, pour renforcer l'offre de soins pour les patients atteints d'un double diagnostic ? Plus particulièrement, je souhaiterais connaître la manière dont le Plan Santé Bruxellois par exemple permettra de répondre aux attentes du secteur, tant en termes de soutien et d'accompagnement des équipes mobiles qu'en termes de création supplémentaire d'unités spécifiques.
4. Enfin, la COCOM mène-t-elle des discussions avec d'autres centres hospitaliers bruxellois susceptibles de pouvoir proposer une telle prise en charge ?

Réponse: Nous sommes en effet très satisfaits, le ministre Vanhengel et moi-même, d'avoir pu contribuer au nom de la Commission communautaire commune à l'ouverture de sept lits au Centre hospitalier Jean Titeca pour y accueillir des patients combinant une déficience intellectuelle et des problèmes complémentaires sur le plan de la santé mentale qualifiés de troubles graves du comportement.

C'est sans aucun doute insuffisant, mais c'est un premier pas dans la bonne direction. Depuis le début de cette législature nous n'avons eu de cesse d'interpeller l'autorité fédérale sur les besoins en la matière à Bruxelles. Je rappelle que le financement des lits hospitaliers est de la compétence de la ministre fédérale de la Santé. Nous avons relayé les demandes des acteurs de terrain traduites par ailleurs dans une résolution au Sénat introduite en 2013 par MM. André Du Bus et Jacques Brotchi. En décembre 2015, le Conseil supérieur de la santé soulignait clairement dans son avis nr 5-2201/1 que les capacités d'accueil des hôpitaux et les moyens mis à leur disposition étaient insuffisants pour la prise en charge des patients « double diagnostic » en situation de crise.

Le Conseil Supérieur de la Santé insistait sur la nécessité de la création de places spécialisées pour les situations les plus complexes. Durant cette législature, la Ministre De Block a renforcé l'offre des équipes mobiles pour les patients « double diagnostic ». Je rappelle qu'à Bruxelles, nous disposons de deux équipes mobiles « double diagnostic »: l'une pour les adultes et l'autre pour les enfants et les adolescents. Nous en sommes très

Wij zijn daar erg dankbaar voor, maar het is onvoldoende om een globale en geïntegreerde tenlasteneming van de patiënten te waarborgen.

Voor bepaalde complexe situaties is intensieve therapeutische begeleiding nodig. Het ziekenhuis is een onvermijdelijke schakel in het gezondheidsnetwerk.

Er moest dus blijk worden gegeven van veel creativiteit om te komen tot de opening van deze 7 extra bedden in het Centre Hospitalier Jean Titeca voor deze complexe problematiek. U herinnert zich nog wel dat wij in december 2017, tijdens de voorstelling van de begroting 2018, de tenlasteneming van de financiering van het mobiele team « dubbele diagnostiek » vanaf 1 oktober 2018 aankondigden. Via de tenlasteneming door de GGC van het mobiele team « volwassenen dubbele diagnostiek » geven wij het Centre Hospitalier Jean Titeca de kans de 7 eerste specifieke bedden te openen om te kunnen tegemoetkomen aan de acute noden op dat vlak. Het project dat in Titeca uitgewerkt werd, vult het ziekenhuisaanbod inzake psychiatrie aan. Overigens worden er ook samenwerkingen tussen ziekenhuisinstellingen over deze kwestie opgezet. De omkadering die voorzien is voor deze bedden, is overeenkomstig de aanbeveling van de Hoge Gezondheidsraad, namelijk 1,35 VTE (voltijds equivalent) per bed. Ik preciseer dat dit in overleg met de federale overheden werd besproken. Ik zou u ook willen zeggen dat de uitwerking van een zorgtraject voor deze patiënten een dringende noodzaak is. Tot vandaag werd er, in het beste geval, een plaats gevonden in een psychiatrisch ziekenhuis in een van de weinige gespecialiseerde eenheden zoals het Psychiatrisch Centrum Sint-Kamillus in Bierbeek of in het Centre Psychiatrique Saint-Bernard in Manage (Henegouwen). Deze laatste instelling onthaalde meer dan 1/3 van de Brusselse patiënten, omdat er in Brussel geen gespecialiseerde eenheid is. Wij hopen overigens dat het aanbod op dat vlak in de toekomst aangevuld zal kunnen worden. De GGC heeft overigens, vóór het moratorium van de federale overheid over de uitbreiding van het aantal ziekenhuisbedden, de omschakeling van somatische bedden naar psychiatrische bedden in Brussel ondersteund. Een van de betrokken ziekenhuizen voorziet in dit kader de opening van bedden voor patiënten met een « dubbele diagnose ».

In het algemeen worden de patiënten opgenomen in het ziekenhuis, ofwel in een psychiatrische eenheid voor kortverblijf waar ze 10% van de opnames vormen, ofwel in een psychiatrische eenheid voor een langere termijn (bedden index « T ») waar ze 20% van de verblijven van meer dan een jaar vormen, aldus een studie van het KCE. De gemiddelde duur van deze verblijven in « T »-bedden bedraagt minimaal 44 maanden (3 jaar en 8 maanden!), zonder daarom de juiste zorg te krijgen, rekening houdend met de actueel beschikbare middelen.

Staat u mij toe u te zeggen dat het op menselijk, medisch en ethisch vlak een van de meest problematische situaties betreft.

Ik licht de cijfers even toe :

Op basis van een gemiddelde prevalentie schat men dat België ongeveer 150.000 mensen met een verstandelijke handicap telt, van wie, volgens de beschikbare gegevens, ongeveer 50.000 bovendien zouden lijden aan psychiatrische en/

reconnaisants mais c'est insuffisant pour garantir une prise en charge globale et intégrée des patients.

Certaines situations complexes nécessitent un travail thérapeutique intensif. L'hôpital est un maillon incontournable dans le réseau de soins.

Il aura donc fallu faire preuve de beaucoup de créativité pour arriver à l'ouverture de ces 7 lits supplémentaires au Centre hospitalier Jean Titeca et dédiés à cette problématique complexe. En décembre 2017, lors de la présentation du budget 2018, vous vous souviendrez que nous vous annonçons la prise en charge, dès le 1^{er} octobre 2018, du financement de l'équipe mobile « double diagnostic ». Par la prise en charge par la COCOM de l'équipe mobile « adultes double diagnostic », nous permettons au Centre hospitalier Jean Titeca d'ouvrir les 7 premiers lits spécifiques afin de répondre aux besoins criants en la matière. Le projet développé à Titeca complète l'offre hospitalière en psychiatrie. Des collaborations entre établissements hospitaliers sur cette question se construisent par ailleurs. L'encadrement prévu de ces lits est conforme aux recommandations du Conseil supérieur de la santé à savoir 1,35 ETP (équivalent temps plein) par lit. Je précise que cela s'est fait en concertation avec les autorités fédérales. Je voudrais aussi vous dire combien le développement d'un trajet de soins pour ces patients est une nécessité impérieuse. Jusqu'à aujourd'hui, dans le meilleur des cas, une place était trouvée en hôpital psychiatrique dans une des rares unités spécialisées telles au Centre psychiatrique Sint-Kamillus à Bierbeek ou au Centre psychiatrique Saint-Bernard à Manage (Hainaut). Cette dernière institution accueillait plus d'1/3 de patients bruxellois du fait de l'absence d'une unité spécialisée à Bruxelles. Nous espérons d'ailleurs que l'offre en la matière pourra se compléter à l'avenir. La COCOM a par ailleurs soutenu, avant le moratoire du fédéral sur l'extension des lits hospitaliers, la conversion de lits somatiques en lits psychiatriques à Bruxelles. Un des hôpitaux concernés prévoit dans ce cadre l'ouverture de lits pour les patients « double diagnostic ».

En général, les patients sont hospitalisés soit en unité psychiatrique court séjour où ils constituent 10% des admissions, soit en unité psychiatrique long séjour (lits index « T ») où ils constituent 20% des séjours de plus d'un an selon une étude du KCE. La durée moyenne pour ces séjours en lits « T » est de minimum 44 mois (3 ans et 8 mois!) sans pour autant pouvoir y recevoir de soins adéquats, compte tenu des ressources actuellement disponibles.

Permettez-moi de vous le dire, il s'agit là d'une situation humaine des plus problématiques sur les plans humain, médical et éthique.

Quelques mots sur les chiffres :

Sur la base d'une moyenne de prévalence, on estime que la Belgique compte environ 150.000 personnes présentant un handicap mental, parmi lesquelles, suivant les données disponibles, environ 50.000 souffriraient en outre de troubles

of gedragsstoornissen, vandaar de benaming « dubbele diagnose » voor de patiënten. Het is erg moeilijk zich uit te spreken over de prevalentie van deze problematiek. We beschikken niet over betrouwbare en valabele instrumenten om de psychiatrische stoornissen die schuilgaan achter de verstandelijke beperking, op te sporen en te diagnosticeren. De Hoge Gezondheidsraad vermeldt overigens in zijn advies dat er opnieuw een telling van de personen met een « dubbele diagnose » zou moeten worden opgestart.

Wat betreft patiënten met « dubbele diagnose » die in onaanpaste structuren worden geplaatst, beschik ik niet over precieze cijfers, maar het is mij ter ore gekomen dat bij de gevangenispopulatie en de gedetineerden in de psychiatrische afdelingen van de gevangenis veel gevallen van « dubbele diagnose » te vinden zijn. Uit de enkele cijfers die aan mij werden overgemaakt, blijkt dat het 21,8 % van de geïnterneerden betreft. Wij weten allemaal dat deze patiënten er niet beschikken over de medische omkadering die aan hun situatie aangepast is. Hetzelfde leed geldt voor de populatie die rondzwerft, namelijk de daklozen in Brussel. De mobiele teams « precariteit » die actief zijn in Brussel, melden ons eveneens gevallen van dubbele diagnose bij de meest kwetsbare populaties op straat. Sommigen van hen bevinden zich ook in niet-erkende structuren voor onderdak. De psychiatrische diensten voor thuiszorg (SPAD) werken nauw samen met de mobiele teams « precariteit » en « dubbele diagnose ». Wij beschikken op het Brusselse Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg over een werkgroep voor het specifieke intersectorale overleg « dubbele diagnose » waaraan alle betrokken sectoren deelnemen, zoals inzake handicaps, dakloosheid en geestelijke gezondheid.

Wat het werk betreft dat werd uitgevoerd door het Brusselse mobiele team voor « volwassenen », wordt in de meest recente verslagen die aan mij werden overgemaakt, gewag gemaakt van 50 patiënten die jaarlijks gevolgd worden, van wie 62,5 % mannen en 37,5 % vrouwen. In de leeftijdscategorie 18 tot 34 jaar bevindt zich 56 % van de gevallen. De wachtermijnen tussen de aanvraag en het eerste contact zijn relatief kort. De duur van de tenlasteneming varieert tussen 2 en 6 maanden, wanneer het werk in een instelling (dag- of opvangcentrum) wordt uitgevoerd, en verschillende jaren wanneer de opvolging thuis gebeurt. In dit geval is de opvolging intensiever, rekening houdend met de afwezigheid van gespecialiseerde omkadering. De helft van de tussenkomsten gebeurt bij de persoon thuis. Wat de oorsprong van de aanvragen betreft, is 27 % afkomstig uit de psychiatrische sector, 37 % uit de sector van de gehandicaptenzorg, 20 % van gezinnen en 16 % van het netwerk.

We hebben een begin gemaakt, maar er is uiteraard nog een lange weg te gaan. In de toekomst zullen er in Brussel nog meer plaatsen moeten komen in een ziekenhuisomgeving om er mensen te onthalen met de meeste complexe situaties en in crisissituaties, en zal er ook begeleiding op maat moeten worden uitgewerkt. Ik zeg het overigens nog een keer : het ziekenhuis is slechts een schakel. In de toekomst zullen ook de onthaalstructuren voor zowel overdag als 's nachts uitgebreid moeten worden, en zal er geïnvesteerd moeten worden in de opleiding van de actoren uit de sector van de gehandicaptenzorg en de gezondheidsprofessionals. De structuren van de sector van de geestelijke stoornissen die dit soort populatie opvangen, kunnen vaak geen hulp bieden omdat er geen geïndividualiseerde en geschikte tenlasteneming inzake psychiatrische zorg is. Via specifieke acties op het vlak van de geestelijke gezondheid die opgenomen werden in het Brussels

psychiatrische et/ou comportementaux, d'où l'appellation de patients « double diagnostic ». Il est très difficile de se prononcer sur la prévalence de cette problématique. Nous ne disposons pas d'instruments fiables et valides pour dépister et diagnostiquer les troubles psychiatriques sous-jacents à la déficience intellectuelle. Le Conseil supérieur de la santé mentionne par ailleurs dans son avis qu'il conviendrait de relancer un recensement des personnes avec un « double diagnostic ».

S'agissant des patients « double diagnostic » placés dans des structures inadaptées, je ne dispose pas de chiffres précis mais il me revient que dans la population des détenus et des internés dans les annexes psychiatriques des prisons on retrouve beaucoup de cas « double diagnostic ». Les quelques chiffres qui me sont communiqués mentionnent que cela concerne 21,8 % des internés. Nous savons tous que ces patients n'y disposent pas de l'encadrement médical adapté à leur situation. La même souffrance est vécue parmi la population en errance, les sans-abris à Bruxelles. Les équipes mobiles « précarité » actives à Bruxelles nous rapportent également des situations de double diagnostic parmi les populations les plus précarisées en rue. Certains se retrouvent aussi dans des structures d'hébergement non agréées. Les services psychiatriques à domicile (SPAD), en collaboration avec les équipes mobiles « précarité » et « double diagnostic », travaillent en étroite collaboration. Nous disposons au sein de la plateforme bruxelloise de concertation en santé mentale d'un groupe de travail de concertation intersectoriel spécifique « double diagnostic » auquel participent tous les secteurs concernés tel que le handicap, le sans-abrisme et la santé mentale.

S'agissant du travail réalisé par l'équipe mobile « adultes » bruxelloise, les derniers rapports qui m'ont été communiqués font état de 50 patients qui sont suivis annuellement, dont 62,5 % d'hommes et 37,5 % de femmes. La tranche d'âge 18 ans – 34 ans représente 56 % des cas. Les délais d'attente entre la demande et le 1^{er} contact sont relativement courts. La durée des prises en charge s'étend entre 2 à 6 mois lorsque le travail est réalisé en institution (centre de jour ou d'accueil) et de plusieurs années lorsque le suivi est réalisé à domicile. Dans ce cas, les suivis sont plus intensifs compte tenu de l'absence d'encadrement spécialisé. 50 % des interventions se font au domicile de la personne. S'agissant de l'origine des demandes, 27 % émanent du secteur psychiatrique, 37 % du secteur du handicap, 20 % des familles et 16 % du réseau.

Nous avons mis le pied à l'étrier et il reste bien entendu du chemin à parcourir. À l'avenir, il faudra encore renforcer sur Bruxelles les places en milieu hospitalier pour y accueillir les situations les plus complexes, les situations de crise et développer un accompagnement sur mesure. Par ailleurs, je le répète, l'hôpital n'est qu'un maillon. Il faudra aussi renforcer à l'avenir les structures d'accueil de jour et de nuit, investir dans la formation des acteurs du secteur du handicap et des professionnels de la santé. Les structures du secteur du handicap mental accueillant ce type de population se trouvent bien souvent démunies en l'absence de prise en charge individualisée et adéquate en matière de soins psychiatriques. Au travers des actions spécifiques en santé mentale reprises dans le Plan Santé bruxellois, la Cocom soutiendra dans le cadre de ses compétences et dans la mesure des moyens mis à sa disposition ce projet spécifique et d'autres qui

Gezondheidsplan, zal de GGC binnen haar bevoegdheden en in de mate van de middelen die tot haar beschikking worden gesteld, dit specifieke project en andere die bijdragen aan het versterken van het aanbod aan specifieke zorg, ondersteunen.

Het Brusselse project is eveneens gericht op een immersie van werknemers, zodat een verschillende lezing van de gedragsstoornissen mogelijk is.

