



**PARLEMENT BRUXELLOIS
BRUSSELS PARLEMENT**

**ASSEMBLÉE RÉUNIE
DE LA COMMISSION
COMMUNAUTAIRE COMMUNE**

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

Commission de la Santé

**RÉUNION DU
MERCREDI 31 JANVIER 2018**

**VERENIGDE VERGADERING
VAN DE GEMEENSCHAPPELIJKE
GEMEENSCHAPSCOMMISSIE**

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

Commissie voor de Gezondheid

**VERGADERING VAN
WOENSDAG 31 JANUARI 2018**

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

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

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

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

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

De verslagen kunnen geconsulteerd worden op
www.parlement.brussels

SOMMAIRE**INTERPELLATION** 7

Interpellation de Mme Catherine Moureaux

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

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

concernant "le manque de médecins généralistes dans certains quartiers".

Discussion – Orateurs : 9

Mme Liesbet Dhaene (N-VA)

M. Michaël Vossaert (DéFI)

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni

Mme Catherine Moureaux (PS)

QUESTION ORALE 19

Question orale de Mme Claire Geraets

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

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

concernant "les conséquences de la mise en faillite de la maison de repos et de soins Bergamote".

INHOUD**INTERPELLATIE** 7

Interpellatie van mevrouw Catherine Moureaux

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

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

betreffende "het tekort aan huisartsen in sommige wijken".

Bespreking – Sprekers: 9

Mevrouw Liesbet Dhaene (N-VA)

De heer Michaël Vossaert (DéFI)

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College

Mevrouw Catherine Moureaux (PS)

MONDELINGE VRAAG 19

Mondelinge vraag van mevrouw Claire Geraets

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

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

betreffende "de gevolgen van het faillissement van het rust- en verzorgingstehuis Bergamote".

INTERPELLATIONS	22	INTERPELLATIES	22
Interpellation de Mme Caroline Désir	22	Interpellatie van mevrouw Caroline Désir	22
à M. Guy Vanhengel, membre du Collège réuni, compétent pour la Politique de la santé, la Fonction publique, les Finances, le Budget et les Relations extérieures,		tot de heer Guy Vanhengel, lid van het Verenigd College, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid, het Openbaar Ambt, de Financiën, de Begroting en de Externe Betrekkingen,	
et à M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni, compétent pour la Politique de la santé, la Fonction publique, les Finances, le Budget et les Relations extérieures,		en tot de heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid, het Openbaar Ambt, de Financiën, de Begroting en de Externe Betrekkingen,	
concernant "la création d'un centre pluridisciplinaire dédié aux violences faites aux femmes".		betreffende "een nieuw pluridisciplinair centrum voor geweld tegen vrouwen".	
Discussion – Orateurs :	24	Bespreking – Sprekers:	24
Mme Magali Plovie (Ecolo)		Mevrouw Magali Plovie (Ecolo)	
Mme Fatoumata Sidibé (DéFI)		Mevrouw Fatoumata Sidibé (DéFI)	
M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni		De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College	
Mme Caroline Désir (PS)		Mevrouw Caroline Désir (PS)	
Interpellation de Mme Isabelle Emmery	30	Interpellatie van mevrouw Isabelle Emmery	30
à M. Guy Vanhengel, membre du Collège réuni, compétent pour la Politique de la santé, la Fonction publique, les Finances, le Budget et les Relations extérieures,		tot de heer Guy Vanhengel, lid van het Verenigd College, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid, het Openbaar Ambt, de Financiën, de Begroting en de Externe Betrekkingen,	
et à M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni, compétent pour la Politique de la santé, la Fonction publique, les Finances, le Budget et les Relations extérieures,		en tot de heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid, het Openbaar Ambt, de Financiën, de Begroting en de Externe Betrekkingen,	
concernant "la situation dans les hôpitaux bruxellois concernant les IRM".		betreffende "de toestand in de Brusselse ziekenhuizen betreffende de MRS".	
Discussion – Orateurs :	32	Bespreking – Sprekers:	32
M. Michaël Vossaert (DéFI)		De heer Michaël Vossaert (DéFI)	
M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni		De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College	
Mme Isabelle Emmery (PS)		Mevrouw Isabelle Emmery (PS)	

Interpellation de M. André du Bus de Warnaffe	36	Interpellatie van de heer André du Bus de Warnaffe	36
à M. Guy Vanhengel, membre du Collège réuni, compétent pour la Politique de la santé, la Fonction publique, les Finances, le Budget et les Relations extérieures,		tot de heer Guy Vanhengel, lid van het Verenigd College, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid, het Openbaar Ambt, de Financiën, de Begroting en de Externe Betrekkingen,	
et à M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni, compétent pour la Politique de la santé, la Fonction publique, les Finances, le Budget et les Relations extérieures,		en tot de heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid, het Openbaar Ambt, de Financiën, de Begroting en de Externe Betrekkingen,	
concernant "l'obligation de la prescription électronique".		betreffende "het verplichte elektronische voorschrift".	
Discussion – Orateurs :	38	Bespreking – Sprekers:	38
M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni		De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College	
M. André du Bus de Warnaffe (cdH)		De heer André du Bus de Warnaffe (cdH)	
Interpellation de Mme Simone Susskind	42	Interpellatie van mevrouw Simone Susskind	42
à M. Guy Vanhengel, membre du Collège réuni, compétent pour la Politique de la santé, la Fonction publique, les Finances, le Budget et les Relations extérieures,		tot de heer Guy Vanhengel, lid van het Verenigd College, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid, het Openbaar Ambt, de Financiën, de Begroting en de Externe Betrekkingen,	
et à M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni, compétent pour la Politique de la santé, la Fonction publique, les Finances, le Budget et les Relations extérieures,		en tot de heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid, het Openbaar Ambt, de Financiën, de Begroting en de Externe Betrekkingen,	
concernant "les difficultés rencontrées par les proches des personnes en situation de grande dépendance et leur prise en charge par les institutions médicales ou paramédicales".		betreffende "de problemen van de naasten van personen die in grote mate afhankelijk zijn en hun opname in medische of paramedische centra".	
QUESTIONS ORALES	42	MONDELINGE VRAGEN	42
Question orale de M. Zahoor Ellahi Manzoor	42	Mondelinge vraag van de heer Zahoor Ellahi Manzoor	42
à M. Guy Vanhengel, membre du Collège réuni, compétent pour la Politique de la santé, la Fonction publique, les Finances, le Budget et les Relations extérieures,		aan de heer Guy Vanhengel, lid van het Verenigd College, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid, het Openbaar Ambt, de Financiën, de Begroting en de Externe Betrekkingen,	
et à M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni, compétent pour la Politique de la santé,		en aan de heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College, bevoegd voor het Gezond-	

la Fonction publique, les Finances, le Budget et les Relations extérieures,

concernant "la politique de lutte contre le diabète et le diabète gestationnel".

Question orale de M. André du Bus de Warnaffe 48

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

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

concernant "la vaccination des personnes âgées contre la grippe".

Question orale de M. Gaëtan Van Goidsenhoven 52

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

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

concernant "la nouvelle réglementation portant sur le transport médico-sanitaire non urgent".

heidsbeleid, het Openbaar Ambt, de Financiën, de Begroting en de Externe Betrekkingen,

betreffende "het beleid in de strijd tegen diabetes en zwangerschapsdiabetes".

Mondelinge vraag van de heer André du Bus de Warnaffe 48

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

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

betreffende "de inenting van de bejaarden tegen de griep".

Mondelinge vraag van de heer Gaëtan Van Goidsenhoven 52

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

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

betreffende "de nieuwe regelgeving inzake niet-dringend medisch vervoer".

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

INTERPELLATION

Mme la présidente.- L'ordre du jour appelle l'interpellation de Mme Moureaux.

INTERPELLATION DE MME CATHERINE MOUREAUX

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

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

concernant "le manque de médecins généralistes dans certains quartiers".

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

La parole est à Mme Moureaux.

Mme Catherine Moureaux (PS).- Mme Denise Deliège, professeure honoraire de l'Université de Liège et spécialiste de la question de l'évolution du personnel médical et paramédical en Belgique francophone, a eu l'occasion d'attirer notre attention à de nombreuses reprises sur l'évolution de la densité médicale en cabinet. Récemment, elle nous a alertés sur les premiers signes de pénurie de médecins généralistes à Bruxelles.

Depuis 1994, nous assistons à une diminution de 24% de la possibilité de consulter un généraliste. Cette chute s'expliquerait en grande partie par l'évolution démographique et le boom que nous

INTERPELLATIE

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

INTERPELLATIE VAN MEVROUW CATHERINE MOUREAUX

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

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

betreffende "het tekort aan huisartsen in sommige wijken".

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

Mevrouw Moureaux heeft het woord.

Mevrouw Catherine Moureaux (PS) *(in het Frans).*- Denise Deliège, professor aan de Universiteit van Luik, waarschuwt ons voor een tekort aan huisartsen in Brussel. Dat concludeert zij uit het feit dat sinds 1994 de mogelijkheid om een huisarts te raadplegen, met 24% is gedaald. De daling zou te wijten zijn aan de demografische evolutie. Bovendien namen in 1994 huisartsen van boven de vijftig jaar minder dan 30% van het werk in alle Brusselse gemeenten voor hun rekening, terwijl dat percentage in 2015 al bereikt wordt voor de gemeenten Schaarbeek en Molenbeek alleen.

traversons aujourd'hui encore.

Un autre phénomène qui se greffe sur le premier est celui des généralistes vieillissants. En 1994, toutes les communes bruxelloises comptaient moins de 30% d'activités exercées par des généralistes de 50 ans ou plus. Vingt ans plus tard, en 2015, un retournement total de la tendance s'observe, puisque seules deux communes - Schaerbeek et Molenbeek - voient moins de 50% d'activités exercées par des généralistes de 50 ans ou plus. Le record est atteint à Uccle, où 80% de l'activité est assurée par des généralistes de plus de 50 ans.

Les éléments semblent donc réunis pour assister à une pénurie de médecins généralistes, sans parler ici du dossier des quotas dans le cadre des études de médecine, qui nous a particulièrement occupés il y a peu de temps. Le dernier avant-projet de loi de la ministre Maggie De Block avait en effet suscité une procédure en conflit d'intérêts dans le chef des francophones bruxellois. Celui-ci est en train de se clôturer, sans consensus sur un nouvel accord. Il déboucherait, selon nous, sur un fondement dans la loi du déséquilibre communautaire sur la question et des flux perpétuels de centaines de médecins du côté francophone vers le côté néerlandophone du pays.

Les perspectives ne sont donc pas réjouissantes dans ce dossier.

Au niveau de l'approche par quartier ou par commune, on constate également que la densité médicale n'est pas la même dans toutes les communes bruxelloises. Selon des chiffres récents, dans les deux Woluwe, on recense 15 à 17,5 cabinets équivalents temps plein (ETP) pour 10.000 habitants, tandis qu'à Koekelberg et à Saint-Josse, la densité en 2015 était de respectivement de 6,1 et 7,2 cabinets ETP par 10.000 habitants, soit la moitié. La différence est donc très importante entre les communes.

Mi-octobre 2017, vous avez annoncé une étude par quartier. Cette étude, que vous avez commandée à l'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale, est très fouillée et intègre de nombreux paramètres. Elle tient compte du degré d'activité et de l'âge des médecins en activité, ainsi que d'une analyse des besoins de la

Intussen hebben de Franstalige Brusselaars het belangenconflict ingeroepen voor het meest recente voorontwerp van wet van federaal minister van Volksgezondheid De Block in verband met de quota in het kader van de studie geneeskunde. De afkoelingsperiode is bijna voorbij zonder een akkoord, wat volgens ons alleen maar voeding kan geven aan een communautair onevenwicht en zal leiden tot de overstap van honderden Franstalige huisartsen naar het Nederlandstalige deel van het land. De vooruitzichten zijn dus niet schitterend.

Recente cijfergegevens tonen ook aan dat de artsen niet evenredig zijn verspreid per gemeente en wijk.

Eind vorig jaar hebt u op grond van uw bevoegdheid voor de financiële steun aan startende huisartsen via Impulsemaatregelen bij het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad een studie besteld die rekening houdt met onder andere de activiteitsgraad, de leeftijd van de actieve huisartsen en een analyse van de behoeften van de bevolking per wijk. U kunt nu immers de vestiging van artsen promoten in wijken die er behoefte aan hebben. In welke fase bevindt de studie zich? Welke wijken zijn het slechts bedeed qua huisartsen?

De voorzitter van de Fédération des Associations de Médecins Généralistes de Bruxelles (FAMGB) zou samen met het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van het Brussels Gewest de exacte gegevens van de medische kabinetten in kaart hebben gebracht. Volgens hem bevatten sommige zones onvoldoende huisartsen om aan de behoeften van de bevolking te voldoen.

Zijn uw vaststellingen dezelfde? Gaat het om dezelfde studie? Welke maatregelen worden er overwogen om het gebrek aan huisartsen in de wijken, nu en in de toekomst, op te vangen?

population.

Vous avez commandé cette étude car, depuis la dernière réforme de l'État, vous êtes en charge des incitants financiers à l'installation des médecins, notamment par le biais des mesures Impulseo. Vous disposez ainsi d'une enveloppe budgétaire pour faciliter l'installation de jeunes médecins ou de médecins transfuges dans les quartiers qui en ont besoin. Où en est cette étude ? Quels sont les quartiers les plus mal lotis ?

Le président de la Fédération des associations de médecins généralistes de Bruxelles (FAMGB) a déclaré avoir réalisé, avec l'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale, une carte comprenant des données précises sur les cabinets médicaux. Selon lui, certains quartiers restent trop peu couverts par rapport aux besoins de la population.

Faites-vous les mêmes constats ? S'agit-il de la même étude ? Quelles sont les pistes ou mesures envisagées pour faire face à une pénurie future dans notre Région et aux déficits déjà existants dans certains de nos quartiers ?

Discussion

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

Mme Liesbet Dhaene (N-VA) *(en néerlandais).*- *On constate également un manque de médecins généralistes néerlandophones à Bruxelles, notamment en raison du vieillissement de la profession.*

Or le seul poste médical de garde composé de médecins trilingues et reconnu par la Flandre à Bruxelles doit désormais choisir entre clôturer ses comptes ou rejoindre l'organisation Garde Bruxelloise - Brusselse Wachtdienst (GBBW), agréée par la Cocom. Sachant l'importance de recevoir des soins dans sa langue, la disparition de ce poste de garde est regrettable pour les Flamands de Bruxelles, d'autant plus qu'il était situé à un endroit où sa nécessité est réelle, à savoir près du Centre hospitalier interrégional Edith Cavell (Chirec).

Bespreking

Mevrouw de voorzitter.- Mevrouw Dhaene heeft het woord.

Mevrouw Liesbet Dhaene (N-VA).- Er is ook een tekort aan Nederlandstalige huisartsen in Brussel. Dat is onder meer te wijten aan de vergrijzing. Oudere huisartsen worden onvoldoende vervangen door jongere.

Nederlandstalige artsen in Brussel spreken doorgaans Frans en vaak ook Engels. Toch is het ook voor de Nederlandstalige Brusselaars belangrijk om geneeskundige verzorging te krijgen in hun taal. De enige door Vlaanderen erkende huisartsenwachtpost in Brussel, waarvan alle artsen drietaling zijn, wordt nu voor de keuze gesteld: ofwel de boeken sluiten, ofwel toetreden tot de door de GGC erkende organisatie Garde Bruxelloise - Brusselse Wachtdienst (GBBW). Het is jammer voor de Vlamingen in Brussel dat deze wachtpost verdwijnt. Bovendien zat die op een locatie waar werkelijk behoefte is aan zo'n

Vos mesures visant à attirer des médecins généralistes à Bruxelles sont-elles bien destinées aux deux communautés linguistiques ?

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

M. Michaël Vossaert (DéFI).- Comment les besoins futurs en termes de santé, c'est-à-dire les besoins en médecins généralistes et spécialistes à Bruxelles, sont-ils analysés ? Des prévisions existent-elles ?

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

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Nous avons effectivement commandé une étude par quartier à l'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale, afin de déterminer quelles sont les zones qui doivent bénéficier prioritairement des mesures de soutien à la médecine générale. Cette étude est presque finalisée.

Elle a pour ambition de prendre en considération non seulement le nombre de médecins généralistes en activité par quartier - par sexe, âge et type de pratique -, mais également le niveau socio-économique et la démographie de la population.

Les premiers résultats ont été présentés le 7 décembre dernier aux cabinets de M. Vanhengel et moi-même, en présence de nos partenaires, la Fédération des associations de médecins généralistes de Bruxelles (FAMGB) et son équivalent néerlandophone, le Brusselse Huisartsenkring (BHAK).

Il importe de souligner que nous sommes parvenus, à Bruxelles, à mettre en place un seul service de garde bilingue. Nonobstant l'opposition de certains médecins néerlandophones, très minoritaires, nous avons toujours eu la volonté de collaborer. C'est ensemble que les médecins généralistes francophones et néerlandophones ont construit leur système de garde. L'option de deux

wachtpost, namelijk dicht bij het Centre hospitalier interrégional Edith Cavell (Chirec), waarmee een samenwerking perfect mogelijk was.

Zijn uw maatregelen om huisartsen aan te trekken wel tot beide taalgemeenschappen gericht? U moet immers niet alleen Franstalige, maar ook Nederlandstalige huisartsen naar Brussel halen.

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

De heer Michaël Vossaert (DéFI) (in het Frans).- *Is al becijferd hoeveel huisartsen en specialisten er in de toekomst nodig zullen zijn in Brussel? Waarop zijn de prognoses gebaseerd?*

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

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College (in het Frans).- *We hebben een studie besteld bij het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad om per wijk na te gaan waar de huisartsenij een steuntje in de rug kan gebruiken. In die studie, die nog loopt, wordt niet alleen gekeken naar het aantal huisartsen in de omgeving, maar ook naar het sociaal-economische profiel en de demografie van de bevolking.*

Op 7 december werden minister Vanhengel en mezelf de eerste resultaten voorgesteld, in aanwezigheid van de Brusselse Huisartsenkring (BHAK) en de Fédération des associations de médecins généralistes de Bruxelles (FAMGB).

