



**PARLEMENT BRUXELLOIS
BRUSSELS PARLEMENT**

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

**Commission de la Santé
et de l'Aide aux personnes**

**RÉUNION DU
JEUDI 13 NOVEMBRE 2025**

SESSION 2025-2026

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

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

**VERGADERING VAN
DONDERDAG 13 NOVEMBER 2025**

ZITTING 2025-2026

Sigles et abréviations

PIB - produit intérieur brut

BECI - Brussels Enterprises Commerce and Industry

Cocof - Commission communautaire française

Siamu - Service d'incendie et d'aide médicale urgente

SPF - service public fédéral

Forem - Office wallon de la formation professionnelle et de l'emploi

Cocom - Commission communautaire commune

PME - petites et moyennes entreprises

STIB - Société de transport intercommunal bruxellois

ONG - organisation non gouvernementale

SNCB - Société nationale des chemins de fer belges

CPAS - centre public d'action sociale

Inami - Institut national d'assurance maladie-invalidité

ONEM - Office national de l'emploi

VDAB - Office flamand de l'emploi et de la formation professionnelle

VGC - Commission communautaire flamande

ULB - Université libre de Bruxelles

Afkortingen en letterwoorden

bbp - bruto binnenlands product

BECI - Brussels Enterprises Commerce and Industry

Cocof - Franse Gemeenschapscommissie

DBDMH - Brusselse Hoofdstedelijke Dienst voor Brandbestrijding en Dringende Medische Hulp

FOD - Federale Overheidsdienst

Forem - Waals tewerkstellingsagentschap

GGC - Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie

kmo - kleine en middelgrote ondernemingen

MIVB - Maatschappij voor het Intercommunaal Vervoer te Brussel

ngo - niet-gouvernementele organisatie

NMBS - Nationale Maatschappij der Belgische Spoorwegen

OCMW - Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn

Riziv - Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering

RVA - Rijksdienst voor Arbeidsvoorziening

VDAB - Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding

VGC - Vlaamse Gemeenschapscommissie

VUB - Vrije Universiteit Brussel

Le **compte rendu intégral** contient le texte intégral des discours dans la langue originale. Ce texte a été approuvé par les orateurs. Les traductions - *imprimées en italique* - sont publiées sous la responsabilité de la direction des comptes rendus. La traduction est un résumé.

Publication éditée par le
Parlement de la Région de Bruxelles-Capitale
Direction des comptes rendus
Tél. : 02 549 68 00
E-mail : criv@parlement.brussels

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

Het **integraal verslag** bevat de integrale tekst van de redevoeringen in de oorspronkelijke taal. Deze tekst werd goedgekeurd door de sprekers. De vertaling - *cursief gedrukt* - verschijnt onder de verantwoordelijkheid van de directie Verslaggeving. De vertaling is een samenvatting.

Publicatie uitgegeven door het
Brussels Hoofdstedelijk Parlement
Directie Verslaggeving
Tel. 02 549 68 00
E-mail : criv@parlement.brussels

De verslagen kunnen geraadpleegd worden op
www.parlement.brussels

SOMMAIRE

Question orale de Mme Françoise Schepmans	7
à Mme Elke Van den Brandt et à M. Alain Maron, membres du Collège réuni chargés de l'Action sociale et de la Santé,	
concernant l'intégration de l'intelligence artificielle dans les CPAS et la conformité au règlement européen sur l'IA.	
Question orale de Mme Françoise Schepmans	10
à Mme Elke Van den Brandt et à M. Alain Maron, membres du Collège réuni chargés de l'Action sociale et de la Santé,	
concernant les inégalités socioéconomiques et territoriales d'espérance de vie à Bruxelles.	
Question orale jointe de M. Mohamed Ouriaghli	10
concernant les actions prévues afin de réduire l'écart d'espérance de vie entre quartiers et entre sexes à Bruxelles.	
Question orale de Mme Amélie Pans	14
à Mme Elke Van den Brandt et à M. Alain Maron, membres du Collège réuni chargés de l'Action sociale et de la Santé,	
concernant la prévention et le contrôle du démarchage illégal par les pompes funèbres en milieu hospitalier.	
Question orale de Mme Amélie Pans	17
à Mme Elke Van den Brandt et à M. Alain Maron, membres du Collège réuni chargés de l'Action sociale et de la Santé,	

INHOUD

Mondelinge vraag van mevrouw Françoise Schepmans	7
aan mevrouw Elke Van den Brandt en aan de heer Alain Maron, leden van het Verenigd College, bevoegd voor Welzijn en Gezondheid,	
betreffende de integratie van artificiële intelligentie bij de OCMW's en de naleving van de Europese AI-verordening.	
Mondelinge vraag van mevrouw Françoise Schepmans	10
aan mevrouw Elke Van den Brandt en aan de heer Alain Maron, leden van het Verenigd College, bevoegd voor Welzijn en Gezondheid,	
betreffende de sociaal-economische en territoriale ongelijkheden op het vlak van levensverwachting in Brussel.	
Toegevoegde mondelinge vraag van de heer Mohamed Ouriaghli	10
betreffende de geplande acties om de kloof in levensverwachting tussen buurten en geslachten in Brussel te verkleinen.	
Mondelinge vraag van mevrouw Amélie Pans	14
aan mevrouw Elke Van den Brandt en aan de heer Alain Maron, leden van het Verenigd College, bevoegd voor Welzijn en Gezondheid,	
betreffende de voorkoming van en controle op illegale ronselpraktijken van begrafenis-ondernemers in ziekenhuizen.	
Mondelinge vraag van mevrouw Amélie Pans	17
aan mevrouw Elke Van den Brandt en aan de heer Alain Maron, leden van het Verenigd	

concernant le suivi et l'encadrement de l'intelligence artificielle prédictive en santé en Région bruxelloise.		College, bevoegd voor Welzijn en Gezondheid,
Question orale de Mme Stéphanie Lange	19	betreffende de controle en de regulering van voorspellende artificiële intelligentie in de gezondheidszorg in het Brussels Gewest.
à Mme Elke Van den Brandt et à M. Alain Maron, membres du Collège réuni chargés de l'Action sociale et de la Santé,		Mondelinge vraag van mevrouw Stéphanie Lange
concernant le budget d'assistance personnelle (BAP).		aan mevrouw Elke Van den Brandt en aan de heer Alain Maron, leden van het Verenigd College, bevoegd voor Welzijn en Gezondheid,
Question orale de M. Mohamed Ouriaghli	21	betreffende het persoonlijk assistentiebudget (PAB).
à Mme Elke Van den Brandt et à M. Alain Maron, membres du Collège réuni chargés de l'Action sociale et de la Santé,		Mondelinge vraag van de heer Mohamed Ouriaghli
concernant la mise en œuvre de l'European Accessibility Act (EAA) dans les dispositifs de santé et d'action sociale bruxellois.		aan mevrouw Elke Van den Brandt en aan de heer Alain Maron, leden van het Verenigd College, bevoegd voor Welzijn en Gezondheid,
Question orale de M. Mohamed Ouriaghli	24	betreffende de tenuitvoerbrenging van de Europese toegankelijkheidsrichtlijn (EAA) in het Brusselse welzijns- en gezondheidszorginstrumentarium.
à Mme Elke Van den Brandt et à M. Alain Maron, membres du Collège réuni chargés de l'Action sociale et de la Santé,		Mondelinge vraag van de heer Mohamed Ouriaghli
concernant le programme relais d'action de quartier (RAQ) comme acteur clé de la première ligne sociosanitaire.		aan mevrouw Elke Van den Brandt en aan de heer Alain Maron, leden van het Verenigd College, bevoegd voor Welzijn en Gezondheid,
Question orale de M. Mohamed Ouriaghli	27	betreffende de buurtactierelais (BAR) als belangrijke schakel van de eerstelijns- en gezondheidszorg.
à Mme Elke Van den Brandt et à M. Alain Maron, membres du Collège réuni chargés de l'Action sociale et de la Santé,		Mondelinge vraag van de heer Mohamed Ouriaghli
		aan mevrouw Elke Van den Brandt en aan de heer Alain Maron, leden van het Verenigd College, bevoegd voor Welzijn en Gezondheid,

concernant les actions de la Cocom en matière de prévention et de réduction de la mortalité périnatale à Bruxelles.

Question orale de Mme Françoise Schepmans

30

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

concernant le rôle des services de santé mentale dans la prévention du burn-out et de la dépression chez les jeunes travailleurs bruxellois.

Interpellation de Mme Aline Godfrin

32

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

concernant l'état des lieux et le suivi des recommandations de la spending review sur la santé mentale.

Discussion – Orateurs :

Mme Aline Godfrin (MR)

Mme Celia Groothedde (Groen)

Mme Gladys Kazadi (Les Engagés)

Mme Cécile Vainsel (PS)

M. Alain Maron, membre du Collège réuni

Demande d'explications de Mme Françoise Schepmans

47

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

concernant la persistance des violences envers le personnel soignant dans les hôpitaux bruxellois.

betreffende de initiatieven van de GGC om perinatale sterfte in Brussel te voorkomen en te verminderen.

Mondelinge vraag van mevrouw Françoise Schepmans

30

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

betreffende de rol van de mentale welzijnsdiensten in de preventie van burn-out en depressie bij jonge Brusselse tewerkgestelden.

Interpellatie van mevrouw Aline Godfrin

32

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

betreffende de stand van zaken en de opvolging van de aanbevelingen van de spending review over geestelijke gezondheidszorg.

Bespreking – Sprekers:

Mevrouw Aline Godfrin (MR)

Mevrouw Celia Groothedde (Groen)

Mevrouw Gladys Kazadi (Les Engagés)

Mevrouw Cécile Vainsel (PS)

De heer Alain Maron, lid van het Verenigd College

Vraag om uitleg van mevrouw Françoise Schepmans

47

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

betreffende het aanhoudende geweld tegen verzorgend personeel in de Brusselse ziekenhuizen.

Discussion – Orateurs :

Mme Françoise Schepmans (MR)

M. Alain Maron, membre du Collège réuni

Question orale de Mme Clémentine Barzin

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

concernant l'appel à candidatures pour l'ouverture de nouveaux CPVS dans nos hôpitaux.

49

Bespreking – Sprekers:

Mevrouw Françoise Schepmans (MR)

De heer Alain Maron, lid van het Verenigd College

Mondelinge vraag van mevrouw Clémentine Barzin 49

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

betreffende de oproep tot het indienen van kandidaatstellingen voor de opening van nieuwe ZSG's in onze ziekenhuizen.

1103 Présidence : Mme Celia Groothedde, présidente.

1105 **QUESTION ORALE DE MME FRANÇOISE SCHEPMANS**

1105 **à Mme Elke Van den Brandt et à M. Alain Maron, membres du Collège réuni chargés de l'Action sociale et de la Santé,**

1105 **concernant l'intégration de l'intelligence artificielle dans les CPAS et la conformité au règlement européen sur l'IA.**

1107 **Mme Françoise Schepmans (MR).**- Les CPAS se trouvent aujourd'hui à la croisée de nombreux défis : hausse de la demande sociale, complexification des procédures, renforcement des contrôles et gestion d'un public toujours plus diversifié. Pour alléger leur charge de travail, certains plaident pour un recours à l'intelligence artificielle (IA). On évoque, par exemple, l'utilisation de robots conversationnels (chatbots) pour répondre aux questions des usagers ou des systèmes d'aide à la décision afin d'évaluer l'éligibilité à certaines aides sociales.

Mais l'intégration de l'IA dans les CPAS ne peut se faire sans garanties. Le règlement européen sur l'intelligence artificielle, adopté en 2024, impose des règles strictes. Certaines applications présentent un risque limité - comme les outils d'information interactifs - tandis que d'autres sont classées à haut risque, notamment celles qui influencent directement l'accès aux droits sociaux. Dans ce cas, les obligations sont lourdes : traçabilité des données, transparence, contrôle humain et prévention de la discrimination.

Lors d'une récente réunion de la commission des Finances et Affaires générales, le ministre Clerfayt a rappelé que Bruxelles ConnectIT et Paradigm développent déjà divers projets d'IA pour l'administration régionale : expérimentation de Microsoft Copilot, projet Zinneke'hub pour harmoniser les guichets administratifs ou tests de chatbots pour Irisbox, parking.brussels ou Innoviris.

Il a également été précisé qu'il n'existe pas aujourd'hui d'inventaire centralisé des projets d'IA dans l'ensemble des administrations bruxelloises. Des formations, guides de bonnes pratiques et chartes d'utilisation sont toutefois en préparation, notamment pour garantir un usage responsable et conforme aux cadres européens.

Les CPAS bruxellois devront donc naviguer dans un cadre juridique exigeant. Il en va à la fois de la modernisation des services sociaux et de la protection des droits fondamentaux des citoyens.

1109 Quels constats faites-vous, à ce jour, quant aux expériences d'intégration de l'intelligence artificielle au sein des CPAS bruxellois, qu'il s'agisse de projets pilotes ou d'initiatives locales ?

Voorzitterschap: mevrouw Celia Groothedde, voorzitter.

MONDELINGE VRAAG VAN MEVROUW FRANÇOISE SCHEPMANS

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

betreffende de integratie van artificiële intelligentie bij de OCMW's en de naleving van de Europese AI-verordening.

Mevrouw Françoise Schepmans (MR) (in het Frans).- De OCMW's krijgen te maken met allerlei nieuwe uitdagingen. Om hun taak te verlichten, pleiten sommigen voor het gebruik van artificiële intelligentie (AI). Zo zouden chatbots vragen van gebruikers kunnen beantwoorden of zou AI kunnen helpen bepalen of iemand recht heeft op sociale steun.

Dat kan echter niet zonder waarborgen. Bij sommige toepassingen zijn er weinig risico's, maar voor apps die de toekenning van sociale rechten rechtstreeks beïnvloeden, is dat niet het geval. Daarvoor gelden zware verplichtingen, zoals traceerbaarheid van gegevens, transparantie, menselijke controle en discriminatiepreventie.

Onlangs zei minister Clerfayt dat Brussels ConnectIT en Paradigm al een aantal AI-projecten voor de gewestelijke administratie ontwikkelen. Er is echter nog geen algemeen overzicht van het gebruik van AI, al wordt er gewerkt aan opleidingen, goede praktijken en charters

De Brusselse OCMW's moeten dus aan hoogstaande juridische normen voldoen. Het is zoeken naar het juiste midden tussen moderne sociale diensten en de bescherming van de fundamentele rechten.

Wat weet u over het gebruik van AI bij de Brusselse OCMW's? Welke steun krijgen ze om te verzekeren dat hun tools geen inbreuk maken op de Europese AI-regeling? Komt er een overzicht van het gebruik van AI bij de Brusselse OCMW's?

Comment les CPAS sont-ils accompagnés afin de garantir la conformité de ces outils numériques avec le règlement européen sur l'intelligence artificielle, qui entrera pleinement en vigueur en 2026 ?

Un inventaire des usages actuels ou envisagés de l'intelligence artificielle par les CPAS de Bruxelles a-t-il déjà été établi ?

Quelles formations ont-elles été dispensées et quelles recommandations ont-elles été transmises aux travailleurs sociaux et aux administrations locales pour encadrer l'usage de ces outils ?

Dans les cas où des systèmes d'intelligence artificielle seraient classés à haut risque, quelles mesures concrètes ont-elles été prises pour prévenir toute discrimination dans l'octroi ou le retrait d'aides sociales ?

Enfin, quel rôle la Cocom, en tant qu'autorité de tutelle des CPAS, entend-elle jouer pour assurer une cohérence régionale et éviter une fragmentation des pratiques ?

¹¹¹¹ **M. Alain Maron, membre du Collège réuni.**- Si l'intelligence artificielle (IA) offre de formidables possibilités à certains égards, elle présente évidemment aussi un certain nombre d'écueils, voire de dangers.

L'Artificial Intelligence Act, le règlement du Parlement européen et du Conseil européen du 13 juin 2024 établissant des règles harmonisées concernant l'intelligence artificielle, détermine quelques règles en la matière.

Ce règlement, qui constitue un cadre juridique pour les États membres de l'Union européenne, a pour but de favoriser le développement, l'utilisation et l'adoption de l'IA sur le marché intérieur, tout en garantissant un niveau élevé de protection des intérêts publics, comme la santé et la sécurité, et de protection des droits fondamentaux, y compris la démocratie, l'état de droit et la protection de l'environnement.

Les règles ont été définies selon une approche fondée sur les risques afin d'en adapter le type et le contenu à l'importance et à la portée des risques susceptibles d'être générés par les systèmes d'IA.

Le texte vise donc à interdire certaines pratiques inacceptables en matière d'IA, à fixer des exigences pour les systèmes d'IA à haut risque et des obligations pour les opérateurs concernés, ainsi qu'à définir des obligations de transparence pour certains systèmes d'IA.

La législation européenne considère, en effet, que les personnes physiques qui demandent à bénéficier de prestations et de services essentiels d'aide de la part des pouvoirs publics - services de soins de santé, prestations de sécurité sociale, services sociaux, etc. - sont généralement tributaires de ces prestations et services, et se trouvent dans une situation vulnérable par rapport aux autorités compétentes. Les systèmes

Welke opleidingen zijn er gegeven en welke aanbevelingen krijgen sociale werkers en gemeentebesturen over het gebruik van AI? Welke maatregelen moeten discriminatie in de toekenning van sociale bijstand voorkomen? Hoe zal de GGC de gewestelijke coherentie verzekeren?

De heer Alain Maron, lid van het Verenigd College (in het Frans).- *De Artificial Intelligence Act is erop gericht de ontwikkeling en het gebruik van AI te stimuleren en tegelijkertijd de openbare belangen, zoals gezondheid, veiligheid en de bescherming van grondrechten te vrijwaren. De regeling verbiedt onaanvaardbare AI-praktijken en legt eisen op voor het gebruik van risicotoepassingen.*

Volgens de Europese wetgeving zijn mensen die essentiële bijstand vragen bij de overheid immers over het algemeen kwetsbaar ten opzichte van die overheid. AI-systemen kunnen grote invloed hebben op hun bestaansmiddelen en daardoor hun grondrechten schaden. Vandaar dat we ze als risico moeten beschouwen.

d'IA pouvant avoir une grande incidence sur les moyens de subsistance des personnes et, partant, porter atteinte à leurs droits fondamentaux, ils doivent être considérés comme étant à haut risque.

1113 Les fournisseurs et déployeurs d'IA dites à haut risque seront soumis à des règles particulières de contrôle, de transparence et de sécurité. Les pouvoirs publics qui souhaiteraient utiliser une IA à haut risque doivent procéder à une analyse d'impact, et le système d'IA doit faire l'objet d'une procédure d'évaluation de la conformité par le biais d'organismes notifiés, lesquels sont désignés par les États membres.

La procédure est donc très lourde pour le développement et l'utilisation d'une IA d'aide à la prise de décision dans le domaine des aides sociales. Un tel recours à l'IA n'est dès lors, à notre connaissance, pas à l'ordre du jour des CPAS bruxellois. Par ailleurs, la priorité de ceux-ci consiste à se préparer à l'intégration et à l'accueil des personnes exclues des allocations de chômage qui arriveront massivement dans leurs services à partir du 1er janvier 2026, voire avant. À cet égard, l'utilisation de l'IA n'est pas perçue par la Fédération des CPAS bruxellois comme une solution permettant de répondre efficacement à cet afflux de nouveaux usagers.

Je ne dispose pas d'informations quant à un inventaire des usages actuels ou envisagés de l'IA par les CPAS bruxellois. Le seul usage de l'IA constaté dans les CPAS est le fait de certains travailleurs qui y recourent comme aide à la rédaction. En dehors de cette utilisation ponctuelle et individuelle, aucun déploiement structuré de ces outils n'est actuellement observé dans les CPAS. Dans ce contexte, seules des recommandations d'usage sont à observer.

Si d'autres systèmes d'IA à haut risque devaient être utilisés, il conviendrait de respecter les mesures édictées par la législation européenne et les règles spécifiques en la matière. Il faut cependant souligner que toute demande d'octroi ou de retrait d'aide sociale nécessite une évaluation humaine approfondie et une décision des comités et conseils ad hoc.

Par ailleurs, des droits fondamentaux sont en jeu, dont la protection des données, ce qui incite à la plus grande prudence en la matière.

Quant au rôle de la Cocom pour assurer la cohérence régionale, celle-ci finance la Fédération des CPAS bruxellois, qui entretient une collaboration étroite avec Paradigm et Bruxelles ConnectIT dans le cadre du développement et de la mise en œuvre d'un seul et unique logiciel social pour les dix-neuf CPAS bruxellois, et cela, depuis plusieurs années. Les CPAS sont activement associés à la conception de cet outil afin qu'il réponde au mieux à leurs besoins concrets sur le terrain.

1115 **Mme Françoise Schepmans (MR).**- J'entends vos craintes concernant des applications qui seraient à haut risque, ou sont classées comme telles. Il peut certes y avoir un danger, mais nous ne pouvons passer à côté de ce progrès. Il faut cependant

Voor risico-AI-providers en -gebruikers gelden bijzondere controle-, transparantie en veiligheidsregels. Overheidsinstellingen die een AI-systeem met een hoog risico willen gebruiken, moeten eerst een impactanalyse maken en een conformiteitstoets laten uitvoeren.

Door de zware procedure is AI voor zover ik weet niet aan de orde bij de Brusselse OCMW's. Hun prioriteit is trouwens de voorbereiding van de komst van mensen die hun werkloosheidsuitkering verliezen op 1 januari 2016.

Ik heb geen weet van een overzicht van hoe de Brusselse OCMW's AI gebruiken. Individuele medewerkers gebruiken het alleen als steun bij de redactie.

De GGC financiert de Federatie van Brusselse OCMW's en werkt nauw samen met Paradigm en Brussels ConnectIT aan de ontwikkeling van software voor de negentien Brusselse OCMW's. De OCMW's zijn nauw betrokken bij die ontwikkeling.

Mevrouw Françoise Schepmans (MR) (in het Frans).- *Sommige toepassingen houden inderdaad een bepaald risico in, maar we kunnen de vooruitgang niet aan ons voorbij laten gaan.*

- comme vous l'avez souligné - être particulièrement vigilant quant à la protection des droits fondamentaux des personnes concernées.

Les CPAS vont connaître une arrivée importante de chômeurs et devront donc faire preuve de combativité. Toutefois, la nécessaire modernisation de ces organismes ne peut se faire au détriment de l'équité ou du contrôle humain, surtout quand les outils peuvent influencer l'accès à l'aide sociale.

- L'incident est clos.

QUESTION ORALE DE MME FRANÇOISE SCHEPMANS

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

concernant les inégalités socioéconomiques et territoriales d'espérance de vie à Bruxelles.

QUESTION ORALE JOINTE DE M. MOHAMED OURIAGHLI

concernant les actions prévues afin de réduire l'écart d'espérance de vie entre quartiers et entre sexes à Bruxelles.

Mme Françoise Schepmans (MR).- Selon une étude publiée en 2023 par l'Institut bruxellois de statistique et d'analyse (IBSA), en collaboration avec vivalis.brussels, l'espérance de vie à la naissance s'élève en moyenne à 82,2 ans en Région de Bruxelles-Capitale.

Ce chiffre masque néanmoins de fortes disparités sociales et territoriales. En effet, il ressort de l'étude que la longévité suit la carte socioéconomique de la capitale : les quartiers verts et aisés du sud-est affichent des records de longévité, tandis que des zones comme le Pentagone, la commune d'Anderlecht ou le quartier de la Barrière de Saint-Gilles connaissent une espérance de vie inférieure à la moyenne.

