

**ASSEMBLÉE RÉUNIE
DE LA COMMISSION
COMMUNAUTAIRE COMMUNE**

—

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

—

Commission de la Santé

—

**RÉUNION DU
JEUDI 31 MAI 2012**

—

**VERENIGDE VERGADERING
VAN DE GEMEENSCHAPPELIJKE
GEMEENSCHAPSCOMMISSIE**

—

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

—

Commissie voor de Gezondheid

—

**VERGADERING VAN
DONDERDAG 31 MEI 2012**

—

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

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

Les comptes rendus peuvent être consultés à l'adresse
<http://www.parlbruparl.irisnet.be/>

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

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

De verslagen kunnen geconsulteerd worden op
<http://www.parlbruparl.irisnet.be/>

SOMMAIRE**INHOUD**

INTERPELLATIONS	6	INTERPELLATIES	6
- de M. Joël Riguelle	6	- van de heer Joël Riguelle	6
à M. Guy Vanhengel, membre du Collège réuni, compétent pour la Politique de la Santé, les Finances, le Budget et les Relations extérieures,		tot de heer Guy Vanhengel, lid van het Verenigd College, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid, Financiën, Begroting en Externe Betrekkingen,	
et à M. Benoît Cerexhe, membre du Collège réuni, compétent pour la Politique de la Santé et la Fonction publique,		en tot de heer Benoît Cerexhe, lid van het Verenigd College, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid en het Openbaar Ambt,	
concernant "la politique de santé à mener quant à la prise en charge des personnes âgées".		betreffende "het gezondheidsbeleid voor de opvang van bejaarden".	
<i>Discussion – Orateurs : M. Michel Colson, M. Jacques Morel, M. Benoît Cerexhe, membre du Collège réuni, M. Joël Riguelle.</i>	8	<i>Bespreking – Sprekers: de heer Michel Colson, de heer Jacques Morel, de heer Benoît Cerexhe, lid van het Verenigd College, de heer Joël Riguelle.</i>	8
- de M. Michel Colson	15	- van de heer Michel Colson	15
à M. Guy Vanhengel, membre du Collège réuni, compétent pour la Politique de la Santé, les Finances, le Budget et les Relations extérieures,		tot de heer Guy Vanhengel, lid van het Verenigd College, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid, Financiën, Begroting en Externe Betrekkingen,	
et à M. Benoît Cerexhe, membre du Collège réuni, compétent pour la Politique de la Santé et la Fonction publique,		en tot de heer Benoît Cerexhe, lid van het Verenigd College, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid en het Openbaar Ambt,	
concernant "la préparation du Collège réuni au transfert de compétences en matière de santé mentale".		betreffende "het klaarstomen van het Verenigd College voor de overheveling van bevoegdheden inzake mentale gezondheid"	
<i>Discussion – Orateurs : M. Benoît Cerexhe, membre du Collège réuni, M. Michel Colson.</i>	17	<i>Bespreking – Sprekers: de heer Benoît Cerexhe, lid van het Verenigd College, de heer Michel Colson.</i>	17

- de Mme Gisèle Mandaila	19	- van mevrouw Gisèle Mandaila	19
à M. Guy Vanhengel, membre du Collège réuni, compétent pour la Politique de la Santé, les Finances, le Budget et les Relations extérieures,		tot de heer Guy Vanhengel, lid van het Verenigd College, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid, Financiën, Begroting en Externe Betrekkingen,	
et à M. Benoît Cerexhe, membre du Collège réuni, compétent pour la Politique de la Santé et la Fonction publique,		en tot de heer Benoît Cerexhe, lid van het Verenigd College, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid en het Openbaar Ambt,	
concernant "la légionellose".		betreffende "de veteranenziekte".	
<i>Discussion – Orateurs : M. Benoît Cerexhe,</i>	21	<i>Bespreking – Sprekers: de heer Benoît</i>	21
<i>membre du Collège réuni, Mme Gisèle Mandaila.</i>		<i>Cerexhe, lid van het Verenigd College, Mme Gisèle Mandaila.</i>	
- de Mme Anne Herscovici	24	- van mevrouw Anne Herscovici	24
à M. Guy Vanhengel, membre du Collège réuni, compétent pour la Politique de la Santé, les Finances, le Budget et les Relations extérieures,		tot de heer Guy Vanhengel, lid van het Verenigd College, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid, Financiën, Begroting en Externe Betrekkingen,	
et à M. Benoît Cerexhe, membre du Collège réuni, compétent pour la Politique de la Santé et la Fonction publique,		en tot de heer Benoît Cerexhe, lid van het Verenigd College, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid en het Openbaar Ambt,	
concernant "la mise en oeuvre du plan pluriannuel des investissements dans les hôpitaux".		betreffende "de uitvoering van het meerjarig investeringsplan in de ziekenhuizen".	
<i>Discussion – Orateurs : M. Joël Riguelle,</i>	26	<i>Bespreking – Sprekers: de heer Joël Riguelle,</i>	26
<i>Mme Catherine Moureaux, M. Benoît Cerexhe, membre du Collège réuni, Mme Anne Herscovici.</i>		<i>mevrouw Catherine Moureaux, de heer Benoît Cerexhe, lid van het Verenigd College, mevrouw Anne Herscovici.</i>	
QUESTION ORALE	32	MONDELINGE VRAAG	32
- de Mme Gisèle Mandaila	32	- van mevrouw Gisèle Mandaila	32
à M. Guy Vanhengel, membre du Collège réuni, compétent pour la Politique de la Santé, les Finances, le Budget et les Relations extérieures,		aan de heer Guy Vanhengel, lid van het Verenigd College, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid, Financiën, Begroting en Externe Betrekkingen,	

et à M. Benoît Cerexhe, membre du Collège réuni, compétent pour la Politique de la Santé et la Fonction publique,

concernant "la prise en charge des patients drépanocytaires dans les services d'urgence des hôpitaux bruxellois".

en aan de heer Benoît Cerexhe, lid van het Verenigd College, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid en het Openbaar Ambt,

betreffende "de opname van drepanocytosepatiënten in de spoeddiensten van de Brusselse ziekenhuizen".

*Présidence : M. Philippe Close, président.
Voorzitterschap: de heer Philippe Close, voorzitter.*

INTERPELLATIONS

M. le président.- L'ordre du jour appelle les interpellations.

INTERPELLATION DE M. JOËL RIGUELLE

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

ET À M. BENOÎT CEREXHE, MEMBRE DU COLLÈGE RÉUNI, COMPÉTENT POUR LA POLITIQUE DE LA SANTÉ ET LA FONCTION PUBLIQUE,

concernant "la politique de santé à mener quant à la prise en charge des personnes âgées".

M. le président.- Le membre du Collège réuni Benoît Cerexhe répondra à l'interpellation.

La parole est à M. Riguelle.

M. Joël Riguelle.- Si l'on en croit les dernières projections démographiques réalisées par le Bureau fédéral du plan dans une récente étude, la proportion de personnes âgées (65 ans et plus) dans la population totale belge devrait passer de 17% environ en 2010 à 21% en 2025, voire à près de 26% en 2050. La proportion des personnes les plus âgées (85 ans et plus) progressera de manière encore plus spectaculaire, de 2,2% en 2010 à près de 3% en 2025 et à 5,8% en 2050.

Les projections de la population pour la Région bruxelloise affichent des scénarios avec une croissance très limitée de la population des personnes âgées au cours des quinze prochaines années. La part des personnes de 65 ans et plus dans la population bruxelloise restera plus au

INTERPELLATIES

De voorzitter.- Aan de orde zijn de interpellaties.

INTERPELLATIE VAN DE HEER JOËL RIGUELLE

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

EN TOT DE HEER BENOÎT CEREXHE, LID VAN HET VERENIGD COLLEGE, BEVOEGD VOOR HET GEZONDHEIDSBELEID EN HET OPENBAAR AMBT,

betreffende "het gezondheidsbeleid voor de opvang van bejaarden".

De voorzitter.- Collegelid Benoît Cerexhe zal de interpellatie beantwoorden.

De heer Riguelle heeft het woord.

De heer Joël Riguelle (in het Frans).- Afgaande op de recentste cijfers van het Federaal Planbureau zou het percentage vijftenzestigplussers onder de Belgische bevolking stijgen van ongeveer 17% in 2010 tot 21% in 2025 en zelfs bijna 26% in 2050. Het aantal vijftentachtigplussers zal nog sterker stijgen, namelijk van 2,2% in 2010 tot ongeveer 3% in 2025 en 5,8% in 2050.

Volgens de bevolkingsgroei prognoses zal het aandeel bejaarden onder de Brusselse bevolking de komende vijftien jaar slechts in zeer beperkte mate toenemen. Tot 2021 zou het percentage vrij stabiel blijven. Na 2021 zal het Brussels Gewest echter met een aanzienlijke vergrijzing worden geconfronteerd. Tegen 2041 zou het aantal

moins stable jusqu'en 2021. Après 2021, la Région bruxelloise sera confrontée, comme le reste du pays, à une augmentation sensible du nombre de personnes âgées. On prévoit pour 2041 une augmentation de 70.000 à 140.000 personnes.

L'augmentation de l'espérance de vie amène des questions sur les conditions dans lesquelles les personnes âgées vivront. On parle là d'une donnée essentielle, car l'espérance de vie en bonne santé, ou à tout le moins l'espérance de vie sans incapacité, constitue un objectif majeur.

En cas de perte d'autonomie suite à des problèmes de santé, aider les personnes âgées à rester autonomes et à continuer à vivre chez elles aussi longtemps que possible devient une responsabilité politique. Nous savons tous qu'il est impossible de supporter, via les seuls deniers publics, des constructions et des extensions de homes ad vitam aeternam. Il faut donc trouver des solutions alternatives.

Précisément, l'un des objectifs que le Collège réuni s'est fixés pour cette législature consiste à développer et adapter les services dépendant de la Commission communautaire commune aux besoins de soins de santé et à l'état de dépendance physique des personnes âgées. Parmi ces adaptations de services, on peut citer les formes alternatives de soins du protocole 3 et financés par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (Inami), les services intégrés de soins à domicile (SISD), également financés par l'Inami et co-financés par la Division 02 du budget de la Commission communautaire commune (Cocom), les centres de soins de jour, etc.

On peut également citer l'exécution de l'ordonnance en matière de diversification des alternatives aux maisons de repos. Pour ce faire, la conférence interministérielle intra-bruxelloise Social-Santé constitue un bon outil.

Dans cette optique de prévision et de programmation, votre collègue en charge de l'Action sociale et de la Famille à la Cocof a déclaré avoir "déjà pris des accords de principe pour agréer 1.493 lits supplémentaires en maison de repos".

Le ministre a aussi annoncé qu'un colloque sur

bejaarden met 70.000 tot 140.000 toenemen.

De stijgende levensverwachting doet vragen rijzen over de omstandigheden waarin mensen oud zullen worden. Het is de bedoeling dat mensen zo lang mogelijk gezond blijven.

Als bejaarden door gezondheidsproblemen hulp nodig hebben, moeten ze zo lang mogelijk zelfstandig blijven en thuis kunnen blijven wonen. Het is aan de politiek om daarvoor te zorgen. Iedereen beseft dat het onmogelijk wordt om de capaciteit van de rusthuizen eeuwig te blijven uitbreiden met overheidsgeld. We moeten dus op zoek gaan naar alternatieven.

Een van de doelstellingen van het Verenigd College voor deze regeerperiode bestaat erin de diensten waarvoor de GGC bevoegd is, aan te passen aan de medische behoeften en aan de zelfredzaamheidsgraad van bejaarden. Ik verwijs onder meer naar het alternatieve zorgaanbod van protocol 3, dat wordt gefinancierd door het RIZIV, de geïntegreerde diensten voor thuisverzorging (GDT), die samen worden gefinancierd door het RIZIV en de GGC, en de dagcentra.

Ik verwijs ook naar de uitvoering van de ordonnantie betreffende alternatieven voor rusthuizen. De Brusselse interministeriële conferentie Gezondheid en Sociale Zaken houdt zich daarmee bezig.

De minister van Sociale Actie en Gezin van de Franse Gemeenschapscommissie kondigde een principeakkoord aan voor de erkenning van 1.493 extra bedden in de rusthuizen. Hij zei bovendien dat er in juni 2012 een conferentie zou worden georganiseerd over het zorgaanbod voor bejaarden.

We kunnen die uitdaging enkel aangaan door de thuiszorg te ontwikkelen.

Hebt u, als collegelid bevoegd voor de rusthuizen en RVT's, contact opgenomen met uw tegenhanger van de Cocof? Wat staat er in de principeovereenkomsten?

Overleg is altijd nuttig. Werd de GGC betrokken bij de evaluatie van de behoeften en de alternatieven om zorgbehoevende bejaarden

l'offre de services pour les personnes âgées sera organisé au mois de juin 2012 : "Ce colloque sera l'occasion d'aborder l'importance des services d'aide et de garde à domicile et d'évoquer leur renforcement".

Nous ne pourrions relever ce défi qu'en développant l'offre de soins à domicile.