Overigens zijn wij er in Brussel in geslaagd om, ondanks de bezwaren van een handvol Nederlandstalige artsen, een gemeenschappelijke, tweetalige medische wachtdienst op te richten.

Na de toelichting van de studie hebben we het observatorium om bijkomende analyses en de verfijning van een aantal parameters gevraagd.

Ik wil immers niet louter de federale norm van 9 artsen per 10.000 inwoners toepassen om te bepalen of er een tekort is, maar ook nagaan in welke wijken er door de demografische of sociaal-economische structuur een grotere behoefte aan

systemes séparés n'est, à notre sens, pas bonne. Je laisse toutefois à la N-VA le soin d'avoir d'autres stratégies.

À la suite de la présentation de l'étude à nos cabinets, nous avons demandé à l'observatoire d'effectuer des analyses complémentaires et d'affiner certains paramètres.

En effet, l'idée n'est pas seulement d'appliquer la norme fédérale de neuf médecins par 10.000 habitants pour déterminer s'il y a pénurie ou non. Il s'agit également d'affiner l'analyse et de déterminer quels sont les quartiers qui, par leur structure démographique (plus ou moins de personnes âgées) ou socio-économique (plus ou moins de précarité), auraient davantage besoin de médecins généralistes.

Le 20 février prochain, toujours en collaboration avec la FAMGB et le BHAK, les grandes tendances de l'étude, ainsi qu'une synthèse des études existantes concernant les motivations d'installation des jeunes médecins généralistes, seront présentées en priorité aux représentants des jeunes médecins qui font leur assistantat en médecine générale à Bruxelles. L'objectif est d'initier le débat le plus en amont possible, pour susciter les vocations de généralistes, ainsi que de sonder les éléments de motivation et de recenser les difficultés à l'installation.

Une discussion avec les structures d'appui d'Impulseo est également prévue en mars. Ce n'est qu'au terme de ces rencontres et discussions que nous pourrions mettre définitivement fin à cette étude et la rendre publique.

Pour rappel, les structures d'appui sont les organisations qui aident gratuitement les médecins à introduire leur dossier de demande d'aide financière auprès de l'administration et en assurent le suivi jusqu'à son aboutissement, libérant ainsi les médecins de toute tracasserie administrative. Ces structures sont donc directement en contact avec les médecins et connaissent bien leurs besoins et l'évolution de ceux-ci, depuis la mise en place de ce type de mesures par le pouvoir fédéral.

En d'autres termes, au-delà de l'étude, nous allons mener également un travail de sensibilisation et de

huisartsen is.

Op 20 februari worden de krachtlijnen uit de studie samen met een samenvatting van de bestaande studies over de redenen waarom jonge huisartsen zich ergens willen vestigen, voorgesteld aan de vertegenwoordigers van jonge huisartsen die als assistent-huisarts in Brussel werken. Het is de bedoeling om te peilen bij jongeren naar de redenen om zich als huisarts te vestigen en de daarbij ondervonden moeilijkheden, en hen te stimuleren om huisarts te worden.

In maart volgt er een bespreking met de Impulseo-ondersteuningsstructuren. Die helpen artsen gratis bij de indiening van een aanvraag voor financiële steun. Zij volgen dat dossier tot het volledig is afgerond, zodat de arts zich niet met de administratie bezig hoeft te houden. De structuren hebben rechtstreeks contact met de artsen en kennen hun behoeften en de evolutie daarvan sinds de federale overheid de Impulseo-maatregelen invoerde. Daarna kan de studie worden afgerond en openbaar gemaakt.

Ik werk dus aan bewustmaking en erkenning om de lijnen van het beleid te kunnen uitzetten en een antwoord te kunnen bieden op de uitdagingen die uit de studie blijken.

Daarnaast komt er een ontmoeting met de verantwoordelijken van het Centre de coordination francophone pour la formation en médecine générale (CCFFMG) en het Inter-universitair Centrum voor HuisartsenOpleiding (ICHO).

Op basis van de studie en concrete opmerkingen van de spelers op het terrein zal ik de gepaste maatregelen nemen. De resultaten van de studie worden eind april bekendgemaakt.

De spreiding van de huisartsen over de wijken varieert sterk, net als de behoefte aan zorg. Het klopt dat de huisartsen vergrijzen: 30,2% van hen is tussen 55 en 64 jaar oud. In 2017 waren er in het gewest 1.468 huisartsen actief, dat is er ongeveer 1 per 812 inwoners. Volgens de federale regel is er dus geen tekort aan huisartsen in Brussel.

Als we de cijfers echter in detail bekijken, dan zien

reconnaissance (identification des obstacles, mesures à prendre pour réorienter nos politiques) dans le but de définir les premières orientations politiques et de répondre aux enjeux déterminants que soulèvera l'étude.

Nous planifions en outre une rencontre avec les responsables du Centre de coordination francophone pour la formation en médecine générale et son homologue néerlandophone, l'Interuniversitair Centrum voor Huisartsen-Opleiding. Ceci répond à l'argument avancé par Mme Dhaene.

Les conclusions de l'étude et les éléments concrets apportés par le terrain nous permettront alors de mettre en place les mesures les plus adaptées. Les résultats complets de l'étude, ainsi que les nouvelles mesures, seront rendus publics fin avril. Un peu de patience.

Vous me demandez quels sont les quartiers les plus mal lotis. La densité médicale est très variable en fonction des zones, de même que les besoins en soins. Il est important de souligner en effet que la population de médecins généralistes est vieillissante, avec 30,2% de généralistes entre 55 et 64 ans. En 2017, sur le territoire de la Région, 1.468 médecins généralistes étaient actifs, ce qui signifie qu'il y avait environ un généraliste pour 812 habitants. Il n'y aurait donc pas, selon la règle fédérale, de manque de généralistes à Bruxelles.

Toutefois, si on étudie les chiffres dans le détail, on constate qu'il existe de grandes différences entre les quartiers. Les pratiques de groupe, qui semblent être le choix préférentiel des jeunes médecins, ne sont pas également réparties sur le territoire et une part importante des médecins âgés est concentrée géographiquement dans la périphérie et le Sud-Est de la Région. Comme je l'ai annoncé plus haut, la réponse précise à votre question sera apportée par l'étude de l'observatoire, dont les résultats complets seront disponibles fin avril.

Vous me demandez également quelles sont les pistes envisagées pour faire face à une pénurie future dans notre Région et aux déficits existants dans certains de nos quartiers.

we grote verschillen tussen de wijken. De groepspraktijken, waar jonge artsen vaak voor kiezen, zijn ongelijk gespreid over het grondgebied. Bovendien is een aanzienlijk deel van de oudere artsen gevestigd in de rand en het zuidoosten van het gewest. Meer details daarover kan ik u eind april geven, wanneer de resultaten van de studie beschikbaar zijn.

Om te voorkomen dat Brussel met een tekort aan huisartsen te maken krijgt en om het bestaande tekort in bepaalde wijken weg te werken, namen de heer Vanhengel en ik al een aantal maatregelen. Misschien volstaan die niet en moeten ze worden aangepast, maar dat neemt niet weg dat we voorafgaand aan de studie al een aantal maatregelen namen.

Zo trokken we de vestigingspremie voor huisartsen op en verhoogden we de tussenkomst in de loonlasten voor de medewerker van de huisarts. Ten slotte draagt het gewest ook bij in de kosten van het medisch secretariaat op afstand.

Er is duidelijk behoefte aan die steun: in 2016 vroegen 35 artsen een vestigingspremie aan, in 2017 waren dat er 47. Voor de loonlasten en het secretariaat op afstand werd in 2016 aan 95 artsen steun toegekend en in 2017 aan 164 artsen.

De aanvragen om steun, in het bijzonder voor administratieve hulp, stijgen dus. Uiteraard zullen we daar bij de uitwerking van het nieuwe systeem rekening mee houden.

Overigens blijkt uit de eerste analyses dat 86,4% van de huisartsen tussen 25 en 34 jaar in een groepspraktijk werkt. Het is dus wellicht een goed idee om ondersteuningsmaatregelen voor de vestiging van een groepspraktijk uit te werken, tenzij zou blijken dat groepspraktijken geen goede resultaten opleveren.

Ik wacht de resultaten van de studie af vooraleer ik de nieuwe maatregelen in detail uitwerk.

De twee gemeenschappen werkten mee aan de studie. Er is dan ook geen sprake van welke breuk dan ook.

Laat het duidelijk zijn dat ik maatregelen wil blijven nemen om jonge artsen ervan te overtuigen

D'abord, je voudrais rappeler les mesures en cours sur l'ensemble du territoire bruxellois. Mon collègue Vanhengel et moi-même n'avons pas attendu cette étude, puisque nous connaissons tous intuitivement ces données. Nous aurions pu nous retrancher derrière le fait que nous attendions les résultats de l'étude avant de prendre des mesures. Nous avons anticipé, mais peut-être les mesures que nous avons mis en place ne sont-elles pas encore suffisamment probantes et devront-elles être recalibrées. Au moins aurons-nous le bénéfice d'avoir anticipé.

Nous avons donc revu la prime d'installation de 25.000 euros à la hausse. Nous avons également augmenté l'intervention dans les charges salariales de l'employé qui assiste un médecin généraliste et nous sommes intervenus dans les frais de télésecrétariat médical, chaque fois avec une augmentation des moyens.

Manifestement, cela répond à un besoin, puisque les demandes de prime à l'installation étaient de 35 en 2016 et de 47 en 2017. Pour ce qui est des aides aux charges salariales et au télésecrétariat médical, en 2016, nous étions à 95 demandes et nous sommes passés à 164 demandes en 2017.

Globalement, les demandes d'aides sont donc en augmentation. Comme vous l'aurez noté, l'augmentation la plus importante concerne les aides pour l'appui administratif. Cet élément sera bien entendu pris en considération dans l'élaboration du nouveau système.

Par ailleurs, les premières analyses montrent que 86,4% des médecins généralistes entre 25 et 34 ans sont en pratique de groupe, c'est-à-dire dans une pratique comptant au moins deux médecins. Il s'agit donc d'un changement dans le mode de travail plébiscité par les jeunes. Des mesures visant la facilitation de l'installation en pratique de groupe pourraient être dès lors envisagées.

En effet, dès lors que l'on sent que c'est majoritairement la tendance et la volonté des jeunes médecins de travailler en groupe, il faudra sans doute adapter notre mécanisme pour encourager cette pratique, sauf si l'on devait observer que travailler en groupe n'est pas une bonne pratique. Je ne crois toutefois pas qu'il s'agit d'une opinion très largement partagée.

zich in Brussel te komen vestigen.

Comme vous l'aurez compris, il est encore un peu tôt pour définir avec précision les nouvelles mesures. Nous attendons d'ici quelques semaines les résultats complets de l'étude et nous voulons dès à présent rencontrer les acteurs de terrain.

Comme je l'ai dit, les deux Communautés ont participé à l'élaboration de cette étude. Il n'y a donc pas lieu de chercher une quelconque fracture ou lésion de quelque nature que ce soit.

Néanmoins, même s'il y a certainement des nuances à apporter en fonction de quartiers plus ou moins déficitaires ou de médecins davantage vieillissants, il est clair que nous voulons continuer à promouvoir des mesures susceptibles d'attirer de jeunes médecins sur l'ensemble du territoire.

C'est également la raison pour laquelle, en amont, avant la finalisation de cette étude, nous allons réaliser un travail de sensibilisation.

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

Mme Catherine Moureaux (PS).- Je vous remercie pour cette réponse très dense et très frustrante. Je m'attendais à ce que vous disposiez déjà de résultats, mais nous ne les avons pas.

(Remarques de M. Gosuin)

J'ai bien compris que vous aviez les résultats. C'est d'autant plus frustrant, puisqu'ils sont présentés aux ministres, mais pas aux parlementaires. C'est dommage. J'ai compris la manière dont vous avez décidé de fonctionner, à savoir nous fournir un ensemble de mesures d'ici la fin avril. Selon moi, ce n'est pas une mauvaise idée et je ne critiquerai pas cette manière de fonctionner.

Je ne suis pas sûre d'avoir compris ce qu'il va se passer le 20 février. Vous allez présenter les grandes tendances de l'étude à des médecins en formation. Ensuite, vous complétez votre étude par le compte rendu de cette séance. Est-ce exact ?

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

Comme vous l'aurez compris, il est encore un peu tôt pour définir avec précision les nouvelles mesures. Nous attendons d'ici quelques semaines les résultats complets de l'étude et nous voulons dès à présent rencontrer les acteurs de terrain.

Comme je l'ai dit, les deux Communautés ont participé à l'élaboration de cette étude. Il n'y a donc pas lieu de chercher une quelconque fracture ou lésion de quelque nature que ce soit.

Néanmoins, même s'il y a certainement des nuances à apporter en fonction de quartiers plus ou moins déficitaires ou de médecins davantage vieillissants, il est clair que nous voulons continuer à promouvoir des mesures susceptibles d'attirer de jeunes médecins sur l'ensemble du territoire.

C'est également la raison pour laquelle, en amont, avant la finalisation de cette étude, nous allons réaliser un travail de sensibilisation.

Mevrouw de voorzitter.- Mevrouw Moureaux heeft het woord.

Mevrouw Catherine Moureaux (PS) *(in het Frans).*- *Uw antwoord stelt mij teleur. Ik verwachtte immers dat u de resultaten van de studie zou kunnen geven.*

(Opmerkingen van de heer Gosuin)

Ik heb begrepen dat u ze al hebt. Het is frustrerend dat u ze wel aan de ministers bezorgt, maar niet aan de parlementsleden. U wilt ons tegen eind april een reeks maatregelen voorleggen. Dat lijkt mij geen slecht idee.

Wat zal er op 20 februari precies gebeuren? U legt de grote lijnen van de studie dan voor aan artsen in opleiding. Vervolgens wilt u de studie aanvullen met het verslag van die bijeenkomst. Klopt dat?

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

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Non, je n'ai pas dit cela. Nous allons discuter des grandes tendances de l'étude avec les fédérations de médecins généralistes. Mon homologue et moi-même avons travaillé en collaboration avec les médecins généralistes. Lorsque nous disposerons de l'étude finalisée, il me paraît indispensable d'en discuter avec la base, laquelle pourra encore nous formuler des observations supplémentaires.

Nous aurons également des discussions avec les structures d'appui. En effet, notre souhait n'est pas seulement de vous présenter une étude. Des études, il y en a trop.

Je privilégie des études qui dégagent des pistes pour anticiper et aller tout de suite à la rencontre des acteurs de terrain. Nous rendrons les résultats publics en avril.

Mme Catherine Moureaux (PS).- Vous allez leur présenter une synthèse de vos études et également des études sur les motivations à s'inscrire en médecine générale.

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Ils disposent de ces études. L'observatoire travaille avec ces fédérations de manière permanente. Nous voulons aussi rencontrer les médecins, pour les remercier d'abord du travail accompli, mais aussi pour les sensibiliser, réfléchir avec eux à une coordination des formations, des structures d'appui, etc.

Bref, que pouvons-nous faire pour susciter des vocations, car ce n'est pas tout de dénoncer la pénurie, si on ne trouve pas de réponse à cette dernière ? Faudra-t-il se contenter du simple constat ? Au-delà de celui-ci, il faut motiver et susciter les vocations, développer les moyens les plus opérationnels possible pour encourager des personnes à entrer dans ces filières.

Mme Catherine Moureaux (PS).- Vous avez tout à fait raison ! Le 20 février, rencontrerez-vous des médecins déjà installés et non des jeunes médecins ? Je n'ai pas très bien compris.

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Nous allons rencontrer les structures d'appui et les médecins, mais nous allons surtout nous adresser aux jeunes médecins qui se sont installés tout

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College (in het Frans).- *Dat heb ik niet gezegd. Ik zal de grote lijnen uit de studie bespreken met de federaties van de huisartsen, met wie wij hebben samengewerkt. Het is belangrijk dat de resultaten met de artsen worden besproken, zodat zij bijkomende opmerkingen kunnen formuleren.*

Daarnaast zal ik overleggen met de ondersteuningsstructuren. Ik wil immers niet alleen een studie voorleggen, want studies zijn er genoeg.

Ik geef de voorkeur aan studies die de mogelijkheid bieden om te anticiperen en onmiddellijk met de spelers op het terrein te overleggen.

Mevrouw Catherine Moureaux (PS) (in het Frans).- *U wilt de artsen een samenvatting van uw studies geven, naast studies naar de motivatie om huisarts te worden.*

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College (in het Frans).- *Ze beschikken over die studies. Het observatorium werkt permanent met de federaties samen. Ik wil echter ook rond onder andere bewustmaking, opleidingen en ondersteuningsstructuren werken.*

Gewoon vaststellen dat er een tekort aan huisartsen is of dreigt, volstaat niet. Wat kunnen we doen om jongeren ervan te overtuigen om huisarts in Brussel te worden? Dat is de vraag die we ons moeten stellen.

Mevrouw Catherine Moureaux (PS) (in het Frans).- *U hebt gelijk! Op 20 februari ontmoet u echter gevestigde artsen en geen jongeren? Ik begrijp het niet goed.*

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College (in het Frans).- *Ik wil mij vooral richten tot de jonge artsen die zich onlangs in Brussel vestigden en met hen praten over de moeilijkheden*

récemment, afin de savoir quels étaient leurs problèmes, ce qu'ils ont rencontré comme difficultés et pourquoi ils ont choisi ce métier. Pourquoi ce sont-ils installés dans tel quartier et pas dans tel autre ? Il s'agit de comprendre leur démarche. Heureusement, il y a des jeunes médecins qui s'engagent. Je veux que cette étude soit également accompagnée de témoignages et ceux-ci nous permettront sans doute de réorienter nos options politiques.