Ik denk dat het ook heel belangrijk is om de gezamenlijke verantwoordelijkheid van alle over deze kwestie bevoegde overheden te benadrukken. Als we beter willen tegemoetkomen aan de noden van deze patiënten, is het nodig een zorgaanbod uit te werken dat aangepast is aan de veelvuldige noden. Er moeten synergieën worden vastgesteld tussen de instellingen die afhangen van de verschillende beslissingsniveaus, en elkeen beschikt over een deel van het antwoord.

Wij zijn verheugd dat wij er in Brussel in geslaagd zijn onze inspanningen te bundelen teneinde nogmaals de nodige ondersteuning te kunnen bieden om zeer concreet vooruitgang te boeken en de weg te banen voor kwaliteitsvolle opvang en begeleiding voor deze patiënten van wie het leed en dat van hun naasten erg zwaar is om dragen.

Vraag nr. 209 van de heer David Weytsman d.d. 18 maart 2019 (Fr.):

De artificiële intelligentie in de gezondheidssector.

De initiatieven die vandaag genomen worden om de AI in de gezondheidssector te ontwikkelen zijn van doorslaggevend belang en illustreren onze capaciteit om de uitdagingen op het vlak van gezondheidszorg aan te gaan.

In tegenstelling tot de traditionele technologie die enkel het mensenwerk « aanvult », kan de AI de menselijke activiteit in de gezondheidssector verhogen, zowel in de farmaceutische sector als in de beeldvorming, de risico-analyse en de diagnose van de gezondheidstoestand.

Het rapport van Cédric Villani dat vandaag het referentierapport is voor alle actoren inzake AI in Europa herinnerde er in maart 2018 aan dat de AI zeer beloftevol was voor de verbetering van de kwaliteit van de zorgen voor de patiënten en de vermindering van de kostprijs ervan dankzij een betere ondersteuning van de medische beslissingen en een betere opspoorbaarheid. De AI kan ook bijdragen tot een verbeterde toegang tot de zorgen voor de burgers, dankzij een medische prediagnose of de ondersteuning van de oriëntering in het zorgtraject.

De Europese Groep ethiek van de exacte wetenschappen en de nieuwe technologieën heeft overigens in 2015 onderstreept dat een grotere betrokkenheid van de burgers in de gezondheidszorg

contribueront à renforcer l'offre de soins spécifiques.

Le projet bruxellois vise aussi une immersion des travailleurs permettant une lecture différente des troubles du comportement.

Je pense qu'il est aussi très important de souligner la responsabilité collective de toutes les autorités compétentes sur cette question. Si l'on veut mieux répondre aux besoins de ces patients, il est nécessaire de développer une offre de soins adaptée aux multiples besoins. Des synergies entre les institutions dépendant des différents niveaux de décision doivent être établies, chacun détenant une partie de la réponse à apporter.

Nous nous réjouissons qu'à Bruxelles, nous avons réussi à unir nos efforts pour apporter une fois de plus les soutiens nécessaires pour avancer très concrètement et ouvrir la voie à un accueil et un accompagnement de qualité de ces patients dont la souffrance et celle des proches est tellement lourde à porter.

Question n° 209 de M. David Weytsman du 18 mars 2019 (Fr.):

L'intelligence artificielle dans le secteur santé.

L'intelligence artificielle est de plus en plus présente dans le secteur de la santé. Les décisions et les initiatives qui sont prises aujourd'hui pour développer l'IA dans le domaine de la santé sont décisives et révélatrices de notre capacité à assumer les grands défis de santé publique qui se profilent dans notre société.

Contrairement aux technologies traditionnelles qui ne sont que des outils qui « complètent » et « supportent » essentiellement le travail humain, l'IA a le potentiel d'augmenter l'activité humaine dans le secteur de la santé, tant dans le domaine de la pharmacologie que celui de l'imagerie médicale, de l'analyse de risques ou du diagnostic de l'état de santé.

Le rapport de Cédric Villani, devenu aujourd'hui rapport/référence pour l'ensemble des acteurs de l'IA en Europe, rappelait en mars 2018 que : « l'IA ouvre des perspectives très prometteuses pour améliorer la qualité des soins au bénéfice des patients et réduire leur coût grâce à un appui renforcé à la décision médicale et une meilleure traçabilité. Elle peut également contribuer à améliorer l'accès aux soins des citoyens, grâce à des dispositifs de pré-diagnostic médical ou d'aide à l'orientation dans le parcours de soins. »

Par ailleurs, le Groupe européen d'éthique et des nouvelles technologies le soulignait en 2015 : « une plus grande implication des citoyens dans les soins de santé et dans la recherche médicale

en het medisch onderzoek aanzienlijke winst kan betekenen. Als de patiënten beter geïnformeerd zijn en meer verantwoordelijkheid krijgen, krijgen zij meer controle over hun gezondheid.

Volgens het kabinet Deloitte zouden de mondiale uitgaven voor gezondheid jaarlijks stijgen met 4,1 % in 2017-2021, terwijl dat percentage slechts 1,3 % bedroeg in 2012-2016, en dat ten koste van andere sectoren (arbeid, pensioenen...), de economische groei en het welzijn van de burgers. Innovatie, participatie en medewerking van alle actoren van de sectoren zijn dus meer dan ooit vereist als men de huidige uitdagingen wil aangaan, samen met de nodige zorg voor de efficiëntie en duurzaamheid van de sociale bescherming op lange termijn.

Er wordt veel geld gestopt in het onderzoek naar digitale oplossingen om de gezondheidszorg te verbeteren alsook in de ontwikkeling van de nodige infrastructuur om die innovatie een plaats te geven. Het programma Horizon 2020 heeft 7.472 miljard euro steun gekregen om de gezondheidszorg in Europa te verbeteren en het Third EU Health Programme (2014-2020) heeft een budget van 449,4 miljoen euro gekregen verdeeld over 23 prioritaire domeinen.

1. Graag meer details over de strategieën in Brussel om de AI in te zetten voor de verbetering van de gezondheidszorg in het Gewest.
2. Zijn er daartoe middelen vrijgemaakt en welke visie heeft de minister? Besteedt het Brussels Gezondheidsplan aandacht aan dat aspect?
3. Welke bedragen zijn er in het Gewest besteed aan de investeringen in innovatie met het oog op de verbetering van de gezondheidszorg, vanuit de enveloppe voor het Europese programma Horizon 2020?
4. Heeft de minister kennis van aldus gefinancierde projecten en worden die nu al gebruikt voor de verbetering van het aanbod van gezondheidszorgen voor Brusselse patiënten?

Antwoord :

1. *De verschillende strategieën die in Brussel werden uitgewerkt op het vlak van artificiële intelligentie ten dienste van de gezondheid :*

Ten eerste is het nuttig om in een bredere en meer nabije context dan de artificiële intelligentie onze strategie in herinnering te brengen betreffende de digitalisering van de gezondheidszorg en onze inspanningen geleverd voor de ontwikkeling in Brussel van wat men de e-gezondheid noemt. Via onze partner Abrumet, de beheerder van het Brussels Gezondheids-netwerk, maar ook dankzij de financieringen van specifieke projecten, hebben mijn collega Vanhengel en ik meer dan 4 miljoen euro in iets meer dan 4 jaar tijd geïnvesteerd. En dat om de kwaliteit en de continuïteit van de zorg te verbeteren via een betere uitwisseling van medische informatie tussen professionals en voortaan ook met de patiënt zelf, die (sinds 15 januari 2019) in zijn dossier toegang heeft tot de publicaties van de huisartsen. Deze investeringen hebben geloond, want op 1 januari 2019 waren reeds meer dan 735.000

peut offrir des bénéfices substantiels. Les patients, en étant mieux informés et responsabilisés, prendraient un plus grand contrôle de leur propre santé. »

Selon le cabinet de conseil Deloitte, les dépenses mondiales en soins de santé devraient augmenter à un taux annuel de 4,1 % en 2017-2021, alors que ce taux ne s'élevait qu'à 1,3 % en 2012-2016, cela au détriment d'autres secteurs (travail, pensions, etc.), de la croissance économique et du bien-être des citoyens. L'innovation, la participation et la collaboration de tous les acteurs du secteur sont donc plus que jamais nécessaires si l'on veut parvenir à répondre aux défis qui se présentent à nous aujourd'hui tout en assurant l'efficacité et la pérennité de la protection sociale à long terme.

De généreuses sommes sont investies dans la recherche de solutions numériques visant à améliorer les soins de santé ainsi que dans le développement des infrastructures nécessaires pour accueillir ces innovations. Ainsi, le programme « Horizon 2020 » a été soutenu à concurrence de 7.472 milliards d'euros pour améliorer les soins de santé en Europe, et le « Third EU Health Programme » (2014-2020) doté d'un budget de 449,4 millions d'euros réparti dans 23 domaines prioritaires.

1. Pourriez-vous nous détailler les différentes stratégies mises en place à Bruxelles pour mettre l'IA au service d'un renforcement des soins de santé en Région bruxelloise ?
2. Des budgets à cet égard ont-ils été dégagés, et quelle vision partagez-vous sur cette opportunité? Par exemple, pourriez-vous nous indiquer si le Plan Santé bruxellois aborde cet aspect dans ses lignes ?
3. Concernant les investissements en innovation au profit d'une amélioration des soins de santé, pourriez-vous nous préciser les sommes qui ont été injectées en Région bruxelloise et qui provenaient de l'enveloppe du programme européen Horizon 2020 ?
4. Avez-vous eu connaissance des projets qui ont ainsi été financés et sont-ils déjà actuellement au service d'une amélioration de l'offre des soins de santé aux patients bruxellois ?

Réponse :

1. *Sur les différentes stratégies mises en place à Bruxelles en termes d'intelligence artificielle au service de la santé*

Premièrement, de manière plus large et plus immédiate que l'intelligence artificielle, il est utile de rappeler notre stratégie concernant la digitalisation des soins de santé et nos efforts fournis pour le développement de ce que l'on nomme l'e-santé à Bruxelles. À travers notre partenaire Abrumet, gestionnaire du Réseau de santé Bruxellois, mais aussi grâce aux financements de projets spécifiques, mon collègue Vanhengel et moi avons investi plus de 4 millions d'euros en un peu plus de 4 ans. Ceci afin d'améliorer la qualité et la continuité des soins par un meilleur échange d'informations médicales entre professionnels et désormais aussi avec le patient lui-même, qui a accès dans son dossier (depuis le 15 janvier 2019), aux publications des médecins généralistes. Ces investissements ont payé puisque nous avons plus de 735.000 patients inscrits sur le Réseau de Santé Bruxellois

patiënten ingeschreven op het Brussels Gezondheids-netwerk, alsook bijna 10.000 geregistreerde gezondheidsprofessionals en een totaal van 26 miljoen gepubliceerde documenten.

De digitale ommezwaai in het beheer van de gezondheidszorg vormt een eerste fase die we niet willen missen. De « big data » en de artificiële intelligentie die u noemt, zijn zeer waarschijnlijk een andere fase. Daartoe zal ons systeem voor digitale gezondheid eerst versterkt moeten worden. Om die reden hebben wij actief deelgenomen aan het nieuwe « Actieplan e-gezondheid 2019-2021 » en hebben we aangedrongen op de geleidelijke overgang naar internationale normen en gestructureerde informatie. De interoperabiliteit en de structurering van de informatie zijn immers essentiële dimensies voor de toekomstige ontwikkelingen, zoals die van de artificiële intelligentie bijvoorbeeld.

Het betreft een domein waarin vertrouwen en ethiek absoluut centraal staan. We zien reeds met de e-gezondheid dat dit soort overwegingen regelmatig terugkeert, en dat is nog veel meer het geval wanneer we beginnen over de procedures voor autonome beslissingen. De recente « Verklaring van Montréal » en haar tien ethische principes die de ontwikkeling van de artificiële intelligentie moeten leiden, gaat eveneens in die richting.

2. *De vrijgemaakte budgetten en de visie :*

Naast wat net gezegd werd over de e-gezondheid en de aanzienlijke geïnvesteerde budgetten, kan ik zeggen dat onze partner « Lifetech », die intussen opgenomen werd in « Hub.brussels », projecten begeleidt die gezondheidsoplossingen via artificiële intelligentie voorstelt, zoals « Early tracks » of « Savics » bijvoorbeeld. De eerste ontwikkelt software om informatie te verwerken die met name de analyse van de gegevensdatabanken van de ziekenhuizen mogelijk maakt om er gestructureerde en geconsolideerde informatie uit te halen voor de artsen, en dat dankzij artificiële intelligentie. De tweede centraliseert de gegevens afkomstig uit laboratoria, gezondheidscentra en diagnosecentra. Dit groot aantal verzamelde en verwerkte gegevens zorgt voor een duidelijk zicht op de uitgebreide netwerken van laboratoria of op het toezicht van ziekten als hiv of tuberculose.

Als minister van Economie en met het oog op de ondersteuning van de digitale economie heb ik er ook voor gezorgd dat 400.000 euro werd vrijgemaakt voor het project « DigitYser » om een digitale pool in Brussel te bekomen. Deze structuur interesseert zich helemaal voor de kwestie van de artificiële intelligentie, zoals de conferentie bewijst die georganiseerd werd in zijn lokalen op 20 februari 2019, met als titel « Kan artificiële intelligentie ethisch zijn ? ».

We kunnen ook het « Microsoft Innovation Center » noemen dat we in contact brachten met onze partner Abrumet om de opportuniteiten te analyseren voor de ontwikkeling van een project met artificiële intelligentie. Dat zou gaan om een geschikte en beveiligde verwerking van de gegevens van het Brussels Gezondheidsnetwerk. Met de massa aan verzamelde gegevens zal de uitdaging erin bestaan ze goed te gebruiken om er echt meerwaarde te kunnen uithalen. Wij zullen deze initiatieven van nabij opvolgen, maar dit alles bewijst duidelijk de convergentie die er kan bestaan tussen waarover ik het bij het begin had, en de opkomende domeinen.

au 1^{er} janvier 2019, quasiment 10.000 professionnels de santé enregistrés et un total de 26 millions de documents publiés.

Le virage digital dans la gestion des soins de santé constitue une première étape que nous ne voulions pas manquer. Le « big data » et l'intelligence artificielle que vous mentionnez en sont très probablement une autre. Pour cela il faudra d'abord consolider notre système de santé digitale, raison pour laquelle nous avons activement participé au nouveau « Plan d'Action e-santé 2019-2021 » en poussant pour la transition progressive vers des normes internationales et des informations structurées. En effet, l'interopérabilité et la structuration des informations sont des dimensions essentielles pour les développements futurs, comme ceux de l'intelligence artificielle par exemple.

Il s'agit d'un domaine où la confiance et l'éthique sont absolument centrales. Nous voyons déjà avec l'e-santé que ce type de considérations se pose de manière récurrente et c'est encore plus le cas lorsque l'on aborde des processus de décisions autonomes. La récente « Déclaration de Montréal » et ses dix principes éthiques censés guider le développement de l'intelligence artificielle, va également dans ce sens.

2. *Sur les budgets dégagés et la vision*

En plus de ce qui vient d'être dit sur l'e-santé et les budgets conséquents investis, je peux dire que notre partenaire « lifetech », désormais intégré dans le « hub brussels », accompagne des projets proposant des solutions santé par l'intelligence artificielle, tels que « Early tracks » ou « Savics » par exemple. Le premier développe un logiciel de traitement de l'information qui permet notamment l'analyse de la base documentaire des hôpitaux afin d'en extraire une information structurée et consolidée à destination des médecins, grâce à l'intelligence artificielle. Le second centralise les données provenant de laboratoires, centres de santé et centres de diagnostic ; ce grand nombre de données collectées et traitées permet de fournir une vision claire sur des réseaux étendus de laboratoires ou sur la surveillance de maladies comme le VIH ou la tuberculose.

En tant que ministre de l'économie et dans le but de soutenir l'économie numérique, j'ai aussi fait en sorte que soient débloqués 400.000 euros pour le projet « DigitYser », afin d'avoir un pôle du digital à Bruxelles. Cette structure s'intéresse tout à fait à la question de l'intelligence artificielle, comme le prouve la conférence organisée dans ses locaux ce 20 février 2019, intitulée « L'intelligence artificielle peut-elle être éthique ? »

On peut également citer le « Microsoft Innovation Center » que nous avons mis en relation avec notre partenaire Abrumet, dans le but d'analyser les opportunités de développer un projet en intelligence artificielle. Celui-ci porterait sur un traitement bénéfique et sécurisé des données du Réseau de Santé Bruxellois. Avec la masse de données récoltées, l'enjeu sera la bonne utilisation qui en sera faite afin d'en retirer une véritable plus-value. Nous suivrons ces initiatives de près mais tout cela prouve bien la convergence qu'il peut y avoir entre ce dont j'ai parlé au début et les domaines émergents.

