

N. 2

VERENIGDE VERGADERING
VAN DE GEMEENSCHAPPELIJKE
GEMEENSCHAPSCOMMISSIE

GEWONE ZITTING 2009-2010

15 OKTOBER 2010

Vragen
en
Antwoorden

Vragen en Antwoorden
Verenigde Vergadering van de
Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie
Gewone zitting 2009-2010

ASSEMBLEE REUNIE
DE LA COMMISSION
COMMUNAUTAIRE COMMUNE

SESSION ORDINAIRE 2009-2010

15 OCTOBRE 2010

Questions
et
Réponses

Questions et Réponses
Assemblée réunie de la
Commission communautaire commune
Session ordinaire 2009-2010

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

<i>In fine</i> van het bulletin is een zaakregister afgedrukt	Un sommaire par objet est reproduit <i>in fine</i> du bulletin
Voorzitter van het Verenigd College	– Président du Collège réuni
Ministers bevoegd voor het Gezondheidsbeleid	8 Ministres compétents pour la Politique de la Santé
Ministers bevoegd voor het Beleid inzake Bijstand aan Personen	25 Ministres compétents pour la Politique d'Aide aux Personnes
Ministers bevoegd voor het Openbaar Ambt	41 Ministres compétents pour la Fonction publique
Ministers bevoegd voor Financiën, Begroting en Externe Betrekkingen	44 Ministres compétents pour les Finances, le Budget et les Relations extérieures

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

(Art. 105 van het reglement van de Verenigde Vergadering)

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

(Art. 105 du règlement de l'Assemblée réunie)

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

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

Voorzitter van het Verenigd College

Vraag nr. 1 van mevr. Françoise Schepmans d.d. 2 oktober 2009 (Fr.) :

Samenstelling en organisatie van het kabinet.

De vraag werd gepubliceerd in Bulletin nr. 1, blz. 3.

Ministers bevoegd voor het Gezondheidsbeleid

Vraag nr. 1 van mevr. Françoise Schepmans d.d. 2 oktober 2009 (Fr.) :

Samenstelling en organisatie van het kabinet (Cerexhe).

De vraag werd gepubliceerd in Bulletin nr. 1, blz. 4.

Vraag nr. 11 van mevr. Bianca Debaets d.d. 25 augustus 2010 (N.) :

Vloeibare XTC.

Enige tijd geleden konden we in de krant het artikel « Steeds meer jongeren brouwen drugs in achterkeuken », lezen over de aanmaak van vloeibare XTC, ook wel GHB – GammaHydroxy-Butyrate.

Président du Collège réuni

Question n° 1 de Mme Françoise Schepmans du 2 octobre 2009 (Fr.) :

La composition et l'organisation de votre cabinet.

La question a été publiée dans le Bulletin n° 1, p. 3.

Ministres compétents pour la Politique de Santé

Question n° 1 de Mme Françoise Schepmans du 2 octobre 2009 (Fr.) :

La composition et l'organisation de votre cabinet (Cerexhe).

La question a été publiée dans le Bulletin n° 1, p. 4.

Question n° 11 de Mme Bianca Debaets du 25 août 2010 (N.) :

XTC liquide.

Il y a quelque temps, on pouvait lire dans le journal un article sur le nombre croissant de jeunes qui fabriquent des drogues dans leur arrière-cuisine et plus particulièrement du GHB (gamma-hydroxybutyrate), également appelé XTC liquide.

GHB, is een gevaarlijke soort partydrug die een verdovende werking heeft op het centrale zenuwstelsel. Het grootste gevaar schuilt in de dosering ervan. Deze is immers erg moeilijk te bepalen. Bij lage dosissen heeft het dezelfde effecten als alcohol : bewustzijnverlagend, ontremmend en ontspannend. Maar wanneer de gebruiker een zekere dosis overstijgt, is de drug bijzonder gevaarlijk. Het kan leiden tot bewusteloosheid, coma en de dood tot gevolg hebben.

Volgens dit artikel en andere bronnen zouden steeds meer mensen de drug zelf aanmaken. Een van hoofdbestanddelen die ervoor gebruikt wordt, is zelfs vrij te verkrijgen, namelijk ontstopningsproduct. Op het internet vind je bovendien het recept om de drug aan te maken, de ingrediënten zijn goedkoop. Net daarom stijgt de populariteit.

1. In welke mate is dit fenomeen problematisch in Brussel ?
2. Zijn er cijfers bekend van opnames in de Brusselse ziekenhuizen na (over)dosissen GBH ? Kan u dat cijfer opsplitsen voor de laatste 4 jaar, per ziekenhuis ? Zijn er gegevens bekend over het profiel van de gebruikers (leeftijd, sekse ...) ? Werden er al opnames met dodelijke afloop geregistreerd ?
3. Zijn er cijfers bekend van opnames waarbij de gebruiker aangaf de drug zelf te hebben aangemaakt ?
4. Worden er initiatieven genomen om de bevolking te wijzen op de gevaren van GHB ?

**Vraag nr. 16 van mevr. Bianca Debaets d.d. 10 september 2010
 (N.) :**

De kwaliteit van zorg in ziekenhuizen.

In Vlaanderen bestaat er een kwaliteitsdecreet, dat gericht is op kwaliteit in de welzijns- en gezondheidsvoorzieningen. Zo moet er bijvoorbeeld een kwaliteitshandboek bijgehouden worden. Ook op Europees niveau bestaat er een richtlijn : zorg en kwaliteit moet transparant en vergelijkbaar zijn. Hoe wordt de kwaliteitswetgeving in Brussel uitgewerkt ?

- Kan u iets zeggen over de zorg in de ziekenhuizen (categoriale, psychiatrische en algemene), zo ja, welke indicatoren hanteert u daarvoor ? Zijn deze indicatoren internationaal vergelijkbaar ? Welke stappen worden ondernomen om de indicatoren te bepalen en te verfijnen/verbeteren ?
- Hoe doet het Brussels Gewest het ten opzichte van Vlaanderen en Wallonië ?
- Worden de patiënten regelmatig bevraagd over de tevredenheid van de geboden zorg ? Wordt het personeel daarbij betrokken en op welk vlak ?
- Wat onderneemt het Gewest om de kwaliteit van de ziekenhuizen zichtbaar te maken aan de patiënten en gebruikers ?

Le GHB est forme dangereuse de drogue récréative qui a un effet anesthésiant sur le système nerveux central. Le plus grand danger, c'est son dosage car il est difficile à déterminer. À faible dose, les effets sont comparables à ceux de l'alcool : c'est un hypnotique, un désinhibiteur et un relaxant. En revanche, lorsque le consommateur dépasse une certaine dose, la drogue se révèle particulièrement dangereuse : elle peut entraîner une perte de connaissance, le coma et même la mort.

Selon cet article et d'autres sources, de plus en plus de personnes fabriqueraient elles-mêmes cette drogue. Un des composants principaux, du produit pour déboucher les canalisations, est même en vente libre. En outre, la recette pour fabriquer la drogue est disponible sur internet et les ingrédients sont bon marché. C'est la raison qui explique la popularité croissante de cette drogue.

1. Dans quelle mesure ce phénomène est-il problématique à Bruxelles ?
2. Connaît-on les chiffres des admissions dans les hôpitaux bruxellois après consommation (overdose) de GHB ? Pouvez-vous ventiler ces chiffres par hôpital pour les 4 dernières années ? Dispose-t-on de données sur le profil des consommateurs (âge, sexe, ...) ? Certaines admissions ont-elles connu une issue fatale ?
3. Connaît-on les chiffres des admissions où les consommateurs ont admis avoir fabriqué eux-mêmes la drogue ?
4. Existe-t-il des initiatives en vue d'informer la population des dangers du GHB ?

**Question n° 16 de Mme Bianca Debaets du 10 septembre 2010
 (N.) :**

La qualité des soins dans les hôpitaux.

La Flandre dispose d'un décret qualité, relatif à la gestion de la qualité dans les établissements d'aide sociale et de soins. Il faut ainsi y tenir un manuel de qualité. Il y a aussi une directive européenne : soins et qualité doivent être transparents et comparables. Comment la législation relative à la qualité est-elle élaborée à Bruxelles ?

- Que pouvez-vous me dire au sujet des soins dans les hôpitaux (catégoriels, psychiatriques et généralistes) ? De quels indicateurs disposez-vous ? Ces indicateurs sont-ils comparables à l'échelle internationale ? Quelles démarches a-t-on entreprises afin de déterminer ces indicateurs et de les affiner/améliorer ?
- Où se situe la Région de Bruxelles-Capitale par rapport à la Flandre et à la Wallonie ?
- Demande-t-on régulièrement aux patients s'ils sont satisfaits de l'offre de soins ? Le personnel est-il associé à cette démarche et à quel niveau ?
- Que fait la Région pour améliorer la visibilité de la qualité des hôpitaux auprès des patients et des utilisateurs ?

- Worden resultaten van inspecties ook bezorgd aan de ziekenhuizen, zodat ze op basis daarvan kunnen werken ?
- Worden ziekenhuizen ook onderling vergeleken zodat ze aangespoord worden om beter te doen ?

- Les hôpitaux reçoivent-ils les résultats des inspections afin qu'ils puissent y travailler ?
- Y a-t-il une comparaison entre les hôpitaux afin qu'ils soient incités à mieux faire ?

Ministers bevoegd voor het Beleid inzake Bijstand aan Personen

Vraag nr. 1 van mevr. Françoise Schepmans d.d. 2 oktober 2009 (Fr.) :

Samenstelling en organisatie van het kabinet (Huytebroeck).

De vraag werd gepubliceerd in Bulletin nr. 1, blz. 4.

Ministres compétents pour la Politique d'Aide aux Personnes

Question n° 1 de Mme Françoise Schepmans du 2 octobre 2009 (Fr.) :

La composition et l'organisation de votre cabinet (Huytebroeck).

La question a été publiée dans le Bulletin n° 1, p. 4.

Vraag nr. 21 van de heer Serge de Patoul d.d. 5 augustus 2010 (Fr.) :

Aanpassing van de besluiten en andere verordeningen houdende vaststelling van de toegangsvoorwaarden tot het openbaar ambt bij de GGC na de Bolognahervorming.

Ingevolge het antwoord op mijn schriftelijke vraag nr. 8 waarin verwezen wordt naar de leden van het Verenigd College bevoegd voor de bijstand aan personen, vindt u hierbij de vraag zoals die oorspronkelijk gesteld is aan de leden van het Verenigd College bevoegd voor het openbaar ambt.

Op 19 juni 1999 werd de Bolognaverklaring ondertekend door 29 Europese landen. De hoofddoelstelling bestaat erin de studies en diploma's van het hoger onderwijs te harmoniseren. De omzetting van het Europees recht is in België via decreten gebeurd. Deze hervorming heeft een hele reeks gevolgen waaronder de aanpassing van technische termen.

Bovendien werden mettertijd bepaalde opleidingen gewijzigd of in andere opleidingen geïntegreerd.

In besluiten tot vaststelling van het geldelijk en administratief statuut en de toegangsvoorwaarden tot de verschillende diensten van het Brussels openbaar ambt worden evenwel nog oude termen gebezigd of wordt verwezen naar opleidingen die gewijzigd werden.

Wat betreft het geldelijk en administratief statuut van de secretaressen en ontvangers van de openbare centra voor maatschappelijk welzijn, stelt het besluit van 4 december 2008 (*Belgisch Staatsblad* van 16 december 2008) de formatie vast, terwijl de rest wordt overgelaten aan elk Brussels OCMW, dat dan een eigen

Question n° 21 de M. Serge de Patoul du 5 août 2010 (Fr.) :

L'adaptation des arrêtés et autres réglementations fixant conditions d'accès aux différents services de la fonction publique à la Cocom suite à la réforme de Bologne.

Suite à la réponse à ma question écrite n° 8 me renvoyant vers les membres du Collège réuni compétent en matière d'aide aux personnes, veuillez trouver ci-dessous la question telle qu'adressée initialement aux membres du Collège réuni compétents en matière de fonction publique.

La déclaration de Bologne été signée le 19 juin 1999 par 29 pays européens. Son principal objectif est d'harmoniser les études et diplômes dans l'enseignement supérieur. Cette adaptation européenne s'est faite sous forme décrétale en Belgique. Cette réforme implique toute une série de conséquences dont l'adaptation de termes techniques.

En outre, au fil du temps, certains cursus ont été modifiés ou ont été intégrés à d'autres.

Or, des arrêtés fixant le statut pécuniaire et administratif et les conditions d'accès aux différents services de la fonction publique bruxelloise reprennent encore des termes anciens ou font référence à des cursus qui ont été modifiés.

Pour ce qui concerne les statuts administratif et pécuniaire des secrétaires et receveurs des centres publics d'action sociale, c'est l'arrêté du 4 décembre 2008 (*Moniteur belge* du 16 décembre 2008) qui définit le cadre, tandis que le surplus est laissé à chaque CPAS bruxellois qui agit alors par un règlement établi en son sein.

reglement opstelt. Er bestaan ook andere teksten voor de andere functies in de verschillende openbare en administratieve diensten die onder het toezicht van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie staan.

Kunnen de leden van het Verenigd College bijgevolg de volgende vragen beantwoorden :

1. Hoeveel vigerende besluiten zijn betrokken bij de voornoemde problematiek ?
2. Werden er al besluiten gewijzigd om zich aan die evolutie aan te passen ? Zo ja, welk percentage ?
3. Worden de besluiten in kwestie aangepast ? Zo ja, wat is het tijdpad van de staatssecretaris ?
4. Zijn de reglementen van de OCMW's goed aangepast aan de evolutie van de termen en opleidingen na de Bolognahervorming ?
5. Hoe staat het met de toepassing van reglementen die naar verouderde termen of opleidingen verwijzen ? Hoe worden die termen en opleidingen geïnterpreteerd bij de controle op de naleving van de toegangsvooraarden voor bepaalde functies ? Is er, wat de secretarissen en ontvangers van de OCMW's betreft, in dat verband een circulaire aan de 19 OCMW's gestuurd ?

D'autres textes existent également pour les autres fonctions au sein des différents services publics et administratifs sous la tutelle de la Cocom.

Dès lors, les membres du Collège réuni peuvent-il me préciser :

1. Combien d'arrêtés actuellement en vigueur sont visés par la problématique soulevée ci-dessus ?
2. Certains arrêtés ont-ils déjà fait l'objet de modifications pour répondre à cette évolution ? Dans l'affirmative, quelle proportion ?
3. Un processus d'adaptation des arrêtés visés est-il en cours ? Dans l'affirmative, quel est l'agenda du secrétaire d'Etat ?
4. Si les règlements des CPAS se sont bien adaptés à l'évolution des termes et cursus suite à la réforme de Bologne ?
5. Qu'en est-il de l'application de règlements renvoyant à des termes ou cursus obsolètes ? Comment ces termes et cursus sont-ils interprétés lors de la vérification des conditions d'accès à certains postes ? Pour ce qui concerne les secrétaires et receveurs de CPAS, une circulaire a-t-elle été envoyée à cette fin aux 19 CPAS ?

Ministers bevoegd voor Financiën, Begroting en Externe Betrekkingen

Vraag nr. 1 van mevr. Françoise Schepmans d.d. 2 oktober 2009 (Fr.) :

Samenstelling en organisatie van het kabinet (Huytebroeck).

De vraag werd gepubliceerd in Bulletin nr. 1, blz. 5.

Ministres compétents pour les Finances, le Budget et les Relations extérieures

Question n° 1 de Mme Françoise Schepmans du 2 octobre 2009 (Fr.) :

La composition et l'organisation de votre cabinet (Huytebroeck).

La question a été publiée dans le Bulletin n° 1, p. 5.

II. Vragen waarop een voorlopig antwoord verstrekt werd

II. Questions auxquelles une réponse provisoire a été fournie

(Fr.): Vraag gesteld in het Frans – (N.): Vraag gesteld in het Nederlands
(Fr.): Question posée en français – (N.): Question posée en néerlandais

Ministers bevoegd voor het Beleid inzake Bijstand aan Personen

Vraag nr. 5 van de heer Serge de Patoul d.d. 14 december 2009
(Fr.) :

*De maatregelen genomen door de OCMW's van de 19 Brus-
selse gemeenten inzake zelfmoord.*

De vraag en het voorlopig antwoord werden gepubliceerd in Bulletin nr. 1, blz. 8.

Ministres compétents pour la Politique d'Aide aux Personnes

Question n° 5 de M. Serge de Patoul du 14 décembre 2009
(Fr.) :

*Les mesures prises par les CPAS des 19 communes bruxelloi-
ses en matière de suicide.*

La question et la réponse provisoire ont été publiées dans le Bulletin n° 1, p. 8.

III. Vragen van de Volksvertegenwoordigers en antwoorden van de Ministers

III. Questions posées par les Députés et réponses données par les Ministres

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

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

Ministers bevoegd voor het Gezondheidsbeleid

Vraag nr. 5 van mevr. Carla Dejonghe d.d. 1 juni 2010 (N.) :

De hoge alcoholconsumptie bij Brusselse jongeren.

Het recente onderzoek van het Onderzoeks- en Informatiecentrum van de Verbruikersorganisaties (OIVO) naar de alcoholconsumptie bij jongeren in 2009 bevat een aantal verontrustende cijfers en tendensen.

Eerst en vooral ligt de hoeveelheid alcohol die jongeren van 10 tot 17 jaar consumeren opmerkelijk hoog. Gemiddeld drinken de ondervraagde tieners 19 glazen alcohol per week, waarvan gemiddeld 8,4 tijdens de week en 10,6 tijdens het weekend. Dat schoolgaande tieners tijdens de schoolweek meer dan 8 glazen alcohol drinken lijkt mij toch wel een erg hoog gemiddelde. Daarnaast geeft 41 % van de 2.519 ondervraagde jongeren toe al eens een black out te hebben gehad door overmatig drankverbruik. Dat is een zeer grote stijging in vergelijking met het voorgaande jaar toen dit nog maar 15 % bedroeg.

Deze trend hangt samen met het feit dat jongeren tot 15 jaar de voorkeur geven aan alcoholpops en gemixte sterke drank. Drankjes zoals Bacardi Breezer bevatten echter ruim 5 % alcohol. Pas vanaf 16 jaar geeft de meerderheid van de jongeren de voorkeur aan bier met een lager alcoholpercentage.

Ten slotte toont de studie ook aan dat Brusselse jongeren meer alcohol drinken dan hun Vlaamse en Waalse leeftijdsgenoten, respectievelijk 74 % ten opzichte van 60 % en 70 %. Extra inspanningen voor onze Brusselse jongeren dringen zich dus op, willen we niet met een maatschappelijk probleem te kampen krijgen waar we geen vat meer op krijgen.

Ministres compétents pour la Politique de Santé

Question n° 5 de Mme Carla Dejonghe du 1^{er} juin 2010 (N.) :

Consommation d'alcool élevée chez les jeunes Bruxellois.

L'étude récente du Centre de Recherche et d'Information des Organisations de Consommateurs (CRIOC) sur la consommation d'alcool des jeunes en 2009 révèle une série de tendances et de chiffres inquiétants.

Tout d'abord, la quantité d'alcool consommée par les jeunes âgés de 10 à 17 ans est particulièrement élevée. En moyenne, les jeunes interrogés boivent 19 verres d'alcool par semaine. Du lundi au vendredi, la moyenne est de 8,4 et le samedi/dimanche de 10,6. Que des adolescents scolarisés consomment plus de 8 verres d'alcool les jours où ils ont école me semble une moyenne particulièrement élevée. En outre, 41 % des 2.519 jeunes interrogés disent même qu'ils ont eu un black-out à cause d'une consommation excessive d'alcool. Par rapport à l'enquête de l'année passée, c'est une très grande augmentation, car le pourcentage était alors de 15 %.

Cette tendance est liée au fait que les jeunes, jusqu'à 15 ans, préfèrent les alcopops et les prémix. Des boissons comme les Bacardi Breezer contiennent pourtant près de 5 % d'alcool. Ce n'est qu'à partir de 16 ans que la majorité des jeunes se tournent vers la bière, qui a un taux d'alcool moins élevé.

Enfin, l'étude montre que, en comparaison avec leurs pairs en Flandre (60 %) et en Wallonie (70 %), les jeunes Bruxellois ont été plus nombreux à boire de l'alcool (74 %). Des efforts supplémentaires à destination des jeunes Bruxellois s'imposent donc si nous ne voulons pas être confrontés à un problème de société sur lequel nous n'aurons plus de prise.

1. Hoe verklaart u de hogere alcoholconsumptie bij Brusselse jongeren in vergelijking met hun Vlaamse en Waalse leeftijdsgenoten ?
2. Zullen er maatregelen genomen worden om aan preventie van alcoholmisbruik te doen, aangepast aan deze doelgroep ?
3. Hoe zijn de cijfers de laatste vijf jaar geëvolueerd voor wat Brussel betreft ?
4. Zijn er specifieke vzw's die zich met deze problematiek bezighouden ? Zo ja, dewelke en wat zijn dan hun acties ?
5. Op welke manier werd er in het verleden samengewerkt met de Brusselse scholen en jeugdhuizen om iets aan alcoholmisbruik bij jongeren te doen ?