Mme Catherine Moureaux (PS).- Il y a près de dix ans, nous avons entamé à la Commission communautaire française (Cocof) une étude de programmation sur les services ambulatoires. Les besoins que nous cherchions à identifier pour rapprocher l'offre de la demande pour les structures ambulatoires à la Cocof ont un lien certain avec l'étude que vous avez commandée.

Cette étude de la Cocof n'a jamais abouti. Elle est toujours en cours et on ignore si elle sera conclue un jour. Quel lien faites-vous entre cette recherche et votre étude, qui est déjà bien engagée ? Vous semblez prendre le dossier à bras-le-corps. J'ai bon espoir que vous allez produire des connaissances significatives et pertinentes. Comment ferez-vous pour que votre étude serve aussi à avancer pour l'ensemble des services ambulatoires ? Sera-ce en partageant les bonnes pratiques ? Il serait dommage que la Cocof et la Commission communautaire commune (Cocom) travaillent de manière cloisonnée sur cette question.

Il est bien d'augmenter les primes à l'installation comme vous l'avez fait, passant de 20.000 à 25.000 euros, mais je ne voudrais pas que des effets d'aubaine favorisent des installations inutiles. J'aimerais que l'on dispose de la cartographie des besoins en médecins généralistes, si possible par quartier et non par commune, pour y répondre correctement. Si l'on constate que les quartiers où les besoins sont importants sont moins nombreux qu'on ne le pense, je proposerai d'affecter des primes plus importantes à ces quartiers et de ne pas forcément en affecter ailleurs.

Je veux dire qu'il y a un devoir d'anticipation. Je vous ai entendu au sujet des premiers résultats de l'étude, mais ceux-ci portaient davantage sur la situation actuelle que sur celle à venir. J'imagine

die ze daarbij ondervinden. Ik wil weten waarom ze arts werden en waarom ze voor een bepaalde wijk kozen. Op basis van die getuigenissen kan ik het beleid bijsturen.

Mevrouw Catherine Moureaux (PS) *(in het Frans).*- Tien jaar geleden liet de Franse Gemeenschapscommissie (Cocof) een programmatiestudie naar ambulante diensten uitvoeren, met als doel het aanbod beter op de vraag af te stemmen. De studie van de Cocof werd nooit afgerond en ik heb er geen idee van of dat nog zal gebeuren. Welk verband ziet u met uw studie? Ik heb de indruk dat u het grondig wilt aanpakken en ik hoop dat uw studie relevante informatie oplevert. Hoe wilt u ze gebruiken om de ambulante diensten te verbeteren? Wilt u ervoor zorgen dat ze goede praktijken uitwisselen? Het is jammer dat de Cocof en de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC) zich apart over de kwestie buigen.

Een verhoging van de vestigingspremie is goed, maar u moet ervoor waken dat artsen zich ergens vestigen waar ze niet nodig zijn. Om perfect op de behoeften te kunnen inspelen, hebt u een kaart nodig waarop te zien is waar er huisartsen nodig zijn, liefst per wijk. U zou dan in de wijken met de hoogste nood aan huisarts hogere premies kunnen toekennen.

U moet niet alleen naar de bestaande situatie kijken, maar ook anticiperen. Ik veronderstel dat u ons daar in april meer over zult komen vertellen.

Mocht er in Brussel een verhoogde vestigingspremie voor bepaalde wijken komen, dan moet daar ofwel een bijkomend budget voor worden uitgetrokken, ofwel moeten het aantal premies worden beperkt.

que vous nous présenterez un volet prospectif en avril, afin de pouvoir anticiper cette question.

Pour rappel, dans ce que l'on appelle les "déserts médicaux" en France, les primes d'installation sont deux fois plus importantes. Il est ainsi question de 50.000 euros : 25.000 euros au départ et, après un an, 25.000 euros de consolidation de l'installation.

Dès lors, si notre étude aboutissait à l'idée - dès aujourd'hui ou dans un avenir proche - que l'on peut avoir ce type de préoccupations dans certains quartiers, je propose soit que l'on définisse un budget supplémentaire, soit que l'on restreigne éventuellement le nombre de primes dédiées, tout en augmentant substantiellement leur montant.

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

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- J'ai répondu concernant Impulseo. C'est précisément pour adapter le mécanisme que nous rencontrons Impulseo en mars, même si on constate des effets positifs.

Concernant la première ligne, je sais que les gouvernements précédents ont trébuché sur cette question. Il est vrai que nous communiquons probablement de manière insuffisante. Le Collège a adopté la réforme de la première ligne la semaine dernière, en accord et en harmonie avec les autres niveaux de pouvoir, non seulement la Cocof, mais aussi la Vlaamse Gemeenschap.

Vous en saurez bientôt davantage, parce que le souci, dans ce genre de dossier, c'est aussi de ne pas communiquer verticalement, mais de communiquer avec les partenaires. De grands pas sont en train d'être accomplis, dont vous prendrez bientôt connaissance.

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

Mme Liesbet Dhaene (N-VA) (en néerlandais).- *Vous connaissez suffisamment les règles institutionnelles pour savoir qu'à Bruxelles, outre la Commission communautaire commune (Cocom), la Vlaamse Gemeenschapscommissie*

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

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College (in het Frans).- *Na het overleg met verantwoordelijken bij Impulseo in maart, wil ik het mechanisme aanpassen, ook al stel ik vast dat het positieve effecten heeft.*

De vorige regeringen zijn gestruikeld over de eerstelijnszorg. Wellicht communiceren we niet doeltreffend genoeg. Het College keurde vorige week de hervorming van de eerstelijnszorg goed, in overeenstemming met de Cocof en de Vlaamse Gemeenschap. U hoort daar binnenkort meer over.

Mevrouw de voorzitter.- Mevrouw Dhaene heeft het woord.

Mevrouw Liesbet Dhaene (N-VA).- Er moet mij toch iets van het hart over uw bewering dat u kiest voor een systeem met wachtposten. U kent de institutionele regels goed genoeg om te weten dat in Brussel naast de Gemeenschappelijke

(VGC) et la Commission communautaire française (Cocof) exercent aussi des compétences analogues.

Dans ce cas-ci, vous obligez une asbl agréée par la Communauté flamande à faire le choix communautaire de la Cocom. Vous outrepassiez ainsi vos compétences. Le Conseil d'État l'a contesté dans différents avis, conformément d'ailleurs à la jurisprudence établie de la Cour constitutionnelle. Une Communauté ne peut entraver l'exercice des compétences de l'autre.

En l'espèce, une institution agréée par la Flandre voulait conclure un accord de coopération avec une institution agréée par la Cocom. Il lui a été rétorqué que cela n'était possible que si elle était dissoute. Il est donc faux de dire que ce poste de garde flamand n'était pas disposé à collaborer.

Par ailleurs, vous ne me ferez pas croire que la Garde bruxelloise (GBBW) est bilingue, car ce bilinguisme n'existe que sur le papier.

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

Mme Catherine Moureaux (PS).- Loin de moi l'idée de critiquer votre communication. Je pense que cela ne viendrait à l'esprit d'aucun de mes collègues, car vous communiquez très bien. Le choix que vous faites ici de travailler constamment avec le secteur est excellent et je suis ravie d'entendre que la réforme de la première ligne avance.

Mme Dhaene, un seul service de garde bilingue est une excellente idée. Je partage votre préoccupation de savoir que chacun puisse être soigné dans sa langue et je suis sûre que le membre du Collège réuni la partage également. C'est très important.

Gemeenschapscommissie (GGC) ook de Vlaamse Gemeenschapscommissie (VGC) en de Franse Gemeenschapscommissie gelijkaardige bevoegdheden uitoefenen.

In dit geval dwingt u een vzw die erkend is door de Vlaamse Gemeenschap om een gemeenschapskeuze te maken voor de GGC. Daarmee gaat u uw boekje te buiten. De Raad van State zegt in verschillende adviezen dat dit niet kan. Dat is trouwens in overeenstemming met vaststaande rechtspraak van het Grondwettelijk Hof. De ene gemeenschap mag de uitoefening van de bevoegdheden door de andere niet verhinderen.

In dit specifieke geval wilde een door Vlaanderen erkende instelling een samenwerkingsakkoord sluiten met een door de GGC erkende instelling. Het antwoord was dat dit enkel kon, als ze zich zou ontbinden. De bewering dat die Vlaamse huisartsenwachtpost niet bereid was om samen te werken, slaat dus nergens op. Dit is gewoon een regelrechte schending van het recht.

Twee dagen geleden ging ik met een vriendin eten in Oudergem. Ze moest voor haar dochtertje een beroep doen op een arts van de Brusselse Wachtdienst (GBBW). De arts van dienst sprak geen woord Nederlands. U moet bij mij dus niet afkomen met de tweetaligheid van de GBBW, want die bestaat enkel op papier.

Mevrouw de voorzitter.- Mevrouw Moureaux heeft het woord.

Mevrouw Catherine Moureaux (PS) *(in het Frans).*- *Ik zal geen kritiek geven op de manier waarop u communiceert, want dat doet u zeer goed. Het is een uitstekende keuze om met de sector samen te werken en het verheugt mij dat de hervorming van de eerstelijnszorg vordert.*

Mevrouw Dhaene, een tweetalige wachtdienst is een uitstekend idee. Iedereen moet in de eigen taal zorg kunnen krijgen. Ik ben ervan overtuigd dat ook collegelid Gosuin dat vindt.

Mme la présidente.- Mme Moureaux, on n'adresse pas la parole aux collègues, mais au membre du Collège réuni.

La parole est à Mme Dhaene.

Mme Liesbet Dhaene (N-VA) (*en néerlandais*).- *Il y a deux problèmes. D'une part, les institutions de la Cocom exigent la dissolution des institutions flamandes pour pouvoir relever de la Cocom. C'est inconstitutionnel.*

D'autre part, la GBBW n'est pas bilingue, de nombreux patients flamands l'attestent. Il est, dès lors, crucial que les institutions flamandes puissent continuer à fonctionner à Bruxelles, sans entrave de la Cocom.

- *L'incident est clos.*

QUESTION ORALE

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

QUESTION ORALE DE MME CLAIRE GERAETS

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

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

Mevrouw de voorzitter.- Mevrouw Moureaux, het is niet de bedoeling dat u zich tot uw collega's richt, maar tot het lid van het Verenigd College.

Mevrouw Dhaene heeft het woord.

Mevrouw Liesbet Dhaene (N-VA).- Er zijn wel twee problemen.

Ten eerste: de GGC-instellingen eisen van Vlaamse instellingen dat ze zich ontbinden om bij de GGC te kunnen aansluiten. Dat is ongrondwettelijk.

Ten tweede: de GBBW is niet tweetalig. U mag het tegendeel blijven beweren, maar er zijn legio getuigenissen van Nederlandstalige patiënten. Daarom is het precies zo belangrijk dat Vlaamse instellingen in Brussel kunnen blijven werken, zonder dat de GGC hen dat verhindert.

- *Het incident is gesloten.*

MONDELINGE VRAAG

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

MONDELINGE VRAAG VAN MEVROUW CLAIRE GERAETS

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

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

concernant "les conséquences de la mise en faillite de la maison de repos et de soins Bergamote".

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

La parole est à Mme Geraets.

Mme Claire Geraets (PTB*PVDA-GO!).- Le 4 octobre dernier, 29 travailleurs et travailleuses de la maison de repos et de soins (MRS) Bergamote, à Schaerbeek, ont appris leur licenciement par un avis collé à la porte d'entrée de la maison de repos, leur signifiant qu'ils ne pouvaient plus prendre leurs fonctions à partir de ce jour-là.

L'après-midi, ils ont reçu un recommandé du Tribunal de commerce de Bruxelles qui leur annonce la fin de leur contrat, à la suite de la faillite de la MRS en date du 26 septembre.

Par ailleurs, les travailleurs de l'entreprise n'avaient toujours pas été payés pour le mois de septembre, et il y avait des retards de paiement de primes, de pécules de vacances et de congés payés.

En outre, on a appris que les comptes déposés en 2016 à la Banque nationale de Belgique révélèrent un déficit de 500.000 euros.

Après avoir bénéficié de subsides Maribel, d'aides à l'emploi dans le cadre du plan Activa et du soutien des pouvoirs publics, l'investisseur privé a mis la clé sous le paillason et a disparu en abandonnant à leur sort, sans autre forme de procès, les travailleurs et les dizaines de pensionnaires.

Aux travailleurs restants, il a été proposé un contrat à durée déterminée (CDD) pour le mois d'octobre.

M. le ministre, étiez-vous au courant de la situation financière de la MRS Bergamote ? Avez-vous entrepris des démarches pour y faire face ? Lesquelles, et avec quels résultats ?

Une inspection de la MRS menée par la Cocom le

betreffende "de gevolgen van het faillissement van het rust- en verzorgingstehuis Bergamote".

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

Mevrouw Geraets heeft het woord.

Mevrouw Claire Geraets (PTB*PVDA-GO!) (in het Frans).- *Op 4 oktober 2017 vernamen 29 medewerkers van het rust- en verzorgingstehuis (RVT) Bergamote in Schaerbeek dat zij ontslagen waren via een boodschap op de deur van de instelling. 's Middags ontvingen ze een aangetekende brief van de Brusselse rechtbank van koophandel waarin hun contract werd opgezegd als gevolg van het faillissement van het RVT op 26 september 2017. De werknemers van het RVT, dat volgens de rekeningen bij de Nationale Bank van België een tekort had van 500.000 euro, hadden op dat moment hun loon van september nog niet ontvangen. Bovendien waren ook premies, vakantiegeld en verlofdagen niet uitbetaald.*

De resterende medewerkers kregen voor de maand oktober een contract van bepaalde duur aangeboden.

Was u op de hoogte van de financiële toestand bij het RVT Bergamote? Wat ondernam u om die situatie aan te pakken?

Bij een inspectie van het RVT op 25 september 2017 stelde de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC) ernstige tekortkomingen tegenover de Brusselse reglementering vast, met mogelijk een schrapping van de erkenning tot gevolg. Waarom nam u niet meteen maatregelen? Wat ondernam u voor de bewoners?

Overweegt u om een overheidsomkadering van het beheer van private rusthuizen in te voeren? U zou privé-investeerdere bijvoorbeeld kunnen dwingen om een waarborg te storten.

Hoe ontwikkelde de situatie zich sinds oktober? Is er een overnemer voor het personeel en de bewoners en onder welke voorwaarden?

25 septembre concluait à de graves manquements à la réglementation bruxelloise et à un risque de suspension d'agrément. Pourquoi des mesures n'ont-elles pas été prises immédiatement ? Quelles mesures ont été prises vis-à-vis des résidents ?

À la suite de cet événement, avez-vous envisagé un dispositif qui pourrait être mis en place pour assurer un encadrement public de la gestion des maisons de repos privées ? Je songe par exemple à un dépôt de garantie lorsque l'on a affaire à des investisseurs privés.

Ma question orale remonte au début du mois d'octobre. Quels sont les développements observés depuis lors ? Un repreneur s'est-il manifesté, et à quelles conditions, pour le personnel et les résidents ?

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

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Pour commencer, je tiens à préciser que cette question relève de la compétence de mes deux collègues. Je vais toutefois apporter les éléments qui se trouvent en ma possession.

Depuis 2016, différentes rencontres ont été organisées entre d'une part la Direction de l'aide aux personnes (mes deux collègues) et, d'autre part, avec le gestionnaire de la maison de repos ainsi qu'avec la propriétaire du bâtiment. En ce qui concerne ces démarches, je vous invite à interpellier mes collègues.

En ce qui concerne les manquements de la MRS à la réglementation, si certains griefs ont été constatés, il n'a jamais été question d'une suspension de l'agrément dans la mesure où il n'y avait pas de danger immédiat pour les résidents.

Depuis, la maison de repos a été reprise et il n'y a pas eu de licenciements. Quatre visites du service d'inspection ont eu lieu : le 4 octobre, le 11 octobre, le 20 novembre et le 6 décembre. Aucun élément n'a mis en cause la sécurité des résidents. Il n'y a donc pas lieu de prendre des mesures de placement qui pourraient nuire au bien-être des résidents.

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

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College (in het Frans).- *Ik ben ter zake niet bevoegd, maar ik zal de gegevens waarover ik beschik, even overlopen.*

Sinds 2016 overlegde de directie voor bijstand aan personen meermaals met de beheerder van het rusthuis en met de eigenaar van het gebouw. Over de daaropvolgende maatregelen moet u mijn twee collega's ondervragen.

Hoewel er inbreuken op de reglementering werden vastgesteld, is er nooit sprake geweest van een intrekking van de erkenning, aangezien er geen onmiddellijk gevaar dreigde voor de bewoners.

Nadien werd het rusthuis overgenomen, zonder dat er ontslagen vielen. De inspectie ging vier keer langs en kon geen zaken vaststellen die een gevaar vormden voor de bewoners. Zij hoefden dan ook niet in een andere instelling te worden ondergebracht, wat trouwens ook hun welzijn in het gedrang zou brengen.

Vragen over een overheidsomkadering voor privérusthuizen stelt u best aan de bevoegde collegeleden.

Enfin, en ce qui concerne les mesures qui peuvent être mises en place pour assurer un encadrement public quant à la gestion des maisons de repos, je vous invite également à interpellier mes collègues qui sont compétents pour cette matière.

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

Mme Claire Geraets (PTB*PVDA-GO!).- Je suis désolée mais je ne suis pas responsable de l'agenda des commissions. D'après mes renseignements, il y aurait quand même eu cinq licenciements. Je m'adresserai à vos collègues à ce propos.