Les différences sont particulièrement marquées entre les hommes et les femmes : à Saint-Gilles, par exemple, l'écart atteint plus de six années - 77,7 ans pour les hommes contre 83,8 ans pour les femmes -, tandis qu'à Woluwe-Saint-Lambert, il se limite à trois années - 81,5 ans contre 84,6 ans. Ces inégalités s'expliquent, selon le rapport, par une accumulation de facteurs socioéconomiques et environnementaux tels que la qualité du logement, l'exposition à la pollution, les conditions de vie ou encore les obstacles financiers à l'accès aux soins.

Quelles conclusions tirez-vous de l'étude menée par l'IBSA et vivalis.brussels sur les inégalités d'espérance de vie à Bruxelles ?

Dat neemt niet weg dat de grondrechten van de betrokkenen niet in het gedrang mogen komen.

- Het incident is gesloten.

MONDELINGE VRAAG VAN MEVROUW FRANÇOISE SCHEPMANS

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

betreffende de sociaal-economische en territoriale ongelijkheden op het vlak van levensverwachting in Brussel.

TOEGEVOEGDE MONDELINGE VRAAG VAN DE HEER MOHAMED OURIAGHLI

betreffende de geplande acties om de kloof in levensverwachting tussen buurten en geslachten in Brussel te verkleinen.

Mevrouw Françoise Schepmans (MR) (in het Frans).- Volgens onderzoek van het Brussels Instituut voor Statistiek en Analyse uit 2023 bedraagt de gemiddelde levensverwachting in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest 82,2 jaar.

Achter dat cijfer gaan echter grote sociale en territoriale verschillen schuil. Het groene en welstellende zuidoosten kent een recordlevensverwachting, terwijl ze in zones als de Vijfhoek, Anderlecht of rond de Bareel van Sint-Gillis onder het gemiddelde ligt.

De verschillen zijn bijzonder groot tussen vrouwen en mannen. In Sint-Gillis is de levensverwachting 77,7 jaar voor mannen tegen 83,8 voor, terwijl in Sint-Lambrechts-Woluwe de levensverwachting voor mannen 81,5 jaar en voor vrouwen 84,6 jaar bedraagt. De verschillen hebben vooral sociaal-economische oorzaken.

Welke conclusies trekt u uit het onderzoek? Hoe voorkomt vivalis.brussels gezondheidsproblemen in kansarme wijken? Hoe houdt het Brusselse gezondheidsbeleid rekening met de sociale en territoriale verschillen?

Overweegt het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad de verschillen per gemeente of macrozone te monitoren? Hoe werkt u samen met OCMW's of andere lokale partners om de zorgdrempel in kansarme buurten te verlagen?

Quels dispositifs de prévention ou de promotion de la santé ont-ils été mis en place par vivalis.brussels dans les quartiers les plus défavorisés, afin de réduire ces écarts ?

Comment les politiques de santé bruxelloises prennent-elles en considération ces inégalités sociales et territoriales de longévité dans la mise en œuvre du plan social-santé intégré ?

Un suivi régulier de ces écarts d'espérance de vie par commune ou macrozone est-il envisagé par l'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale ?

Enfin, des collaborations spécifiques ont-elles été entamées avec les CPAS ou d'autres acteurs locaux pour faciliter l'accès aux soins dans les quartiers les plus touchés ?

1125 **M. Mohamed Ouriaghli (PS).**- Selon le dernier Focus santé de l'Institut bruxellois de statistique et d'analyse (IBSA) du mois de septembre 2025, l'espérance de vie à la naissance dans la Région de Bruxelles-Capitale s'élevait en 2023 à 82,2 ans, contre 83,2 ans en Flandre et 80,6 ans en Wallonie. Derrière notre moyenne régionale se cachent de fortes inégalités internes.

Dans certaines macrozones du sud-est (quartiers de Roodebeek, de l'Observatoire royal ou Herrmann-Debroux), l'espérance de vie dépasse 81,5 ans chez les hommes et 85 ans chez les femmes. Dans d'autres quartiers, comme le Pentagone, Marius Renard ou la Barrière de Saint-Gilles, elle descend à 76,8 ans pour les hommes et 81,9 ans pour les femmes, soit un écart de près de cinq ans avec les zones plus favorisées. Par ailleurs, le rapport souligne un écart persistant entre hommes et femmes ; en moyenne, les femmes vivent 4,9 ans de plus que les hommes (83,9 ans contre 79 ans), mais cet écart varie fortement selon les communes, allant de 3,1 ans à Woluwe-Saint-Lambert à 6,1 ans à Saint-Gilles.

Ces écarts reflètent une combinaison de facteurs socioéconomiques (revenus, éducation, conditions de logement), environnementaux (pollution, bruit, accès aux espaces verts), comportementaux (tabagisme, alcool, alimentation) et d'accès aux soins préventifs et curatifs. Le rapport conclut à la nécessité de renforcer les politiques de prévention ciblées et de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.

Quelles actions spécifiques sont-elles actuellement mises en œuvre par la Cocom dans les quartiers où l'espérance de vie est la plus faible, notamment en matière de lutte contre le tabagisme et l'alcool, ainsi que dans le domaine de l'alimentation saine et de la santé mentale ?

Comment vos services adaptent-ils leurs campagnes de santé à la diversité culturelle et socioéconomique des publics bruxellois afin d'en renforcer l'efficacité ? Quels dispositifs sont-ils déployés pour garantir un accès équitable aux soins de première ligne dans les zones défavorisées ? Quelles mesures sont-elles prises pour améliorer le recours effectif des populations

De heer Mohamed Ouriaghli (PS) (in het Frans).- Volgens recente gegevens van het Brussels Instituut voor Statistiek en Analyse was de levensverwachting in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest in 2023 82,2 jaar, tegenover 83,2 jaar in Vlaanderen en 80,6 jaar in Wallonië, maar het gewestelijke gemiddelde verbergt grote ongelijkheid.

In bepaalde buurten in het zuidoosten, zoals Roodebeek en Herrmann-Debroux, is de levensverwachting meer dan 81,5 jaar voor mannen en 85 jaar voor vrouwen. In andere buurten, zoals de Vijfhoek en Marius Renard daalt ze tot 76,8 jaar voor mannen en 81,9 jaar voor vrouwen. Over het algemeen leven vrouwen langer dan mannen, maar het verschil gaat van 3,1 jaar in Sint-Lambrechts-Woluwe tot 6,1 jaar in Sint-Gillis.

Die verschillen zijn de weerslag van sociaal-economische factoren, de leefomgeving, gedragsaspecten en de beschikbaarheid van preventieve en curatieve gezondheidszorg. De conclusie is dat we sterker moeten inzetten op gerichte preventie en het terugdringen van de sociale en territoriale ongelijkheid.

Wat doet de GGC momenteel in wijken waar de levensverwachting het laagst is? Hoe worden gezondheidscampagnes afgestemd op de culturele en sociaal-economische realiteit? Hoe wordt de gelijke beschikbaarheid van eerstelijnszorg gegarandeerd?

Hoe integreert de GGC sociale gezondheidsfactoren in haar beleid en hoe ziet de intersectorale coördinatie eruit? Zijn er gerichte acties om het verschil in levensverwachting tussen mannen en vrouwen terug te dringen?

précarisées aux dépistages, vaccinations et autres services préventifs essentiels ?

Comment la Cocom intègre-t-elle les déterminants sociaux de la santé (logement, emploi, éducation) dans ses politiques de santé et avec quels mécanismes de coordination intersectorielle ? Des actions ciblées sont-elles prévues pour réduire l'écart d'espérance de vie entre hommes et femmes, par exemple via une meilleure prévention des comportements à risque masculins et une sensibilisation accrue au recours aux soins de santé ?

1127 **M. Alain Maron, membre du Collège réuni.-** L'étude montre clairement qu'il existe des différences territoriales non négligeables en matière d'espérance de vie, et confirme donc la nécessité d'une approche différente entre les bassins de vie et les quartiers de la Région, en fonction du niveau de bien-être et des capacités socioéconomiques de ses habitants.

Cette approche est inscrite dans le plan social-santé intégré (PSSI) comme un principe transversal appelé « universalisme proportionné ». Selon ce principe, les interventions des autorités en social et santé relevant tant de la Cocom que de la Cocof doivent être au service de tous les Bruxellois et adaptées aux besoins de chacun. Il y a donc lieu de consentir davantage d'efforts dans les quartiers qui en ont le plus besoin, afin de garantir l'universalisme de l'accès au droit.

Les autres principes du PSSI tels que l'approche territoriale ou la santé dans toutes les politiques permettent également de travailler sur ces différentiels. Les différences spatiales justifient en outre la volonté inscrite dans le PSSI de travailler par territoire, à l'intérieur de la Région, avec les cinq bassins et l'ensemble des quartiers, à la fois pour les diagnostics fins, le suivi et la planification des actions.

Les dispositifs mis en place ont notamment pour objectif de sensibiliser les personnes les plus isolées ou les plus âgées. Citons notamment les chargés en prévention et promotion de la santé de Brusano, actifs au sein des cinq bassins bruxellois, les relais d'action de quartier de la Fédération des services sociaux, présents dans vingt quartiers bruxellois considérés comme plus précaires, ou encore le projet intermutualiste « conseiller en santé », qui consiste à prendre contact avec les affiliés par téléphone pour aborder différentes thématiques de santé tout en s'adaptant aux questions et demandes des personnes contactées. Là aussi, ce sont les personnes les plus éloignées des soins et du soutien social qui sont ciblées. Tous ces projets ont été lancés durant la précédente législature.

1129 Depuis 2019, la Cocom a également soutenu des projets spécifiques d'accompagnement sociosanitaire des personnes âgées dans différents quartiers.

Citons aussi les subventions à l'installation de structures multidisciplinaires et de jeunes médecins. Ces aides ont pour objectif d'encourager les professionnels de la santé à s'établir dans les quartiers et de les inciter à s'associer avec d'autres praticiens en vue d'exercer dans la Région. Le dispositif

De heer Alain Maron, lid van het Verenigd College (in het Frans).- De aanzienlijke territoriale verschillen in levensverwachting vragen een gediversifieerde aanpak, die deel uitmaakt van het Geïntegreerd Welzijns- en Gezondheidsplan.

Volgens het principe van evenredig universalisme moet het sociale beleid en het welzijnsbeleid op maat van elke Brusselaar worden gevoerd. In wijken met de grootste behoeften moeten daarom extra inspanningen worden geleverd. De andere principes in het plan bieden ook mogelijkheden om gedifferentieerd te werken.

De lopende initiatieven zijn gericht op de bewustmaking van geïsoleerd levende mensen en ouderen. Ze komen van onder andere Brusano, dat in de vijf Brusselse hulp- en zorgzones actief is, de Buurtactierelais in twintig kansarme wijken en de gezondheidsadviseurs van de ziekenfondsen.

Sinds 2019 steunt de GGC ook specifieke gezondheids- en welzijnsbegeleiding voor ouderen. Verder zijn er subsidies voor de oprichting van multidisciplinaire gezondheidscentra en om jonge artsen aan te trekken. De subsidies gaan in de eerste plaats naar centra in wijken met een huisartsentekort.

subventionne prioritairement des structures multidisciplinaires qui s'établissent dans les quartiers en pénurie de médecins généralistes.

Concernant le suivi régulier des espérances de vie par commune, l'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale analyse ces éléments par quartier.

Quant aux collaborations spécifiques établies avec les CPAS ou d'autres acteurs, les contrats locaux social-santé sont un outil de la politique social-santé bruxelloise visant à renforcer l'approche intégrée et locale de l'action sociale et de santé, grâce à une articulation avec la coordination sociale des CPAS et les associations de terrain dans les quartiers concernés.

Outre cette collaboration avec les CPAS, il convient également de mentionner les relais d'action de quartier, dont je viens de faire mention.

J'en viens aux types d'actions réalisées dans les quartiers où l'espérance de vie est la plus faible. Les missions de Brusano et les moyens des bassins sont modulés en fonction de la population et d'indicateurs socioéconomiques qui correspondent aux inégalités observées dans le Focus n° 76 de l'Institut bruxellois de statistique et d'analyse (IBSA). Ainsi, le bassin centre-ouest dispose de plus de moyens que le bassin sud, alors qu'ils ont approximativement la même population. De même, le bassin nord dispose proportionnellement de plus de moyens que le bassin est.

Les actions des bassins sont déterminées en fonction des diagnostics locaux établis avec les acteurs de terrain dans chaque bassin et sur la base, notamment, des études de l'Observatoire de la santé et du social et de l'IBSA. La santé mentale est un axe important du travail au sein des bassins. La lutte contre le tabac, l'alcool, la mauvaise alimentation ou une activité physique insuffisante est, quant à elle, financée par la Cocof.

1131 Dans le cadre du Point focal prévention intégré (PFPI), l'ambition est de cartographier ces actions et de voir si des synergies peuvent être déployées pour renforcer leur impact dans le cadre budgétaire existant ou en identifiant, le cas échéant, les besoins additionnels.

Chaque campagne fait l'objet, au moment de sa préparation, d'une prise en compte des publics ciblés. Les outils de communication sur le terrain sont notamment traduits dans les langues les plus usitées dans les quartiers ciblés.

La collaboration avec les médiateurs interculturels existants est recherchée pour soutenir les campagnes de santé. Nous avons, par exemple, travaillé avec eux pour les campagnes de vaccination contre la rougeole, la coqueluche et le papillomavirus humain.

Les chargés de prévention et de promotion de la santé de Brusano sont formés aux questions de diversité et prennent ces aspects en compte dans la planification de leurs actions en faveur de la santé

Lokale welzijns- en gezondheidscontracten maken de lokale, geïntegreerde benadering efficiënter door afstemming met de sociale coördinatie van de OCMW's en middenveldorganisaties.

De opdrachten van Brusano en de middelen van de hulp- en zorgzones worden aangepast op basis van de bevolking en sociaal-economische indicatoren die overeenstemmen met de ongelijkheden die in de studie van het BISA aan bod komen.

Wat in een hulp- en zorgzone wordt ondernomen, hangt af van lokale diagnoses die tot stand komen in samenwerking met het mensen uit de praktijk, het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad en het BISA. Er gaat veel aandacht naar geestelijke gezondheid in de hulp- en zorgzones. De strijd tegen tabak, alcohol, slechte eetgewoontes of onvoldoende beweging wordt door de GGC gefinancierd.

Het Focuspunt Geïntegreerde Preventie vertolkt de ambitie om te bekijken of synergieën mogelijk zijn en eventueel extra behoeften aan het licht te brengen.

Tijdens de voorbereiding van gezondheidscampagnes wordt altijd naar de doelgroep gekeken. De communicatie wordt vertaald in de talen die het meest worden gesproken in de doelbuurten. Er wordt ook samengewerkt met interculturele bemiddelaars.

De preventie- en gezondheidsbevorderingsmedewerkers van Brusano houden rekening met diversiteitskwesties wanneer ze gezondheidsacties plannen. Na elke campagne nemen de betrokken partijen deel aan een evaluatie.

Vivalis.brussels werkt samen met de Cocof aan het wegwerken van de drempels voor kankeropsporing en vaccinaties. Het is bedoeling om zo veel mogelijk Brusselaars warm te maken, ook in kwetsbare bevolkingsgroepen.

dans les quartiers. Après chaque campagne, une évaluation est effectuée avec les parties prenantes, afin d'identifier ce qui a bien fonctionné et d'ainsi pouvoir adapter les messages dans le futur.

Concernant le recours effectif des populations précarisées aux dépistages, vaccinations et autres services préventifs essentiels, vivalis.brussels, en collaboration avec la Cocof et dans le cadre du PFPI, est en train de travailler sur le dépistage des cancers et les vaccinations, afin de limiter les barrières et d'augmenter l'offre en Région bruxelloise. L'objectif est de sensibiliser un maximum de Bruxellois, y compris les populations plus précarisées.

Brusano, dans ses missions, doit travailler sur l'accès aux soins, entre autres préventifs, des personnes en situation de non-recours. Dans ce cadre, il étudie les barrières à l'accès aux services et tente de les résoudre, en travaillant à la fois au niveau de l'adaptation de l'offre, en discutant avec les prestataires, et au niveau de la demande, en organisant des activités de sensibilisation adaptées aux publics qui n'ont pas suffisamment accès aux soins.

Enfin, la prise en compte des inégalités de santé liées au genre fait partie des priorités du plan social-santé intégré, qui leur consacre un chapitre entier.

1133 **Mme Françoise Schepmans (MR).**- Merci pour cette réponse tout à fait exhaustive. Le plan social-santé intégré doit être l'outil qui permet de réduire ces écarts. La territorialisation, l'universalisme proportionné et le travail avec les CPAS doivent devenir des réalités visibles pour les habitants des quartiers où l'espérance de vie est la plus basse.

1137 **M. Mohamed Ouriaghli (PS).**- Je remercie M. le membre du Collège réuni pour ses réponses. Nous avons bien compris que l'espérance de vie est étroitement liée aux conditions de vie. Face à ce constat, il importe que notre politique de santé publique ne se limite pas à prolonger la durée de vie, mais qu'elle vise à en améliorer la qualité pour tout un chacun, sans distinction de revenu, de quartier ou de genre. Je suis convaincu que vous partagez cet avis.

Je serai attentif à la poursuite et à l'évaluation, dans la durée, des dispositifs engagés, non seulement à travers l'évolution globale de l'espérance de vie, mais surtout au regard de la réduction concrète des écarts entre les différents territoires et les catégories sociales.

- Les incidents sont clos.

1141 **QUESTION ORALE DE MME AMÉLIE PANS**

1141 **à Mme Elke Van den Brandt et à M. Alain Maron, membres du Collège réuni chargés de l'Action sociale et de la Santé,**

De ongelijkheid tussen mannen en vrouwen is een van de aandachtspunten van het Geïntegreerd Welzijns- en Gezondheidsplan.

Mevrouw Françoise Schepmans (MR) *(in het Frans).*- *Het Geïntegreerd Welzijns- en Gezondheidsplan moet de verschillen helpen terugdringen. De territoriale aanpak, het evenredige universalisme en de samenwerking met de OCMW's moeten zichtbaar worden voor de bewoners van wijken met de laagste levensverwachting.*

De heer Mohamed Ouriaghli (PS) *(in het Frans).*- *Het is duidelijk dat de levensverwachting nauw verband houdt met de levensomstandigheden. Daarom mag het gezondheidsbeleid niet louter gericht zijn op levensverlenging, het moet ook de levenskwaliteit van iedere burger verbeteren.*

- *De incidenten zijn gesloten.*

MONDELINGE VRAAG VAN MEVROUW AMÉLIE PANS

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

1141 **concernant la prévention et le contrôle du démarchage illégal par les pompes funèbres en milieu hospitalier.**

1143 **Mme Amélie Pans (MR).**- Un reportage diffusé récemment par la VRT a révélé des témoignages préoccupants concernant des pratiques illégales et contraires à l'éthique dans plusieurs maisons de repos, ainsi qu'à l'hôpital ZAS Middelheim, en Flandre. Selon ces témoignages, des membres du personnel soignant ou administratif auraient accepté des pots-de-vin de la part d'entreprises de pompes funèbres afin que celles-ci puissent récupérer directement les corps des défunts, parfois sans que la famille n'ait été consultée.

Ces pratiques contreviennent à la loi, qui dispose clairement que le choix de l'entreprise de pompes funèbres revient exclusivement aux proches du défunt. Elles soulèvent de graves questions éthiques et déontologiques, et mettent en lumière la nécessité de protéger les familles dans des moments particulièrement sensibles.

Des signalements de pratiques similaires ont-ils déjà été portés à la connaissance de la Cocom ou des autorités bruxelloises, que ce soit dans des maisons de repos, maisons de repos et de soins ou hôpitaux de la Région ?

Quels dispositifs de contrôle ou de suivi existent à Bruxelles pour s'assurer que les proches puissent exercer librement leur droit de choisir l'entreprise de pompes funèbres ?

Les directions d'hôpitaux et de maisons de repos disposent-elles de lignes directrices précises pour encadrer les relations avec les entrepreneurs de pompes funèbres et prévenir tout conflit d'intérêts ou démarchage abusif ?

Existe-t-il un mécanisme clair et accessible de plainte pour les familles qui estiment avoir été privées de ce droit ou victimes de pressions ?

Enfin, la Cocom collabore-t-elle avec l'autorité fédérale et les autres Régions pour harmoniser le cadre légal et renforcer les sanctions en cas de manquement avéré ?

1145 **M. Alain Maron, membre du Collège réuni.**- Les pratiques dénoncées dans le reportage de la VRT soulèvent en effet de sérieuses questions sur le respect des droits des patients et des familles, en particulier concernant la liberté du choix de l'entreprise de pompes funèbres.

À Bruxelles, cette question relève à la fois du cadre légal fédéral et du contrôle exercé par la Cocom dans les institutions relevant de sa compétence. À ce jour, aucun signalement de pratiques similaires dans les hôpitaux bicommunautaires de la Région de Bruxelles-Capitale n'a été porté à la connaissance de vivalis.brussels. Aucun dossier n'a été ouvert à ce sujet dans le cadre des inspections ou des plaintes reçues.

betreffende de voorkoming van en controle op illegale ronselpraktijken van begrafenisondernemers in ziekenhuizen.

Mevrouw Amélie Pans (MR) (in het Frans).- Een recente VRT-reportage liet zien hoe begrafenisondernemers klanten ronselen in Vlaamse rust- en ziekenhuizen door personeelsleden om te kopen om het lichaam van overledenen meteen aan hen toe te vertrouwen, soms zonder inspraak van de familie. Nochtans komt de keuze van een begrafenisondernemer volgens de wet enkel aan die laatste toe.

Zijn er bij de GGC of andere Brusselse autoriteiten soortgelijke praktijken in Brusselse rust- of ziekenhuizen gemeld?

Welke controlemechanismen bestaan er in Brussel om te keuzevrijheid van de familie te garanderen?

Hanteren de rust- en ziekenhuisdirecties richtlijnen over de relaties met begrafenisondernemers om misbruiken te vermijden?

Bestaat er een duidelijk en toegankelijk klachtensysteem voor families?

Werkt de GGC samen met de federale overheid en de andere gewesten om het wettelijk kader te harmoniseren en de sancties te versterken?

De heer Alain Maron, lid van het Verenigd College (in het Frans).- De vrije keuze van de begrafenisondernemer wordt gegarandeerd door de federale wetgeving over de patiëntenrechten. Vivalis.brussels ziet toe op de naleving van die rechten in ziekenhuizen en medisch-sociale instellingen die onder de bevoegdheid van de GGC vallen, maar zijn controles spitsen zich niet toe op de vrije keuze van de begrafenisondernemer. Tot nu toe heeft vivalis.brussels geen meldingen ontvangen over zulke praktijken. Mocht dat wel gebeuren, dan kan het de betrokken directies herinneren aan de bestaande wetgeving.

Dans le cadre de ses missions, vivalis.brussels veille au respect des droits du patient dans les établissements hospitaliers et médicosociaux. Le droit au libre choix d'une entreprise funèbre est garanti par la législation fédérale relative aux droits du patient. Toutefois, les contrôles effectués par vivalis.brussels dans le cadre des normes régionales d'agrément ne visent pas spécifiquement les risques de démarchage ou de conflits d'intérêts dans ce domaine. Si un tel cas devait être signalé, des mesures de rappel du cadre légal pourraient être adressées aux directions concernées.

S'agissant du cadre de référence dans les hôpitaux, il n'existe actuellement aucune ligne directrice spécifique encadrant les relations entre établissements et entreprises de pompes funèbres. Néanmoins, la législation relative aux droits du patient s'impose à toutes les institutions et garantit la liberté de choix des proches, comme vous l'avez rappelé. Si des situations problématiques devaient être signalées, vivalis.brussels pourra rappeler cette obligation aux directions hospitalières.