Antwoord : Wat de gegevens van het Onderzoeks- en Informatiecentrum van de Verbruikersorganisaties (OIVO) betreft, hierover meldt het Observatorium voor gezondheid en welzijn en het « Overleg Druggebruik Brussel » (ODB) ons dat ze met enige omzichtigheid moeten worden gebruikt. Zij kunnen de methodologie en de wetenschappelijkheid ervan niet garanderen. Zij verkiezen de gegevens van de nationale gezondheidsenquête te gebruiken en van de « Health Behaviour Survey » van de WGO die meer bepaald de schoolgaande jeugd viseert met volgende vaststellingen :

- problematisch wekelijks alcoholgebruik bij jongeren tussen 15-24 jaar in 2008 : Brussels percentage 4,1 %, terwijl in Vlaanderen 9,7 % en in Wallonië 3,2 %;
- regelmatige alcoholconsumptie bij deze jongeren 4,1 % voor Brussel tegen 3,6 % in Wallonië en 2,2 % in Vlaanderen;
- binge drinking 10,0 % voor Brussel tegenover 14 % voor Vlaanderen en 8,6 % voor Wallonië;
- Brussel heeft een groter aantal geheelonthouders onder haar bevolking van 15+, namelijk 29,4 % tegenover 17 % in Vlaanderen en 21,9 % in Wallonië;
- de gemiddelde leeftijd waarop voor het eerst alcohol wordt geconsumeerd ligt hoger in Brussel dan in Vlaanderen en Wallonië, namelijk 19,1 jaar tegenover 18 jaar en 18,4 jaar.

De gegevens op de website van het ODB geven nog meer informatie (www.odb.be), zo ook de recent gepubliceerde gezondheidsindicatoren van het Observatorium. Het feit dat bij de derde uitgave van de Gezondheidsindicatoren een hoofdstuk werd toegevoegd waarin de beschikbare gegevens worden gebundeld per leeftijdscategorie, maakt de monitoring van de gezondheidstoestand in ons Gewest des te accurater. Immers, gelet op onze demografische context, namelijk het toenemend aantal jonge kinderen en jongvolwassenen (1 op vier is jonger dan 20 jaar) moeten wij voor deze leeftijdsgroep bijzonder alert zijn en het alcohol- en middelengebruik bij jongeren is altijd problematisch, en dit meer bepaald omwille van het feit van de jonge leeftijd.

De vaststelling is dat het problematisch gebruik stijgt en volgens de WGO zou deze stijging parallel verlopen met de verhoging van de sociale problemen. Tegelijkertijd zeggen de specialisten terzake dat men het gebruik van alcohol bij jongeren niet los mag zien van het gebruik bij volwassenen, ook al zal het gebruik bij

1. Comment expliquez-vous que les jeunes Bruxellois consomment plus d'alcool que leurs pairs en Flandre et en Wallonie ?
2. Allez-vous prendre des mesures et faire de la prévention contre l'abus d'alcool adaptée à ce groupe cible ?
3. Quelle a été l'évolution de ces chiffres à Bruxelles au cours des cinq dernières années ?
4. Y a-t-il des asbl spécifiques qui s'occupent de ce problème ? Dans l'affirmative, quelles sont ces asbl et quelles sont leurs actions ?
5. Dans le passé, comment a-t-on collaboré avec les écoles et les maisons de jeunes bruxelloises afin de lutter contre l'abus d'alcool chez les jeunes ?

Réponse : En ce qui concerne les informations du Centre de Recherche et d'information des Organisations de Consommateurs (CRIOC), l'Observatoire de la santé et du social ainsi que la « Concertation Toxicomanie Bruxelles » (CTB) nous informent que ceux-ci doivent être utilisées avec prudence et ils ne peuvent en garantir la méthodologie et le caractère scientifique. Ils préfèrent utiliser les chiffres de l'enquête nationale de santé et du « Health Behaviour Survey » de l'OMS celle-ci s'adresse plus particulièrement aux jeunes écoliers, indiquant que :

- en ce qui concerne la consommation problématique hebdomadaire d'alcool chez les 15-24 ans en 2008, Bruxelles (4,1 %) se situe entre la Flandre (9,7 %) et la Wallonie (3,2 %);
- en ce qui concerne la consommation régulière d'alcool, 4,1 % à Bruxelles contre 3,6 % en Wallonie et 2,2 % en Flandre;
- le binge drinking s'élève à 10,0 % à Bruxelles, 14 % en Flandre et 8,6 % en Wallonie;
- Bruxelles comptabilise un plus grand nombre de personnes qui ne boivent pas d'alcool chez les plus de 15 ans, à savoir 29,4 % contre 17 % en Flandre et 21,9 % en Wallonie;
- l'âge moyen où l'on consomme pour la première fois l'alcool est légèrement supérieur à Bruxelles qu'en Flandre et en Wallonie, à savoir 19,1 ans contre 18 ans, 18,4 ans.

Les chiffres disponibles sur le site internet de la CTB (www.ctb.be) fournissent de plus amples d'informations fiables, ainsi que le tableau de bord de la santé de l'Observatoire de la santé. Dans cette troisième édition du tableau de bord de la santé, un chapitre a été ajouté dans lequel les données disponibles ont été rassemblées par catégorie d'âge, ce qui rend le monitoring de l'état sanitaire dans notre région d'autant plus pointue. Vu notre contexte démographique, à savoir le nombre croissant de jeunes enfants et adolescents (1 sur 4 est âgé de moins de 20 ans), cette catégorie d'âge doit nous préoccuper plus particulièrement et la consommation d'alcool et de drogues chez les jeunes est de manière générale un problème en soi, notamment par la précocité.

S'il est donc vrai que les consommations problématiques augmentent, l'OMS constate que cette augmentation est liée à l'accroissement des difficultés sociales. Cependant les spécialistes s'accordent à dire que l'on ne peut dissocier les consommations des jeunes de celles des adultes, même si les premières peuvent

jongeren bijzondere vormen kunnen aannemen. Alle leeftijds categorieën zijn erbij betrokken, weliswaar kan men drie leeftijds categorieën onderscheiden omdat er achter het gebruik telkens eenzelfde vraagstelling schuilt namelijk « Hoe zal mijn sociale integratie verlopen ? ».

Voor de adolescenten is het alcoholgebruik meer een « test van de toegelaten grenzen » dan een eerder systematisch beroep doen op een verkeerde oplossing, terwijl dit beroep op de verkeerde oplossing meer bij jong volwassenen voorkomt (« Zal ik mijn integratie in de wereld van het werk slagen ? ») en bij de oudere werknemers (« Zal ik mijn integratie in de wereld van de niet-werkers slagen ? »).

De Gemeenschappelijke Verklaring inzake het toekomstig alcoholbeleid goedgekeurd in de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid heeft geleid tot de stemming van de wet van 10 december 2009 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid. In dit kader werd grotere coherentie bewerkstelligd van de wetgevingen over de verkoop van alcohol aan minderjarigen. Zowel de verkoop in de winkels als « aan de toog » wordt verboden en de controle wordt toevertrouwd aan de inspectie van Volksgezondheid die reeds relevante ervaring heeft opgedaan bij de controles inzake verkoop van tabaksproducten aan -16-jarigen.

Wij vermelden ook dat in de schoot van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid het Fonds verslavingen functioneert en dat hierin het Tabaksfonds wordt geïntegreerd. Wij stippen aan dat de middelen 5 miljoen EUR op jaarrichting vertegenwoordigen, waarvan de helft wordt verdeeld voor de acties van de Gemeenschappen. Van deze helft wordt 3,73 % toegewezen aan de GGC en 2,93 % aan de Franse Gemeenschapscommissie.

De projecten die kunnen worden ondersteund zullen onder meer volgende acties viseren :

- voorkomen dat jongeren en jongvolwassenen beginnen te roken, alcohol gebruiken of illegale drugs nemen;
- de beginleeftijd van het beoogde gebruik uitstellen;
- verantwoordelijk gedrag bevorderen, enz.

Een reeks maatregelen dus die vooral de problematiek, die u aanhaalt, betreffen.

Wat de maatregelen naar jongeren toe betreft, de gespecialiseerde teams van VAD, Infor-Drogues en Prospective Jeunesse (om slechts de belangrijkste te vermelden) zijn het erover eens dat in een perspectief van gezondheidspromotie moet gehandeld worden met ondersteuning van de eerstelijn (waaronder het onderwijsend personeel) en door zich ook te richten op de hele bevolking (bijvoorbeeld de campagne IDA – informatie Drugs en Alcohol die over het hele land wordt gevoerd. Zie website druglijn).

Het preventiebeleid dat in Brussel wordt gevoerd, valt onder de bevoegdheid van de Gemeenschappen die de jongere voornamelijk in zijn leefomgeving willen bereiken : meer bepaald de school, de jeugdbeweging, het uitgaansmilieu.

Het ODB-CTB (Overleg Druggebruik Brussel) blijft belast namens de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie met een

prende des formes particulières. Toutes les catégories d'âge sont touchées, même si trois catégories d'âge se distinguent car elles sont toutes trois confrontées à une question similaire « Comment va se passer mon insertion sociale ? ».

Pour les ados, la consommation d'alcool est plus un « test des limites permises » qu'un recours systématique à une solution, alors que cette dernière mauvaise solution se retrouve plus dans le chef des jeunes adultes (« Vais je réussir mon insertion dans le monde du travail ? ») et dans le chef des vieux travailleurs (« Vais-je réussir mon insertion dans le monde des non-travailleurs ? »).

La déclaration commune sur la politique future en matière d'alcool approuvée en Conférence Interministérielle de la Santé a mené au vote de la loi du 10 décembre 2009 portant des dispositions générales en matière de santé. Dans ce cadre, une plus grande cohérence a été réalisée en ce qui concerne les législations en vigueur au sujet de la vente d'alcool aux mineurs. Aussi bien la vente dans les magasins qu'au « comptoir » est interdite et le contrôle est confié à l'inspection de la Santé publique qui a déjà acquis de l'expérience lors des contrôles sur l'interdiction de la vente de produits du tabac aux mineurs de 16 ans.

Nous mentionnons également qu'au sein de la Conférence Interministérielle Santé, le Fonds assuétudes a été mis sur pied et que le Fonds Tabac y est intégré. Nous signalons que les moyens de ce fonds se chiffrent à 5 millions EUR sur une base annuelle dont 2,5 millions EUR seront dévolus aux actions des communautés, dont 3,73 % seront attribués à la CCC et 2,93 % à la Cocof.

Les projets qui seront soutenus viseront plus spécifiquement les actions suivantes :

- éviter que les jeunes et les jeunes adultes ne commencent à fumer, à boire d'alcool ou à consommer des drogues illicites;
- retarder l'âge auquel débute la consommation visée;
- encourager les comportements responsables au travers de l'éducation au choix ... etc.

Donc une série de mesures que vous avez suggérées dans vos questions.

Quant aux mesures à prendre vis-à-vis des jeunes, les équipes spécialisées d'InforDrogues, du VAD ou de Prospective Jeunesse (pour ne citer que les plus importantes) agissent dans une perspective de promotion de la santé en soutenant les travailleurs de première ligne (dont les enseignants) et en agissant auprès de la population toute entière (campagne IDA par exemple information drogues alcool – voir le site internet d'infor-drogues).

Comme vous le savez, la politique de prévention à Bruxelles est une matière qui relève des compétences des Communautés et elles agissent prioritairement en touchant les jeunes dans leurs lieux de vie à savoir notamment : l'école, les mouvements de jeunesse, les lieux festifs.

La CTB-ODB (Concertation toxicomanie Bruxelles) est le lieu mandaté par la Commission communautaire commune pour récol-

opdracht om de gegevens te verzamelen van de gespecialiseerde centra en met de epidemiologische gegevensverzameling in het algemeen. Zij heeft bovendien een opdracht van overleg tussen de actoren van de sector. Wij kunnen stellen dat de GGC een pionier is geweest op het vlak van het overleg tussen gezondheid, sociaal beleid, justitie en politie, maar deze taken worden nu overgenomen door de algemene cel van de Interministeriële Conferentie drugbeleid. Wij zullen het ODB blijven ondersteunen als overlegorgaan en als adviesorgaan bij de beleidsbeslissingen op Brussels niveau.

Vraag nr. 6 van mevr. Elke Roex d.d. 9 juni 2010 (N.) :

De samenstelling van de adviesraad voor gezondheids- en welzijnszorg van de GGC.

De Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie heeft een adviesraad voor gezondheids- en welzijnszorg. Die adviesraad bestaat op haar beurt uit een commissie voor gezondheidszorg en een commissie voor welzijnszorg. De commissie gezondheidszorg heeft een afdeling ziekenhuizen, een afdeling preventieve gezondheidszorg, een afdeling eerstelijnszorg en thuiszorg, een afdeling instellingen en diensten voor geestelijke gezondheidszorg.

Over de preventieve gezondheidszorg wil ik het in het bijzonder hebben. In Brussel zijn de Vlaamse en de Franse Gemeenschap actief inzake preventie. Beide gemeenschappen leggen hun eigen accenten. De huisarts wordt vaak (en terecht) ingeschakeld in dat preventiebeleid, alleen is het dan ook belangrijk dat de huisarts op de hoogte is van het preventiebeleid van de twee gemeenschappen. Het cliëntel van de huisartsen behoort doorgaans immers niet exclusief tot één gemeenschap.

De adviesraad, en in het bijzonder de commissie gezondheidszorg, afdeling preventieve gezondheidszorg zou hét instrument moeten zijn om het preventiebeleid van de verschillende gemeenschappen samen te brengen.

De oproep tot kandidaatstellingen voor de adviesraad werd in maart 2009 gelanceerd. Daarna zou het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie de verschillende kandidaatstellingen onderzoeken en de effectieve en plaatsvervangende leden van de adviesraad benoemen. Die benoeming geldt voor vijf jaar.

Mijn vragen :

- Wat is de stand van zaken inzake de adviesraad ? Hoeveel leden zijn al benoemd ? Welke commissies en/of afdelingen zijn vol-tallig ?
- Hoe gaat de adviesraad praktisch tewerk (hoe vaak komt ze samen, hoe vaak worden haar bevindingen kenbaar gemaakt) ?

Antwoord : De stand van zaken over de samenstelling van de adviesraad is de volgende : 2 besluiten tot aanduiding van de leden en tot aanduiding van de voorzitters en ondervoorzitters van de bureaus en de afdelingen werden voorgelegd aan het Verenigd College op 1 juli jl.

ter les données des centres spécialisés et des données épidémiologiques en général et pour organiser la concertation des acteurs du terrain. Nous avons été pionnier dans le cadre de la concertation santé et politique sociale, avec la justice et la police. Nous pensons que ces tâches sont actuellement reprises dans le cadre de la cellule générale de la CIM drogues. En tout cas nous veillerons à maintenir cet outil comme point de concertation et comme organe d'avis à la décision politique Bruxelloise.

Question n° 6 de Mme Elke Roex du 9 juin 2010 (N.) :

Composition du Conseil consultatif de la Santé et de l'Aide aux Personnes de la Commission communautaire commune.

La Commission communautaire commune dispose d'un Conseil consultatif de la Santé et de l'Aide aux Personnes. Ce Conseil consultatif se compose à son tour d'une commission de la santé et d'une commission de l'aide aux personnes. La commission de la santé comporte plusieurs sections : la section des hôpitaux, la section de la prévention en santé, la section des soins de santé de première ligne et des soins à domicile et la section des institutions et services de santé mentale.

Je suis particulièrement intéressée par la prévention en santé. À Bruxelles, les Communautés française et flamande sont actives en matière de prévention. Les deux Communautés mettent chacune leurs accents propres. Le généraliste est souvent (et à juste titre) un maillon de cette politique de prévention. Il est dès lors aussi important qu'il soit informé des politiques de prévention menées par les deux Communautés. Généralement d'ailleurs, les patients d'un généraliste n'appartiennent pas exclusivement à une seule Communauté.

Le Conseil consultatif, et en particulier la section de la prévention en santé de la commission de la santé, devrait être l'instrument qui réunit les politiques de prévention des différentes Communautés.

L'appel aux candidatures pour le Conseil consultatif a été lancé en mars 2009. Le Collège réuni de la Commission communautaire commune devait ensuite examiner les différentes candidatures et nommer les membres effectifs et suppléants du Conseil consultatif. Ces nominations sont valables cinq ans.

Mes questions sont les suivantes :

- Où en est la procédure ? Combien de membres ont déjà été nommés ? Quelles commissions et/ou sections sont complètes ?
- Comment le Conseil consultatif travaille-t-il en pratique (fréquence des réunions, fréquence de la publication de ses conclusions) ?

Réponse : L'état des lieux concernant la composition du conseil consultatif est le suivant : 2 arrêtés de désignations des membres et des présidents et vice-présidents des bureaux et des sections ont été soumis au Collège réuni le 1^{er} juillet dernier.

Tot op heden heeft het Verenigd College geen beslissing genomen.

De beslissing over de samenstelling van de adviesraad wordt genomen in uitvoering van de ordonnantie betreffende de Adviesraad voor gezondheids- en welzijnszorg van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, gecoördineerd op 19 februari 2009, waarbij het aantal afdelingen en de thema's waarover de afdelingen bevoegd zijn, werden gewijzigd. De samenstelling van de verschillende afdelingen en de bureaus wordt aldus over het geheel genomen, onder meer het aantal mannen en vrouwen wordt immers bepaald over het geheel teneinde aan de ordonnantie te voldoen die bepaalt dat ten hoogste twee derde van de leden van de Adviesraad van hetzelfde geslacht is.

De werking van de adviesraad is bepaald in het besluit van het Verenigd College van 19 februari 2009 tot vaststelling van de samenstelling en de werking van de commissies ingesteld bij de ordonnanties betreffende de Adviesraad voor gezondheids- en welzijnszorg van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, gecoördineerd op 19 februari 2009, meer bepaald de artikelen 15 en 16. Hierin is voorzien dat het Bureau van voornoemde Commissie bepaalt hoe vaak of wanneer de afdelingen samenkomen.

Het huidige huishoudelijk reglement bepaalt onder meer dat de voorzitters van het Bureau of van de verschillende afdelingen de dagorde bepalen.

Tevens verwijzen we voor wat de bekendmaking van de adviezen betreft naar de bepalingen van een besluit van het Verenigd College dat hierover handelt, namelijk het besluit van 5 mei 1994 tot bepaling van nadere regels voor de erkennings en de sluiting van de ziekenhuizen en de ziekenhuisdiensten die tot de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie behoren :

- a) artikel 5, § 2, bepaalt : « De bevoegde afdeling onderzoekt de aanvraag (om erkenning van de instelling). Haar advies wordt overgezonden aan de leden van het Verenigd College en ter kennis van de aanvrager gebracht. Deze beschikt over vijftien dagen om zijn opmerkingen aan de leden van het Verenigd College te doen geworden. ». Deze bepaling is eveneens toepasbaar op de aanvragen tot verlenging van de erkenning.
- b) artikel 11, § 2 (onmiddellijke sluiting wegens gezondheids- of veiligheidsredenen), luidend als volgt : « Het secretariaat van de Adviesraad deelt onverwijld aan de ziekenhuisbeheerder de datum mede waarop de zaak zal worden onderzocht en nodigt hem uit om zijn opmerkingen te doen gelden en voor de bevoegde afdeling te verschijnen. De bevoegde afdeling beraadslaagt, ongeacht het gevolg dat aan de uitnodiging tot verschijnen wordt gegeven; zij maakt onverwijld haar advies over aan de Leden van het Verenigd College die definitief over de sluiting beslissen. ».

Vraag nr. 7 van mevr. Bianca Debaets d.d. 9 juni 2010 (N.) :

Het tekort aan verplegend personeel in de Brusselse ziekenhuizen.

Het tekort aan medisch, paramedische en verpleegkundig personeel is helaas niet nieuw. Het is niet nieuw en het is ook geen

A ce jour, le Collège réuni n'a pas encore pris de décision.

La décision concernant la composition du conseil consultatif est prise en exécution de l'ordonnance relative au Conseil consultatif de la santé et de l'aide aux personnes de la Commission communautaire commune, coordonnée le 19 février 2009, par laquelle le nombre de sections et thèmes pour lesquels les sections sont chargées, a été modifié. La composition des différents sections et bureaux est décidée pour l'ensemble, en effet, le nombre d'hommes et de femmes est pris en considération sur l'ensemble afin de satisfaire à l'ordonnance stipulant que maximum deux tiers des membres du conseil consultatif doivent être du même sexe.

Le fonctionnement du conseil consultatif est fixé par l'arrêté du Collège réuni du 19 février 2009 fixant la composition et le fonctionnement des commissions instituées par les ordonnances relatives au Conseil consultatif de la santé et de l'aide aux personnes de la Commission communautaire commune, coordonnées le 19 février 2009, plus particulièrement les articles 15 et 16. Ceux-ci prévoient que le Bureau de la Commission susmentionnée fixe à quelle fréquence et à quel moment les sections doivent se réunir.

L'actuel règlement d'ordre intérieur fixe entre autres que les Présidents du Bureau ou des différentes sections fixent l'ordre du jour.