- *L'incident est clos.*

INTERPELLATIONS

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

INTERPELLATION DE MME CAROLINE DÉSIR

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

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

concernant "la création d'un centre pluridisciplinaire dédié aux violences faites aux femmes".

Mevrouw de voorzitter.- Mevrouw Geraets heeft het woord.

Mevrouw Claire Geraets (PTB*PVDA-GO!) (in het Frans).- *Het spijt mij, maar ik ben niet verantwoordelijk voor de agenda van de commissie. Voor zover ik weet, werden er vijf mensen ontslagen. Ik zal uw collega's daarover ondervragen.*

- *Het incident is gesloten.*

INTERPELLATIES

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

INTERPELLATIE VAN MEVROUW CAROLINE DÉSIR

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

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

betreffende "een nieuw pluridisciplinair centrum voor geweld tegen vrouwen".

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

La parole est à Mme Désir.

Mme Caroline Désir (PS).- En novembre dernier, l'hôpital Saint-Pierre inaugurait le tout premier centre pluridisciplinaire dédié aux violences faites aux femmes, dénommé "320 rue Haute". Ce projet est soutenu par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (Inami), la Loterie nationale, la Ville de Bruxelles, l'hôpital Saint-Pierre et le Centre public d'action sociale (CPAS). Nous avons été invités à visiter ce centre hier, avec certains de nos collègues du parlement fédéral. Ce projet est le volet bruxellois d'un projet pilote porté par l'université de Gand, avec deux sites similaires à Gand et à Liège.

Le "320 rue Haute" est un rez-de-chaussée situé au pied du CPAS de la Ville de Bruxelles et de l'hôpital Saint-Pierre. Il accueille un tout nouveau concept fondé sur le modèle anglais. Son objectif est de prendre en charge les victimes de violences sexuelles en un seul et même lieu, mais aussi d'encourager les personnes abusées et violées à porter plainte sur place.

Ces centres sont ouverts en permanence, 24 heures sur 24, et assurent tant le suivi médical et psychologique des victimes que le volet judiciaire. Tous les acteurs étant réunis dans un même lieu, cela devrait contribuer à rendre moins pénibles les démarches à entreprendre par la victime. Soulignons que c'est la police qui se rend sur place pour entendre la victime, et non l'inverse. Les policiers reçoivent d'ailleurs une formation spécifique dans ce cadre. On nous a expliqué hier que c'était le premier lieu où le set d'agression sexuelle (SAS) pouvait être utilisé même sans dépôt de plainte, ce qui constitue une avancée majeure.

Le projet intègre d'ailleurs le nouveau métier d'infirmière légiste qui, à l'hôpital Saint-Pierre, pourra procéder au prélèvement d'échantillons nécessaires pour identifier le ou les auteurs d'agressions sexuelles. Il est indéniable que cette récolte de preuves jouera un rôle essentiel dans le suivi des plaintes, puisque sur les 3.800 dossiers d'abus sexuels traités en moyenne chaque année en Belgique, la moitié est inévitablement classée

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

Mevrouw Désir heeft het woord.

Mevrouw Caroline Désir (PS) *(in het Frans).*- In november opende het UMC Sint-Pieter met 'Hoogstraat 320' het eerste multidisciplinaire centrum rond geweld tegen vrouwen als een van de sites van een proefproject van de stad Gent. Het krijgt steun van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV), de Nationale Loterij, de stad Brussel, het UMC Sint-Pieter en het OCMW.

Het centrum biedt hulp aan slachtoffers van seksueel geweld en wil bovendien misbruikte en verkrachte personen aansporen om aangifte te doen. Het centrum is altijd open en biedt de slachtoffers naast medische en psychologische begeleiding ook juridische bijstand. De politie komt naar het centrum om het slachtoffer te ondervragen. De agenten krijgen daarvoor trouwens een specifieke opleiding. Hoogstraat 320 is de eerste plaats waar de seksuele agressieset (SAS) kan worden gebruikt, zonder dat er een klacht hoeft te worden ingediend, wat een grote vooruitgang vormt.

Bovendien is er in het centrum een gerechtsverpleegkundige aanwezig, die in het UMC Sint-Pieter de nodige stalen kan nemen om daders van seksuele agressie op te sporen. De verzameling van bewijsmateriaal zal onmiskenbaar een grote rol spelen in de follow-up van de klachten. Van de 3.800 dossiers in verband met seksueel misbruik die jaarlijks in België worden behandeld, wordt immers de helft wegens onvoldoende materieel bewijs zonder gevolg geklasseerd.

Het centrum wordt druk bezocht, meer zelfs dan verwacht. Er was dus duidelijk behoefte aan.

Was u betrokken bij de oprichting van het centrum? De verantwoordelijken wezen mij erop dat City Planning van het UMC Sint-Pieter bij het project betrokken is. Dat is een bicommunautair planningscentrum. Het is ongetwijfeld via die weg dat een vereniging aan de oprichting meewerkte.

Overlegde u met de bevoegde federale ministers over het project? Zo ja, met welk gevolg? Het is

sans suite en raison de charges insuffisantes. En effet, outre l'absence de consentement qui n'est pas toujours aisée à déterminer, ce sont souvent les preuves matérielles qui font défaut pour engager des poursuites.

Depuis son inauguration récente, le centre est particulièrement sollicité, davantage même que ce que les parties prenantes avaient imaginé. Cela démontre donc toute la pertinence d'un tel projet.

Avez-vous été associé à la naissance de ce centre ? Entre-temps, ses responsables nous ont signalé que l'une des parties prenantes au projet était le City Planning du CHU Saint-Pierre, un centre de planning bicommunautaire. C'est sans doute par ce biais qu'une association a contribué à la création de ce centre.

Avez-vous eu des contacts avec vos homologues du niveau fédéral dans le cadre de ce projet ? Dans l'affirmative, quelles suites y ont-elles été données ? La pertinence d'un tel projet, à la croisée des compétences en matière de santé, de santé mentale, mais aussi de sécurité, semble se confirmer à ce stade. Il s'agit néanmoins d'un projet pilote et des questions se posent donc d'ores et déjà concernant sa pérennité et les financements complémentaires nécessaires liés à son activité.

Où en est votre réflexion à ce sujet ? Des collaborations sont-elles envisagées avec le ministre-président dans le cadre de ses compétences en matière de prévention et sécurité ?

Discussion

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

Mme Magali Plovie (Ecolo).- Le projet du centre "320 rue Haute" est en effet un très chouette centre que mes collègues ont eu l'occasion de visiter hier. Il était temps qu'il émerge et il est important à nos yeux qu'il puisse être évalué afin d'apporter d'éventuelles améliorations, mais surtout qu'il puisse être pérennisé.

C'est en effet un projet intéressant, car il s'agit d'un lieu central pour l'accueil et l'accompagnement des victimes. On sait combien

clairement que c'est un centre nécessaire, mais que c'est avant tout un projet pilote. La question se pose également de savoir si le centre peut continuer à exister et si les financements nécessaires sont disponibles pour son fonctionnement.

Comment voyez-vous cela ? Travaillez-vous avec le ministre-président Vervoort dans le cadre de ses compétences en matière de prévention et sécurité ?

Bespreking

Mevrouw de voorzitter.- Mevrouw Plovie heeft het woord.

Mevrouw Magali Plovie (Ecolo) *(in het Frans).*- *Hoogstraat 320 is een schitterend project, waar grote behoefte aan was. Nu kunnen slachtoffers op een plaats terecht voor opvang en begeleiding. Ecolo vindt dan ook dat het moet worden voortgezet, mits eventuele bijstellingen na evaluatie.*

Hoogstraat 320 is daarnaast ook een centrum voor gezinsplanning. Momenteel ontvangt het een beperkte subsidie van de Gemeenschappelijke

il était difficile pour les victimes de devoir se rendre à différents endroits et porter plainte. C'est donc vraiment un plus qu'il faut pouvoir maintenir et développer sur le terrain. Pour l'instant, ce n'est qu'un projet pilote, principalement soutenu par le niveau fédéral.

Je me joins aux questions de ma collègue Caroline Désir et vous poserai deux questions complémentaires.

Le "320 rue Haute" est donc également un centre de planning familial, ce qui a tout son sens dans le cadre de ce projet, notamment en termes de prévention et d'interruption volontaire de grossesse. Il reçoit actuellement un tout petit subside de la Commission communautaire commune (Cocom). Est-il prévu d'offrir une aide plus structurelle à ce projet ? Avez-vous eu des contacts en ce sens avec les porteurs du projet ?

Concernant les contacts avec M. Vervoort, je souhaite surenchéris. Il est effectivement important que ce projet soit dupliqué dans d'autres zones de police et ne concerne pas uniquement la zone de police Bruxelles-Capitale/Ixelles.

Certains policiers d'autres zones renvoient d'ailleurs des victimes au centre "320 rue Haute" parce qu'ils estiment qu'elles y seront mieux prises en charge. Même si ce centre les accepte, il vaudrait cependant mieux que cet accueil soit assuré dans les différentes zones de police.

Des concertations sont-elles en cours avec M. Vervoort pour dupliquer le projet dans d'autres zones et former les brigades des mœurs ? Actuellement, 34 inspecteurs des mœurs ont déjà été formés dans le cadre de ce projet.

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

Mme Fatoumata Sidibé (DéFI).- Il y a un an et demi, je vous interrogeais sur la prise en charge des victimes de violences sexuelles dans les hôpitaux. Je relayais l'enquête "L'après viol", menée par Amnesty international, qui soulignait plusieurs difficultés, dont l'examen médico-légal subséquent au dépôt de plainte. Il faut savoir que seuls sept hôpitaux bruxellois possèdent un SAS.

Gemeenschapscommissie (GGC). Bent u van plan om het project structurele steun te bieden? Had u daarover al contact met de verantwoordelijken voor het project?

Het project mag zich niet beperken tot de politiezone Brussel-Hoofdstad/Elsene, maar moet naar andere politiezones worden uitgebreid.

Sommige agenten uit andere zones sturen slachtoffers nu al naar Hoogstraat 320, omdat ze ervan uitgaan dat ze daar beter geholpen worden. Ook al is dat het geval, dan nog is het beter dat slachtoffers in elke politiezone in zo'n centrum terecht kunnen.

Overlegt u met minister-president Vervoort over dergelijke projecten in andere politiezones en over de oprichting van zedenbrigades? Momenteel hebben al 34 zedeninspecteurs een opleiding gekregen in het kader van het project.

Mevrouw de voorzitter.- Mevrouw Sidibé heeft het woord.

Mevrouw Fatoumata Sidibé (DéFI) *(in het Frans).*- *Veel slachtoffers van verkrachting hebben het moeilijk met het pathologisch-anatomisch onderzoek dat ze moeten ondergaan nadat ze een klacht hebben ingediend. Slechts zeven Brusselse ziekenhuizen beschikken over een seksuele agressieset (SAS).*

Uit een onderzoek van Amnesty International

L'enquête pointait la formation insuffisante, voire inexistante des gynécologues de garde pour l'emploi du SAS et l'absence d'intervention d'un médecin légiste dans les hôpitaux bruxellois pour la prise en charge de la victime. De plus, certains hôpitaux ne réalisaient pas la traçabilité des victimes et la moitié des patientes ne recevaient même pas une prise en charge de qualité. S'y ajoutaient l'hétérogénéité des prises en charge médicales et l'attente parfois longue aux urgences.

Ce bilan était alarmant. Vous me répondiez que la secrétaire d'État à l'Égalité des chances annonçait la création prochaine, à proximité d'un hôpital, d'un centre d'accueil pour les victimes de violences sexuelles, qui serait lié à différents services paramédicaux, psychologiques, policiers et judiciaires.

Ce 30 janvier, nous avons été conviés à visiter ce nouveau centre interdisciplinaire "320 rue Haute", adossé au CHU Saint-Pierre, bien connu comme centre de référence. Ce lieu, ouvert 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, héberge effectivement des acteurs médicaux, psychosociaux, policiers et judiciaires. Deux autres centres ont été ouverts à Gand et à Liège.

Sont ainsi concentrés en un même lieu le centre traitant la santé reproductive et les violences sexuelles, le centre de planning familial City Planning, CeMAVIE - le centre dédié aux victimes de mutilations génitales féminines - et le nouveau centre dont il est question aujourd'hui. Notons que ce dernier est déjà surchargé de demandes.

Alors que, en moyenne, l'hôpital Saint-Pierre assurait une centaine de prises en charge de victimes par an, depuis l'ouverture du centre en novembre, il y a eu 108 prises en charge, dont 91 femmes, 16 hommes et un transsexuel.

Enfin, il existe aujourd'hui une prise en charge respectueuse et digne de ces victimes, ce qui atténue, bien sûr, les conséquences des événements traumatisants. C'est un besoin, mais aussi une obligation, car la Belgique a également ratifié et signé la Convention d'Istanbul, qui exige la création de centres de référence pour la prise en charge de victimes de violences sexuelles.

blijkt dat gynaecologen van wacht amper zijn opgeleid voor het gebruik van die set. Bovendien is er in de Brusselse ziekenhuizen geen wetsdokter die zich over de slachtoffers ontfermt. Daarnaast was het in bepaalde ziekenhuizen moeilijk om de slachtoffers achteraf nog terug te vinden. Sommige slachtoffers kregen zelfs helemaal geen kwaliteitsvolle opvang. Ten slotte wisselt de kwaliteit van de zorg van ziekenhuis tot ziekenhuis en moeten slachtoffers soms lang wachten op de spoeddienst.

Toen ik u daarover anderhalf jaar geleden ondervroeg, antwoordde u dat de staatssecretaris voor Gelijke Kansen een opvangcentrum voor slachtoffers van seksueel geweld in de buurt van een ziekenhuis aankondigde, dat zou samenwerken met verschillende paramedische en psychologische diensten en met politie en justitie. Dat is het zorgcentrum Hoogstraat 320 geworden, dat afhangt van het UMC Sint-Pieter en dat ondertussen al overstelp wordt met aanvragen.

Het UMC Sint-Pieter kreeg een honderdtal slachtoffers per jaar over de vloer. Bij het nieuwe centrum, dat in november de deuren opende, klopten ondertussen al 91 vrouwen, 16 mannen en 1 transseksueel aan. Nu kunnen die slachtoffers op een respectvolle, waardige opvang rekenen, wat uiteraard de traumatiserende gebeurtenis enigszins verzacht. België is overigens verplicht dergelijke kwaliteitsvolle opvang aan te bieden, aangezien ons land het Verdrag van Istanbul ondertekende en ratificeerde. Daarin worden landen verplicht tot de oprichting van referentiecentra voor de opvang van slachtoffers van seksueel geweld.

Dit project moet blijven bestaan. Het proefproject loopt zes maanden en wordt daarna geëvalueerd.

Kreeg het Brussels Hoofdstedelijk Gewest al de vraag om financieel bij te dragen aan de besteding van het project? Momenteel is er maar een referentiecentrum, maar gezien de grote vraag zijn er meer nodig. Zal het centrum na zes maanden nog over voldoende middelen beschikken om de grote vraag aan te kunnen?

Ce projet doit donc être pérennisé. L'équipe nous fait part de ses interrogations : ce projet pilote est prévu pour six mois et fera ensuite l'objet d'une évaluation.

La Région de Bruxelles-Capitale a-t-elle déjà été sollicitée pour participer financièrement à la consolidation de ce projet ? Par ailleurs, il n'existe actuellement qu'un seul centre de référence. Il est certain qu'il en faudrait beaucoup plus, vu la demande. Le service s'inquiète de savoir si, dans six mois, il aura les moyens non seulement de répondre à cette demande de plus en plus pressante, mais également d'assurer un projet qui respecte la dignité des personnes.

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

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Concernant la naissance du centre et les contacts qui ont été pris, il convient de signaler que nous sommes en présence d'un projet pilote d'une durée de deux ans au total. Ce projet fait partie plus globalement du plan d'action national (PAN), négocié avec l'ensemble des entités fédérées et qui s'intitule "Lutte contre toutes les formes de violences basées sur le genre 2015-2019". L'initiative est donc fédérale.

Ce PAN, fort de 235 mesures dont 41 spécifiques liées aux violences sexuelles, a été coordonné par l'Institut pour l'égalité des femmes et des hommes (IEFH) et élaboré en tenant compte de la Convention d'Istanbul.

Le projet pilote fédéral s'étend sur trois régions (Bruxelles, Liège et Gand) et fait l'objet d'une approche verticale. Nous avons, bien sûr, demandé à être informés. Nous avons suivi de près ce projet et étions d'ailleurs présents le 9 novembre 2017 à l'hôpital Saint-Pierre, date symbolique de lancement du projet et d'inauguration du centre "320 rue Haute".

Nous sommes en relation avec le cabinet Demir sur cette question, mais aussi avec la Direction de l'égalité des chances de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Il est prévu que nous serons associés à son évolution, de manière concertée et de façon plus intégrée après une année, lors de l'évaluation

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

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College (in het Frans).- *Het proefproject loopt over twee jaar en maakt deel uit van het nationaal actieplan ter bestrijding van alle vormen van gendergerelateerd geweld 2015-2019. Het is dus een federaal initiatief.*

In dat federale actieplan zijn 235 maatregelen opgenomen, waarvan 41 maatregelen inzake seksueel geweld. Het Instituut voor de Gelijkheid van Vrouwen en Mannen (IGVM) stelde het actieplan op.

Het proefproject loopt in de drie gewesten (Brussel, Luik en Gent). Uiteraard heb ik gevraagd om mij op de hoogte te houden. Ik volg het project op de voet en woonde de opening van het centrum in Brussel bij.

We staan hierover in contact met het kabinet van staatssecretaris Demir en met de Federatie Wallonië-Brussel.

Het project wordt in oktober 2018 geëvalueerd. De federale overheid wil bijkomende centra openen als blijkt dat het initiatief werkt. Uiteraard heeft ze daarbij de hulp van de gewesten en gemeenschappen nodig.