Au titre de membre du Collège réuni compétent pour les maisons de repos et de soins et pour les maisons de repos pour personnes âgées (MRPA) qui dispensent des soins, comme cela est exposé dans les travaux parlementaires de la loi spéciale de 1980, avez-vous pris contact avec votre homologue de la Commission communautaire française (Cocof) ? Le cas échéant, quels sont les termes de référence des accords de principe conclus ?

Partant du principe que la concertation peut améliorer le modèle de gouvernance bruxellois, la Cocom, compétente pour fixer ou exécuter la programmation des infrastructures de santé pour personnes âgées dans la Région, a-t-elle été associée à l'évaluation des besoins et des politiques alternatives de maintien à domicile des personnes âgées nécessitant des soins ?

Sachant que les soins ne participent que pour 20% à l'état de santé de la population, il convient d'axer également nos politiques sur les déterminants de la santé, dont le besoin des personnes âgées de garder un ancrage local, une solidarité et une cohésion sociale près de leur lieu de vie, de leur domicile.

Comment une politique globale pourrait-elle être élaborée dans ce sens ?

Discussion

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

M. Michel Colson.- Je voudrais très brièvement ajouter que je crois que nous devons avoir une politique globale à ce sujet. Suite à une conférence de presse que j'avais organisée avec M. Didier Gosuin autour du "papy-boom", nous avons eu un débat avec votre collègue Mme Evelyne Huytebroeck.

langer thuis te laten wonen?

Medische zorg draagt maar voor 20% bij tot de gezondheid van de bevolking. Het beleid moet dus ook gericht zijn op de gezondheidsdeterminanten, zoals de behoefte van bejaarden aan solidariteit en aan sociale cohesie in hun vertrouwde omgeving.

Welk globaal beleid zult u daartoe uitwerken?

Bespreking

De voorzitter.- De heer Colson heeft het woord.

De heer Michel Colson *(in het Frans).*- *Er is een globaal debat nodig. Ik heb dat eerder al aangekaart bij mevrouw Huytebroeck; zij kondigde toen aan dat ze 1.500 rusthuisbedden kan aanbieden. De analyses tonen nochtans aan dat er een grotere behoefte is aan initiatieven die bejaarden helpen om langer thuis te blijven wonen.*

À cette occasion, elle avait annoncé la possibilité d'offrir 1.500 lits, mais au niveau des maisons de repos (MR) et non pas des maisons de repos et de soins (MRS). Ce qui est bizarre, et je complète ici l'interpellation de M. Riguelle, c'est que les résultats de nos analyses démontrent la nécessité de développer le maintien à domicile et donc les initiatives qui relèvent des structures alternatives.

Selon nous, au moment du papy-boom de 2025, il faudrait déjà avoir converti une partie des lits MR en lit MRS. Cette question me semble extrêmement importante, même si cela s'éloigne un peu du sujet. C'est une piste qu'il faut suivre impérativement pour éviter qu'un jour - comme c'est le cas aujourd'hui pour les écoles - on inaugure fièrement des préfabriqués pour y mettre les personnes âgées, en particulier des lits MRS.

M. Joël Riguelle.- Il y a des préfabriqués de grande qualité, je vous invite à venir voir à Berchem-Sainte-Agathe. Cela pourrait vous faire changer d'avis.

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

M. Jacques Morel.- L'accord institutionnel fédéral aura des conséquences importantes sur les activités de la Cocom, notamment avec les nouvelles compétences qu'elle se verra attribuer. La séance d'aujourd'hui offre un balayage des compétences relatives à la santé mentale, avec l'intervention de M. Colson, et de celles liées aux personnes âgées, avec celle de M. Riguelle.

J'ai envie de compléter cette perspective et ne pas cibler mon intervention sur des aspects administratifs ou concrets de cette défédéralisation de pans importants de la politique de santé, mais plutôt sur les perspectives politiques que cela ouvre.

Il faudrait ajouter aux transferts en matière hospitalière et en matière de politique des personnes âgées et de santé mentale, ceux qui concernent la première ligne de soins. Si on fait le bilan de tout cela, on constate que ces transferts concernent tous les échelons du système de santé.

Cela pourrait offrir la possibilité de développer une politique de santé bruxelloise qui articule l'hébergement, l'hospitalier et l'ambulatoire. Cela

Tegen de papy-boom van 2025 moet een deel van de rusthuisbedden omgevormd zijn tot RVT-bedden. Zo niet moeten we later prefabwoningen voor bejaarden bouwen, zoals we dat nu doen voor scholen.

De heer Joël Riguelle (in het Frans).- *In Sint-Agatha-Berchem kunt u zien dat er ook prefabgebouwen van uitstekende kwaliteit bestaan.*

De voorzitter.- De heer Morel heeft het woord.

De heer Jacques Morel (in het Frans).- *Het federaal institutioneel akkoord zal grote gevolgen hebben voor de GGC, die nieuwe bevoegdheden krijgt. Daar zijn niet enkel administratieve aspecten aan verbonden, maar dit opent ook politieke perspectieven.*

De nieuwe bevoegdheden hebben betrekking op alle niveaus van de gezondheidszorg: de ziekenhuizen, de bejaardenzorg, de mentale gezondheidszorg, maar ook de eerstelijnszorg.

Het wordt dus mogelijk om een Brussels gezondheidsbeleid te ontwikkelen dat alle niveaus omvat. Zo kunnen we de gevolgen aanpakken van de vergrijzing, de demografische boom en de sociale kloof.

Doordat we met de federale overheid akkoorden zullen kunnen afsluiten over de omvorming van bedden, kunnen we bijvoorbeeld de klemtoon van het beleid verleggen van de ziekenhuizen naar de eerstelijnszorg. Die heeft momenteel veel financiële en menselijke middelen te kort.

Ook de overdracht van de subsidies voor

nous aiderait à faire face aux défis de notre Région - le vieillissement, le boom démographique, la dualisation sociale -, des facteurs qui déterminent la santé de la population à Bruxelles.

Par exemple, la possibilité de conclure des accords avec le fédéral en matière de reconversion de lits devrait nous permettre de sortir d'une politique très centrée sur l'hôpital pour renforcer l'organisation de la première ligne de soins, notamment en affectant des moyens différents en faveur du secteur ambulatoire. On sait d'ailleurs que ce secteur est aujourd'hui en difficultés tant sur le plan de ses ressources financières que sur le plan de ses ressources humaines.

Le transfert des subventions aux cercles de médecins généralistes, qui aujourd'hui sont les éléments qui structurent la garde médicale, ou le transfert du Fonds Impulseo, qui soutient les implantations de pratiques généralistes, pourront potentiellement renforcer la première ligne, par exemple en s'appuyant sur des plateformes de type services intégrés de soins à domicile (SISD), favoriser des espaces de concertation entre acteurs de disciplines différentes, voire formuler des avis sur les questions de planification, l'organisation des soins de première ligne et leur articulation avec les hôpitaux, maisons de repos et de soins.

Je voudrais qu'on se souvienne des déclarations de politique de notre législature, qui appelaient la Cocof à "l'élaboration d'une politique cohérente à l'échelle de la Région" et invitaient la Cocom à "privilégier une politique globale de santé intégrant l'ensemble des acteurs de la première ligne" : maisons médicales, médecins généralistes - dont le rôle est essentiel pour l'échelonnement -, secteur paramédical, hôpitaux généraux et spécialisés et lieux de convalescence.

Dans ces perspectives, des éléments concrets envisageaient de croiser l'impact réciproque des différentes compétences au sein de la Conférence interministérielle social-santé bruxelloise, maintenant en place, et, dans le cadre de la Cocom, de créer une plate-forme de concertation entre tous les praticiens pour optimiser leur contribution à la cohérence du système.

Ce transfert pourrait être l'occasion de repenser la distribution actuelle des compétences nouvelles et

huisartsenverenigingen of van het Impulseofonds, dat huisartsenpraktijken ondersteunt, kunnen de eerstelijnszorg helpen versterken, via platformen waar betrokkenen met elkaar kunnen overleggen over de afstemming van de verschillende niveaus van de gezondheidszorg.

Volgens de beleidsverklaringen moet de Cocof een coherent beleid uitwerken op het niveau van het gewest en zal de GGC een globaal gezondheidsbeleid nastreven met alle actoren uit de eerstelijnszorg.

De nieuwe Brusselse interministeriële conferentie Sociale Zaken - Gezondheid moet de impact van de verschillende bevoegdheden op elkaar afstemmen. De GGC zou ook een overlegplatform creëren voor alle betrokkenen om het systeem coherenter te helpen maken.

We kunnen de bevoegdheidsoverdracht aangrijpen om de oude en nieuwe bevoegdheden op een efficiëntere manier te verdelen.

Op welke manier zal de GGC de nieuwe bevoegdheden overnemen? Hebt u al overlegd met de Cocof, de VGC en de Federatie Wallonië-Brussel? Hebt u al nagedacht over de harmonisering en de efficiënte geografische spreiding van oude en nieuwe bevoegdheden?

Zult u effectief zoeken naar een meerwaarde?

anciennes pour une meilleure efficacité.

Pouvez-vous détailler la méthode adoptée pour l'accueil de ces nouvelles compétences en matière de santé ? Une concertation a-t-elle déjà eu lieu - ou été entamée - avec la Cocof, la Vlaamse Gemeenschapscommissie (VGC) et la Fédération Wallonie-Bruxelles ? Une réflexion a-t-elle été entreprise à propos de l'articulation de ces différentes compétences sur le territoire bruxellois, en matière d'harmonisation entre compétences anciennes et nouvelles, de répartition géographique ?

Envisagez-vous vraiment de rechercher une plus-value potentielle de cette complémentarité ?

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

M. Benoît Cerexhe, membre du Collège réuni.- Depuis le dépôt de votre interpellation en mars dernier, différents éléments ont évolué.

Tout d'abord, une Conférence interministérielle intrabrugeoise social-santé a eu lieu le 26 avril. Elle a approuvé la note relative à la politique des personnes âgées. Selon cette dernière, donner aux personnes âgées une véritable possibilité de rester à domicile si elles le souhaitent nécessite le développement d'un véritable plan de maintien à domicile. Un tel plan implique l'engagement de divers ministres aux compétences multiples : aide aux personnes, logement, mobilité, économie sociale et emploi, cohésion sociale, entités locales, information, communication et santé.

Voici ses conclusions essentielles en ce qui concerne le maintien de la personne âgée dans le milieu de vie choisi.

1. La concertation existant déjà entre les acteurs de l'aide à domicile et les professionnels de la santé sera élargie via une mission à demander à la plateforme Conectar et aux autres services et établissements de la santé et du social.

2. Une réflexion sera menée quant à la reconnaissance du métier de garde à domicile ainsi qu'à la diversification des métiers liés au maintien à domicile, notamment par le biais de l'ensemble des conférences interministérielles, entre le niveau fédéral, les Communautés et les Régions, ainsi que

De voorzitter.- De heer Cerexhe heeft het woord.

De heer Benoît Cerexhe, lid van het Verenigd College (in het Frans).- Sinds de indiening van uw interpellatie in maart zijn er een aantal dingen gewijzigd.

Op 26 april vond er een Brusselse interministeriële conferentie Sociale Zaken-Gezondheid plaats. Die keurde de nota over het bejaardenbeleid goed. Volgens die beleidsnota moet een plan worden ontwikkeld om bejaarden thuis te laten blijven wonen, indien zij dat wensen. Voor dit plan moeten meerdere ministers met verschillende bevoegdheden zich engageren.

Ik geef u de belangrijkste conclusies wat betreft het verblijf van bejaarden in de omgeving van hun keuze.

Ten eerste moet het overleg tussen de thuishulpsector en de gezondheidswerkers worden uitgebreid via het platform Conectar en andere sociale diensten en gezondheidsinstellingen.

Ten tweede wordt bekeken of het beroep van thuisopvang kan worden erkend. Daarnaast wordt de diversificatie bestudeerd van beroepen die samenhangen met het langer thuis laten wonen van bejaarden. Het overleg gebeurt op de interministeriële conferenties tussen het federale niveau, de gemeenschappen en gewesten en met de sociale economie.

Ten derde worden er specifieke projecten

par le biais de l'économie sociale. Cette diversification englobera par exemple la mobilité et, partant, le transport des personnes âgées ou l'aménagement du domicile.

3. Des projets spécifiques pour les personnes âgées d'origine immigrée seront développés après contact avec la structure Ovalo concernant les projets existants et leur évaluation.

4. Les différents ministres bruxellois se coordonneront pour les projets à développer dans le cadre de l'année européenne 2012 du vieillissement actif et de la solidarité entre les générations. Pour ce faire, une réflexion sera menée à partir de la charte OMS "Ville amie pour les aînés".

5. Le développement de projets alternatifs aux maisons de repos, en ce compris des résidences-services dans le secteur à profit social, sera envisagé dans le cadre de la politique de logement. Ces projets viseront également à éviter la solitude des personnes âgées. Une attention particulière sera aussi accordée à leur accessibilité tant physique que financière, notamment en tenant compte des attentes et des capacités d'investissement des personnes âgées.