En outre, concernant la publication des avis, nous renvoyons aux dispositions d'un arrêté du Collège réuni qui prévoit des dispositions spécifiques en la matière, à savoir l'arrêté du 5 mai 1994 déterminant les modalités d'agrément et de fermeture des hôpitaux et des services hospitaliers relevant de la Commission communautaire commune :

- a) l'article 5, § 2 fixe que « La section compétente examine la demande (pour agrément de l'établissement). Son avis est transmis aux membres du Collège réuni et communiqué au demandeur. Celui-ci dispose d'un délai de quinze jours pour faire parvenir ses observations aux membres du Collège réuni ». Cette disposition est également d'application pour les demandes de prolongement de l'agrément.
- b) l'article 11, § 2 (immédiatement après la fermeture pour raisons de santé ou de sécurité) stipule que « Le secrétariat du Conseil consultatif informe sans délai le gestionnaire de l'hôpital de la date à laquelle l'affaire sera examinée et l'invite à faire valoir ses observations et à comparaître devant la section compétente. La section compétente délibère quelle que soit la suite qui a été donnée à l'invitation de comparaître; elle transmet sans délai son avis aux membres du Collège réuni, qui statuent définitivement sur la fermeture. ».

Question n° 7 de Mme Bianca Debaets du 9 juin 2010 (N.) :

Manque de personnel soignant dans les hôpitaux bruxellois.

Le manque de personnel médical, paramédical et infirmier n'est hélas pas neuf. Ce n'est pas neuf et ce n'est pas non plus un phé-

exclusief Brussels fenomeen. Landelijk en zelfs Europees raken zorgberoepen maar moeilijk ingevuld. Het tekort is in Brussel wel pranger, onder meer door een hoge concentratie van het aantal zorginstellingen.

Graag had ik van u geweten :

Hoeveel vacatures voor verpleegkundigen staan er momenteel open binnen de Brusselse ziekenhuizen ?

In welke ziekenhuizen is dit tekort het meest uitgesproken ?

Kan u dat cijfer opsplitsen naar verpleegkundigen A1 en verpleegkundigen A2 ?

Antwoord : Teneinde een antwoord te kunnen geven op de vraag over het aantal vacatures voor verpleegkundigen binnen de Brusselse ziekenhuizen, kunnen wij u de volgende gegevens meedelen op basis van een rondvraag bij de ziekenhuisfederaties in verband met het aantal vacatures op dit ogenblik :

1° Ziekenhuizen aangesloten bij CBI :

Ziekenhuis 1 (algemeen ziekenhuis) : 2 verpleegkundigen bachelor. Het ziekenhuis meldt dat inspanningen worden gedaan om te werken aan het behoud van de werknemers, wat de mobiliteit in 2010 sterk heeft doen dalen.

Ziekenhuis 2 (algemeen ziekenhuis) : 55 verpleegkundigen bachelor (hiervan is voor ± 10 VTE de aanwerving lopende)

Ziekenhuis 3 (psychiatrisch ziekenhuis) : 5,5 verpleegkundigen bachelor

Ziekenhuis 4 (psychiatrisch ziekenhuis) : 1 verpleegkundige bachelor

Ziekenhuis 5 (psychiatrisch ziekenhuis) : geen vacatures

Ziekenhuis 6 (psychiatrisch ziekenhuis) : 2 verpleegkundigen bachelor

Ziekenhuis 7 (geriatrisch ziekenhuis) : geen vacatures

Ziekenhuis 8 (universitair ziekenhuis) : 40 verpleegkundigen, hoofdzakelijk bachelor

2° Ziekenhuizen aangesloten bij ABISP :

Ziekenhuis 1

Verpleegkundigen	Datum	Aantal plaatsen
A1	05/07/10	2
A2	05/07/10	2

Ziekenhuis 2

Verpleegkundigen	Datum	Aantal plaatsen
A1	01/07/10	10
A2	01/07/10	6

nomène exclusivement bruxellois. À l'échelle nationale et même européenne, il est difficile de pourvoir aux emplois vacants dans le secteur des soins de santé. À Bruxelles, ce manque est encore plus criant en raison d'une forte concentration d'institutions hospitalières.

Mes questions sont donc les suivantes :

Combien y-a-t-il actuellement d'offres d'emploi d'infirmières dans les hôpitaux bruxellois ?

Dans quels hôpitaux ce manque est-il le plus criant ?

Pouvez-vous ventiler ces chiffres entre les infirmières A1 et A2 ?

Réponse : Afin de répondre à la question sur le nombre de postes vacants pour les infirmiers au sein des hôpitaux bruxellois, nous pouvons vous communiquer les informations suivantes sur la base d'un tour de table dans les fédérations hospitalières concernant le nombre de postes vacants à l'heure actuelle :

1° Hôpitaux affiliés auprès de la CBI :

Hôpital 1 (hôpital général) : 2 bachelor infirmiers. L'hôpital informe que des efforts ont été réalisés pour maintenir les employés, ce qui a fortement fait chuter la mobilité en 2010.

Hôpital 2 (hôpital général) : 55 bachelor infirmiers (dont ± 10 ETP en cours d'engagement)

Hôpital 3 (hôpital psychiatrique) : 5,5 bachelor infirmiers

Hôpital 4 (hôpital psychiatrique) : 1 bachelor infirmier

Hôpital 5 (hôpital psychiatrique) : aucun poste vacant

Hôpital 6 (hôpital psychiatrique) : 2 bachelor infirmiers

Hôpital 7 vacant (hôpital gériatrique) : pas de poste vacant

Hôpital 8 (hôpital universitaire) : 40 infirmiers, principalement bachelor

2° Hôpitaux affiliés auprès de l'ABISP :

Hôpital 1

Infirmières	Date	Nombre de places
A1	05/07/10	2
A2	05/07/10	2

Hôpital 2

Infirmières	Date	Nombre de places
A1	01/07/10	10
A2	01/07/10	6

Ziekenhuis 3	Hôpital 3
Verpleegkundigen	Infirmières
A1	07/07/10
A2	69.51 VTE 6
A1	07/07/10
A2	07/07/10
Ziekenhuis 4	Hôpital 4
Verpleegkundigen	Infirmières
A1	07/07/10
A2	0
A1	07/07/10
A2	0
Ziekenhuis 5	Hôpital 5
Verpleegkundigen	Infirmières
A1 en A2	07/07/10
Ziekenhuis 6	Hôpital 6
Verpleegkundigen	Infirmières
A1 en A2	07/07/10
3° Ziekenhuizen aangesloten bij IRIS :	3° Hôpitaux affiliés auprès d'IRIS :
In totaal worden ongeveer 200 vacatures gemeld waarvan het merendeel A1.	Au total, quelque 200 postes vacants ont été signalés dont la majorité sont des A1.
Vraag nr. 8 van mevr. Elke Roex d.d. 14 juni 2010 (N.) :	Question n° 8 de Mme Elke Roex du 14 juin 2010 (N.) :
<i>Overzicht van de publicatie van jaarverslagen.</i>	<i>Relevé de la publication des rapports annuels.</i>
Verschillende diensten van het ministerie van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en de instellingen van openbaar nut brengen jaarverslagen uit, op papier en/of elektronisch.	Différents services du MRBC et les OIP publient un rapport annuel, sur papier et/ou en version électronique.
Jaarverslagen zijn een belangrijk instrument voor controle op de werking van deze diensten en instellingen en een bron van basisinformatie over de betrokken materies.	Les rapports annuels sont un instrument important dans le contrôle du fonctionnement de ces services et organismes et une source d'informations de base sur les matières concernées.
Een toegankelijk centraal overzicht daarvan, bijvoorbeeld op een websitepagina, bestaat bij mijn weten evenwel niet.	Toutefois, à ma connaissance, il n'existe pas de relevé central accessible de la publication de ces rapports, par exemple sur une page Internet.
<ol style="list-style-type: none"> Kan het collegelid aangeven welke diensten of instellingen die onder zijn bevoegdheid vallen jaarverslagen publiceren ? In welke vorm (gedrukt of elektronisch) worden die verspreid ? Wat is de respectieve kostprijs van die jaarverslagen ? Worden er initiatieven genomen om tot een globaal centraal overzicht te komen, bijvoorbeeld op een websitepagina van de overheid, van de diensten of instellingen die jaarverslagen publiceren ? 	<ol style="list-style-type: none"> Les membres du collège peuvent-ils indiquer quels services ou organismes qui relèvent de sa compétence publient des rapports annuels ? Sous quelle forme (papier ou électronique) ces rapports sont-ils diffusés ? Quels sont les coûts respectifs de ces rapports annuels ? A-t-on pris des initiatives afin de parvenir à un relevé central global, par exemple sur une page Internet de l'administration, des services ou organismes qui publient ces rapports annuels ?
Antwoord : In antwoord op de schriftelijke vraag van de geachte volksvertegenwoordiger inzake de publicatie van jaarverslagen	Réponse : En réponse à la question écrite de Madame la députée relative à la publication des rapports annuels, je peux com-

gen, kan ik u mededelen dat, wat de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie van het tweetalig gebied Brussel-Hoofdstad betreft geen enkel jaarverslag wordt opgemaakt.

Het Observatorium voor gezondheid en welzijn publiceert de gezondheidsindicatoren, met een interval van ongeveer 5 jaar. De kosten voor druk en vertaling van de laatste publicatie bedraagt ± 37.000 EUR.

Zoals alle publicaties van het Observatorium, zijn deze beschikbaar op de website.

muniquer qu'en ce qui concerne la Commission communautaire commune de Bruxelles-Capitale aucun rapport annuel est établi.

L'Observatoire de la santé et du social publie son tableau de bord de la santé avec un interval d'environ 5 ans. Pour l'impression et la traduction du dernier tableau le coût s'élève à environ 37.000 EUR.

Comme c'est le cas pour toutes les publications de l'Observatoire elles sont disponibles sur le site-web.

Vraag nr. 9 van mevr. Gisèle Mandaila d.d. 25 juni 2010 (Fr.) :

Bewustmaking van de huisartsen van drepanocytose.

Drepanocytose is een genetische ziekte die de rode bloedcellen en meer bepaald de hemoglobine in de rode bloedcellen aantast. Het is de meest voorkomende erfelijke ziekte in Afrika. Alle zieken hebben chronische en veelvuldige orgaancomplicaties. Drepanocytose is dus een chronische en ernstige ziekte. De zieken maken zware crisissen door met pijn op verschillende plaatsen (armen, benen, rug). De zieken zijn gevoeliger dan anderen voor infecties zoals verkoudheid, angina, griep enz. De nagenoeg constante bloedarmoede waarvan ze drager zijn, leidt tot algehele verzwakking, vermoeidheid, kortademigheid en hartkloppingen. Onder bepaalde omstandigheden maken ze crisissen door die een fatale afloop kunnen hebben, vooral als de verzorging niet aangepast is. Drepanocytose wordt beschreven als een triade : bloedarmoede, infecties en pijnlijke vaso-occlusieve crisissen.

Doorgaans komen patiënten met drepanocytose uit families die afkomstig zijn van gebieden waar malaria voorkomt of voorkwam zoals tropisch Afrika, het Middellandse Zeegebied, het Midden-Oosten, de Antillen, Indië en de VS.

Sinds decennia ligt de migratie van die bevolkingsgroepen om verschillende redenen aan de oorsprong van de min of meer hoge prevalentie van drepanocytose in andere streken van de wereld. België ontsnapt daar niet aan. Bij ons heeft neonatale opsporing een prevalentie van 0,06 %, 1 geval van drepanocytose per 1.710 geboorten, in Brussel en van 0,11 %, 1 geval per 943 geboorten, in Luik, aan het licht gebracht. Elk jaar worden een zestigtal kinderen met die ziekte geboren.

In ons land gaat het dus om een pathologie die frequent bij de geboorte wordt vastgesteld, maar met weinig zieken.

Zoals ik eerder in mijn uiteenzetting heb gezegd, zijn de meeste zieken en gezonde dragers van Afrikaanse origine. Op dit ogenblik is de ziekte niet erg bekend en wanneer ouders te horen krijgen dat hun kind de ziekte heeft, stort het hele gezin in. Bovendien heeft het feit dat men bekend staat als een gezonde drager van drepanocytose een connotatie die vaak sterk verschilt van die in ons land

Question n° 9 de Mme Gisèle Mandaila du 25 juin 2010 (Fr.) :

La sensibilisation des médecins généralistes face à la drépanocytose.

La drépanocytose est une maladie génétique qui affecte les globules rouges ou plutôt l'hémoglobine contenue dans ces globules. C'est la pathologie héréditaire la plus fréquente en Afrique. Tous les malades souffrent de complications organiques chroniques et multiples. La maladie est donc chronique et sévère. Elle est ponctuée par des épisodes de crise aigu qui se manifestent par des douleurs en de multiples endroits (bras, jambes, dos, ...). La personne atteinte est plus sensible que d'autres aux infections telles que le rhume, l'angine, la grippe, etc. L'anémie quasi constante dont ils sont porteurs est responsable d'une faiblesse générale, de fatigue, d'essoufflement, de palpitations. Et dans certaines circonstances, leur vie est également ponctuée d'épisodes aigus qui peuvent conduire une issue fatale surtout si la prise en charge est inadéquate. On décrit la drépanocytose comme une triade : anémie, infections et crise douloureuses vaso-occlusives.

Généralement, les patients drépanocytaires sont issus de familles originaires de zones impaludées ou qui étaient impaludées comme l'Afrique intertropicale, le bassin méditerranéen, le Moyen-Orient, les Antilles, l'Inde et les USA.

Depuis des décennies, c'est l'immigration de ces populations pour des raisons diverses qui est à l'origine de la prévalence plus ou moins élevée de la drépanocytose dans d'autres régions du monde. Et la Belgique n'y échappe pas. Chez nous, le dépistage néonatal systématique réalisé dans toutes les maternités bruxelloises et dans quelques maternités à Liège a permis de relever une prévalence de 0,06 % de malades soit 1 drépanocytaire pour 1.710 naissances à Bruxelles et de 0,11 % soit 1 pour 943 naissances à Liège. C'est une soixantaine d'enfants naissant avec cette maladie chaque année.

Dans notre pays, il s'agit donc d'une pathologie fréquente parmi celles dépistées à la naissance, mais peu fréquente en terme de malades.

Comme je le dis plus haut dans mon exposé, la plupart des malades et des porteurs sains sont d'origine africaine. Actuellement très peu connaissent cette maladie et lorsqu'on leur annonce la maladie chez leur enfant, c'est l'effondrement de toute la famille. De plus, le fait d'être reconnu comme porteur sain de la drépanocytose a une connotation souvent très différente de celle exprimée dans

: het gaat vaak om een taboe en gezonde vrouwen die drager van HbS zijn, worden uitgestoten door hun echtgenoten en familie.

Vandaag is drepanocytose een nog onbekende ziekte. Ze wordt vaak ingedeeld bij de « weesziekten ». Het gebrek aan ervaring van de artsen, het gebrek aan kennis bij de bevolking, het polymorfisme van de symptomen en de sociaaleconomische aspecten van drepanocytose maken er een « exotische » ziekte van die een probleem voor de volksgezondheid vormt en door verschillende disciplines aangepakt moet worden. Er moet een allesomvattende en patiëntgerichte behandeling worden ingevoerd. Dat is wat het « Réseau des Hémoglobinopathies » doet.

Ik wens u in dit verband de volgende vragen te stellen :

- 1) Drepanocytose kan voorkomen worden als de dragers ingelicht worden over de ziekte. Jammer genoeg kennen maar zeer weinig huisartsen de ziekte. Hebt u bijgevolg, eventueel in overleg met andere gezagsniveaus, een initiatief genomen om de huisartsen en de doelgroepen voor te lichten en te sensibiliseren ?
- 2) Is er, aangezien drepanocytose een probleem voor de volksgezondheid is geworden, gelet op de demografische explosie in Brussel, een strategie ingevoerd voor primaire preventie door preconceptioneel onderzoek of later tijdens de zwangerschap ? Hebt u in dat kader contacten met het Réseau des Hémoglobinopathies en de vzw Action Drépanocytose ? Zo ja, welke contacten ? Wordt er samengewerkt ?

Antwoord : We hebben de eer het geachte lid de volgende antwoorden te verschaffen.

De opsporing van drepanocytose (sikkelcelziekte) en andere hemoglobinopathieën is reeds aan de gang sinds 1994 in het Brussels Gewest via de dienst medische chemie van het Erasmusziekenhuis die exclusief afhankelijk is van de Franse Gemeenschap. Elke Brusselse materniteit mag een monster opsturen naar deze dienst om het te laten analyseren.

Volgens de gezondheidsindicatoren 2010 van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad werden er 113 gevallen van drepanocytose tussen december 1994 en december 2007 in het Brussels Gewest vastgesteld, met andere woorden tussen 8 en 9 gevallen per jaar. Volgens de sterftecijfers verzameld aan de hand van de bewijzen van overlijden, zijn er 11 Brusselse mensen – ongeacht de leeftijd – gestorven door drepanocytose tussen 1998 en 2007.

De Franse Gemeenschap heeft reeds een aantal informatie- en opsporingsacties georganiseerd of gesteund, onder meer publicaties. Het « Office de la Naissance et de l’Enfance » geeft eveneens een brochure uit over drepanocytose. Het ONE heeft een internationaal colloquium georganiseerd in april 2008. Bovendien zijn de huisdokters in het Brussels Gewest georganiseerd volgens een unicommunautair systeem en de GGC houdt zich bezig met de subsidiëring van de coördinatie tussen de twee unicommunautaire federaties. Bijgevolg lijkt het efficiënter dat de informatie- en sensibiliseringscampagnes bij de huisdokters georganiseerd worden door de Franse en Vlaamse Gemeenschap.

notre pays; il s'agit souvent d'un sujet tabou et on rapporte encore l'exclusion pure et simple des femmes porteuses saine de l'HbS par leur époux et sa famille.

La drépanocytose est en réalité encore aujourd’hui une maladie peu ou pas connue. On la classe souvent dans les maladies « orphelines ». Le peu d’expérience par praticien, le manque de connaissance de la population, le polymorphisme des symptômes et les aspects socio-économiques de la drépanocytose font qu’elle est une maladie « exotique » aboutissant en problème de santé publique qui intéresse des disciplines multiples. Une prise en charge globale et dédiée des patients doit être mise en place. C'est ce que fait le « Réseau des Hémoglobinopathies ».

Ma question écrite posera principalement les questions suivantes :

- 1) La drépanocytose peut être évitée si les porteurs sont informés de la maladie. Malheureusement, très peu des médecins généralistes la connaissent. Dès lors, avez-vous entamé quelque initiative, éventuellement en concertation avec d’autres niveaux de pouvoir, en termes de campagne d’information et de sensibilisation auprès de médecins généralistes ainsi qu’au sein des publics cibles ?
- 2) Etant donné que la drépanocytose est devenue un problème de santé publique vu le boom démographique à Bruxelles, la mise en place d’une stratégie de prévention primaire par dépistage préconceptionnel ou, au plus tard, lors de la grossesse, est-elle prévue ? Dans ce cadre, avez-vous des contacts avec le Réseau des hémoglobinopathies et l’Asbl « Action Drépanocytose » ? Si, oui, de quelle nature ? Une collaboration est-elle en place ?

Réponse : Nous avons l’honneur de transmettre à l’honorable membre les réponses suivantes.

Le dépistage de la drépanocytose et autres hémoglobinopathies est organisé depuis 1994 dans la Région bruxelloise par le service de chimie médicale de l’Hôpital Erasme, qui, comme vous le savez est un hôpital qui dépend exclusivement de la Communauté française. Chaque maternité bruxelloise peut envoyer un échantillon pour examen vers ce service.

Suivant les indicateurs de santé 2010 de l’Observatoire de la Santé et du Social, entre décembre 1994 et décembre 2007, 113 cas de drépanocytose ont été dépistés en Région bruxelloise, soit entre 8 et 9 cas par an. Suivant les données de mortalités émanant des bulletins de décès, il y a eu 11 décès de bruxellois causés par la drépanocytose, tous âges confondus pendant la période 1998-2007.

La Communauté française a déjà organisé ou soutenu quelques actions d’information et de dépistage, notamment en termes de publications. L’Office de la Naissance et de l’Enfance fournit également une brochure sur la drépanocytose. Elle a organisé un colloque international en avril 2008. Par ailleurs, dans la Région bruxelloise, les médecins généralistes sont organisés selon un système unicommunautaire et la CCC s’occupe de subsidier la coordination entre les deux fédérations unicommunautaires. En conséquence, il semble plus efficace que les campagnes d’information et de sensibilisation auprès des médecins généralistes soient organisées par les Communautés française et flamande.

Andere middelen zullen eveneens ingezet kunnen worden voor het opstellen van een preventiestrategie. Hierbij denken we aan het toekomstige luik preventie van het globaal medisch dossier. Het zal gaan om een preventiemodule onder de vorm van een controlijst die als basis zal dienen voor een specifieke raadpleging bij de huisarts. Het gaat hier om een aangelegenheid die behoort tot het RIZIV.

De vzw « Action Drépanocytose » heeft geen contacten gehad met de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, maar wel met de Franse Gemeenschapscommissie, die de vzw een toelage van 2.500 EUR heeft toegekend in 2002 en 2004 voor haar informatie- en steunproject voor drepanocytosepatiënten en hun families.