Het centrum moet nu expertise opbouwen. Uit de eerste informatie blijkt in elk geval dat er behoefte aan was. Ik zal dat aan de federale regering

du projet pilote autour d'octobre 2018.

Le but du pouvoir fédéral, tel qu'exposé dans le cadre du PAN, est de pouvoir étendre ce dispositif à d'autres centres si l'initiative se révèle concluante. Il va de soi que cela ne sera possible qu'en comptant sur les entités fédérées compétentes.

Le projet a été lancé, il vient d'être inauguré. Laissons-le centre acquérir de l'expérience. Les premières informations reçues démontrent qu'il y a incontestablement une demande. C'est la première information qui remontera vers le niveau fédéral pour l'inciter à augmenter les capacités et à institutionnaliser la démarche.

Nous nous situons aussi à un croisement avec des compétences et des financements potentiels du ministre-président. J'ai donc interrogé mon collègue à ce sujet. Voici ses réponses.

Pour ce qui est des financements complémentaires éventuels, il est encore trop tôt pour prendre un quelconque engagement, mais nous participerons aux discussions le moment venu et nous apprécierons, à ce moment-là, l'opportunité d'une approche bruxelloise dans la collaboration.

S'agissant de la sécurité et de la prévention, on peut déjà faire mention du Plan global de sécurité et de prévention (PGSP) de la Région de Bruxelles-Capitale 2017-2020, adopté en février 2017, et qui fixe toute une série d'objectifs pour les trois années à venir. La vision de ce plan est résolument transversale et encourage l'intervention de tous les acteurs concernés. Il recoupe donc le fonctionnement multidisciplinaire du centre dont il est question ici.

Plusieurs similitudes peuvent d'ailleurs être relevées entre la logique du plan et le mode de fonctionnement des centres intégrés pour victimes d'agressions sexuelles. D'abord, en ce qui concerne le volet de la formation, qui vise la professionnalisation des acteurs de la prévention et de la sécurité mais également un nécessaire décloisonnement des méthodes et des services.

Plus particulièrement, des formations spécifiques au respect de l'intégrité des personnes sont prévues dans le but d'améliorer l'accueil des

doorgeven om haar ertoe aan te sporen het centrum verder uit te bouwen en te bestendigen.

Bepaalde zaken vallen onder de bevoegdheid en de mogelijke financiering van de minister-president. Ik heb hem daarover vragen gesteld. Dit is wat hij antwoordde.

Het is nog te vroeg om het over een bijkomende financiering te hebben, maar ik zal te gepaste tijde aan de besprekingen deelnemen en de opportuniteit van een Brusselse aanpak beoordelen.

In het Globaal Veiligheids- en Preventieplan (GVPP) van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest voor 2017-2020 is een reeks doelstellingen voor de komende drie jaar vastgelegd. Het werkt bevoegdheidsoverschrijdend. Dat stemt overeen met de multidisciplinaire aanpak van het centrum.

Er zijn overigens wel meer overeenkomsten tussen het GVPP en de werking van de referentiecentra voor de opvang van slachtoffers van seksueel geweld. Om te beginnen is er het gedeelte over opleidingen, dat gericht is op de professionalisering van preventie- en veiligheidswerkers, en dat de werkwijze en de dienstverlening beter op elkaar wil afstemmen.

Er worden opleidingen gegeven over het respecteren van de integriteit van slachtoffers. Zo kunnen ze beter worden opgevangen en wordt de benadering meer op hun behoeften afgesteld. De Brusselse agenten van de zedenbrigade die bij het proefproject betrokken zijn, kregen een opleiding en zijn dag en nacht beschikbaar.

De geïntegreerde veiligheidsbenadering moet ervoor zorgen dat er betere hulp wordt geboden door de verschillende schakels in de veiligheidsketen hechter te maken. In het geval van de centra gaat het om medische veiligheid, de veiligheid van de politiemethoden, juridische en psychosociale veiligheid. Het doel is informatie delen en gemeenschappelijke instrumenten uitwerken.

Ten slotte zijn de samenwerkingsakkoorden tussen de federale staat en de deelstaten over de begeleiding van slachtoffers al op uiteenlopende diensten gericht: de politiediensten, de diensten slachtofferonthaal van de justitiehuisen en de

victimes, ainsi qu'une approche centrée sur leurs besoins. Les policiers bruxellois de la brigade des mœurs investis dans ce projet pilote ont d'ailleurs suivi une formation adaptée à la prise en charge dans ce type de centre et assureront une permanence 24 heures sur 24. Il existe une volonté de transfert de savoirs et de centralisation de compétences complémentaires en un seul lieu, de même que la promotion des réalités bruxelloises.

Ensuite, l'approche de sécurité intégrée consiste à apporter des réponses plus appropriées en créant des synergies entre les différents partenaires de la chaîne de sécurité. Dans le cas de ces centres, il s'agit en l'occurrence d'une sécurité médicale, policière, judiciaire et psychosociale. L'objectif est de partager les informations et de mettre en place des outils communs, par exemple pour la gestion informatique.

Enfin, concernant l'accompagnement des victimes, les accords de coopération conclus entre l'État fédéral et les entités fédérées pour l'assistance aux victimes visent déjà plusieurs acteurs : les services de police, les services d'accueil des maisons de justice et les services d'aide sociale et psychologique. Ces derniers, agréés et financés par les entités fédérées (SOS enfants, SOS viol, centres d'accueil, etc.), seront probablement intégrés dans le processus en cours du projet pilote.

J'espère avoir répondu à vos questions, en vous livrant aussi la position du ministre-président, qui nous permet de décloisonner les compétences et les assemblées.

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

Mme Caroline Désir (PS).- Merci, M. le ministre, pour cette réponse qui me semble encourageante. Je vous remercie également d'avoir relayé les éléments de réponse relevant davantage de la compétence du ministre-président, comme les questions de sécurité.

Pour avoir discuté hier avec des membres de ce centre, je rejoins le point de vue exposé par Mme Plovie. En effet, ils nous ont dit clairement que, si la victime est accueillie directement au "320 rue

diensten voor sociale en psychologische hulp. Die laatste worden wellicht bij het centrum ondergebracht.

Mevrouw de voorzitter.- Mevrouw Désir heeft het woord.

Mevrouw Caroline Désir (PS) *(in het Frans).*- *Medewerkers van het centrum vertelden dat slachtoffers die rechtstreeks naar Hoogstraat 320 gaan, daar geholpen kunnen worden. Wie evenwel eerst naar een politiecommissariaat in een andere politiezone gaat, kan er niet terecht. Soms sturen politieagenten de slachtoffers door naar het centrum omdat hun politiezone over te weinig personeel beschikt om zich over hen te ontfermen.*

Daarover moet de minister-president ook eens

Haute", ils peuvent enregistrer sa plainte et réaliser une prise en charge globale, tandis que, si elle se rend d'abord dans un commissariat de l'une des autres zones de police, ils ne peuvent pas la prendre en charge.

Parfois, des policiers disent aux victimes qu'elles seront mieux prises en charge si elles s'adressent au 320. En réalité, ces zones de police ne disposent pas du personnel nécessaire pour faire face à la demande.

Nous sommes donc vraiment au carrefour entre les questions sécuritaires et sanitaires. Il serait donc utile de poser également une question au ministre-président à ce sujet.

Mais je retiens de votre réponse que vous suivez cette question avec attention. Nous ferons le point d'ici un an et j'espère que nous pourrons alors, avec nos moyens bruxellois propres, soutenir cette initiative qui s'avère très porteuse.

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

Mme Magali Plovie (Ecolo).- Je rejoins tout à fait les propos de ma collègue Caroline Désir. Pour les centres de planning familial, vous n'avez pas répondu, mais ce n'est pas vous qui êtes compétent pour cette matière. J'interpellerai donc ceux des membres du Collège réuni qui le sont.

- *L'incident est clos.*

INTERPELLATION DE MME ISABELLE EMMERY

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

ET À M. DIDIER GOSUIN, MEMBRE DU COLLÈGE RÉUNI, COMPÉTENT POUR

worden ondervraagd.

U volgt de kwestie nauwlettend op. Ik kom hier over een jaar nog eens op terug en ik hoop dat het centrum tegen die tijd op steun van Brussel kan rekenen.

Mevrouw de voorzitter.- Mevrouw Plovie heeft het woord.

Mevrouw Magali Plovie (Ecolo) *(in het Frans).*- *U antwoordde niet op mijn vraag over de centra voor gezinsplanning. Ik zal de bevoegde collegeleden daarover interpellieren.*

- *Het incident is gesloten.*

INTERPELLATIE VAN MEVROUW ISABELLE EMMERY

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

EN TOT DE HEER DIDIER GOSUIN, LID VAN HET VERENIGD COLLEGE,

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

concernant "la situation dans les hôpitaux bruxellois concernant les IRM".

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

La parole est à Mme Emmery.

Mme Isabelle Emmery (PS).- Réputée plus précise et sans danger, l'imagerie médicale par résonance magnétique (IRM) est devenue un outil de diagnostic de première ligne très utilisé. Si, il y a peu, les délais d'attente variaient déjà entre six et huit semaines, ils se sont malheureusement encore allongés et on parle maintenant d'un temps d'attente de cinq à six mois.

Pour rappel, depuis le 1^{er} juin 2016, afin de rembourser l'utilisation par des patients de l'IRM, l'appareil doit être agréé. La situation était connue de tous, y compris de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (Inami). Ce n'était pas un secret que de nombreux appareils fonctionnaient sans numéro d'agrément spécifique. À la suite d'un cadastre de l'appareillage médical, la ministre fédérale de la Santé, Maggie De Block, a limité la liste à une centaine d'appareils. Or, depuis de nombreuses années, pratiquement tous les hôpitaux en ont acquis.

Maggie De Block a ainsi décidé de fermer purement et simplement dix-sept appareils non agréés. Non seulement la suppression de ces machines prive les hôpitaux de rentrées financières mais, plus grave encore, ils doivent rembourser les honoraires perçus pour les examens réalisés avec ces machines, ce qui représenterait plusieurs centaines de milliers d'euros par appareil, alors que ceux-ci ont été financés sur fonds propres.

En conséquence, pour réduire les délais d'attente et limiter les pertes financières, les hôpitaux concernés ont allongé les plages horaires des appareils - de 7h à 21h et parfois plus dans certains hôpitaux - et travaillent aussi les samedis

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

betreffende "de toestand in de Brusselse ziekenhuizen betreffende de MRS".

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

Mevrouw Emmery heeft het woord.

Mevrouw Isabelle Emmery (PS) *(in het Frans).*- *Magnetic Resonance Imaging (MRI) geldt als een nauwkeurige en ongevaarlijke techniek. Er worden dan ook veel MRI-scans gemaakt. Tot voor kort moest je zes tot acht weken wachten om een scan te laten maken, nu zou dat al vijf tot zes maanden zijn.*

Sinds 1 juni 2016 worden nog enkel MRI-scans die gemaakt werden met een erkend toestel terugbetaald. Omdat er heel wat toestellen zonder erkenningsnummer in gebruik waren, liet de federale minister van Volksgezondheid een lijst van alle toestellen opstellen, die ze tot een honderdtal beperkte. Nagenoeg alle ziekenhuizen hebben echter al jaren een MRI-scanner.

Minister De Block besloot om zeventien toestellen zonder erkenning af te schaffen. Op die manier vallen er niet alleen inkomsten weg voor de betrokken ziekenhuizen, ze moeten bovendien ook de honoraria terugbetalen voor onderzoeken die met deze scanners gebeurden, en die kunnen oplopen tot honderdduizenden euro per toestel.

Om de wachttijden te verkorten en de financiële verliezen te beperken, beginnen de ziekenhuizen nu 's ochtends vroeger te scannen en stoppen ze er 's avonds later mee. Sommige ziekenhuizen voeren zelfs in het weekend MRI-scans uit.

De beslissing van minister De Block heeft gevolgen voor de patiënten. Bij de meeste aandoeningen is het niet aangewezen om lang te moeten wachten. Dat kan invloed hebben op het sociaal leven van de patiënt en de duur van zijn werkonbekwaamheid verlengen.

et les dimanches.

Cette décision n'est pas sans impact sur les patients. Pour la plupart des pathologies, le délai d'attente génère de l'inconfort. La prise en charge du patient est retardée, ce qui peut avoir un impact sociétal en augmentant la durée de l'incapacité de travail.

La situation est plus critique en ce qui concerne les pathologies vasculaires-cérébrales de type AVC, qui doivent, elles, être prises en charge le plus rapidement possible. Quand on dit que ce type d'examen n'est pas urgent, il faut donc s'inscrire en faux du point de vue médical.

Quels sont les hôpitaux bruxellois concernés par cette décision ?

Les conséquences ont-elles déjà été évaluées pour notre Région, notamment en termes financiers ?

Quelles sont les alternatives possibles pour les patients ?

Nos hôpitaux bruxellois, souffrant déjà d'un manque de financement, seront-ils capables de faire face aux remboursements demandés ?

Je voudrais aussi vous raconter ce qui m'a été rapporté, à savoir que dans certains hôpitaux on commence à limiter l'accès pour des patients qui sont suivis soit par des médecins internes, soit par des médecins qui sont de bons prescripteurs. Cette sorte de favoritisme envers les patients suivis par des médecins qui rapportent plus à l'hôpital représente pour moi évidemment un scandale. Cette pratique est grave en termes de santé publique et d'accès de tous à la même médecine.

Discussion

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

M. Michaël Vossaert (DéFI).- Ce que Mme Emmery a évoqué concernant certaines pratiques liées à un traitement privilégié était intéressant. Vous n'êtes évidemment pas responsable de cette situation, M. le ministre. Cette interpellation nous

De situatie is nog ernstiger als het om een cerebrovasculair accident gaat, want dat moet zo snel mogelijk worden behandeld. Medisch gezien is het dus fout om te beweren dat dergelijke onderzoeken niet dringend zijn.

Welke Brusselse ziekenhuizen werden door de federale beslissing getroffen?

Evalueerde u de gevolgen voor Brussel al, met name op financieel vlak?

Welke alternatieven zijn er voor de patiënten?

Zullen de Brusselse ziekenhuizen, die al te weinig middelen hebben, de honoraria kunnen terugbetalen?

Ik vernam bovendien dat in bepaalde ziekenhuizen voorrang wordt gegeven aan patiënten van interne artsen en van artsen die veel voorschrijven. Dat vind ik schandalig.

Bespreking

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

De heer Michaël Vossaert (DéFI) *(in het Frans).*- *U bent er uiteraard niet verantwoordelijk voor als ziekenhuizen bepaalde patiënten voortrekken, maar deze interpellatie biedt ons wel de mogelijkheid om het probleem aan te kaarten,*

permet de faire le point sur cette problématique qui peut concerner bon nombre de personnes. Il est vrai que l'on a souvent recours à l'IRM pour des choses graves, des problèmes articulaires ou des maladies plus importantes.

Cette mesure rétroactive exigeant le remboursement pour les scanners réalisés sur les IRM non agréés est disproportionnée. Le non-agrément d'un appareil ne signifie pas que celui-ci n'était pas de qualité. Il convient donc de rappeler que ces appareils ont permis de répondre à une demande en forte croissance et d'aider de nombreux patients.

Ensuite, à l'heure actuelle, la Belgique serait le seul pays européen où le nombre d'appareils est en diminution, avec pour conséquence l'allongement des délais d'attente. D'une part, les patients doivent désormais attendre un, trois, cinq, voire sept mois pour bénéficier d'une IRM. Ces délais rendent inévitablement compliqué l'établissement d'un diagnostic ou le suivi d'une maladie.

D'autre part, la programmation des examens se fait parfois dans une tranche horaire allant de 5h à 22h, du lundi au samedi. Cela peut engendrer des difficultés pour les personnes dépendantes d'une aide lorsqu'elles veulent se rendre à une consultation, ainsi que pour le personnel hospitalier.

Par conséquent, dans ce dossier, c'est avant tout l'accès aux soins de santé qui doit faire l'objet de toute notre attention. Il n'est pas normal que les patients paient les conséquences des imprécisions d'une législation, seules responsables de la situation actuelle.

M. le ministre, nous sommes sûrs que vous êtes au fait du dossier et que vous êtes proactif en la matière et que durant la négociation menée au niveau fédéral et au niveau de la Conférence interministérielle (CIM), vous allez défendre le point de vue du patient parce que c'est évidemment cela qui nous préoccupe au plus haut point en cette matière.

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

dat heel wat mensen kan treffen.

MRI-scans worden bij ernstige aandoeningen voorgeschreven. Het eisen van een retroactieve terugbetaling voor onderzoeken die met een niet-erkende scanner gebeurden, is overdreven. Het is niet omdat een toestel niet erkend is, dat het van slechte kwaliteit is. Dankzij die toestellen konden de ziekenhuizen de toenemende vraag aan.

Momenteel is België het enige Europese land waar het aantal MRI-scanners afneemt, met langere wachttijden tot gevolg. Doordat patiënten soms tot zeven maanden op hun onderzoek moeten wachten, wordt het moeilijk om een diagnose te stellen of een zieke te volgen.

Tegelijkertijd vinden de onderzoeken soms van 5 uur 's morgens tot 10 uur 's avonds plaats en van maandag tot zaterdag. Dat kan problemen opleveren voor patiënten die hulp nodig hebben om naar een consultatie te gaan. Ook het ziekenhuispersoneel kan erdoor in moeilijkheden komen.

In deze kwestie moet onze aandacht in de eerste plaats naar de toegankelijkheid van de gezondheidszorg gaan. Het kan niet dat de patiënten opdraaien voor de onduidelijkheden in de wet die tot deze situatie leiden.

U bent ongetwijfeld van het probleem op de hoogte. Ik ga ervan uit dat u tijdens de onderhandelingen met de federale regering en op de interministeriële conferentie (IMC) de patiënten zult verdedigen, want hun belang moet in deze zaak vooropstaan.