« Innoviris », het Brusselse instituut voor onderzoek en innovatie, dat ondersteund en gefinancierd wordt door het Brussels Gewest, is eveneens erg actief binnen dit domein. In 2017 werd een projectoproep uitgeschreven die de naam « Team Up » kreeg, en het resultaat was een samenwerking tussen een onderneming en een universiteit, met als onderwerp de artificiële intelligentie. Het meest relevante project werd gekozen en dient om het toezicht op en de controle van tuberculose dankzij artificiële intelligentie te verbeteren. De financiering bedraagt 1.104.684 euro.

Dit jaar heeft de projectoproep « Team Up » als thema de voorspellende geneeskunde. Er is een enveloppe van in totaal 7 miljoen euro beschikbaar, en hoewel deze niet beperkt is tot de artificiële intelligentie, zullen er waarschijnlijk projecten zijn die deze technologie in die zin zullen gebruiken.

De voorbije drie jaar heeft Innoviris een budget van 3,5 miljoen euro toegekend voor subsidies aan verschillende ondernemingen die artificiële intelligentie in hun projecten integreerden.

In het Brussels Gezondheidsplan is niet rechtstreeks sprake van artificiële intelligentie. Ik wil er evenwel aan herinneren dat wij sinds 2017 over een beleidsplan voor e-gezondheid beschikken dat de visie, de prioritaire beleidswerpen en de evolutiemogelijkheden, met name de technische, kadert.

De combinatie van e-gezondheid, big data en artificiële intelligentie zal waarschijnlijk oplossingen kunnen bieden voor wat betreft de hulp bij de beslissing, bij de diagnose en in het domein van de « voorspellende of gepersonaliseerde geneeskunde ». Er wordt steeds meer gezocht naar een manier om risico's te spreiden en de behandelingen en het soort tenlasteneming te individualiseren, en dat om betere resultaten te bekomen. We zullen alle instrumenten moeten promoten die ons de kans geven om dat op een veilige en ethische manier te doen, en met als enige belang dat van de patiënt.

3. *Het huidige gebruik van artificiële intelligentie ten voordele van de patiënten :*

De meeste projecten die worden begeleid, of het nu door Lifetech of Innoviris is, bevinden zich in het stadium van het onderzoek en de ontwikkeling. Bijgevolg is het moeilijk om een concrete evaluatie uit te voeren van hun rechtstreekse impact op de gezondheidszorg. Er zijn evenwel al verschillende oplossingen met intelligente algoritmen tot stand gekomen, zowel als hulpmiddel bij de diagnose van kinderziekten (Amerikaanse studie van de universiteit van Californië), als bij voorspellingen bij de opsporing van kanker dankzij het compileren en het analyseren van een zeer groot aantal gegevens.

De VN hebben eveneens sinds 5 jaar een buitengewone boom aan octrooien in verband met artificiële intelligentie vastgesteld, en dus kunnen we logischerwijze aannemen dat daaruit de komende jaren positieve resultaten voor de patiënten zullen voortkomen.

« Innoviris », l'institut bruxellois pour la recherche et l'innovation, soutenu et financé par la Région bruxelloise, est également très actif dans le domaine. En 2017 a été lancé un appel à projets baptisé « Team Up », fruit d'une collaboration entre une entreprise et une université sur le thème de l'intelligence artificielle. Le projet le plus pertinent a été retenu et a pour but d'améliorer la surveillance et le contrôle de la tuberculose grâce à l'intelligence artificielle. Il est financé à hauteur de 1.104.684 euros.

Cette année l'appel à projets « Team up » à pour thème la médecine prédictive. Il dispose d'une enveloppe de 7 millions d'euros au total et même s'il n'est pas limité à l'intelligence artificielle, il est probable que des projets utilisent cette technologie en ce sens.

Au cours des trois dernières années, Innoviris a alloué un budget de 3,5 millions d'euros de subsides à différentes entreprises qui intégraient de l'intelligence artificielle dans leurs projets.

Le Plan Santé Bruxellois n'aborde pas directement la question de l'intelligence artificielle. Cependant je tiens à rappeler que nous avons depuis 2017 un Plan stratégique e-santé, qui cadre la vision, les chantiers prioritaires et les possibilités d'évolution, notamment techniques.

L'e-santé, le big data et l'intelligence artificielle combinés pourront probablement offrir des solutions pour ce qui est : de l'aide à la décision, au diagnostic, tout comme dans le domaine de la « médecine prédictive ou personnalisée ». De plus en plus on cherche à pouvoir stratifier les risques, à individualiser les traitements et le type de prise en charge, pour obtenir de meilleurs résultats. Il faudra promouvoir tous les outils qui nous permettent de le faire de manière sécurisée, éthique et dans l'intérêt supérieur du patient.

3. *Sur l'utilisation actuelle de l'intelligence artificielle au profit des patients*

La plupart des projets qui sont accompagnés, que ce soit par Lifetech ou par Innoviris, sont au stade de la recherche et du développement, il est donc difficile d'avoir une évaluation concrète de leur impact direct sur les soins de santé. Cependant différentes solutions avec des algorithmes intelligents voient le jour, que ce soit pour aider au diagnostic de maladies pédiatriques (étude américaine de l'université de Californie) ou aux prédictions de détection du cancer grâce à la compilation et à l'analyse d'un très grand nombre de données.

L'ONU a également relevé un boom extraordinaire des brevets liés à l'intelligence artificielle depuis 5 ans et on peut donc logiquement estimer que des résultats bénéfiques pour les patients en sortiront dans les prochaines années.

Vraag nr. 210 van mevr. Nadia El Yousfi d.d. 5 april 2019 (Fr.) :

Het « Health Status Report » van het Belgisch instituut voor gezondheid.

Volgens het « Health Status Report », het verslag dat Sciensano, het Belgisch instituut voor Gezondheid, publiceerde op vrijdag 22 februari 2019⁽¹⁾, zou de Belg een gezondere levenswijze kunnen hebben als hij minder rookte en zijn alcoholgebruik verminderde, een beter dieet volgde en meer aan lichaamsbeweging deed.

Dit is de eerste keer dat Sciensano zo'n uitgebreid verslag voorstelt, met de resultaten van andere studies. Het verslag combineert verschillende gegevens, waardoor het mogelijk is om de gezondheid van de Belgen op verschillende aspecten te beoordelen. Het verslag over de gezondheidstoestand heeft gegevens verzameld van de gezondheidsenquête, van Statbel, de Stichting Kankerregister en de Nationale Voedselconsumptiepeiling.

Het digitale formaat zou een constante actualisering van de gegevens met de resultaten van nieuwe studies mogelijk maken. Zo wordt in het verslag momenteel gebruikgemaakt van cijfers uit de gezondheidsenquêtes van 1997, 2001, 2004, 2008 en 2013, aangezien de resultaten voor 2018 nog niet beschikbaar zijn. Zodra de cijfers van de enquête voor 2018 beschikbaar zijn, zullen ze worden opgenomen in het gezondheidsrapport en zullen de conclusies over de gezondheidstoestand in België worden geactualiseerd.

In de toekomst wordt dit verslag ook uitgebreid tot andere indicatoren.

De Belgen zouden relatief gezond zijn, maar met aandachtspunten. We zouden over het algemeen gezonder zijn dan het EU-15-gemiddelde, maar niet wat betreft de levensverwachting. De levensverwachting (vóór de leeftijd van 75 jaar) zal naar verwachting dalen in België, voornamelijk als gevolg van zelfmoord, longkanker en hartaandoeningen bij mannen, terwijl de belangrijkste redenen voor vrouwen borstkanker, longkanker en zelfmoord zijn.

Er zouden duidelijke verschillen tussen de Gewesten zijn. Vlaanderen doet het beter dan Wallonië en Brussel. Er zijn ook verschillen naar gelang van de economische en sociale status. Het verschil in gezonde levensverwachting tussen hoog- en laagopgeleiden bereikt bijvoorbeeld 10 jaar voor mannen en 13 jaar voor vrouwen.

In het Health Status Report worden vijf thema's belicht: levensverwachting en de kwaliteit daarvan, sterfte en doodsoorzaken, niet-overdraagbare ziekten, gezondheidsdeterminanten en ongelijkheden op gezondheidsgebied.

(1) Bron: Belga, overgenomen door « Le Soir en « La Capitale » online <https://www.sciensano.be/nl/pershoek/nieuw-belgisch-health-status-report-beschikbaar-online-0>

Question n° 210 de Mme Nadia El Yousfi du 5 avril 2019 (Fr.) :

Le rapport « Health Status Report » de l'Institut belge pour la santé.

Selon le « Health Status Report », le rapport à grande échelle de Sciensano, l'Institut Belge pour la Santé, publié le vendredi 22 février 2019⁽¹⁾, le Belge pourrait avoir un mode de vie plus sain s'il fumait moins et réduisait sa consommation d'alcool, s'il avait une meilleure alimentation et s'il pratiquait plus d'activité physique.

C'est la première fois que Sciensano propose un rapport d'aussi grande envergure qui regroupe les résultats d'autres études. Le rapport combine des données différentes, ce qui permet d'évaluer la santé des Belges sur différents aspects. Health Status Report a collecté les données de l'Enquête de santé, de Statbel, de la Fondation Registre du Cancer et de l'Enquête Nationale de Consommation Alimentaire.

Son format numérique permettrait une mise à jour constante des données avec les résultats de nouvelles études. Par exemple, le rapport utilise actuellement les chiffres des enquêtes de santé de 1997, 2001, 2004, 2008 et 2013, car les résultats de 2018 ne sont pas encore disponibles. Dès que les chiffres de l'enquête 2018 seront disponibles, ils seront inclus dans le rapport de santé et les conclusions sur l'état de santé en Belgique seront mises à jour.

Dans le futur, ce rapport serait aussi élargi à d'autres indicateurs,

Les Belges seraient relativement en bonne santé mais avec des points d'attention. Nous serions en meilleure santé de manière générale que la moyenne européenne UE-15, mais pas en ce qui concerne l'espérance de vie. L'espérance de vie (avant 75 ans) diminuerait en Belgique, notamment à cause du suicide, du cancer du poumon et des maladies cardiaques chez les hommes alors que les raisons principales chez les femmes sont le cancer du sein, le cancer du poumon et le suicide.

Il existerait des différences assez nettes en fonction des Régions. La Flandre est un meilleur élève que la Wallonie et Bruxelles. Des disparités apparaissent également en fonction du statut économique et social. Par exemple, la différence d'espérance de vie en bonne santé entre les personnes très scolarisées et peu scolarisées atteint 10 ans chez les hommes et 13 ans chez les femmes.

« Health Status Report » met en lumière cinq thèmes: l'espérance de vie et sa qualité, la mortalité et les causes de décès, les maladies non transmissibles, les déterminants de santé et les inégalités de santé.

(1) Source Belga reprise par le Soir et La Capitale en ligne <https://www.sciensano.be/fr/coin-presse/nouveau-health-status-report-de-belgique-disponible-online>

Het doel van dit verslag zou zijn om een idee te geven van de gezondheidstoestand van de Belgen. Deze permanente monitoring zou uw federale collega die het initiatief voor dit project heeft genomen, in staat stellen om een gezondheidsbeleid te bepalen dat aangepast is aan de huidige behoeften.

Aangezien dit verslag over de gezondheidstoestand gebruikmaakt van gestandaardiseerde indicatoren die in heel Europa worden gebruikt, zou het mogelijk zijn om onszelf te vergelijken met onze buurlanden. Daarnaast volgt het de veranderingen in de loop der tijd, meet het de verschillen per leeftijd, geslacht, gewest en sociaaleconomisch niveau om de gezondheidsbehoeften in specifieke bevolkingsgroepen in kaart te brengen.

In de toekomst zou het gevoerde beleid volgens de auteurs van het verslag ook kunnen worden beoordeeld op basis van de ontwikkeling van de indicatoren in het verslag.

Graag een antwoord op volgende vragen :

- Bent u bij het proces betrokken geweest ?
- Kent u het onderzoek ? Wat leert u van de cijfers voor Brussel in vergelijking met andere Gewesten van het land ?
- Bevestigen de gegevens in Brussel de cijfers die u hebt ?
- Zijn de gegevens relevant en kunt u de cijfers bevestigen die u hebt en waarmee u rekening houdt bij uw werk aan het Brussels Gezondheidsplan ?

Antwoord :

1. *Werd u betrokken bij de aanpak van het verslag?*

Zoals vermeld in het verslag is het « Health Status Report » een project dat gebeurde op het uit 2016 daterende verzoek van de federale minister van Gezondheid. Het werd toevertrouwd aan Sciensano, dat de eerste editie ervan opstelde tussen september 2017 en januari 2019.

In 2010 zag het Belgische project « Health Systems Performance Assessment » (HSPA) het licht. Het gaat om een prestatiebeoordelingsproject. Het is gebaseerd op een reeks indicatoren die toelaten een « check-up » of beoordeling van het gezondheidszorgsysteem uit te voeren. Het is als aanvulling op dit prestatiebeoordelingsproject dat minister De Block vroeg om een verslag van de gezondheidstoestand van de bevolking. De twee verslagen moeten dienen als besluitvormingsinstrument om prioriteiten en doelstellingen te bepalen.

De prestatieverslagen zijn het resultaat van een samenwerking tussen het KCE, Sciensano (het voormalige Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid) en het RIZIV. In het kader van het project werden verschillende federale en gewestelijke besturen en instellingen geraadpleegd, waaronder het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, vertegenwoordigd door het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, een studiedienst van de Diensten van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie.

Ce rapport aurait pour fonction de fournir une idée de l'état de santé des Belges. Ce suivi permanent permettrait pour votre collègue fédéral initiatrice de ce projet de définir des politiques de santé adaptées aux besoins actuels.

Comme le rapport sur l'état de santé fait appel de préférence à des indicateurs standardisés utilisés dans toute l'Europe, il serait possible de nous comparer à nos pays voisins. En outre, il surveille les évolutions au cours du temps : mesure les différences par âge, sexe, régions et niveau socio-économique, afin d'identifier des besoins de santé dans des groupes spécifiques de la population.

Dans le futur, les politiques menées pourraient, selon les auteurs du rapport, aussi être évaluées sur la base de l'évolution des indicateurs du rapport.

Mes questions sont les suivantes :

- Avez-vous été associé à la démarche ?
- Avez-vous, connaissance de l'étude ? Quels enseignements tirez-vous de ses chiffres pour Bruxelles en comparaison avec les autres Régions du pays ?
- Les données à Bruxelles viennent-elles corroborer les chiffres dont vous disposez ?
- Les données sont-elles pertinentes et vous permettent-elles de confirmer les chiffres dont vous disposez et dont vous tenez compte dans vos travaux autour du Plan de santé Bruxellois ?

Réponse :

1. *Avez-vous été associé à la démarche du rapport ?*

Comme mentionné dans le rapport, le projet « Health Status Report » est un projet qui a été demandé par la ministre fédérale de la Santé publique en 2016, confié à Sciensano, qui en a réalisé la première édition entre septembre 2017 et janvier 2019.

En 2010 a vu le jour le projet belge « Health System Performance Assessment (HSPA) » (« projet performance »). Celui-ci se base sur un ensemble d'indicateurs permettant de réaliser un check-up, une évaluation du système de santé. C'est en complément de ce « projet performance » que Mme la ministre De Block a demandé un rapport sur l'état de santé de la population. Ces deux rapports visant à servir d'outil d'aide à la décision, à l'établissement de priorités et d'objectifs.

Les rapports performance sont le résultat de la collaboration entre le KCE, Sciensano (ex Institut de Santé Publique) et l'INAMI. Dans le cadre du projet, différentes administrations et institutions sont consultées au niveau fédéral et régional, dont la Région de Bruxelles-Capitale, représentée par l'Observatoire de la Santé et du Social, organe d'étude des services du Collège réuni de la Commission communautaire commune.