Op de website Hospichild.be kan men lezen dat de vzw « Action Drépanocytose » elke eerste zaterdag van de maand de « Makutano » organiseert. Dit is een bijeenkomst van personen van verschillende afkomsten maar zich bezighouden met iets wat te maken heeft met drepanocytose : de kindertijd, de pijn, de handicap, de chronische ziekte, de genetica en de mensenrechten, ... Op de website Hospichild.be kan men eveneens de brochure van de vzw downloaden.

De vzw « Action Drépanocytose » alsook de vzw « Association de Solidarité pour les Enfants Drépanocytaires » worden eveneens opgenomen in de inventaris 2010 van de verenigingen voor bijstand en steun van de Franse Gemeenschap. Deze laatste vzw is eveneens vermeld op de website Hospichild.be.

Bovendien organiseren sommige « maisons médicales » die afhankelijk zijn van de Franse Gemeenschapscommissie, zoals het « Centre Africain de Promotion de la Santé » informatiesessies voor de Afrikaanse bevolking, onder meer over hemoglobopathieën en zorgen ze voor een medische opvolging.

Ten slotte, vond in maart 2009 een studiedag plaats met als naam « Les syndromes drépanocytaires : de la recherche au patient » in het UVC Brugmann.

**Vraag nr. 10 van de heer Michel Colson d.d. 13 augustus 2010
(Fr.) :**

De financiering van de Brusselse ziekenhuizen.

Om de financiering van de Brusselse ziekenhuizen te verdwijnen, heeft de ondervoorzitter van de Vlaamse geneesheren, dokter Vandermeulen, voorgesteld dat elke gesubsidieerde instelling zijn taal zou kiezen en dat elke Brusselaar zou kiezen zich te laten verzorgen door de Franse Gemeenschap of door de Vlaamse Gemeenschap.

De invoering van een dergelijk systeem zou leiden tot een verdeling van de Brusselaars op grond van hun taal, terwijl de patiënten eerder zouden moeten kiezen op grond van de kwaliteit van de zorgen voor elke aandoening. In de Brusselse ziekenhuizen wordt elke patiënt overigens onthaald in zijn taal, en het Brussels Gewest heeft geld besteed aan het verbeteren van de tweetaligheid bij de openbare én privé-instellingen en aan de oprichting van tweetalige diensten in de Irisziekenhuizen.

D'autres moyens pourront également être utilisés pour la mise en place d'une stratégie de prévention, nous pensons ici au futur volet prévention du dossier médical global (DMG+). Il s'agira d'un module de prévention sous la forme d'une check-list qui servira de base à une consultation spécifique chez le médecin généraliste. Il s'agit ici d'une matière qui relève de l'INAMI.

L'ASBL « Action Drépanocytose » a eu des contacts non pas avec la Commission communautaire commune mais bien avec la Commission communautaire française qui lui a octroyé une subvention de 2.500 EUR en 2002 et en 2004 pour son projet d'information et de soutien aux patients atteints de drépanocytose et à leurs familles.

Sur le site Hospichild.be, on peut lire que l'ASBL « Action Drépanocytose » organise, chaque premier samedi du mois, le Makutano qui est une réunion de personnes de diverses origines aux préoccupations similaires en lien avec la drépanocytose : l'enfance, la douleur, le handicap, la maladie chronique, la génétique et les droits de l'homme, ... Le site Hospichild.be fournit aussi en téléchargement la brochure de l'ASBL.

L'ASBL « Action Drépanocytose » ainsi que l'ASBL « Association de Solidarité pour les Enfants Drépanocytaires » sont également référencées dans l'inventaire 2010 des groupes d'entraide et de soutien de la Communauté française. Cette dernière ASBL est également référencée sur le site Hospichild.be.

Par ailleurs, certaines maisons médicales, dépendant de la Commission communautaire française, comme le « Centre Africain de Promotion de la Santé », organisent des séances d'information auprès de la population africaine notamment sur les hémoglobopathies et assurent également un suivi médical.

Enfin, une journée d'étude à eu lieu intitulée « Les syndromes drépanocytaires : De la recherche au patient » a eu lieu en mars 2009 au CHU Brugmann.

Question n° 10 de M. Michel Colson du 13 août 2010 (Fr.) :

Le financement des hôpitaux bruxellois.

Afin de clarifier le financement des hôpitaux bruxellois, le vice-président des médecins flamands, le Dr Vandermeulen, a suggéré que chaque établissement subsidié choisisse sa langue et que chaque Bruxellois choisisse de se faire soigner par la Communauté française ou par la Communauté flamande.

La mise en place d'un tel système aboutirait à départager les Bruxellois en fonction de leur langue alors que le critère de choix des patients devrait plutôt être la qualité des soins prodigués pour chaque affection. Au sein des hôpitaux bruxellois, chaque patient est d'ailleurs accueilli dans sa langue et la Région bruxelloise a consacré de l'argent tant auprès du service public que privé pour l'amélioration du bilinguisme et la création de services bilingues dans les hôpitaux IRIS.

Kunnen de leden van Verenigd College mij hun standpunt ter zake mededelen ? Hebben zij kennisgenomen van die verklaringen ? Denken zij niet dat dat systeem zou leiden tot subnationaliteiten in Brussel ?

Antwoord : We hebben de eer het geachte lid de volgende antwoorden te verschaffen.

Het is niet onze bedoeling om een standpunt in te nemen over elke verklaring die gedaan wordt door vertegenwoordigers van organisaties van gezondheidswerkers of van federaties van gezondheidsinstellingen die trouwens talrijk en vaak sinds lang gekend zijn.

En dit des te meer omdat men zich kan afvragen of het noodzakelijk is om speciaal de financiering van Brusselse ziekenhuizen op te houden aangezien deze financiering federal is en dus identiek voor het hele land.

Meer in het algemeen houden wij ons aan het Regeerakkoord en aan de verklaring van het Verenigd College, die een globale benadering van de gezondheidszorg voorstaan zoals dit in het volgende uittreksel beschreven wordt :

« Op het vlak van gezondheidszorg zal het Verenigd College erop toezien dat de voorkeur wordt gegeven aan de uitvoering van een globaal gezondheidsbeleid waarin alle actoren worden geïntegreerd, van de eerstelijnszorg (wijkgezondheidscentra, huisartsen, die een belangrijke rol spelen voor de echelonnering), de paramedische sector, de algemene ziekenhuizen, de gespecialiseerde ziekenhuizen, de post-hospitalisatiestructuren tot en met de universitaire ziekenhuizen. ».

Par conséquent, les membres du Collège réuni peuvent-ils me faire connaître leur position à cet égard ? Ont-ils pris connaissance de ces déclarations ? Ne pensent-ils pas que ce système créerait des sous-nationalités à Bruxelles ?

Réponse : Nous avons l'honneur de transmettre à l'honorable membre les réponses suivantes.

Il entre pas dans nos intentions de nous positionner par rapport à chaque déclaration faite par des représentants d'associations de professionnels de santé ou de fédérations d'institutions de santé qui, par ailleurs, sont nombreuses et souvent connues de longue date.

Et ce, d'autant plus que l'on peut se demander s'il est nécessaire de clarifier spécifiquement le financement des hôpitaux bruxellois puisque ce financement est fédéral et donc identique pour tout le pays.

Plus généralement, nous nous tenons à l'accord de Gouvernement et à la déclaration du Collège réuni, qui privilégie une approche globale des soins de santé telle que décrite dans l'extrait suivant :

« En matière de santé, le Collège réuni veillera à privilégier la mise en œuvre d'une politique globale de la santé intégrant l'ensemble des acteurs de la première ligne de soins (maisons médicales, et médecins généralistes, dont le rôle est essentiel pour l'échelonnement), le secteur paramédical, les hôpitaux généraux, les hôpitaux spécialisés, les structures post-hospitalisations jusqu'à y compris les hôpitaux universitaires. ».

Vraag nr. 12 van mevr. Bianca Debaets d.d. 25 augustus 2010 (N.) :

Tienerzwangerschappen.

In 2009 kregen in Vlaanderen 1.309 meisjes onder de 20 jaar één of meerdere kinderen. Een kleine 300 van hen waren minderjarig, twaalf moeders waren jonger dan 15 jaar. Daarmee blijft het aantal tienerzwangerschappen in Vlaanderen stabiel. Graag had ik zicht gekregen op de situatie in Brussel.

- Hoeveel minderjarige vrouwen hebben een kindje ter wereld gebracht in de Brusselse ziekenhuizen ? Dit voor de laatste 10 jaar, opgesplitst per jaar. Ligt dit cijfer hoger of lager in vergelijking met andere regio's ?
- Hoeveel daarvan hebben de Belgische nationaliteit en hoeveel daarvan een andere ? Kan dit laatste cijfer worden opgesplitst naar land van oorsprong ?
- Naar welke diensten worden deze jonge moeders doorgestuurd voor verdere (psychologische) begeleiding ?

Antwoord : Hieronder staan de cijfers over een periode van 10 jaar betreffende tienerzwangerschappen van moeders verblijvend in Brussel.

Question n° 12 de Mme Bianca Debaets du 25 août 2010 (N.) :

Grossesses d'adolescentes.

En 2009, en Flandre, 1.309 filles de moins de 20 ans ont mis au monde un ou plusieurs enfants. Un peu moins de 300 d'entre elles étaient mineures et douze mères avaient moins de 15 ans. Néanmoins, le nombre de grossesses d'adolescentes reste stable en Flandre. J'aimerais connaître la situation à Bruxelles.

- Combien de filles mineures ont mis au monde un enfant dans les hôpitaux bruxellois au cours de chacune des 10 dernières années ? Ce chiffre est-il plus ou moins élevé que dans les autres Régions ?
- Combien de ces jeunes filles sont belges et combien ont une autre nationalité ? Pouvez-vous ventiler ce dernier chiffre par pays d'origine ?
- Vers quels services ces jeunes filles sont-elles dirigées pour un accompagnement (psychologique) ?

Réponse : On trouvera ci-dessous sur une période 10 ans les chiffres concernant les grossesses adolescentes de mères résidant à Bruxelles.

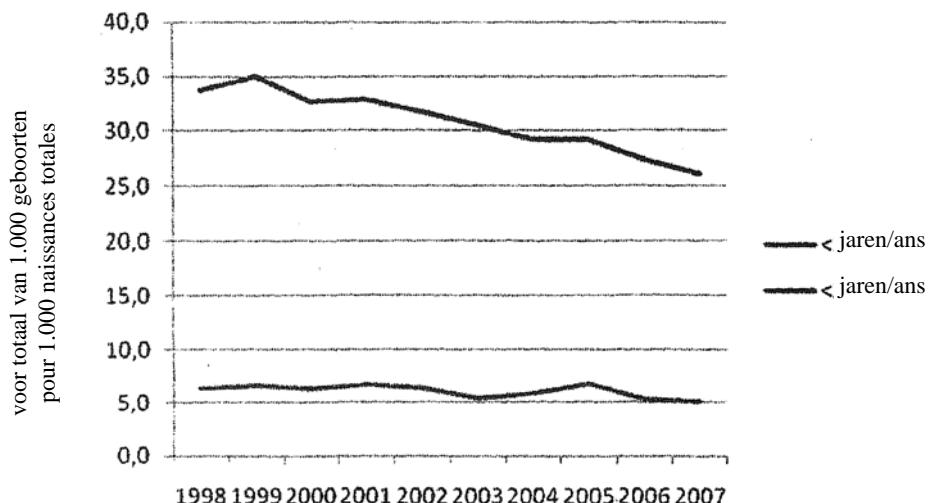
Zowel voor de moeders jonger dan 20 jaar als voor deze jonger dan 18 jaar stellen we de laatste 10 jaar een daling van het percentage tienermoeders vast. Een daling die reeds begonnen was in de jaren 80 (zie dossier over de perinatale gezondheidsindicatoren van het Observatorium, 2006)

Tant pour les mères de moins de 20 ans que pour celles de moins de 18 ans on constate une diminution du taux de mères adolescentes ces dix dernières années, diminution déjà amorcée dans les années '80 (voir dossier sur les indicateurs de santé périnatale de l'Observatoire, 2006).

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Aantal moeders < 18 jaar Nombre de mères < 18 ans	85	93	91	103	95	84	94	112	91	88
Percentage moeders < 18 jaar Taux de mères < 18 ans	6,4	6,6	6,2	6,7	6,4	5,3	5,8	6,8	5,3	5
Aantal moeders < 20 jaar Nombre de mères < 20 ans	451	489	477	506	473	480	475	483	473	457
Percentage moeders < 20 jaar Taux de mères < 20 ans	33,8	35	32,7	32,9	31,7	30,5	29,2	29,2	27,5	26,1

Aantal Brusselse moeders < 18 jaar en < 20 jaar en percentage per duizend geboortes, 1998-2007, Brussel.

Nombre de mères bruxelloises < 18 ans et < 20 ans et taux pour mille naissances totales, 1998-2007, Bruxelles.



In 2008 bedraagt het percentage moeders jonger dan 20 jaar die bevallen zijn in Brussel 2,0 % (= 20 %). (Rapport Cepip Brussel 2010, nog te verschijnen). Dit is minder dan in Wallonië (3,9 %) en vergelijkbaar met het percentage in Vlaanderen. (Opgelet Vlaanderen en Wallonië nemen alle geboortes op hun grondgebied op in de statistieken. Voor Brussel wordt enkel rekening gehouden met geboorten bij de Brusselse vrouwen).

Voor de periode 1998-2007 heeft 43,2 % van de geboortes bij Brusselse moeders jonger dan 18 jaar op het moment van de bevalling een moeder met de Belgische nationaliteit (men registreert niet de nationaliteit van oorsprong), bij geboortes bij moeders jonger dan 20 jaar is dit 42,2 %.

Het geboortecijfer bij minderjarige moeders is 4,8 per duizend voor Belgische moeders en 7,5 per duizend voor niet Belgische moeders.

En 2008, le taux de mères de moins de 20 ans ayant accouché à Bruxelles est de 2,0 % (= 20 pour %) (Rapport Cepip Bruxelles 2010 à paraître). C'est moins qu'en Wallonie (3,9 %) et semblable au taux retrouvé en Flandre. (Attention la Flandre et la Wallonie tiennent compte de toutes les naissances sur leur territoire, Bruxelles ne tient compte que des naissances chez les femmes bruxelloises.)

Pour la période 1998-2007, 43,2 % des naissances de mères bruxelloises de moins de 18 ans ont une mère de nationalité belge (la nationalité d'origine n'est pas enregistrée) au moment de l'accouchement et 42,2 % pour les naissances de mères de moins de 20 ans.

Le taux de naissances de mères mineures est de 4,8 pour mille pour les mères belges et de 7,5 pour mille pour les mères non belges.

De nationaliteiten met het grootst aantal minderjarige moeders zijn Roemeens (65 % Roemeense geboortes), Congolees (12,8 % Congolese geboortes), Turks (10,9 %), Portugees (9,5 %) en Joegoslavisch (9,3 %). (Nationaliteiten met meer dan 1.000 geboortes voor de periode).

Het geboortecijfer bij moeders onder de 20 jaar is 2,4 % voor Belgische moeders en 3,9 % voor niet Belgische moeders. De nationaliteiten waar we het meeste moeders jonger dan 20 jaar treffen zijn Roemeens (14,2 % van de Roemeense geboorten), Turks (9,7 %), Congolees (4,8 %), Joegoslavisch (4,4 %) en Marokaans (4,3 %).

In de Brusselse Regio bestaan er vele medisch-sociale结构en die begeleiding en opvolging bieden aan vrouwen en moeders met kleine kinderen. Het regelmatige bezoek aan deze structuren door de tienermoeders en/of het opsporen van deze jonge (toekomstige) moeders is natuurlijk cruciaal.

De zeer jonge moeders kunnen, voor wat de begeleiding tijdens hun zwangerschap betreft, gevuld worden in de centra voor familiplanning, begeleid door CLB's en PSE indien zij nog schoolgaand zijn, en door Kind en Gezin en ONE gevuld worden tijdens de zwangerschap en na de bevalling met hun baby.

Er bestaan eveneens onthaaltehuizen (NL en Fr) die voor en na de bevalling moeders huisvesten die verkeren in moeilijkheden maar zij zijn niet voorbehouden voor tieners.

De vzw Aquarelle (UMC Sint-Pieter) heeft als doelstelling de perinatale begeleiding van vrouwen die verkeren in moeilijkheden met name in het kader van immigratie en levend in precaire omstandigheden, centra zoals Exil en Minor N'Dako houden zich bezig met de medisch-psychische begeleiding van niet begeleide minderjarigen. Andere structuren zoals Foyer, Familiehulp, Nasci begeleiden ook (toekomstige) moeders.

Vraag nr. 13 van mevr. Bianca Debaets d.d. 25 augustus 2010 (N.) :

Het Rilatinegebruik bij kinderen – Sensibilisering.

De media meldden enige tijd gelden dat volgens de federale minister van Sociale Zaken er meer dan 26.000 jongeren pillen tegen ADHD krijgen omdat ze hyperactief zijn en/of gedragsstoornissen hebben. Ter vergelijking : in 2004 waren ze nog maar met 6.000.

Het gebruik van een geneesmiddel geeft vaak sneller resultaten maar behandelt en « geneest » het problematisch gedrag niet ten gronde. Een Leuvense werkgroep stelt dan ook onder andere voor, dat voortaan enkel specialisten zoals kinderpsychiaters en -neurologen nog diagnoses zouden stellen en voorschriften afleveren. Eens de diagnose gesteld is, kan een huisarts zeker helpen bij de verdere ondersteuning van de behandeling.

1. Welk beleid wordt er in Brussel gevoerd rond ADHD ? Zijn er Brusselse ziekenhuizen die gespecialiseerd zijn in het opvolgen van kinderen en jongeren met deze problematiek ?

Les nationalités pour lesquelles on retrouve le plus de mères mineures sont roumaine (65 pour 1.000 naissances roumaines), congolaise (12,8 pour mille naissances congolaises), turque (10,9 %), portugaise (9,5 %) et yougoslave (9,3 %). (Parmi les nationalités ayant plus de 1.000 naissances pour la période).

Le taux de naissances de mères de moins de 20 ans est de 2,4 % pour les mères belges et de 3,9 % pour les mères non belges. Les nationalités pour lesquelles on retrouve le plus de mères de moins de 20 ans sont roumaine (14,2 % des naissances roumaines), turque (9,7 %), congolaise (4,8 %), yougoslave (4,4 %) et marocaine (4,3 %).

De nombreuses structures médico-sociales existent en Région bruxelloise offrant un accompagnement et un suivi aux femmes et mères de jeunes enfants; la fréquentation de ces structures par les mères adolescentes et/ou le repérage de ces jeunes (futures) mères reste bien sûr crucial.

En ce qui concerne l'accompagnement de ces très jeunes mères, elles peuvent être suivies pendant leur grossesse dans les centres de planning familial, accompagnées par les centres PSE et CLB si elles sont scolarisées, suivies pendant leur grossesse et après l'accouchement avec leur bébé à l'ONE et Kind & Gezin.

Il existe également des maisons d'accueil (FR et NL) qui hébergent avant et après l'accouchement les mères en difficulté mais qui ne sont pas réservées aux adolescentes.

L'ASBL Aquarelle (CHU Saint-Pierre) a comme objectif l'accompagnement périnatal de femmes en difficulté notamment issues de l'immigration vivant en situation précaire, les centres comme Exil et Minor N'Dako s'occupent du suivi médico-psychologique des mineurs non accompagnés. D'autres structures comme Foyer, Familiehulp, Nasci accompagnent également les (futures) mères et leur bébé.

Question n° 13 de Mme Bianca Debaets du 25 août 2010 (N.) :

Utilisation de la Rilatine chez les enfants – Sensibilisation.

Il y a quelque temps, les médias ont indiqué que, selon la ministre fédérale des Affaires sociales, plus de 26.000 jeunes reçoivent une médication contre le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) car ils sont hyperactifs et/ou ils présentent un trouble du comportement. À titre de comparaison, ils n'étaient que 6.000 dans ce cas en 2004.

L'utilisation de médicaments offre souvent des résultats rapides mais ils ne traitent pas et ne « guérissent » pas le comportement problématique en lui-même. Un groupe de travail de Louvain propose dès lors notamment de réservé désormais la pose du diagnostic et la prescription de médicaments aux seuls spécialistes tels que des pédiopsychiatres et des neuropédiatres. Une fois le diagnostic posé, un médecin de famille peut certainement participer à l'accompagnement du traitement.

1. Quelle est la politique de la Région de Bruxelles-Capitale en matière de TDAH ? Y a-t-il à Bruxelles des hôpitaux spécialisés dans le suivi d'enfants et de jeunes atteints de ce trouble ?

2. Acht u bijkomende initiatieven nodig ? Acht u overleg nodig met de geneesheren, onder meer via de twee huisartsenkringen, inzake sensibilisering rond ADHD en voorschrijfgedrag ? Acht u bijkomende initiatieven nodig rond ADHD naar ouders en leerkrachten ?
3. Bent u op de hoogte van de cijfers over Rilatinegebruik die meegeleid werden door de federale minister van Sociale Zaken ? Er zouden grote regionale verschillen zijn. Hoe liggen de cijfers in Brussel ten opzichte van andere regio's ? Hoe reageert u hierop ?