Concernant les mécanismes de plainte, plusieurs dispositifs sont accessibles aux familles qui estiment avoir été privées de leur droit ou soumises à des pressions. Chaque hôpital dispose d'un service de médiation hospitalière agréé, chargé de recevoir les plaintes des patients et de leurs proches. La nouvelle législation de la Cocom en matière de normes de qualité prévoit d'ailleurs un renforcement de la visibilité et de l'accessibilité de ces services au sein des établissements. Approuvée à la fin de la législature 2019-2024, cette législation est d'application.

¹¹⁴⁷ En outre, les services de vivalis.brussels peuvent être directement saisis en cas de plainte. Le site internet de l'administration permet d'introduire des plaintes en ligne, dont le traitement est assuré par l'administration. Par ailleurs, d'autres recours sont possibles, notamment via la médiation fédérale ou les mutualités, qui peuvent orienter les familles et recueillir leurs signalements.

Enfin, la Cocom participe activement aux réunions du groupe de travail intercabinets organisées au sein du SPF Santé publique. Ces réunions rassemblent des représentants du niveau fédéral et des entités fédérées. Elles visent à renforcer la concertation, à harmoniser les cadres légaux et à étudier l'amélioration des sanctions en cas de manquements avérés. Cette concertation porte sur l'ensemble des matières relevant du domaine de la santé, y compris celles touchant à l'éthique et au droit des patients et des familles.

¹¹⁴⁹ **Mme Amélie Pans (MR).**- Je suis soulagée d'apprendre qu'il n'y a eu aucune plainte concernant de telles pratiques. Si elles survenaient à Bruxelles, elles seraient à la fois complètement illégales et indignes. Elles trahiraient la confiance des familles et porteraient atteinte à la dignité des défunts.

Je suis aussi heureuse de savoir que l'autorité fédérale et les Régions coopèrent, et d'apprendre qu'au cas où de telles pratiques

Momenteel bestaan er geen specifieke richtlijnen voor ziekenhuizen over de relaties met begrafenisondernemers.

Families kunnen op verschillende manieren klacht indienen. Elk ziekenhuis heeft een erkende ombudsdienst. De nieuwe GGC-kwaliteitsnormen, goedgekeurd aan het einde van de regeerperiode 2019-2024, beogen trouwens die diensten zichtbaarder en toegankelijker te maken.

Daarnaast kunnen families rechtstreeks online klacht indienen bij vivalis.brussels. Ook de federale Ombudsman en de ziekenfondsen kunnen families doorverwijzen en meldingen verwerken.

Tot slot neemt de GGC actief deel aan de interkabinettenwerkgroep van de FOD Volksgezondheid, waar onder meer overlegd wordt over een geharmoniseerd wettelijk kader en efficiëntere sancties op dit vlak.

Mevrouw Amélie Pans (MR) (in het Frans).- Gelukkig zijn er in Brussel geen klachten ontvangen. Ik ben blij te horen dat indien nodig herinnerd zal worden aan de keuzevrijheid van de families. Het is ook goed dat de federale overheid en de gewesten in deze kwestie samenwerken.

- Het incident is gesloten.

se produiraient, on rappellerait que le choix des pompes funèbres appartient exclusivement aux familles.

- *L'incident est clos.*

QUESTION ORALE DE MME AMÉLIE PANS

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

concernant le suivi et l'encadrement de l'intelligence artificielle prédictive en santé en Région bruxelloise.

Mme Amélie Pans (MR).- Une étude publiée dans la revue Nature présente le modèle d'intelligence artificielle Delphi-2M, entraîné sur des données médicales massives (près d'un demi-million de patients britanniques et deux millions de patients danois). Ce modèle est capable de prédire, plusieurs années à l'avance, la probabilité de survenue de plus de 1.000 maladies en identifiant des schémas dans les antécédents médicaux.

Les chercheurs soulignent que cette technologie n'est pas encore prête pour un usage clinique, mais qu'elle pourrait, à terme, contribuer à la prévention, au suivi personnalisé et à l'organisation des soins.

La Cocom dispose-t-elle d'un mécanisme de veille scientifique sur les évolutions en matière d'intelligence artificielle appliquée à la santé. Dans l'affirmative, comment est-il organisé ?

Des échanges existent-ils déjà avec les hôpitaux universitaires bruxellois, les instituts de recherche ou des acteurs européens autour de l'évaluation ou du suivi de ces modèles prédictifs ?

La Cocom a-t-elle recensé ou soutenu des projets pilotes de recherche en santé publique qui testent des applications de l'intelligence artificielle dans les champs prédictif ou préventif ?

Enfin, comment la Cocom s'assure-t-elle que les évolutions technologiques internationales en matière de santé numérique soient prises en compte dans la planification de ses politiques de prévention et dans le dialogue avec les professionnels de santé ?

M. Alain Maron, membre du Collège réuni.- À l'heure actuelle, vivalis.brussels ne dispose pas d'un mécanisme formel et structuré dédié à l'étude et aux évolutions en matière d'intelligence artificielle (IA) en santé. Cependant, nous suivons ces développements grâce à la participation de la Cocom à des groupes de travail interfédéraux sur ces questions, notamment dans le cadre de la plateforme e-Health et aux groupes de travail de la conférence interministérielle (CIM) de la Santé publique dédiés à la santé numérique, ou encore par le biais des initiatives européennes concernant l'IA et les données liées à la santé.

MONDELINGE VRAAG VAN MEVROUW AMÉLIE PANS

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

betreffende de controle en de regulering van voorspellende artificiële intelligentie in de gezondheidszorg in het Brussels Gewest.

Mevrouw Amélie Pans (MR) (in het Frans).- In het tijdschrift Nature werd het AI-model Delphi-2M voorgesteld, dat jaren van tevoren de kans op het optreden van meer dan 1.000 ziekten kan voorspellen door patronen in de medische voorgeschiedenis te identificeren.

Beschikt de GGC over een mechanisme voor de evaluatie en opvolging van AI-ontwikkelingen in de gezondheidszorg?

Vinden er uitwisselingen plaats met de Brusselse universiteitsziekenhuizen, onderzoeksinstellingen of Europese actoren over voorspellende modellen?

Heeft de GGC proefprojecten ondersteund om voorspellende of preventieve AI-toepassingen op het vlak van volksgezondheid te testen?

Hoe houdt de GGC in haar preventiebeleid en in haar dialoog met gezondheidswerkers rekening met de technologische ontwikkelingen op het gebied van digitale gezondheidszorg?

De heer Alain Maron, lid van het Verenigd College (in het Frans).- Vivalis.brussels heeft nog geen formeel mechanisme voor de evaluatie en monitoring van AI-toepassingen in de gezondheidszorg. De GGC volgt de ontwikkelingen wel via de interfederale werkgroepen en de Europese initiatieven op het gebied van AI en gezondheidsgegevens.

Er bestaat geen formele samenwerking tussen vivalis.brussels en de universitaire ziekenhuizen voor de evaluatie of monitoring van AI-modellen. De bevoegdheden van de GGC met betrekking

Concernant les hôpitaux universitaires, il n'existe actuellement aucune coopération formelle entre vivalis.brussels et les hôpitaux qui soit spécifiquement axée sur l'évaluation ou le suivi des modèles d'IA en santé. S'agissant des hôpitaux, je rappelle que les compétences de la Cocom sont extrêmement limitées et ne concernent que l'infrastructure et les normes d'agrément.

Comme je l'ai déjà indiqué, des contacts informels et des échanges occasionnels dans le cadre de projets plus vastes relatifs à la santé numérique, à l'échange de données et à l'innovation en santé existent. Des hôpitaux universitaires comme l'UZ Brussel, l'Hôpital Érasme et les Cliniques universitaires Saint-Luc mènent, de leur propre initiative, des projets de recherche concernant l'IA, souvent avec des partenaires européens ou dans le cadre de programmes tels que Horizon Europe.

Concernant les projets pilotes, à ce jour, vivalis.brussels n'a soutenu directement aucun projet visant explicitement à utiliser l'IA à des fins préventives en matière de santé publique.

Vivalis.brussels tient compte des évolutions technologiques internationales en matière de santé numérique par le biais de différents mécanismes. Premièrement, par le biais de la coopération interfédérale et interrégionale. Ainsi, vivalis.brussels est représentée au sein de la plateforme e-Health, de la CIM Santé publique et de divers groupes de travail. Elle participe également aux consultations ayant pour but de discuter des évolutions internationales et technologiques.

Deuxièmement, par le biais du suivi des tendances et des cadres politiques internationaux, tel que le cadre européen en matière d'utilisation de l'IA auquel j'ai déjà fait référence. Ces informations sont intégrées dans les réflexions sur la stratégie bruxelloise en matière de santé numérique et préventive.

Troisièmement, par le biais d'un dialogue avec les professionnels de santé et les institutions. Vivalis.brussels entretient un dialogue continu avec les prestataires de soins, les institutions et les réseaux, afin de garantir aux prestataires et aux patients une intégration pratique, éthique et professionnelle des nouveaux outils numériques, y compris les applications d'IA.

Quatrièmement, par le biais d'une planification stratégique et de l'adaptation des politiques. Dans ses plans de prévention et de santé, vivalis.brussels prend en compte la numérisation et l'analyse des données comme des piliers structurels. Les innovations technologiques ne sont pas considérées isolément, mais comme des éléments de soutien pour une meilleure prévention, un meilleur suivi et de meilleurs outils d'aide à la prise de décision.

En résumé, grâce à une collaboration interfédérale régulière et aux concertations avec le terrain, vivalis.brussels veille, dans les limites de ses compétences, à ce que les principales évolutions numériques et technologiques trouvent leur place dans le développement futur du système de santé bruxellois.

tot de ziekenhuizen zijn beperkt tot de infrastructuur en de erkenningsnormen.

Er vinden wel informele contacten en incidentele uitwisselingen plaats in het kader van bredere projecten inzake digitale gezondheidszorg, gegevensuitwisseling en innovatie in de gezondheidszorg. De universitaire ziekenhuizen voeren op eigen initiatief onderzoeksprojecten uit op het gebied van AI, vaak met Europese partners of in het kader van programma's als Horizon Europe.

Vivalis.brussels heeft nog geen proefproject ondersteund dat expliciet gericht is op het gebruik van AI voor preventieve gezondheidsdoelstellingen. Het houdt via verschillende mechanismen rekening met technologische ontwikkelingen op het gebied van digitale gezondheidszorg. Om te beginnen is er de interfederale en intergewestelijke samenwerking. Zo is vivalis.brussels vertegenwoordigd in het eHealth-platform, de interministeriële conferentie Volksgezondheid en diverse werkgroepen. Het volgt ook de internationale trends en beleidskaders, zoals het Europese kader voor het gebruik van AI.

Voorts onderhoudt vivalis.brussels een permanente dialoog met zorgverleners, instellingen en netwerken om een praktische, ethische en professionele integratie van nieuwe digitale hulpmiddelen, waaronder AI-toepassingen, te garanderen.

Tot slot beschouwt vivalis.brussels digitalisering en data-analyse als structurele elementen in zijn preventie- en gezondheidsplannen. Technologische innovaties moeten ondersteunende elementen zijn voor betere preventie, opvolging en besluitvorming.

1163 **Mme Amélie Pans (MR).**- Si aucune veille n'est vraiment mise en place, je me réjouis qu'il y ait des groupes de travail et des projets de recherche dédiés à l'intelligence artificielle (IA), notamment dans les hôpitaux, même si les compétences de la Cocom sont limitées. À condition d'être encadrée et fiable, l'IA peut aussi réellement transformer la prévention et la santé publique. Cependant, elle doit avant tout rester un outil au service du médecin. Enfin, il faut que le législateur ne soit pas en retard sur ces technologies qui se développent très rapidement, pour prendre les devants plutôt que d'agir en réaction.

- L'incident est clos.

1167 **QUESTION ORALE DE MME STÉPHANIE LANGE**

1167 **à Mme Elke Van den Brandt et à M. Alain Maron, membres du Collège réuni chargés de l'Action sociale et de la Santé,**

1167 **concernant le budget d'assistance personnelle (BAP).**

1169 **Mme Stéphanie Lange (Les Engagés).**- J'aimerais revenir sur un sujet essentiel, à savoir le budget d'assistance personnelle (BAP). Lors de nos précédents échanges, vous avez indiqué que le mécanisme était réexaminé et que des évolutions substantielles étaient envisagées.

Depuis, le secteur fait état d'un arrêt progressif : refus de nouvelles demandes depuis le 1er janvier 2025, incertitude sur le futur des bénéficiaires actuels, flou sur le mécanisme à mettre en place, mobilisation associative, et incertitude quant au sort réservé à l'autonomie des bénéficiaires du BAP. Pour ces personnes, l'assistance humaine et personnelle n'est pas un luxe, mais la condition de base de leur autonomie et de leur participation à la vie sociale.

Le Parlement doit vérifier l'ensemble de la décision, ses fondements juridiques, ses répercussions budgétaires, les modalités de transition et la robustesse du dispositif de remplacement.

Les engagements en vue d'une concertation réelle avec les associations, les familles et les personnes concernées se sont-ils concrétisés ? Dans l'affirmative, quels sont les résultats de cette concertation ?

Existe-t-il aujourd'hui un rapport d'analyse d'incidences de la décision prise par Iriscare ?

Quelle enveloppe budgétaire a-t-elle été allouée à l'ASBL Access And Go - ABP pour les budgets d'assistance personnelle en 2025 ?

Le comité d'accompagnement au sein d'Iriscare a-t-il reçu l'analyse des besoins d'aide et de soins de tous les bénéficiaires

Mevrouw Amélie Pans (MR) (in het Frans).- Hoewel er nog geen echte monitoring is ingesteld, ben ik blij dat er werkgroepen en onderzoeksprojecten zijn die zich bezighouden met AI, want die technologie kan een echte verandering teweegbrengen. Ze moet echter in de eerste plaats een hulpmiddel blijven voor artsen. De wetgever moet bovendien het voortouw nemen met betrekking tot die snel evoluerende technologieën.

- Het incident is gesloten.

MONDELINGE VRAAG VAN MEVROUW STÉPHANIE LANGE

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

betreffende het persoonlijk assistentiebudget (PAB).

Mevrouw Stéphanie Lange (Les Engagés) (in het Frans).- Tijdens eerdere vergaderingen had u ons meegedeeld te werken aan een aanpassing van het persoonlijk assistentiebudget (PAB). Daardoor is het systeem geleidelijk tot stilstand gekomen. Sinds 1 januari 2025 worden nieuwe aanvragen geweigerd en de huidige begunstigden zijn onzeker over hun toekomst. Hun autonomie en deelname aan het maatschappelijke leven staan op het spel.

Heeft het beloofde overleg met verenigingen, families en begunstigden plaatsgevonden? Met welk resultaat?

Bestaat er een effectenrapport over de beslissing van Iriscare?

Welk budget krijgt de vzw Access And Go - ABP voor PAB's in 2025?

Heeft het begeleidingscomité van Iriscare de analyse van de hulp- en zorgbehoeften van alle huidige begunstigden ontvangen? Werkt het een begeleidingsplan op maat voor hen uit?

actuels ? Élabore-t-il un plan d'accompagnement personnalisé pour les personnes concernées ?

1171 **M. Alain Maron, membre du Collège réuni.**- Le projet pilote de l'ASBL Access And Go - ABP a été suivi par un comité d'accompagnement désigné par Iriscare en concertation avec les responsables du projet.

Un groupe de travail a été créé, chargé de réfléchir à un modèle possible et aux critères et conditions préalables nécessaires à la mise en place d'un système généralisé de budget d'assistance personnelle. Toutes les organisations représentées au sein des commissions techniques consultative et paritaire « Personnes handicapées » d'Iriscare ont été invitées. Les associations représentant les bénéficiaires (Access And Go - ABP, Autonomia et collectif Bap.Brussels) ont également pu s'exprimer devant ce groupe de travail.

Trois groupes de travail sont à l'œuvre, qui ont invité plusieurs experts en la matière, dont la Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH), l'Agence pour une vie de qualité (AVIQ), les associations que je viens de citer ainsi qu'un doctorant en droit dont l'objet d'étude porte sur ce thème. Le travail d'analyse en cours sera rendu dans un avis soumis aux commissions techniques.

Préalablement à la décision prise, il n'a pas été possible d'évaluer correctement l'impact sur les bénéficiaires. Cela s'explique principalement par le manque d'informations transmises par Access And Go - ABP.

Dans le cadre de la subvention encore approuvée pour l'année transitoire 2025, il a été demandé aux responsables d'Access And Go - ABP d'analyser les besoins de soutien de ses bénéficiaires avant le 31 décembre 2025. Un rapport indiquant le type d'accompagnement souhaité et les solutions trouvées pour chaque bénéficiaire doit ainsi être fourni. Le budget octroyé en 2025 est de 218.333 euros.

Vous m'interrogez par ailleurs sur l'analyse des besoins d'aides et de soins de tous les bénéficiaires actuels qui devait être fournie à Iriscare. Dans le cadre de l'année transitoire 2025, il a été demandé à Access And Go - ABP de réétudier et de mettre à jour, en concertation avec chaque bénéficiaire, ses besoins d'accompagnement et, sur la base de cette analyse, de le référer et l'accompagner vers l'offre d'aide et d'accompagnement existante en Région de Bruxelles-Capitale. Cette analyse demandée aux responsables n'a pas encore été reçue à ce jour par l'administration.

1173 **Mme Stéphanie Lange (Les Engagés).**- Je remercie M. le membre du Collège réuni pour ses réponses. Je me réjouis d'entendre que le collectif Bap.Brussels participe également au groupe de travail, et que les bénéficiaires du BAP qui sont concernés par la mesure aient ainsi pu être entendus. C'est une bonne chose. J'espère que leur témoignage, leur avis ainsi que leurs besoins seront pris en considération.

De heer Alain Maron, lid van het Verenigd College (in het Frans).- Het proefproject van de vzw Access And Go - ABP werd opgevolgd door een begeleidingscomité ingesteld door Iriscare.

Er is een werkgroep opgericht om na te denken over een veralgemeend PAB-systeem. Alle organisaties vertegenwoordigd in de twee technische commissies 'Personen met een handicap' van Iriscare, alsook de verenigingen Access And Go - ABP en Bap.Brussels, konden zich daar uitspreken. Die commissies zullen ook het resultaat ontvangen van de analyse die drie werkgroepen momenteel uitvoeren.

Door een gebrek aan informatie van de kant van Access And Go - ABP hebben we de impact op de begunstigden niet kunnen evalueren voordat de beslissing werd genomen.

Voor het overgangsjaar 2025 heeft die vzw een subsidie van 218.333 euro gekregen. In dat verband is haar gevraagd de hulpen zorgbehoeften van de begunstigden en de hen aangeboden hulpmiddelen tegen 31 december 2025 in kaart te brengen. Het bijgewerkte overzicht daarvan heeft Iriscare nog niet ontvangen.

Mevrouw Stéphanie Lange (Les Engagés) (in het Frans).- Ik ben blij te horen dat Bap.Brussels ook aan de werkgroep deelneemt, zodat de begunstigden konden worden gehoord.

Wanneer zal de werkgroep klaar zijn? Wanneer krijgen wij de antwoorden van het begeleidingscomité?

Quand le groupe de travail achèvera-t-il ses travaux ? Si vous ne pouvez répondre maintenant, cette interrogation fera l'objet d'une question de suivi. Quand disposerons-nous des réponses du comité d'accompagnement ? Il est important de savoir quand tout sera mis en œuvre.

1175 **M. Alain Maron, membre du Collège réuni.**- Le groupe de travail se penche sur les conditions potentielles de mise en place d'un système généralisé de budget d'assistance personnelle (BAP). Cela relève en effet d'un accord de majorité, car la mise en place d'un budget d'assistance personnelle généralisé, c'est un bouleversement très important dans le secteur : il faut trouver un financement et cela soulève de nombreuses questions. Optons-nous pour une cotisation, comme c'est le cas dans les autres Régions ? Qui la paie ? Combien ? Comment ? Que couvre-t-elle ? Qu'est-ce qui est assuré ? Comment mesure-t-on les pertes d'autonomie ? Qui peut en bénéficier ?

C'est un énorme chantier, qui représente un budget conséquent. Pour pouvoir le mettre en place, il faudrait aussi tenir compte du cadre budgétaire actuel, c'est-à-dire garantir le financement. En général, quand un tel système est mis en place, étant donné que l'argent est donné directement aux bénéficiaires, nous en donnons moins aux prestataires.

C'est un choix politique qui n'a pas été le nôtre dans l'accord de majorité 2019-2024. Nous avons choisi de renforcer les prestataires, à savoir les associations, en leur donnant plus de moyens afin qu'elles couvrent les besoins, plutôt que de viser les bénéficiaires finaux. La mise en place d'un BAP serait donc un renversement de politique. Cela nécessite une réflexion approfondie qui ne peut se faire que dans le cadre d'un accord de majorité et d'un gouvernement de plein exercice.

1177 **Mme Stéphanie Lange (Les Engagés).**- Je voulais savoir à quelles conclusions le groupe de travail était susceptible d'aboutir, mais je suis d'accord avec vous, cela relève effectivement d'un accord politique dans le cadre d'un gouvernement de plein exercice.

- *L'incident est clos.*

1181 **QUESTION ORALE DE M. MOHAMED OURIAGHLI**

1181 **à Mme Elke Van den Brandt et à M. Alain Maron, membres du Collège réuni chargés de l'Action sociale et de la Santé,**

1181 **concernant la mise en œuvre de l'European Accessibility Act (EAA) dans les dispositifs de santé et d'action sociale bruxellois.**

1183 **M. Mohamed Ouriaghi (PS).**- Le 28 juin 2025 a marqué l'entrée en vigueur de l'European Accessibility Act (EAA), une directive européenne majeure visant à harmoniser les normes d'accessibilité des produits et services au sein de l'Union européenne. Cette réglementation concerne notamment les

De heer Alain Maron, lid van het Verenigd College (in het Frans).- *De werkgroep werkt voorwaarden uit voor de eventuele invoering van een veralgemeend PAB-systeem. Dat vergt een beslissing van een volwaardige regering, want het is een grote hervorming, die tal van vragen oproept. Werken we met een bijdragesysteem zoals in de andere gewesten en hoe ziet dat er precies uit?*

Zo'n systeem vraagt een aanzienlijk budget en impliceert een ommekeer in het beleid, waarbij geld rechtstreeks naar de zorgbehoevenden gaat in plaats van naar de zorgverstrekkers. In het regeerakkoord 2019-2024 hebben we er nog voor gekozen die laatste meer geld te geven.

Mevrouw Stéphanie Lange (Les Engagés) (in het Frans).- *De invoering van zo'n systeem vergt inderdaad een politiek akkoord binnen een volwaardige regering.*

- *Het incident is gesloten.*

MONDELINGE VRAAG VAN DE HEER MOHAMED OURIAGHLI

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

betreffende de tenuitvoerbrenging van de Europese toegankelijkheidsrichtlijn (EAA) in het Brusselse welzijns- en gezondheidszorginstrumentarium.

De heer Mohamed Ouriaghi (PS) (in het Frans).- *In juni 2025 trad de Europese toegankelijkheidswet in werking, die tot doel heeft de toegankelijkheidsnormen voor producten en diensten binnen de Europese Unie te harmoniseren. De regelgeving heeft niet alleen betrekking op fysieke diensten, maar ook op*

équipements et services numériques (smartphones, ordinateurs, distributeurs automatiques, services bancaires en ligne et plateformes de commerce en ligne), ainsi que les services essentiels accessibles aux personnes en situation de handicap.

En Belgique, environ 12.000 entreprises devront se conformer à ces standards. Cela souligne l'ampleur du défi en Région bruxelloise, où les outils numériques sont de plus en plus intégrés aux dispositifs sociaux et de santé.