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

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Mon collègue Guy Vanhengel et moi-même sommes particulièrement attentifs à ce problème. La résonance magnétique est une technologie qui apparaît comme incontournable dans la prise en charge à l'hôpital. Son caractère non-ionisant en fait une technologie à promouvoir pour la sécurité des patients. Je voudrais que vous entendiez que je suis toujours prompt à émettre une analyse critique. J'ai beaucoup de dossiers qui sont à traiter, notamment avec le niveau fédéral et ma collègue Mme De Block. Nous essayons de défendre au mieux les intérêts de Bruxelles. Toutefois, dans ce dossier, on remarque une petite faiblesse.

Ce dossier prend sa source dans une négociation menée avec l'État fédéral, sous la précédente législature, et qui a abouti à un Protocole d'accord relatif à l'imagerie médicale conclu le 24 février 2014, et transcrit dans la foulée par des arrêtés royaux de programmation.

Ce protocole prévoit de fixer un nombre maximal de résonances magnétiques nucléaires par Région. Pour le territoire bruxellois, le nombre d'appareillages a été fixé à dix-neuf, toutes entités politiques confondues, selon l'arrêté royal du 25 avril 2014. Je pense qu'il y a eu une erreur dans le calcul au niveau bruxellois, car le nombre d'appareils de résonance magnétique nucléaire en activité sur le territoire bruxellois était en réalité de 21. Si je me plains à ma collègue de cette situation, elle me répond que c'est nous qui avons fixé ce nombre, alors qu'elle n'était même pas la ministre en charge. Et, si elle en donne deux de plus à Bruxelles, la Flandre et la Wallonie en voudront plus également.

En conséquence, l'État fédéral a donc décidé d'arrêter le financement de deux appareils, l'un au sein du groupe hospitalier Europe, et l'autre au sein du groupe hospitalier Iris Sud. Pourquoi ces deux-là et pas d'autres ? Parce que l'État fédéral a considéré qu'il s'agissait des deux derniers appareils agréés sur le territoire bruxellois.

Certes, les deux institutions concernées ont introduit en 2015 un recours administratif contre cette décision. En ma qualité de ministre bicommunautaire, j'ai évidemment soutenu nos institutions, notamment en maintenant l'agrément

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College (in het Frans).- *We zijn ons sterk bewust van dit probleem. Beeldvorming door magnetische resonantie is een technologie waar de ziekenhuizen niet meer omheen kunnen. Het is een veilige manier om patiënten te onderzoeken.*

Ik ben zeker niet bang om kritiek te geven en ik heb nog heel wat dossiers te bespreken met mevrouw De Block. Daarbij stel ik altijd het belang van de Brusselaars voorop. Dit dossier vertoont echter een zwakke plek.

Het steunt immers op onderhandelingen met de vorige federale regering, die op 24 februari 2014 tot een overeenkomstprotocol met betrekking tot medische beeldvorming leidde.

In dat protocol is opgenomen dat er een maximaal aantal toestellen voor kernmagnetische resonantie per gewest wordt vastgelegd. Voor Brussel gaat het om negentien toestellen. Volgens mij gebeurde er een fout bij de berekening, want in werkelijkheid waren er in Brussel 21 toestellen. Als ik dat bij mevrouw De Block aankaart, antwoordt ze dat zij destijds niet bevoegd was. Als ze twee extra toestellen aan Brussel toekent, zullen Vlaanderen en Wallonië er ook meer willen.

De federale overheid besliste dan ook om twee toestellen niet langer te financieren. Het gaat om een scanner bij de Europa Ziekenhuizen en één bij Iris Ziekenhuizen Zuid (IZZ). Dat waren volgens de federale regering de twee recentst erkende toestellen op het Brusselse grondgebied.

De twee betrokken ziekenhuizen dienden in 2015 administratief bezwaar in tegen die beslissing. Uiteraard sta ik achter de instellingen wat betreft de erkenning van de twee toestellen en de financiering van de ermee gepaard gaande infrastructuur.

In 2017 werd de factureringstoelating voor de twee toestellen op basis van de inventaris van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) ingetrokken.

De besprekingen binnen de IMC om het debat over medische beeldvorming opnieuw te voeren, lopen nog. Laat het echter duidelijk zijn dat er aanvankelijk een fout werd gemaakt door Brussel,

de ces deux appareils et le financement des infrastructures qui y sont liées.

En 2017, sur la base du cadastre réalisé par l'Inami, les deux appareils de résonance magnétique nucléaire en question se sont vu retirer leurs autorisations de facturation.

Les discussions sont en cours au sein de la CIM pour rouvrir le débat sur l'imagerie médicale et, en particulier, sur les appareils de résonance magnétique nucléaire. Ces discussions se poursuivront dans les mois à venir sur la base d'une évaluation de l'application du protocole. Mais soyons clairs : au départ, une erreur a été commise dans le chef bruxellois, et nous en sommes victimes.

Vous vous demandez peut-être pourquoi les institutions n'ont pas attaqué l'arrêté d'avril 2014. À ce moment-là, on s'était mis d'accord sur un nombre de dix-neuf appareils autorisés et chacun a cru qu'il ne serait pas concerné.

Mais le gouvernement fédéral a pris en compte l'accord intervenu sur dix-neuf appareils et a retiré les deux derniers, ce qui ne paraît pas illogique. Les institutions ont alors réagi, mais il faut bien reconnaître que ce protocole est sans doute passé inaperçu. À ce moment-là, lors de la décision, le ministre compétent ne disposait sans doute pas d'un recensement exact des appareils de résonance magnétique nucléaire. Il ne devait toutefois pas être trop difficile d'en prévoir 21. Nous sommes donc dans une impasse.

Nous allons donc poursuivre les discussions. Nous mettrons en évidence l'impact sur les patients, la liste d'attente, les risques de non-prise en charge. Nous avons aussi encouragé les hôpitaux concernés et leurs coupoles à nous transmettre toutes les données utiles en la matière mais nous n'avons pas de levier sur le remboursement des prestations de l'Inami. Je veux être clair et net. La discussion n'est pas facile parce qu'au départ, il y a une erreur bruxelloise.

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

Mme Isabelle Emmery (PS).- J'entends qu'une erreur s'est produite et que cela nous met,

waarvan wij nu het slachtoffer zijn.

U vraagt zich misschien af waarom de instellingen het besluit van april 2014 niet hebben aangevallen. Op dat ogenblik was er echter een akkoord over negentien erkende toestellen en in de ziekenhuizen dacht niemand dat hij getroffen zou worden.

De federale regering schrapte echter de twee recentste erkenningen, wat niet onlogisch is. Op dat moment reageerden de instellingen wel, maar ik moet erkennen dat het protocol allicht ongemerkt werd goedgekeurd. Op het ogenblik dat de beslissing werd genomen, had de bevoegde minister wellicht geen exact overzicht van alle toestellen. Het kon echter niet zo moeilijk zijn om er 21 toe te laten. Momenteel bevinden we ons in een impasse.

We moeten de besprekingen dus voortzetten. Daarbij zal ik wijzen op de gevolgen voor de patiënten. Ik heb de betrokken ziekenhuizen gevraagd om mij alle nuttige gegevens te bezorgen, maar ik kan geen invloed uitoefenen op de terugbetalingen van het RIZIV. Aangezien er oorspronkelijk in Brussel een fout werd gemaakt, is dit geen eenvoudig debat.

Mevrouw de voorzitter.- Mevrouw Emmery heeft het woord.

Mevrouw Isabelle Emmery (PS) *(in het Frans).*- *De fout die werd gemaakt, maakt de*

institutionnellement, dans une situation non privilégiée pour la négociation et la discussion. Il reste l'argument que ce retrait de deux appareils met la santé publique des Bruxellois en péril car, comme je vous l'ai dit, il faut des mois d'attente pour obtenir un diagnostic correct.

Si nous sommes déforçés dans la négociation, il n'en reste pas moins que le niveau fédéral peut concevoir qu'un problème de santé publique se pose. Cet argument est valable toutes institutions confondues car toutes les institutions peuvent être touchées dans la gestion de leur patientèle avec un personnel obligé à travailler jour et nuit ainsi que le week-end, dans des conditions qui ne sont pas optimales pour rendre ces appareils performants.

C'est un dossier à suivre mais cela ne sera pas simple.

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- J'ai beaucoup de bonne volonté mais je ne suis pas un magicien.

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

M. Michaël Vossaert (DéFI).- M. le Ministre, je salue votre volonté d'aboutir. C'est important. Vous avez hérité de cette problématique et je constate que les ministres bicommunautaires font en sorte de soutenir ces deux appareils en maintenant leur agrément et en les finançant, ce qui est aussi assez positif.

J'espère que nous pourrons aboutir prochainement à une solution dans ce dossier.

- *L'incident est clos.*

INTERPELLATION DE M. ANDRÉ DU BUS DE WARNAFFE

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

onderhandelingspositie van Brussel er niet gemakkelijker op. Dat neemt niet weg dat het schrappen van twee toestellen de volksgezondheid in Brussel in gevaar brengt, aangezien patiënten maanden op een correcte diagnose moeten wachten.

Dat zou voor de federale regering ook duidelijk moeten zijn. Alle instellingen worden getroffen, want het personeel dat de scanners bedient, moet nu dag en nacht en zelfs tijdens het weekend werken.

Het zal niet eenvoudig zijn om in dit dossier tot een oplossing te komen.

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College (in het Frans).- *Ik wil wel, maar toveren kan ik niet.*

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

De heer Michaël Vossaert (DéFI) (in het Frans).- *Het verheugt mij dat u een oplossing wilt vinden voor dit probleem, dat u hebt geërfd. Ik stel vast dat u de erkenning en de financiering van die twee scanners behoudt, wat een goede zaak is. Ik hoop dat er snel een oplossing uit de bus komt.*

- *Het incident is gesloten.*

INTERPELLATIE VAN DE HEER ANDRÉ DU BUS DE WARNAFFE

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

**FINANCES, LE BUDGET ET LES
RELATIONS EXTÉRIEURES,**

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

**concernant "l'obligation de la prescription
électronique".**

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

La parole est à M. du Bus de Warnaffe.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH).- En mars 2017, la ministre fédérale de la Santé annonçait l'obligation d'adopter la prescription électronique dès le 1^{er} janvier 2018. À la suite de cette annonce, les médecins généralistes n'ont pas tardé à réagir et un grand nombre d'entre eux ont menacé de cesser leurs activités.

Comme nous le savons, les médecins généralistes sont très souvent en sous-effectif et il est même question d'une pénurie à certains endroits. Ceci a déjà fait l'objet d'interpellations de ma part. Nous sommes en janvier 2018, qu'en est-il exactement de la prescription électronique ?

Je tiens à préciser que l'objectif de cette question n'est pas de s'opposer farouchement à toute informatisation de la santé. Je pense, en effet, que la prescription électronique possède de nombreux avantages : elle élimine les problèmes de lecture du pharmacien, elle réduit les erreurs de prescription et elle permet une uniformisation du système. Cependant, il faut rester vigilant aux obstacles et aux différents problèmes de cette informatisation : les problèmes techniques parmi lesquels couverture du réseau, cyberattaques ou pannes de courant, le risque d'augmenter les inégalités de santé à cause de la fracture numérique et l'accès aux soins de certains publics (sans-abri, visites à domicile). Il faut donc un système flexible de prescription électronique qui maintient la possibilité d'une prescription papier.

**FINANCIËN, DE BEGROTING EN DE
EXTERNE BETREKKINGEN,**

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

**betreffende "het verplichte elektronische
voorschrift".**

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

De heer du Bus de Warnaffe heeft het woord.

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH) (in het Frans).- In maart 2017 kondigde de federale minister van Volksgezondheid aan dat elektronische voorschriften vanaf 1 januari 2018 verplicht zouden worden. Naar aanleiding van dat bericht dreigde een heleboel huisartsen de kap over de haag te hangen.

Het is algemeen bekend dat er geen overschot aan huisartsen is en dat zich op sommige plaatsen zelfs een tekort voordoet. Het is nu januari 2018, hoe zit het nu precies met dat elektronische voorschrift?

Ik wil met deze interpellatie niet de indruk wekken dat ik tegen elke vorm van informatisering in de gezondheidssector ben. Ik denk immers dat het elektronische voorschrift allerlei voordelen biedt: leesbaarheidsproblemen behoren tot het verleden, er worden minder fouten gemaakt bij het voorschrijven en het systeem wordt uniform. Toch moeten we ook oog hebben voor de hinderpalen van de informatisering: technische problemen, zoals de dekking van het net, cyberaanvallen en stroompannes, het risico van meer ongelijkheid door de digitale kloof en de toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor bepaalde doelgroepen. Het systeem moet dus flexibel zijn en de mogelijkheid van een papieren voorschrift moet blijven bestaan.

Naar aanleiding van mijn interpellatie van 17 mei 2017 zei u dat u ter voorbereiding van de

Lors de mon interpellation du 17 mai 2017, vous nous aviez annoncé l'ouverture d'un dialogue avec le pouvoir fédéral, notamment via une réunion préparatoire de la CIM de mars 2017. Par la suite, un groupe de travail a été créé. Quelles en sont les conclusions ?

Lors de votre dernière réponse, vous aviez également souligné un fait paradoxal : la prescription électronique nécessite l'utilisation d'un logiciel labellisé qui, selon le gouvernement fédéral, sera finalisé en 2020. Or, il impose la généralisation des prescriptions électroniques en 2018. Ce groupe de travail a-t-il abordé cette question ?

Depuis mai 2017, il y a-t-il eu des avancées dans la finalisation de ce logiciel ? Comment la prescription électronique pourrait-elle fonctionner sans celui-ci ?

Enfin, le 4 décembre dernier, nous pouvions lire dans la presse que l'utilisation obligatoire de la prescription électronique était reportée au 1^{er} juin 2018. Confirmez-vous cette information ?

L'article annonce également qu'il n'y aura plus d'obligation lors des visites de patients à domicile et que les médecins âgés de 62 ans pourront faire valoir une exemption. Confirmez-vous ces éléments ?

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

(M. Zahoor Ellahi Manzoor, doyen d'âge, prend place au fauteuil présidentiel)

Discussion

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

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Je vous remercie pour l'intérêt que vous portez à la continuité et à l'accès aux soins, notamment pour les plus démunis, dans le cadre de l'obligation de la prescription électronique.

Concernant le dialogue avec le niveau fédéral, le

interministeriële conferentie (IMC) van maart 2017 een dialoog zou aangaan met de federale overheid. Daarna werd er een werkgroep opgericht. Tot welke conclusies kwam die?

U benadrukte toen ook een paradox: het elektronische voorschrift vergt het gebruik van goedgekeurde software die volgens de federale regering pas tegen 2020 beschikbaar zal zijn, terwijl elektronische voorschriften vanaf 2018 verplicht worden. Heeft de werkgroep dat probleem aangepakt?

Zit er sinds mei 2017 schot in de voltooiing van de software? Hoe kunnen dokter elektronische voorschriften verstrekken als de software nog niet helemaal klaar is?

Op 4 december berichtten de media dat het verplichte gebruik van het elektronische voorschrift is uitgesteld tot 1 juni 2018. Bovendien zou het niet verplicht worden bij huisbezoeken en zou er voor artsen van 62 jaar en ouder een uitzondering gelden. Klopt die informatie?

Hoe zit het met specialisten die niet in een ziekenhuis werken en geen software voor een elektronische medisch dossier hebben?

(De heer Zahoor Ellahi Manzoor, oudste lid in jaren, treedt als voorzitter op)

Bespreking

De voorzitter.- De heer Gosuin heeft het woord.

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College (in het Frans).- *Het is een goede zaak dat u de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in de context van het verplichte elektronische voorschrift ter harte neemt.*

Het elektronische voorschrift voor mensen die

sujet de la prescription électronique pour les personnes ne disposant pas de numéro d'identification de la sécurité sociale (NISS) ou de numéro Bis, ni de carte d'identité électronique au format belge, entre autres les migrants et les illégaux, a été discuté au sein du groupe de travail intercabinets e-santé de la conférence interministérielle (CIM) santé publique.

Lors de la réunion du 15 septembre dernier de ce groupe de travail, la plate-forme e-santé.brussels a indiqué qu'elle travaillait à une solution permettant aux prescripteurs de créer eux-mêmes un numéro Bis pour les patients mentionnés ci-dessus. Il s'agira d'une application qui permet de vérifier si la personne qui nécessite une prescription possède déjà un numéro. Si ce n'est pas le cas, l'application permettra aux médecins de créer un numéro Bis en introduisant quelques données qui permettront d'éviter les fraudes à l'identité. Il sera donc possible d'attribuer un numéro Bis à des migrants.

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

Ce système utilisera le registre de la Banque-carrefour de la sécurité sociale des numéros Bis, qui existe déjà. Notons que les CPAS peuvent déjà aujourd'hui créer des numéros Bis. Techniquement, selon le niveau fédéral, le système devrait être prêt en février.

Cependant, puisque le prestataire prescripteur doit d'abord vérifier, avant de créer un numéro Bis, si le patient n'est pas déjà inscrit au registre national, et que légalement parlant, seule une autorité (comme un CPAS par exemple) peut réaliser cette vérification, la plate-forme e-santé.brussels a introduit une demande de délibération auprès du comité sectoriel du registre national. Cette étape est un préalable à la modification réglementaire qui permettra aux prestataires de consulter le registre national. Cette demande devrait être analysée par le comité sectoriel également en février. Nous sommes donc très sceptiques quant au délai annoncé par le niveau fédéral.

De plus, à côté des aspects réglementaires et techniques, il sera aussi très important, pour ne

geen identificatienummer van de sociale zekerheid (INSZ), bisnummer of elektronische identiteitskaart op Belgisch formaat hebben, werd in de interkabinettenwerkgroep (IKW) e-gezondheid van de IMC Volksgezondheid besproken.