Antwoord : Het uitoefenen van de gezondheidszorgberoepen, het toezicht op het voorschrijfgedrag en de terugbetaling van de geneesmiddelen behoren tot de federale bevoegdheden.

Wij zijn niet op de hoogte van de cijfers van de federale overheid. Wij beschikken niet over het totaal aantal kinderen en jongeren met een diagnose ADHD, zodat een inschatting van de betekenis van het aantal jongeren dat met medicijnen behandeld wordt niet mogelijk is.

Voor een multidisciplinaire aanpak via Centra voor Leerlingen Begeleiding / « Centres de Promotion de la Santé à l'Ecole », en kenniscentra zoals « Zit stil », wordt er onderzoek gedaan naar zorgnetwerken voor deze kinderen. Deze studies zijn op dit ogenblik nog niet afgerond. Ouders worden ook al vroeg bijgestaan door Kind en Gezin en het ONE.

Voor de medische behandelingen zijn er ook nog vragen omdat er een niet onbelangrijke groep kinderen minder goed reageert op de medicijnen en bijwerkingen vertoont. Dit domein behoort echter niet tot onze bevoegdheid.

Vraag nr. 14 van mevr. Bianca Debaets d.d. 25 augustus 2010 (N.) :

Darmkancerscreening.

Darmkanker is een kanker die mits vroegtijdige opsporing te genezen valt. Onderzoek heeft uitgewezen dat mits een tijdige ontdekking liefst 90 % van deze kankers genezen zou kunnen worden. Een goede screening is dus belangrijk.

1. Bestaan er cijfers van het aantal patiënten die in het Brussels Gewest getroffen worden door darmkanker ? Ligt dit hoger of lager in vergelijking met andere regio's ?
2. In welke mate gebeurt er preventie naar darmkanker ?
3. Welke concrete initiatieven plant u in de toekomst met betrekking tot screening naar darmkanker ?

Antwoord : Colorectale kanker vertegenwoordigt de tweede doodsoorzaak door kanker in Europa, in België en ook in Brussel.

2. Estimez-vous que des initiatives supplémentaires sont nécessaires ? Estimez-vous nécessaire une concertation avec les médecins, notamment par l'intermédiaire des deux associations de médecins généralistes, afin de mener une politique de sensibilisation en ce qui concerne le TDAH et la prescription de médicaments ? Estimez-vous nécessaires des initiatives complémentaires en matière de TDAH à destination des parents et des enseignants ?
3. Avez-vous connaissance des chiffres sur l'utilisation de la Rilatine communiqués par la ministre fédérale des Affaires sociales ? Il y aurait d'importantes variations d'une Région à l'autre. Où se situent les chiffres bruxellois par rapport aux deux autres Régions ? Comment réagissez-vous à cela ?

Réponse : L'exercice des professions des soins de santé, le contrôle du comportement prescripteur et le remboursement des médicaments relèvent des compétences fédérales.

Nous ne disposons pas des chiffres du service public fédéral, ni du nombre total d'enfants et de jeunes diagnostiqués hyperactifs (TDAH), il est donc impossible de faire une estimation de la signification du nombre de jeunes traités avec ces médicaments.

Pour une approche multidisciplinaire via les Centres de Promotion de la Santé à l'Ecole / « Centra voor Leerlingen Begeleiding », et des centres d'expertise tels que « Zit stil », une recherche est en cours afin de réaliser des réseaux de soins pour ces enfants. Ces études ne sont à l'heure actuelle pas encore finalisées. Les parents peuvent également obtenir très tôt de l'aide auprès de l'ONE et Kind en Gezin.

Pour les traitements médicaux, des questions subsistent étant donné le fait qu'un nombre non négligeable d'enfants réagit moins bien aux médicaments et présentent des effets secondaires. Ce domaine ne relève toutefois pas de notre compétence.

Question n° 14 de Mme Bianca Debaets du 25 août 2010 (N.) :

Dépistage du cancer du côlon.

Le cancer du côlon est un cancer dont on guérit s'il est dépisté rapidement. Une étude a montré qu'un dépistage précoce permettrait de guérir plus de 90 % de ces cancers. Un bon dépistage est dès lors important.

1. Dispose-t-on de chiffres sur le nombre de patients atteints d'un cancer du côlon en Région de Bruxelles-Capitale ? Ce chiffre est-il plus ou moins élevé que dans les autres Régions ?
2. Dans quelle mesure mène-t-on une politique de prévention en matière de cancer du côlon ?
3. Quelles initiatives concrètes prévoyez-vous dans le futur en matière de dépistage du cancer du côlon ?

Réponse : Le cancer colorectal est la seconde cause de décès par cancer en Europe, en Belgique et à Bruxelles.

Wat de sterftecijfers betreft voor Brussel (bron Statistische bulletins van overlijden) : de kankers zijn de tweede oorzaak van sterfte ongeacht de leeftijd zowel bij mannen als bij vrouwen, en komen na de cardiovasculaire aandoeningen. Zij zijn de eerste oorzaak van sterfte voor de leeftijd van 75 jaar.

Wat de colorectale kanker betreft, dit is de tweede oorzaak van sterfte door kanker bij de mannen en de derde bij de vrouwen. Deze kanker vertegenwoordigt ongeveer 11 % van de sterfte door kanker.

Gedurende de 10 laatste jaren, is de sterfte door colorectale kanker voor iedere leeftijd eerder gedaald voor de vrouwen en stabiel gebleven voor de mannen. De vroegtijdige sterfte (voor de leeftijd van 65 jaar) blijft relatief stabiel zowel bij de mannen als bij de vrouwen.

In 2007 overleden 247 Brusselaars aan darmkanker.

Brussel situeert zich hiermee voor wat de mannen betreft, bij de regio's met een laagste percentage, zoals l'Ile de France, Londen, Stockholm, en lager dan deze voor Vlaanderen in de provincies Antwerpen, Vlaams Brabant en Oost-Vlaanderen of deze geregistreerd in Nederland.

Voor wat de vrouwen betreft, ligt dit dicht bij het Europese gemiddelde, zoals ook de regio Antwerpen, Madrid, Stuttgart, maar het is dan weer hoger dan het percentage voor het Ile de France of Londen.

Wat de morbiditeit betreft (bron het Kankerregister) : darmkanker is voor Brussel en ook voor België de derde kanker die het meest voorkomt bij de mannen en de tweede bij de vrouwen. Hij vertegenwoordigt ongeveer 13 % van de kankers.

Volgens het Kankerregister, werden 672 nieuwe gevallen bij de Brusselaars gediagnosticert in 2006 (671 in 2005 en 644 in 2004), waarvan 313 gevallen bij de mannen en 359 gevallen bij de vrouwen.

De incidentiegraad stijgt sterk met de leeftijd. Na 50 jaar, is het risico op darmkanker groter bij mannen dan bij vrouwen.

De incidentie is lager in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest dan in Vlaanderen en benadert de incidentie van Wallonië.

Naast genetische factoren, worden ook het roken en de voeding rijk aan rood vlees en arm aan fruit en groenten, als een mogelijke factor aanzien die de predispositie kan verhogen. Regelmatige fysieke activiteit kan eveneens risico verminderen. Voor deze kankers is opsporing efficiënt, immers de letsls die voorafgaan, kunnen worden opgespoord (polypen of adenomen die voor 25 % van de gevallen kanker kunnen worden). Er is echter geen eenstemmigheid over de strategie en het type test dat moet gebruikt worden.

Sinds 1 maart 2009 wordt een opsporingsprogramma georganiseerd door de Franse Gemeenschap met als doelgroep de 50- tot 74-jarigen. Om de 2 jaar wordt een gepersonaliseerde brief verstuurd door het « Centre communautaire de référence » met een uitnodiging om zich tot de huisarts te wenden die overgaat tot het onderzoek van bloed in de stoelgang. De patiënt of de huisarts kunnen dit ook op eigen initiatief. De test is gratis. Indien het resul-

En de qui concerne la mortalité à Bruxelles (source Bulletins statistiques de décès) : les cancers représentent la deuxième cause de mortalité tout âge tant chez les hommes que chez les femmes, après les maladies cardiovasculaires, mais il s'agit de la première cause de décès avant 75 ans.

En Région bruxelloise, le cancer colorectal est la deuxième cause de décès par cancer chez les hommes et la troisième chez les femmes. Il représente environ 11 % des décès par cancer.

Au cours des 10 dernières années, la mortalité tout âge par cancer colorectal a plutôt diminué pour les femmes alors qu'elle restait stable pour les hommes. La mortalité prématûrée (avant 65 ans) reste relativement stable tant chez les hommes que chez les femmes.

En 2007, 247 Bruxellois sont décédés d'un cancer colorectal.

La Région bruxelloise se situe en ce qui concerne le pourcentage des hommes, parmi les Régions aux taux les plus faibles comme l'Ile de France, Londres ou Stockholm, taux bien inférieurs à ceux enregistrés en Flandre dans les provinces d'Anvers, du Brabant flamand ou de Flandre orientale, ou enregistrés aux Pays-Bas.

Le taux standardisé pour les femmes est proche de la moyenne européenne comme la Région d'Anvers, de Madrid ou de Stuttgart mais plus élevé que le taux de l'Ile de France ou de Londres.

Morbidité (source Registre du cancer) : à Bruxelles comme en Belgique, le cancer colorectal est le troisième cancer le plus fréquent chez l'homme et le deuxième chez la femme. Il représente environ 13 % des cancers.

Selon le Registre du cancer, on a diagnostiqué en 2006 chez les Bruxellois 672 nouveaux cas de cancer colorectal (671 en 2005, 644 en 2004) dont 313 cas chez les hommes et 359 cas chez les femmes.

Le taux d'incidence augmente fortement avec l'âge. Après 50 ans, le risque de cancer colorectal est plus élevé chez les hommes que chez les femmes.

L'incidence du cancer colorectal est plus faible en Région bruxelloise qu'en Flandre, et proche des taux wallons.

A côté des facteurs génétiques, on a mis en évidence le rôle prédisposant du tabagisme et d'une alimentation riche en viande rouge et pauvre en fruits et légumes. Une activité physique régulière réduit également les risques. C'est un des cancers pour lequel le dépistage est efficace, puisqu'il permet de détecter des lésions « précurseur » (polypes ou adénomes, statistiquement 25 % se transforment en cancer), mais le type de stratégie de dépistage ainsi que le type de test à utiliser ne font pas encore l'unanimité.

Depuis le 1^{er} mars 2009, un dépistage est organisé en Communauté française pour les personnes âgées de 50 à 74 ans. Tous les deux ans, un courrier personnalisé est adressé par le Centre communautaire de référence aux personnes du groupe cible les invitant à consulter leur médecin généraliste afin de procéder au dépistage du cancer colorectal par recherche de sang dans les selles. L'initiative peut également venir du patient ou du médecin lui-même.

taat positief is wordt de patiënt uitgenodigd voor een coloscopie. In Vlaanderen wordt een pilootproject uitgevoerd in de provincie Antwerpen met als bedoeling een veralgemeening vanaf 2011.

Gezien het programma van de Franse Gemeenschap zowel Wallonië als Brussel betreft, en gelet op het feit dat er geen subnationaliteiten bestaan in het Brussels Gewest, worden op dit ogenblik alle Brusselaars van 50 tot 74 jaar uitgenodigd.

In verband met de screening van de darmkanker zullen wij de besprekingen verderzetten in de werkgroep van de Interministériële Conferentie en op basis van het protocolakkoord van 28 september 2009 inzake preventie tussen de federale overheid en de gemeenschappen/gewesten, (*Belgisch Staatsblad* van 29 oktober 2009) en volgens de aanbevelingen opgenomen in het Kankerplan dat met het Kankercentrum wordt opgesteld, zowel het huidige als het toekomstige plan.

Vraag nr. 15 van mevr. Bianca Debaets d.d. 25 augustus 2010 (N.) :

De preventie van nierfalen.

Vandaag zouden er wereldwijd zo'n 500 miljoen mensen zijn die lijden aan een vorm van nierinsufficiëntie. De universiteit van Gent berekende zelfs dat er tegen 2020 dubbel zoveel nierfalen zal zijn dan dat vandaag de dag het geval is.

Nochtans kunnen veel nierinsufficiënties worden vermeden. Dankzij een vroegtijdige opsporing zou men de ziekte kunnen vermijden of vertragen, zodat men niet moet overgaan tot een dialyse of in het ergste geval een transplantatie. Een andere belangrijke rol in het bestrijden van nierziektes is de strijd tegen diabetes. Men weet immers dat samen met verhoogde bloeddruk, diabetes een belangrijke oorzaak van nierfalen is.

1. Heeft u cijfers met betrekking tot het aantal patiënten dat in Brussel voor nierinsufficiëntie behandeld wordt ? Ligt dit cijfer hoger of lager in vergelijking met andere regio's ? Heeft u informatie over het profiel van de patiënt (leeftijd, sekse, ...) ?
2. Welke concrete initiatieven neemt u of zal u in de toekomst nemen, om de strijd tegen diabetes te voeren ?
3. Welke concrete maatregelen neemt u, of zal u in de toekomst nemen, om zoveel mogelijk nierziektes te voorkomen ?

Antwoord : In 2009 werden 155 nieuwe Brusselse gevallen van nierinsufficiëntie ten laste genomen ten opzichte van 125 in 2000 (+ 24 %), UZ-VUB en Sint-Jan niet inbegrepen.

De laatste jaren is de incidentie stabiel gebleven in het Brussels Gewest.

In 2009 is de incidentie voor Brussel (146,2 per miljoen inwoners) minder hoog dan deze van de andere Franstalige provincies, maar waarschijnlijk is dit onderschat daar wij geen informatie hebben over Brusselse patiënten ten laste genomen door UZ Brussel en Sint-Jan.

Le test de dépistage est gratuit. En cas de positivité, le patient sera invité à subir une coloscopie. En Flandre, un projet pilote a été mis en route en 2008 dans la province d'Anvers en vue d'une généralisation du programme en 2011.

Etant donné que le programme de la Communauté française s'adresse à la Wallonie et à Bruxelles et qu'il ne peut exister de sous-nationalités en Région bruxelloise, les invitations sont actuellement adressées à tous les Bruxellois âgés de 50 à 74 ans.

Quant au dépistage du cancer colorectal, nous poursuivrons les discussions en groupe de travail de la Conférence interministérielle et sur la base du protocole d'accord du 28 septembre 2009 en matière de prévention conclu entre le Gouvernement fédéral et les communautés/régions, (*Moniteur belge* du 29 octobre 2009) et selon les recommandations reprises dans le Plan cancer actuel et futur que nous établissons avec le Centre du cancer.

Question n° 15 de Mme Bianca Debaets du 25 août 2010 (N.) :

Prévention de l'insuffisance rénale.

Aujourd'hui, quelque 500 millions de personnes dans le monde souffriraient d'une forme d'insuffisance rénale. L'université de Gand a même estimé que ce nombre aura doublé d'ici 2020.

Néanmoins, on peut éviter bien des cas d'insuffisance rénale. Un dépistage précoce peut permettre d'éviter ou de ralentir le mal et on peut ainsi éviter les dialyses ou, dans les cas les plus sévères, la transplantation. La lutte contre le diabète est un autre élément important dans la lutte contre les maladies rénales. En effet, l'hypertension et le diabète sont deux causes importantes de l'insuffisance rénale.

1. Disposez-vous de chiffres relatifs au nombre de patients traités pour insuffisance rénale en Région de Bruxelles-Capitale ? Ce chiffre est-il plus ou moins élevé que dans les autres Régions ? Disposez-vous d'informations relatives au profil des patients (âge, sexe, ...) ?
2. Quelles initiatives concrètes prenez-vous, ou allez-vous prendre dans le futur, afin de lutter contre le diabète ?
3. Quelles initiatives concrètes prenez-vous, ou allez-vous prendre dans le futur, afin de prévenir, dans la mesure du possible, les maladies des reins ?

Réponse : En 2009, 155 nouveaux cas bruxellois ont été pris en charge versus 125 en 2000 (+ 24 %), UZ-VUB et Sint-Jan non compris.

Au cours des dernières années, l'incidence est restée stable en Région bruxelloise.

En 2009, le taux d'incidence bruxellois (146,2 par million d'habitants) est moins élevé que celui des autres provinces francophones mais il y a probablement une sous-estimation car nous n'avons pas d'information sur les patients bruxellois pris en charge par l'UZ Brussel et Sint-Jan.

Spijtig genoeg is het niet mogelijk om de incidentie tussen de drie regio's van het land te vergelijken, maar de Brusselse incidentie ligt dicht bij deze van Luik of Charleroi.

De kenmerken van de Brusselse patiënten : men stelt altijd een predominante van mannen vast zonder dat men duidelijk weet waarom (60 % zijn mannen); de patiënten worden ook steeds ouder (in 2009, 70 % ouder dan 55 jaar, 50 % ouder dan 65 jaar). De veroudering van de bevolking in het algemeen alsook de efficiëntie van de tenlasteneming, verklaart deze evolutie.

Indien men alle gevallen die ten laste worden genomen bekijkt (prevalentie, gelijk aan de gevallen die door het gezondheidszorgsysteem worden ten laste genomen), dan telt men 5.312 patiënten in 2009 (voor 3.357 in 2000 (+ 58 %)). Ondanks de veroudering van de bevolking, blijkt de sterftegraad te verminderen.

Op basis van de registratie van de minimale klinische gegevens van de ziekenhuizen (MKG), worden 6.446 ziekenhuisopnamen vastgesteld te Brussel en daarbuiten voor Brusselse patiënten met nierinsufficiëntie tussen 2000 en 2006 (920 gevallen gemiddeld per jaar). 53,4 % van de patiënten zijn mannen, 74 % zijn Belgen, 14,6 % zijn niet-Belgen / niet-Européen.

1.215 verblijven werden vastgesteld in de Brusselse ziekenhuizen voor dezelfde periode voor patiënten die van buiten Brussel komen. De karakteristieken zijn dezelfde.

Preventie van nierinsufficiëntie.

Nierinsufficiëntie is de terminale fase van een chronische nierziekte. Het is dus belangrijk de incidentie van deze ziekten te verminderen door in te grijpen op de belangrijkste risicofactoren (obesitas, diabetes, hoge bloeddruk), alsook door het vroegtijdig opsporen van de nierziekten.

Toegankelijkheid voor iedereen tot kwaliteitsvoeding alsook een goed beleid inzake ruimtelijke Ordening en mobiliteit zodat fysieke activiteit mogelijk is voor alle leeftijden, zijn de noodzakelijke voorwaarden voor verminderen van de hierboven vermelde risicofactoren.

De rol van de eerstelijn is essentieel betreffende :

- de raadgevingen inzake voeding en fysieke activiteit;
- de vroegtijdige opsporing van de risicofactoren en hun controle (de geplande invoering van het GMD+ en de terugbetaling van de preventieconsultatie moeten dit aspect aanmoedigen);
- het opvolgen van de behandeling van de ziekten die tot nierziekten kunnen leiden, en de vroegtijdige opsporing van de nierziekten;
- de multidisciplinaire tenlasteneming van de complexe pathologie met een oog voor nauwe samenwerking tussen de huisartsen en de specialisten. Het op punt stellen van de zorgpaden door het RIZIV. Prioritair werden de zorgpaden voor diabetes type 2 op punt gesteld (juni 2009) en de chronische nierinsufficiëntie (september 2009). Wij beschikken niet over de cijfers voor Brussel maar voor het land werden 7.398 zorgpaden afgesloten tussen 2009 en mei 2010 voor nierinsufficiëntie en 5.278 voor diabetes type 2.

Il est malheureusement impossible de comparer les taux entre les trois Régions du pays mais l'incidence bruxelloise est proche de celles de Liège ou Charleroi.

Les caractéristiques de patients bruxellois : il y a toujours une prédominance masculine parmi les insuffisants rénaux sans que l'on ne sache bien pourquoi (60 % d'hommes); les patients sont de plus en plus âgés (en 2009, 70 % ont plus de 55 ans, 50 % plus de 65 ans). Le vieillissement de la population en générale ainsi que l'efficacité de la prise en charge explique cette évolution.

Si l'on s'intéresse à l'ensemble des cas pris en charge (= prévalence, ce qui correspond à la charge pour le système de santé), on comptabilise 5.312 patients en 2009 (pour 3.357 en 2000 (+ 58 %)). Malgré le vieillissement de la population, le taux de mortalité tend à diminuer.

A partir de l'enregistrement hospitalier des résumés cliniques minimaux (RCM), on observe que 6.446 séjours hospitaliers ont été comptabilisés à Bruxelles et ailleurs pour des patients bruxellois atteint d'insuffisance rénale entre 2000 et 2006 (920 séjours annuels en moyenne). 53,4 % des patients sont des hommes, 74 % sont belges, 14,6 % sont non belges / non européens.

1.215 séjours ont également été comptabilisés pour la même période dans les hôpitaux bruxellois pour des patients résidents hors de Bruxelles, aux caractéristiques semblables.