2. *Bent u op de hoogte van de studie en welke lering trekt u eruit ?*

Ja, wij zijn wel degelijk op de hoogte van dit verslag, dat een veelomvattend beeld verschaft op de gezondheid van de Belg. De voorgestelde cijfers stroken met wat wij weten over de Brusselse gezondheidstoestand.

Het verslag bevat gegevens waar wij aan werkten en die met name gebruikt werden in de verslag van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad (gegevens uit de Belgische Gezondheidsenquête, statistische overlijdensformulieren, gegevens van de Stichting Kankerregister). Sommige ervan werden in aanmerking genomen voor de denkoefening rond en opstelling van het Brussels Gezondheidsplan (BGP).

Uit het verslag blijken grote gewestelijke verschillen voor het merendeel van de onderzochte indicatoren. Daarnaast blijkt eruit dat de algemene gezondheid in Vlaanderen beter is dan in Wallonië en Brussel.

Bij het interpreteren van deze resultaten moet men rekening houden met de specifieke kenmerken van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Brussel is met name een gewest dat gekenmerkt wordt door een hoog armoedecijfer en grote ongelijkheid. Het is een gewest met een aangroeiende, jonge en internationale bevolking, doorkruist door vele migratiestromen. Die bijzonderheden ziet men niet of amper in dezelfde verhoudingen in de overige gewesten. Daar moet dus rekening mee worden gehouden, wat we ook deden sinds het begin van deze legislatuur.

Brussel is overigens een gewest dat bestaat uit een enkele stedelijke omgeving, terwijl het Vlaams en Waals Gewest zowel stedelijke als voorstedelijke omgevingen en plattlandsgebieden omvatten. Zo ziet men bijvoorbeeld dat, wanneer men Brussel vergelijkt met de verstedelijkte gebieden in het Waals en Vlaams Gewest, de resultaten slechts licht verschillen. Dat kan men goed zien voor de ervaren gezondheid.

Na inachtneming van de leeftijd bleek het aandeel inwoners van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest dat zichzelf in een goede gezondheidstoestand meent te bevinden 22,1 %, ten opzichte van 14,8 % in de Vlaamse verstedelijkte gebieden en 22,8 % in de Waalse verstedelijkte gebieden. De algemene stedelijke omgeving en de manier waarop die wordt beschouwd speelt dus een belangrijke rol.

3. *Stroken deze gegevens met de cijfers waarover u beschikt en waarop u zich baseert voor het Brussels Gezondheidsplan ?*

Nogmaals, de voorgestelde cijfers stroken met onze kennis van de Brusselse gezondheidssituatie en berusten op gegevens waarmee we zelf hebben gewerkt. Er wordt echter een update van de gegevens beoogd, wat nuttig kan zijn om de evolutie van de gezondheidstoestand van de Belg te kunnen opvolgen en specifieke behoeften te kunnen belichten. De gemaakte internationale vergelijkingen vormen ook een inbreng voor deze studie.

Het verslag benadrukt grote sociaaleconomische ongelijkheden in België voor verschillende gezondheidsindicatoren,

2. *Avez-vous connaissance de l'étude et quels enseignements en tirez-vous ?*

Oui, nous avons bien connaissance de ce rapport qui offre une vision large sur la santé des Belges. Les chiffres présentés vont dans le sens de ce que nous savons de la situation sanitaire bruxelloise.

Le rapport utilise des données que nous travaillons, qui sont notamment utilisées dans les rapports de l'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale (données de l'Enquête belge de santé par interview, statistiques de décès, données de la Fondation Registre du Cancer), et dont certaines ont été prise en compte dans la réflexion et la rédaction du Plan Santé Bruxellois (PSB).

Le rapport pointe des différences régionales importantes pour la plupart des indicateurs étudiés, avec en général une santé meilleure en Flandre qu'en Wallonie et à Bruxelles.

Dans l'interprétation de ces résultats, il faut tenir compte des spécificités de la Région de Bruxelles-Capitale. Bruxelles est notamment une Région dans laquelle le taux de pauvreté est élevé, avec en son sein de grandes inégalités. C'est une Région dont la population est en croissance, jeune et internationale, traversée de nombreux mouvements migratoires. Ces particularités ne se retrouvent pas ou pas du tout dans les mêmes proportions dans les autres Régions, il faut donc en tenir compte, ce que nous avons fait depuis le début de cette législature.

Bruxelles est par ailleurs une Région constituée d'une zone urbaine unique, tandis que les Régions flamandes et wallonnes comprennent des environnements urbains mais aussi des banlieues et des campagnes. Ainsi par exemple, lorsque l'on compare Bruxelles avec des zones urbanisées de la Région wallonne et de la Région flamande, les résultats peuvent différer légèrement, comme on le voit pour la santé perçue.

Après prise en compte de l'âge, la proportion d'habitants de la Région bruxelloise ne s'estimant pas en bonne santé étant de 22,1 %, pour 14,8 % dans les zones urbanisées flamandes et 22,8 % dans les zones urbanisées wallonnes. L'environnement urbain global et la façon dont celui-ci est considéré joue donc un véritable rôle.

3. *Ces données corroborent-elles les chiffres dont vous disposez et dont vous tenez compte dans le Plan Santé Bruxellois ?*

Encore une fois, les chiffres présentés vont dans le sens de ce que nous connaissons de la situation sanitaire bruxelloise et utilisent des données sur lesquelles nous avons nous-mêmes travaillé. Cependant, il vise à ce que les données soient mises à jour, ce qui peut être utile pour pouvoir suivre l'évolution de l'état de santé des belges et également pour mettre en évidence des besoins spécifiques. Un apport de cette étude réside aussi dans les comparaisons internationales qui sont faites.

Le rapport souligne l'existence en Belgique d'importantes inégalités socio-économiques pour les différents indicateurs de

gaande van de gezondheidsdeterminanten tot de sterfte. De sociale ongelijkheden zijn goed gedocumenteerd voor Brussel. In de Welzijnsbarometer 2018, die gepubliceerd werd door het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, blijkt uit verschillende indicatoren de invloed die de sociaaleconomische situatie van personen (op elke leeftijd en vanaf de geboorte) heeft op hun gezondheidstoestand en hun toegang tot zorg, of die nu preventief of curatief is.

Het bestaan en de kennis van deze ongelijkheden werden volledig in overweging genomen bij de opstelling van het Brussels Gezondheidsplan.

Het terugdringen van de ongelijkheden op gezondheidsvlak is immers een van de drie pijlers van het plan, met de volgende doelstellingen :

- 1) Gezondheid integreren in alle beleidslijnen door te werken rond de factoren die bepalend zijn voor gezondheid ;
- 2) De toegang van kwetsbare doelgroepen tot gezondheidszorg en preventie bevorderen ;
- 3) Rechtvaardigheid bevorderen vanaf de geboorte : de gezondheid van moeders, kinderen en adolescenten verbeteren (aangezien het door velen wordt aangeraden preventiemaatregelen en maatregelen ter bevordering van de gezondheid van kinderen van bij de geboorte door te voeren om de gezondheidsongelijkheden doeltreffend weg te werken).

Het verslag wijst op de verslechtering van de geestelijke gezondheid en het emotionele welzijn van de Belgische bevolking tussen 2008 en 2013. De indicatoren inzake geestelijke gezondheid en emotioneel welzijn zijn overigens slechter in Brussel en in het Waals Gewest dan in het Vlaams Gewest. Binnen België komen depressies, angststoornissen en ernstige slaapstoornissen het meest voor in Brussel. Het grote prevalentie van psychologische problemen en bepaalde psychopathologieën in Brussel werd al beschreven in de door het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad gepubliceerde Welzijnsbarometer 2017. Deze cijfers werden overigens in overweging genomen bij de opstelling van het Brussels Gezondheidsplan. De verbetering van de geestelijke gezondheid van de Brusselse bevolking is een van de doelstellingen van pijler 2 van het Brussels Gezondheidsplan. In dat plan wordt bovendien aandacht besteed aan de verbetering van de geestelijke gezondheid van adolescenten en kinderen (pijler 1 – doelstelling 3 – maatregel 2).

Wat de levensverwachting betreft, vermeldt u tot slot dat die gedaald zou zijn in België. Een kleine verduidelijking : volgens de gegevens uit het verslag stijgt de levensverwachting al tientallen jaren lang constant en snel. In 2015 kon weliswaar een kleine daling worden waargenomen, zoals in vele andere Europese landen overigens. Sindsdien begon de levensverwachting echter terug te stijgen.

De auteurs van het verslag vermelden overigens het belang voor Belgen om gezondere gewoonten aan te nemen, zoals het gebruik van tabak en alcohol terugdringen, gezonder gaan eten en meer aan lichaamsbeweging gaan doen. « Meer inzetten op preventie in het traject van patiënten » is een van de doelstellingen van pijler 2 van het Brussels Gezondheidsplan. In het kader van

santé, allant des déterminants de santé jusqu'à la mortalité. Ces inégalités sociales sont largement documentées pour Bruxelles. Le Baromètre social de 2018, publié par l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, montre au travers de différents indicateurs l'influence qu'a [à tous les âges et dès la naissance] la situation socioéconomique des personnes sur leur état de santé, ainsi que leur accès aux soins, qu'ils soient préventifs ou curatifs.

L'existence et la connaissance de ces inégalités ont été pleinement prises en considération dans la construction du Plan Santé Bruxellois.

En effet, la réduction des inégalités en santé représente un des trois axes du Plan, avec comme objectifs de :

- 1) mettre la santé dans toutes les politiques en agissant sur les déterminants de la santé ;
- 2) favoriser l'accès des publics fragiles aux soins de santé et à la prévention ;
- 3) favoriser l'équité dès le départ dans la vie : promouvoir la santé des mères, des enfants et des adolescents [la mise en place d'actions de prévention et de promotion de la santé dès le plus jeune âge étant largement recommandée pour pouvoir réduire efficacement les inégalités en santé].

Le rapport pointe la détérioration de la santé mentale et du bien-être émotionnel de la population belge entre 2008 et 2013. Par ailleurs, les indicateurs de santé mentale et de bien-être émotionnels sont moins bons à Bruxelles et en Région wallonne, en comparaison avec la Région flamande ; et c'est à Bruxelles que la fréquence des troubles dépressifs, des troubles anxieux et des troubles graves du sommeil est la plus élevée. L'importante fréquence des difficultés psychologiques et de certaines psychopathologies à Bruxelles avait été décrite dans le Baromètre social de 2017 publié par l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. Ces chiffres ont par ailleurs été pris en considération lors de la rédaction du PSB, et l'amélioration de la santé mentale de la population bruxelloise est un des objectifs de l'axe 2 du PSB. Une attention à l'amélioration de la santé mentale des adolescents et des enfants est également portée dans le PSB (axe 1 – objectif 3 – mesure 2).

Enfin, concernant l'espérance de vie, vous mentionnez que celle-ci aurait diminué en Belgique. Une petite précision : selon les données du rapport, l'espérance de vie a augmenté de manière constante et rapide depuis des décennies. Une petite diminution a certes été observée en 2015, comme dans beaucoup d'autres pays européens par ailleurs, mais ensuite l'espérance de vie a recommencé à augmenter.

Les auteurs du rapport mentionnent aussi l'importance et l'intérêt pour les Belges d'adopter des comportements plus « sains », comme réduire l'usage du tabac, la consommation d'alcool, adopter une meilleure alimentation et pratiquer plus d'activité physique. « Renforcer la prévention dans le parcours des patients » est un des objectifs de l'axe 2 du PSB. Dans le

deze doelstelling worden verschillende maatregelen voorgesteld, waarvan er drie rechtstreeks betrekking hebben op rookverslaving, drankgebruik en druggebruik.

Het verslag wijst ook op een hogere prevalentie, na aanpassing van de leeftijd, van diabetes in Brussel (en Wallonië) ten opzichte van Vlaanderen. Volgens de cijfers van de Belgische Gezondheidsenquête, en zoals opgenomen in het hoofdstuk « Chronische ziekten » van de Gezondheidsindicatoren van het Brussels Gewest, gaf in 2013 5,9% van de Brusselaars boven de 15 jaar oud aan diabetes te hebben. « Het traject van patiënten met chronische of complexe ziektes uitbreiden » (maatregel 6 – doelstelling 2 – pijler 2) – waaronder diabetici vallen – is een van de voorgestelde maatregelen in het kader van de doelstelling om de eerstelijnszorg uit te breiden en beter te organiseren. Dit vormt het verlengde van het werk aangevat door het Lokaal Multidisciplinair Netwerk van Brussel (LMN-B), dat nu is opgenomen in de ondersteuningsstructuur voor de eerstelijnszorg.

Vraag nr. 211 van mevr. Liesbet Dhaene d.d. 30 april 2019 (N.):

De werking van de Brusselse wachtdienst.

Enkele jaren geleden lanceerde toenmalig minister Onkelinx (PS) het project voor de hervorming van de Brusselse wachtdienst. Ze wou een samenwerking tussen de Brusselse Huisartsenkring (BHAK) en haar Franstalige tegenhanger. Deze « samenwerking » komt neer op de volledige uitbesteding door de Vlaamse BHAK van al haar bevoegdheden op vlak van de wacht aan een aparte vzw, GBBW (Garde Bruxelloise - Brusselse Wachtdienst), waar de Franstalige huisartsen in alle organen ruimschoots in meerderheid zijn.

Tegen deze « verbrusseling » van de wachtdienst en de afschaffing van de Vlaamse wachtdienst kwam veel verzet. Er zouden immers te weinig garanties zijn op het vlak van Nederlandstalige zorg. In principe moet de wachtdienst tweetalig zijn, maar van de ongeveer 1.600 Franstalige artsen waren er in 2016 nog geen 30 die beschikten over een taalattest Nederlands. Dit heeft tot gevolg dat slechts één wachtpost, voor de wettelijk verplichte wachturen effectief tweetalig werkt, en dat dan vooral dankzij de Nederlandstalige artsen. Al de andere wachtposten functioneren zuiver ééntalig Frans, hoewel ze overeenkomstig de taalwet tweetalig zouden moeten zijn.

Nu blijkt uit de feiten dat de wachtdienst effectief geen ambitie heeft om werkelijk tweetalig te functioneren. Ik heb vernomen dat een Nederlandstalige huisarts in opleiding (HAIO) geweigerd wordt door de Brusselse wachtdienst omdat deze het Frans niet voldoende machtig is. Dit stelt deze HAIO voor een groot probleem: huisartsen moeten immers 120 uren wachtdienst doen om hun opleiding te voltooien.

De argumentatie die door de GBBW gegeven wordt voor deze beslissing is lamentabel en toont aan volgens welke principes de GBBW werkt. Zo stelt het coördinatieteam van de GBBW in een

cadre de cet objectif, plusieurs mesures sont proposées, dont 3 visent directement le tabagisme, la consommation d'alcool et la consommation de drogues.

Le rapport pointe aussi la prévalence plus élevée, après ajustement de l'âge, du diabète à Bruxelles (et en Wallonie), en comparaison avec la Flandre. Selon les chiffres de l'Enquête belge de santé par interview, repris dans le chapitre « Maladies chroniques » du Tableau de Bord de la Santé en Région bruxelloise, en 2013, 5,9% des Bruxellois de plus de 15 ans déclarent être atteint de diabète. Le « renforcement des parcours des patients chroniques et complexes », dont les patients diabétiques, est une des mesures proposées (mesure 6 – objectif 2 – axe 2) dans le cadre de l'objectif visant à renforcer et mieux organiser la 1^{re} ligne de soins, continuant ainsi le travail engagé par le Réseau Multidisciplinaire Local de Bruxelles (RML-B), désormais intégré dans la structure d'appui à la première ligne.

Question n° 211 de Mme Liesbet Dhaene du 30 avril 2019 (N.):

Le fonctionnement de la garde bruxelloise.

Il y a quelques années, la ministre de l'époque, Mme Onkelinx (PS), a lancé le projet de réforme du service de garde bruxellois. Elle souhaitait une collaboration entre le Brusselse Huisartsenkring (BHAK) et son pendant francophone. Cette « collaboration » revient, pour le BHAK flamand, à externaliser l'intégralité de ses compétences en matière de garde à la GBBW (Garde Bruxelloise - Brusselse Wachtdienst), une ASBL distincte où les généralistes francophones sont largement majoritaires dans tous les organes.