En ce qui concerne plus spécifiquement le Plan démence, il sera établi en prenant en considération les autres plans existants en la matière et identifiera les actions du niveau fédéral et des Communautés française et flamande qui, dans le cadre de leurs compétences respectives en santé, s'appliquent à la Région bilingue de Bruxelles-Capitale. Une concertation aura lieu avec les représentants des différentes asbl actives dans le domaine et avec les membres de la Plateforme démence.

Ces actions sont menées sur deux plans. Premièrement, une action sur les déterminants de la santé et du bien-être pour retarder le plus possible l'entrée en dépendance, et deuxièmement, lorsque la dépendance est avérée, l'organisation d'un ensemble cohérent permettant de créer un continuum optimal d'aide et de soins permettant aux personnes âgées de vivre le plus possible dans le lieu de vie qu'elles ont choisi.

Une base très utile pour le développement de ces

ontwikkeld voor bejaarde immigranten na contact met Ovalo over de al bestaande projecten en de evaluatie daarvan.

Ten vierde plegen de verschillende Brusselse ministers overleg over te ontwikkelen projecten in het kader van het Europees jaar 2012 van actief ouder worden en solidariteit tussen de generaties. Er wordt gewerkt op basis van het charter Ouderenvriendelijke stad van de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO).

Ten vijfde worden alternatieven voor rusthuizen ontwikkeld. Bij die projecten wordt er rekening mee gehouden dat bejaarden niet mogen vereenzamen. In het bijzonder wordt erop gelet dat de woningen fysiek en financieel voor hen toegankelijk zijn.

Bij het opstellen van het dementieplan wordt rekening gehouden met de bestaande plannen en initiatieven op federaal niveau en bij de Franse en Vlaamse Gemeenschap die in het kader van hun respectieve bevoegdheden op het vlak van gezondheid van toepassing zijn in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Er wordt overlegd met vertegenwoordigers van de verschillende vzw's actief in het domein en met de leden van het Dementieplatform.

Er wordt op twee vlakken gewerkt. Ten eerste aan de determinanten voor gezondheid en welzijn, zodat bejaarden zo lang mogelijk zelfstandig blijven. Ten tweede aan de organisatie van een coherente begeleiding van de zorgbehoevende bejaarde, zodat de bejaarde zo lang mogelijk in de omgeving van zijn keuze kan verblijven door een optimale zorgverlening.

Een goede basis vormt de gids voor een ouderenvriendelijke stad van de WGO. De gezondheidszorg verklaart inderdaad slechts 10 à 20% van de gezondheidstoestand van de bevolking.

Een tweede grote wijziging is dat er een interministeriële conferentie gepland is voor 18 juni en dat de gespecialiseerde werkgroep bejaarden opnieuw bijeenkomt.

Voor elke vergadering komen de verschillende kabinetten samen om een gemeenschappelijk

actions politiques est le guide édité par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) des villes amies des aînés dont on a déjà parlé en commissions tant de la santé que de l'action sociale. Nous nous inscrivons donc dans la ligne que vous avez évoquée, à savoir que les soins de santé n'expliquent que 10 à 20% de l'état de santé de la population.

Une deuxième grande évolution depuis le dépôt de votre interpellation est le fait qu'une Conférence interministérielle santé publique est programmée pour le 18 juin prochain et que le groupe de travail spécialiste des personnes âgées se réunira à nouveau.

Préalablement à chaque réunion, une réunion intercabinets a lieu pour déterminer une position bruxelloise commune. Cette position est de solliciter des reconversions de lits MR en lits MRS, le but étant que les personnes âgées de catégorie de dépendance B et C puissent disposer d'un lit MRS. J'ai bon espoir d'obtenir un nombre satisfaisant de lits MR reconvertis en lits MRS.

Parallèlement aux intercabinets bruxellois de préparation, nous pouvons vous signaler que nous sommes pleinement associés à l'étude relative à la programmation des services d'action sociale qui se déroule actuellement à la demande des ministres de l'Aide aux personnes de la Cocom et du ministre de l'Action sociale de la Cocof.

En ce qui concerne votre question sur l'ouverture de lits supplémentaires, nous pouvons vous répondre que le moratoire fixé en Conférence interministérielle de la santé publique est respecté. Sa dernière évaluation date du 12 septembre dernier et a été sanctionnée sous la forme de l'avenant n°6 au protocole d'accord n°3.

L'ouverture annoncée concernait des lits qui avaient déjà reçu des accords de principe. Nous devons par ailleurs admettre le fait que la Région bruxelloise compte proportionnellement plus de personnes âgées valides dans ses maisons de repos que les autres Régions.

Pour résumer, la Région bruxelloise ne demande pas une extension de son moratoire mais, au sein de celui-ci, plus de lits MRS, car de nombreuses personnes âgées dépendantes sont encore

Brussels standpunt te bepalen. Dat houdt in dat we rusthuisbedden willen omvormen in RVT-bedden, zodat bejaarden uit de afhankelijkheidscategorieën B en C een RVT-bed kunnen krijgen. Waarschijnlijk kunnen voldoende rusthuisbedden in RVT-bedden worden omgezet.

Daarnaast is er de studie naar de programmering van de diensten voor maatschappelijk welzijn die loopt op vraag van de ministers van Bijstand aan personen van de GGC en de minister van Maatschappelijk Welzijn van de Cocof.

Wat betreft de extra bedden blijft het moratorium zoals vastgelegd door de interministeriële conferentie voor Volksgezondheid behouden. Dat werd voor het laatst geëvalueerd op 12 september en aangepast met aanhangsel nr. 6 in protocolakkoord nr. 3.

Het gaat om bedden waarvoor al een principeakkoord bestaat. Het Brussels Gewest telt overigens meer gezonde bejaarden in rusthuizen dan de andere gewesten.

Het Brussels Gewest vraagt niet om een uitbreiding van het moratorium, wel dat er binnen dat moratorium meer RVT-bedden komen, want heel wat zorgbehoevende bejaarden hebben nu een rusthuisbed terwijl dat een RVT-bed zou moeten zijn.

De studies over het onderwerp worden nauwgezet opgevolgd. Een ervan is die van het Federaal Kenniscentrum (KCE), waaruit de noodzaak naar boven kwam om meer hulp en verzorging aan huis aan te bieden. De beslissingen van de Brusselse interministeriële conferentie kaderen in die vaststelling.

De verschillende overheden van het Brussels Gewest willen niet alleen de levensverwachting verhogen, maar vooral het aantal jaren die men gezond kan doorbrengen.

De doelgroep van het beleid kan zelfs worden uitgebreid naar chronisch en mentaal zieken en personen die op een of andere manier hulpbehoevend zijn.

Bovendien moet de sociale ongelijkheid worden bestreden, want wie arm is, wordt sneller ziek. Dat

hébergées dans un lit MR alors qu'elles devraient l'être dans un lit MRS.

En ce sens, nous suivons les études réalisées sur le sujet, dont celle du Federaal Kenniscentrum - Centre fédéral d'expertise (KCE). Cette dernière étude pointait la nécessité de développer l'aide et les soins à domicile. Les décisions prises par la Conférence interministérielle intrabruelloise s'inscrivent dans cet objectif.

M. Vanhengel et moi-même pouvons conclure que l'objectif que vous pointez d'augmenter non seulement l'espérance de vie, mais aussi et surtout, l'espérance de vie en bonne santé, est celui que les entités fédérées de la Région bruxelloise ont défini.

Nous pouvons même élargir les bénéficiaires de ces politiques, puisqu'elles peuvent également s'adresser, d'une part, aux personnes souffrant de maladies chroniques (car les malades chroniques deviendront de plus en plus nombreux) et, d'autre part, aux malades mentaux et aux personnes souffrant de différents types de dépendances.

En outre, en travaillant sur les déterminants de la santé dans une optique de promotion de santé et du bien-être, nous luttons également contre les inégalités sociales liées à la santé. Celles-ci se marquent souvent chez les personnes âgées, au détriment souvent des femmes.

En définitive, nous faisons en quelque sorte "d'une pierre plusieurs coups" : développement de la santé et du bien-être, lutte contre les inégalités sociales de santé et promotion de la politique du genre.

Je termine par la problématique des transferts institutionnels. Je pense en effet que tout changement peut devenir une opportunité. Nous comptons saisir celle-ci lors de cette sixième réforme de l'État, et ce en collaboration avec les autres entités fédérées compétentes en Région bruxelloise dans le domaine de la santé.

Un autre débat parlementaire aura lieu à ce sujet. Je reviendrai sur cette problématique de la santé mentale, afin de ne pas déflorer la réponse que je compte donner à M. Colson tout à l'heure.

geldt in het bijzonder voor bejaarde vrouwen.

Ten slotte zijn er nog de institutionele transfers. Op dat vlak biedt de zesde staatshervorming ongetwijfeld kansen.

Ik kom later nog op de problematiek van de geestelijke gezondheid terug.

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

M. Joël Riguelle.- Votre explication me semble tout à fait cohérente et vous rencontrez à maints égards les préoccupations que mon groupe et moi-même partageons.

Je relève tout d'abord le transfert MR-MRS. Si l'on s'engage dans une politique qui privilégie le maintien à domicile le plus tard possible, les MR deviendront en quelque sorte une étape inutile. Il est très important que nous soyons attentifs à la première ligne de soins que constituent notamment les médecins généralistes.

J'entends aussi qu'il existe une concertation efficace, qui apporte des solutions. Du reste, j'ai été agréablement surpris d'entendre que, pour développer des alternatives aux homes, on fera appel au budget du Logement. Ce n'était pas le cas sous la précédente législature et, encore récemment, lorsque j'évoquais la possibilité de développer des alternatives aux hébergements pour personnes handicapées grâce au budget du Logement, on m'a répondu que ce n'était pas possible.

Dès lors, quelle éclaircie dans notre paysage politique que cette possibilité de ruser intelligemment avec nos compétences, moyennant bien entendu toute la vigilance requise pour parer un quelconque arrêt constitutionnel !

Dans ce cadre-là aussi, le partenariat avec les communes et les CPAS sera un élément important. Les communes ne sont pas capables de tout prendre en charge, mais elles peuvent être les partenaires de formules alternatives, à travers une part de leur patrimoine, des subsides, de leur travail de coordination avec les CPAS. Cette piste mérite d'être explorée dans un avenir proche.

- L'incident est clos.

INTERPELLATION DE M. MICHEL COLSON

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

De voorzitter.- De heer Riguelle heeft het woord.

De heer Joël Riguelle (in het Frans).- *Als we er naar streven om bejaarden zo lang mogelijk thuis te laten wonen, worden rusthuizen in feite overbodig. Het is dan ook uiterst belangrijk dat we aandacht besteden aan de eerstelijnszorg en meer bepaald aan de huisartsen.*

Het overleg verloopt blijkbaar efficiënt. Dat is goed. Ik was ook aangenaam verrast dat u, anders dan tijdens de vorige regeerperiode, een beroep wilt doen op het budget Huisvesting bij het ontwikkelen van alternatieven voor homes.

De mogelijkheden die we krijgen om intelligent om te springen met onze bevoegdheden zijn een hele verbetering, al moeten we er natuurlijk voor opletten dat we niet op een grondwettelijk arrest stuiten.

Het partnerschap met de gemeenten en de OCMW's zal erg belangrijk zijn. De gemeenten kunnen niet alles in handen nemen, maar kunnen wel een rol spelen bij alternatieve oplossingen door hun patrimonium ter beschikking te stellen, subsidies te verlenen en coördinerend te werken met de OCMW's.

- Het incident is gesloten.

INTERPELLATIE VAN DE HEER MICHEL COLSON

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

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

**ET À M. BENOÎT CEREXHE, MEMBRE
DU COLLÈGE RÉUNI, COMPÉTENT
POUR LA POLITIQUE DE LA SANTÉ ET
LA FONCTION PUBLIQUE,**

**concernant "la préparation du Collège
réuni au transfert de compétences en
matière de santé mentale".**

M. le président.- Le membre du Collège réuni Benoît Cerexhe répondra à l'interpellation.

La parole est à M. Colson.

M. Michel Colson.- L'accord institutionnel d'octobre 2011 a des conséquences directes sur le secteur de la santé mentale, puisque celui-ci précise que :

- les plateformes de soins de santé mentale sont transférées aux entités fédérées ;
- la compétence complète en matière de Maisons de soins psychiatriques (MSP) et d'Initiatives d'habitation protégée (IHP) sera transférée aux Communautés.

Il est également stipulé que "dans la mesure où les compétences impliquent, pour les personnes, des obligations ou des droits à une intervention ou une allocation, ou lorsqu'il s'agit d'institutions bicommunautaires, l'autorité compétente en Région de Bruxelles-Capitale sera la Commission communautaire commune. De plus, l'accord de la Saint-Quentin pourra être appliqué".

Les Régions avaient déjà la compétence d'agrément et d'inspection pour ces différentes structures. Elles récupèrent, suite à cet accord, la compétence en matière de programmation, de normes et de financements. Les hôpitaux psychiatriques restent quant à eux de la compétence fédérale.