Prévention de l'insuffisance rénale

L'insuffisance rénale est la manifestation terminale d'une maladie rénale chronique, il importe donc de tenter de diminuer l'incidence de ces maladies en intervenant sur les principaux facteurs de risque cités plus haut (obésité, diabète, hypertension), ainsi que de dépister précocelement les maladies rénales.

L'accessibilité pour tous à une offre nutritionnelle de qualité ainsi que des politiques d'aménagement du territoire et de mobilité favorisant l'exercice physique à tous les âges sont des conditions nécessaires à la diminution des facteurs de risque cités plus haut.

Le rôle de la première ligne est capital en ce qui concerne :

- les conseils concernant la nutrition et l'exercice physique;
- la détection précoce des facteurs de risque et leur contrôle (la mise en place prévue du DMG+ et le remboursement de la consultation de prévention devrait favoriser cet aspect);
- le suivi du traitement des maladies favorisant l'apparition des maladies rénales et la détection précoce des maladies rénales;
- la prise en charge multidisciplinaire de cette pathologie complexe à la faveur d'une collaboration étroite entre médecins généralistes et spécialistes. La mise en place par l'INAMI des Trajets de soins. Ont été prioritairement mis en place les Trajets de soins concernant le diabète de type 2 (juin 2009) et l'insuffisance rénale chronique (septembre 2009). Nous ne disposons pas des chiffres pour Bruxelles mais en ce qui concerne la Belgique, 7.398 TS ont été conclus entre 2009 et mai 2010 pour l'insuffisance rénale et 5.278 pour le diabète de type 2.

Ministers bevoegd voor het Beleid inzake Bijstand aan Personen

Vraag nr. 3 van mevr. Fatoumata Sidibé d.d. 15 oktober 2009 (Fr.) :

Dienstvoertuigen voor de leden van de OCMW-raden.

Onlangs is in het nieuws gekomen dat een politieagent werd ingezet als chauffeur van een burgemeester. Hij had een indrukwekkend aantal overuren.

Dat nieuws toont aan dat er ook een en ander moet worden verduidelijkt over het gebruik van dienstvoertuigen door leden van de OCMW-raden.

Vandaar de volgende vragen met betrekking tot 2007, 2008 en 2009 :

- Hoeveel dienstvoertuigen worden, per gemeente, ter beschikking van de OCMW-raad gesteld ?
- Wat betreft de OCMW-raden die over een dienstvoertuig beschikken : is dat voertuig dan gereserveerd voor een bepaald lid van de OCMW-raad ?
- Als dat niet het geval is, welke regel wordt dan gehanteerd voor het gebruik van het dienstvoertuig ?
- Hoe is dan het gebruik van de dienstvoertuigen verdeeld over de leden van de OCMW-raad ?

Antwoord : Op 26 februari 2010 hebben wij geantwoord dat wij het Bestuur Plaatselijke Besturen – Directie Toezicht op de OCMW's, over het onderwerp hadden gevraagd, maar dat we op dat moment nog niet beschikten over alle elementen van antwoord.

Uit het antwoord van het Bestuur Plaatselijke Besturen – Directie Toezicht op de OCMW's blijkt, op basis van de informatie betreffende 18 van de 19 Brusselse OCMW's, dat geen enkel OCMW beschikt over dienstvoertuigen voor leden van de Raden voor Maatschappelijk Welzijn.

Vraag nr. 10 van mevr. Elke Roex d.d. 10 maart 2010 (N.) :

Het aantal mensen jonger dan 65 jaar in de Brusselse rusthuizen.

Rust- en verzorgingstehuizen zijn specifiek opgericht om bejaarde personen met hoge zorgbehoefte een kwalitatieve oude dag te laten doorbrengen. Toch kan eenieder die zich wel eens in de Brusselse rusthuizen begeeft, duidelijk zien dat er ook jongere mensen verblijven.

Vandaar mijn vragen :

Ministres compétents pour la Politique d'Aide aux Personnes

Question n° 3 de Mme Fatoumata Sidibé du 15 octobre 2009 (Fr.) :

Voitures de fonction au sein des conseils de CPAS.

L'actualité a fait état de l'utilisation d'un membre de la police comme chauffeur d'un bourgmestre, avec un nombre d'heures supplémentaires impressionnant.

Cette actualité montre le besoin de clarifier également l'utilisation de voitures de fonction au sein des conseils de CPAS.

Dès lors les questions suivantes se posent pour les années 2007, 2008 et 2009 :

- Par commune, le nombre de véhicules mis à la disposition du conseil de CPAS ?
- Pour les conseils de CPAS ayant à leur disposition un véhicule de fonction. Mesdames les ministres peuvent-elles préciser si celui-ci est attribué à un membre spécifique du conseil de CPAS ?
- Si tel n'est pas le cas, Mesdames les ministres peuvent-elles préciser la règle utilisée au sein du conseil de CPAS pour l'utilisation de la voiture ?
- Enfin, dans ce cas, Mesdames les ministres peuvent-elles donner la répartition de l'utilisation des voitures entre les membres du conseil de CPAS ?

Réponse : Le 26 février 2010, nous avons répondu que nous avions sollicité l'Administration des Pouvoirs locaux – Direction de la Tutelle sur les CPAS à cet égard, mais qu'à ce moment-là, tous les éléments de réponse n'étaient pas encore en notre possession.

De la réponse de l'Administration des Pouvoirs locaux – Direction de la Tutelle sur les CPAS, il apparaît, sur la base des réponses de 18 des 19 CPAS bruxellois, qu'aucun CPAS ne dispose d'un véhicule de fonction mis à disposition des membres du conseil de l'action sociale.

Question n° 10 de Mme Elke Roex du 10 mars 2010 (N.) :

Le nombre de personnes de moins de 65 ans dans les maisons de repos bruxelloises.

Les maisons de repos et de soins ont spécifiquement été conçues pour permettre aux personnes âgées nécessitant beaucoup de soins d'avoir une fin de vie de qualité. Cependant, toute personne qui se rend un jour dans les maisons de repos bruxelloises peut clairement constater que des personnes plus jeunes y séjournent également.

Mes questions sont donc les suivantes :

<p>– Kan u een overzicht geven van het aantal mensen in de Brusselse rust- en verzorgingstehuizen :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. per leeftijdscategorie <ol style="list-style-type: none"> a. < 45 jaar b. 45-55 jaar c. 55-65 jaar d. 65-75 jaar e. 75-85 jaar f. + 85 jaar 2. per type rusthuis <ol style="list-style-type: none"> a. privé – profit b. privé – non-profit (vzw) c. publiek <p>– Kan u een overzicht geven van de voornaamste oorzaken van of redenen voor een opname van een persoon jonger dan 65 jaar in rust- en verzorgingstehuizen ?</p>	<p>– Pouvez-vous fournir un relevé du nombre de personnes séjournant dans les maisons de repos et de soins bruxelloises :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. par catégorie d'âge <ol style="list-style-type: none"> a. < 45 ans b. 45-55 ans c. 55-65 ans d. 65-75 ans e. 75-85 ans f. + 85 ans 2. par type de maison de repos <ol style="list-style-type: none"> a. privée – secteur marchand b. privé – secteur non-marchand (asbl) c. publique <p>– Pouvez-vous fournir un relevé des principales causes ou raisons d'admission des personnes de moins de 65 ans dans les maisons de repos et de soins ?</p>
<p>Antwoord : Vooraleer we op uw concrete vragen antwoorden, willen we graag eerst wat regelgeving meegeven voor wat de bicomunautaire rusthuizen betreft. In de wetgeving staat dat de plaatsen in een rusthuis voorbehouden zijn voor 60-plussers of jongere personen mits goedkeuring verleend door het Verenigd College, waarvan de voorwaarden en modaliteiten door het Verenigd College moesten worden vastgelegd door het Verenigd College. Volgens artikel 255 van het besluit van 3 december 2009 tot vaststelling van de erkenningsnormen waaraan de voorzieningen voor opvang of huisvesting van bejaarde personen moeten voldoen mogen de rusthuizen echter tot 5 % van hun capaciteit gebruiken voor de opvang van personen jonger dan 60 jaar. Er moet echter een specifiek project voorzien zijn voor deze personen.</p> <p>We willen benadrukken dat de instellingen die, op de begin-datum van voornoemd besluit, de 5 % overschrijden geen nieuwe personen jonger dan 60 jaar mogen opvangen totdat ze opnieuw de 5 % bereiken.</p> <p>Op de vraag om een overzicht te bekomen van het aantal mensen per leeftijdscategorie die worden gehuisvest of opgevangen in de Brusselse rust- en verzorgingstehuizen, moeten we u het antwoord helaas schuldig blijven. Er worden immers geen overzichtsstatistieken voor al de 120 bicomunautaire rusthuizen in Brussel bijgehouden. Ook het RIZIV heeft geen eenduidige cijfers.</p> <p>Op uw tweede vraag hebben we al gedeeltelijk geantwoord in onze inleiding. De wetgeving voorziet immers dat personen jonger dan 60 jaar mogen worden opgevangen in voorzieningen voor bejaarden. Daar komt nog bij dat de gezondheidsnormen preciseren dat de gereconverteerde ziekenhuisbedden (onderworpen aan de wetgeving over ziekenhuizen) niet onderworpen zijn aan een leeftijdslimiet.</p> <p>We moeten helaas vaststellen dat voor sommige mensen het rusthuis het enige alternatief is, bij gebrek aan aangepaste structuren. De redenen voor opname zijn hier zeer divers. We denken hierbij aan oudere daklozen, psychiatrische patiënten, mensen die zwaar hulpbehoefend zijn enz. Het aantal PVT-bedden (bedden in psychiatrische verzorgingstehuizen) en plaatsen begeleid wonen is veel kleiner in Brussel en Wallonië dan in Vlaanderen.</p>	<p>Réponse : Avant de répondre à vos questions concrètes, j'aime-rais rappeler la réglementation en vigueur en matière de maisons de repos bicomunautaires. La législation prévoit de réservier les places en maison de repos aux personnes âgées de plus de 60 ans ou des personnes plus jeunes moyennant autorisation accordée par le Collège réuni, dont les conditions et les modalités devaient être fixées par le Collège réuni. Conformément à l'article 255 de l'arrêté du 3 décembre 2009 fixant les normes d'agrément auxquelles doivent répondre les établissements d'accueil ou d'hébergement pour personnes âgées, les maisons de repos ne peuvent réservier que 5 % de leur capacité à l'accueil des personnes de moins de 60 ans. Il faut cependant un projet spécifique pour ces personnes.</p> <p>Nous tenons à souligner que les établissements qui, à la date d'entrée en vigueur du présent arrêté, dépassent le pourcentage de 5 %, ne peuvent plus accueillir de nouvelles personnes de moins de soixante ans jusqu'à ce qu'ils atteignent les 5 %.</p> <p>A la demande d'aperçu du nombre de personnes se situant dans cette tranche d'âge et hébergées dans les maisons de repos et de soins bruxelloises, nous ne pouvons malheureusement pas apporter de réponse. Il n'existe pour l'heure aucune statistique globale pour les 120 maisons de repos bicomunautaires que compte la Région bruxelloise. L'INAMI ne dispose pas non plus de chiffres.</p> <p>Nous avons par contre déjà apporté une réponse partielle à votre seconde question dans notre introduction. La législation prévoit la possibilité pour les personnes âgées de moins de 60 ans d'être accueillies dans des maisons de repos. De plus, les normes santé précisent également que les lits d'origine hospitalière (soumis à la loi sur les hôpitaux) ne sont pas soumis à une limite d'âge.</p> <p>Nous devons malheureusement constater que pour certaines personnes, l'entrée en maison de repos est la seule solution alternative, faute de structures adaptées. Les raisons d'une entrée en maison de repos sont très diverses. Il peut s'agir de sans-abri âgés, de patients psychiatriques, de personnes ayant un besoin d'aide important etc. Le nombre de lits MSP (« maisons de soins psychiatriques ») et d'habitats protégés est beaucoup plus faible à Bruxelles et en Wallonie qu'en Flandre.</p>

Ook wordt vaak een sociale problematiek als reden aangehaald (bijvoorbeeld een jongere, gehandicapte bewoner wiens moeder wordt opgenomen en die niet zelfstandig in het thuismilieu kan functioneren). Uiteraard gaat het ook hier meestal om een combinatie van redenen.

Een werkgroep werd onlangs opgericht op het niveau van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie om zich over deze kwestie te buigen. Wij wachten op conclusies.

Vraag nr. 11 van de heer Joël Riguelle d.d. 1 april 2010 (Fr.) :

Optimalisatie van de Minimale Klinische Gegevens en de Minimale Verpleegkundige Gegevens.

Vivalia, de intercommunale voor gezondheidszorgen in de provincie Luxemburg, kondigt in het kader van het overzicht na één jaar werking aan dat zij de Minimale Klinische Gegevens (MKG), de tool voor de codering van de pathologieën, heeft geoptimaliseerd en op die manier ongeveer 750.000 EUR kon winnen aan federale subsidies, terwijl het aantal dagen hospitalisatie daalt ten voordele van het dagziekenhuis.

Kan u me zeggen of dat ook het geval is in de ziekenhuizen van het IRIS-net en zo ja, hoeveel federale subsidies daarbij gewonnen werden ?

Kan u mij tevens zeggen of die optimalisatie ook is uitgebreid tot de andere coderingstool die belangrijk is voor de financiering, de Minimale Verpleegkundige Gegevens (MVG), en zo ja, hoeveel federale subsidies op die manier werden gewonnen ?

Antwoord : Al meer dan 10 jaar werkt het Iris-netwerk aan de verbetering van de registratie van de gegevens betreffende de klinische activiteiten. Dat geldt niet alleen voor de registratie van de MKG (minimale klinische gegevens) en de MVG en daarna de VGMZG (minimale verpleegkundige gegevens, vervangen door de verpleegkundige gegevens van de minimale ziekenhuisgegevens) die bezorgd worden aan de FOD Volksgezondheid, maar ook voor alle facturatiegegevens aan het RIZIV.

De regels zijn inderdaad complex en het is nuttig om voortdurend te controleren of de registraties conform en exhaustief zijn. Daartoe vinden er tussen de netverantwoordelijken systematisch uitwisselingen plaats.

De resultaten vermeld in de toekenning van de Middelenbegrotingen worden ook onderzocht om de waargenomen evoluties te analyseren en er in voorkomend geval mogelijke opties uit te halen. Het is op die manier dat de per index erkende bedden regelmatig aangepast zijn met het oog op de optimale financiering. Daarnaast worden er ook regelmatig organisatorische aanpassingen gedaan in het belang van de patiënten, maar ook van de financiële middelen van de ziekenhuizen.

In tegenstelling tot wat Vivalia sinds zijn oprichting kan, is het op dit ogenblik voor het Iris-net niet mogelijk om de baten van die voortdurende uitwisselingen en valideringen te evalueren. Toch heeft het net kunnen vaststellen dat de gemiddelde verblijfsduur voortdurend daalt en dat het aantal opnames stijgt.

Une problématique sociale est également souvent citée comme raison (par exemple un jeune résidant handicapé dont la mère entre en maison de repos et qui n'est pas capable de se prendre en charge au domicile familial). Toutefois, il s'agit bien souvent d'une combinaison de plusieurs raisons.

Un groupe de travail se réunit actuellement au niveau de la Commission communautaire commune sur cette question. Nous attendons les conclusions.

Question n° 11 de M. Joël Riguelle du 1^{er} avril 2010 (Fr.) :

L'optimisation des données issues du Résumé clinique minimum et du Résumé infirmier minimum.

Dans le cadre du bilan qu'elle fait après un an de fonctionnement, l'Intercommunale pour les soins de santé en province de Luxembourg, Vivalia, annonce avoir optimisé le Résumé clinique minimum (RCM) outil d'encodage des pathologies, et que cette optimisation lui permet un gain en subventions en provenance du fédéral de l'ordre de 750.000 EUR, alors même que le nombre de journées d'hospitalisation est en baisse, au profit de l'hôpital de jour.

Pouvez-vous me dire si cette opération a été réalisée au sein des hôpitaux du réseau IRIS et si oui, quel a été le gain, en subventions du fédéral ?

Pourriez-vous également me dire si cette opération a été étendue à l'autre outil d'encodage important pour le financement qu'est le Résumé infirmier minimum (RIM) et si oui, quel a été le gain en subventions du fédéral ?

Réponse : Le réseau Iris travaille depuis plus de 10 ans à améliorer les enregistrements de données relatives aux activités cliniques. C'est le cas non seulement pour les enregistrements du RCM (Résumé clinique minimum) et du RIM puis du DI-RHM (Résumé infirmier minimum, remplacé par les Données infirmières du Résumé hospitalier minimum) transmises au SPF Santé publique, mais aussi de toutes les données de facturation à l'INAMI.

En effet, les règles sont complexes et il est utile de vérifier en permanence si les enregistrements sont conformes et exhaustifs. Des échanges entre les responsables du réseau sont systématiques et s'inscrivent dans cet objectif.

Les résultats mentionnés dans l'attribution des Budgets des Moyens financiers sont aussi examinés afin d'analyser les tendances observées et d'en tirer le cas échéant des options à adopter. C'est ainsi que les lits agréés par indice ont été régulièrement adaptés en sorte d'apporter les financements optimaux. Des adaptations organisationnelles sont aussi régulièrement décidées, dans l'intérêt des patients mais aussi des ressources financières des hôpitaux.

Il n'est actuellement pas possible pour le réseau Iris, comme a pu le faire Vivalia à partir de sa création, d'évaluer les gains de ces échanges et validations permanentes. Mais la constatation que le réseau a pu faire est : une baisse constante des durées de séjours moyennes et un nombre d'admissions en hausse.

En er moet toegegeven worden dat dit werk nooit afgelond zal zijn, aangezien deze optimalisering constant moet zijn, met naleving van de regels, inclusief de ethische.

Vraag nr. 12 van de heer Joël Riguelle d.d. 3 mei 2010 (Fr.) :

De aan de OCMW's toegekende 650 nieuwe betrekkingen in het kader van de federale begroting 2010.

Op de federale begroting 2010 worden extra middelen uitgetrokken voor de OCMW's, onder meer via de financiering van 650 nieuwe betrekkingen.

Tijdens de vergadering van de bevoegde commissie van de Kamer van 3 maart heeft de staatssecretaris aangekondigd dat de OCMW's die een positieve beslissing hebben ontvangen, vanaf 1 maart kunnen beginnen te rekruteren. De aanwerving dient binnen drie maanden te gebeuren.

Graag had ik van u :

- een lijst van de OCMW's van het Brussels Gewest die een aanvraag hebben ingediend, met vermelding van het aantal aangevraagde betrekkingen;
- een lijst van de OCMW's waarvan de aanvraag werd ingewilligd en het aantal nieuwe betrekkingen;
- een overzicht van de rekruteringen, aangezien er een termijn van drie maanden werd vastgesteld.

Antwoord : De beslissing van de Ministerraad vermeldt inderdaad ongeveer 650 Maribelbetrekkingen voor de OCMW's. De RSZPPO heeft deze vroegere raming in functie van de laatste cijfers herzien en heeft daarbij rekening gehouden met de beslissing om de bovengrens te verhogen. Het gaat nu eerder om 613 VTE voor de Belgische OCMW's.

De RSZPPO heeft de projectoproep begin 2010 gelanceerd. Drie Brusselse OCMW's zijn er niet op ingegaan en/of hebben er niet op kunnen ingaan. Dit betekent dat 16 OCMW's wel op de projectoproep zijn ingegaan. De Waalse, Vlaamse en Brusselse OCMW-federaties hebben een manier voorgesteld om de Maribelbetrekkingen te verdelen. Deze manier van verdelen houdt rekening met de noden van de OCMW's en geeft een maximum aantal OCMW's de kans om betrekkingen te verkrijgen. De verenigingen van steden en gemeenten van de drie gewesten hebben een akkoord bereikt over dit voorstel. Het voorstel ondersteunt ook de Brusselse OCMW's; het is door het beheerscomité aanvaard.

Ook al heeft het beheerscomité van de Sociale Maribelfondsen van de publieke sector een groot deel van de projecten aanvaard, het moet nog een beslissing nemen over de toekenning van een reeks twist gevallen. De lijst is vandaag dus nog niet afgesloten. Dit zou eind mei moeten gebeuren.

In ieder geval heeft de vraag het aanbod duidelijk overschreden en niet alle OCMW's die een project hebben ingediend, zullen bij komende Maribelbetrekkingen krijgen.

De Brusselse OCMW's die op de oproep zijn ingegaan, zouden allemaal Maribelbetrekkingen moeten krijgen, maar dan minder

Et il faut admettre que ce travail ne sera jamais clôturé, cette optimisation devant être constante, dans le respect des règles, y compris éthiques.

Question n° 12 de M. Joël Riguelle du 3 mai 2010 (Fr.) :

Les 650 nouveaux emplois accordés aux CPAS dans le cadre du budget fédéral 2010.

Le budget fédéral 2010 prévoit des moyens supplémentaires aux CPAS notamment par le biais du financement de 650 emplois supplémentaires.

En Commission parlementaire de la Chambre, le secrétaire d'État annonçait le 3 mars dernier que les CPAS qui se sont vu notifier une décision positive peuvent lancer les recrutements à partir du 1^{er} mars. L'engagement doit avoir lieu dans les trois mois.