Cette « bruxellisation » de la garde et la suppression du service de garde flamand a suscité une vive opposition. En effet, il y aurait trop peu de garanties en matière de soins en néerlandais. En principe, le service de garde doit être bilingue, mais sur les quelque 1.600 médecins francophones, 30 à peine disposaient d'un certificat linguistique de néerlandais en 2016. Il en découle qu'un seul poste de garde présente effectivement un fonctionnement bilingue pour les heures de garde requises légalement, et ce principalement grâce aux médecins néerlandophones. Tous les autres postes de garde fonctionnent uniquement en français, alors qu'ils devraient être bilingues, conformément à la loi sur l'emploi des langues.

Il s'avère à présent que le service de garde n'a effectivement pas l'ambition d'avoir réellement un fonctionnement bilingue. J'ai appris que la Garde bruxelloise refusait un médecin généraliste en formation professionnelle (MGFP) néerlandophone parce qu'il ne maîtrise pas suffisamment le français. Ce MGFP est dès lors face à un problème majeur, car les généralistes doivent effectuer 120 heures de garde pour achever leur formation.

L'argumentation de la GBBW pour justifier cette décision est déplorable et elle démontre les principes de fonctionnement de la GBBW. Par exemple, dans un courriel concernant le MGFP en

mail met betrekking tot de HAIO in kwestie : « het is nu eenmaal een feit dat de bevolking van het Brussels Gewest overwegend (tot 90 %!) Franstalig is. Ook heel wat mensen die oorspronkelijk Nederlandstalig zijn, praten en begrijpen Frans. Er zijn uiteindelijk heel weinig « Brusselaars » (in de ruime zin van het woord) die alleen maar Nederlands praten. ».

Verder zeggen ze over het de gebrekkige kennis van het Frans van de HAIO in kwestie : « In het contact met ons « publiek », namelijk de mensen die op onze wachtdiensten beroep doen (= de bevolking van Brussel), betekent dit een zekere handicap : het overgrote deel van onze patiënten praat minstens Frans, en slechts een heel klein percentage praat alleen maar Nederlands. Als geneesheer-van-wacht, ingeschreven voor ééntalige (=Franstalige) wachtbeurten, zal u dus zeker vaak in contact komen met niet-Nederlandstaligen - wat in een relatie arts-patiënt, waar correcte uitwisseling van informatie fundamenteel is, toch wel voor problemen kan zorgen. ».

Hier kunnen we een aantal dingen uit afleiden. Ten eerste discrimineert de Brusselse wachtdienst de Nederlandstalige artsen en werkt men met een dubbele standaard. Van Nederlandstalige artsen wordt verwacht dat ze perfect tweetalig zijn, anders mogen ze niet aan de slag. Voor Franstaligen bestaat die vereiste totaal niet, aangezien de GBBW zelf toegeeft dat de ééntalige wachten zuiver-Franstalig zijn.

Ten tweede discrimineert de GBBW de Nederlandstalige patiënten. Ten aanzien van hen geldt blijkbaar het principe « et pour les flamands la même chose ». Volgens de GBBW spreken de Nederlandstalige patiënten namelijk toch zo goed als allemaal Frans, en moeten zij in voorkomend geval dan ook maar tevreden zijn met een Franstalige arts. De Franstaligen daarentegen moeten dan wel weer absoluut in het Frans verzorgd worden, want ten aanzien van hen is « correcte uitwisseling van informatie fundamenteel. ».

Deze situatie is absoluut schandalig. Het toont nog maar eens aan wat het eindresultaat is wanneer we als Brusselse Vlamingen onze instellingen uit handen geven en laten « verbrusselsen » : een totale verwaarlozing van de dienstverlening of zelfs discriminatie ten aanzien van Nederlandstaligen, en een totale verfransing.

Mijn vragen luiden dan ook als volgt :

- Klopt het dat eentalig Nederlandstalige huisartsen geweigerd worden voor wachten in het kader van de GBBW ?
- Welke inspanningen worden gemaakt om alle wachtposten van de GBBW effectief tweetalig te maken, zoals vereist door de taalwetgeving ?
- Hoeveel Franstalige artsen hebben op dit moment het attest van niveau B2 in de Nederlandse taal behaald ?
- Hoeveel Nederlandstalige artsen hebben op dit moment het attest van niveau B2 in de Franse taal behaald ?

question, l'équipe de coordination de la GBBW déclare : « Le fait est que la population de la Région bruxelloise est majoritairement (jusqu'à 90 %!) francophone. Beaucoup de personnes à l'origine néerlandophones parlent et comprennent le français. En fin de compte, très peu de Bruxellois (au sens large du terme) parlent exclusivement néerlandais. »

Concernant la faible connaissance du français dudit MGFP, la GBBW dit également ceci : « Dans les contacts avec notre « public », à savoir les personnes qui font appel à nos services de garde (= la population bruxelloise), cela constitue un certain handicap : la très grande majorité de nos patients parlent au minimum le français et seul un très petit pourcentage ne parle que le néerlandais. En tant que médecin de garde inscrit pour des tours de garde unilingues (= francophones), vous serez donc certainement souvent en contact avec des non-néerlandophones – ce qui peut tout de même se révéler problématique dans une relation médecin-patient, où un bon échange d'informations est fondamental. »

On peut en déduire plusieurs choses. Premièrement, la Garde bruxelloise commet une discrimination envers les médecins néerlandophones et applique deux poids, deux mesures. Les médecins néerlandophones sont censés être parfaitement bilingues, sans quoi ils ne sont pas autorisés à travailler. Cette exigence ne s'applique pas du tout aux francophones, puisque la GBBW elle-même admet que les gardes unilingues sont purement francophones.

Deuxièmement, le GBBW commet une discrimination envers les patients néerlandophones. Le principe « et pour les Flamands la même chose » s'applique manifestement, à leur égard. Selon la GBBW, les patients néerlandophones parlent pour ainsi dire presque tous le français et, le cas échéant, ils doivent donc se satisfaire d'un médecin francophone. Par contre, les francophones doivent absolument être soignés en français, car pour eux, « un bon échange d'informations est fondamental ».

Cette situation est absolument scandaleuse. Cela illustre une nouvelle fois ce qu'on obtient quand les Flamands de Bruxelles cèdent leurs institutions et les laissent « se bruxelliser » : une négligence totale des services offerts aux néerlandophones, voire une discrimination à leur égard, et une francisation totale.

Je voudrais dès lors vous poser les questions suivantes :

1. Est-il vrai qu'on refuse les généralistes néerlandophones unilingues pour les tours de garde dans le cadre de la GBBW ?
2. Quels efforts consent-on pour que tous les postes de garde de la GBBW soient effectivement bilingues, comme l'exige la législation linguistique ?
3. Combien de médecins francophones sont-ils actuellement titulaires du certificat de niveau B2 en néerlandais ?
4. Combien de médecins néerlandophones sont-ils actuellement titulaires du certificat de niveau B2 en français ?

Antwoord :

Vraag 1

Voor zover men onder ééntalig Nederlandstalige huisartsen het volgende verstaat :

- BHAK-artsen die « niet » gecertificeerd tweetalig zijn (hebben het vereiste niveau B2 niet behaald of willen geen taaltst afleggen) ;
- BHAK artsen die « weigeren » om Franstalige patiënten te zien. ;

dan klopt het dat deze ééntalig Nederlandstalige huisartsen geen wachten kunnen doen bij de GBBW.

In het verleden kreeg de Brusselse Huisartsenkring (BHAK) al te maken met een precedent : toen de « Vlaamse Wachtdienst » nog bestond (vóór oprichting GBBW). Het ging indertijd ook over een HAIO (Huisarts in Opleiding) die wachten in Brussel wilde doen maar die de BHAK heeft moeten weigeren voor de wachtdienstactiviteit. Om reden dat dit in Brussel, waar inderdaad een grote meerderheid aan oproepen Franstalig is, niet mogelijk en haalbaar was. Ofwel moest de praktijkopleider van de HAIO bereid zijn om zelf in te staan voor de Franstalige oproepen (perfect mogelijk want de praktijkopleider ontvangt toch de honoraria) ofwel moest een extra arts (dus extra shift) ingezet worden om de Franstalige patiënten op te vangen (extra belasting en extra kost). Aangezien de praktijkopleider toen niet bereid was om de patiënten mee op te vangen, heeft de HAIO zijn 120 u wachtdienst in Vlaanderen gepresteerd.

Erkende huisartsen daarentegen, ééntalig Nederlands, die geen Frans kunnen spreken, zouden te weinig werk hebben in Brussel en het is ook zeer logisch dat deze zich niet in Brussel vestigen. De « Nederlandstalige » in Brussel gevestigde huisartsen zijn inderdaad *de facto* allemaal tweetalig, niemand legt hen dat op, of kan hen dat opleggen, het is de logica zelf. Deze artsen kunnen perfect ééntalige wachten opnemen als ze maar bereid zijn Franstalige patiënten te behandelen zoals ze dagdagelijks tijdens de week doen.

Het is ook een feit dat ééntalig Franstalige huisartsen, ook al kennen ze geen Nederlands, gemakkelijk aan de slag kunnen in Brussel, er is voor hen voldoende werkvolume.

Het is de BHAK zelf die voor dit huidige systeem van tweetalige en ééntalige shiften gekozen heeft, om volgende redenen :

- voldoende werkvolume te kunnen bieden tijdens een wachtshift ;
- een beter honorarium te kunnen bieden d.m.v. forfaitaire betaling per uur ;
- om een nuttigere tijdsinvestering te hebben van het tweetalig talent van de GBBW.

Réponse :

Question 1

Pour autant que par médecins généralistes unilingues néerlandophones, on comprend :

- Les médecins BHAK qui ne sont « pas » certifiés bilingues (qui n'ont pas satisfait au niveau B2 requis ou qui ne souhaitent pas passer un test linguistique) ;
- Les médecins BHAK qui « refusent » de voir des patients francophones ;

dans ce cas, il est vrai que ces médecins généralistes unilingues néerlandophones ne peuvent pas faire de gardes auprès de la GBBW.

Par le passé, le Brusselse Huisartsenkring (BHAK) a déjà connu un précédent : quand le « Vlaamse Wachtdienst » existait encore (avant la création du GBBW). Il s'agissait à l'époque d'un HAIO (médecin en formation) qui souhaitait faire des gardes à Bruxelles mais que le BHAK a dû refuser pour la garde. Parce que à Bruxelles, où une grande majorité des appels sont francophones, cela n'était pas faisable. Ou alors, le formateur du HAIO devait être prêt à intervenir pour les appels francophones (parfaitement possible car le formateur reçoit quand même les honoraires), ou bien un médecin supplémentaire (donc shift supplémentaire) devait être engagé pour recevoir les patients francophones (charge supplémentaire et frais supplémentaires). Etant donné que le formateur n'était pas prêt à l'époque à se charger des patients, le HAIO a presté ses 120 heures de garde en Flandre.

En revanche, les médecins généralistes agréés, unilingues néerlandophones, qui ne parlent pas le français, n'auraient pas assez de travail à Bruxelles, il est donc logique qu'ils ne s'installent pas à Bruxelles. Les généralistes « néerlandophones » installés à Bruxelles sont donc *de facto* tous bilingues, personne ne leur impose, ni ne peut leur imposer, il en va de la logique même. Ces médecins peuvent parfaitement reprendre des gardes unilingues s'ils sont prêts à recevoir des patients francophones comme ils le font au quotidien.

Le fait est que les généralistes unilingues francophones, même s'ils ne connaissent pas le néerlandais, démarreront plus rapidement leur pratique à Bruxelles, étant donné que le volume de travail est assez grand.

Le BHAK a lui-même opté pour ce système actuel de shifts bilingues et unilingues, pour les raisons suivantes :

- pour offrir suffisamment de volume de travail pendant un shift de garde ;
- pouvoir offrir un meilleur honoraire par le biais d'un paiement forfaitaire par heure ;
- pour avoir un investissement de temps plus utile du talent bilingue du GBBW.

De GBBW en de BHAK zouden niet « Brussels » zijn als ze geen rekening hielden met de realiteit van de Brusselse context en hier niet creatief mee konden omgaan.

Voor de specifieke casus van deze HAIO werd tevens het advies van het ICHO gevraagd (Vlaams Interuniversitair Centrum voor Huisartsen Opleiding en bevoegd in deze materie) en de GBBW heeft ook conform dat advies gehandeld en de steun van het ICHO gekregen. Het advies van het ICHO luidt : « Een HAIO moet tijdens een wachtshift voldoende oefenkansen krijgen : voldoende representativiteit aan pathologie, voldoende workload enz. »

Vraag 2

Er worden continu inspanningen geleverd.

Voor wat betreft de artsen :

De tweetaligheidscertificering is een echt kwaliteitslabel en nog vele artsen slagen er niet in het vereiste B2-niveau te behalen.

Tijdens de officiële wachtdienstperiode, is er altijd een tweetalige arts beschikbaar in de centrale huisartsenwachtpost en er is ook altijd een tweetalige arts beschikbaar voor de huisbezoeken tijdens de rijdende wacht

De GBBW werkt aan de mogelijkheid om een proefperiode op te zetten met een « vliegende » Nederlandstalige wachtarts, hierbij wel rekening houdend met de mogelijk extra belasting die hierdoor kan ontstaan voor de gecertificeerde tweetalige huisartsen of voor de ééntalige Nederlandstalige huisartsen.

De GBBW zou niet liever willen dan dat alle Brusselse huisartsen tweetalig gecertificeerd zouden zijn of zouden worden. Ze heeft geen enkele macht om dit op te leggen, maar alleen de mogelijkheid om dit zo toegankelijk en aantrekkelijk mogelijk te maken.

Voor de werking van de GBBW algemeen :

De GBBW ontwikkelde een actieplan « tweetaligheid ».

De tweetaligheidspremie werd verhoogd voor de presterende tweetalige artsen, alle testen en prescreenings zijn gratis, er worden gratis lessen aangeboden, er werden « boost-lessen » aangeboden aan de artsen om hun kansen te verhogen voor het slagen van de test, er worden oefenkansen aangeboden...

De oproepen van patiënten worden in 3 talen beantwoord. In Brussel is naast het Nederlands en het Frans, ook het Engels belangrijk in contact met de patiënten.

In de administratieve communicatie met externen gebeurt de dienstverlening ook in 3 talen.

Le GBBW et le BHAK ne seraient pas « bruxellois » s'ils ne tenaient pas compte la réalité du contexte bruxellois et n'y répondaient pas de manière créative.

Pour le cas spécifique de ce HAIO, l'avis de l'ICHO a été demandé (Vlaamse Interuniversitair Centrum voor Huisartsen Opleiding et chargé de cette matière), et le GBBW a agi conformément à cet avis et a reçu le soutien de l'ICHO. L'avis de l'ICHO stipulait : « Un HAIO doit avoir suffisamment de possibilité de s'exercer lors d'un shift de garde : une représentativité suffisante de pathologie, suffisamment de charge de travail, etc. »

Question 2

Des efforts sont fournis continuellement.

En ce qui concerne les médecins :

La certification bilingue est un réel label de qualité et bon nombre de médecins n'arrivent pas à atteindre le niveau B2 requis.

Lors de la période officielle de garde, un médecin bilingue est toujours disponible dans le poste central de garde et un médecin bilingue est toujours disponible pour les visites à domicile pendant la garde mobile.

La GBBW travaille à la possibilité d'instaurer une période d'essai avec un médecin de garde néerlandophone « volant », tenant compte ici de la charge supplémentaire possible qui peut en découler pour les médecins généralistes certifiés bilingues ou pour les médecins généralistes unilingues néerlandophones.

La GBBW souhaiterait que l'ensemble des médecins généralistes bruxellois soient certifiés bilingues. Elle n'a aucun pouvoir pour l'imposer, mais uniquement la possibilité de le rendre accessible et attractif.

Pour le fonctionnement de la GBBW de manière générale :

La GBBW a développé un plan d'action « bilinguisme ».