L'accessibilité numérique est une nécessité durable qui dépasse la simple obligation légale ; c'est un levier d'innovation et de profonde transformation culturelle pour les entreprises et les services publics, notamment dans les secteurs de la santé et de l'action sociale. Il est donc primordial d'accompagner les établissements et les services dans cette transition, au-delà de la mise en conformité réglementaire, par le biais de formations adaptées, la mise à disposition de ressources pratiques et une coordination efficace entre équipements techniques, directions et professionnels de terrain.

Par ailleurs, plusieurs enjeux concrets se posent au niveau des citoyens : l'impact réel de ces mesures en termes d'accessibilité, les délais d'application, les campagnes d'information ciblées, les contrôles proactifs pour soulager les usagers et les associations, ainsi que les sanctions prévues visant à garantir une inclusion effective.

Quels changements concrets la mise en œuvre de l'EAA entraînera-t-elle pour les dispositifs de santé et d'action sociale relevant de la Cocom ?

Quel est le calendrier d'application de ces normes dans les établissements et services concernés ?

Quelles actions d'information et de sensibilisation sont mises en place par la Cocom à destination des citoyens, des professionnels et des associations pour favoriser une appropriation des nouvelles exigences d'accessibilité prévues par l'EAA ?

Comment la Cocom organise-t-elle le suivi et le contrôle de la conformité des établissements à ces exigences ?

Un dispositif spécifique de plainte est-il prévu pour les personnes qui rencontrent encore des obstacles d'accessibilité aux services de santé ou services sociaux ?

Quelles formations, ressources ou aides concrètes sont proposées pour soutenir les établissements concernés dans la mise en œuvre d'une accessibilité inclusive et globale ?

digitale diensten en apparatuur als smartphones, computers, geldautomaten, bankapps en e-commerceplatforms.

Digitale toegankelijkheid betekent een diepgaande culturele verandering voor bedrijven en openbare diensten, met name in de gezondheids- en welzijnssector. Het is dan ook van cruciaal belang om ze bij die transitie te helpen.

Welke veranderingen zal de Europese toegankelijkheidswet met zich meebrengen voor de gezondheids- en welzijnsdiensten? Wat is het tijdschema voor de toepassing van de nieuwe normen? Hoe ondersteunt de GGC de instellingen en diensten daarbij?

Welke voorlichtings- en bewustmakingsacties zal de GGC opzetten voor burgers, beroepsbeoefenaars en verenigingen?

Hoe controleert de GGC de naleving van de eisen?

Is er een specifieke klachtendienst voor personen die nog steeds moeilijkheden ondervinden bij de toegang tot gezondheids- of welzijnsdiensten?

1185 **M. Alain Maron, membre du Collège réuni.** - Entrée en vigueur le 28 juin 2025, cette directive prévoit une période transitoire, de telle sorte que les produits et services déjà en circulation avant cette date bénéficient d'une dérogation jusqu'en 2030. Ceux mis en place après le 28 juin 2025 doivent immédiatement respecter les nouvelles normes.

De heer Alain Maron, lid van het Verenigd College (in het Frans). - De richtlijn is in werking getreden op 28 juni 2025, maar voorziet in een overgangsperiode, tot 2030, voor producten en diensten die ervoor al in omloop waren.

Inzake gezondheid en welzijn houdt de nieuwe richtlijn de inclusieve digitalisering van de diensten in, zodat ze ook

En ce qui concerne les dispositifs de santé et d'action sociale relevant de la Cocom, la mise en œuvre de la directive européenne aura pour effet :

- la numérisation inclusive des services, afin qu'ils soient accessibles aux personnes en situation de handicap ;
- la révision des sites web et applications, qui devront respecter certaines normes ;
- l'accessibilité des terminaux physiques, qui doivent être utilisables par tous ;
- l'adaptation de la communication, avec des documents et supports d'information disponibles dans des formats accessibles.

Certains produits et services respectent déjà les normes de la nouvelle directive. Ainsi, les sites internet de vivalis.brussels et d'Iriscare sont certifiés AA par AnySurfer, une organisation belge qui promeut l'accessibilité numérique pour tous au niveau des sites web, des applications et des documents numériques. Le certificat AnySurfer est un label de qualité et d'accessibilité délivré aux sites ou applications qui satisfont à des critères d'accessibilité, notamment selon la norme Web Content Accessibility Guidelines (WCAG).

Par ailleurs, afin de faciliter l'accès à l'information, le site handicap.brussels, organisé en douze thématiques de vie, répertorie toute l'offre d'aides et de services en Région bruxelloise pour les personnes en situation de handicap. Conçu à l'initiative de la Cocof et d'Iriscare, il est une réponse directe au besoin de disposer d'une source d'informations centralisée et vise à faciliter la recherche de solutions pour les personnes en situation de handicap et leurs proches. Il est accessible en facile à lire et à comprendre (FALC) et en langue des signes française.

¹¹⁸⁷ À l'avenir, le site devrait également être accessible en langue des signes flamande et en langage flamand simple (eenvoudige taal). AnySurfer a aussi accompagné la conception et la réalisation de ce site internet depuis le départ pour qu'il propose un contenu conforme aux normes légales d'accessibilité.

Lors de l'activation des aides individuelles à l'inclusion en Cocom, une attention particulière a été accordée à la question de la charge administrative dans le chef de la personne en situation de handicap. Depuis le 1er janvier 2024, les personnes en situation de handicap ont la possibilité, via le formulaire de demande d'aides matérielles, de marquer leur accord afin que leur organisme assureur bruxellois ait accès à leur dossier antérieur au service Personne handicapée autonomie recherchée (Phare). Ceci évite aux personnes en situation de handicap de devoir retransmettre des données médicales. Une convention encadre cet échange de données dans le respect du règlement général sur la protection des données.

Iriscare demande aussi aux organismes assureurs que leur site web soit accessible aux personnes en situation de handicap et de tenir compte du Web Content Accessibility Guidelines 2.1. Les

toegankelijk zijn voor personen met een handicap, de herziening van websites en applicaties, de toegankelijkheid van fysieke terminals en de aanpassing van de communicatie.

Sommige producten en diensten voldoen al aan de normen van de nieuwe richtlijn. Zo zijn de websites van vivalis.brussels en Iriscare AA-gecertificeerd door AnySurfer, een organisatie die de digitale toegankelijkheid van websites, applicaties en digitale documenten bevordert.

Voorts biedt de website handicap.brussels een duidelijk overzicht van alle diensten in het Brussels Gewest voor personen met een handicap. AnySurfer heeft meegewerkt aan de website, zodat de inhoud voldoet aan de wettelijke toegankelijkheidsnormen.

Op het vlak van de individuele inclusiemaatregelen tracht de GGC de administratieve lasten voor personen met een handicap zo veel mogelijk te verlichten. Zo kunnen zij sinds 1 januari 2024 via het aanvraagformulier voor materiële hulp ermee instemmen dat hun Brusselse verzekeringsinstelling toegang krijgt tot hun dossier vóór de dienst Phare, zodat ze hun medische gegevens niet opnieuw hoeven door te geven.

Iriscare vraagt ook aan verzekeringsinstellingen om hun website toegankelijk te maken voor personen met een handicap en daarbij rekening te houden met de Web Content Accessibility Guidelines 2.1. De verzekeringsinstellingen moeten elk jaar aantonen dat ze het nodige doen.

De Europese toegankelijkheidswet is een nieuwe wetgeving. Verschillende controlemechanismen zijn nog in ontwikkeling. Klachten kunnen worden ingediend bij vivalis.brussels via een contactformulier op de website, Iriscare en de Brusselse ombudsdienst.

organismes assureurs ont l'obligation d'apporter annuellement les preuves qu'ils font le nécessaire pour respecter ces normes et rendre leur site web accessible aux personnes malvoyantes et aveugles.

L'European Accessibility Act est cependant une nouvelle législation qui doit encore faire l'objet d'une appropriation au sein de l'administration. Plusieurs mécanismes de contrôle sont encore en développement. À ce jour, plusieurs dispositifs et services permettent le recueil des plaintes, à savoir, les services de vivalis.brussels par le biais d'un formulaire de contact disponible sur son site internet, Iriscare et la médiatrice bruxelloise.

Je terminerai en précisant que si c'est le gouvernement fédéral qui pilote la transposition de la directive, la Cocom collabore aussi avec la Région, qui est chargée du deuxième volet de la directive portant sur la carte mobilité.

1189 **M. Mohamed Ouriaghli (PS).**- J'espère que la Cocom saisira cette occasion pour faire de Bruxelles une Région pilote en matière d'accessibilité universelle au-delà du respect formel des normes.

- *L'incident est clos.*

1193 **QUESTION ORALE DE M. MOHAMED OURIAGHLI**

1193 **à Mme Elke Van den Brandt et à M. Alain Maron, membres du Collège réuni chargés de l'Action sociale et de la Santé,**

1193 **concernant le programme relais d'action de quartier (RAQ) comme acteur clé de la première ligne sociosanitaire.**

1195 **M. Mohamed Ouriaghli (PS).**- Afin d'améliorer l'accès aux soins et de lutter contre les inégalités sociales dans le domaine de la santé en Région bruxelloise, le programme relais d'action de quartier (RAQ), porté par la Fédération des services sociaux bicommunautaires (FDSSB), a vu le jour en 2021 dans le contexte de pandémie de Covid-19. Il vise à accompagner les personnes en situation de précarité vers les services de santé et les services sociaux, en particulier les habitants des quartiers défavorisés et les personnes isolées ou issues de l'immigration, souvent confrontées à des obstacles linguistiques, culturels ou administratifs.

Inscrit dans la première ligne sociosanitaire bruxelloise, le dispositif repose sur l'action d'une vingtaine de travailleurs sociaux présents dans plusieurs quartiers de la Région, en partenariat avec des structures locales hébergeuses (maisons médicales, ASBL, services de quartier, etc.). Les missions du RAQ incluent la médiation sociale, l'orientation vers les services, l'organisation d'activités collectives, ainsi que le soutien à la mobilisation communautaire autour des déterminants sociaux de la santé. Sa diversité linguistique et culturelle

De federale regering stuurt de omzetting van de richtlijn aan, maar de GGC werkt ook samen het met gewest, dat verantwoordelijk is voor de mobiliteitskaart.

De heer Mohamed Ouriaghli (PS) (in het Frans).- *Ik hoop dat de GGC deze kans aangrijpt om een voortrekkersrol te spelen inzake universele toegankelijkheid.*

- *Het incident is gesloten.*

MONDELINGE VRAAG VAN DE HEER MOHAMED OURIAGHLI

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

betreffende de buurtactierelais (BAR) als belangrijke schakel van de eerstelijns welzijns- en gezondheidszorg.

De heer Mohamed Ouriaghli (PS) (in het Frans).- *Om de toegang tot de Brusselse gezondheidszorg te verbeteren en sociale ongelijkheid op dat vlak te bestrijden, werd in 2021 het programma Buurtactierelais (BAR) opgezet. Het programma begeleidt mensen in precarie situaties naar gezondheids- en sociale diensten. Het is een onderdeel van de Brusselse sociale en gezondheidsvoorzieningen van de eerste lijn en steunt op de inzet van een twintigtal maatschappelijk werkers en de samenwerking met lokale opvangstructuren.*

De opdracht van BAR omvat sociale bemiddeling, doorverwijzing, organisatie van collectieve activiteiten en mobilisatie rond de impact van sociale problemen op de gezondheid.

Volgens vivalis.brussels genoten de afgelopen jaren meer dan 100.000 mensen begeleiding. Uit een studie van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad van 2022 blijkt echter dat veel inwoners van de armste wijken geen toegang hebben tot gezondheidszorg.

constitue un levier majeur pour renforcer l'accessibilité des services.

Selon les données publiées par vivalis.brussels, plus de 100.000 personnes ont été accompagnées ces dernières années, ce qui confirme le rôle potentiel de ce dispositif de proximité dans la lutte contre le non-recours aux soins. Or une étude de l'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale de 2022 révèle qu'un nombre élevé de Bruxellois souffrent encore d'isolement sanitaire, en particulier dans les zones les plus vulnérables.

Quel bilan le Collège réuni peut-il dresser de l'impact du programme RAQ sur la santé et le bien-être des populations vulnérables à Bruxelles ? Disposez-vous de données récentes permettant de mesurer les effets du RAQ sur le recours aux soins, l'accès aux droits ou l'amélioration des déterminants sociaux de la santé ?

En matière de coordination locale, quelles mesures concrètes la Cocom a-t-elle prises pour faciliter les synergies entre les RAQ, les maisons médicales, les CPAS, les services sociaux communaux et les associations de première ligne ? Existe-t-il des projets visant à renforcer la présence du programme RAQ dans certains quartiers sous-dotés et, dans l'affirmative, lesquels ?

Le Collège réuni compte-t-il étendre les missions du programme RAQ en matière de prévention santé ou consolider ses moyens structurels et humains ?

Enfin, dans le cadre du plan social-santé intégré (PSSI), comment le programme RAQ est-il intégré comme acteur de première ligne sur les territoires ? Son rôle dans l'animation des réseaux locaux, le recensement des besoins et la coordination entre services sociaux et de santé est-il formellement reconnu ? Un renforcement de cette articulation dans les zones pilotes est-il prévu ?

M. Alain Maron, membre du Collège réuni. - Le projet relais d'action de quartier (RAQ) est né en 2021, en pleine crise sanitaire. Les missions des RAQ pendant cette période et une grande partie de 2022 consistaient à sensibiliser la population aux mesures de prévention du coronavirus, ainsi qu'à encourager la vaccination et les tests.

Après la crise sanitaire, la volonté politique s'est exprimée de pérenniser le dispositif, eu égard à l'utilité de celui-ci, y compris en dehors d'une période de pandémie.

Les dispositifs de sensibilisation comme les RAQ favorisent le développement d'actions de type communautaire, ancrées dans les quartiers, au plus près des besoins de la population, dans le but de favoriser l'accès aux droits, notamment le droit à la santé. Une telle approche nécessite du temps pour atteindre des résultats durables et structurellement intégrés.

Welke impact heeft BAR op de gezondheid en het welzijn van de sociaal kwetsbare Brusselaars? Beschikt u over recente gegevens om die impact te meten?

Heeft het Verenigd College concrete maatregelen getroffen om de synergie tussen de BAR-initiatieven, de medische centra, de OCMW's, de gemeentelijke sociale diensten en de eerstelijnsverenigingen te versterken?

Wordt het programma in bepaalde achtergestelde wijken versterkt? Zal de opdracht van BAR op het gebied van gezondheidspreventie worden uitgebreid? Worden de middelen verhoogd? Welke plaats krijgt BAR in het Geïntegreerd Welzijns- en Gezondheidsplan? Wordt zijn rol formeel erkend? Worden de proefprojecten versterkt?

De heer Alain Maron, lid van het Verenigd College (in het Frans). - Het programma Buurtactierelais (BAR) ontstond in 2021, midden in de gezondheidscrisis. Zijn opdracht bestond toen grotendeels uit bewustmaking over preventiemaatregelen tegen het coronavirus en over vaccinatie en tests. We hebben dan beslist om het project ook na de crisis te bestendigen.

BAR is er om de gezondheidszorg toegankelijker te maken voor de kwetsbaarste doelgroepen. Een dergelijke aanpak vergt tijd om resultaten te bereiken. Ter ondersteuning van BAR werd een begeleidingscomité opgericht met de administratie en mijn kabinet. Een volledige evaluatie van het initiatief is vandaag nog niet mogelijk, maar is gepland in de loop van 2026.

De BAR-initiatieven vinden onderdak bij lokale partners, zoals medische centra, OCMW's, diensten voor jeugdbijstand en dergelijke meer. Die lokale verankering vergemakkelijkt de samenwerking tussen de sociale en gezondheidsdiensten in de hulp- en zorgzones en in de wijken. De BAR-projecten nemen

Analyser les problèmes et réaliser des diagnostics, planifier des actions, se rencontrer et discuter, organiser, réaliser et évaluer sont des processus qui se déroulent à moyen et long termes.

Pour accompagner le pilotage du projet de la Fédération des services sociaux (FDSS), un comité d'accompagnement a été mis en place avec l'administration et mon cabinet. Une évaluation complète du dispositif n'est pas encore possible aujourd'hui, mais elle est prévue dans le courant de l'année 2026.

Concernant les coordinations locales, les RAQ sont hébergés chez des partenaires locaux, comme des maisons médicales, des centres d'aide aux personnes ou des centres d'action sociale globale, des services d'aide à la jeunesse, des centres social-santé intégré (CSSI) ou encore des services de promotion de la santé. Cela varie d'un cas à l'autre. Cet ancrage facilite la coopération entre les services sociaux et les services de santé dans les bassins d'aide et de soins et les quartiers. Outre les actions spécifiques hors les murs (outreaching), les RAQ contribuent à mettre de l'huile dans les rouages.

De plus, les RAQ participent à un certain nombre de structures locales et régionales de coordination : réunions organisées dans le cadre des contrats locaux social-santé, groupes de travail organisés par les CSSI, réunions de coordination organisées par des communes ou des CPAS, ateliers organisés dans le cadre des bassins d'aide et de soins, représentation dans les organes de concertation régionaux.

1199 Concernant votre question sur la pérennisation du dispositif, les RAQ sont financés grâce à une subvention annuelle au travers de la Fédération des services sociaux (FDSS), qui coordonne le dispositif.

En période d'affaires courantes, il est compliqué de lancer de nouvelles politiques et de dégager de nouveaux moyens, y compris pour pérenniser des dispositifs tels que ceux-ci. Il appartiendra donc au prochain Collège réuni de prendre une décision en la matière. Il est normal que le projet des RAQ soit évalué et éventuellement modifié, comme toutes les politiques publiques, mais j'espère qu'il pourra être pérennisé.

Le rôle des RAQ s'inscrit pleinement dans tous les axes du plan social-santé intégré. Leurs missions contribuent aux objectifs que nous nous sommes donnés durant la législature 2019-2024 : renforcer la cohérence et la coordination entre les politiques social-santé à Bruxelles et améliorer l'accès aux soins et aux services sociaux, notamment grâce à des dispositifs hors les murs.

1201 **M. Mohamed Ouriaghli (PS).**- Le RAQ semble incarner ce que devrait être une politique publique efficace : une approche de proximité interculturelle et intersectorielle, fondée sur les besoins réels des habitants, reliant les dimensions sociales et sanitaires au lieu de les juxtaposer.

Tout comme vous, je pense qu'il faut pérenniser et consolider ce dispositif, en garantissant sa stabilité à la fois humaine et

bovendien deel aan een hele reeks lokale en gewestelijke coördinatiestructuren.

BAR ontvangt een jaarlijkse subsidie van de Fédération des services sociaux (FDSS), die de maatregel coördineert.

Het volgende Verenigd College zal een beslissing moeten nemen over het voortbestaan van BAR.

BAR past in alle opzichten in het Geïntegreerd Welzijns- en Gezondheidsplan en draagt bij tot een betere afstemming van het welzijns- en gezondheidsbeleid en een betere toegang tot zorg en sociale diensten.

De heer Mohamed Ouriaghli (PS) *(in het Frans).*- *BAR is een doeltreffend project, want het berust op werkelijke behoeften. Het moet dan ook behouden blijven, want het speelt een belangrijke rol in de strijd tegen ongelijkheid op gezondheidsvlak.*

- Het incident is gesloten.

financière, et en lui assurant toute sa place au sein du plan social-santé intégré. C'est effectivement à ce niveau de terrain, au plus près des réalités vécues, que se joue concrètement la lutte contre les inégalités de santé à Bruxelles.

- *L'incident est clos.*

QUESTION ORALE DE M. MOHAMED OURIAGHLI

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

concernant les actions de la Cocom en matière de prévention et de réduction de la mortalité périnatale à Bruxelles.

M. Mohamed Ouriaghli (PS).- Selon le rapport du Centre d'épidémiologie périnatale couvrant la période 2017-2022, le taux de mortalité infantile en Région bruxelloise s'élevait à 3,8 décès en 2017 et 3,1 décès en 2022 pour 1.000 naissances vivantes. Le chiffre de 2017 place Bruxelles au-dessus de la Flandre (3,4 ‰), mais en dessous de la Wallonie (4,3 ‰). Les données relatives à la mortalité périnatale témoignent notamment des effets de la pauvreté sur la santé des enfants dans notre Région.

Dès 2010, le tableau de bord de la santé en Région bruxelloise indiquait qu'un nourrisson issu d'un ménage sans revenu professionnel présentait un risque de décès avant l'âge d'un an deux à trois fois supérieur à celui d'un enfant né dans un ménage disposant de deux revenus. Il soulignait également l'influence déterminante de la nationalité maternelle. Derrière le taux de mortalité infantile global se cachent des inégalités sociales et culturelles. Ainsi, le taux de mortalité chez les enfants de mères belges s'élève à 3,1 ‰, contre 4 ‰ chez les enfants de mères étrangères. Le risque est particulièrement élevé dans les familles en situation de précarité socioéconomique, en particulier lorsque la mère est peu qualifiée.

Les principales causes de décès sont liées aux complications périnatales, aux anomalies congénitales et à la prématurité, des facteurs souvent influencés par la qualité du suivi médical et les conditions de vie. Des obstacles culturels peuvent également retarder la recherche de soins, compliquer la communication avec les professionnels de santé et limiter l'efficacité de la prise en charge, entraînant une mortalité périnatale plus élevée.

Quelles actions préventives de médecine périnatale la Cocom soutient-elle ?

Comment vos services s'assurent-ils que les femmes enceintes les plus vulnérables (en situation de précarité, d'isolement ou confrontées à des barrières linguistiques) aient effectivement accès aux soins et au dépistage nécessaires ?

La Cocom finance-t-elle des projets spécifiques de médiation en santé ou d'accompagnement social des femmes enceintes

MONDELINGE VRAAG VAN DE HEER MOHAMED OURIAGHLI

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

betreffende de initiatieven van de GGC om perinatale sterfte in Brussel te voorkomen en te verminderen.

De heer Mohamed Ouriaghli (PS) *(in het Frans).*- De perinatale sterfte in Brussel bedroeg in 2017 3,8 per duizend levendgeborenen, tegenover 3,4‰ in Vlaanderen en 4,3‰ in Wallonië. In 2022 bedroeg dat cijfer 3,1‰.

Uit de Gezondheidsindicatoren van het Brussels Gewest blijkt dat baby's geboren in een gezin zonder beroepsinkomen twee tot drie keer meer kans hebben om in hun eerste levensjaar te overlijden dan baby's uit gezinnen met twee inkomens. Bij kinderen van Belgische moeders bedraagt het overlijdensrisico 3,1‰, bij niet-Belgische moeders 4‰.

De belangrijkste doodsoorzaken zijn perinatale complicaties, aangeboren afwijkingen en vroeggeboorte, factoren die samenhangen met de medische opvolging en de leefomstandigheden, waarbij culturele obstakels vaak een rol spelen.

Welke vormen van preventieve perinatale geneeskunde ondersteunt de GGC? Hoe zorgt u dat de kwetsbaarste zwangere vrouwen effectief toegang hebben tot zorg en tot de nodige screenings?

Financiert de GGC projecten voor de sociale begeleiding van bestaansonzekere zwangere vrouwen? Werkt ze daarbij samen met gespecialiseerde verenigingen?

précarisées ? Collabore-t-elle avec des associations spécialisées dans ce domaine ? Si oui, comment ?

Quelles actions à long terme la Cocom met-elle en place pour améliorer le suivi périnatal ?

Les programmes de lutte contre la pauvreté intègrent-ils la réduction de la mortalité périnatale et la prise en charge de ses causes sous-jacentes ?

La Région bruxelloise dispose-t-elle d'un plan spécifique pour lutter contre la mortalité infantile ? Le cas échéant, pourriez-vous en détailler les actions ?