Au niveau des financements, il est prévu que les matières communautarisées seront financées sur des clefs tenant compte des besoins et selon des

**GEZONDHEIDSBELEID, FINANCIËN,
BEGROTING EN EXTERNE
BETREKKINGEN,**

**EN TOT DE HEER BENOÎT CEREXHE,
LID VAN HET VERENIGD COLLEGE,
BEVOEGD VOOR HET GEZONDHEIDS-
BELEID EN HET OPENBAAR AMBT,**

**betreffende "het klaarstomen van het
Verenigd College voor de overheveling van
bevoegdheden inzake mentale gezondheid"**

De voorzitter.- Collegelid Benoît Cerexhe zal de interpellatie beantwoorden.

De heer Colson heeft het woord.

De heer Michel Colson (in het Frans).- *Het institutioneel akkoord van oktober 2011 heeft een rechtstreekse impact op de sector geestelijke gezondheidszorg. De overlegplatforms geestelijke gezondheidszorg worden overgedragen aan de gewesten en gemeenschappen. Bovendien zal de volledige bevoegdheid voor de psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT's) en initiatieven voor beschut wonen (BEWO) voortaan bij de gemeenschappen rusten.*

Het akkoord stelt de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC) aan als de bevoegde instantie voor het Brussels Hoofdstedelijk Gewest voor verplichtingen of rechten van personen op tegemoetkoming of toelagen, alsook voor de bicommunautaire instellingen. Bovendien kan het Sint-Kwintensakkoord worden toegepast.

De gewesten waren al bevoegd voor de erkenning en de controle van die instellingen en krijgen daar nu nog programmering, normering en financiering bij. Psychiatrische ziekenhuizen blijven onder federale bevoegdheid.

Voor de financiering van de nieuwe gemeenschapsbevoegdheden wordt rekening gehouden met bestaande behoeftes en demografische gegevens. Voor de geestelijke gezondheidszorg is een bedrag voorzien van 174,8 miljoen euro.

clefs démographiques. Pour le secteur de la santé mentale, cela représente un montant de 174,8 millions d'euros.

Je souhaiterais vous interroger sur les conséquences de cet accord et sur la préparation de notre administration face à ces nouveaux défis.

Des rencontres ont-elles été organisées avec le secteur de la santé mentale bruxellois ? Des demandes, des craintes ont-elles été formulées ? Si oui, lesquelles ?

Ce transfert aura-t-il des conséquences sur la qualité de l'offre de ces services ?

A-t-on des garanties quant aux transferts financiers accompagnant ce transfert de compétences ? Ceux-ci seront-ils suffisants ?

Au niveau de l'administration, comment ce transfert est-il envisagé ? Des contacts ont-ils déjà été pris avec les services fédéraux s'occupant de cette matière ? Avec quels résultats ?

Qu'en est-il de la gestion des conventions particulières signées entre l'Inami et différentes structures psycho-socio-thérapeutiques ? L'administration de la Cocom envisage-t-elle de sous-traiter ce travail à l'Inami ? Envisage-t-on de recruter ce personnel au sein de notre administration ?

Nous abordons là un vaste débat sur la capacité de cette petite administration, qui pourrait hériter de compétences très étendues avec le personnel actuellement en place.

Mais je ne vois pas où est le progrès s'il s'agit simplement de sous-traiter à l'Inami en le payant.

Discussion

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

M. Benoît Cerexhe, membre du Collège réuni.- À la fin du mois de janvier, le Collège réuni a adopté une méthodologie de travail pour la sixième réforme de l'État. Il a affirmé sa volonté de travailler en concertation constante avec les administrations concernées et les partenaires sociaux.

Vond er overleg plaats met de Brusselse geestelijke gezondheidssector? Welke eisen of bezorgdheden werden er geuit? Heeft de overdracht gevolgen voor de kwaliteit van de dienstverlening?

Gaan de nieuwe bevoegdheden gepaard met gegarandeerde nieuwe middelen en zullen die volstaan? Hoe komt de overdracht tot stand binnen de administratie? Is er contact opgenomen met de betreffende overheidsdiensten en zo ja, met welk resultaat?

Zal de administratie van de GGC het beheer van de bijzondere overeenkomsten tussen het RIZIV en de instellingen voor psychosociale revalidatie in de toekomst uitbesteden aan het RIZIV of wordt het eigen personeelsbestand uitgebreid? De nieuwe bevoegdheden zouden wel eens te uitgebreid kunnen blijken voor het huidige personeelsbestand van de administratie.

Uitbesteding lijkt me echter geen goede oplossing.

Bespreking

De voorzitter.- De heer Cerexhe heeft het woord.

De heer Benoît Cerexhe, lid van het Verenigd College (in het Frans).- *Eind januari keurde het Verenigd College een werkmethode goed voor de uitvoering van de zesde staats hervorming. Dat moet gebeuren in permanent overleg met de betrokken administraties en sociale partners.*

Il s'agira en effet de cerner et de trancher les nombreuses questions qu'une réforme de cette ampleur pose inmanquablement ; de déterminer la ou les entité(s) bruxelloise(s) concernée(s) par les transferts de compétences ; d'intégrer, dans des délais raisonnables et en assurant la continuité des services publics, les nouvelles missions et le personnel transféré ; de chiffrer les moyens - en fonctionnement et en bâtiments - nécessaires pour continuer de fournir à la population des services publics de qualité ; de travailler en concertation avec les administrations fédérales concernées et les partenaires sociaux.

La méthodologie repose sur trois groupes de travail thématiques : soins de santé, aide aux personnes, dont les allocations familiales et le droit sanctionnel de la jeunesse, et personnes âgées ; un groupe de travail faitier sera chargé du suivi et de la synthèse de leurs travaux.

Les partenaires sociaux sont associés aux réflexions et analyses selon le mode opératoire suivant : préalablement aux travaux de fond, les partenaires sociaux ont été reçus pour être informés de la méthodologie et faire part de leurs observations ; les groupes de travail thématiques invitent les partenaires sociaux chaque fois qu'ils l'estiment opportun ; au terme de ses analyses, chaque groupe de travail thématique accueillera les partenaires sociaux pour présenter une synthèse de ses travaux et prendre connaissance de leurs observations ; la synthèse globale élaborée par le groupe de travail faitier fera l'objet d'une présentation aux partenaires sociaux.

Une réunion de présentation de la méthodologie aux partenaires sociaux, y compris les mutuelles et les fédérations de prestataires, s'est tenue en mars. Les représentants du secteur de la santé mentale y étaient invités et y ont participé. Ils n'ont formulé aucune remarque particulière.

Les groupes de travail se réunissent. Leur rôle consiste à mener une réflexion essentiellement technique et administrative en s'appuyant sur une fiche standardisée. Ensuite, le groupe de travail faitier proposera un rapport de synthèse qui devra être approuvé par le Collège réuni préalablement à sa présentation à l'Assemblée réunie. Les députés seront donc associés à la démarche.

Er moeten heel wat beslissingen genomen worden: welk Brussels beleidsniveau welke bevoegdheid krijgt; hoe de nieuwe taken en het nieuwe personeel geïntegreerd moeten worden; welke middelen waar nodig zijn; hoe we zullen overleggen met de federale administraties en de sociale partners.

De werkmethode berust op drie thematische werkgroepen: gezondheid, bijstand aan personen (waaronder gezinsuitkeringen en jeugdsanctierecht) en bejaardenzorg. Een overkoepelende werkgroep zal een synthese maken van de resultaten.

De sociale partners werden als eersten over deze methode geïnformeerd. De werkgroepen zullen hen uitnodigen telkens ze dat opportuun vinden. Na de analyses zal elke werkgroep zijn resultaten voorleggen aan de sociale partners en hetzelfde gebeurt met de globale synthese van de overkoepelende werkgroep.

De eerste informatievergadering, over de methode, vond plaats in maart met vertegenwoordigers van de sector van de geestelijke gezondheidszorg.

Momenteel komen de werkgroepen bijeen. Hun werk is eerder technisch en administratief. De synthese van de overkoepelende werkgroep moet worden goedgekeurd door het Verenigd College en wordt vervolgens voorgesteld aan de Verenigde Vergadering.

De sector van de geestelijke gezondheidszorg wordt dus zeker en vast betrokken bij de uitvoering van de bevoegdheidsoverdracht.

En conclusion, nous pouvons confirmer que le secteur de la santé mentale, concerné par la réforme de l'État, est et restera associé à nos travaux.

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

M. Michel Colson.- Je m'attendais quelque peu à cette réponse.

Je dois essayer d'y voir clair. En effet, il existe une particularité à Bruxelles, notamment au niveau des institutions. Le territoire bruxellois en héberge beaucoup plus que la Wallonie ou la Flandre.

Ces gens demeurent extrêmement inquiets et il est préférable qu'ils ne soient pas associés, comme vous sembliez dire que c'est le cas. Je me permettrai donc, avec votre accord, de les inviter à prendre contact avec votre cabinet pour éventuellement les rassurer.

Ils sont conventionnés Inami et ne savent pas très bien s'ils seront placés du côté mono ou bicommunautaire. Telle est la réalité sur le terrain, et je me permettrai de faire office d'intermédiaire pour ce secteur qui, peut-être, a été oublié. C'est en tout cas la fédération qui nous a contacté.

(M. Jacques Morel, doyen d'âge, prend place au fauteuil présidentiel)

M. Benoît Cerexhe, ministre.- La fédération contacte qui elle souhaite contacter. Si elle décide de s'adresser à mon cabinet, nous serons bien entendu à l'écoute et les recevrons pour prendre connaissance de leurs éventuelles préoccupations.

- *L'incident est clos.*

(M. Philippe Close, président, reprend place au fauteuil présidentiel)

INTERPELLATION DE MME GISÈLE MANDAILA

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

De voorzitter.- De heer Colson heeft het woord.

De heer Michel Colson (in het Frans).- *In Brussel zijn er veel meer instellingen dan in Wallonië of Vlaanderen. Die maken zich zorgen. Ik zal hen aanraden om contact op te nemen met uw kabinet.*

Het is niet voor alle instellingen duidelijk of ze monocommunitair of bicomunitair zullen worden.

(De heer Jacques Morel, oudste lid in jaren, treedt als voorzitter op)

De heer Benoît Cerexhe, lid van het Verenigd College (in het Frans).- *Ze mogen zich met hun vragen tot mijn kabinet richten.*

- *Het incident is gesloten.*

(De heer Philippe Close, voorzitter, treedt opnieuw als voorzitter op)

INTERPELLATIE VAN MEVROUW GISÈLE MANDAILA

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

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

**ET À M. BENOÎT CEREXHE, MEMBRE
DU COLLÈGE RÉUNI, COMPÉTENT
POUR LA POLITIQUE DE LA SANTÉ ET
LA FONCTION PUBLIQUE,**

concernant "la légionellose".

M. le président.- Le membre du Collège réuni Benoît Cerexhe répondra à l'interpellation.

La parole est à Mme Mandaila.

Mme Gisèle Mandaila.- La légionellose, ou la maladie du légionnaire, est due à une bactérie qui se développe dans les réseaux d'eau douce naturelle ou artificielle et dans un milieu organique favorable à sa prolifération, comme les stations thermales, les climatiseurs, les pommeaux de douche, les bains à remous du type jacuzzi, les piscines, les robinets, les fontaines, les tours aéro-réfrigérantes, l'eau du robinet provenant de grands réservoirs, et les chauffe-eau électriques.

La contamination se fait par l'introduction de micro-gouttelettes (aérosols) contenant des bactéries véhiculées par l'air dans les poumons. C'est en été que la contamination est la plus élevée. Environ 2% de l'eau utilisée dans les systèmes de refroidissement par voie humide s'échappent sous forme d'aérosol et peuvent dériver de 500 mètres à plusieurs kilomètres à partir de la source.

La légionellose est une maladie rare, mais grave, entraînant des complications qui sont mortelles dans 15% de cas, selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

S'il est aujourd'hui impossible d'éradiquer la source d'infection, il est possible de réduire considérablement le risque de la survenance des cas de légionellose grâce à la prévention. L'OMS conseille le nettoyage et la désinfection à intervalles réguliers et recommande l'application de mesures préventives, en particulier dans les hôpitaux, les sites industriels, les hôtels et les centres de loisirs, afin de diminuer le risque de contamination par les légionelles et d'éviter "la

**GEZONDHEIDSBELEID, FINANCIËN,
BEGROTING EN EXTERNE
BETREKKINGEN,**

**EN TOT DE HEER BENOÎT CEREXHE,
LID VAN HET VERENIGD COLLEGE,
BEVOEGD VOOR HET GEZONDHEIDS-
BELEID EN HET OPENBAAR AMBT,**

betreffende "de veteranenziekte".

De voorzitter.- Collegelid Benoît Cerexhe zal de interpellatie beantwoorden.

Mevrouw Mandaila heeft het woord.

Mevrouw Gisèle Mandaila (in het Frans).- *De legionairsziekte of veteranenziekte wordt veroorzaakt door een bacterie die uitstekend gedijt in douches, airconditioners, jacuzzi's, zwembaden, warmwaterkranen enzovoort.*

De besmetting gebeurt door kleine waterdeeltjes die via de lucht in de longen terechtkomen. Ongeveer 2% van het water dat in koelsystemen gebruikt wordt, komt op die manier in de lucht terecht en kan kilometers ver geraken. Vooral in de zomer geraken mensen besmet. De ziekte is erg zeldzaam, maar ook erg gevaarlijk. Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) is ze in 15% van de gevallen dodelijk.