Pourrais-je obtenir :

- la liste des CPAS de la Région bruxelloise qui ont introduit une demande avec mention du nombre d'emplois demandés;
- la liste des CPAS qui en ont obtenu et le nombre d'emplois obtenus;
- l'état de la situation en ce qui concerne leurs recrutements puisqu'un délai de 3 mois a été fixé ?

Réponse : Dans la décision du Conseil des ministres, il est effectivement fait état d'environ 650 postes Maribel pour les CPAS. Cette estimation de l'époque a été revue par l'ONSSAPL, en fonction des derniers chiffres et tenant compte de la décision de l'augmentation du plafond d'intervention. Elle est plutôt de l'ordre de 613 ETP pour les CPAS belges.

L'appel à projet a été lancé début d'année par l'ONSSAPL. Trois CPAS bruxellois n'y ont pas répondu et/ou n'ont pu y répondre. Cela signifie que 16 CPAS ont répondu à l'appel. Les fédérations wallonne, flamande et bruxelloise de CPAS ont proposé un mode de répartition des postes Maribel qui tient compte des besoins des CPAS et qui permette à un maximum de CPAS belges de bénéficier de ces postes. Cette proposition a également fait l'objet d'un accord des villes et des communes des 3 Régions. Cette proposition a aussi pour effet de soutenir les CPAS bruxellois; elle a été acceptée par le comité de gestion.

Mais si le comité de gestion du Fonds Maribel social secteur public a accepté une grande partie des projets; il doit encore décider de l'attribution ou non d'une série de cas plus litigieux. La liste n'est donc actuellement pas clôturée. Cela devrait être terminé fin mai.

En tout cas, la demande a clairement dépassé l'offre et tous les CPAS qui ont introduit un projet n'auront pas tous des postes Maribel supplémentaires.

Pour les CPAS bruxellois qui ont répondu à l'appel, ils devraient tous bénéficier de postes Maribel mais d'un nombre inférieur ou

dan of evenveel als oorspronkelijk aangevraagd, gelet op het voorstel tot verdeling van de betrekkingen dat het beheerscomité heeft aanvaard.

De 16 Brusselse OCMW's hebben 212 betrekkingen aangevraagd (waarschijnlijk zullen ze 135 betrekkingen krijgen – twee OCMW's hadden er vroeger geen).

Volgens de regels voor de toekenning van betrekkingen hebben de instellingen (OCMW's of andere) drie maanden om personeel aan te werven. Een aanvraag tot een verlenging van 3 maanden kan bij het RSZPPO worden ingediend. De wet voorziet in maximum 6 maanden om personeel aan te werven (koninklijk besluit van 18 juli 2002).

Vervolgens moeten de instellingen de RSZ via DMFAPL in het eerstvolgende kwartaal inlichten over de aanwerving. Het is vandaag niet mogelijk cijfers te geven over de huidige toestand van de aanwervingen.

Vraag nr. 13 van mevr. Brigitte De Pauw d.d. 3 mei 2010 (N.) :

Verhoogd aantal aanvragen leefloon in de Brusselse OCMW's.

Het aantal aanvragen van een leefloon bij de OCMW's in de Brusselse gemeenten is de laatste jaren zienderogen gestegen. In sommige OCMW's is deze stijging weliswaar significanter dan in andere gemeenten, zoals in Sint-Jans-Molenbeek, Anderlecht, Schaarbeek en Stad Brussel, en het probleem aldus acuter.

Het OCMW van Anderlecht heeft zonder meer de meest merkbare groei gekend van de uitgaven inzake leefloon en equivalent leefloon van alle Brusselse OCMW's. Het gaat om een stijging van 1.040 leefloonaanvragen in 2000 naar 2.515 in 2008, en van 379 aanvragen van equivalent-leefloners naar 682.

- Wat is de huidige stand van zaken van de leefloonaanvragen ? Zijn er reeds cijfers van 2009 beschikbaar ?
- Wat is de huidige stand van zaken van de equivalent leefloon-aanvragen ? Zijn er reeds cijfers van 2009 beschikbaar ?

Antwoord : We danken het geachte lid voor haar vraag en delen met haar de bezorgdheid over de toenemende armoede in het Brussels Gewest, en met name in bepaalde gemeenten die sterk getroffen worden. Zoals u weet, is het aantal leefloners een belangrijke indicator voor armoede. Het is dan ook primordiaal over goed cijfermateriaal te beschikken.

Teneinde gevolg te kunnen geven aan uw parlementaire vraag vindt u als bijlage een tabel met de gegevens van de leefloners en equivalent leefloners voor het jaar 2009. Het gaat om een aanvulling van de tabel die u reeds werd overgemaakt naar aanleiding van uw schriftelijke vraag nummer 7, waarin de statistische gegevens van het aantal leefloners en equivalent leefloners werd weergegeven voor de jaren 2000 en 2008.

égal au nombre de postes Maribel sollicités, vu la proposition de répartition des postes acceptée par le comité de gestion.

Le nombre de postes sollicités par les 16 CPAS Bruxellois est de 212 (mais sans doute et sans certitudes, ils bénéficieront de 135 postes – il y a deux CPAS qui n'en avaient pas auparavant).

Dans les règles liées à l'attribution des postes, les organismes (CPAS ou autre) ont trois mois pour engager les personnes. Une demande de prolongation de 3 mois peut être introduite auprès de l'ONSSAPL. Un maximum de 6 mois pour engager les personnes est prévu dans la législation (arrêté royal du 18 juillet 2002).

Par la suite, les organismes doivent informer l'ONSS le trimestre suivant de l'engagement du personnel via la DMFAPL. Il n'est donc actuellement pas possible de donner des chiffres sur la situation actuelle des engagements.

Question n° 13 de Mme Brigitte De Pauw du 3 mai 2010 (N.) :

Augmentation du nombre de demandes du revenu d'intégration sociale dans les CPAS bruxellois.

Ces dernières années, le nombre de demandes du revenu d'intégration sociale auprès des CPAS a augmenté à vue d'œil dans les communes bruxelloises. Dans certains CPAS, comme à Molenbeek-Saint-Jean, Anderlecht, Schaerbeek et Bruxelles-Ville, l'augmentation est plus marquée que dans d'autres communes, ce qui rend le problème d'autant plus aigu.

De tous les CPAS bruxellois, c'est sans nul doute le CPAS d'Anderlecht qui a connu la croissance la plus significative des dépenses en matière de revenu d'intégration sociale et d'équivalent du revenu d'intégration sociale. Le nombre de demandes du revenu d'intégration sociale est passé de 1.040 en 2000 à 2.515 en 2008 tandis que le nombre de demandes de l'équivalent du revenu d'intégration sociale passait de 379 à 682.

- Quelle est la situation actuelle en matière de demandes du revenu d'intégration sociale ? Dispose-t-on déjà des chiffres pour 2009 ?
- Quelle est la situation actuelle en matière de demandes de l'équivalent du revenu d'intégration sociale ? Dispose-t-on déjà des chiffres pour 2009 ?

Réponse : Nous remercions l'honorable membre pour sa question et partageons sa préoccupation quant à l'augmentation de la pauvreté en Région bruxelloise, notamment dans certaines communes fortement touchées. Comme vous le savez, le nombre de personnes bénéficiant du RIS constitue un indicateur important en matière de pauvreté. Il est donc primordial de disposer de données chiffrées précises.

Pour répondre à votre question parlementaire, vous trouverez ci-joint un tableau des données RIS et équivalent RIS pour l'année 2009. Il s'agit d'un complément au tableau, qui vous a déjà été communiqué à la suite de votre question écrite numéro 7, et faisant état du nombre de personnes bénéficiant du RIS ou ERIS pour les années 2000 et 2008.

Nuttigheidshalve voegen we er tevens een tabel aan toe die de uitgaven met betrekking tot de leefloners en equivalent leefloners van de 19 Brusselse OCMW's bevat zoals deze als netto vastgestelde rechten voorkwamen in de rekeningen 2000 en 2008 alsook zoals deze werden geraamd in de initiële begrotingen 2009 en 2010.

In de hoop het geachte lid hiermee van dienst te zijn geweest.

A toutes fins utiles, nous joignons également le tableau des dépenses RIS et ERIS des 19 CPAS bruxellois telles qu'elles figurent, en tant que droits nets, dans les comptes de 2000 et 2008 ainsi que les estimations de budgets initiaux pour 2009 et 2010.

En espérant avoir apporté à l'honorable membre les éléments de réponse recherchés.

Aantal leefloners voor de maand januari – Nombre RIS pour le mois de janvier

	2000	2008	2009
Anderlecht	1.040	2.515	2.645
Oudergem/Auderghem	271	350	353
Berchem	119	239	277
Brussel/Bruxelles	2.527	3.846	4.094
Evere	397	767	856
Elsene/Ixelles	1.462	1.555	1.590
Etterbeek	915	1.022	1.011
Vorst/Forest	543	680	776
Jette	412	673	683
Ganshoren	67	112	155
Koekelberg	152	369	360
Molenbeek	1.418	3.135	3.334
St-Gillis/St-Gilles	1.348	1.384	1.393
St-Joost-ten-Node/St-Josse-Ten-Noode	600	1.070	1.167
Schaarbeek/Schaerbeek	1.175	3.387	3.503
Ukkel/Uccle	650	736	737
Watermaal/Watermael	129	271	277
St-Lambrechts-Woluwe/Woluwe-St-Lambert	289	611	605
St-Pieters-Woluwe/Woluwe-St-Pierre	138	264	226
Totaal/Total	13.652	22.986	24.042

Uitgaven met betrekking tot de leefloners – Dépenses RIS

	Rekening 2000 Compte 2000	Rekening 2008 Compte 2008	B 2009 ini B 2009 ini	B 2010 ini B 2010 ini
Anderlecht	6.450.473,40	21.682.987,98	22.751.040,00	25.400.000,00
Oudergem/Auderghem	1.630.466,44	2.845.759,43	3.147.000,00	3.357.000,00
Berchem	651.168,84	2.187.047,81	2.185.904,00	2.619.671,00
Brussel/Bruxelles	15.618.854,00	35.245.442,80	39.864.500,00	40.489.400,00
Evere	2.555.920,14	6.430.694,12	6.463.598,00	7.089.500,00
Elsene/Ixelles	7.899.540,26	13.657.051,92	14.450.000,00	15.150.000,00
Etterbeek	5.321.264,09	8.286.494,09	8.422.343,70	9.020.783,58
Vorst/Forest	3.065.340,71	6.383.122,22	6.579.270,00	7.776.570,00
Jette	2.662.511,53	5.925.326,44	6.694.332,41	7.284.571,40
Ganshoren	364.342,36	1.164.109,26	1.124.000,00	1.635.000,00
Koekelberg	833.919,91	3.096.221,29	3.360.000,00	3.440.000,00
Molenbeek	8.769.057,43	26.650.859,43	26.389.300,00	31.790.000,00
St-Gillis/St-Gilles	7.712.098,29	12.384.837,95	13.096.844,78	14.290.271,00
St-Joost-ten-Node/St-Josse-Ten-Noode	3.722.092,74	9.290.158,42	9.480.500,00	11.205.000,00
Schaarbeek/Schaerbeek*	7.206.924,21	27.001.071,00	28.384.271,00	32.711.061,00
Ukkel/Uccle	3.813.245,54	6.648.514,95	7.458.525,00	8.112.000,00
Watermaal/Watermael	711.159,74	2.341.879,66	2.217.520,00	2.584.080,00
St-Lambrechts-Woluwe/Woluwe-St-Lambert	1.561.608,42	4.760.222,86	4.962.920,00	4.770.647,00
St-Pieters-Woluwe/Woluwe-St-Pierre	857.039,43	2.223.376,47	2.412.000,00	2.630.370,00
Totaal/Total	81.487.027,87	198.205.178,10	209.443.868,89	231.355.923,98

Het bedrag in de kolom Rekening 2008 voor Schaarbeek betreft dit met betrekking tot de initiële begroting 2008 aangezien de cijfers met betrekking tot deze rekening nog niet beschikbaar zijn.

Le montant pour Schaarbeek de la colonne compte 2008 concerne celui du budget 2008 initial puisque les chiffres du compte ne sont pas encore disponibles.

Aantal equivalent leefloners voor de maand januari – Nombre ERIS pour le mois de janvier

	2000	2008	2009
Anderlecht	379	682	719
Oudergem/Auderghem	76	67	52
Berchem	43	46	54
Brussel/Bruxelles	1.004	1.101	1.172
Evere	187	103	121
Elsene/Ixelles	499	406	417
Etterbeek	286	214	210
Vorst/Forest	123	157	207
Jette	181	198	201
Ganshoren	50	32	36
Koekelberg	42	91	107
Molenbeek	930	945	851
St-Gillis/St-Gilles	446	429	400
St-Joost-ten-Node/St-Josse-Ten-Noode	403	395	410
Schaarbeek/Schaerbeek	365	741	786
Ukkel/Uccle	282	207	133
Watermaal/Watermael	98	120	64
St-Lambrechts-Woluwe/Woluwe-St-Lambert	121	105	71
St-Pieters-Woluwe/Woluwe-St-Pierre	154	126	81
Totaal/Total	5.669	6.165	6.092

Bron voor het aantal leefloners en equivalent leefloners website van de POD Maatschappelijke Integratie : www.mi-is.be.

Source pour le nombre de RIS + ERIS : site du SPP Intégration sociale : www.mi-is.be.

Uitgaven met betrekking tot de equivalent leefloners – Dépenses ERIS

	Rekening 2000 Compte 2000	Rekening 2008 Compte 2008	B 2009 ini B 2009 ini	B 2010 ini B 2010 ini
Anderlecht	2.672.653,00	7.788.230,26	8.425.320,00	10.510.920,00
Oudergem/Auderghem	760.524,41	625.442,69	670.000,00	670.000,00
Berchem	305.686,46	679.070,93	691.302,00	705.685,00
Brussel/Bruxelles	7.897.925,73	15.806.113,29	16.281.400,00	39.840.100,00
Evere	1.350.118,89	1.024.361,01	1.030.897,00	1.372.500,00
Elsene/Ixelles	3.422.801,82	3.779.716,13	3.750.000,00	5.200.000,00
Etterbeek	1.821.056,52	1.776.390,86	2.400.797,30	2.314.727,42
Vorst/Forest	1.550.221,56	2.545.960,29	2.487.180,00	2.739.380,00
Jette	1.790.969,44	2.550.048,83	4.223.782,29	4.219.850,88
Ganshoren	454.006,45	367.285,63	428.000,00	539.000,00
Koekelberg	437.141,68	1.070.046,37	1.190.000,00	1.350.000,00
Molenbeek	6.765.133,90	8.837.180,60	9.840.000,00	10.890.000,00
St-Gillis/St-Gilles	2.895.582,22	5.783.453,39	6.460.806,32	6.905.701,00
St-Joost-ten-Node/St-Josse-Ten-Noode	2.849.070,50	3.879.002,64	4.500.000,00	4.785.000,00
Schaarbeek/Schaerbeek*	2.928.832,99	9.522.865,00	10.616.197,00	13.038.801,00
Ukkel/Uccle	2.783.573,03	1.946.285,74	2.983.945,00	3.037.000,00
Watermaal/Watermael	1.061.684,88	985.757,35	1.144.200,00	646.800,00
St-Lambrechts-Woluwe/Woluwe-St-Lambert	1.349.270,08	992.944,96	1.268.159,00	1.029.291,00
St-Pieters-Woluwe/Woluwe-St-Pierre	1.330.532,40	1.010.757,06	1.133.691,77	1.055.142,50
Totaal/Total	44.426.785,96	70.970.913,03	79.525.677,68	110.849.898,80

Het bedrag in de kolom Rekening 2008 voor Schaarbeek betreft dit met betrekking tot de initiële begroting 2008 aangezien de cijfers met betrekking tot deze rekening nog niet beschikbaar zijn.

Le montant pour Schaarbeek de la colonne compte 2008 concerne celui du budget 2008 initial puisque les chiffres du compte ne sont pas encore disponibles.

Vraag nr. 14 van mevr. Elke Roex d.d. 21 mei 2010 (N.) :

Het artsenstatuut in de openbare en universitaire Brusselse ziekenhuizen.

In 2008 is een akkoord gesloten tussen de beheerders van de vier universitaire Iris-ziekenhuizen (UVC Brugmann, UMC Sint-Pieter, Universitair Kinderziekenhuis Koningin Fabiola en het Jules Bordet Instituut) en de vertegenwoordigers van de medische raden van deze ziekenhuizen. In dat akkoord worden doelstellingen vastgesteld op het vlak van kwaliteit en medische productiviteit. De bedoeling is ook tot een evenwichtige exploitatie van de ziekenhuizen te komen en bijkomende middelen voor de financiering te creëren.

Een belangrijk onderdeel van dit akkoord is dat artsen verplicht worden hun private praktijk in een ziekenhuis buiten het net over te brengen naar een universitair openbaar Iris-ziekenhuis of naar een universitair ziekenhuis (Erasmus, dat afhangt van de ULB; UZ Brussel, dat afhangt van de VUB). Hiermee wordt vermeden dat de artsen « hun » openbaar ziekenhuis concurrentie aandoen. De maatregel is niet alleen van belang voor de openbare ziekenhuizen, maar ook voor de patiënt. In de andere ziekenhuizen zijn de patiënten immers niet noodzakelijk op dezelfde manier beschermd tegen ereloonsupplementen. De patiënt betaalt er meer en de openbare ziekenhuizen derven inkomsten.

Vandaar mijn vragen :

- Hoeveel artsen zijn aan de openbare Iris-ziekenhuizen Brugmann, Sint-Pieter, Koningin Fabiola en Jules Bordet verbonden ? Hoeveel aan Erasme en aan het UZ Brussel ?
- Hoeveel artsen werd, per ziekenhuis, een afwijking toegestaan op de verplichting om de private ziekenhuispraktijk over te brengen ?
- Op grond van welke criteria werd een dergelijke afwijking toegestaan ?
- Bestaan er overeenkomsten met andere ziekenhuizen om afwijkingen toe te staan ? Zo ja, tussen welke ziekenhuizen ?
- Hoeveel artsen hebben een private praktijk buiten de ziekenhuizen ? Graag een overzicht per (hierboven vermeld) ziekenhuis ?

Antwoord : We geven het geacht raadslid graag de volgende antwoorden op haar vragen met betrekking tot het aantal artsen verbonden aan de openbare Iris-ziekenhuizen:

- Brugmann : 521 artsen
- Sint-Pietershospitaal : 694 artsen
- Koningin Fabiola : 182 artsen
- Bordetinstituut : 190.

We willen er op wijzen dat het hier een totaal aantal artsen betreft per instelling en dat geen onderscheid wordt gemaakt tussen het aantal zelfstandige artsen, het aantal gesalarieerde artsen, het aantal gedetacheerde artsen en het totaal van kandidaat specialisten tewerkgesteld in het ziekenhuis.

Question n° 14 de Mme Elke Roex du 21 mai 2010 (N.) :

Le statut des médecins dans les hôpitaux publics et universitaires bruxellois.

En 2008, les gestionnaires des quatre hôpitaux universitaires Iris (le CHU Brugmann, le CHU Saint-Pierre, l'Huderf et l'Institut Jules Bordet) et les représentants des conseils médicaux de ces hôpitaux ont conclu un accord qui fixe des objectifs de qualité et de productivité médicale. Le but est de parvenir à une exploitation équilibrée des hôpitaux et de dégager des moyens de financement supplémentaires.

Un volet important de cet accord impose aux médecins de transférer l'activité privée qu'ils exercent dans un hôpital qui ne fait pas partie du réseau vers un hôpital universitaire public IRIS ou vers un hôpital universitaire (Erasmus, qui dépend de l'ULB; UZ Brussel, qui dépend de la VUB). On évite ainsi que les médecins fassent concurrence à « leur » hôpital public. La mesure n'est pas seulement importante pour les hôpitaux publics, elle l'est aussi pour le patient. En effet, dans les autres hôpitaux, les patients ne sont pas nécessairement protégés de la même manière contre les suppléments d'honoraires. Le patient paie plus cher et les hôpitaux publics sont privés de recettes.

Mes questions sont donc les suivantes :

- Combien de médecins sont liés aux hôpitaux publics IRIS Brugmann, Saint-Pierre, Reine Fabiola et Jules Bordet ? Combien le sont à Erasme et à l'UZ Brussel ?
- Pour chaque hôpital, combien de médecins ont bénéficié d'une dérogation à l'obligation de transférer l'exercice de leur pratique dans un hôpital privé ?
- Sur la base de quels critères a-t-on accordé de telles dérogations ?
- Existe-t-il des conventions avec d'autres hôpitaux en vue d'accorder des dérogations ? Dans l'affirmative, entre quels hôpitaux ?
- Combien de médecins exercent une pratique privée en dehors des hôpitaux ? Pouvez-vous donner un relevé par hôpital (ceux mentionnés ci-dessus) ?

Réponse : Nous donnons à l'honorable membre les éléments de réponse suivants relatifs au nombre de médecins liés aux hôpitaux publics IRIS :

- Brugmann : 521 médecins
- Hôpital Saint-Pierre : 694 médecins
- Reine Fabiola : 182 médecins
- Institut Bordet : 190.