¹²¹¹ **M. Alain Maron, membre du Collège réuni.**- La Cocom s'est engagée, via un protocole d'accord conclu avec l'autorité fédérale et les autres entités fédérées, à développer un plan de l'aide et des soins intégrés, dont le premier programme est consacré à la périnatalité. Ce programme est intitulé « Soins et accompagnement des femmes enceintes, des enfants et de la famille qui les entoure pendant les 1.000 premiers jours ».

Ce programme dédié à la périnatalité a fait l'objet d'une convention entre l'Inami, la Cocom et la Cocof en juillet 2024. Il reprend cinq objectifs spécifiques qui sont actuellement mis en œuvre :

- renforcer le dépistage des femmes enceintes en situation de vulnérabilité ;
- assurer un accès continu et intégré aux soins pour les femmes enceintes, en se concentrant dans un premier temps sur les plus vulnérables ;
- améliorer la qualité des soins pré- et postnataux ;
- renforcer la collaboration entre les différents secteurs de soins et d'accompagnement ;
- offrir un soutien personnalisé en fonction des besoins psychosociaux des femmes et de leur famille.

Il s'agit d'un programme avec un large champ d'action, dont la mise en œuvre est un processus à long terme. Le niveau intermédiaire - mission confiée à Brusano - est chargé de la coordination et du soutien à la mise œuvre du programme, en adoptant une approche dynamique par bassin et en valorisant l'expérience de terrain des acteurs, le partage des pratiques, la mise en réseau progressive, etc.

Si le programme consacré à la périnatalité a l'ambition de toucher toutes les femmes enceintes, le déploiement se fait par étapes. Nous allons d'abord cibler les femmes les plus vulnérables, avec l'aide des associations spécialisées dans ce public. Certaines d'entre elles sont soutenues par la Cocof, également partenaire du programme.

Wat doet de GGC om de perinatale opvolging op lange termijn te verbeteren?

Besteden armoedebestrijdingsprogramma's aandacht aan perinatale sterfte en haar onderliggende oorzaken?

Heeft het Brussels Gewest een specifiek plan ter bestrijding van kindersterfte? Wat behelst het?

De heer Alain Maron, lid van het Verenigd College (in het Frans).- In juli 2024 bereikten het Riziv, de GGC en de Cocof een overeenkomst over een plan voor de 'eerste 1.000 dagen', dat een onderdeel vormt van het Geïntegreerd Welzijns- en Gezondheidsplan. Het bevat vijf doelstellingen: een betere opsporing van kwetsbare zwangere vrouwen; een permanente en geïntegreerde toegang tot zorg voor zwangere vrouwen; een betere pre- en postnatale zorg; een sterkere samenwerking tussen de verschillende sectoren; en persoonlijke ondersteuning afgestemd op de psychosociale behoeften van de vrouw en haar familie.

Aan Brusano is de taak toevertrouwd de uitvoering van dat plan te coördineren en te ondersteunen, door per hulp- en zorgzone te werken en de uitwisseling van ervaringen en netwerkvorming te bevorderen.

In de eerste fasen zal het plan focussen op de kwetsbaarste vrouwen. Daartoe worden de eerstelijnsactoren en de ziekenhuizen opgeleid in het gebruik van een screeningstool om kwetsbare vrouwen op te sporen, in de vorm van een vragenlijst ontwikkeld door Born in Belgium Professionals. Op basis daarvan kan iedere vrouw hulp op maat krijgen van een multidisciplinair team.

Les acteurs de première ligne - centre de planning familial, maisons médicales, médecins généralistes, sages-femmes indépendantes ou en association - et les hôpitaux sont sensibilisés et formés à l'utilisation de l'outil de détection du programme, afin de cibler en priorité les femmes vulnérables. Cet outil est un questionnaire de détection des vulnérabilités psychosociales développé par le partenaire Born in Belgium Professionals. Cette étape de détection permet d'identifier les besoins spécifiques à chaque femme et permet la constitution d'une équipe multidisciplinaire d'aide et de soins afin d'y répondre.

¹²¹³ Concernant les projets spécifiques en médiation en santé, depuis 2023, la Cocom finance annuellement cinq associations de sages-femmes de première ligne, avec pour objectif des missions d'éducation sanitaire, d'autonomisation et d'émancipation des femmes, ainsi que de médecine préventive : Zwanger in Brussel XL, Amala Espace Naissance, Au fil de la naissance, Aquarelle et Wheel of Care. Ces financements doivent être pérennisés, mais c'est compliqué en affaires courantes et en douzièmes provisoires. Ces associations voudraient de la sécurité pour 2026. Malheureusement, je ne peux techniquement pas la leur apporter, mais cela devra être fait, car elles font toutes un travail formidable et très utile.

À côté de ce programme interfédéral axé sur la périnatalité, la Cocom a défini dans le plan social-santé intégré (PSSI) des objectifs visant à renforcer et à mieux structurer la première ligne de soins, tout en assurant l'amélioration du lien entre l'hôpital et la première ligne de soins et en repositionnant l'hôpital dans le paysage de soins. En effet, les normes hospitalières garantissent la continuité entre les structures hospitalières et extrahospitalières. Ces objectifs poursuivent une vision d'amélioration du suivi périnatal et de réduction de la mortalité périnatale, le suivi extrahospitalier et l'articulation entre l'hospitalisation et le suivi extrahospitalier entrant en ligne de compte dans la thématique des accouchements.

Le PSSI prévoit également de construire avec les acteurs institutionnels et opérationnels un plan de périnatalité bruxellois. Des tables rondes réunissant les acteurs pertinents ont eu lieu au cours de cette législature. Il appartiendra au prochain gouvernement de plein exercice de développer ces leviers, mais les bases existent.

¹²¹⁵ **M. Mohamed Ouriaghli (PS).**- Tout comme en matière d'espérance de vie, notre politique publique ne peut se limiter à améliorer les moyens prévus au niveau national. Elle doit réduire les disparités territoriales et sociales et garantir que chaque enfant, quelle que soit l'origine ou la situation socioéconomique de sa famille, dispose des mêmes chances de survie et puisse bien démarrer sa vie.

Chaque chiffre de mortalité périnatale cache une immense douleur : celle des parents confrontés à la perte d'un nourrisson, que celui-ci soit né ou non. Si les statistiques ne peuvent traduire

De GGC financiert sinds 2023 jaarlijks vijf verenigingen van eerstelijnsvroedvrouwen, die zeer nuttig werk verrichten: Zwanger in Brussel XL, Amala Espace Naissance, Au fil de la naissance, Aquarelle en Wheel of Care. We zouden hun financiering moeten bestendigen zodat ze zekerheid hebben voor 2026, maar in lopende zaken is dat jammer genoeg moeilijk.

Naast dat interfederale plan heeft de GGC in het Geïntegreerd Welzijns- en Gezondheidsplan doelstellingen opgenomen om de eerstelijnszorg en de band tussen eerstelijnszorg en ziekenhuiszorg te versterken. Het doel is een betere perinatale opvolging en een lagere perinatale sterfte, met een betere afstemming tussen ziekenhuisverblijf en extramurale kraamzorg.

Het Geïntegreerd Welzijns- en Gezondheidsplan voorziet ook in de opstelling van een Brussels plan voor perinataliteit. De afgelopen regeerperiode hebben daarvoor al rondetafels met de betrokken actoren plaatsgevonden.

De heer Mohamed Ouriaghli (PS) (in het Frans).- *Het beleid moet de territoriale en sociale ongelijkheden wegwerken en ervoor zorgen dat elk kind dezelfde overlevingskansen heeft. Elk overlijden van een kind, geboren of niet, betekent intens leed voor de ouders, dat we vastberaden moeten trachten te voorkomen.*

- Het incident is gesloten.

cette souffrance, nos politiques doivent chercher à la prévenir avec la plus grande détermination.

- *L'incident est clos.*

QUESTION ORALE DE MME FRANÇOISE SCHEPMANS

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

concernant le rôle des services de santé mentale dans la prévention du burn-out et de la dépression chez les jeunes travailleurs bruxellois.

Mme Françoise Schepmans (MR).- Les données publiées par l'Inami sur l'invalidité liée à l'épuisement professionnel et à la dépression révèlent une tendance inquiétante : le nombre de personnes en incapacité de travail pour raisons psychiques a fortement augmenté au cours des dernières années, en particulier parmi les jeunes actifs. Les causes sont multiples : surcharge de travail, horaires irréguliers, obligation de disponibilité permanente, précarité contractuelle et isolement social. À Bruxelles, cette situation touche durement plusieurs secteurs essentiels comme les soins de santé, l'enseignement ou certains services publics, où la pénurie de main-d'œuvre accroît encore la pression sur les équipes.

Dans une précédente réponse, vous avez rappelé que les services de santé mentale bicommunautaires agréés par la Cocom (Se.Sa.Me, Antonin Artaud, le centre Exil, L'Été et Rivage-den-Zaet) étaient habilités à accompagner les étudiants et jeunes adultes en difficulté psychique, y compris pour des situations d'épuisement professionnel. Vous avez également indiqué que, même en l'absence d'un service spécifiquement dédié à l'épuisement professionnel, ces structures offrent un accompagnement pluridisciplinaire. Dans ce contexte, la Cocom a un rôle majeur à jouer, tant en prévention qu'en accompagnement, en concertation avec les employeurs et les services de santé de première ligne.

Vous avez déjà indiqué que les cinq services bicommunautaires de santé mentale pouvaient accueillir les jeunes en situation d'épuisement professionnel. Concrètement, quels moyens financiers leur ont été spécifiquement alloués pour renforcer cet accompagnement ? Existe-t-il des initiatives pilotes ou des partenariats ciblés que la Cocom a soutenus concernant cette problématique ?

Quel bilan peut-on dresser des actions menées sur le plan de la prévention des risques psychosociaux, notamment grâce aux campagnes de sensibilisation ?

Des études spécifiques ont-elles été réalisées en Région bruxelloise sur les répercussions de la charge de travail, du

MONDELINGE VRAAG VAN MEVROUW FRANÇOISE SCHEPMANS

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

betreffende de rol van de mentale welzijnsdiensten in de preventie van burn-out en depressie bij jonge Brusselse tewerkgestelden.

Mevrouw Françoise Schepmans (MR) *(in het Frans).*- De voorbije jaren is het aantal jonge werknemers dat wegens uitputting en depressie arbeidsongeschikt is, sterk gestegen. De oorzaken zijn talrijk: hoge werkdruk, onregelmatige werktijden, permanente beschikbaarheid, onzekere contracten en sociaal isolement. In Brussel treft de uitval verschillende essentiële sectoren, waaronder de gezondheidszorg, het onderwijs en bepaalde openbare diensten.

In een eerder antwoord gaf u aan dat de bicommunautaire diensten voor geestelijke gezondheidszorg bevoegd zijn om jongvolwassenen met psychische problemen te begeleiden, ook in geval van burn-out. Welke financiële middelen kent de GGC hun specifiek toe voor de begeleiding van burn-outs? Ondersteunt de GGC ook proefprojecten of partnerschappen?

Welke balans kan worden opgemaakt van de acties ter preventie van psychosociale risico's?

Zijn er studies uitgevoerd naar de gevolgen van de werkdruk, het telewerk en de contractuele onzekerheid op de geestelijke gezondheid van jonge werknemers in Brussel?

Hoe ondersteunt Iriscare zorginstellingen om burn-out bij hun personeel te voorkomen?

Bestaat er een samenwerking met de OCMW's, de diensten voor geestelijke gezondheidszorg en de sociale partners om psychische nood vroegtijdig op te sporen?

Welke maatregelen omvat het Geïntegreerd Welzijns- en Gezondheidsplan om mentale problemen bij jonge werknemers te voorkomen?

télétravail et de la précarité contractuelle sur la santé mentale des jeunes travailleurs ?

Comment Iriscare soutient-il les institutions de soins (maisons de repos, structures de santé mentale, services d'aide aux personnes) afin de prévenir l'épuisement professionnel chez les membres de leur personnel ?

Existe-t-il une collaboration avec les CPAS, les services de santé mentale et les partenaires sociaux pour détecter précocement les situations de détresse psychologique et éviter qu'elles ne débouchent sur une invalidité de longue durée ?

Quels dispositifs le plan social-santé intégré inclut-il pour soutenir la santé mentale des jeunes actifs, en particulier dans les secteurs en tension ?

1225 **M. Alain Maron, membre du Collège réuni.** - Les cinq services bicommunautaires de santé mentale peuvent accueillir les jeunes confrontés au burn-out. Les services de santé mentale (SSM) accueillent tout le monde et développent des pratiques propres à chacune des pathologies qu'ils rencontrent, et les situations de burn-out sont évidemment fréquentes dans le domaine de la santé mentale.

À notre connaissance, il n'y a pas eu de campagne de sensibilisation, ni d'études spécifiques au niveau bruxellois concernant l'impact de la charge de travail sur la santé mentale des jeunes travailleurs.

Vivalis.brussels ne détient pas d'information sur la question spécifique des jeunes travailleurs dans les maisons de repos. Pour rappel, les politiques de prévention des risques psychosociaux mises en place dans les institutions concernent l'ensemble des travailleurs et des travailleuses, indépendamment de leur âge. La tranche d'âge des jeunes est donc couverte de facto. Ces institutions sont agréées sur la base d'un cadre de personnel adapté au nombre de personnes accompagnées.

Les situations de surmenage peuvent découler de la pénurie de personnel et/ou de la complexité plus grande des prises en charge, sans augmentation suffisante des moyens.

Les institutions veillent par ailleurs à assurer la formation continue de leurs travailleurs avec des supervisions, des interventions, des échanges de pratiques, etc., afin de les outiller au mieux face à la complexité de certaines situations qui peuvent être rencontrées dans le cadre professionnel.

Nous ne disposons pas d'informations concernant d'éventuelles collaborations spécifiques entre les CPAS, les services de santé mentale et les partenaires sociaux autour de la prise en charge précoce des situations de détresse psychique spécifiquement liées au travail.

Le plan social-santé intégré (PSSI) contient des axes sur la santé mentale, mais il ne prévoit pas explicitement d'actions visant à soutenir la santé mentale des jeunes actifs dans les secteurs en

De heer Alain Maron, lid van het Verenigd College (in het Frans). - *De vijf bicommunautaire diensten voor geestelijke gezondheidszorg staan open voor iedereen en hebben heel wat expertise opgebouwd op het vlak van burn-outs.*

Er zijn op Brussels niveau geen bewustmakingscampagnes of studies geweest over de impact van de werkdruk op de mentale gezondheid van jonge werknemers.

Vivalis.brussels heeft ook geen specifieke informatie over de mentale gezondheid van jonge werknemers in rusthuizen. Het beleid ter preventie van psychosociale risico's heeft betrekking op alle werknemers, ongeacht hun leeftijd. Een te hoge werkdruk kan het gevolg zijn van een personeelstekort of de grotere complexiteit van de zorg.

Ik heb geen weet van samenwerkingsverbanden tussen de OCMW's, de diensten voor geestelijke gezondheidszorg en de sociale partners rond de vroegtijdige behandeling van psychische noodsituaties die verband houden met het werk.

Het Geïntegreerd Welzijns- en Gezondheidsplan bevat geen specifieke acties voor de mentale ondersteuning van jonge werknemers in knelpuntsectoren. De GGC steunt wel verschillende verbindingsplekken en de intersectorale samenwerking met de geestelijke gezondheidszorg in de vijf hulp- en zorgzones. Tot slot kunnen de jongeren zich wenden tot de eerstelijnspsychologen.

tension. En revanche, nous avons soutenu l'établissement d'une multitude de lieux de liens, ouverts à ce type de public, dans le cadre des augmentations budgétaires dans le secteur de la santé mentale. Beaucoup de ces lieux accueillent ce type de public, car ils travaillent avec un public jeune.

Nous avons également soutenu le travail intersectoriel avec la santé mentale dans chacun des cinq bassins d'aide et de soins mis en place dans le cadre du PSSI. Sans parler des psychologues de première ligne, mis en place par la politique fédérale, dont le travail s'articule également avec celui des SSM régionaux.

1227 **Mme Françoise Schepmans (MR).**- Les chiffres de l'Inami reflètent une hausse - à mon sens préoccupante - du nombre de cas d'invalidité liés au burn-out, notamment chez les jeunes actifs. À Bruxelles, ce sont les secteurs essentiels - soins, enseignement et services publics - qui sont les plus touchés. J'estime dès lors que la prévention doit être à tout moment accessible, visible et concrète.

- *L'incident est clos.*

1231 **INTERPELLATION DE MME ALINE GODFRIN**
1231 **à Mme Elke Van den Brandt et à M. Alain Maron, membres du Collège réuni chargés de l'Action sociale et de la Santé,**

1231 **concernant l'état des lieux et le suivi des recommandations de la spending review sur la santé mentale.**

1233 **Mme Aline Godfrin (MR).**- Ce n'est pas encore Noël et, pourtant, je le vois comme un cadeau, voire un miracle : après plus d'un an d'attente, les résultats de l'examen des dépenses en matière de santé mentale sont enfin arrivés sur les bancs du Parlement. Un an de silence, de reports et de promesses vagues, malgré de nombreuses relances, alors que les acteurs de terrain tirent la sonnette d'alarme chaque semaine sur la détresse croissante des Bruxellois, la détérioration de leur santé mentale, le manque de moyens pour financer des actions concrètes dans certains secteurs de la santé mentale, mais aussi et surtout - car c'est là où le bât blesse - l'absence d'une politique plus claire et mieux coordonnée.

Cet examen des dépenses avait été commandé sous la précédente législature en vue d'objectiver la qualité et l'efficacité des politiques menées au regard des moyens investis en matière de santé mentale. Ses objectifs étaient clairs : évaluer l'efficacité des politiques menées dans les trois piliers de la santé mentale bruxelloise (les initiatives d'habitation protégée (IHP), les maisons de soins psychiatriques (MSP) et les centres de révalidation psychosociale (REVA)) et proposer des pistes de réforme concrètes.

Le rapport est sans équivoque. Il met en lumière un système à bout de souffle - comme la santé mentale de nombreux Bruxellois - et souligne plusieurs failles profondes, dont la

Mevrouw Françoise Schepmans (MR) *(in het Frans).*- *Het is zorgwekkend dat het aantal burn-outs bij jonge werknemers stijgt. In Brussel worden bovendien de essentiële sectoren het meest getroffen. Preventie moet dus te allen tijde toegankelijk en zichtbaar zijn.*

- *Het incident is gesloten.*

INTERPELLATIE VAN MEVROUW ALINE GODFRIN
tot mevrouw Elke Van den Brandt en tot de heer Alain Maron, leden van het Verenigd College, bevoegd voor Welzijn en Gezondheid,

betreffende de stand van zaken en de opvolging van de aanbevelingen van de spending review over geestelijke gezondheidszorg.

Mevrouw Aline Godfrin (MR) *(in het Frans).*- *Na meer dan een jaar wachten heeft het parlement eindelijk de resultaten van de uitgaventoetsing van de geestelijke gezondheidszorg ontvangen. Nochtans trokken de spelers in het veld elke week aan de alarmbel over de toenemende problemen door het gebrek aan duidelijk en goed gecoördineerd beleid.*

De uitgaventoetsing was tijdens de vorige zittingsperiode besteld om de doeltreffendheid van het beleid te evalueren voor de drie pijlers van de Brusselse geestelijke gezondheidszorg, namelijk de initiatieven voor beschut wonen, de psychiatrische verzorgingstehuizen en de centra voor psychosociale revalidatie, en om concrete hervormingen voor te stellen.

De toetsing legt een systeem bloot dat aan het eind van zijn Latijn is, met een aantal ernstige tekortkomingen waarvoor u en het Verenigd College rechtstreeks verantwoordelijk zijn, ook in lopende zaken.

Om te beginnen raken burgers hun weg kwijt in het ingewikkelde en versnipperde systeem met veel verschillende voorzieningen en bevoegdheden. Daardoor wordt hun zorgtraject onderbroken en worden beschikbare plaatsen niet tijdig ingevuld. Bovendien zijn er wel veel gegevens beschikbaar, maar loopt de uitwisseling spaak, waardoor Iriscare of vivalis.brussels bijvoorbeeld geen

responsabilité incombe directement à vous-même et au Collège réuni dont vous faites encore partie, même en affaires courantes.

Le premier constat porte sur la fragmentation et la complexité de la gouvernance, qui nuisent à l'accessibilité des soins. Entre les niveaux de pouvoir (Cocom, Cocof, VGC, État fédéral) et la multiplicité des opérateurs (hôpitaux, services de santé mentale, antennes 107, MSP, IHP, REVA), le citoyen se perd dans un système compliqué, qui se grippe. Résultat : des ruptures dans la prise en charge des patients et un parcours qui devient trop compliqué, des réhospitalisations fréquentes alors qu'elles sont évitables, des places disponibles qui ne sont pas mobilisées à temps malgré une énorme pression sur les structures et les listes d'attente.

De plus, l'absence totale d'outils de pilotage et le manque de données partagées empêchent toute planification et gestion responsable. Ni Iriscare ni vivalis.brussels ne disposent, par exemple, d'un tableau de bord commun pour les lits, les listes d'attente ou encore la gestion des flux de patients. Pourtant, il existe de nombreuses statistiques en la matière.

1235 En matière de santé mentale, la prévention et l'accessibilité sont fondamentales.

Deuxièmement, la sous-utilisation budgétaire relevée par l'examen des dépenses est un paradoxe difficilement compréhensible ou acceptable au vu des besoins qui sont criants et de l'appel à l'aide du secteur. Trop d'enveloppes restent partiellement non exécutées, pour des raisons administratives, opérationnelles ou conjoncturelles, par exemple à cause du régime d'affaires courantes, mais pas uniquement. En effet, nombre d'enveloppes ne répondent pas à la demande ou aux besoins premiers. Or chaque euro non utilisé, c'est un rendez-vous non donné, une place non ouverte, un transfert retardé et donc des dépenses beaucoup plus importantes par la suite, puisque les difficultés des personnes ne sont finalement pas prises en charge.

Dans un contexte budgétaire extrêmement tendu, après des années de mauvaise gestion et de mauvaises dépenses à certains endroits, l'urgence est d'assurer la bonne allocation des moyens disponibles et de réorienter les crédits budgétaires vers les goulots les plus critiques, vers les politiques les plus urgentes, en tirant toutes les leçons de l'examen des dépenses. À ces deux premiers constats s'ajoutent des modèles de financement complètement obsolètes, figés sur des agréments datant de plusieurs décennies.

La Cocom a consacré 52,5 millions d'euros à la santé mentale en 2022, dont 21,7 millions pour les maisons de soins psychiatriques, quelque 19 millions pour les initiatives d'habitation protégée et 11,4 millions pour la révalidation. Ces dépenses ont augmenté de 23 % entre 2019 et 2022, sans que les résultats ou l'accessibilité des services s'améliorent proportionnellement.

overzicht hebben van het aantal bedden, de wachtlijsten of de patiëntenstromen.

Preventie en toegankelijkheid zijn nochtans cruciaal in de geestelijke gezondheidszorg.

Ten tweede blijven te veel budgetten gedeeltelijk onbenut, om administratieve, operationele of conjuncturele redenen, maar ook omdat ze niet beantwoorden aan de voornaamste behoeften. Dat zorgt voor hogere uitgaven achteraf, omdat de mensen uiteindelijk niet worden geholpen. In de huidige begrotingscontext is het absoluut noodzakelijk om de beschikbare middelen aan te wenden voor de meest kritieke knelpunten en daarbij rekening te houden met de resultaten van de uitgaventoetsing.

Daarbij komen nog de verouderde financieringsmodellen op basis van overeenkomsten die tientallen jaren oud zijn. De GGC verhoogde tussen 2019 en 2022 haar uitgaven voor geestelijke gezondheid met 23%, maar de resultaten of de toegankelijkheid zijn niet navenant verbeterd.