La prime de bilinguisme a été majorée pour les médecins bilingues prestants, tous les tests et pré-examens sont gratuits, et des cours gratuits sont proposés, des « cours boost » sont également proposés aux médecins pour accroître leurs chances de réussite au test, et des séances d'exercices sont proposées...

On répond aux appels des patients en trois langues. A Bruxelles, outre le néerlandais et le français, l'anglais est une langue également fort utilisée.

Dans la communication administrative avec des externes, le service se fait également dans trois langues.

Alle communicatiedragers worden minstens in 2 talen opgesteld (FR-NL, vaak ook extra in het Engels).

Het personeel krijgt ook kansen om de tweetaligheid continu te verbeteren, o.a. via aangeboden lessen. Voor sommige sleutelposities in de Front Office is tweetaligheid een aanwervingscriterium.

Vraag 3

67 artsen van de bicommunautaire Kring FBHAV hebben het certificaat (B2) behaald.

Vraag 4

96 artsen van de Brusselse Huisartsenkring BHAK (NL) hebben het certificaat (B2) behaald

Vraag nr. 212 van de heer Emin Özkara d.d. 6 mei 2019 (Fr.) :

Gevolgen van de Data Protection Officer (DPO) en de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) voor de overheden en openbare instellingen die onder uw bevoegdheid of toezicht vallen.

De bescherming van persoonsgegevens is een van de grote uitdagingen voor onze hypergeconnecteerde democratische samenlevingen. Daarom heb ik u op 26 april 2017 vragen gesteld over de Data Protection Officer (DPO) en de gevolgen van de algemene verordening gegevensbescherming (AVG) voor de gewestelijke openbare diensten en instellingen.

« Onder de AVG is het in bepaalde omstandigheden verplicht een « GEB » (of « DPIA » in het Engels) uit te voeren. Een GEB is een procedure om te evalueren of een verwerking van persoonsgegevens risico's inhoudt voor de rechten en vrijheden van de persoon wiens data worden verwerkt en hoe men deze risico's kan beheersen (!). »

Vandaag wens ik naar aanleiding van de publicatie van de Belgische wet tot uitvoering van de AVG in het *Belgisch Staatsblad* van 5 september 2018 terug te komen op dit uiterst belangrijke onderwerp voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van alle inwoners van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

In dat verband had ik u graag de volgende vragen gesteld :

(1) <https://www.gegevensbeschermingsautoriteit.be/gegevensbeschermingseffectbeoordeling-0>, geraadpleegd op 29 april 2019.

Toutes les communications sont faites dans deux langues minimum (FR-NL, et souvent également en anglais).

Le personnel reçoit également la possibilité d'améliorer constamment son bilinguisme, entre autres via des cours proposés. Pour certaines positions clés dans le Front Office, la bilinguisme est un critère de sélection.

Question 3

67 médecins du Cercle bicommunautaire FAMGB ont le certificat (B2)

Question 4

96 médecins du Brusselse Huisartsenkring BHAK (NL) ont obtenu le certificat (B2).

Question n° 212 de M. Emin Özkara du 6 mai 2019 (Fr.) :

L'impact du Délégué à la protection des données ou « Data Protection Officer » (DPO) et du règlement général sur la protection des données (RGPD) sur les autorités publiques et organismes publics relevant de vos compétences ou de votre tutelle.

La protection des données personnelles est un des grands enjeux de nos sociétés démocratiques hyper-connectées. C'est pourquoi, en date du 26 avril 2017, je vous questionnais au sujet du Délégué à la protection des données ou « Data Protection Officer » (DPO) et de l'impact du règlement général sur la protection des données (RGPD) sur les services et organismes publics régionaux.

« En vertu du RGPD, il est obligatoire, dans certaines circonstances, de procéder à une « AIPD » (ou « DPIA » en anglais). Une AIPD est une procédure destinée à évaluer si un traitement de données à caractère personnel comporte des risques pour les droits et libertés de la personne dont les données sont traitées et à évaluer la manière dont ces risques peuvent être maîtrisés (!). »

Aujourd'hui, et faisant suite à la loi belge du 30 juillet 2018 exécutant le RGPD qui a été publiée le 5 septembre 2018 au *Moniteur Belge*, je souhaiterais revenir sur ce sujet des plus importants pour la protection de la vie privée de toutes et tous les résidents de notre si belle et diversifiée Région de Bruxelles-Capitale.

Voici mes questions :

(1) <https://www.autoriteprotectiondonnees.be/analyse-dimpact-relative-a-la-protection-des-donnees>, consulté le 29 avril 2019.

4. Voldoet uw kabinet volledig aan de vereisten van de AVG? Beschikt het over een DPO?
5. Welke overheden of openbare instellingen voldoen thans niet helemaal aan de vereisten van de AVG en/of beschikken niet over een DPO?
6. Is er een kadaster opgesteld van de DPO's van de overheden of openbare instellingen die onder uw bevoegdheid of toezicht vallen? Staan de gegevens van de DPO's ter beschikking van de bevolking?

Voor elke overheid of openbare instelling die onder uw bevoegdheid of toezicht valt, had ik u graag de volgende bijkomende vragen gesteld:

7. Worden er data aan andere overheden overgedragen? Zo ja, welke en aan welke overheden? Zijn er samenwerkingsprotocollen gesloten? Zo ja, met welke overheden of particuliere organisaties? Over welke protocollen gaat het?
8. Worden er zogenaamde gevoelige data verwerkt? Zo ja, bestaat er een register van de verwerkingen van die data?
9. Is er een gegevensbeschermingseffectenbeoordeling (GEB) uitgevoerd? Zo ja, wanneer, met welke frequentie en voor welke gegevensverwerkingen?
10. Zijn er een beleid en procedures opgesteld om gegevenslekken te beheeren?
11. Zijn er sinds 25 mei 2018 klachten wegens schending van de persoonlijke levenssfeer, schending van de geheimhoudingsplicht, gegevenslekken of beveiligingsbreuken ingediend? Zo ja, hoeveel en wanneer?

Antwoord: De ministeriële kabinetten hoeven niet over een DPO te beschikken. Ze hebben er evenwel één via de overheidsoverdracht uitgeschreven op initiatief van de GOB, die eveneens de ministeriële kabinetten van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest dekt, alsook de diensten van de Regering. Ik kan u bevestigen dat de toepassing van de GDPR door de ministeriële kabinetten aan de gang is. Daartoe werd een verwerkingsregister ingevoerd overeenkomstig artikel 30 van de GDPR.

Elk kabinet heeft overigens een data steward aangeduid als referentiepersoon ter zake, en dat volledig in coördinatie met de DPO.

Heden kan ik u geen lijst geven van overheden en openbare instellingen die niet volledig tegemoetkomen aan de eisen van de GDPR en/of niet over een DPO beschikken.

Het kadaster van de DPO's van de overheden of openbare instellingen die vallen onder de bevoegdheid en/of de voegdij van de GGC, wordt verwezenlijkt door de Gegevensbeschermingsautoriteit overeenkomstig artikel 37.7 van de GDPR. Dit kadaster is niet publiek.

Wat de Diensten van het Verenigd College (DVC) betreft, zijn er gegevensoverdrachten met andere overheden en private instellingen. Reeds lang afgesloten overeenkomsten werden

1. Votre cabinet répond-il entièrement aux exigences du RGPD et dispose-t-il d'un DPO?
2. Actuellement, quelles sont les autorités publiques ou organismes publics qui ne répondent pas entièrement aux exigences du RGPD et/ou qui ne disposent pas d'un DPO?
3. Un cadastre des DPO des autorités publiques et organismes publics relevant de vos compétences ou de votre tutelle a-t-il été réalisé? Les coordonnées des DPO sont-elles à disposition du public?

Pour chacune des autorités publiques et chacun des organismes publics qui relèvent de vos compétences ou de votre tutelle, je souhaiterais vous poser les questions supplémentaires suivantes:

4. Des transferts de données avec d'autres autorités publiques ont-ils lieu? Si oui, quelles sont les données et autorités publiques impliquées dans ces transferts? Des protocoles de collaboration ont-ils été conclus? Si oui, avec quelles autorités publiques ou organisations privées et quels sont ces protocoles?
5. Des données dites sensibles sont-elles traitées? Si oui, un registre des activités de traitement est-il disponible pour ces données dites sensibles?
6. Une analyse d'impact relative à la protection des données (AIPD) a-t-elle été réalisée? Si oui, quand, à quelle fréquence et pour quels traitements de données?
7. Une politique et des procédures pour gérer les fuites de données ont-elles été élaborées?
8. Depuis le 25 mai 2018, des plaintes pour non-respect de la vie privée, violation d'une obligation de secret, fuites de données ou brèches de sécurité sont-elles à signaler? Si oui, combien et quelles sont les dates de dépôt de ces plaintes?

Réponse: Les cabinets ministériels ne sont pas tenus de disposer d'un DPO. Toutefois, ils en disposent par le biais du marché public lancé à l'initiative du SPRB, qui couvre également les cabinets ministériels de la Région de Bruxelles-Capitale, ainsi que les services du Gouvernement. Je vous confirme que la mise en conformité des cabinets ministériels au RGPD est en cours. À cet égard, un registre de traitement a été mis en place conformément à l'article 30 du RGPD.

Par ailleurs, chaque cabinet a désigné un data steward comme personne de référence en la matière, et ce en parfaite coordination avec le DPO.

À ce jour, je ne suis pas en mesure de lister les autorités publiques et organismes publics qui ne répondent pas entièrement aux exigences du RGPD et/ou qui ne disposent pas d'un DPO.

Quant au cadastre des DPO des autorités publiques ou organismes publics relevant de la compétence et/ou de la tutelle de la COCOM, il est réalisé par l'Autorité de protection des données conformément à l'article 37.7 du RGPD. Ce cadastre n'est pas rendu public.

Concernant les services du Collège réuni (ci-après SCR), des transferts de données avec d'autres autorités publiques et organismes privés existent. Des conventions conclues depuis

aangepast om tegemoet te komen aan de eisen van de GDPR. De andere gevraagde informatie zit in ons verwerkingsregister dat niet publiek is.

Overeenkomstig artikel 30.4 van de GDPR staat het verwerkingsregister evenwel ter beschikking van de Gevevensbeschermingsautoriteit, en dat op haar vraag.

Het zijn de overheden of de openbare instellingen die vallen onder de bevoegdheid en/of de voogdij van de GGC, die het verwerkingsregister moeten opstellen dat alle informatie bevat waar u om vraagt (art.30 GDPR). Er is geen reden voor dat de DVC deze informatie bezitten.

Laat ons overigens noteren dat de samenwerkingsovereenkomsten betreffende de gewestelijke dienstenintegrator en de gewestelijke statistische autoriteit onlangs werden goedgekeurd en dat er samenwerkingsprotocollen afgesloten werden tussen de besturen van de DVC en van Iriscare.

De gevoelige gegevens die behandeld worden door de DVC, zijn opgenomen in het verwerkingsregister dat niet publiek is.

Wat het beleid en de procedures met betrekking tot gegevenslekken betreft, werd een impactanalyse uitgevoerd voor de databanken in ons verwerkingsregister.

Bij gegevenslekken volgen de DVC de regels van de van toepassing zijnde wetten en van de GDPR.

Tot slot hebben de DVC nog geen klachten gekregen wegens het niet respecteren van de privacy, het schenden van het beroepsgeheim, een gegevenslek of een inbreuk op de beveiliging.

Vraag nr. 213 van de heer Emin Özkara d.d. 6 mei 2019 (Fr.) :

Gevolgen van de Data Protection Officer (DPO) en de Algemene Verordening Gevevensbescherming (AVG) voor de overheden en openbare instellingen die onder uw bevoegdheid of toezicht vallen.

De bescherming van persoonsgegevens is een van de grote uitdagingen voor onze hypergeconnecteerde democratische samenlevingen. Daarom heb ik u op 26 april 2017 vragen gesteld over de Data Protection Officer (DPO) en de gevolgen van de algemene verordening gegevensbescherming (AVG) voor de gewestelijke openbare diensten en instellingen.

« Onder de AVG is het in bepaalde omstandigheden verplicht een « GEB » (of « DPIA » in het Engels) uit te voeren. Een GEB is een procedure om te evalueren of een verwerking van

longtemps ont été adaptées pour répondre aux exigences du RGPD. Les autres informations demandées figurent dans notre registre de traitements qui n'est pas rendu public.

Toutefois, conformément à l'article 30.4 du RGPD, le registre de traitements est à la disposition de l'Autorité de protection des données sur demande de sa part.

Quant aux autorités publiques ou organismes publics relevant de la compétence et/ou de la tutelle de la COCOM, il leur appartient d'établir le registre de traitements contenant toutes les informations que vous demandez (Art.30 RGPD). Il n'y a pas de raison que les SCR détiennent ces informations.

Par ailleurs, notons que les accords de coopération concernant l'intégrateur de services régional et l'autorité statistique régionale ont été approuvés récemment et que des protocoles de collaboration ont été conclus entre les administrations des SCR et d'Iriscare.

Les données sensibles qui sont traitées par les SCR figurent dans le registre de traitement qui n'est pas rendu public.

Quant à la politique et aux procédures relatives à la fuite de données, une analyse d'impact a été réalisée pour les bases de données figurant dans notre registre de traitements.

En cas de fuites de données, les SCR suivent les exigences des lois applicables et du RGPD.

Enfin, les SCR n'ont enregistré aucune plainte pour non-respect de la vie privée, violation d'une obligation de secret ou encore une fuite de données ou brèche de sécurité.

Question n° 213 de M. Emin Özkara du 6 mai 2019 (Fr.) :

L'impact du Délégué à la protection des données ou « Data Protection Officer » (DPO) et du règlement général sur la protection des données (RGPD) sur les autorités publiques et organismes publics relevant de vos compétences ou de votre tutelle.

La protection des données personnelles est un des grands enjeux de nos sociétés démocratiques hyper-connectées. C'est pourquoi, en date du 26 avril 2017, je vous questionnais au sujet du Délégué à la protection des données ou « Data Protection Officer » (DPO) et de l'impact du règlement général sur la protection des données (RGPD) sur les services et organismes publics régionaux.

« En vertu du RGPD, il est obligatoire, dans certaines circonstances, de procéder à une « AIPD » (ou « DPIA » en anglais). Une AIPD est une procédure destinée à évaluer si un traitement

persoonsgegevens risico's inhoudt voor de rechten en vrijheden van de persoon wiens data worden verwerkt en hoe men deze risico's kan beheersen (1). »

Vandaag wens ik naar aanleiding van de publicatie van de Belgische wet tot uitvoering van de AVG in het *Belgisch Staatsblad* van 5 september 2018 terug te komen op dit uiterst belangrijke onderwerp voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van alle inwoners van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

In dat verband had ik u graag de volgende vragen gesteld :

1. Voldoet uw kabinet volledig aan de vereisten van de AVG ? Beschikt het over een DPO ?
2. Welke overheden of openbare instellingen voldoen thans niet helemaal aan de vereisten van de AVG en/of beschikken niet over een DPO ?
3. Is er een kadaster opgesteld van de DPO's van de overheden of openbare instellingen die onder uw bevoegdheid of toezicht vallen ? Staan de gegevens van de DPO's ter beschikking van de bevolking ?

Voor elke overheid of openbare instelling die onder uw bevoegdheid of toezicht valt, had ik u graag de volgende bijkomende vragen gesteld :

4. Worden er data aan andere overheden overgedragen ? Zo ja, welke en aan welke overheden ? Zijn er samenwerkingsprotocollen gesloten ? Zo ja, met welke overheden of particuliere organisaties ? Over welke protocollen gaat het ?
5. Worden er zogenaamde gevoelige data verwerkt ? Zo ja, bestaat er een register van de verwerkingen van die data ?
6. Is er een gegevensbeschermingseffectenbeoordeling (GEB) uitgevoerd ? Zo ja, wanneer, met welke frequentie en voor welke gegevensverwerkingen ?
7. Zijn er een beleid en procedures opgesteld om gegevenslekken te beheren ?
8. Zijn er sinds 25 mei 2018 klachten wegens schending van de persoonlijke levenssfeer, schending van de geheimhoudingsplicht, gegevenslekken of beveiligingsbreuken ingediend ? Zo ja, hoeveel en wanneer ?