De ziekte uitroeien, is momenteel helaas onmogelijk maar een goede preventie kan veel betekenen. De WGO raadt aan om installaties regelmatig schoon te maken en te desinfecteren en om preventieve maatregelen toe te passen in ziekenhuizen, fabrieken, hotels en vakantiecentra.

In Vlaanderen en Wallonië is een beheersplan tegen de veteranenziekte voor dergelijke installaties verplicht, maar in Brussel is dat enkel zo voor zwembaden (besluit van 10 oktober 2002). Dat is niet normaal, aangezien de vele Brusselse ziekenhuizen en rusthuizen ook met de ziekte geconfronteerd kunnen worden.

Bestaat er een lijst van risicovolle openbare gebouwen in het Brussels Gewest? Worden die geëvalueerd en hoe vaak? Welke maatregelen worden er genomen om de veteranenziekte te voorkomen? Hoe verloopt de controle? Zou het

survenue de cas sporadiques".

Si un plan de gestion de la légionellose est obligatoire en Flandre et en Wallonie, il n'en est rien à Bruxelles. Seuls les bassins de natation font l'objet d'une obligation, comme le stipule l'arrêté du Gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale du 10 octobre 2002 fixant les conditions d'exploitation pour les bassins de natation.

Or, Bruxelles est une grande métropole urbaine, avec une forte densité d'hôpitaux et de maisons de repos, qui doivent parfois faire face à des cas de légionellose. Il est donc anormal de ne pas avoir un plan de gestion obligatoire comme c'est le cas dans les deux autres Régions.

Existe-t-il une liste des installations publiques à risque en Région bruxelloise ?

Une évaluation générale de toutes ces installations publiques à risque est-elle faite ? Si oui, quelle est sa périodicité ?

Quelles sont les mesures prises pour prévenir la légionellose dans les espaces publics autres que les bassins de natation ? Comment le contrôle est-il fait ?

À l'instar des Régions flamande et wallonne, ne faudrait-il pas mettre en place un plan de gestion obligatoire de la légionellose, avec une augmentation de la fréquence des mesures à au moins deux fois par an de dénombrement des colonies de légionelles ?

Discussion

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

M. Benoît Cerexhe, membre du Collège réuni.- L'arrêté du 10 octobre 2002 que vous citez est un arrêté du Gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale et non du Collège réuni de la Commission communautaire commune (Cocom). La matière ne relève donc formellement pas de notre compétence, puisque les mesures prises relèvent de l'environnement. Je vous invite à poser la question à ma collègue en charge de la compétence en question.

Le site internet de Bruxelles Environnement

niet nuttig zijn om ook in Brussel een beheersplan verplicht te maken?

Bespreking

De voorzitter.- De heer Cerexhe heeft het woord.

De heer Benoît Cerexhe, lid van het Verenigd College (in het Frans).- *Het besluit van 10 oktober 2002 is er een van de gewestregering en niet van het Verenigd College. Strikt genomen valt deze kwestie eerder onder de bevoegdheid van de minister van Leefmilieu.*

De website van Leefmilieu Brussel heeft een algemene pagina over de veteranenziekte, naast specifieke pagina's over manieren om de risico's te beperken en om preventieplannen op te stellen voor een hele reeks sectoren.

consacre d'ailleurs une page générale à la légionellose, ainsi que des pages spécifiques à la façon de limiter les risques et d'établir un plan de prévention pour certains secteurs d'activité, comme les établissements disposant de tours de refroidissement "humide", les établissements à risques, dont les hôtels, les piscines, les complexes sportifs et les salles de sport, certains immeubles de bureaux, certaines écoles et internats, certaines expositions, les casernes, les prisons et les jardins botaniques tropicaux.

Nous avons, par ailleurs, demandé l'avis des médecins inspecteurs d'hygiène de l'administration de la Cocom. Tout comme ils ont des contacts permanents avec les Services d'inspection d'hygiène des Communautés française et flamande, ils en ont avec la cellule régionale de Bruxelles Environnement, compétente pour la légionellose.

En cas de légionellose, ils sont informés. Cette information peut également provenir du Centre européen de prévention et de contrôle des maladies ou encore d'autres pays étrangers, via le Point focal belge situé au sein du SPF Santé publique. En effet, un protocole d'accord concernant la notification internationale de la Belgique dans le cadre du Règlement sanitaire international (RSI) a été signé le 11 mars 2008 entre le niveau fédéral, les Communautés et les Régions. Ce protocole d'accord met en oeuvre la directive européenne et les règles de l'OMS en la matière. Ce type de notification arrive quand il est fait mention d'une infection éventuellement contractée dans un hôtel bruxellois.

Une fois averti, le Service d'inspection d'hygiène contacte l'hôtel. À ce jour, il n'y a pas encore eu de cas répétés dans un même hôtel, ce qui permet d'exclure une source infectieuse liée à un hôtel en particulier. Seuls quelques cas simples ont été mis en évidence. Le Service d'inspection d'hygiène saisit l'occasion de ces cas isolés pour sensibiliser les hôtels sur la question. Les tours-opérateurs inscrivent un hôtel sur leurs listes noires des qu'il y a deux cas déclarés par an.

L'intervention et les conseils du Service d'inspection d'hygiène sont généralement appréciés par les directions des hôtels.

De Dienst Inspectie voor Hygiëne van de GGC heeft permanent contact met zijn Vlaamse en Waalse tegenhangers en met Leefmilieu Brussel en is dus goed op de hoogte.

Daarnaast krijgt de dienst ook informatie van buitenlandse instellingen via de FOD Volksgezondheid. Op 11 maart 2008 werd een samenwerkingsakkoord gesloten tussen de federale overheid, de gemeenschappen en de gewesten. De federale overheid en de Brusselse instellingen worden verwittigd wanneer iemand in het buitenland een ziekte krijgt die hij mogelijk in een Brussels hotel heeft opgelopen. De Dienst Inspectie voor Hygiëne neemt dan contact op met dat hotel. Tot nu toe ging het enkel om individuele gevallen, zonder verdere besmettingen in hetzelfde hotel. Dat betekent dat de besmetting wellicht niet in het hotel gebeurde, maar de hotels in kwestie worden zich zo wel bewust van de risico's.

Ook ziekenhuizen moeten gevallen van veteranenziekte melden, waarna de hygiënische inspectie een controle uitvoert. De voorbije jaren waren er twee gevallen, waarna de aangepaste maatregelen genomen werden.

In 2011 werden elf individuele gevallen aangegeven die zich buiten de ziekenhuizen voordeden. De precieze bron van de besmetting kon niet achterhaald worden. De eigenaars of beheerders van de gebouwen in kwestie vroegen de inspectie om een controle uit te voeren. Er was nooit meer dan één geval in hetzelfde gebouw.

De hygiënische inspectie bestaat uit twee halftijdse artsen en één voltijdse verpleger.

De boordtabel 2010 van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn signaleert 11 sterfgevallen ten gevolge van de veteranenziekte in de periode 2003-2007, of 0,3% van het totale aantal overlijdens door infecties in die periode. In de meeste gevallen was dat te wijten aan longaandoeningen (53,3%). Er stierven in die periode overigens 4.021 Brusselaars aan een infectie of een parasitaire ziekte, dat is 8,6% van het totale aantal overlijdens.

Les cas de légionellose dans les hôpitaux doivent également être déclarés. Dans ce cas, le Service d'inspection d'hygiène fait un contrôle. Ces dernières années, deux cas suspects de légionellose ont été déclarés. Les mesures appropriées ont été prises et aucun nouveau cas n'a été déclaré.

En 2011, onze cas sporadiques de légionellose survenue en dehors du milieu hospitalier ont été déclarés. Il n'a pas été possible de déterminer l'origine précise des contaminations comme un hôtel, une piscine, un jacuzzi ou un autre type d'établissement d'eau. Les propriétaires, locataires ou gestionnaires des immeubles concernés ont été contactés par le Service d'inspection d'hygiène pour leur demander de faire vérifier leur système d'eau chaude par un professionnel. Il n'y a jamais eu de cas signalé de légionellose chez d'autres personnes au sein d'une même unité d'habitation.

Pour votre totale information, notre Service d'inspection d'hygiène compte deux médecins à mi-temps et un infirmier à temps plein.

Pour conclure, voici quelques statistiques. Le tableau de bord 2010 de l'Observatoire de la santé et du social signale pour la période 2003-2007, soit 5 ans, onze cas de décès par légionellose, soit 0,3% des décès par infection et septicémie, dont les cas les plus importants sont les pneumopathies (53,3%) et les septicémies (23,1%). Viennent ensuite les infections intestinales avec 5,5%, les hépatites avec 3%, et les infections par le VIH (sida) avec 2%. Sachez aussi que pendant cette même période, 4.021 Bruxellois sont décédés d'une maladie infectieuse ou parasitaire, soit 8,6% du total des décès.

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

Mme Gisèle Mandaila.- Je remercie le membre du Collège réuni pour ses réponses. Concernant Bruxelles Environnement, ce n'est pas à moi de décider à qui la question doit être adressée, mais bien au Bureau.

Ceci étant dit, il n'y a peut-être pas beaucoup de cas de cette maladie dans les hôtels, mais, à partir du moment où l'on sait que cela peut arriver, ne vaudrait-il pas mieux prévenir plutôt que de guérir ? Il serait important de mettre en place une

De voorzitter.- Mevrouw Mandaila heeft het woord.

Mevrouw Gisèle Mandaila (in het Frans).- De veteranenziekte komt misschien niet vaak voor in hotels, maar is voorkomen niet beter dan genezen? Er moeten regels komen voor controle en preventie.

Wordt er rond preventie gewerkt in periodes waar geen gevallen van veteranenziekte worden vastgesteld? De bestaande wetten kwamen er nadat bepaalde mensen de veteranenziekte hadden gekregen. Preventie is een goede zaak.

réglementation pour contrôler et faire de la prévention.

Une structure de prévention est-elle organisée en dehors des périodes de détection de cas ? Je remarque que les lois qui existent dans le pays ont été édictées à la suite de cas de légionellose. Faire de la prévention ne tue personne.

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

M. Benoît Cerexhe, ministre.- Nous sommes bien d'accord sur ce dernier point. En l'espèce, la prévention, dans ce domaine-là, dépend de compétences régionales. Il faut que vous interrogiez la ministre de l'environnement à ce propos.

Mme Gisèle Mandaila.- Je le ferai savoir au Bureau.

- *L'incident est clos.*

INTERPELLATION DE MME ANNE HERSCOVICI

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

ET À M. BENOÎT CEREXHE, MEMBRE DU COLLÈGE RÉUNI, COMPÉTENT POUR LA POLITIQUE DE LA SANTÉ ET LA FONCTION PUBLIQUE,

concernant "la mise en oeuvre du plan pluriannuel des investissements dans les hôpitaux".

M. le président.- Le membre du Collège réuni Benoît Cerexhe répondra à l'interpellation.

La parole est à Mme Herscovici.

Mme Anne Herscovici.- À l'occasion de la présentation du budget ajusté 2011 de la Commission communautaire commune (Cocom), M. Cerexhe ou M. Vanraes a mis en évidence la création d'une nouvelle allocation de base

De voorzitter.- De heer Cerexhe heeft het woord.

De heer Benoît Cerexhe (in het Frans).- *Wat dat laatste betreft, ben ik het met u eens. Maar preventie is in dit geval een gewestelijke bevoegdheid. U moet uw vragen aan de minister van Leefmilieu stellen.*

Mevrouw Gisèle Mandaila (in het Frans).- *Ik breng het Bureau op de hoogte.*

- *Het incident is gesloten.*

INTERPELLATIE VAN MEVROUW ANNE HERSCOVICI

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

EN TOT DE HEER BENOÎT CEREXHE, LID VAN HET VERENIGD COLLEGE, BEVOEGD VOOR HET GEZONDHEIDSBELEID EN HET OPENBAAR AMBT,

betreffende "de uitvoering van het meerjarig investeringsplan in de ziekenhuizen".

De voorzitter.- Collegelid Benoît Cerexhe zal de interpellatie beantwoorden.

Mevrouw Herscovici heeft het woord.

Mevrouw Anne Herscovici (in het Frans).- *Bij de voorstelling van de begrotingsaanpassing 2011 van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC) verwees de heer Cerexhe of de heer Vanraes naar een nieuwe*

consacrée spécifiquement au préfinancement des travaux de construction dans les hôpitaux. L'objectif est précieux : permettre aux hôpitaux bénéficiaires d'anticiper leurs travaux.

Le budget ajusté 2011 tel que nous l'avons adopté, comporte déjà des crédits d'engagements à hauteur de 84 millions : 34.300.000 pour le "New Bordet" et 49.700.000 pour le Centre hospitalier interrégional Edith Cavell (Chirec).