1237 Troisièmement, le taux d'utilisation des capacités d'accueil est de 86 % pour les IHP, 94 % pour les MSP et 90 % pour les REVA. En moyenne entre 6 % et 14 % des places agréées sont donc vacantes, avec des variations selon les secteurs et les institutions. Or, depuis la crise du Covid-19, les besoins en matière de santé mentale sont en très forte augmentation. Bruxelles est par ailleurs confrontée à la problématique grandissante des assuétudes et de la consommation de drogues, avec de nombreux doubles diagnostics de problèmes de santé mentale et d'assuétudes.

Les jeunes sont particulièrement exposés à ces problèmes. Actuellement, plusieurs centaines d'adolescents présentant des troubles sévères sont contraints d'attendre plusieurs semaines ou plusieurs mois pour bénéficier d'une prise en charge spécialisée. En outre, ce double diagnostic reste trop souvent sans solutions adaptées. Cela concerne les handicaps, les addictions sévères ou encore les situations d'errance.

Quatrièmement, la Région fait face à une pénurie de personnel soignant qui aggrave la situation. Psychiatres, pédopsychiatres, psychologues cliniciens et infirmiers spécialisés sont difficiles à attirer et à recruter. Cela entraîne une sous-réponse chronique dans l'activation des capacités agréées, faute de personnel soignant. Les appels à projets ponctuels, au détriment de politiques structurelles, pèse également sur le recrutement et sur la fidélisation de ces profils. On a multiplié les appels à projets, mais il n'y a toujours pas de vision pour la santé mentale. Dans le secteur, il y a actuellement environ 17 % de postes vacants et 25 % de taux de renouvellement annuel.

Pour le MR, la santé mentale doit devenir une priorité politique claire, sans trous dans la raquette et appuyée sur différents principes. Voilà cinq ans que nous plaillons pour une régionalisation et une priorisation des compétences en matière de santé mentale. La majorité de l'époque a affirmé prendre en charge cette situation, empêchant notamment un débat sur le sujet au Parlement.

Où en sommes-nous aujourd'hui ? La Région n'a pas avancé sur cette question : il n'y a pas de cadastre clair des places disponibles et des professionnels. Les chiffres existent mais ne sont pas partagés, aucune mesure concrète n'est mise en œuvre et les conséquences se font ressentir.

La catastrophe est imminente. La pression dans les rues s'accroît, avec des personnes souffrant de lourds problèmes de santé mentale. Les acteurs du secteur parlent de non-assistance à personnes en danger. Les problèmes de santé mentale non-soignés ou mal soignés, parfois par automédication, participent aussi à la crise des assuétudes que traverse Bruxelles.

1239 Enfin, vu le déficit abyssal de la Région bruxelloise, qui complique les choix politiques et hypothèque les futurs investissements, la responsabilité budgétaire doit être de rigueur. Nous devons assumer la mauvaise gestion du passé, accepter cet héritage et y remettre de l'ordre. Les moyens existent, mais ils

Ten derde is gemiddeld tussen de 6% en 14% van de erkende plaatsen onbezet, terwijl de vraag naar geestelijke gezondheidszorg in Brussel sterk is toegenomen door de coronacrisis en de groeiende drugsproblematiek.

Op dit moment wachten honderden jongeren met ernstige aandoeningen weken- of maandenlang op gespecialiseerde hulp. Bovendien blijven aangepaste oplossingen voor mensen met een dubbele diagnose vaak uit.

Ten vierde verergert het tekort aan psychiaters, kinderpsychiaters, klinisch psychologen, gespecialiseerde verpleegkundigen en ander zorgpersoneel de situatie. De erkende capaciteit raakt niet ingevuld, met 17% vacante functies en een jaarlijks verloop van 25%. Eenmalige projectoproepen zijn niet bevorderlijk voor het binden van die profielen.

De MR-fractie vraagt al vijf jaar om de bevoegdheden op het vlak van geestelijke gezondheid te regionaliseren en er een prioriteit van te maken. De toenmalige meerderheid beloofde de situatie aan te pakken, waardoor er geen parlementair debat kwam. Het gewest heeft echter geen concrete maatregelen getroffen en de gevolgen zijn voelbaar.

We stevenen af op een ramp. Er zijn steeds meer mensen met zware psychische problemen op straat, die niet of slecht behandeld worden en soms aan zelfmedicatie doen. Dat werkt de verslavingscrisis in de hand.

Gezien het gigantische begrotingstekort in Brussel moeten we orde op zaken stellen en investeren waar de behoeften het grootst zijn of het beleid het meest doeltreffend.

Hebt u al aanbevelingen uit de uitgaventoetsing ingevoerd of gepland?

doivent être mieux utilisés, telle est la conclusion de l'examen des dépenses.

C'est un appel à la rationalisation des dépenses pour réinvestir là où les besoins sont les plus criants et où les politiques seront les plus efficaces : prévention, résolution de la pénurie de personnels, création de places pour les jeunes et les publics vulnérables et, surtout, meilleure coordination desdits moyens.

Des recommandations de l'examen des dépenses sont-elles déjà mises en œuvre ou planifiées ? Dans ce dernier cas, selon quel calendrier ?

Pourquoi le Collège réuni a-t-il attendu un an avant de statuer, alors que tous les acteurs avaient fait part de leurs réactions et que le rapport était prêt ?

Depuis la remise de l'examen des dépenses, il y a un an, quelles initiatives de coordination ont été prises entre la Cocom, la Cocof, la VGC et le niveau fédéral pour répondre au constat de fragmentation des compétences et de manque de coordination ? Certes, le cadre budgétaire est serré, mais améliorer la coordination n'exige pas de moyens supplémentaires.

Quelle suite concrète a été réservée à la proposition de créer un tableau de bord commun entre Iriscare et vivalis.brussels pour contrôler les places disponibles, gérer les flux, les durées de séjour et les parcours des bénéficiaires ?

L'examen des dépenses confirme que la fragmentation institutionnelle génère des doublons administratifs et une perte immense d'efficacité budgétaire. Quelles mesures de simplification ont été prises depuis 2023 entre Iriscare et vivalis.brussels pour mutualiser les procédures d'agrément, d'inspection et de financement ?

S'agissant de la rationalisation des moyens publics, quelles mesures ont été prises depuis 2023 pour réduire la dispersion des financements et renforcer la lisibilité budgétaire du secteur ?

¹²⁴¹ Le Collège réuni a-t-il entrepris une harmonisation des modèles d'agrément et de financement des MSP, IHP et REVA ?

L'une des principales revendications des structures de soins concerne l'épuisement lié à la gestion des subsides facultatifs, souvent pointés du doigt et qui représentent environ 12 % du budget total, soit une enveloppe de 6 millions d'euros. Avez-vous évalué la manière dont ces subsides ont été gérés et les résultats qu'ils ont permis d'atteindre ?

Dans quelle mesure avez-vous intégré ou redéployé les moyens qui n'avaient pas été utilisés vers d'autres dispositifs, peut-être plus structurels, pour assurer une stabilité financière au secteur et veiller à ce que tous les moyens disponibles soient engagés dans des projets qui comptent pour la Région et donnent des résultats ? La santé des Bruxellois, singulièrement leur santé mentale, est un enjeu majeur.

Waarom heeft het Verenigd College een jaar gewacht met het rapport?

Wat hebt u sinds de indiening van de uitgaventoetsing gedaan om de coördinatie tussen de GGC, de Cocof, de VGC en de federale overheid te verbeteren?

Hebt u een gemeenschappelijk overzicht voor Iriscare en vivalis.brussels ontwikkeld om de beschikbare plaatsen en de trajecten van patiënten te beheren?

Uit de uitgaventoetsing blijkt dat de institutionele versnippering tot dubbel werk leidt. Welke maatregelen hebt u sinds 2023 genomen om de procedures voor erkenning, inspectie en financiering te stroomlijnen tussen Iriscare en vivalis.brussels?

Welke maatregelen hebt u sinds 2023 genomen voor een minder versnipperde financiering en meer budgettaire transparantie in de sector?

Heeft het Verenigd College de erkennings- en financieringsmodellen voor de drie bovengenoemde pijlers geharmoniseerd?

Hebt u het beheer en de resultaten van de facultatieve subsidies geëvalueerd, die toch 12% van het totale budget uitmaken en waarover de zorginstellingen hun bezorgdheid hebben geuit?

In hoeverre hebt u de onbenutte middelen aangewend voor andere, misschien structurelere projecten die waardevol zijn voor het gewest en die resultaten opleveren?

(Mevrouw Françoise Schepmans, eerste ondervoorzitter, treedt als voorzitter op)

(Mme Françoise Schepmans, première vice-présidente, prend place au fauteuil présidentiel)

1245 **Mme Celia Groothedde (Groen)** *(en néerlandais)*. - Dès que j'ai été informée de la décision prise durant la précédente législature d'organiser un examen des dépenses, j'ai fait de mon mieux, en tant que députée et présidente de cette commission, pour que celui-ci soit non seulement rendu public, mais aussi discuté au sein de la commission de la Santé.

Il y a quelques semaines, la commission a approuvé avec enthousiasme ma proposition d'inscrire ce point à l'ordre du jour de la commission d'aujourd'hui.

1247 *Entre-temps, une brève note a été présentée en Bureau élargi, auquel je n'ai pas pu assister et dont je n'ai pas pu consulter l'ordre du jour. Il s'agit de traiter l'examen des dépenses en commission des Affaires bicommunautaires générales, qui ne se réunira qu'en janvier 2026. Je ne comprends pas cette décision, ni en tant que députée, ni en tant que présidente de commission, ni en tant que citoyenne inquiète.*

Je plaide donc pour que celle-ci soit annulée dès que possible et que l'examen des dépenses soit inscrit dans les plus brefs délais à l'ordre du jour de notre commission.

1249 **Mme Gladys Kazadi (Les Engagés)**. - Je remercie notre collègue, Mme Aline Godfrin, de mettre l'examen des dépenses (spending review) sur la santé mentale à l'ordre du jour de cette commission. Il s'agit d'un document dense de 177 pages, qui est enfin disponible et dont nous avons enfin l'occasion de discuter ici. Comme ma collègue, je pense qu'il aurait été apprécié de pouvoir discuter de ce sujet dans un autre cadre que celui d'une interpellation.

Ce document devrait également être abordé en commission technique « Revalidation et Santé mentale » d'Iriscare le 3 décembre prochain. Cette discussion a été difficile jusqu'ici, et sa mise en œuvre encore plus. Pourtant, cet exercice devait être un levier de transparence, un outil d'aide à la décision ainsi qu'un instrument de pilotage collectif.

Mevrouw Celia Groothedde (Groen). - Aan het begin van deze zittingsperiode was ik er niet van op de hoogte dat er in de vorige regeerperiode tot een spending review was beslist. Zodra ik daarop attent werd gemaakt, als parlamentslid en als voorzitter van deze commissie, heb ik achter de schermen samen met anderen mijn best gedaan om die spending review niet alleen beschikbaar te maken, maar ook te laten bespreken in de commissie. Dat lijkt me niet meer dan normaal.

Dat moet snel gebeuren. De urgentie ervaren wij niet alleen in dit parlement, die ervaart ook het middenveld. Die mensen hebben er alle belang bij te weten wat ze kunnen verwachten, zeker in onzekere tijden. Ik deel hun bezorgdheid.

Weken geleden heb ik tijdens de regeling der werkzaamheden al aangegeven dat ik de spending review zo snel mogelijk op de agenda wilde plaatsen. De commissie stemde daar toen enthousiast mee in en de datum die toen werd voorgesteld, was vandaag.

Ondertussen werd er in het Uitgebreid Bureau, waarin ik niet aanwezig kon zijn en waarvan ik ook de agenda niet heb kunnen doornemen, een korte nota voorgelegd om de spending review niet voor te stellen in deze commissie, maar in de commissie voor de Bicommunautaire Zaken, die pas zou samenkomen in januari 2026. De termijn was al lang, maar door die technische verschuiving wordt de agendering nog eens met twee maanden uitgesteld. Ik begrijp die beslissing niet, noch als parlamentslid, noch als commissievoorzitter, noch als bezorgde burger.

De commissie is nagenoeg volledig bij met de parlementaire controle, wat alleen maar goed is, want dat maakt de vragen actueler. Ik vind dit dus geen goede beslissing. De spending review verdient een echte bespreking en niet alleen een interpellatie. Die bespreking had bovendien al vandaag kunnen plaatsvinden. Ik pleit er dus voor om die beslissing zo snel mogelijk terug te draaien en de spending review zo snel mogelijk op de agenda van deze commissie te plaatsen.

Mevrouw Gladys Kazadi (Les Engagés) *(in het Frans)*. - Ik ben blij dat de uitgaventoetsing over de geestelijke gezondheidszorg eindelijk beschikbaar is, maar net als mevrouw Godfrin had ik die liever in een ander kader dan een interpellatie besproken.

Een uitgaventoetsing dient in de eerste plaats om politieke keuzes te objectiveren op basis van de behoeften van de bevolking, en niet om stiekem bezuinigen voor te bereiden.

Het rapport is opgesteld door een interne werkgroep. Het bevat waardevolle analyses over bestuur, preventie, opleiding en netwerkcoördinatie, maar verschillende aanbevelingen lijken vooral gericht op het realiseren van besparingen, zonder dat de sociale gevolgen zijn geëvalueerd.

Dans son esprit, un spending review sert tout d'abord à objectiver les choix politiques selon les besoins de la population, et pas à préparer des économies dans l'ombre. Ce rapport a été élaboré par un groupe de travail interne, rassemblant vivalis.brussels, Iriscare et d'autres acteurs. Il contient des analyses précieuses sur la gouvernance, la prévention, la formation, ou encore la coordination des réseaux, mais c'est justement ce qui interpelle : les mêmes institutions qui ont contribué à son élaboration prennent aujourd'hui du recul avec plusieurs recommandations contenues dans ce rapport.

La majorité des pistes avancées n'ont pas été suivies, non pas par désintérêt, mais parce qu'elles pourraient, en l'état, affaiblir la qualité des soins ou restreindre l'accessibilité pour les patients les plus fragiles. Ce paradoxe en dit long : quand les auteurs remettent en question la faisabilité ou la pertinence de certaines mesures, c'est bien parce que le rapport, dans sa partie budgétaire, pose également des questions de fond.

¹²⁵¹ Plusieurs mesures envisagées visent avant tout à réaliser des économies, sans évaluation claire des conséquences sociales de ces mesures, et ce déséquilibre interroge : pourquoi entreprendre un travail d'objectivation si les pistes retenues ne répondent ni au besoin croissant, notamment chez les jeunes, ni à la réalité du terrain.

Par ailleurs, aucun acteur de terrain n'a été consulté lorsque ces pistes ont été élaborées. Les institutions, les réseaux, les professionnels et les usagers vont découvrir le contenu du rapport une fois qu'il sera terminé. Cette méthode pose question : en effet, une réforme de la santé mentale ne se décrète pas, elle se construit avec les personnes qui y travaillent chaque jour au contact des patientes et des patients.

Certaines recommandations méritent d'être saluées. Je pense par exemple à la création d'un cadastre des lits et des capacités, à la refonte des conventions et des revalidations ou au renforcement de la prévention et de l'information.

Plusieurs observateurs craignent que ce spending review ne soit utilisé pour justifier des réformes budgétaires sans débat préalable. La santé mentale ne peut être réduite à une variable d'ajustement budgétaire, elle mérite une politique cohérente, lisible et assumée publiquement.

Il n'aura échappé à personne que la situation budgétaire de la Région est tendue. Je ne plaide pas pour une dépense aveugle, mais pour des arbitrages justes. La révision de certains mécanismes de financement ne constitue pas un tabou pour nous, à condition de préserver la qualité des soins et la justice d'accès. Ce qui compte, ce n'est pas de dépenser moins, mais de dépenser mieux là où les besoins sont les plus criants. Les domaines concernés sont la prévention, la santé mentale des jeunes et le soutien aux équipes.

¹²⁵³ Monsieur le Membre du Collège réuni, pourquoi l'examen des dépenses sur la santé mentale n'a-t-il pas été validé par le gouvernement, alors qu'il était finalisé depuis plus d'un

Waarom objectiveringswerk verrichten als er nadien geen maatregelen worden voorgesteld die tegemoetkomen aan de behoeften?

Bovendien werden de instellingen, professionals en gebruikers niet geraadpleegd. Zij zullen de inhoud van het rapport pas te zien krijgen als het afgerond is. Die werkwijze is problematisch.

Verschillende waarnemers vrezen dat de uitgaventoetsing zal worden gebruikt om begrotingshervormingen te rechtvaardigen zonder voorafgaand debat.

Gelet op de gespannen begrotingssituatie moeten de uitgaven op eerlijke afwegingen gebaseerd zijn. De herziening van bepaalde financieringsmechanismen is voor ons geen taboe, op voorwaarde dat de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg worden gewaarborgd. We moeten niet minder uitgeven, maar beter uitgeven, namelijk in de domeinen waar de behoeften het grootst zijn, zoals preventie, geestelijke gezondheid van jongeren en ondersteuning van teams.

Waarom heeft het Verenigd College de uitgaventoetsing nog niet goedgekeurd, terwijl die al een jaar afgerond is?

an ? Pourquoi n'a-t-il pas été officiellement transmis aux commissions techniques d'Iriscare plus tôt ?

Quelles pistes avancées dans le rapport ont été mises en œuvre ou écartées par vivalis.brussels et Iriscare ? Sur la base de quels critères ?

Quelles sont les garanties sociales prévues pour éviter qu'une révision de la part à charge du patient ou une baisse des subsides ne fragilise davantage les publics précarisés ?

Enfin, comment le gouvernement entend-il valoriser les recommandations positives du rapport, dont celles sur la prévention, la coordination et la transparence des données ?

1255 **Mme Cécile Vainsel (PS).**- Je me joins aux remarques de notre présidente. Je déplore les errances au niveau de l'agenda parce que cette question figure parmi les plus capitales de cette législature. Cela empêche un débat général avec toutes les personnes intéressées et c'est fort dommage.

Je voudrais par ailleurs rassurer ma collègue du MR. Chez nous aussi, au PS, la santé mentale sera une priorité. Vous parlez d'un enjeu régional, je suis d'avis qu'il doit s'agir d'une cause nationale. C'est même un défi européen. Les personnes, les jeunes en particulier, souffrent partout. La situation est désastreuse. Nous avons d'ailleurs organisé un colloque ici, consacré à la santé mentale des jeunes et nous leur avons donné la parole.

Si je ne devais dire qu'une seule chose aujourd'hui, c'est que la santé mentale est l'un des principaux défis sociaux, humains et budgétaires de la Région. Si les six partis politiques en négociation sont d'accord sur ce point, c'est déjà une très bonne nouvelle.

Je ne vais pas répéter ce qui a été dit par ma collègue, Mme Godfrin. Il va sans dire que quand on parle de santé mentale à Bruxelles, cela concerne des milliers de personnes confrontées à des troubles graves, aggravés par la précarité, le sans-abrisme, le nonaccès aux droits et aux soins. La Région concentre en effet des problèmes sociaux multiples tels que le mal-logement, l'isolement, la consommation de stupéfiants, l'absence de couverture sociale, qui rendent l'accès aux soins de santé mentale particulièrement difficile.

De nombreuses structures sont financées et soutenues par la Cocom. Ainsi, les IHP, les MSP et les REVA sont les trois piliers de soins en dehors de l'hôpital. Ensemble, ils représentent 52,5 millions d'euros de dépenses publiques, un montant qui est en hausse constante depuis quelques années. Par ailleurs, l'examen des dépenses a dressé des constats très clairs, notamment le manque criant de données consolidées.

Il ne me paraît pas acceptable que ni l'administration, ni les institutions n'aient une vision complète des besoins, des capacités réelles ou de l'évolution des profils des patients. Ce déficit d'information limite notre capacité d'adapter l'offre, d'orienter les

Welke voorstellen uit het rapport hebben vivalis.brussels en Iriscare uitgevoerd?

Zijn er waarborgen ingebouwd om te voorkomen dat een herziening van het eigen aandeel van de patiënt of een verlaging van de subsidies kwetsbare groepen nog verder in de problemen brengt?

Hoe zal het Verenigd College de aanbevelingen inzake preventie, coördinatie en transparantie in de praktijk brengen?

Mevrouw Cécile Vainsel (PS) (in het Frans).- Ook ik betreur dat agendaproblemen een algemeen debat verhinderen. Geestelijke gezondheid is immers een van de belangrijkste sociale, menselijke en budgettaire uitdagingen, niet alleen in het gewest, maar ook op nationaal en Europees niveau.

Duizenden mensen in Brussel kampen met ernstige psychische problemen, maar bijkomende factoren als armoede, dakloosheid, sociaal isolement, druggebruik en het ontbreken van een sociale verzekering maken de toegang tot geestelijke gezondheidszorg erg moeilijk.

De GGC financiert en steunt talrijke organisaties. De verenigingen voor beschut wonen, de psychiatrische verzorgingstehuizen en de psychosociale revalidatiecentra vormen de drie pijlers van de zorg buiten het ziekenhuis. Samen vertegenwoordigen ze 52,5 miljoen euro aan overheidsuitgaven, een bedrag dat de afgelopen jaren voortdurend is gestegen. Uit de uitgaventoetsing blijkt evenwel dat er een schrijnend gebrek is aan geconsolideerde gegevens.

Het is onaanvaardbaar dat noch de overheid, noch de instellingen een volledig beeld hebben van de behoeften, de capaciteiten of de evolutie van de patiëntenprofielen. Dat verhindert ons om het aanbod aan te passen, patiënten correct te begeleiden en budgetten te plannen.

patients correctement et de planifier les budgets. Selon moi, pour des questions de gouvernance, il y a lieu de résoudre ce problème rapidement.

1257 Se pose également le problème d'une offre inégale et parfois inadaptée.

Le troisième constat concerne les inégalités d'accès. Les personnes non assurées, souvent sans papiers, rencontrent de grandes difficultés pour accéder aux soins. En outre, il est essentiel de remédier aux problèmes d'accessibilité linguistique en Région bruxelloise.

Enfin, le financement du secteur est hautement perfectible, car il est stable mais rigide et inéquitable.

À cela vient s'ajouter notre lasagne institutionnelle, avec différents niveaux de pouvoir qui interviennent. J'ai envie de reprendre l'image du pilote dans l'avion pour souligner la nécessité de se concerter et de se structurer. Les pistes de réforme proposées sont bien identifiées : améliorer l'information et le pilotage, revoir le cadre réglementaire et financier, moderniser les normes et conventions, adapter les moyens sans nuire à la qualité.

Je souhaite répondre à ma collègue des Engagés qu'il n'est absolument pas question de faire des économies sur la santé mentale, mais au contraire de s'atteler à réparer les gens.

1257 **Mme Aline Godfrin (MR).**- Il faut réparer les gens, certes, mais également réparer le bilan.

1257 **Mme Cécile Vainsel (PS).**- Le quatrième axe consiste à investir dans la qualité humaine, ce qui passe par la prévention, avec les lieux de liens et autres, et l'organisation d'activités extra-muros pour les maisons de soins psychiatriques (MSP) et les centres de revalidation psychosociale (REVA).

La priorité n'est pas de réduire les dépenses, mais de mieux utiliser les moyens existants. La santé mentale ne doit pas être considérée comme une dépense, mais comme un investissement. Il importe également de protéger la qualité des soins et le personnel. À ce titre, les institutions ont-elles été associées à cet examen des dépenses ?

Tout en déplorant que nous n'ayons pas pu travailler dans un cadre plus clair et serein, je suis satisfaite d'avoir eu l'occasion de vous livrer ces quelques remarques.

1263 **M. Alain Maron, membre du Collège réuni.**- Je vais tenter de répondre de manière assez factuelle à vos questions, en paraphrasant le rapport que vous avez reçu et lu.