Tijdens de vergadering van 15 september van de IKW gaf e-gezondheid.brussels te kennen dat het aan een oplossing werkte waarmee voorschrijvers zelf een bisnummer kunnen aanmaken voor de eerder vernoemde patiënten.

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

Het systeem zal een beroep doen op de kruispuntbank van de sociale zekerheid om na te gaan of er al een bisnummer bestaat. OCMW's kunnen overigens nu al bisnummers aanmaken. Volgens de federale overheid zou het systeem in februari technisch klaar moeten zijn.

De voorschrijver moet echter nagaan of de patiënt al niet in het rijksregister staat en wettelijk kan alleen een overheidsinstantie (bijvoorbeeld een OCMW) dat doen. Daarom heeft e-gezondheid.brussels een deliberatieaanvraag ingediend bij het Sectoraal Comité van het Rijksregister. Die stap vormt de aanloop tot een reglementswijziging waardoor verstrekkers het rijksregister zullen kunnen raadplegen. Het Sectoraal Comité zou die vraag ook in februari onder de loep nemen. We staan dus erg sceptisch tegenover de aangekondigde startdatum.

Naast de reglementaire en technische aspecten is het ook belangrijk om goed te communiceren met de verstrekkers en de verschillende stappen in het identificatieproces duidelijk uit de doeken te doen. Het is dus een illusie om te denken dat we in juni met elektronische voorschriften van start kunnen gaan.

We pleiten dus nog altijd voor een flexibel systeem dat het elektronische voorschrift mogelijk maakt, maar papieren voorschriften niet uitsluit.

Het softwarelabelingsproces bestaat al meerdere jaren en werd oorspronkelijk uitgewerkt door de Federale Overheidsdienst (FOD) Volksgezond-

pas polluer le registre des numéros Bis avec des doublons, de bien communiquer auprès des prestataires en précisant de manière simple et didactique les différentes étapes du processus d'identification. Ceci nécessitera une campagne de communication, voire même une formation des médecins. Il est donc illusoire de penser que tout ceci sera prêt à la fin du premier trimestre 2018 pour arriver à une mise en application en juin.

Nous plaidons donc toujours à ce stade pour un système flexible adoptant la prescription électronique, tout en gardant la possibilité d'une prescription papier.

Deuxièmement, concernant votre interrogation sur la nécessité de l'utilisation d'un logiciel labellisé dossier médical informatisé (DMI), le processus de labellisation des logiciels existe depuis plusieurs années et était initialement organisé par le SPF Santé Publique. En 2008, c'est à la plateforme e-santé.brussels que le législateur a confié la mission de vérifier "si les logiciels de gestion de DMI répondent aux normes, standards et spécifications informatiques fonctionnels et techniques". Depuis cette date, c'est cette plateforme qui enregistre ces logiciels dit labellisés.

En dehors de quelques exceptions marginales, la totalité des médecins généralistes informatisés dispose d'un logiciel labellisé. Lorsque je suis intervenu en décembre, je ne parlais pas des généralistes mais des spécialistes. J'y reviendrai tout à l'heure. La prescription électronique est donc tout à fait possible actuellement pour les médecins généralistes qui utilisent des DMI labellisés.

Dans votre troisième question, vous m'interrogez sur le report de l'utilisation obligatoire de la prescription électronique. L'obligation a en effet bien été reportée au 1^{er} juin 2018. Cette obligation ne s'appliquera pas aux prescripteurs ayant atteint l'âge de 62 ans au 1^{er} juin 2018. La prescription électronique concerne les prescriptions de médicaments pour des patients en ambulatoire faites soit au cabinet du prescripteur, soit lors d'une consultation à l'hôpital (en ambulatoire) ou dans d'autres secteurs comme, par exemple, les postes de garde.

Cette obligation ne s'appliquera pas aux

heid. In 2008 vertrouwde de wetgever e-gezondheid.brussels de opdracht toe om na te gaan of de software van het elektronisch medisch dossier (EMD) voldoet aan de normen en de specificaties.

Op enkele uitzonderingen na beschikken alle huisartsen over gelabelde software. Toen het onderwerp in december ter sprake kwam, had ik het niet over huisartsen maar over specialisten. Huisartsen die gelabelde EMD-software gebruiken, kunnen dus elektronische voorschriften verstrekken.

De verplichting om ambulante patiënten elektronische geneesmiddelenvoorschriften te verstrekken, is inderdaad uitgesteld tot 1 juni 2018. Wie op die datum 62 is, hoeft de overstap niet te maken.

De verplichting geldt niet voor bezoeken aan huis of aan instellingen, ongeacht de leeftijd van de voorschrijver.

Het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) heeft een toepassing ontwikkeld om elektronische voorschriften te verstrekken buiten het EMD. Ze heet Prescription & Autorisation Requesting Information System (PARIS) en werd in december 2017 beschikbaar voor voorschrijvers zonder EMD. Specialisten met een privépraktijk, voorschrijvers die slechts beperkt actief zijn en oudere voorschrijvers kunnen op die manier ook elektronische voorschriften verstrekken.

Mijn kabinet houdt de ontwikkelingen in verband met het elektronisch voorschrift nauwlettend in de gaten en vraagt bij elke maandelijkse vergadering van de IKW e-gezondheid van de IMC Volksgezondheid een stand van zaken.

prescriptions faites lors d'une visite d'un patient à domicile ou dans une institution (maisons de repos et maisons de repos et de soins), ceci indépendamment de l'âge du prescripteur.

Comme déjà annoncé lors d'une précédente question, l'Inami a développé une application offrant un service minimal et permettant de délivrer des prescriptions électroniques en dehors du dossier médical informatisé. Cette application appelée Prescription & Autorisation Requesting Information System ou PARIS a été mise à la disposition des prescripteurs sans DMI en décembre 2017.

Les médecins spécialistes en consultation privée, les prescripteurs n'ayant plus qu'une pratique restreinte ou n'exerçant pas au sens classique du terme - travaillant dans des organismes assureurs, dans l'administration ou dans l'enseignement, les biologistes cliniciens, les anatomopathologistes, etc. - ainsi que les prescripteurs plus âgés en fin de pratique active pourront donc prescrire électroniquement grâce à cette application, laquelle est en phase de test.

Pour terminer, je tiens à souligner que les collaborateurs de mon cabinet suivent la problématique de la prescription électronique avec la plus grande attention et demandent un état des lieux à chaque réunion mensuelle du groupe de travail intercabinets e-santé de la conférence interministérielle (CIM) de la santé publique.

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

M. André du Bus de Warnaffe (cdH).- Votre réponse claire atteste une bonne prise en considération des difficultés auxquelles sont confrontés les généralistes. J'en rencontre beaucoup qui sont saturés par la succession d'obligations et de modifications qui leur sont imposées. Il faut maintenir à tout prix une certaine flexibilité. J'entends que vous partagez cette volonté.

- *L'incident est clos.*

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

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH) (in het Frans).- *Uit uw antwoord blijkt dat u zich terdege bewust bent van de moeilijkheden waarmee huisartsen te maken krijgen. Het is goed dat u een zekere mate van flexibiliteit wilt behouden.*

- *Het incident is gesloten.*

**INTERPELLATION DE MME SIMONE
SUSSKIND**

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

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

concernant "les difficultés rencontrées par
les proches des personnes en situation de
grande dépendance et leur prise en charge
par les institutions médicales ou
paramédicales".

Mme la présidente.- À la demande de l'auteur,
excusée, l'interpellation est reportée à une
prochaine réunion.

QUESTIONS ORALES

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

**QUESTION ORALE DE M. ZAHOR
ELLAHI MANZOOR**

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

ET À M. DIDIER GOSUIN, MEMBRE DU

**INTERPELLATIE VAN MEVROUW
SIMONE SUSSKIND**

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

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

betreffende "de problemen van de naasten
van personen die in grote mate afhankelijk
zijn en hun opname in medische of
paramedische centra".

Mevrouw de voorzitter.- Op verzoek van de
indiener, die verontschuldigd is, wordt de
interpellatie naar een volgende vergadering
verschoven.

MONDELINGE VRAGEN

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

**MONDELINGE VRAAG VAN DE HEER
ZAHOR ELLAHI MANZOOR**

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

EN AAN DE HEER DIDIER GOSUIN,

COLLÈGE RÉUNI, COMPÉTENT POUR LA POLITIQUE DE LA SANTÉ, LA FONCTION PUBLIQUE, LES FINANCES, LE BUDGET ET LES RELATIONS EXTÉRIEURES,

concernant "la politique de lutte contre le diabète et le diabète gestationnel".

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

La parole est à M. Manzoor.

M. Zahoor Ellahi Manzoor (PS).- Le 14 novembre est la Journée mondiale du diabète. En 2017, une vingtaine d'hôpitaux francophones et bruxellois ont mené des actions de sensibilisation et d'information sur cette maladie chronique, souvent qualifiée de pandémie du siècle. Aujourd'hui, 425 millions de personnes à travers le monde sont diabétiques et on estime qu'en 2030, leur nombre atteindra 600 millions.

En ce qui concerne notre pays, 600.000 Belges seraient diabétiques. À Bruxelles, les chiffres pour certaines communes sont alarmants et dépassent la moyenne nationale. On peut aussi remarquer qu'il existe un lien entre le diabète et la situation socio-économique de la population. Le diabète est une maladie insidieuse. La moitié des diabétiques ignorent qu'ils le sont, car il s'agit d'un ennemi silencieux. Les symptômes peuvent être légers, voire carrément absents pendant une longue période.

En 2017, le thème de la Journée mondiale du diabète était centré sur les femmes. Il faut rappeler que le diabète représente une menace grave pour la santé de la mère et de l'enfant. Il affecte une naissance sur six et entraîne des complications pendant et après l'accouchement. Selon la Fédération internationale du diabète (FID), plus de 200 millions de femmes au monde sont actuellement atteintes de diabète et beaucoup se heurtent à de multiples obstacles pour accéder à la prévention, à la détection, au diagnostic et au traitement de cette maladie.

Les femmes diabétiques sont plus susceptibles d'être pauvres et de disposer de moins de

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

betreffende "het beleid in de strijd tegen diabetes en zwangerschapsdiabetes".

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

De heer Manzoor heeft het woord.

De heer Zahoor Ellahi Manzoor (PS) *(in het Frans).*- *Diabetes is de pandemie van deze eeuw. Vandaag hebben 425 miljoen mensen in de wereld diabetes en men verwacht dat ze tegen 2030 met 600 miljoen zullen zijn.*

België telt 600.000 diabetici. In Brussel zijn de cijfers voor bepaalde gemeenten verontrustend en een pak hoger dan het nationale gemiddelde. Er is duidelijk een verband tussen diabetes en de sociaal-economische situatie van de bevolking. Diabetes is een verraderlijke ziekte. De helft van de diabetici weet niet dat ze diabetes hebben. De symptomen kunnen gedurende een lange tijd heel licht zijn of zelfs volledig ontbreken.

In 2017 was de Werelddiabetesdag gefocust op vrouwen. Diabetes is een ernstige bedreiging voor de gezondheid van moeder en kind. In een tiende van de gevallen leidt ze tot complicaties tijdens en na de bevalling. Volgens de Internationale Diabetesfederatie (IDF) lijden 200 miljoen vrouwen in de wereld aan diabetes en hebben velen onder hen geen toegang tot de preventie, opsporing, diagnose en behandeling van die ziekte.

Vrouwen met diabetes hebben meer risico om in de armoede te belanden, gediscrimineerd te worden en in een sociaal vijandig klimaat te moeten overleven. Door gezondere levensgewoonten aan te nemen, kunnen zij de progressie van de ziekte evenwel beperken. Het is dus belangrijk dat ze toegang hebben tot technologieën, geneesmiddelen, educatie en informatie.

ressources, d'être discriminées et de devoir survivre dans des environnements sociaux hostiles. Toutefois, elles peuvent devenir des agents clés dans l'adoption de modes de vie sains pour prévenir la progression du diabète. Il est donc important de leur garantir l'accès aux technologies, aux médicaments, à l'éducation et à l'information.

Aujourd'hui, dans la majorité des cas, le diabète est découvert par hasard, quand la maladie est déjà bien installée. Pour cette raison, la sensibilisation, la prévention et le dépistage sont cruciaux. Ces dernières années, des méthodes innovantes sont apparues pour contrôler la glycémie, comme les patches - associés à un lecteur - ou les nouveaux capteurs de glucose, qui permettent un suivi de l'évolution de la glycémie du malade sur un smartphone. Ces systèmes sont testés dans les hôpitaux francophones, notamment à Bruxelles.

Quelles sont, outre cette action ponctuelle menée pour sensibiliser la population, notamment les femmes enceintes, les mesures mises en place afin d'agir en amont sur cette maladie en constante évolution ?

Des contacts sont-ils pris avec les ministres monocommunautaires en charge de la prévention de la santé au sujet de cette maladie précise, vu son ampleur ?

Cette problématique est-elle intégrée dans le Plan de santé bruxellois ? Une approche genrée est-elle examinée ?

Enfin, les dispositifs innovants, comme les patches et les nouveaux capteurs, seront-ils généralisés dans notre Région ?

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

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Premièrement, on peut dire que l'information constitue un enjeu car, en définitive, le dépistage du diabète en tant que tel est simple. Les mesures en amont dont vous parlez relèvent de la prévention et, bien qu'indirectement compétents, nous participons activement aux mécanismes de collaboration et de coopération dans le domaine.

De voorbije jaren zijn er vernieuwende methoden uitgewerkt om het suikergehalte in het bloed te controleren, zoals de patch en de glucosesensor. Die systemen worden in Brusselse Franstalige ziekenhuizen getest.

Welke acties worden er naast de Werelddiabetesdag georganiseerd om de bevolking te sensibiliseren, en met name zwangere vrouwen?

Hebt u contact opgenomen met de gemeenschapsministers over preventiemaatregelen?

Besteedt het Brussels Plan voor de gezondheidszorg aandacht aan die problematiek?

Zullen de nieuwe technologieën worden veralgemeend in ons gewest?

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

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College (in het Frans).- Informatie is inderdaad bijzonder belangrijk, want de opsporing van diabetes is op zich heel eenvoudig. Wij werken alleszins nauw samen met de beleidsniveaus bevoegd voor preventie.

Zo is op 21 maart 2016 in de werkgroep Chronische Ziekten van de Interministeriële

Nous pouvons parler, par exemple, du protocole d'accord du 21 mars 2016 en matière de prévention, conclu entre l'autorité fédérale et les entités fédérées au sein du groupe de travail intercabinets sur les maladies chroniques, dans le cadre de la conférence interministérielle (CIM) de la santé publique. Ce protocole prévoit des initiatives qui se renforcent mutuellement, mais aussi l'harmonisation des politiques en matière de prévention, dans un souci de continuité des soins, de promotion de la santé, de participation des groupes cibles aux programmes et de réduction des inégalités de santé. L'échange des informations et des données entre différents niveaux de compétence y est encouragé et la recherche d'objectifs communs y est recommandée.

La mise en œuvre concrète de ce protocole se fait via plusieurs groupes de travail, dont un groupe dédié à la prévention et un autre aux maladies chroniques, tout autant qu'à travers des programmes ciblés. Parmi ceux-ci, on peut citer celui qui vise la nutrition et donne aux communautés le soin d'engager des campagnes de promotion d'une alimentation équilibrée et d'un style de vie actif et sain, en passant par les canaux de l'enseignement ou des pouvoirs locaux.

Une plate-forme de concertation a d'ailleurs été créée dans ce domaine entre le pouvoir fédéral et les Communautés et Régions, afin de mieux gérer la collaboration thématique sur les actions menées. Des actions telles que "Manger Bouger" de l'asbl Question santé, ou plusieurs démarches locales comme Forest Quartiers Santé, Entr'Aide des Marolles, l'asbl Les Pissentlits, le Réseau santé diabète-Marolles ou encore les projets de santé communautaire des maisons médicales, ont prouvé leur importance.

En ce qui concerne plus précisément les liens avec la Cocof, je vous renvoie à ce qu'a dit ma collègue Cécile Jodogne récemment concernant le Plan de promotion de la santé 2018-2022. Nous le soutenons bien évidemment, non seulement parce qu'il recoupe la nécessité de concertation évoquée plus haut en la matière, mais aussi parce qu'il contient des principes qui figurent dans notre futur Plan de santé bruxellois.

Il en va ainsi des déterminants de la santé, de la

Conferentie Volksgezondheid een protocolakkoord gesloten over de preventie van diabetes. Dat protocolakkoord voorziet in initiatieven die elkaar onderling versterken, en in de harmonisering van de bestaande preventiemaatregelen, teneinde de zorgcontinuïteit te waarborgen, de deelname van de doelgroepen aan de programma's te verbeteren en de ongelijkheden op het vlak van gezondheid te verminderen. Ook worden de uitwisseling van informatie tussen de beleidsniveaus en de vaststelling van gemeenschappelijke doeleinden aangemoedigd.

De uitvoering van het protocolakkoord gebeurt via verscheidene werkgroepen, waaronder de werkgroep Preventie en de werkgroep Chronische Ziekten, en via gerichte programma's, bijvoorbeeld over evenwichtige voeding en voldoende beweging. Er werd een overlegplatform opgericht om de samenwerking rond die thema's te verbeteren.

Wat de samenwerking met de Franse Gemeenschapscommissie (Cocof) betreft, verwijst ik naar de recente uitspraken van mijn collega Cécile Jodogne over het gezondheidsplan 2018-2022. We steunen uiteraard dat plan, niet alleen omdat er nood is aan overleg, maar ook omdat het dezelfde principes bevat als het toekomstig Brussels Plan voor de gezondheidszorg.

De details over het Brussels Plan voor de gezondheidszorg zullen u te gepasten tijde worden meegedeeld, maar ik kan u wel al zeggen dat de preventie zal worden versterkt.