Par ailleurs, à la fin de 2011 et au début de 2012, notre commission santé a consacré de nombreuses séances au Plan pluriannuel de construction des institutions hospitalières et de santé.

Dans ce contexte, nous avons entendu les représentants d'un grand nombre de structures hospitalières qui nous ont présenté l'évolution de leurs activités et leurs projets pour faire face aux enjeux actuels de santé publique, en ce compris leurs projets de rénovation, de construction, de reconstruction, etc.

Le planning du projet "New Bordet" qui nous y a été présenté prévoyait la pose de la première pierre au début de 2013, ce qui implique évidemment que les autorisations préalables de construction auraient été délivrées. À ce titre, j'ai cru comprendre qu'il y avait un peu de retard.

Faut-il rappeler ici que le cancer est un défi majeur de santé publique et que le nouvel institut Bordet représente un atout pour notre Région, notamment en termes de qualité des soins accessibles à tous et d'intégration de la recherche aux soins.

Pouvez-vous nous indiquer si ce calendrier pourra être respecté ? Le projet "New Bordet" a-t-il reçu les autorisations nécessaires au démarrage des travaux ? Si ce n'est pas le cas ou s'il y a eu du retard, quelles en sont les raisons ?

Par ailleurs, le gouvernement régional avait à son ordre du jour, le 19 avril dernier, l'octroi d'une garantie demandée par la Banque européenne d'investissement pour un prêt au Chirec relatif au financement du projet Delta.

Quelle décision le gouvernement a-t-il prise à ce propos ? Sur quelle base juridique ? Pour quelle part des emprunts cette garantie est-elle demandée

basisallocatie voor de voorfinanciering van de bouw van ziekenhuizen, zodat hun werkzaamheden eerder kunnen uitvoeren.

De aangepaste begroting 2011 bevat al voor 84 miljoen euro vastleggingskredieten voor de projecten New Bordet en de Chirec-ziekenhuisgroep.

Rond de jaarwisseling heeft de commissie meermaals het meerjarenplan voor de bouw van nieuwe ziekenhuizen en gezondheidsinstellingen besproken en talrijke vertegenwoordigers van ziekenhuizen gehoord over hun activiteiten en plannen inzake renovatie, bouw, wederopbouw enzovoort.

De eerste steenlegging van het project New Bordet was gepland begin 2013. Problemen met de bouwvergunningen zouden nu al voor vertraging zorgen.

De bestrijding van kanker blijft van groot belang voor de volksgezondheid en het nieuwe instituut zal dan ook een meerwaarde betekenen voor het onderzoek en de kwaliteit van de zorgverlening in het Brussels Gewest.

Kan het tijdsschema gerespecteerd worden? Zijn de nodige vergunningen uitgereikt? Waaraan is een eventuele vertraging te wijten?

De Brusselse regering vergaderde op 19 april jongstleden over de toekenning van een waarborg, aangevraagd door de Europese Investeringsbank voor een lening aan de Chirec-ziekenhuisgroep in het kader van de financiering van het Deltaproject.

Wat heeft de regering beslist? Op welke juridische basis? Voor welk deel van de lening is de waarborg bestemd?

De ordonnantie houdende aanpassing van de Middelenbegroting voor het begrotingsjaar 2011 stelt dat de GGC haar waarborg mag verlenen aan organiserende overheden van ziekenhuizen en rustoorden, opgenomen in de door het Verenigd College goedgekeurde bouwkalenders, voor de terugbetaling van de leningen aangegaan voor de financiering van het niet-gesubsidieerde deel van het totale subsidieerbare bedrag van de werkzaamheden.

par le Chirec ? Au fil des discussions que nous avons eues, nous avons appris que la Commission communautaire commune est compétente pour assurer en partie cette garantie.

L'article 9 de l'ordonnance ajustant le budget des voies et moyens 2011 précise que la Cocom est autorisée à octroyer sa garantie aux pouvoirs organisateurs des hôpitaux et maisons de repos repris aux calendriers des constructions approuvés par le Collège réuni, pour le remboursement des emprunts contractés pour la partie non subventionnée du montant total subventionnable des travaux.

Dans son exposé devant notre commission, le directeur général du Chirec estimait à 250 millions d'euros le coût du projet Delta, dont 200 millions subsidiés et 120 millions subsidiés. Est-ce à dire que la Cocom pourrait être amenée à garantir 80 millions d'euros auprès de la Banque européenne d'investissement ? Si tel était le cas, ce point ne devrait-il pas faire l'objet d'une délégation du parlement au Collège ?

Lors des débats budgétaires, la Cour des comptes a rappelé son rapport de novembre 2010 sur le financement des infrastructures hospitalières et sa recommandation de fixer, dans le dispositif budgétaire, le montant maximal pouvant être garanti. La Cour y indiquait qu'en l'absence d'une telle information, l'assemblée, qui vote les budgets et autorise les emprunts, se trouverait dans l'ignorance d'un élément essentiel.

Faute de pouvoir déterminer au préalable le montant à garantir, le Collège ne doit-il pas informer notre assemblée dès qu'il disposera de l'information pour lui demander délégation et donner ainsi une base légale à ses décisions ?

À combien s'élèvent les montants actualisés ? Quels sont les hôpitaux bénéficiaires des garanties de la Cocom ? Dans son rapport, la Cour des comptes faisait état de 57 millions d'euros garantis en principal, à la fin du mois de novembre 2009. Près de trois ans plus tard, où en sommes-nous ?

Discussion

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

De algemeen directeur van de Chirec-ziekenhuisgroep schatte de totale kostprijs van het Deltaproject op 250 miljoen euro, waarvan 200 miljoen euro subsidieerbaar en 120 miljoen gesubsidieerd. Moet de GGC borg staan voor 80 miljoen euro bij de Europese Investeringsbank? Is er geen volmacht nodig van het Brussels Hoofdstedelijk Parlement aan het Verenigd College?

In zijn verslag van november 2010 over de financiering van ziekenhuisinfrastructuren dringt het Rekenhof erop aan om in de begroting een maximumbedrag vast te leggen voor waarborgen.

Als er geen bedrag wordt vastgelegd, moet het Verenigd College ons parlement dan niet op de hoogte brengen en een volmacht vragen om zijn beslissingen een wettelijke grondslag te geven?

Hoe groot zijn de gewaarborgde bedragen op dit moment? Voor welke ziekenhuizen staat de GGC borg? Het Rekenhof sprak over 57 miljoen euro in hoofdsom voor eind november 2009, maar dat is al drie jaar geleden.

Bespreking

De voorzitter.- De heer Riguelle heeft het woord.

M. Joël Riguelle.- Je remercie Mme Herscovici pour son interpellation. En lisant le texte qu'elle a déposé, je me suis rappelé qu'un certain nombre d'enjeux exposés entre ces murs sont cruciaux pour l'ensemble du secteur hospitalier mais aussi, avant tout, pour les patients qui les fréquentent.

Ces débats permettront in fine de faire progresser les soins et le confort des patients dans un environnement à la fois humainement accueillant et technologiquement efficace. Ce n'est pas négligeable et nous avons une chance extraordinaire de pouvoir disposer de telles infrastructures dans notre Région, surtout si on les compare avec ce qui se passe dans d'autres pays, y compris européens.

Ma collègue soulève des questions très intéressantes dont plusieurs aspects sont liés aux facteurs externes à l'hôpital Bordet ou au projet "New Bordet". Il est notamment question du calendrier des autorisations. Y a-t-il eu des facteurs internes à Bordet qui expliqueraient l'état d'avancement et la planification actuels ? Si ma mémoire ne me fait pas défaut, l'accord cadre ULB-Iris-CPAS de Bruxelles-Ville sur la construction d'un centre de référence de lutte contre le cancer sur le campus d'Anderlecht date de 2005.

En 2010, les plans du "New Bordet" avaient déjà été soumis à la direction et devaient faire l'objet de modifications. Les plans architecturaux et stratégiques ont depuis fait l'objet de nombreuses modifications. Les discussions avec l'ULB pour l'acquisition ou l'achat du terrain ont pris du temps. Si ces dernières se sont avérées positives puisqu'elles ont abouti, n'ont-elles pas ralenti le calendrier du projet et généré du retard ?

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

Mme Catherine Moureaux.- Le Chirec demande aux pouvoirs publics de se porter garants pour leur prêt, dont le montant s'élève à environ 80 millions d'euros. Les comptes annuels 2010 témoignent de l'excellente santé de cette entreprise, avec un bénéfice de 12 millions d'euros à l'exercice 2010, de 18 millions d'euros à l'exercice 2009 et avec un état des immobilisations corporelles qui se chiffre à 103 millions d'euros.

De heer Joël Riguelle (in het Frans).- Een aantal van de zaken die hier worden besproken, zijn cruciaal voor de ziekenhuizen en voor de patiënten die er worden behandeld. Het Brussels Gewest krijgt de kans om zijn ziekenhuizen om te bouwen tot aangename en hoogtechnologische omgevingen.

Meerdere vragen hebben te maken met externe aspecten van het ziekenhuis Bordet of het project New Bordet, met name wat de vergunningen betreft. Zijn er interne factoren bij Bordet die een verklaring bieden voor de huidige stand van zaken en de planning? Als ik het mij goed herinner, dateert het raamakkoord ULB-IRIS-OCMW van Brussel-Stad over de bouw van een referentiecentrum voor de strijd tegen kanker op de campus Anderlecht van 2005.

In 2010 werden de plannen van New Bordet aan de directie voorgelegd. Sindsdien werden de architecturale en strategische plannen ettelijke keren gewijzigd. De gesprekken met de ULB over de aankoop van de grond sleepten lang aan. Liep het project daardoor geen vertraging op?

De voorzitter.- Mevrouw Moureaux heeft het woord.

Mevrouw Catherine Moureaux (in het Frans).- Het Chirec vraagt de overheid om borg te staan voor een lening van 80 miljoen euro. Uit de jaarrekeningen blijkt dat deze instelling erg gezond is. Ze maakte 12 miljoen euro winst in 2010 en beschikt over 103 miljoen euro aan materiële activa.

Heeft ze dan wel onze borg nodig?

Au vu de ces chiffres, peut-on estimer que ce type d'entreprise a réellement besoin de notre garantie ?

Par ailleurs, qu'en est-il des indexations au niveau du calendrier des investissements ? Un mécanisme d'indexation des montants est-il prévu dans le cadre de travaux annoncés de longue ?

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

M. Benoît Cerexhe, membre du Collège réuni.

Le plan pluriannuel 2008-2019 de construction des établissements de santé (les maisons de soins psychiatriques et la maison de répit y figurent également) a débuté par une audition de toutes les institutions en avril 2007.

L'institut Bordet y a présenté son plan et le calendrier qu'il s'était fixé était 2009-2011.

La phase finale de l'élaboration du plan pluriannuel a été arrêtée par le Collège réuni le 4 juin 2009 et le dossier "New Bordet" y a été inscrit avec :

- le début des travaux en 2011 pour les services d'hospitalisation et en 2012 pour les services médico-techniques ;

- les premières liquidations des subsides en 2014 pour les services d'hospitalisation et en 2015 pour les services médico-techniques.

La technique du préfinancement permet de commencer les travaux en 2011.

Le 29 août 2011, Bordet a introduit une demande d'autorisation de travaux et le 6 octobre, une demande d'accord de principe. Cette demande modifiait cependant un élément important du dossier : le maintien de la programmation et de l'agrément des services médico-techniques lourds par la Communauté française alors qu'ils devaient passer au bicommunautaire.

Finalement, fin avril 2012, l'autorisation de travaux et l'accord de principe ont été délivrés, avec la mention d'une capacité de 250 lits dont 96 doivent encore être identifiés et que le montant du subside ne pourra servir que pour le financement de surfaces bicommunautaires.

Bestaat er een indexeringsmechanisme voor investeringen die al lang geleden werden aangekondigd?

De voorzitter.- De heer Cerexhe heeft het woord.

De heer Benoît Cerexhe, lid van het Verenigd College (in het Frans).- *Het meerjarenplan 2008-2019 voor de bouw van gezondheidsinstellingen startte met een hoorzitting met alle instellingen in april 2007. Het Bordetinstituut stelde er zijn plan voor, dat het tegen 2009-2011 wil realiseren.*

Op 4 juni 2009 keurde het Verenigd College het meerjarenplan definitief goed. Voor 'New Bordet' hield dit in:

- begin van de werken in 2011 voor de hospitalisatiediensten en in 2012 voor de medisch-technische diensten;

- eerste vereffeningen van subsidies in 2014 en 2015.

Dankzij de prefinanciering kunnen de werken zo snel beginnen.

Op 29 augustus 2011 vroeg Bordet de toestemming voor de werken aan en op 6 oktober werd een principeakkoord bereikt. Een belangrijk onderdeel van het dossier was echter gewijzigd in deze aanvraag: de programmatie en de erkenning van de zware medisch-technische diensten blijven monocommunautair, terwijl ze volgens het oorspronkelijke plan bicommunautair zouden worden.

Eind april 2012 werd de toestemming verleend voor 250 bedden (waarvan 96 nog geïdentificeerd moesten worden), op voorwaarde dat de subsidie enkel wordt aangewend voor bicommunautaire afdelingen.