En effet, comme vous le savez, l'examen des dépenses suit un processus propre qui n'est pas piloté par les ministres fonctionnels. Par ailleurs, j'avais compris que le rapport serait présenté par ses pilotes et auteurs en commission du Parlement ou de la Cocom dans les semaines à venir. Bien entendu, des

Andere problemen zijn het ongelijke en soms ontoereikende zorgaanbod en de ongelijke toegang tot zorg. Het gaat onder meer om niet-verzekerde personen, vaak zonder papieren, maar ook de taalbarrières moeten worden aangepakt.

Tot slot is de financiering van de sector voor verbetering vatbaar, want ze is rigide en onrechtvaardig. Daar komt nog de institutionele lasagne bij, met verschillende beleidsniveaus die een rol spelen.

De hervormingsvoorstellen zijn duidelijk: we moeten de informatie en de sturing verbeteren en het regelgevende en financiële kader herzien zonder afbreuk te doen aan de kwaliteit. Het is absoluut niet de bedoeling om te bezuinigen op de geestelijke gezondheidszorg, maar juist om mensen te helpen herstellen.

Mevrouw Aline Godfrin (MR) (in het Frans).- Ook de begroting moet worden hersteld.

Mevrouw Cécile Vainsel (PS) (in het Frans).- De prioriteit is niet om de uitgaven te verminderen, maar om de bestaande middelen beter te gebruiken. Geestelijke gezondheid moet als een investering worden beschouwd. Het is ook belangrijk om de kwaliteit van de zorg en het personeel te beschermen. Werden de instellingen bij de uitgaventoetsing betrokken?

De heer Alain Maron, lid van het Verenigd College (in het Frans).- Zoals u weet wordt een uitgaventoetsing niet gestuurd door de bevoegde ministers. Bovendien had ik begrepen dat de initiatiefnemers en auteurs het rapport in de komende weken zouden voorstellen in commissie. Het lijkt me dus delicaat om op voorhand een inhoudelijk debat erover te voeren.

Het doel van een uitgaventoetsing is om verbeteringen voor te stellen, rekening houdend met de beschikbare middelen, en niet

éclaircissements complémentaires sur le contenu du rapport vous seront communiqués à ce moment-là. Il me paraît dès lors délicat de mener un débat de fond avant que vous n'ayez pu échanger avec les auteurs du rapport. Il me semble logique de faire les choses dans le bon ordre.

Cela dit, un examen des dépenses, à l'instar de ceux qui ont été menés sous les législatures précédentes dans un certain nombre de secteurs, vise à définir des pistes d'amélioration en tenant compte des moyens à disposition. Le but n'est pas de s'autocongratuler. Si tel était le cas, il suffirait de s'abstenir de procéder à un examen des dépenses.

Utiliser les conclusions de l'examen des dépenses lancé par le gouvernement sortant pour souligner ses piètres qualités de gestionnaire me paraît un tantinet abusif.

¹²⁶⁵ L'examen des dépenses en santé mentale portait sur trois secteurs spécifiques des compétences de la Cocom : les initiatives d'habitation protégée (IHP), les maisons de soins psychiatriques (MSP) et les conventions de rééducation fonctionnelle en santé mentale (REVA). Il ne concerne pas les services de santé mentale (SSM), les psychologues de première ligne ou les lieux de liens, sauf à titre de solutions. Ce rapport ne couvre donc pas tout le champ des politiques de la Région en la matière, même en Cocom.

Ses conclusions mettent effectivement en avant la nécessité d'améliorer l'information sur la demande et l'utilisation des capacités de soins en santé mentale. Le rapport contient également des pistes pour améliorer la qualité des soins. Le groupe de travail a aussi évoqué des pistes de réformes susceptibles de conduire à des réductions ou des rééquilibrages des dépenses à court ou moyen terme.

Au niveau de la gouvernance, la santé mentale est - comme souvent en matière de santé à Bruxelles - un secteur très complexe, caractérisé par une multiplicité de niveaux de pouvoir et l'articulation entre les réseaux 107 et le secteur hospitalier. S'y mêlent donc aussi des compétences fédérales et en Cocof. Cette complexité est coordonnée au niveau de la CIM Santé publique. Une coordination en santé mentale des initiatives relevant de l'État fédéral et des entités fédérées a bien lieu, notamment via un groupe de travail intercabinets piloté par le niveau fédéral et issu de la CIM. Il rassemble toutes les administrations et les cabinets des entités compétentes en matière de santé mentale. Les différentes propositions issues de ce groupe de travail sont ensuite soumises pour approbation en CIM Santé publique.

¹²⁶⁷ C'est ainsi qu'a été coordonnée, entre autres, l'installation des psychologues de première ligne dans les Régions. Il s'agit d'une politique fédérale, mais nous avons essayé, autant que possible, d'assurer une coordination entre les politiques régionales mises en œuvre en la matière.

À Bruxelles, la coordination des nombreux acteurs du secteur passe par la plateforme de concertation en santé mentale. Les compétences au niveau de la Cocom sont exercées par

om onszelf te bewieroken. De conclusies gebruiken om te zeggen dat de uittreedende regering een slechte beheerder was, is dus een tikkeltje overdreven.

De uitgaventoetsing bestrijkt enkel drie specifieke sectoren: de initiatieven voor beschut wonen, de psychiatrische verzorgingstehuizen en de centra voor psychosociale revalidatie. Het rapport doet suggesties om de informatie over de zorgcapaciteit en de kwaliteit van de zorg te verbeteren en beveelt ook hervormingen aan om de uitgaven te herschikken of te verminderen.

Het beheer van de geestelijke gezondheidszorg en de gezondheidszorg in het algemeen is erg complex in Brussel, met verschillende bevoegde overheden. Het wordt gecoördineerd door de interministeriële conferentie (IMC) Volksgezondheid. Een interkabinettenwerkgroep onder leiding van de federale overheid brengt alle bevoegde instanties op het vlak van geestelijke gezondheid samen. Het werkt voorstellen uit voor initiatieven die moeten worden goedgekeurd door de IMC Volksgezondheid.

Zo hebben we bijvoorbeeld met de federale overheid en de andere gewesten het beleid rond eerstelijnspsychologen zoveel mogelijk gecoördineerd.

In Brussel gebeurt de coördinatie via het overlegplatform voor geestelijke gezondheid. Vivalis.brussels stuurt voor de GGC het geestelijke gezondheidsbeleid aan. Iriscare zorgt dan weer voor de financiering van prestaties in instellingen buiten de

vivalis.brussels. Celle-ci pilote la politique de santé mentale, l'intègre dans le plan social-santé intégré (PSSI) et assure la coordination avec les autres niveaux de pouvoir bruxellois et les différents acteurs du secteur. Iriscare assure, quant à lui, le financement des prestations des patients pris en charge dans les institutions d'hébergement non hospitalier.

Par ailleurs, le secteur de la santé mentale ne peut pas être pensé sans ses liens avec d'autres secteurs relevant de la Cocom : les hôpitaux (l'articulation entre établissements hospitaliers et non hospitaliers est désormais prévue dans les normes d'agrément), la première ligne sociosanitaire et les institutions s'occupant des publics les plus précaires.

Il en va de même au sein de la Cocom. Deux protocoles d'accord ont été conclus entre Iriscare et vivalis.brussels en 2022 et 2023. Des organes de concertation communs ont été institués et se réunissent mensuellement afin d'aborder les thématiques de santé mentale. La concertation et la communication entre les deux administrations fonctionnent donc correctement.

1269 J'en viens à votre question sur la mise en œuvre des recommandations de l'examen des dépenses.

Le dispositif suit un trajet prédéfini. Il comporte une prise d'acte par le gouvernement, suivie d'une présentation au Parlement par les pilotes de cet examen, qui aura lieu prochainement. Ce n'est qu'ensuite que le gouvernement s'engagera, éventuellement, dans le choix et la mise en œuvre de recommandations, autrement dit dans des choix politiques et budgétaires de réformes. Il ne s'agit pas seulement d'ajustements. En effet, certaines réformes pourraient nécessiter la modification de textes législatifs ou d'allocations budgétaires, ce qui est impossible en situation de douzièmes provisoires. De tels choix et engagements me semblent donc difficiles à opérer par un gouvernement sortant en affaires courantes. Cela ne nous empêche pas d'agir, mais notre marge de manœuvre est très limitée.

S'agissant de l'harmonisation des modèles d'agrément et de financement entre MSP, IHP et REVA, le groupe de travail a proposé une approche afin de procéder à une refonte en trois temps partant d'un modèle paramétré de coût des institutions. Ce travail de grande ampleur demande de la concertation et de la mobilisation d'expertises, et vu le contexte d'affaires courantes, nous n'avons pas pu progresser sur ce projet.

Le rapport pointe un pourcentage relativement faible de financement au travers des subsides facultatifs. Il s'agit principalement de subsides liés aux infrastructures au sein des IHP et de subsides facultatifs octroyés pour la rénovation de ces mêmes IHP. Pour les investissements liés aux infrastructures dans les IHP, des dispositifs législatifs et réglementaires ont été mis en place dès 2024.

1271 En ce qui concerne la pénurie de personnels, les MSP et IHP font partie du groupe 1 de la mesure « Attractivité des accords du non-marchand ». Les trois secteurs visés par cet examen des dépenses ont été sujets à la réforme qui vise une revalorisation salariale

ziekenhuizen. In 2022 en 2023 sloten Iriscare en vivalis.brussels twee akkoorden af en richtten ze overlegorganen op.

De geestelijke gezondheidssector staat in nauw verband met andere GGC-sectoren, zoals de ziekenhuizen, de eerstelijns welzijns- en gezondheidszorg en de instellingen die kwetsbare groepen opvangen.

Volgens het vastgestelde traject neemt de regering akte van de uitgaventoetsing, die vervolgens wordt voorgesteld aan het parlement. Daarna beslist de regering over de uitvoering van de aanbevelingen. Soms zijn het kleine aanpassingen, maar voor grotere hervormingen moeten soms wetteksten worden gewijzigd of middelen toegekend. In lopende zaken is de armslag van de regering erg beperkt.

Om de erkennings- en financieringsmodellen voor de drie pijlers te harmoniseren heeft de werkgroep een hervorming in drie fasen voorgesteld, die nog niet kon worden doorgevoerd wegens de lopende zaken.

De facultatieve subsidies houden voornamelijk verband met de infrastructuur en de renovatie van de initiatieven voor beschut wonen. In 2024 werden daarvoor wettelijke en reglementaire bepalingen ingevoerd.

De betrokken sectoren vallen onder de akkoorden van de non-profitsector en er werd reeds een hervorming met een loonsverhoging doorgevoerd om het personeelstekort te bestrijden. In de IMC Volksgezondheid bespreken we al drie

sur la base de l'Institut de classification de fonctions et les derniers accords du non-marchand. Des mesures d'attractivité ont donc été prises. Par ailleurs, voilà trois ans que nous discutons avec l'autorité fédérale de l'élaboration d'un plan d'attractivité infirmier qui serait à la fois fédéral et régional. Ce dossier est en cours de discussion en conférence interministérielle (CIM) de la Santé publique. Croyez-moi, j'ai abordé cette question à chaque conférence interministérielle à laquelle j'ai participé.

Pour ce qui est des durées moyennes de séjour et du « mélange des publics », les MSP accueillent des personnes souffrant de troubles psychiques sévères, persistants ou chroniques, souvent après un long parcours hospitalier marqué par des épisodes de décompensation et d'hospitalisation répétés. Comme vous l'avez souligné, Madame Godfrin, ces personnes présentent fréquemment un double diagnostic.

Néanmoins, qualifier de mélange la cohabitation des publics concernés par la santé mentale et de ceux atteints d'un handicap est une erreur conceptuelle. La majorité des personnes accueillies en MSP présentent des troubles psychiatriques sévères et chroniques entraînant des déficiences durables des fonctions cognitives, sociales et adaptatives, qui relèvent dès lors du champ du handicap psychique. La réalité clinique nous enseigne donc qu'il n'y a pas d'opposition, mais une association possible entre santé mentale et handicap. Les MSP sont tout à fait à même d'accueillir ce public cible complexe.

Dès lors, les MSP ne mélangent pas deux publics. Elles réparent des fractures administratives liées à des critères d'admission indexés spécifiquement à une catégorie nosographique artificielle, dont l'application stricte nierait la continuité des besoins de certains publics.

¹²⁷³ La durée des séjours ne me semble pas refléter spécifiquement un échec, mais peut être lue comme une nécessité thérapeutique. La mission d'une MSP n'est pas d'assurer une rotation et une réinsertion rapide, mais bien de garantir le maintien durable dans le soin, une stabilisation clinique et une qualité de vie adaptée.

Le terme de « réinsertion » doit être compris dans une acception large et qualitative, qui comprend la capacité de la personne à retrouver des habitudes de vie, à stabiliser son traitement, à rétablir des liens sociaux, à participer à des activités et à retrouver un sentiment d'utilité et de sécurité.

Je précise qu'il n'est pas adéquat de comparer le coût par résident en maison de soins psychiatriques par rapport à celui en initiative d'habitation protégée, ces dispositifs ayant des fonctions, des missions et des charges différentes. Les MSP et les IHP ont des finalités différentes.

Les IHP, les soins psychiatriques pour personnes séjournant à domicile (SPAD), les MSP et les REVA poursuivent un objectif commun, à savoir proposer des soins de santé mentale en dehors de l'hôpital, mieux adaptés aux besoins des patients et moins coûteux.

jaar een gemeenschappelijk federaal en gewestelijk plan om het beroep van verpleegkundige aantrekkelijker te maken. Ik stel die kwestie elke keer opnieuw aan de orde.

De psychiatrische verzorgingstehuizen vangen mensen met ernstige, aanhoudende of chronische psychische stoornissen op. Die hebben inderdaad vaak een dubbele diagnose, maar we kunnen het geen gemengd publiek noemen. In de praktijk is er immers dikwijls een verband tussen geestelijke gezondheid en psychische beperkingen en de verzorgingstehuizen zijn perfect in staat deze mensen op te vangen. Ze herstellen juist een administratieve breuk tussen kunstmatige categorieën.

De duur van de verblijven weerspiegelt geen mislukking, maar een therapeutische noodzaak. Psychiatrische verzorgingstehuizen moeten niet zorgen voor een snelle rotatie, maar voor een duurzame re-integratie van de betrokken personen in de maatschappij.

De kosten per resident zijn moeilijk te vergelijken tussen psychiatrische verzorgingstehuizen en initiatieven voor beschut wonen, omdat ze niet dezelfde functies, taken en lasten hebben. De geestelijke gezondheidszorg die zij bieden buiten het ziekenhuis is echter beter aangepast en minder duur dan in het ziekenhuis. Door het verschil in begeleiding, van semi-autonomie tot 24/7-begeleiding, verschillen ook de duur, de opvangvoorwaarden en de prijs sterk van instelling tot instelling.

Volgens het rapport kunnen verscheidene ontwikkelingen beter in aanmerking worden genomen bij de erkenningen en financieringswijzen. Dat omvangrijke werk, dat overleg, expertise en wetwijzigingen vereist, is echter niet uitvoerbaar in lopende zaken.

Comme vous l'aurez vu dans le tableau relatif au trajet de soins type d'un patient, les besoins varient fortement d'une structure à l'autre. Cela s'explique par une différence dans l'accompagnement, qui va de la semi-autonomie pour les patients en IHP à l'encadrement continu 24h/24 7j/7 pour les patients en MSP. C'est pour ces raisons que la durée de séjour, les conditions d'accueil et les prix de séjour varient en fonction du secteur.

Concernant le cadre de financement unique pour les types de structure, le rapport indique que plusieurs évolutions pourraient être mieux prises en compte dans les agréments et les modes de financement. Il s'agit d'un travail de grande ampleur qui nécessite de la concertation et la mobilisation d'expertises ad hoc. Il n'est pas possible de travailler sur ce cadre de financement unique, donc sur des modifications législatives, dans le cadre d'un gouvernement en affaires courantes.

¹²⁷⁵ Voilà un certains nombres d'éléments qui figurent dans le rapport que vous aurez lu, ainsi qu'un certain nombre de commentaires par rapport à ceux-ci.

Je me réjouis que les auteurs puissent exposer celui-ci rapidement devant les commissions des Affaires bicommunautaires générales et de la Santé et de l'Aide aux personnes.

Quant à l'augmentation des publics, il faudra étudier d'où ils viennent et d'où viennent les patients, ainsi que les raisons de telles ou telles pathologies pour des publics déterminés. Il y a des facteurs exogènes et le secteur de la santé mentale lui-même n'en est pas responsable. Dans une certaine mesure, il en va de même pour le sans-abrisme.

Sur le plan de la simplification, je voudrais rappeler que depuis 2019, un seul membre du Collège réuni peut répondre à toutes les questions en matière de social et de santé. Avant cette date, il y en avait cinq, et il n'existait aucune articulation social/santé ou Cocom/Cocof. Si deux ministres conjointement compétents ne s'entendaient pas, un dossier était bloqué, et ce parfois avant-même d'être abordé en Collège réuni. Aujourd'hui, une seule cellule dans un cabinet ministériel coordonne le tout, alors qu'à l'époque elles étaient parfois cinq !

¹²⁷⁷ Les niveaux de sous-utilisation ont augmenté ces dernières années, passant de 3 à 7 % en 2023. Le taux de 3 % n'est pas interpellant, mais celui de 7 % paraît excessif. Il est donc nécessaire d'examiner précisément comment dépenser et liquider efficacement les moyens.

Si ces chiffres sont confirmés pour 2024, il sera nécessaire de se pencher sur la question. Il s'agira de diminuer la sous-utilisation et de mettre de l'huile dans les rouages, de sorte que les moyens soient bel et bien utilisés, comme nous le faisons dans l'ensemble des politiques que nous menons, en veillant à ce que les dépenses soient au plus près du budget.

¹²⁷⁹ **Mme Aline Godfrin (MR).**- Vous avez parlé des causes exogènes du déclin de la santé mentale des Bruxellois. Hélas, le

Het verheugt me dat de auteurs het rapport binnenkort kunnen voorstellen in de commissie.

De toename van het aantal patiënten houdt verband met externe factoren en mogen we niet in de schoenen van de geestelijke gezondheidssector zelf schuiven.

Wat de vereenvoudiging betreft, herinner ik eraan dat er voor 2019 geen enkele afstemming was tussen welzijn en gezondheid of tussen de GGC en de Cocof. Soms moesten vijf ministeriële kabinetten tot een overeenstemming komen, anders werd het dossier geblokkeerd. Vandaag hebben we één cel die alles coördineert.

De onderbenutting is de laatste jaren gestegen, van 3% tot 7% in 2023. Als die trend zich voortzet in 2024 moeten we bekijken wat we kunnen doen om de middelen zo doeltreffend mogelijk te gebruiken en de uitgaven zo dicht mogelijk bij de begroting te houden.

Mevrouw Aline Godfrin (MR) (in het Frans).- U had het over externe factoren die de geestelijke gezondheid van de

paradoxe de Bruxelles est qu'il s'agit à la fois d'une Région très riche, avec un des PIB les plus élevés de l'Union européenne, mais également d'une Région très pauvre, puisque 38 % de la population vit dans une situation précaire ou est confrontée à un risque de précarité accru. Par ailleurs, les gouvernements sortants ont par ailleurs triplé la dette de la Région tout en doublant le taux de pauvreté. La crise du logement s'est donc aggravée, et un tiers des Bruxellois n'ont toujours pas de médecin généraliste, comme c'était déjà le cas il y a six ans.

En 2021, le MR souhaitait faire de la santé mentale une cause nationale. Au sortir de la crise sanitaire, la majorité PS, Ecolo et DéFI a attendu la réforme de M. Maron, sans consulter les textes proposés par le MR. Or, quatre ans plus tard, nous constatons qu'il n'y a pas eu de réforme. Certes, un examen des dépenses a été commandé en 2023, mais il aurait pu l'être plus tôt, afin de vérifier si les moyens disponibles étaient adéquatement dépensés et produisaient des résultats. En octobre 2024, le comité de pilotage a validé ces résultats, mais la transmission du rapport au Parlement a tardé, alors que celui-ci aurait pu en faire bon usage.

(Remarques)

1283 Vous vous êtes quelque peu endormi alors que les affaires courantes vous donnent peu de travail. Je ne peux même pas dire que vous vous êtes endormi sur vos lauriers, parce que je n'en vois pas : il n'y a pas de bilan. Pourtant, il était essentiel d'améliorer la santé mentale en Région bruxelloise.

En outre, comme vous l'avez reconnu, vous disposiez d'une plus grande capacité d'action puisque toutes les compétences avaient été regroupées au sein d'un seul cabinet. Le manque de résultats est donc encore moins compréhensible.

On peut toujours invoquer l'insuffisance des budgets, mais ce ne sont pas les conclusions de l'examen des dépenses. Il faut le reconnaître : aujourd'hui, les moyens ne sont pas bien utilisés. Il n'y a pas de coordination et trop de sous-utilisation. Vous l'avez dit vous-même : la sous-utilisation a parfois doublé, passant de 3 à 7 %.

Je pense qu'aujourd'hui, les moyens sont donc là, et les acteurs appellent à une meilleure utilisation des ressources et à une application des recommandations. En effet, aujourd'hui, il n'y a pas assez de fluidité ni de continuum dans la prise en charge des patients en santé mentale, ce qui entraîne un grand nombre de doubles diagnostics.

Je terminerai en soulignant que de nombreuses personnes touchées par des problèmes de santé mentale errent en rue. Face à cette crise aiguë, il s'agit clairement de non-assistance à personnes en danger. On dépense énormément dans des équipes mobiles pour assurer un premier contact, mais ensuite, il n'y a pas de continuum dans le trajet de soins. On ne sait pas où envoyer ces personnes en raison d'un manque de places.

Par ailleurs, les doubles diagnostics et les non-prises en charge ont également des conséquences dramatiques en matière de

Brusselaars aantasten. De uittredende regering heeft de schuld van het gewest echter verdrievoudigd en het armoedepercentage verdubbeld. Ook de huisvestingscrisis is verergerd en een derde van de Brusselaars heeft nog altijd geen huisarts.

In 2021 werd het voorstel van de MR-fractie om van geestelijke gezondheid een nationale zaak te maken niet behandeld, omdat de meerderheid op uw hervorming wachtte. Die hervorming is er niet gekomen. Er kwam alleen een uitgaventoetsing, met veel vertraging.

(Opmerkingen)

Ondanks de grote noodzaak is de geestelijke gezondheid in Brussel niet verbeterd, ook al had u een grotere slagkracht omdat de bevoegdheden in één kabinet waren ondergebracht.

Het ligt niet aan een tekort aan middelen, want uit de uitgaventoetsing blijkt dat die niet volledig benut werden. We moeten de middelen dus beter gebruiken en de aanbevelingen opvolgen. Vandaag is er te weinig doorstroming en continuïteit in de behandeling van patiënten.

Veel mensen met psychische problemen zwerven rond op straat. Er zijn wel mobiele teams die een eerste contact leggen, maar daarna weten ze niet waar ze hen naartoe kunnen sturen, bij gebrek aan plaatsen. Bovendien heeft het niet helpen van die mensen dramatische gevolgen, zoals de recente gevallen van agressie op de spoedafdelingen van ziekenhuizen aantonen. We moeten het hele systeem herzien.

sécurité, comme l'ont montré les cas d'agressions récents dans des services d'urgences d'hôpitaux. C'est donc l'ensemble du système qui est à revoir.