Antwoord : De ministeriële kabinetten hoeven niet over een DPO te beschikken. Ze hebben er evenwel één via de overheidsoverdracht uitgeschreven op initiatief van de GOB, die eveneens de ministeriële kabinetten van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest dekt, alsook de diensten van de Regering. Ik kan u bevestigen dat de toepassing van de GDPR door de ministeriële kabinetten aan de gang is. Daartoe werd een verwerkingsregister ingevoerd overeenkomstig artikel 30 van de GDPR.

(1) <https://www.gegevensbeschermingsautoriteit.be/gegevensbeschermingseffectbeoordeling-0>, geraadpleegd op 29 april 2019.

de données à caractère personnel comporte des risques pour les droits et libertés de la personne dont les données sont traitées et à évaluer la manière dont ces risques peuvent être maîtrisés (1). »

Aujourd'hui, et faisant suite à la loi belge du 30 juillet 2018 exécutant le RGPD qui a été publiée le 5 septembre 2018 au *Moniteur Belge*, je souhaiterais revenir sur ce sujet des plus importants pour la protection de la vie privée de toutes et tous les résidents de notre si belle et diversifiée Région de Bruxelles-Capitale.

Voici mes questions :

1. Votre cabinet répond-il entièrement aux exigences du RGPD et dispose-t-il d'un DPO ?
2. Actuellement, quelles sont les autorités publiques ou organismes publics qui ne répondent pas entièrement aux exigences du RGPD et/ou qui ne disposent pas d'un DPO ?
3. Un cadastre des DPO des autorités publiques et organismes publics relevant de vos compétences ou de votre tutelle a-t-il été réalisé ? Les coordonnées des DPO sont-elles à disposition du public ?

Pour chacune des autorités publiques et chacun des organismes publics qui relèvent de vos compétences ou de votre tutelle, je souhaiterais vous poser les questions supplémentaires suivantes :

4. Des transferts de données avec d'autres autorités publiques ont-ils lieu ? Si oui, quelles sont les données et autorités publiques impliquées dans ces transferts ? Des protocoles de collaboration ont-ils été conclus ? Si oui, avec quelles autorités publiques ou organisations privées et quels sont ces protocoles ?
5. Des données dites sensibles sont-elles traitées ? Si oui, un registre des activités de traitement est-il disponible pour ces données dites sensibles ?
6. Une analyse d'impact relative à la protection des données (AIPD) a-t-elle été réalisée ? Si oui, quand, à quelle fréquence et pour quels traitements de données ?
7. Une politique et des procédures pour gérer les fuites de données ont-elles été élaborées ?
8. Depuis le 25 mai 2018, des plaintes pour non-respect de la vie privée, violation d'une obligation de secret, fuites de données ou brèches de sécurité sont-elles à signaler ? Si oui, combien et quelles sont les dates de dépôt de ces plaintes ?

Réponse : Les cabinets ministériels ne sont pas tenus de disposer d'un DPO. Toutefois, ils en disposent par le biais du marché public lancé à l'initiative du SPRB, qui couvre également les cabinets ministériels de la Région de Bruxelles-Capitale, ainsi que les services du Gouvernement. Je vous confirme que la mise en conformité des cabinets ministériels au RGPD est en cours. À cet égard, un registre de traitement a été mis en place conformément à l'article 30 du RGPD.

(1) <https://www.autoriteprotectiondonnees.be/analyse-dimpact-relative-a-la-protection-des-donnees>, consulté le 29 avril 2019.

Elk kabinet heeft overigens een data steward aangeduid als referentiepersoon ter zake, en dat volledig in coördinatie met de DPO.

Heden kan ik u geen lijst geven van overheden en openbare instellingen die niet volledig tegemoetkomen aan de eisen van de GDPR en/of niet over een DPO beschikken.

Het kadaster van de DPO's van de overheden of openbare instellingen die vallen onder de bevoegdheid en/of de voogdij van de GGC, wordt verwezenlijkt door de Gegevensbeschermingsautoriteit overeenkomstig artikel 37.7 van de GDPR. Dit kadaster is niet publiek.

Wat de Diensten van het Verenigd College (DVC) betreft, zijn er gegevensoverdrachten met andere overheden en private instellingen. Reeds lang afgesloten overeenkomsten werden aangepast om tegemoet te komen aan de eisen van de GDPR. De andere gevraagde informatie zit in ons verwerkingsregister dat niet publiek is.

Overeenkomstig artikel 30.4 van de GDPR staat het verwerkingsregister evenwel ter beschikking van de Gegevensbeschermingsautoriteit, en dat op haar vraag.

Het zijn de overheden of de openbare instellingen die vallen onder de bevoegdheid en/of de voogdij van de GGC, die het verwerkingsregister moeten opstellen dat alle informatie bevat waar u om vraagt (art.30 GDPR). Er is geen reden voor dat de DVC deze informatie bezitten.

Laat ons overigens noteren dat de samenwerkingsovereenkomsten betreffende de gewestelijke dienstenintegrator en de gewestelijke statistische autoriteit onlangs werden goedgekeurd en dat er samenwerkingprotocollen afgesloten werden tussen de besturen van de DVC en van Iriscare.

De gevoelige gegevens die behandeld worden door de DVC, zijn opgenomen in het verwerkingsregister dat niet publiek is.

Wat het beleid en de procedures met betrekking tot gegevenslekken betreft, werd een impactanalyse uitgevoerd voor de databanken in ons verwerkingsregister.

Bij gegevenslekken volgen de DVC de regels van de van toepassing zijnde wetten en van de GDPR.

Tot slot hebben de DVC nog geen klachten gekregen wegens het niet respecteren van de privacy, het schenden van het beroepsgeheim, een gegevenslek of een inbreuk op de beveiliging.

Par ailleurs, chaque cabinet a désigné un data steward comme personne de référence en la matière, et ce en parfaite coordination avec le DPO.

À ce jour, je ne suis pas en mesure de lister les autorités publiques et organismes publics qui ne répondent pas entièrement aux exigences du RGPD et/ou qui ne disposent pas d'un DPO.

Quant au cadastre des DPO des autorités publiques ou organismes publics relevant de la compétence et/ou de la tutelle de la COCOM, il est réalisé par l'Autorité de protection des données conformément à l'article 37.7 du RGPD. Ce cadastre n'est pas rendu public.

Concernant les services du Collège réuni (ci-après SCR), des transferts de données avec d'autres autorités publiques et organismes privés existent. Des conventions conclues depuis longtemps ont été adaptées pour répondre aux exigences du RGPD. Les autres informations demandées figurent dans notre registre de traitements qui n'est pas rendu public.

Toutefois, conformément à l'article 30.4 du RGPD, le registre de traitements est à la disposition de l'Autorité de protection des données sur demande de sa part.

Quant aux autorités publiques ou organismes publics relevant de la compétence et/ou de la tutelle de la COCOM, il leur appartient d'établir le registre de traitements contenant toutes les informations que vous demandez (Art.30 RGPD). Il n'y a pas de raison que les SCR détiennent ces informations.

Par ailleurs, notons que les accords de coopération concernant l'intégrateur de services régional et l'autorité statistique régionale ont été approuvés récemment et que des protocoles de collaboration ont été conclus entre les administrations des SCR et d'Iriscare.

Les données sensibles qui sont traitées par les SCR figurent dans le registre de traitement qui n'est pas rendu public.

Quant à la politique et aux procédures relatives à la fuite de données, une analyse d'impact a été réalisée pour les bases de données figurant dans notre registre de traitements.

En cas de fuites de données, les SCR suivent les exigences des lois applicables et du RGPD.

Enfin, les SCR n'ont enregistré aucune plainte pour non-respect de la vie privée, violation d'une obligation de secret ou encore une fuite de données ou brèche de sécurité.

Ministers bevoegd voor het Beleid inzake Bijstand aan Personen, het Gezinsbeleid en de Filmkeuring

Vraag nr. 170 van de heer Emin Özkara d.d. 18 september 2018 (Fr.) :

De functionaris voor gegevensbescherming of « Data Protection Officer » (DPO) en impact van de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVGB) op de OCMW's van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

Op 6 november 2017 heb ik u vragen gesteld over de functionaris voor gegevensbescherming of « Data Protection Officer » (DPO) en de impact van de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVGB) op de 19 OCMW's van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

Op 15 maart 2018, de datum waarop de aanvullende bijlage bij uw antwoord werd gepubliceerd, kan men vaststellen dat geen enkele van de 19 OCMW's van het Brussels Gewest volledig voldeed aan de vereisten van de AVGB en slechts 4 OCMW's van het Brussels Gewest (Sint-Agatha-Berchem, Etterbeek, Vorst en Elsene) over een DPO beschikken (zie tabel) ⁽¹⁾.

OCMW 15 maart 2018	Voldoet het OCMW al aan de vereisten van de AVGB?	Beschikt het OCMW over een DPO?
Anderlecht	Het dossier wordt geanalyseerd	Neen
Oudergem	Het OCMW beantwoordt nog niet aan de vereisten van de AVGB	Neen
Sint-Agatha-Berchem	Een stuurgroep houdt zich bezig met de aanpassing aan de vereisten	Ja
Brussel	Het OCMW beantwoordt nog niet helemaal aan de vereisten van de AVGB	Neen
Etterbeek	Het OCMW werkt actief om te voldoen aan de vereisten van de AVGB	Ja
Evere	Het OCMW beantwoordt nog niet helemaal aan de vereisten van de AVGB	Neen
Vorst	Het OCMW beantwoordt nog niet helemaal aan de vereisten van de AVGB	Ja
Ganshoren	Het OCMW beantwoordt nog niet helemaal aan de vereisten van de AVGB	Neen
Elsene	Het OCMW beantwoordt nog niet helemaal aan de vereisten van de AVGB	Ja
Jette	Er wordt een actieplan opgesteld	Neen

(1) <http://www.Parlement.brussels/webex-quest-det/?lang=nl&moncode=102881&base=2>, geraadpleegd op 9 september 2018.

Ministres compétents pour la Politique d'Aide aux Personnes, les Prestations familiales et le Contrôle des Films

Question n° 170 de M. Emin Özkara du 18 septembre 2018 (Fr.) :

Le délégué à la protection des données ou « Data Protection Officer » (DPO) et l'impact du Règlement général sur la Protection des données (RGPD) sur les CPAS de la Région de Bruxelles-Capitale.

En date du 6 novembre 2017, je vous questionnais au sujet du délégué à la protection des données ou « Data Protection Officer » (DPO) et de l'impact du Règlement général sur la Protection des Données (RGPD) sur les 19 Centres publics d'action sociale (CPAS) de la Région de Bruxelles-Capitale.

À la date du 15 mars 2018, date de publication de l'annexe à votre réponse complémentaire, on constate qu'aucun des 19 CPAS de la Région bruxelloise ne répondait entièrement aux exigences du RGPD et que seulement 4 CPAS de la Région bruxelloise (Berchem-Sainte-Agathe, Etterbeek, Forest et Ixelles) disposaient d'un DPO (voir tableau) ⁽¹⁾.

CPAS 15 mars 2018	Le CPAS répond-t-il déjà aux exigences du RGPD ?	Le CPAS dispose-t-il d'un DPO?
Anderlecht	Le dossier est en cours d'analyse	Non
Auderghem	Le CPAS ne répond pas encore aux exigences du RGPD	Non
Berchem-Sainte-Agathe	Un groupe de pilotage s'occupe des exigences	Oui
Bruxelles	Le CPAS ne répond pas encore entièrement aux exigences du RGPD	Non
Etterbeek	Le CPAS travaille activement pour répondre aux exigences	Oui
Evere	Le CPAS ne répond pas encore entièrement aux exigences du RGPD	Non
Forest	Le CPAS ne répond pas encore entièrement aux exigences du RGPD	Oui
Ganshoren	Le CPAS ne répond pas encore entièrement aux exigences du RGPD	Non
Ixelles	Le CPAS ne répond pas encore entièrement aux exigences du RGPD	Oui
Jette	En train d'établir un plan d'action	Non

(1) <http://www.parlement.brussels/webex-quest-det/?moncode=102881&base=2>, consulté le 9 septembre 2018

OCMW 15 maart 2018	Voldoet het OCMW al aan de vereisten van de AVGB?	Beschikt het OCMW over een DPO?
Koekelberg	Men zit in de fase van de inventarisering van de verwerkte gegevens	Neen
Sint-Jans-Molenbeek	Het OCMW beantwoordt nog niet helemaal aan de vereisten van de AVGB	Neen
Sint-Gillis	Het OCMW beantwoordt nog niet helemaal aan de vereisten van de AVGB	Neen
Sint-Joost-ten-Node	Men is bezig met de aanpassing	Neen
Schaerbeek	Het OCMW heeft een interne veiligheidsdienst opgericht die ermee belast is te voldoen aan de vereisten van de AVGB	Neen
Ukkel	Het OCMW beantwoordt nog niet helemaal aan de vereisten van de AVGB	Neen
Watermaal-Bosvoorde	De aanpassing gebeurt met steun van het CIBG	Neen
Sint-Lambrechts-Woluwe	Het OCMW beantwoordt nog niet helemaal aan de vereisten van de AVGB	Neen
Sint-Pieters-Woluwe	Het OCMW beantwoordt nog niet helemaal aan de vereisten van de AVGB	Neen

In uw antwoord dat op 15 maart 2018 werd gepubliceerd, hebt u ons eveneens meegedeeld dat de OCMW's zelf hun DPO aanstellen.

Zoals u al weet, is de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVGB)¹ van kracht geworden op 24 mei 2016. De ondernemingen, overheidsinstanties en overheidsorganen hadden tot 25 mei 2018 om te voldoen aan de vereisten van de AVGB. Onder de door de AVGB ingevoerde nieuwigheden vinden we de functie van de functionaris voor gegevensbescherming of « Data Protection Officer » (DPO). Artikel 37 van de AVGB bepaalt dat het verplicht is een DPO aan te stellen wanneer de verwerking wordt verricht door een overheidsinstantie of overheidsorgaan, ongeacht de gegevens die ze verwerken, behalve in het geval van gerechten bij de uitoefening van hun rechterlijke taken⁽²⁻³⁾.

Sinds 25 mei 2018 kan de niet-naleving van de artikelen 37, 38 en 39 van de AVGB worden gestraft met administratieve geldboetes die kunnen oplopen tot tien miljoen euro of, in het geval van een onderneming, tot twee procent van het totale mondiale omzetcijfer van het voorgaande boekjaar, waarbij het hoogste bedrag in aanmerking wordt genomen. Bovendien wordt het

(1) https://ec.europa.eu/commission/priorities/justice-and-fundamental-rights/data-protection/2018-reform-eu-data-protection-rules_nl, geraadpleegd op 9 september 2018.

(2) <https://www.gegevensbeschermingsautoriteit.be/algemene-verordening-gegevensbescherming>, geraadpleegd op 9 september 2018.

(3) De begrippen « overheidsinstantie » en « overheidsorgaan » worden niet omschreven in de AVGB. Die begrippen moeten in het licht van het Belgisch recht geïnterpreteerd worden.

CPAS 15 mars 2018	Le CPAS répond-t-il déjà aux exigences du RGPD ?	Le CPAS dispose-t-il d'un DPO?
Koekelberg	On est dans le stade de l'inventaire des données traitées	Non
Molenbeek-Saint-Jean	Le CPAS ne répond pas encore entièrement aux exigences du RGPD	Non
Saint Gilles	Le CPAS ne répond pas encore entièrement aux exigences du RGPD	Non
Saint-Josse-ten-Noode	La mise en œuvre est en cours	Non
Schaerbeek	Le CPAS a constitué un service interne en sécurité qui est chargé de s'occuper avec les exigences	Non
Uccle	Le CPAS ne répond pas encore entièrement aux exigences du RGPD	Non
Watermael-Boitsfort	La mise en place est en cours avec l'aide du CIRB	Non
Woluwe-Saint-Lambert	Le CPAS ne répond pas encore aux exigences du RGPD	Non
Woluwe-Saint-Pierre	Le CPAS ne répond pas encore entièrement aux exigences du RGPD	Non

Vous nous informiez également dans votre réponse publiée en date du 15 mars 2018 que ce sont les CPAS eux-mêmes qui désignent leur DPO.