Voor Chirec en Delta heeft de gewestregering beslist om de tussenkomst van de Europese Investeringsbank te steunen. Dat is een extra waarborg bovenop de klassieke waarborg van de

En ce qui concerne le Chirec et le dossier du financement du projet Delta, le gouvernement régional a pris une décision pour soutenir l'intervention de la Banque européenne d'investissement. Notons qu'il s'agit d'une garantie complémentaire à celle, classique, accordée par la Commission communautaire commune et qu'en outre, à la demande de la Banque européenne d'investissement, la Région a fourni une déclaration de patronat visant le soutien régional de la garantie accordée par la Cocom. Ce type de décision est ouvert aux autres hôpitaux et l'on réfléchit s'il ne serait pas opportun, en ce temps de raréfaction des liquidités, de l'ouvrir à d'autres infrastructures sociosanitaires.

À noter également que ce n'est pas le seul dossier hospitalier pour lequel la Région intervient : nous pensons ici à l'ordonnance régionale portant approbation de l'accord de coopération de 1994 entre l'État fédéral, la Région de Bruxelles-Capitale et la Cocom relatif à la politique hospitalière.

En outre, s'agissant du Chirec, la Région est impliquée dans le dossier, notamment par le fait que le terrain sur le site de Delta appartenait à la Société d'acquisition foncière (SAF) et que l'opération globale permettra de réaliser du logement sur le site actuellement occupé par l'institut médical Édith Cavell à Uccle.

En ce qui concerne la liste des établissements bénéficiaires de la garantie de la Cocom, je vous la transmettrai par courrier séparé.

Par ailleurs, la planification peut difficilement être établie car les hôpitaux doivent tenir compte de multiples facteurs sur lesquels ils n'ont pas toujours prise. Je songe notamment aux permis d'environnement ou à l'acquisition d'un droit réel sur un terrain, qui peut nécessiter énormément de temps.

Concernant les montants relatifs au Chirec, le financement des surfaces dépend des honoraires médicaux. L'indexation des montants entre le début et la fin des travaux est calculée sur la base des coûts moyens dans le secteur de la construction. Enfin, le montant relatif à la garantie régionale s'élève à 30 millions d'euros.

GGC. Bovendien ondersteunt het gewest ook de garantie van de GGC, op vraag van de Europese Investeringsbank. Ook andere ziekenhuizen kunnen een beroep doen op deze constructie en misschien is het opportuun om ze uit te breiden tot andere infrastructuur.

Het gewest ondersteunt trouwens ook andere ziekenhuizen, conform het samenwerkingsakkoord uit 1994.

Het gewest is betrokken bij het Chirec-dossier doordat het terrein op de Deltasite vroeger eigendom was van de Maatschappij voor de Verwerving van Vastgoed (MVV) en doordat de hele operatie ook draaide om nieuwe woningen op de huidige site van Edith Cavell in Ukkel.

Ik zal u de lijst van instellingen bezorgen die een waarborg van de GGC kregen.

Een planning opstellen is moeilijk, omdat de ziekenhuizen heel wat tijd kunnen verliezen met zaken waar ze geen vat op hebben, zoals milieuvergunningen of het verwerven van reële rechten op een terrein.

In het geval van Chirec hangt de financiering van de oppervlakten af van de medische honoraria. De indexering gebeurt op basis van de gemiddelde prijzen in de bouwsector. De gewestelijke garantie bedraagt 30 miljoen euro.

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

Mme Anne Herscovici.- Il y a donc aussi une demande de garantie classique à la Cocom. C'était une de mes préoccupations. Quel en est le montant ? J'ai l'impression que cela nous entraîne vers un total de garanties assez peu classique, car si je calcule bien, nous sommes train de garantir plus que notre budget. C'est assez préoccupant, et c'est pourquoi je voudrais vous entendre sur le fait d'obtenir une délégation ou d'informer notre assemblée de ce que cela représente, puisque nous sommes dans une période à risques.

Vous avez dit pouvoir nous donner l'indication du montant des garanties hôpital par hôpital. C'est important également pour d'autres raisons que je vais évoquer. Mais nous attendons aussi quelques éclaircissements sur la responsabilité de la Cocom et le risque encouru.

Si je comprends bien, il y a eu pour le "New Bordet" une erreur d'aiguillage dont les causes sont liées à l'institutionnel. Vous avez dit que le montant du subside de la Cocom ne pourrait servir que pour les parties bicommunautaires. Comment va-t-on calculer ce qui est bicommunautaire ou non ? J'imagine qu'on ne va pas mettre des puces sous la peau des patients pour voir quels couloirs ils empruntent. On vient d'avoir un débat intéressant sur la nécessité d'une politique de santé globale...

M. Benoît Cerexhe, membre du Collège réuni.- Mais on ne va pas payer pour ce qui ne nous revient pas.

Mme Anne Herscovici.- Alors, je voudrais comprendre en fonction de quels critères.

Par ailleurs, je m'interroge sur les efforts consentis par la Région ou la Cocom en faveur d'hôpitaux privés, car il s'agit non seulement de garanties, mais aussi de subsides. Ne pourrait-on imaginer que notre gouvernement négocie avec les hôpitaux qui sont soutenus de cette manière l'obligation de respecter un certain nombre de règles en matière d'accessibilité du public ?

J'ai été consternée en entendant un des responsables du Chirec nous dire que presque 95%

De voorzitter.- Mevrouw Herscovici heeft het woord.

Mevrouw Anne Herscovici (in het Frans).- *Er loopt ook een aanvraag voor een klassieke GGC-waarborg. Als ik het goed heb uitgerekend, zou het totaalbedrag aan waarborgen wel eens ons budget kunnen overschrijden. Dat is verontrustend. Hoeveel bedragen de waarborgen precies?*

U zegt dat u het waarborgbedrag per ziekenhuis kunt geven. Hoe dan ook wensen wij klaarheid inzake de verantwoordelijkheid van de GGC en het risico dat ze neemt.

Voor New Bordet zou er er een fout zijn begaan ten gevolge van het communautaire kluwen. U zei dat de subsidie van de GGC alleen kan worden aangewend voor de bicommunautaire delen, maar hoe wordt bepaald wat bicommunautair is?

De heer Benoît Cerexhe, lid van het Verenigd College (in het Frans).- *We betalen niet voor zaken die niet onder onze bevoegdheid vallen.*

Mevrouw Anne Herscovici (in het Frans).- *Ja, maar volgens welke criteria bepaalt u wat bicommunautair is?*

Het gewest en de GGC hebben geen onbelangrijke toegevingen gedaan aan de privéziekenhuizen. Er zijn immers niet alleen de waarborgen, maar ook de subsidies. Zou de regering niet kunnen onderhandelen dat die ziekenhuizen een aantal regels naleven wat hun toegankelijkheid betreft?

Volgens een van de beleids mensen bij het Centre Hospitalier Interrégional Edith Cavell (Chirec) zou bijna 95% van de artsen niet

des médecins de ce réseau étaient déconventionnés. Cela les autorise à demander des honoraires trois fois supérieurs au tarif de la convention médico-mutualiste. Je veux bien qu'on les aide, mais certainement pas sans conditions.

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

M. Benoît Cerexhe, membre du Collège réuni.- D'abord, concernant la garantie de la Cocom, il ne faut pas affoler les gens. Cette garantie est prévue depuis vingt ans à Bruxelles, tant pour les hôpitaux que pour les maisons de repos, mais on n'a jamais dû y faire appel. En quoi consiste-t-elle ? C'est une garantie sur un montant que l'on doit percevoir du niveau fédéral - lequel n'est pas insolvable - et qui figure dans le Plan fédéral. C'est cela qu'on nous demande de garantir. Il ne s'agit pas d'une garantie bancaire traditionnelle et qui poserait problème en cas de faillite puisque nous devrions alors la payer. Il s'agit, en l'espèce, d'une garantie sur un montant étalé sur 33 ans que l'État fédéral nous doit et qu'il va nous payer puisqu'il figure dans ce Plan. Il nous reviendra de toute façon dans le cadre du transfert de compétences.

Mme Anne Herscovici.- Pourquoi le niveau fédéral ne fournit-il pas la garantie lui-même au départ ?

M. Benoît Cerexhe, membre du Collège réuni.- C'est ce que prévoit la loi au départ. Cela fait vingt ans que cela se pratique pour toutes les constructions hospitalières qui y font appel et l'on n'a jamais dû recourir à cette garantie. Le risque financier pour notre institution est donc très faible en ce qui concerne les maisons de repos et les infrastructures hospitalières. D'ailleurs, mon collègue Guy Vanhengel n'appelle même pas cela une "garantie", il utilise un autre terme juridiquement plus approprié pour désigner ce mécanisme.

Ce qui est particulier dans ce dossier, c'est la garantie complémentaire octroyée par la Région et non par la Cocom. On se situe là également dans des normes habituelles et je vous ai exposé les raisons pour lesquelles, à la demande de la Banque européenne d'investissement, dans le cadre d'un dossier global, notre gouvernement, dans sa grande unanimité, a décidé d'octroyer cette garantie complémentaire.

geconventioneerd zijn. Die artsen mogen erelonen vragen die drie keer zo hoog zijn als die van geconventioneerde artsen. Steun moet mogelijk zijn, maar dan moeten daar wel voorwaarden aan verbonden zijn.

De voorzitter.- De heer Cerexhe heeft het woord.

De heer Benoît Cerexhe, lid van het Verenigd College (in het Frans).- *We mogen de waarborg van de GGC niet overroepen. De formule bestaat in Brussel al twintig jaar voor zowel ziekenhuizen als rusthuizen, en we hebben er nog nooit een beroep op moeten doen. Het gaat om een waarborg op het bedrag dat het federale niveau aan het gewest moet betalen en dat in het Federaal Plan is opgenomen.*

Het is geen traditionele bankgarantie, die problematisch wordt wanneer de bank failliet gaat, maar om een bedrag gespreid over 33 jaar, dat de federale Staat aan het gewest moet en zal betalen. Bij de overdracht van de bevoegdheden wordt de waarborg naar het gewest overgeheveld.

Mevrouw Anne Herscovici (in het Frans).- *Waarom geeft het federale niveau die waarborg niet rechtstreeks?*

De heer Benoît Cerexhe, lid van het Verenigd College (in het Frans).- *Dat is wettelijk zo bepaald. Deze constructie wordt al twintig jaar toegepast bij de bouw van ziekenhuizen maar nog nooit werd op de garantie een beroep gedaan. Het financiële risico is dan ook zeer laag.*

Bijzonder in dit dossier is de bijkomende garantie die het gewest toekent. Maar ook die valt onder de gebruikelijke normen. Ik legde eerder al uit waarom de regering op vraag van de Europese Investeringsbank (EIB) unaniem heeft beslist om een bijkomende garantie toe te kennen.

Dienst per dienst moet worden uitgemaakt welke bi- en welke monocommunitaire is. Het is normaal dat een regering die een bicomunitaire beleid voert, geen monocommunitaire instelling wenst te financieren. Dat geldt voor alle instellingen op het Brusselse grondgebied.

Wat de toegankelijkheid betreft: het RIZIV

Concernant la problématique de la distinction entre le bi- et le monocommunautaire, il faut procéder service par service. Il est en effet bien normal que nous ne financions pas, à partir des politiques bicommunautaires, une institution monocommunautaire. Cela vaut pour toutes les institutions situées sur le territoire bruxellois.

Enfin, concernant le problème de l'accessibilité, l'Inami prévoit que chaque hôpital doit accueillir 50% de patients au tarif conventionné.

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

Mme Anne Herscovici.- Nous reviendrons sûrement sur ce débat de l'accessibilité et la réalité de l'application de la loi. Il y a un point sur lequel vous n'avez pas répondu. Je me demande si notre assemblée ne doit pas fournir une délégation pour que la Commission communautaire commune ou les membres de son Collège réunis en charge de la santé puissent engager des montants pareils en garantie.

M. Benoît Cerexhe, membre du Collège réuni.- Il s'agit d'une question de technique budgétaire. Je vous demanderai de poser cette question au ministre du budget.

M. le président.- Nous allons en parler avec le secrétaire afin de décider si c'est au moment de l'ajusté que cette question doit être posée. Nous avons vérifié dans les discussions budgétaires de 2011 et on parle bien de la garantie de la CCC, mais pas d'une garantie additionnelle.

M. Benoît Cerexhe, membre du Collège réuni.- C'est au niveau de la Région que cette question doit être posée.

- L'incident est clos.

QUESTION ORALE

M. le président.- L'ordre du jour appelle la question orale de Mme Mandaila.

verplicht elk ziekenhuis 50% geconventioneerde patiënten te behandelen.

De voorzitter.- Mevrouw Herscovici heeft het woord.