1299 **Mme Celia Groothedde (Groen) (en néerlandais).** - *Les recettes générées à Bruxelles sont transférées aux autres Régions. L'examen des dépenses montre que la consolidation des moyens, et surtout des subventions facultatives, est absolument nécessaire, car la société civile, qui soutient Bruxelles, est actuellement traitée de manière inhumaine.*

Ce sujet mériterait que nous y consacrons plus de temps. Il est regrettable que nous ne communiquions pas davantage entre parlementaires et que ce type de décisions précipitées soit pris au Bureau élargi.

J'espère que nous reviendrons le plus rapidement possible sur cette décision et que nous pourrions planifier rapidement une discussion sur l'examen des dépenses.

(Mme Celia Groothedde, présidente, reprend place au fauteuil présidentiel)

1303 **Mme Gladys Kazadi (Les Engagés).** - Tout d'abord, je vais rappeler ce que j'ai dit lors de mon intervention, car je pense que cela n'a pas été très bien compris par tout le monde. Ce qui compte, ce n'est pas de dépenser moins, mais de dépenser mieux là où les besoins sont les plus criants, notamment la prévention ou la santé mentale des jeunes.

Je rappelle également le contexte budgétaire dont nous héritons. Aujourd'hui, personne ne peut ignorer la réalité budgétaire au sein de la Région. Les responsables politiques doivent garder ce facteur en tête.

Le spending review est un rapport dense qui doit être utilisé comme un réel outil de gouvernance démocratique. Toutefois, il faut pouvoir en discuter ouvertement et hiérarchiser les pistes utiles qu'il propose.

Par ailleurs, j'envisage les choses positivement : le débat s'ouvre enfin. Nous aurons l'occasion de nous plonger dans cet outil et s'en inspirer pour la suite, tout en ayant pour objectif de se montrer à la hauteur de l'enjeu que constitue la santé mentale.

Mevrouw Celia Groothedde (Groen). - De inkomsten die in Brussel worden gegenereerd, worden uitgevoerd naar de andere gewesten. We hadden voor de vorming van de federale regering herhaaldelijk gevraagd om Brussel te verdedigen, maar dat is niet gebeurd.

De spending review toont dat de consolidering van de middelen, en vooral van de facultatieve subsidies, absoluut noodzakelijk is, want het middenveld houdt Brussel recht en wordt momenteel onmenselijk behandeld.

Ook ik vind dat dit onderwerp meer tijd verdient. We hadden vandaag een uitgebreide bespreking gepland, waarin we heel wat dieper op de spending review hadden kunnen ingaan dan tijdens een interpellatie. Het parlement is momenteel het zwaartepunt van de politieke werkzaamheden. Het is jammer dat we niet iets meer en iets duidelijker met elkaar communiceren en dat in het Uitgebreid Bureau dit soort overhaaste beslissingen wordt genomen. Het zal allicht niet zo bedoeld zijn, maar in eerste instantie kwam dat over als een politiek verdragingsmanoeuvre. Laten we dus eerst afoetsen wat het efficiëntst is.

Ik hoop die beslissing zo snel mogelijk te kunnen terugdraaien met de medewerking van de andere fracties en zo snel mogelijk een bespreking van de spending review te kunnen inplannen, aangezien we bij zijn met onze werkzaamheden.

(Mevrouw Celia Groothedde, voorzitter, treedt opnieuw als voorzitter op)

Mevrouw Gladys Kazadi (Les Engagés) (in het Frans). - *Het was misschien niet helemaal duidelijk, maar ik wilde zeggen dat het er niet op aankomt om minder, maar wel om beter uit te geven, daar waar de behoeften het grootst zijn, zoals in de preventie en de geestelijke gezondheid van jongeren.*

Tegelijkertijd kunnen we niet om de begrotingsrealiteit heen. We moeten de uitgaventoetsing als instrument voor democratisch bestuur gebruiken, al neemt dat niet weg dat we een open discussie moeten voeren over de suggesties.

1305 **Mme Cécile Vainsel (PS).**- Monsieur le Membre du Collège réuni, je ne m'adresserai pas à vous dans les mêmes termes que ma collègue, Mme Godfrin, et ce non seulement parce que mon parti est toujours dans la majorité, mais aussi parce que je trouve que tout n'est pas juste dans ce qui a été dit.

(Remarques de Mme Godfrin)

1305 **Mme la présidente.**- Madame Godfrin, je vous demande de ne plus interrompre les intervenants. Vous tenez d'ailleurs très bien les rênes dans la commission que vous présidez, où vous n'hésitez pas à rappeler les députés à l'ordre.

1311 *(poursuivant en néerlandais)*

L'expression « de teugels in handen houden » n'est en aucun cas une insulte. Vous tenez les rênes de votre commission et j'attends de vous que vous fassiez preuve du même respect dans une autre commission.

1313 **Mme Cécile Vainsel (PS).**- Effectivement, l'exercice du spending review paraît intéressant en matière de gouvernance et mérite d'être salué. De fait, il est difficile de répondre aux questions soulevées ici alors que nous sommes en affaires courantes. Saluons également l'intégration, à votre initiative, des matières social-santé.

Enfin, la crise sanitaire a totalement rabattu les cartes et même si le secteur de la santé mentale a été en grande partie refinancé, les besoins actuels sont énormes. Par contre, nous ne pouvons pas continuer à financer des projets sur une base facultative, et nous allons devoir choisir ce que nous voulons pérenniser.

En revanche, je ne pense pas avoir reçu de réponse à ma question sur l'implication des opérateurs, dont les témoignages sur les réseaux sociaux sont des cris d'alarme qui ne sont pas entendus dans le cadre de cette analyse.

Enfin, il est frappant de constater, alors que ce groupe de travail propre à la santé mentale et qui est une émanation de la conférence interministérielle de la Santé publique, qu'il manque d'un outil de pilotage.

1315 **M. Alain Maron, membre du Collège réuni.**- Précisons que le groupe de travail que j'ai mentionné est interfédéral. Il n'est pas chargé de l'examen des dépenses.

1317 **Mme la présidente.**- Mme Vainsel, votre temps de parole est largement dépassé. En outre, la structure des interpellations ne permet plus au ministre de vous fournir les réponses que vous estimez manquantes. Il vous faudra lui adresser une question écrite ou attendre un éventuel débat sur l'examen des dépenses.

Mevrouw Cécile Vainsel (PS) *(in het Frans).*- Wat mevrouw Godfrin allemaal zegt, klopt niet.

(Opmerkingen van mevrouw Godfrin)

Mevrouw de voorzitter.- Mevrouw Godfrin, mag ik u vragen om de sprekers niet meer te onderbreken. Als u voorzitter bent, houdt u de teugels ook strak.

(verder in het Nederlands)

Dat is absoluut geen belediging. Ik probeer beleefd te zijn, aangezien alle aanwezige parlementsleden Franstalig zijn. U kunt ook met uw koptelefoon naar de vertaling luisteren.

Ik het Nederlands is 'de teugels in handen houden' geen belediging - ik heb die uitdrukking letterlijk vertaald - U houdt in uw commissie de teugels in handen en ik verwacht dat u hetzelfde respect aan de dag legt in een andere commissie.

Mevrouw Cécile Vainsel (PS) *(in het Frans).*- De uitgaventoetsing lijkt me inderdaad een nuttig beleidsinstrument. Het is moeilijk om in deze periode van lopende zaken de vragen te beantwoorden, maar het is goed dat u gezondheid en welzijn hebt samengebracht.

De gezondheids crisis heeft de kaarten grondig geschud en ook al is de geestelijke gezondheidssector grotendeels geherfinancierd, de noden blijven groot. We zullen echter moeten kiezen welke projecten permanente steun moeten krijgen.

U hebt mijn vraag of de instellingen bij de uitgaventoetsing zijn betrokken niet beantwoord.

Tot slot is het frappant dat de werkgroep Geestelijke Gezondheid het zonder sturing moet doen.

De heer Alain Maron, lid van het Verenigd College *(in het Frans).*- De werkgroep is interfederaal. Hij is niet verantwoordelijk voor het onderzoek van de uitgaven.

Mevrouw de voorzitter.- Mevrouw Vainsel, u hebt uw spreektijd ruimschoots overschreden. Bovendien kan de minister u de ontbrekende antwoorden niet meer geven in de context van een interpellatie. U moet hem een schriftelijke vraag stellen of wachten tot er een debat over de uitgaventoetsing komt.

- L'incident est clos.

- Het incident is gesloten.

DEMANDE D'EXPLICATIONS DE MME FRANÇOISE SCHEPMANS

VRAAG OM UITLEG VAN MEVROUW FRANÇOISE SCHEPMANS

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

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

concernant la persistance des violences envers le personnel soignant dans les hôpitaux bruxellois.

betreffende het aanhoudende geweld tegen verzorgend personeel in de Brusselse ziekenhuizen.

Mme Françoise Schepmans (MR).- Nous voilà contraints, une fois de plus, d'aborder la question des violences envers le personnel soignant dans les hôpitaux bruxellois. Les faits se répètent, les témoignages s'accumulent et l'inquiétude grandit dans le secteur quatre mois après l'agression d'une rare violence survenue au CHU Saint-Pierre le 18 juillet dernier. Malgré les promesses d'une meilleure protection, les soignants dénoncent une insécurité croissante dans les hôpitaux bruxellois. Les faits récents au CHU Brugmann, où une jeune stagiaire a été grièvement blessée à l'arme blanche dans une unité psychiatrique, nous ont tous choqués.

Mevrouw Françoise Schepmans (MR) (in het Frans).- De voorbije maanden waren er verscheidene gevallen van agressie tegenover zorgpersoneel in de Brusselse ziekenhuizen. Ondanks de belofte van een betere bescherming voelen zorgverleners zich er alsmaar onveiliger.

Cette agression survient dans un contexte déjà tendu : surcharge de travail, sous-effectifs, allongement des temps d'attente et épuisement professionnel. Le personnel hospitalier, souvent en première ligne face à la détresse sociale et psychologique des patients, se sent de plus en plus démuni et vulnérable. Certains agents de terrain évoquent même la nécessité d'équipements de protection, tels que des gilets pare-couteaux.

De agressie komt bovenop een reeks andere factoren die spanningen veroorzaken, zoals overbelasting en onderbezetting. Het personeel voelt zich steeds kwetsbaarder; sommigen vragen zelfs om beschermende uitrusting, zoals steekwerende vesten.

Dans une précédente réponse concernant l'agression au CHU Saint-Pierre, vous avez rappelé que la Cocom n'est pas compétente pour tous les aspects liés à la sécurité hospitalière, mais qu'elle intervient pour les normes d'agrément, le financement des infrastructures et la concertation avec les acteurs de la santé.

Op eerdere vragen antwoordde u dat de GGC niet voor alle aspecten van de veiligheid in ziekenhuizen bevoegd is, maar dat ze wel instaat voor de erkenningsnormen, de financiering van de infrastructuur en het overleg met andere gezondheidsactoren.

Vous aviez également mentionné la préparation d'un programme d'investissements 2026-2030, qui donnerait la priorité à la mise aux normes urgentes et aux travaux liés à la sécurité des hôpitaux. Cependant, au regard de la multiplication des incidents, les professionnels du soin attendent désormais des actes concrets, au-delà des seules considérations institutionnelles.

Voorts werkte u aan een investeringsprogramma 2026-2030 waarin u voorrang zou geven aan onder andere veiligheidsmaatregelen in de ziekenhuizen.

Quelles démarches ont été entreprises à la suite des agressions au CHU Saint-Pierre et au CHU Brugmann pour évaluer la sécurité des infrastructures hospitalières relevant de la Cocom ?

Bestaat er een overzicht van agressiegevallen sinds 2022? Hoe evalueerde u na eerdere agressie de veiligheid van de ziekenhuizen die onder de bevoegdheid van de GGC vallen?

Des contacts ont-ils été pris avec les directions hospitalières pour renforcer les protocoles internes de gestion des incidents violents et améliorer la coordination avec les services de police ?

Overlegde u met de ziekenhuisdirecties over de interne aanpak van geweld en een betere coördinatie met de politie? Gaat er in het investeringsplan 2026-2030 aandacht naar de beveiliging van ambulancediensten en de psychiatrie?

Le plan d'investissement 2026-2030 inclut-il une enveloppe ou des priorités ciblées pour la sécurisation des services d'urgence et de psychiatrie ?

Un recensement des agressions en milieu hospitalier a-t-il été réalisé en Région bruxelloise depuis 2022 et, dans l'affirmative, quelles leçons en ont été tirées ?

Quelles concertations ont été menées au sein de la conférence interministérielle (CIM) de la Santé publique afin de mieux articuler la prévention des violences, la formation du personnel et la coordination entre entités fédérées et pouvoir fédéral ?

1325 **M. Alain Maron, membre du Collège réuni.** - J'ai eu l'occasion de répondre à cette question le 29 septembre dernier. Sans surprise, la teneur de ma réponse d'aujourd'hui sera sensiblement la même.

Les événements survenus au sein de plusieurs établissements hospitaliers bruxellois, notamment les agressions violentes au Centre hospitalier universitaire Saint-Pierre en juillet 2025 et au Centre hospitalier universitaire Brugmann en septembre 2025, ont profondément choqué les équipes de soins et la population.

Je tiens à exprimer une nouvelle fois tout mon soutien et ma solidarité envers les soignants et les équipes hospitalières, qui assurent quotidiennement leurs missions avec un professionnalisme exemplaire, malgré un contexte humain et institutionnel souvent éprouvant.

Je précise aussi une nouvelle fois que la Cocom a peu de marges de manœuvre concernant les aspects liés à la sécurité dans les hôpitaux, car ils ne relèvent pas de ses compétences. Ces aspects relèvent de l'organisation des hôpitaux et de la compétence du ministre fédéral de la Santé publique. Ce dernier est d'ailleurs régulièrement interrogé à la Chambre sur cette question.

Il m'est néanmoins revenu que la Clinique Saint-Jean qui est, elle aussi, régulièrement confrontée à des violences, a demandé au SPF Santé publique de disposer d'agents de sécurité aux accueils, surtout au niveau des urgences, plutôt que d'agents de gardiennage. Accéder à cette demande nécessite un changement des statuts acceptés et financés par le gouvernement fédéral. Je n'ai connaissance ni des intentions ni de la réponse du SPF Santé publique à cet égard.

Les contacts de l'administration de la Cocom avec les directions hospitalières sont constants. Ils ne concernent toutefois ni la sécurité, ni la gestion des incidents violents, ni la coordination avec les services de police. Nous disposons toutefois d'informations sur les relations entre, par exemple, le Centre hospitalier universitaire Saint-Pierre et la police, mais par le biais de contacts informels.

1327 Le programme d'investissement 2026-2030 n'a pas encore été approuvé. Toutefois, afin de proposer un calendrier, des critères de priorité ont été retenus en vue de sélectionner de manière juste

Werd het probleem aangekaart binnen de interministeriële conferentie (IMC) Volksgezondheid?

De heer Alain Maron, lid van het Verenigd College (in het Frans). - *De uitingen van agressie in de Brusselse ziekenhuizen schokken zowel de zorgverleners als de bevolking. Ik betuig bij deze nogmaals mijn steun aan alle zorgverleners en aan het ziekenhuispersoneel. De GGC heeft echter weinig manoeuvreerruimte wat de veiligheid in ziekenhuizen betreft.*

Ik vernam wel dat de Kliniek Sint-Jan aan de FOD Volksgezondheid gevraagd heeft om veiligheidsagenten in te zetten voor het onthaal, in het bijzonder op de spoeddienst. Om dat te kunnen toestaan is er echter een wijziging nodig van de door de federale regering goedgekeurde statuten. Ik ben niet op de hoogte van de reactie van de FOD Volksgezondheid op die vraag.

De GGC en de ziekenhuisdirecties plegen regelmatig overleg, maar dat gaat niet over veiligheid, de aanpak van gewelddadige incidenten of de coördinatie met de politie.

Het investeringsprogramma 2026-2030 is nog niet goedgekeurd. Er zijn wel al criteria opgesteld voor de selectie van projecten in het kader van de bijzondere zorgplannen. Een paar van die criteria houden verband met de veiligheid van patiënten of

les projets présentés à l'administration dans le cadre des plans particuliers en matière de soins.

Parmi ces critères figurent les projets qui visent à la sécurité des patients ou du personnel médical. Dès lors, si des institutions ont introduit une demande de travaux relatifs à un réaménagement des espaces afin de résoudre des problèmes d'accès ou de sécurité, leur requête sera intégrée dans la proposition de calendrier des investissements qui sera présenté prochainement. Le programme d'investissement 2026-2030 ne devrait pas non plus relever d'un gouvernement en affaires courantes, mais le calendrier nous contraint d'avancer.

Je vous invite à adresser votre question sur le recensement des agressions en milieu hospitalier au ministre-président et à safe.brussels. L'administration de la Cocom ne dispose pas de ce type de données.

Enfin, la prévention des violences dans les milieux hospitaliers n'a pas fait récemment l'objet d'une concertation au sein de la conférence interministérielle (CIM) de la Santé publique. Il existe de multiples groupes de travail thématiques, mais aucun ne traite actuellement de cette matière. Cela étant dit, nous restons toujours ouverts au dialogue avec les autres niveaux de pouvoir et si un groupe de travail dédié était créé, nul doute que nous y participerions.

1329 **Mme Françoise Schepmans (MR).**- Je pense que cette problématique devrait justement être abordée au sein de la conférence interministérielle de la Santé publique, car elle est essentielle et concerne plusieurs niveaux de pouvoir.

Il va sans dire que les hôpitaux doivent rester des lieux de soins, et non des lieux où règne l'insécurité. Dès lors, je serai attentive aux mesures prises par les hôpitaux bruxellois à la suite de ces incidents.

- *L'incident est clos.*

1331 **QUESTION ORALE DE MME CLÉMENTINE BARZIN**

1331 **à Mme Elke Van den Brandt et à M. Alain Maron, membres du Collège réuni chargés de l'Action sociale et de la Santé,**

1331 **concernant l'appel à candidatures pour l'ouverture de nouveaux CPVS dans nos hôpitaux.**

1331 **Mme la présidente.**- En l'absence de Mme Clémentine Barzin, sa question orale est lue par M. Amin El Boujdaini.

1333 **M. Amin El Boujdaini (MR).**- Notre pays compte actuellement dix centres de prise en charge des violences sexuelles (CPVS) : cinq sont situés en Région flamande, quatre en Région wallonne

zorgpersoneel. Voorstellen van ziekenhuizen voor verbouwingen om toegankelijkheids- of veiligheidsproblemen op te lossen, worden in de investeringskalender opgenomen.

Uw vraag over het aantal gewelddadige incidenten in ziekenhuizen stelt u beter aan minister-president Vervoort of safe.brussels.

Recent stond de kwestie niet op de agenda van de interministeriële conferentie Volksgezondheid, maar ik sta open voor een gesprek met andere beleidsniveaus of overleg binnen een werkgroep.

Mevrouw Françoise Schepmans (MR) *(in het Frans).*- *Het thema moet binnen de interministeriële conferentie Volksgezondheid worden besproken.*

- *Het incident is gesloten.*

MONDELINGE VRAAG VAN MEVROUW CLÉMENTINE BARZIN

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

betreffende de oproep tot het indienen van kandidaatstellingen voor de opening van nieuwe ZSG's in onze ziekenhuizen.

Mevrouw de voorzitter.- Bij afwezigheid van mevrouw Barzin wordt de mondelinge vraag voorgelezen door de heer Amin El Boujdaini.

De heer Amin El Boujdaini (MR) *(in het Frans).*- *België telt tien zorgcentra na seksueel geweld (ZSG): vijf in Vlaanderen, vier in Wallonië en één in Brussel. In het ZSG in het UMC*

et un en Région de Bruxelles-Capitale. Le CPVS du CHU Saint-Pierre est un lieu essentiel dans la prise en charge et l'accompagnement des victimes de violences sexuelles. Les services proposés vont des soins médicaux au soutien psychologique ainsi qu'à l'accompagnement pour le dépôt de plainte.

Si les CPVS étaient initialement financés et coordonnés par l'Institut pour l'égalité des femmes et des hommes (IEFH), dès 2026, c'est l'Inami qui prend en charge le financement des soins. Dans ce cadre, un appel à candidatures a été lancé à l'intention des hôpitaux. Notre pays devrait donc prochainement compter trois nouveaux CPVS. Comme indiqué dans ce dossier de candidature, un hôpital sera sélectionné par Région.

Chaque CPVS doit respecter des critères stricts : une entrée discrète, des espaces suffisants conformes aux normes nationales et un campus regroupant divers services médicaux pour assurer une prise en charge complète.

En matière de financement, un budget annuel a été attribué selon le nombre attendu de victimes et les dispositions de l'arrêté royal du 21 septembre 2025. Ce budget couvre les salaires des infirmiers, des psychologues, du coordinateur, du médecin responsable, etc., ainsi que les frais médicaux des victimes, la supervision par le centre de référence VIH et les frais de fonctionnement.

Enfin, un comité d'accompagnement comprenant les représentants des CPVS, les fédérations hospitalières, le Comité de l'assurance soins de santé, le ministère de la Santé publique, l'IEFH et l'Inami, est chargé de l'évaluation et du suivi des centres.

Quels hôpitaux bruxellois se sont-ils portés candidats pour l'ouverture d'un nouveau CPVS ?

Parmi ceux-ci, lesquels disposent-ils déjà des infrastructures requises : entrée discrète, locaux conformes, services médicaux pluriels ?

Une collaboration entre la Cocom et Gibbis (Bruxelles institutions de santé) est-elle assurée pour accompagner les hôpitaux dans ce processus ?

Enfin, disposez-vous d'informations quant à l'ouverture de ces CPVS supplémentaires ? Quand cette ouverture est-elle prévue ?

Sint-Pieter kunnen slachtoffers van seksueel geweld terecht voor medische zorg, psychologische ondersteuning en begeleiding bij het indienen van een klacht.

Vanaf 2026 financiert het Riziv de ZSG's. Het deed een oproep tot kandidaturen bij de ziekenhuizen voor de opening van drie nieuwe ZSG's, waarvan één in Brussel.

Elk ZSG moet een discrete ingang hebben, naast voldoende ruimten en een campus met uiteenlopende medische diensten. De centra krijgen jaarlijks een budget op basis van het verwachte aantal slachtoffers. Daarmee betalen ze de lonen van verpleegkundigen en psychologen, de coördinator, de supervisie door het HIV-referentiecentrum en de werkingskosten. Een begeleidingscomité staat in voor begeleiding en opvolging van de centra.

Welke ziekenhuizen zijn kandidaat voor de opening van een nieuw ZSG? Welke beschikken al over de vereiste infrastructuur?

Werkt de GGC samen met Gibbis (Gezondheidsinstellingen Brussel) voor de begeleiding van de ziekenhuizen?

Wanneer openen de nieuwe ZSG's?

M. Alain Maron, membre du Collège réuni.- Je connais bien le dispositif des CPVS, et particulièrement le 320 rue Haute, qui réalise un excellent travail aux côtés des victimes de violences sexuelles. Ce dispositif indispensable découle d'une volonté politique au départ de mon parti. Il relaie des demandes insistantes des secteurs de bénéficier de ce type de centres. J'en profite pour saluer toute l'équipe de ce centre.

Cela dit, comme vous le rappelez très justement dans votre question, les CPVS relèvent de la politique hospitalière et donc

De heer Alain Maron, lid van het Verenigd College (in het Frans).- De ZSG's vallen onder de bevoegdheid van het Riziv, dat een federale instelling is. Ik heb geen informatie over de oproep voor kandidaturen. U laat uw vragen best door een collega in de Kamer van Volksvertegenwoordigers stellen.

- Het incident is gesloten.

d'une compétence fédérale, à savoir l'Inami. Je ne possède aucun élément d'information sur cet appel à candidatures auquel la Cocom n'a pas été associée. Je ne peux que vous inviter à demander à l'un de vos collègues fédéraux d'adresser une question écrite ou orale à la Chambre des représentants.

- *L'incident est clos.*