Inzake diabetes zullen we trachten om de preventie te koppelen aan de tenlasteneming van de patiënten en om de informatie rond de behandeling te versterken. Er vinden verscheidene proefprojecten rond chronische ziekten plaats in het kader van het gemeenschappelijk plan "Geïntegreerde zorg voor een betere gezondheid", dat op de interministeriële conferentie werd goedgekeurd. Ze hebben tot doel een geïntegreerde zorg via multidisciplinaire netwerken te bieden.

In Brussel gaat het onder meer om het project Boost, dat beheerd door het multidisciplinair netwerk RML-B en gefinancierd wordt door de Cocof. Het project heeft betrekking op diabetes

réduction des inégalités sociales et de genre, ainsi que de la volonté d'adapter les mesures aux publics cibles, y compris précarisés.

Sans dévoiler des éléments trop détaillés du Plan de santé bruxellois, qui sera communiqué à une échéance préalablement fixée, on peut dire que le renforcement de la prévention en fera partie, dans le respect des compétences de chacun, bien sûr.

Pour le diabète, deux sections me viennent à l'esprit : le fait d'associer la prévention dans les prises en charge des patients et le développement de l'éducation thérapeutique. Plusieurs projets pilotes sur les maladies chroniques sont développés dans ce sens et ont tous pour but d'implémenter des soins intégrés par un réseau multidisciplinaire dans une zone géographique donnée. Ils s'inscrivent tous dans le cadre du plan conjoint "Des soins intégrés pour une meilleure santé", approuvé en CIM.

À Bruxelles, le projet Boost, géré par le réseau multidisciplinaire local bruxellois (RML-B) financé par la Cocom, nous intéresse particulièrement, car il cible directement le diabète de type 2, qui est le plus courant. Ce projet, construit à partir des besoins des patients et de leurs proches, vise à améliorer la réponse aux attentes spécifiques des malades chroniques, tout au long du trajet de soins.

Boost mise sur la transversalité et sur un dispositif organisationnel innovant qui met en œuvre trois nouvelles fonctions :

- un référent de proximité avec une fonction de soutien et d'accompagnement mobile des patients ;
- un référent intra-hospitalier qui articulera les épisodes d'hospitalisation et le suivi ambulatoire, en collaboration étroite avec le référent de proximité ;
- un "diapason" à la fonction de concertation multidisciplinaire, qui analysera les points critiques dans le trajet de soins. Cet espace commun permettra de dégager des pistes d'amélioration et des solutions adaptées.

Ces mesures serviront à produire une meilleure

van het type 2, wat de meest voorkomende vorm is, en vertrekt van de noden van de patiënten en hun naasten. Het project is gebaseerd op een vernieuwende organisatie met een nabijheids-referent, die de patiënten steunt en begeleidt, een interziekenhuisreferent, die de ziekenhuisopnames en ambulante zorg organiseert in nauwe samenwerking met de nabijheidsreferent, en een multidisciplinair platform, dat de kritieke punten in het zorgtraject analyseert en samen naar oplossingen zoekt.

Dat systeem moet ervoor zorgen dat de patiënt niet alleen de nodige informatie ontvangt, maar dat hij ook de nodige deskundigheid verwerft om zijn chronische ziekte beter te beheren.

Het zorgtraject voor diabetici is gebaseerd op een overeenkomst tussen de huisarts, de diabetoloog en de patiënt, maar daar kunnen nog andere zorgverleners aan worden toegevoegd, zoals een diëtist, een sportcoach of een podoloog.

Uiteraard zijn ook de nieuwe technieken in Brussel beschikbaar. De patches worden volledig terugbetaald door het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) voor patiënten met type 1-diabetes die met insuline worden behandeld en ten laste worden genomen in het kader van een ziekenhuisovereenkomst. De andere diabetici kunnen de sensoren tegen een beperkte prijs kopen in hun medisch centrum.

information, essentielle pour une gestion diabétique appropriée, un décloisonnement des secteurs dans un objectif commun et une plus grande implication des patients grâce à l'éducation thérapeutique.

Ce dernier concept doit faire en sorte que le patient acquière non seulement des informations utiles, mais également des compétences pour mieux gérer sa maladie chronique.

Le trajet de soins sera, dans le cas du diabète, une convention entre le médecin généraliste, le spécialiste diabétologue et le patient, mais toute une série d'acteurs supplémentaires tels que le diététicien, le coach sportif ou le podologue, pourront s'y greffer. L'éducation thérapeutique est cruciale dans le cas du diabète et l'accompagnement transversal ici évoqué peut être vu comme une prévention à toute détérioration de l'état de santé du patient.

Les dispositifs comme le lecteur de glycémie Freestyle libre, aussi surnommé Flash, ou le capteur implanté sous la peau et testé à l'hôpital Érasme, sont bien entendu disponibles à Bruxelles, qui connaît un très bon taux de développement technologique.

Les patches sont intégralement remboursés par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (Inami) pour les patients diabétiques de type 1, traités par insuline et pris en charge dans le cadre d'une convention hospitalière du diabète. Les autres diabétiques conventionnés traités par insuline peuvent acheter les capteurs dans leur centre de convention, à moindres frais.

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

M. Zahoor Ellahi Manzoor (PS).- Je remercie le ministre pour sa réponse très complète et je constate qu'il partage nos inquiétudes.

J'attire toutefois son attention sur le fait que les capteurs ne sont pas encore remboursés aux patients atteints du diabète de type 2 ou qu'ils ne le sont que partiellement. Il serait souhaitable d'avoir un jour la possibilité de financer une prise en charge complète de ces capteurs pour tous les

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

De heer Zahoor Ellahi Manzoor (PS) *(in het Frans).*- *Ik hoop dat de sensoren in de toekomst volledig zullen worden terugbetaald voor alle patiënten, ook degenen met diabetes van het type 2.*

patients, y compris ceux atteints du diabète de type 2.

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Mon collaborateur et moi-même souscrivons à cette proposition.

- *L'incident est clos.*

QUESTION ORALE DE M. ANDRÉ DU BUS DE WARNAFFE

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

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

concernant "la vaccination des personnes âgées contre la grippe".

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

La parole est à M. du Bus de Warnaffe.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH).- Une étude récente, menée par une mutualité, révèle que les personnes de 65 ans et plus restent trop peu nombreuses à être vaccinées contre la grippe en Belgique, et en particulier à Bruxelles. Plus de neuf décès sur dix imputables à cette maladie le sont pourtant dans cette tranche d'âge. C'est énorme.

En Belgique, la grippe tue plus d'une centaine de personnes chaque année. Tandis que l'Organisation mondiale de la santé recommande un taux de vaccination de 75% pour les seniors, ce

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College (in het Frans).- *Mijn medewerker en ik steunen dat voorstel.*

- *Het incident is gesloten.*

MONDELINGE VRAAG VAN DE HEER ANDRÉ DU BUS DE WARNAFFE

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

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

betreffende "de inenting van de bejaarden tegen de griep".

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

De heer du Bus de Warnaffe heeft het woord.

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH) (in het Frans).- *Uit een recente studie van een ziekenfonds blijkt dat in België, en in het bijzonder in Brussel, nog steeds te weinig 65-plussers zich tegen de griep laten inenten. Nochtans kan griep fataal zijn voor die leeftijdscategorie. Vijfenzestig-plussers moeten dan ook via doelgerichte communicatie van dat risico bewust worden gemaakt.*

Een ander facet van het probleem is de omslachtige aanpak: wie zich wil laten vaccineren moet eerst bij de huisarts om een voorschrift,

taux est bien plus bas à Bruxelles, qui ne comptait que 45,7% de vaccinés lors de l'hiver 2015-2016. Les différences régionales sont remarquables, puisqu'en Flandre, ce taux s'élevait à 60% contre 48,99 % en Wallonie.

Lorsqu'on sait que les conséquences de la grippe peuvent être fatales dans cette catégorie plus fragile de la population, il nous semble nécessaire de sensibiliser autour de cette thématique et de mettre en place une communication davantage ciblée.

Outre ces chiffres pour le moins inquiétants, il est nécessaire de relever une autre facette de ce problème : le patient qui souhaite se faire vacciner contre la grippe doit tout d'abord consulter son médecin généraliste, lequel devra lui prescrire des vaccins. Il devra ensuite se rendre chez son pharmacien pour chercher le vaccin, puis retourner enfin chez son médecin pour se le faire administrer ! Cela peut décourager certaines personnes à se faire vacciner.

Il apparaît dès lors opportun de réfléchir à une optimisation du circuit de vaccination afin d'inciter les patients à se faire vacciner. Je fais référence ici également à un article qui a été publié dans Le Soir.

Quelles sont les mesures que vous avez prises afin de sensibiliser la population à cette nécessité de se faire vacciner ? Des actions ont-elles été menées pour que le taux de vaccination des personnes âgées à Bruxelles augmente ? Des réflexions sont-elles en cours afin d'optimiser le parcours de vaccination, qui reste un obstacle pour certains ?

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

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- La grippe est une maladie due au virus de l'influenza. Maladie contagieuse, elle touche tout d'abord le système respiratoire et peut se compliquer ou présenter des formes graves. Ainsi, les individus à la santé plus fragile, comme les personnes âgées, immunodéprimées et celles qui ont une maladie pulmonaire, sont plus à risque de complications, voire de décès.

Comme vous le savez, l'organisation de la

vervolgens naar de apotheker om dan terug te keren naar de huisarts voor de vaccinatie zelf.

Welke maatregelen nam u om de bevolking bewust te maken van de noodzaak tot inenting tegen griep? Welke stappen doet u opdat meer Brusselse ouderen zich laten inenten? Hoe zult u het inentingsproces vereenvoudigen?

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

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College (in het Frans).- *De griep wordt veroorzaakt door het influenzavirus en is besmettelijk. Ze tast in de eerste plaats het ademhalingsstelsel aan, maar kan met complicaties gepaard gaan of een ernstige vorm aannemen. Ouderen, personen met een verzwakte immuniteit en personen met een longaandoening lopen een groter risico op complicaties of zelfs overlijden.*

surveillance de la grippe relève de la compétence fédérale. La grippe entraîne chaque année une morbidité et une mortalité. La vaccination permet de prévenir les risques de mortalité et morbidité y liés. Par ailleurs, un système de surveillance de l'influenza a été mis en place, tant sur le plan national que sur le plan européen et international.

Le comité interministériel a confié, en 2006, la réalisation de toutes les activités de surveillance de l'influenza en Belgique à l'Institut scientifique de santé publique (ISP). Quant à la surveillance internationale, elle est coordonnée par le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) et l'Organisation mondiale de la santé (OMS). La surveillance porte sur plusieurs points : la durée et l'intensité de l'épidémie annuelle de grippe saisonnière, les virus circulants, l'impact et la sévérité, la résistance aux antiviraux et l'effectivité vaccinale. Pour être complet, chaque année, nous nous tenons informés des recommandations de vaccination contre la grippe saisonnière émises par le Conseil supérieur de la santé (CSS) sous forme d'avis. Vous trouverez cet avis sur le site du CSS, dont les recommandations sont inchangées depuis l'année dernière.

Le moyen le plus efficace de se prémunir de la maladie ou d'une issue grave est la vaccination. Chez les adultes en bonne santé, le vaccin antigrippal peut induire une protection satisfaisante. Parmi les personnes âgées, en revanche, le vaccin antigrippal peut être moins efficace pour prévenir la maladie, mais peut réduire sa gravité et l'incidence des complications et des décès.

Pour rappel, l'OMS recommande la vaccination annuelle dans cet ordre de priorité : les femmes enceintes, les enfants de six mois à cinq ans, les personnes âgées de plus de 65 ans, les personnes souffrant d'affections chroniques et les agents de santé.

Pour information, le taux de vaccination en maison de repos est élevé. Selon le rapport 2016 du Centre fédéral d'expertise des soins de santé sur la performance du système de santé belge, le taux de vaccination contre la grippe des personnes âgées dans le secteur résidentiel est très élevé. De manière globale, il est à peu près de 50%, mais en

De griepsurveillance valt onder de bevoegdheid van de federale regering. Jaarlijks valt er een aantal griepslachtoffers. Dankzij inentingen kan een aantal complicaties en overlijdens die met griep gepaard gaan, worden voorkomen. Ook op Europees en internationaal niveau is er een systeem van griepsurveillance.

Het interministerieel comité vertrouwde in 2006 de griepsurveillance in België volledig aan het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV) toe. Op internationaal niveau coördineren het European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) en de WGO het toezicht. Daarbij worden meerdere punten nagegaan: de duur en de intensiteit van de jaarlijkse griepepidemie, de virussen die de ronde doen, de impact en de ernst van de griep, de resistentie tegen antivirale middelen en de doeltreffendheid van het vaccin. Bovendien volg ik jaarlijks de vaccinatie-aanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad (HGO), dat zijn adviezen op zijn website publiceert. De aanbevelingen voor dit jaar zijn dezelfde als die voor vorig jaar.

De beste manier om te voorkomen dat je griep krijgt of er ernstig ziek door wordt, is je laten inenten. Bij gezonde volwassenen levert het vaccin voldoende bescherming op. Bij ouderen is het mogelijk minder doeltreffend om griep te voorkomen, maar het kan de ernst van de ziekte beperken en complicaties of een overlijden verhinderen.

De WGO beveelt een jaarlijkse vaccinatie aan voor de volgende groepen: zwangere vrouwen, kinderen van zes maanden tot vijf jaar, 65-plussers, chronisch zieken en gezondheidswerkers.

In rusthuizen ligt de vaccinatiegraad hoog, zo blijkt uit het rapport voor 2016 van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) over de performantie van het Belgische gezondheidssysteem. Globaal laat 50% van de Belgen zich inenten, maar in rusthuizen krijgt 82,2% van de bewoners het vaccin toegediend.

De studie van het ziekenfonds Solidaris waar u naar verwijst, is algemeen en bevat geen specifieke gegevens over ouderen in rusthuizen.

Voorlopig nemen we in Brussel geen specifieke

maison de repos, il est de 82,2%. Notre action est donc possible.

Vous faites également mention de l'étude de la mutualité Solidaris destinée à déterminer les facteurs influençant le taux de vaccination chez les seniors, afin de pouvoir mener des actions plus précises. Cette étude générale ne reprend pas de données spécifiques pour les personnes âgées résidant en maison de repos.

En ce qui nous concerne, nous n'appliquons pas, à ce stade, de mesures spécifiques. Je pense en effet qu'il ne faut pas agir dans tous les sens. La compétence est confiée au gouvernement fédéral, et il appartient à ce gouvernement de l'exercer. Nous pouvons intervenir en soutien, grâce à notre expertise.

Nous mènerons, en tout cas, une réflexion sur les indicateurs de qualité. Nous sommes très attentifs à la couverture de vaccination contre la grippe. C'est un indicateur essentiel pour continuer à exercer une pression sur l'autorité compétente afin de multiplier les campagnes d'information et de sensibilisation, comme vous le souhaitez.

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

M. André du Bus de Warnaffe (cdH).- Je comprends bien le partage des compétences entre l'État fédéral et vous-même. Ceci étant, ce que je trouve intéressant dans l'article, c'est précisément le constat que le trajet de vaccination (obtenir la prescription, aller chez le pharmacien et retourner chez le médecin) représente un obstacle. Je ne l'ai pas inventé. Je l'ai lu et c'est la conclusion d'une enquête.

Une fois que l'on sait cela, je trouve intéressant de faire quelque chose de cette information, pour réduire ce frein. Comment réagissez-vous par rapport à cela ? Si vous dites que vous n'êtes pas compétent, cela signifie-t-il qu'il faut évoquer cela lors d'une CIM santé publique, pour tenter de trouver une solution ?

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- En tout cas, pour le parcours qui implique effectivement les remboursements, je ne suis pas

maatregelen. In dit geval is de federale regering bevoegd en wij kunnen alleen ondersteunend optreden.

Dat neemt niet weg dat ik de kwaliteitsindicatoren zal bestuderen en uiteraard zal toezien op de dekkingsgraad van de griepinenting. Op basis daarvan kan ik de federale regering er immers op wijzen dat er meer informatie- en bewustmakingscampagnes nodig zijn.

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

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH) (in het Frans).- *Ik ken de verdeling van de bevoegdheden tussen het federale en gewestelijke niveau. Wat ik opmerkelijk vind in het artikel is hoe het vaccinatietraject (een voorschrift krijgen, naar de apotheker gaan en vervolgens weer naar de dokter) een belemmering blijkt te zijn. Wat vindt u daarvan? Als u niet bevoegd bent, moet dit dan niet aan bod komen tijdens een IMC Volksgezondheid, met het oog op het vinden van een oplossing?*

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College (in het Frans).- *Ik ben in ieder geval niet bevoegd voor de terugbetalingen. Deze vraag*

compétent. C'est exact. Il ne sert à rien de soumettre cette question à une CIM santé publique. Dans le cadre du groupe de travail sur les maladies chroniques, nous abordons ces indicateurs et nous interpellons évidemment le niveau compétent. Nous ne cessons de le faire. Nous n'allons pas à chaque fois inscrire un point à l'ordre du jour d'une CIM. Nous avons un lieu et un groupe de travail, et nous utilisons ce levier-là.

- *L'incident est clos.*

QUESTION ORALE DE M. GAËTAN VAN GOIDSENHOVEN

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

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

concernant "la nouvelle réglementation portant sur le transport médico-sanitaire non urgent".

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

voorleggen aan een IMC Volksgezondheid is nutteloos. Daar is een werkgroep voor. In de werkgroep over chronische ziekten bespreken we de indicatoren en praten we met wie bevoegd is. Die hefboom moeten we gebruiken.

- *Het incident is gesloten.*

MONDELINGE VRAAG VAN DE HEER GAËTAN VAN GOIDSENHOVEN

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

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

betreffende "de nieuwe regelgeving inzake niet-dringend medisch vervoer".

Mevrouw de voorzitter.- Op verzoek van de indiener wordt de mondelinge vraag ingetrokken en in een schriftelijke vraag omgezet.