Comme vous le savez déjà, le Règlement général sur la protection des données (RGPD)⁽¹⁾ est entré en vigueur le 24 mai 2016. Les entreprises, autorités publiques et organismes publics avaient jusqu'au 25 mai 2018 pour se plier aux exigences du RGPD. Parmi les nouveautés instaurées par le RGPD, la fonction de délégué à la protection des données ou « Data Protection Officer » (DPO). L'article 37 du RGPD prévoit qu'il est obligatoire de désigner un DPO lorsque le traitement est effectué par une autorité publique ou un organisme public quelles que soient les données qu'ils traitent, à l'exception des juridictions agissant dans l'exercice de leur fonction juridictionnelle⁽²⁻³⁾.

Depuis le 25 mai 2018, le non-respect des articles 37, 38 et 39 du RGPD fait l'objet d'amendes administratives pouvant s'élever jusqu'à dix millions d'euros ou, dans le cas d'une entreprise, jusqu'à deux pour cent du chiffre d'affaires mondial total de l'exercice précédent, le montant le plus élevé étant retenu. En outre, en cas de défaut d'information des personnes (articles 13

(1) https://ec.europa.eu/commission/priorities/justice-and-fundamental-rights/data-protection/2018-reform-eu-data-protection-rules_fr, consulté le 9 septembre 2018.

(2) <https://www.autoriteprotectiondonnees.be/reglement-general-sur-la-protection-des-donnees>, consulté le 9 septembre 2018

(3) Les notions « autorité publique » et « organisme public » ne sont pas définies dans le RGPD. Ces notions devront être interprétées à l'aune du droit belge.

maximum van die administratieve geldboetes verhoogd tot twintig miljoen euro en vier procent van het totale mondiale omzetcijfer van het voorgaande boekjaar ingeval de contactgegevens van de functionaris voor gegevensverwerking niet werden meegegeeld aan de betrokkenen (artikelen 13 en 14 van de AVGB).

In dat verband had ik u graag de volgende vragen gesteld :

1. Is er een kadaster van de DPO's van de 19 OCMW's opgemaakt? Staan de contactgegevens van de DPO's ter beschikking van de bevolking en de gebruikers van de OCMW's? Langs welke kanalen gebeurt die bekendmaking?
2. Voor elk van de 19 OCMW's van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, had ik u graag de volgende bijkomende vragen gesteld :
 - a) Voldoet het OCMW eindelijk helemaal aan de vereisten van de AVGB? Zo ja, sinds wanneer precies?
 - b) Is er een DPO aangesteld en thans officieel in functie? Wie is officieel belast met de functie van DPO: een personeelslid, het CIBG, iemand anders? Wat zijn de contactgegevens van de DPO?
 - c) Heeft het OCMW een beleid en procedures voor het beheer van gegevenslekken uitgewerkt en ingevoerd?
 - d) Werden er sinds 25 mei 2018 klachten wegens schending van de persoonlijke levenssfeer, schending van de geheimhoudingsplicht of gegevenslekken ingediend tegen het OCMW? Zo ja, hoeveel en op welke datums?

Antwoord : « De administratie (Brussel Plaatselijke Besturen) heeft de gegevens verzameld van de OCMW's betreffende uw vragen. In tabel 1, in bijlage (*), worden de antwoorden op de vragen 1. (beschikbaarheid gegevens DPO) en 2a. tot en met 2d. op beknopte wijze weergegeven. Voor de volledige antwoorden kunt u de overige tabellen, 2 tot en met 6, raadplegen, eveneens in bijlage.

Het is op dit moment niet voorzien om een echt kadaster te realiseren met de gegevens van de functionarissen voor gegevensbescherming (DPO), en deze op regelmatige basis up te daten; deze gegevens kunnen immers op eenvoudige wijze bij de OCMW's worden opgevraagd. De gegevens van de DPO's waarover wij beschikken, zullen door de administratie van BPB worden aangevuld en bewaard. »

() (De bijlage zal niet gepubliceerd worden, maar blijft ter beschikking voor raadpleging op de Griffie of via de website van het Parlement.)*

Vraag nr. 184 van mevr. Claire Geraets d.d. 8 februari 2019 (Fr.):

De Gewestelijke Cel voor het Opsporen en Creëren van Woningen.

et 14 du RGPD) sur les coordonnées du délégué, le plafond de ces amendes administratives est porté à vingt millions d'euros et quatre pour cent du chiffre d'affaires mondial total de l'exercice précédent.

Voici mes questions :

1. Un cadastre des DPO des 19 CPAS a-t-il été réalisé? Les coordonnées des DPO sont-elles à disposition du public et des usagers du CPAS? Via quels canaux a été effectuée cette publicité?
2. Pour chacun des 19 CPAS de la Région de Bruxelles-Capitale, je souhaiterais vous poser les questions supplémentaires suivantes :
 - a) Le CPAS répond-t-il enfin entièrement aux exigences du RGPD? Si oui, depuis quand précisément?
 - b) Un DPO a-t-il été désigné et est-il actuellement officiellement en fonction? Qui est officiellement en charge de la fonction de DPO: un membre du personnel, le CIRB, autre,...? Quels sont les coordonnées du DPO?
 - c) Le CPAS a-t-il élaboré et mis en place une politique et des procédures pour gérer les fuites de données?
 - d) Depuis le 25 mai 2018, des plaintes pour non-respect de la vie-privée, violation d'une obligation de secret ou fuites de données ont-elles été déposées à l'encontre du CPAS? Si oui, combien et quels sont les dates de dépôts de ces plaintes?

Réponse : « L'administration (Bruxelles Pouvoirs locaux) a récolté les données des CPAS relatives à vos demandes. Dans le tableau 1^{er}, en annexe (*), les réponses aux questions 1. (disponibilité données DPO) et 2a. à 2d. sont présentées d'une façon concise. Vous pouvez consulter les réponses complètes, dans les tableaux 2 à 6, également en annexe.

En ce moment, il n'est pas prévu de réaliser un vrai cadastre des coordonnées des délégués à la protection des données (DPO) et de le mettre à jour régulièrement; après tout, ces données sont à demander d'une façon simple aux CPAS. Les données des DPO dont nous disposons, seront complétées et conservées au niveau de l'administration. »

() (L'annexe ne sera pas publiée mais restera disponible pour consultation au Greffe ou via le site du Parlement.)*

Question n° 184 de Mme Claire Geraets du 8 février 2019 (Fr.):

Le dispositif Cellule bruxelloise Capteur et Créateur de logements.

Naar aanleiding van een schriftelijke vraag die in januari 2018 werd gesteld (vraag nr. 117), zei u mij dat de Gewestelijke Cel voor het Opsporen en Creëren van Woningen 4 woningen had kunnen laten betrekken in 2017.

Graag een antwoord op volgende vragen.

- Hoeveel woningen konden betrokken worden in 2018 ?
- Met behulp van hoeveel personeel ?
- In welke gemeenten ?

Antwoord : Ten eerste zijn er in 2018 20 personen en sinds het begin van het project 95 mensen opnieuw gehuisvest.

De projectverantwoordelijken schatten dat ze met 5 voltijdse equivalenten (VTE's) ongeveer 100 personen per jaar opnieuw kunnen huisvesten. Met 2,5 VTE's stijgt dit cijfer naar 50 personen per jaar.

Tot 16 januari 2019 telde de cel 2,8 VTE's. Sindsdien, en dankzij een verhoging van hun subsidie, is er een nieuwe voltijdse medewerker bij het team gekomen, waardoor het totale aantal VTE's dat aan deze functie is toegewezen op 3,8 komt. Deze personeelstoename moet een stijging van het jaarlijks aantal opnieuw gehuisveste daklozen mogelijk maken.

De Cel is, zonder uitzondering, actief op het hele grondgebied en in de 19 Brusselse gemeenten. Sinds de start van de Cel Woningzoeker en -Maker zijn daklozen in de volgende gemeenten opnieuw gehuisvest : Anderlecht, Brussel, Evere, Vorst, Ganshoren, Elsene, Jette, Laken, Molenbeek, Sint-Joost-ten-Node, Sint-Gillis, Schaarbeek, Ukkel en Sint-Lambrechts-Woluwe.

De verantwoordelijken beschikken niet over statistieken over de verdeling per gemeente, maar deze informatie werd hen gevraagd na ontvangst van uw schriftelijke vraag. Ze zal worden opgenomen in het jaarverslag dat de vereniging elk jaar aan diensten van de GGC aflevert.

Suite à une question écrite posée en janvier 2018 (question n° 117) vous m'avez indiqué que le dispositif Cellule bruxelloise Capteur et Créateur de Logements avait permis 4 mises en logement en 2017.

Pouvez-vous répondre aux questions suivantes :

- Combien de mises en logement ont-elles été effectuées en 2018 ?
- Avec quel dispositif en termes de personnel ?
- Sur quelles communes ?

Réponse : Tout d'abord, 20 personnes ont été remises en logement en 2018 et 95 personnes depuis le début du projet.

Les responsables du projet estiment qu'avec 5 équivalents plein temps (ETP), ils pourraient remettre en logement une centaine de personnes par an. Avec 2,5 ETP, ce chiffre passe à 50 personnes par an.

Jusqu'au 16 janvier 2019, la cellule comptait 2,8 ETP. Depuis cette date et à la faveur d'une augmentation de leur subvention, un nouveau collaborateur plein temps a rejoint l'équipe, ce qui amène le total des ETP affectés à cette fonction à 3,8. Cette augmentation du personnel devrait permettre un accroissement des sans-abris relogés annuellement.

La Cellule travaille sur l'ensemble du territoire et au niveau des 19 communes bruxelloises, sans exception. Depuis le lancement de la cellule Capteur et Créateur de Logements, les sans-abris ont été relogés dans les communes suivantes : Anderlecht, Bruxelles, Evere, Forest, Ganshoren, Ixelles, Jette, Laeken, Molenbeek, Saint-Josse, Saint-Gilles, Schaerbeek, Uccle et Woluwe-Saint-Lambert.

Les responsables ne disposent pas de statistiques sur les répartitions par communes, mais cette information leur a été demandée dès réception de votre question écrite. Elle sera intégrée au rapport annuel que l'association fournit aux services de la COCOM chaque année.

Datum Date	Vraag nr. Question n°	Auteur	Voorwerp Objet	Bladzijde Page
* Vraag zonder antwoord ○ Vraag met voorlopig antwoord ** Vraag met antwoord De vragen waarop het antwoord al in een vorig Bulletin werd gepubliceerd worden niet in dit zaakregister vermeld.			* Question sans réponse ○ Question avec réponse provisoire ** Question avec réponse Les questions dont la réponse a été publiée dans un Bulletin antérieur ne figurent plus dans le présent sommaire.	
Ministers bevoegd voor het Gezondheidsbeleid, het Openbaar Ambt, de Financiën, de Begroting en de Externe Betrekkingen Ministres compétents pour la Politique de la Santé, la Fonction publique, les Finances, le Budget et les Relations extérieures				
13.05.2015	18	Elke Roex	* Het aantal mensen jonger dan 60 jaar in de Brusselse woonzorgcentra. Le nombre de personnes de moins de 60 ans séjournant dans les maisons de repos bruxelloises.	3
23.05.2017	112	Bernard Clerfayt	* De kosten voor het gedetacheerd personeel van de besturen. Les couts du personnel détaché des administrations.	3
07.02.2019	205	Sevket Temiz	** De opsporing van seksueel overdraagbare aandoeningen bij personen van 50 en ouder. Le dépistage des infections sexuellement transmissibles chez les personnes âgées de 50 ans et plus.	8
20.02.2019	206	Gaëtan Van Goidsenhoven	** <i>De gezondheidsrisico's veroorzaakt door duivenstront in de stad.</i> <i>Les risques sanitaires imputables aux déjections de pigeons en milieu urbain.</i>	9
18.03.2019	207	Abdallah Kanfaoui	** <i>De investering van de Koning Boudewijnstichting in de hervorming van de thuiszorgverlening.</i> <i>L'investissement de la Fondation Roi Baudouin dans la réforme des soins de santé à domicile.</i>	12
18.03.2019	208	Abdallah Kanfaoui	** <i>Het aanbod aan zorgverlening in Brussel voor de patiënten met een dubbele diagnose.</i> <i>L'offre de soins à Bruxelles pour les patients concernés par le double diagnostic.</i>	15
18.03.2019	209	David Weytsman	** <i>De artificiële intelligentie in de gezondheidssector.</i> <i>L'intelligence artificielle dans le secteur santé.</i>	19
05.04.2019	210	Nadia El Yousfi	** <i>Het « Health Status Report » van het Belgisch instituut voor gezondheid.</i> <i>Le rapport « Health Status Report » de l'Institut belge pour la santé.</i>	23
30.04.2019	211	Liesbet Dhaene	** <i>De werking van de Brusselse wachtdienst.</i> <i>Le fonctionnement de la garde bruxelloise.</i>	27
06.05.2019	212	Emin Özkara	** <i>Gevolgen van de Data Protection Officer (DPO) en de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) voor de overheden en openbare instellingen die onder uw bevoegdheid of toezicht vallen.</i> <i>L'impact du Délégué à la protection des données ou « Data Protection Officer » (DPO) et du règlement général sur la protection des données (RGPD) sur les autorités publiques et organismes publics relevant de vos compétences ou de votre tutelle.</i>	31

Datum Date	Vraag nr. Question n°	Auteur	Voorwerp Objet	Bladzijde Page
* Vraag zonder antwoord ○ Vraag met voorlopig antwoord ** Vraag met antwoord De vragen waarop het antwoord al in een vorig Bulletin werd gepubliceerd worden niet in dit zaakregister vermeld.			* Question sans réponse ○ Question avec réponse provisoire ** Question avec réponse Les questions dont la réponse a été publiée dans un Bulletin antérieur ne figurent plus dans le présent sommaire.	
06.05.2019	213	Emin Özkara	** <i>Gevolgen van de Data Protection Officer (DPO) en de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) voor de overheden en openbare instellingen die onder uw bevoegdheid of toezicht vallen.</i> <i>L'impact du Délégué à la protection des données ou « Data Protection Officer » (DPO) et du règlement général sur la protection des données (RGPD) sur les autorités publiques et organismes publics relevant de vos compétences ou de votre tutelle.</i>	33
Ministers bevoegd voor het Beleid inzake Bijstand aan Personen, het Gezinsbeleid en de Filmkeuring Ministres compétents pour la Politique d'Aide aux Personnes, les Prestations familiales et le Contrôle des Films				
18.09.2018	170	Emin Özkara	** De functionaris voor gegevensbescherming of «Data Protection Officer» (DPO) en impact van de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVGB) op de 19 OCMW's van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Le délégué à la protection des données ou « Data Protection Officer » (DPO) et l'impact du Règlement général sur la Protection des données (RGPD) sur les CPAS de la Région de Bruxelles-Capitale.	36
08.02.2019	184	Claire Geraets	** De Gewestelijke Cel voor het Opsporen en Creëren van Woningen. Le dispositif Cellule bruxelloise Capteur et Créateur de logements.	38
26.04.2019	186	Kenza Yacoubi	* <i>Toepassing van de ordonnantie betreffende de daklozen en doorverwijzingsopdracht van Bruss'Help.</i> <i>L'application de l'ordonnance relative au sans-abrisme et au rôle d'orientation de Bruss'Help.</i>	4
06.05.2019	187	Emin Özkara	* <i>Gevolgen van de Data Protection Officer (DPO) en de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) voor de overheden en openbare instellingen die onder uw bevoegdheid of toezicht vallen.</i> <i>L'impact du Délégué à la protection des données ou « Data Protection Officer » (DPO) et du règlement général sur la protection des données (RGPD) sur les autorités publiques et organismes publics relevant de vos compétences ou de votre tutelle.</i>	4
06.05.2019	188	Emin Özkara	* <i>Gevolgen van de Data Protection Officer (DPO) en de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) voor de overheden en openbare instellingen die onder uw bevoegdheid of toezicht vallen.</i> <i>L'impact du Délégué à la protection des données ou « Data Protection Officer » (DPO) et du règlement général sur la protection des données (RGPD) sur les autorités publiques et organismes publics relevant de vos compétences ou de votre tutelle.</i>	6