Mevrouw Anne Herscovici (in het Frans).- *Moet het gewest geen volmacht verlenen, opdat de GGC of de leden van het Verenigd College belast met Gezondheid een dergelijk bedrag kunnen waarborgen?*

De heer Benoît Cerexhe, lid van het Verenigd College (in het Frans).- *Dat is een technische kwestie voor de minister van Begroting.*

De voorzitter.- *We zullen met de commissiesecretaris overleggen of de vraag op het ogenblik van de begrotingsherziening moet worden gesteld. In de begrotingsbesprekingen 2011 kwam de waarborg van de GGC aan bod, maar was er geen sprake van een bijkomende gewestelijke waarborg.*

De heer Benoît Cerexhe, lid van het Verenigd College (in het Frans).- *De vraag moet op gewestelijk niveau aan bod komen.*

- Het incident is gesloten.

MONDELINGE VRAAG

De voorzitter.- Aan de orde is de mondelinge vraag van mevrouw Mandaila.

QUESTION ORALE DE MME GISÈLE MANDAILA

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

ET À M. BENOÎT CEREXHE, MEMBRE DU COLLÈGE RÉUNI, COMPÉTENT POUR LA POLITIQUE DE LA SANTÉ ET LA FONCTION PUBLIQUE,

concernant "la prise en charge des patients drépanocytaires dans les services d'urgence des hôpitaux bruxellois".

M. le président.- Le membre du Collège réuni Benoît Cerexhe répondra à la question orale.

La parole est à Mme Mandaila.

Mme Gisèle Mandaila.- Le 9 mai 2012, j'interrogeais déjà le Collège réuni sur cette même question. Seulement, Mme Grouwels et Mme Huytebroeck, auxquelles le Bureau élargi avait finalement adressé ma question, se sont déclarées incompetentes pour y répondre, me renvoyant ainsi aux membres du Collège réuni en charge de la santé. J'espère que vous pourrez me répondre.

Je dois préciser qu'il y a un an déjà, j'interrogeais M. Cerexhe et M. Vanhengel sur la problématique de la drépanocytose. Mes questions portaient alors sur la sensibilisation des médecins généralistes et des publics à risques.

Cette maladie orpheline est devenue, au cours des années, la deuxième, si pas la première maladie génétique à Bruxelles, après la mucoviscidose.

La drépanocytose se caractérise par des crises douloureuses, des troubles vaso-occlusifs qui provoquent des crises ostéoarticulaires et des douleurs abdominales aiguës.

Si, aujourd'hui, l'asbl Action drépanocytose organise des séances d'information tous les premiers samedis du mois, par le biais du réseau Makutano, afin de sensibiliser les familles et les malades. Si dans certains hôpitaux de Bruxelles les

MONDELINGE VRAAG VAN MEVROUW GISÈLE MANDAILA

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

EN AAN DE HEER BENOÎT CEREXHE, LID VAN HET VERENIGD COLLEGE, BEVOEGD VOOR HET GEZONDHEIDSBELEID EN HET OPENBAAR AMBT,

betreffende "de opname van drepanocytosepatiënten in de spoeddiensten van de Brusselse ziekenhuizen".

De voorzitter.- Collegelid Benoît Cerexhe zal de mondelinge vraag beantwoorden.

Mevrouw Mandaila heeft het woord.

Mevrouw Gisèle Mandaila (in het Frans).- *Ik heb deze vraag al gesteld op 9 mei 2012 aan mevrouw Grouwels en mevrouw Huytebroeck, maar zij verwezen mij door naar de heren Cerexhe en Vanhengel.*

Een jaar geleden ondervroeg ik hen al over drepanocytose en meer bepaald over de bewustmaking van huisartsen en risicogroepen. Deze zeldzame ziekte is uitgegroeid tot de tweede genetische ziekte in Brussel, na mucoviscidose. De symptomen zijn pijnlijke crisissen, verstoppingen van de bloedvaten en scherpe buikpijn.

De vzw Action drépanocytose organiseert maandelijks een infosessie voor gezinnen en patiënten. In sommige ziekenhuizen zijn de artsen goed geïnformeerd, maar dat geldt niet voor het personeel van de spoeddiensten in de Brusselse openbare ziekenhuizen.

Bij een crisis kan de pijn zo erg zijn dat alleen morfine helpt. Vaak weten de patiënten zelf wat ze nodig hebben. In de spoedafdelingen worden ze echter vaak met ongeloof behandeld door mensen die nog nooit van de ziekte gehoord hebben. Het duurt vaak lang voor er een arts of verpleger komt die de ziekte wel kent.

médecins généralistes sont informés de cette maladie, il n'en va pas de même pour le personnel soignant des urgences dans tous les hôpitaux publics bruxellois.

Lorsqu'un patient drépanocytaire fait une crise, la douleur est telle que parfois seule la morphine peut le soulager. Généralement, le malade a connaissance du protocole médical qu'il faut mettre en place afin de le soulager.

Mais, lorsque le patient arrive au service d'urgence de l'hôpital et explique son mal, le personnel de première ligne a souvent l'impression d'avoir affaire à un extra-terrestre, un fou, ou encore à un toxicomane en manque, parce qu'il n'a pas ou peu entendu parler de cette maladie.

Et il s'écoule souvent un certain temps avant qu'un médecin ou infirmier qui connaît un peu la maladie puisse intervenir. Or, si le personnel soignant disposait d'informations sur cette pathologie, il pourrait mieux prendre en charge le patient en crise qui se présente à lui.

Au vu de ce qui précède, mes questions sont les suivantes. Combien d'hôpitaux bruxellois ont organisé une information et/ou une formation sur cette pathologie et sa prise en charge dans leurs services d'urgence ? Et lesquels ?

La liste de ces hôpitaux peut-elle faire l'objet d'une diffusion auprès des maisons médicales, des associations qui s'occupent de cette maladie ?

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

M. Benoît Cerexhe, membre du Collège réuni.- Pour une question aussi technique, nous nous sommes adressés à l'Observatoire de la santé et du social. Celui-ci s'est informé auprès de l'hôpital Erasme, qui dispose d'un service spécialisé en la matière. Voici les éléments de réponse qui nous ont été transmis :

L'ULB dispose du Réseau des hémoglobinopathies, dont les buts sont notamment de mettre en place :

- un laboratoire central et unique de diagnostic biologique et génétique ;

Hoeveel en welke Brusselse ziekenhuizen hebben hun spoeddiensten geïnformeerd over drepanocytose? Kunt u die lijst verspreiden bij de wijkgezondheidscentra en verenigingen?

De voorzitter.- De heer Cerexhe heeft het woord.

De heer Benoît Cerexhe, lid van het Verenigd College (in het Frans).- *De ULB leidt het Réseau des hémoglobinopathies (netwerk voor hemoglobinopathieën), dat de volgende zaken coördineert:*

- een centraal laboratorium voor biologische en genetische diagnoses;

- consultaties voor de ouders van zieke kinderen;

- richtlijnen voor de behandeling van de patiënten;

- informatie voor patiënten, familieleden en

- des consultations pour les parents des enfants dépiqués ;
- des "lignes directrices" pour le traitement et le suivi des petits patients ;
- des moyens d'information aux familles, aux enfants et aux acteurs de la santé ;
- une équipe psychosociale interhospitalière dédiée à la drépanocytose ;
- une banque de données cliniques, biologiques et épidémiologiques afin de pouvoir notamment fournir des recommandations en termes de santé publique.

Le réseau s'est constitué au niveau belge via la Belgian Hematological Society (BHS) et sous la forme d'un comité dédié aux pathologies héréditaires du globule rouge. Ceci a conduit à l'édition d'un certain nombre de recommandations, dont la prise en charge du patient dans les situations d'urgence. Ces recommandations sont en révision et les nouvelles versions devraient voir le jour cette année.

Le réseau travaille au niveau européen dans le cadre des anémies rares. Il se trouve à la tête d'un groupe de travail dédié à la drépanocytose. Ceci a permis de réaliser une enquête au niveau européen, portant sur les services disponibles pour la prise en charge des patients dans un centre de référence ou dans un centre local. L'objectif de cette enquête était d'éditer un consensus quant aux services à fournir aux patients. Ce processus est quasiment terminé.

D'autre part, le réseau a introduit une demande de reconnaissance des centres de référence en Belgique. La matière relève donc de la compétence des autorités fédérales. Le projet de reconnaissance de la prise en charge de la drépanocytose permettra de structurer les centres experts et de leur conférer de manière structurelle les moyens nécessaires qui manquent aujourd'hui.

Ce dernier point est particulièrement important. Il permettra en effet, lorsqu'un patient se présente à une garde ou une consultation du réseau, que le médecin connaisse l'état du patient, son traitement, son médecin traitant et la consultation ONE... Cela

mensen uit de gezondheidszorg;

- *een gespecialiseerd psychosociaal team dat in alle ziekenhuizen actief is;*
- *een gegevensbank met klinische, biologische en epidemiologische gegevens die moeten dienen voor het formuleren van aanbevelingen.*

Het netwerk is op Belgisch niveau tot stand gekomen via de Belgian Hematological Society (BHS) in de vorm van een comité dat zich bezighoudt met erfelijke ziekten aan de rode bloedcellen. Het heeft een aantal aanbevelingen gepubliceerd, onder meer over de adequate aanpak van noodgevallen. Dit jaar wordt een herziene versie gepubliceerd.

Het netwerk functioneert ook op Europees niveau. Dat heeft geleid tot een Europese studie over de diensten die elk ziekenhuis moet kunnen aanbieden aan de patiënten. Het proces is bijna afgerond.

Het netwerk heeft de erkenning van de Belgische referentiecentra aangevraagd. Als die erkenning er komt, zullen de centra die zich met drepanocytose bezighouden, structurele middelen krijgen. Daardoor zal, wanneer een persoon zich aandient bij een wachtdienst of consultatiebureau van het netwerk, de arts meteen toegang hebben tot alle nuttige gegevens over de patiënt. Dat is positief voor de behandeling en maakt ook een epidemiologisch observatorium mogelijk.

Het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn laat weten dat er nog veel te weinig ziekenhuizen zijn die hun personeel een opleiding over drepanocytose gegeven hebben en dat een dergelijke opleiding best via de referentiecentra verloopt, die verantwoordelijk moeten worden voor de informatie aan de lokale centra.

De erkenning van de centra is een federale bevoegdheid en kadert in het Nationaal Plan voor chronische ziekten.

Ik stel voor dat de Afrikaanse verenigingen die zich met drepanocytose bezighouden, contact opnemen met het netwerk van de ULB.

servira directement à la thérapeutique, mais remplira également un but épidémiologique, en permettant la mise en place d'un observatoire des hémoglobinopathies.

À la question du nombre d'hôpitaux ayant organisé une information ou une formation, la personne ressource contactée par l'Observatoire répond qu'ils sont trop peu nombreux et que, par ailleurs, l'organisation de ce type de formation devrait faire partie d'une stratégie qui passe par les centres de référence. Ceux-ci devraient être définis et soutenus et seraient responsables des informations et des formations pour les centres locaux.

À noter que la demande de reconnaissance a été faite dans le cadre de la prise en charge des maladies chroniques. Comme nous l'avons signalé, la matière relève donc de la compétence du fédéral. A ce sujet, la ministre fédérale de la Santé publique a publié une évaluation du Plan national des maladies chroniques le 2 mai dernier, lors de l'Inauguration de l'Observatoire des maladies chroniques.

Concrètement, nous proposons que les associations africaines qui s'occupent de cette maladie prennent contact avec le Réseau hémoglobinopathies de l'ULB. L'adresse du site internet est connue. Des modalités pratiques de contact y sont indiquées.

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

Mme Gisèle Mandaila.- Je comprends que la question de la drépanocytose est vraiment méconnue. Cependant, il y a quand même un certain nombre de patients à Bruxelles. Cela y est même devenu la première maladie génétique.

Si je vous interroge sur la problématique de la prise en charge de ces patients en urgence, c'est parce qu'elle s'avère souvent problématique.

Il m'arrive d'être réveillée en pleine nuit, parce que je fais partie du réseau Makutano, pour aller expliquer aux médecins ou aux infirmiers que le malade n'est pas un toxicomane en manque, parce qu'ils ne connaissent pas les symptômes de cette maladie.

Je sais que le Réseau des hémoglobinopathies

De voorzitter.- Mevrouw Mandaila heeft het woord.

Mevrouw Gisèle Mandaila (in het Frans).- *Drepanocytose, ook sikkelcelanemie genaamd, is nog te weinig bekend. Nochtans zijn er in Brussel heel wat patiënten. Als genetische ziekte staat ze hier zelfs op de eerste plaats.*

De opvang van sikkelcelanemiepatiënten in de spoeddiensten laat vaak te wensen over, omdat dokters en verpleegkundigen de symptomen te weinig kennen. Bovendien worden er te weinig opleidingen over de ziekte verstrekt.

De aanbevelingen worden dus herzien. Ik zal alvast nagaan wat de federale overheid voor sikkelanemiepatiënten kan doen.

existe, mais au niveau des urgences, rien n'est mis en place pour la formation et l'information des professionnels de santé.

J'entends bien que des recommandations sont en révision, mais nous allons nous renseigner via l'association pour voir ce qui est fait, au niveau fédéral, dans le cas de la prise en charge d'urgence de ces patients drépanocytaires, qui souffrent énormément quand ils sont en crise.

- *L'incident est clos.*

- *Het incident is gesloten.*