Il s'agit du nombre total de médecins par institution, aucune distinction n'est opérée entre le nombre de médecins indépendants, le nombre de médecins salariés, le nombre de médecins détachés et le nombre de candidats spécialistes employés par l'hôpital.

Wij hebben geen enkel cijfer met betrekking tot het Erasmus-hospitaal of het UZ Brussel. Deze hospitalen vallen niet onder de voogdij van de Iris-ziekenhuizen. Het is een vraag die eerder moet gesteld worden aan de GGC-collegeleden bevoegd voor gezondheid.

Voor een beperkt aantal artsen werd een afwijking toegestaan met betrekking tot de verplichting de private ziekenhuispraktijk over te brengen. Deze afwijkingen werden toegestaan op basis van historische overeenkomsten of in het kader van het verderzetten van bestaande overeenkomsten.

Binnen het bestaande netwerk worden afwijkingen toegestaan en op basis van overeenkomsten zijn er samenwerkingen met UZ en Erasmusziekenhuis.

Op de vraag hoeveel artsen een privé-praktijk hebben buiten het ziekenhuis, zijn er jammer genoeg geen cijfers beschikbaar.

Vraag nr. 15 van mevr. Elke Roex d.d. 21 mei 2010 (N.) :

Conventionering van artsen en ereloon supplementen in de openbare ziekenhuizen van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

In het Brussels Gewest zijn er grote verschillen inzake tarieven tussen de diverse ziekenhuizen. Deze verschillen zijn groter dan in de ons omliggende Gewesten. Veel heeft te maken met het aanrekenen van ereloon supplementen en of artsen al dan niet geconventioneerd zijn.

Mijn vragen :

- Hoeveel artsen in de openbare ziekenhuizen (Iris-koepel) zijn geconventioneerd ?
- Hoeveel artsen zijn niet-geconventioneerd ?
- Graag een uitsplitsing per categorie : per ziekenhuis (IZZ, Bordet, Sint-Pieter, enz.) en per (sub)specialisme ?
- Welke ereloon supplementen worden aangerekend in de respectieve ziekenhuizen van de Iris-koepel ?

Antwoord : Op uw vraag die het aantal geconventioneerde artsen betreft, kunnen wij u antwoorden dat in de openbare ziekenhuizen de meeste artsen totaal of partieel geconventioneerd zijn en dit op enkele uitzonderingen na.

In 2008 bedroegen de honorarias supplementen 4,6 % van de totale honoraria.

Vraag nr. 16 van mevr. Elke Roex d.d. 21 mei 2010 (N.) :

De schuldvorderingen van de openbare ziekenhuizen aan de openbare centra voor maatschappelijk welzijn.

De schuldvorderingen van de openbare ziekenhuizen in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest naar de OCMW's raken maar niet

Nous n'avons malheureusement aucun chiffre concernant l'Hôpital Erasme ou UZ Brussel, ces hôpitaux ne tombent pas sous la tutelle Iris. C'est une question qui devrait plutôt être posée aux membres du Collège réuni, ayant la santé pour compétence.

Pour un nombre limité de médecins, une dérogation a été accordée quant à l'obligation de communiquer leurs pratiques dans le privé. Ces dérogations ont été accordées sur la base d'accords historiques ou dans le cadre de la prolongation des conventions existantes.

Des dérogations sont accordées au sein du réseau existant et des conventions permettent une collaboration avec l'UZ et l'hôpital Erasme.

A la question du nombre de médecins pratiquant dans le privé en dehors de l'hôpital, il n'y a malheureusement pas de chiffres disponibles.

Question n° 15 de Mme Elke Roex du 21 mai 2010 (N.) :

Médecins conventionnés et suppléments d'honoraires dans les hôpitaux publics de la Région de Bruxelles-Capitale.

En Région de Bruxelles-Capitale, les tarifs varient fortement entre les différents hôpitaux. Ces différences sont encore plus marquées que dans les Régions voisines. Les causes principales sont la facturation de suppléments d'honoraires et le fait que les médecins sont ou non conventionnés.

Mes questions sont donc les suivantes :

- Combien de médecins sont conventionnés dans les hôpitaux publics (structure faîtière Iris) ?
- Combien de médecins ne sont pas conventionnés ?
- Pouvez-vous les répartir par hôpital (HIS, Bordet, Saint-Pierre, etc.) et par (sous-)spécialité ?
- Quels suppléments d'honoraires sont facturés dans chacun des hôpitaux de la structure faîtière Iris ?

Réponse : A votre question relative au nombre de médecins conventionnés, nous pouvons répondre que la majorité des médecins sont totalement ou partiellement conventionnés dans les hôpitaux publics, à quelques exceptions près.

En 2008, les suppléments d'honoraires se sont élevés à 4,6 % du total des honoraires.

Question n° 16 de Mme Elke Roex du 21 mai 2010 (N.) :

Les créances des hôpitaux publics auprès des CPAS.

Les hôpitaux publics de la Région de Bruxelles-Capitale ne parviennent pas à recouvrir les créances dues par les CPAS. Cela pose

aangezuiverd. Dat is een groot probleem. Het gaat voornamelijk over de betaling van het verblijf en verzorging van vluchtelingen, personen die illegaal in het land verblijven en andere mensen zonder vaste verblijfplaats.

Er zijn grote verschillen tussen de gemeenten qua (niet-aangezuiverde) schulden.

Vandaar mijn vragen :

- Graag een stand van zaken inzake bestaande schulden en aanzuivering, per openbaar ziekenhuis, per gemeente en per jaar.
- Hoe worden de niet-aangezuiverde schulden door de gemeenten verantwoord ?
- In welke mate weegt het probleem van de niet-aangezuiverde schulden op de verschillende betrokken ziekenhuizen (graag vermelding van de cijfers, indien gekend) ?

Antwoord : In het kader van uw vraag op de bestaande schuldborderingen van de openbare ziekenhuizen in het BHG naar de OCMW's toe, geven we u bijgevoegd een tabel die een stand van zaken weergeeft op 31 december. Elk jaar worden deze gegevens verzameld en weergegeven in een tabel en wordt in juni gecommuniceerd. Omdat er werd vastgesteld dat verschillende OCMW's betalingen verrichten in het eerste halfjaar, wordt een nieuwe tabel opgemaakt met alle schuldborderingen tot 31 augustus. De tabel in bijlage maakt de vergelijking tussen de betalingen van 31 december 2008 en de betalingen op 31 augustus 2009.

Drie vaststellingen :

1. bepaalde OCMW's betalen hun facturen veel sneller;
2. er blijven belangrijke bedragen openstaan voor de jaren 2000-2007. Bepaalde OCMW's betaalden hun facturen van 2008 maar niet voor de voorgaande jaren.
3. Met bepaalde OCMW's zoals die van Brussel bijvoorbeeld is Iris erin geslaagd een goede samenwerking te verkrijgen. Via protocolakkoorden tussen OCMW's en Iris werden bedragen gecompenseerd tussen OCMW's en hospitalen en tussen gemeenten en hospitalen. Zo konden schuldborderingen via forfaitaire bedragen gereduceerd worden tot een totaal van 3,8 miljoen EUR op een totaal van 4,4 miljoen EUR.

Zo hebben de openbare ziekenhuizen Brugmann en Huderf vorig jaar gemeld dat het OCMW van Schaarbeek een grote achterstand had in de betaling van haar facturen. Er zijn verschillen bij de interpretatie van de wetgeving. Voor de ziekenhuizen is dit inderdaad een probleem, want zij beschikken maar over 2 jaar om een correctie op de facturatie aan te brengen ten aanzien van mutualliteiten of van patiënten zelf.

1. Ziekenhuizen zijn verplicht een sociale enquête over elke patiënt te voeren en elk OCMW doet ook zijn eigen enquête. Voor de ziekenhuizen is het soms moeilijk de juiste gegevens te verkrijgen, de enquêtes zijn soms onvolledig of verkeerd.

In Brussel moet men rekening houden met de verschillende soorten doelgroepen : daklozen, ex-gedetineerden zonder mutu-

un réel problème. Il s'agit principalement des frais liés aux séjours et aux soins de réfugiés, de personnes en séjour illégal et d'autres personnes sans domicile fixe.

Il y a de grandes différences entre les communes en ce qui concerne les dettes (non apurées).

Mes questions sont donc les suivantes :

- Pourriez-vous dresser un état des lieux en ce qui concerne les créances et leur apurement en les ventilant par hôpital public, par commune et par année ?
- Comment les communes justifient les dettes non apurées ?
- Dans quelle mesure le problème des dettes non apurées a-t-il une incidence sur les différents hôpitaux concernés ? (Pouvez-vous mentionner les chiffres s'ils sont connus ?)

Réponse : En réponse à votre question relative aux créances des hôpitaux publics bruxellois sur les CPAS, nous vous transmettons en annexe un tableau qui reflète la situation au 31 décembre 2008. Chaque année, les données sont rassemblées et présentées sous forme d'un tableau et communiquées au mois de juin. Compte tenu du fait qu'il a été constaté que plusieurs CPAS effectuent leurs paiements durant le premier semestre de l'année, un nouveau tableau est désormais dressé qui reprend toutes les créances au 31 août. Le tableau ci-annexé compare les paiements effectués au 31 décembre 2008 et les paiements effectués au 31 août 2009.

Trois constatations :

1. certains CPAS paient leurs factures plus rapidement que d'autres;
2. des montants considérables restent impayés pour les années 2000-2007. Certains CPAS ont payé leurs factures de 2008 mais n'ont pas payé celles des années précédentes;
3. avec certains CPAS, IRIS a collaboré de manière satisfaisante. Via des protocoles d'accord entre les CPAS et IRIS des montants ont été compensés entre des CPAS et des hôpitaux et entre des communes et des hôpitaux. Cela a permis de ramener – par le biais de montant forfaitaires – le montant des créances à un montant global de 3,8 millions EUR sur un total de 4,4 millions EUR.

L'an dernier, les hôpitaux publics Brugmann et Huderf ont fait savoir que le CPAS de Schaarbeek avait accumulé un retard important dans le paiement de ses factures. Il y a des divergences d'interprétation quant à la réglementation. Pour les hôpitaux cela constitue un vrai problème car ils ne disposent que de deux ans pour apporter des corrections à leurs factures vis-à-vis des mutuelles ou des patients eux-mêmes.

1. Les hôpitaux publics sont obligés de mener une enquête sociale pour chaque patient et chaque CPAS fait aussi sa propre enquête. Pour les hôpitaux il est parfois difficile d'obtenir les bonnes informations, l'enquête étant incomplète ou erronée.

A Bruxelles, il faut tenir compte de différents groupes cibles : les sans-abris, les anciens détenus sans mutuelle, les non-Euro-

aliteit, niet-Europeanen en illegalen die bijvoorbeeld bij familie verblijven, kandidaat-asielzoekers erkend door Fedasil ... Het is niet eenvoudig om deze mensen aan de ene of de andere OCMW te linken. Voor deze mensen kan een terugvordering verkregen worden op de FOD Maatschappelijke Integratie.

2. Het is echter wel zo dat die dossiers snel moeten behandeld worden, anders is een terugbetaling niet meer mogelijk. Bedragen die open blijven staan worden ofwel gedragen door de gemeente of door het Gewest voor de ziekenhuizen. Voor de snelle behandeling van facturen werd het systeem Synchro uitgewerkt door de CIBG, die een betere afstemming verzorgt tussen OCMW en het ziekenhuis en waardoor facturen veel sneller kunnen afgehandeld worden.

péens, les illégaux accueillis par leur famille, les candidats demandeurs d'asile reconnus par Fedasil ... Il n'est pas simple de rattacher ces personnes à l'un ou l'autre CPAS. Pour ces personnes il est cependant possible d'obtenir des « compensations » par le SPF Intégration sociale.

2. Il importe donc que ces dossiers soient traités rapidement afin de garantir le remboursement. Les montants impayés pesant sur les hôpitaux sont finalement supportés par les communes ou la Région. Pour cette raison, le CIRB a mis au point le système Synchro, qui permet une meilleure harmonisation des CPAS et des hôpitaux et un traitement plus rapide des factures.

Schuldvorderingen OCMW van 2000 tot 2007/2008 – Créesances CPAS de 2000 à 2007/2008

Iris – Vergelijkingen betalingen december 2008 en augustus 2009

Iris – Comparaison des paiements décembre 2008 et août 2009

	Schuldvordering van 2000 tot 2007			Schuldvordering van 2000 tot 2008			Evolutie 2007-2008		
	Créesances de 2000 à 2007			Créesances de 2000 à 2008			Evolution 2007-2008		
	Open 31/12/08	Open 31/08/09	%	Open 31/12/08	Open 31/08/09	%	Open – Ouvertes 31/12/08	Saldo – Soldes %	%
CP Brussel	Open 31/12/08	Open 31/08/09	%	Open 31/12/08	Open 31/08/09	%	Open – Ouvertes 31/12/08	Saldo – Soldes %	%
CP Bruxelles	Ouvertes 31/12/08	Ouvertes 31/08/09	%	Ouvertes 31/12/08	Ouvertes 31/08/09	%	Ouvertes – 31/08/09	Soldes %	%
1000	5.963,807	2.742,547	46	20.356,405	4.781,867	23	14.392,599	2.039,320	14,2
1030	2.563,470	2.350,137	92	4.822,487	4.746,616	98	2.259,018	2.396,479	106,1
1080	1.250,134	248,227	20	2.947,258	1.811,819	61	1.697,124	1.563,591	92,1
1070	169,809	170,283	100	1.252,465	346,016	28	1.082,656	175,733	16,2
1190	142,863	123,610	87	620,164	257,993	42	477,301	134,383	28,2
1060	126,914	114,938	91	609,828	174,377	29	482,914	59,438	12,3
1081	137,725	136,276	99	247,185	157,572	64	109,459	21,296	19,5
1150	109,602	109,602	100	122,514	109,765	90	12,913	163,000	1,3
1180	66,433	65,240	98	123,574	108,969	88	57,141	43,730	76,5
1090	81,378	63,230	78	262,250	107,461	41	180,872	44,231	24,5
1040	74,280	72,151	97	241,532	97,643	40	167,252	25,492	15,2
1050	82,550	82,406	100	490,301	96,627	20	407,751	14,221	3,5
1210	28,047	367,000	1	357,606	51,519	14	329,559	51,152	15,5
1140	40,924	41,865	102	190,906	44,977	24	149,981	3,112	2,1
1160	13,738	13,750	100	21,897	18,797	86	8,158	5,047	61,9
1082	8,861	10,689	121	27,794	18,573	67	18,933	7,885	41,6
1200	8,315	8,216	99	23,554	13,484	57	15,239	5,268	34,6
1170	7,598	7,595	100	11,743	8,392	71	4,145	798,000	19,2
1083	– 2,115	– 2,115	100	786,000	– 1,492	– 190	2,901	623,000	21,5
Totaal/Total RBXL	10.874,332	6.372,094	59	32.732,255	12.964,065	40	21.855,915	6.591,962	30,2
	4.500,000			19.000,000					

Vraag nr. 17 van mevr. Elke Roex d.d. 21 mei 2010 (N.) :

De financiële toestand van het Jules Bordet Instituut.

Het Jules Bordet Instituut is hét referentieziekenhuis in België op het vlak van kanker. Sinds de oprichting houdt de instelling zich

Question n° 17 de Mme Elke Roex du 21 mai 2010 (N.) :

La situation financière de l'institut Jules Bordet.

En Belgique, l'institut Jules Bordet est l'hôpital de référence dans le domaine de la cancérologie. Depuis sa création, l'institut

bezig met die diagnoses, behandelingen, preventie en onderzoek naar de ziekte. Het ziekenhuis heeft een uitstekende reputatie zowel op het vlak van technologie als op het vlak van professionele omkadering. De voogdij-overheid van het Bordet Instituut is de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie.

Het ziekenhuis zit financieel in slechte papieren. De laatste jaren zijn de exploitatieresultaten aanhoudend verslechterd. Eén van de belangrijke factoren is dat de medische activiteit in het ziekenhuis minder opbrengt, terwijl de kosten van die medische activiteit stijgen.

Het Bordet Instituut moet financieel gezond zijn, om het hoge niveau van geneeskunde in het ziekenhuis te waarborgen. Qua inkomsten krijgt het Bordet Instituut extra federale middelen. Het ziekenhuis is immers aangeduid als referentiecentrum binnen het nationaal kankerplan. Die middelen zijn evenwel beperkt in tijd. Daarnaast heeft de directie van het ziekenhuis ook een doelstellingencontract afgesloten met het medisch korps. Die prestaties van het medisch korps moeten ook inkomsten opleveren. De vraag is nu of het ziekenhuis in zijn begroting een juiste inschatting maakt van de inkomsten en uitgaven.

Vandaar mijn vragen :

1. Wat is het exploitatieresultaat van het Bordet Instituut : hoe evolueren de exploitatieopbrengsten en de exploitatiekomsten ? Graag de gegevens voor 2007, 2008 en 2009.
2. Welke bedragen schrijven de directie en het bestuur van het Bordet Instituut in in de begroting 2010 ? Welke correctieve maatregelen worden voorzien ?
3. Welke oorzaken (intern en extern) geven de directie en het bestuur voor de aanhoudende financiële problemen ? Welk gevolg wordt hieraan gegeven ?
4. Hoeveel bijkomende inkomsten krijgt het Bordet Instituut in 2010 in het kader van zijn rol in het nationaal kankerplan ? Hoeveel jaar zal het Bordet Instituut hiervoor nog middelen krijgen ?
5. In 2005 werd een raamovereenkomst gesloten voor samenwerking tussen het Erasmusziekenhuis (ULB) en Bordet. Het Bordet Instituut is de facto het kankercentrum van de ULB. Wat is de financiële inbreng van de ULB en het Erasmusziekenhuis in de werkingskosten van Bordet ? Wat zijn de budgettaire gevolgen voor Bordet als het Erasmusziekenhuis en het Bordetziekenhuis nauw gaan samenwerken ?
6. Wat is de visie over de taakverdeling inzake kankergeneeskunde binnen de ziekenhuizen van de koepel ? Welk ziekenhuis krijgt welke taken toegewezen ? Hoe denkt het Bordet Instituut zelf over een dergelijke taakverdeling ?

Antwoord : Zoals het raadslid, mevrouw Roex terecht aanhaalt, hebben de beide collegeleden, bevoegd voor bijstand aan personen in de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, inderdaad de voogdij over de openbare ziekenhuizen.

Het activiteitenverslag 2010 – jaar 2009 van de Iris-koepel zal binnenkort op de raad van bestuur besproken worden en vervolgens in principe goedgekeurd worden op de algemene vergadering.

se consacre aux diagnostics, aux traitements, à la prévention et à la recherche sur la maladie. L'hôpital bénéficie d'une excellente réputation tant sur le plan technologique que pour l'encadrement professionnel. C'est la commission communautaire commune qui exerce la tutelle sur l'institut Bordet.

La situation financière de l'hôpital est mauvaise. Ces dernières années, les résultats d'exploitation n'ont cessé de se dégrader. Un facteur important pour expliquer cela est que les recettes liées à l'activité médicale diminuent alors que les coûts de cette activité médicale augmentent.

Afin de garantir le haut niveau des soins médicaux offerts par l'hôpital, l'institut Bordet doit être financièrement sain. En ce qui concerne les recettes, l'institut Bordet reçoit des moyens supplémentaires du fédéral. En effet, l'hôpital a été désigné comme centre de référence dans le Plan national Cancer. Ces moyens sont toutefois limités dans le temps. Par ailleurs, la direction de l'hôpital a aussi conclu, avec le corps médical, un contrat fixant des objectifs. Ces prestations du corps médical doivent également dégager des recettes. La question est maintenant de savoir si, dans son budget, l'hôpital évalue correctement ses recettes et ses dépenses.

Mes questions sont donc les suivantes :

1. Quel est le résultat d'exploitation de l'institut Bordet : comment évoluent les recettes d'exploitation et les frais d'exploitation ? Pouvez-vous communiquer les données pour 2007, 2008 et 2009 ?
2. Quels montants la direction et l'administration de l'institut Bordet ont-ils inscrits au budget 2010 ? Quelles mesures correctives prévoit-on ?
3. Selon la direction et l'administration, quelles sont les causes (internes et externes) de la persistance des problèmes financiers ? Quelles suites y a-t-on données ?
4. Quelles recettes complémentaires l'institut Bordet reçoit-il en 2010 dans le cadre de son rôle dans le Plan national Cancer ? Pendant combien d'années l'institut Bordet recevra-t-il encore des moyens à cette fin ?
5. En 2005, l'institut Bordet et l'hôpital Erasme (ULB) ont conclu une convention-cadre de coopération. L'institut Bordet devenait ainsi de facto le centre de cancer de l'ULB. Quel est l'apport financier de l'ULB et de l'hôpital Erasme dans les frais de fonctionnement de l'institut Bordet ? Quelles sont les conséquences financières pour l'institut Bordet d'une collaboration étroite avec l'hôpital Erasme ?
6. Comment envisage-t-on la répartition des tâches en matière de cancérologie entre les hôpitaux de la structure faîtière ? Quelles tâches sont confiées à quels hôpitaux ? Quel est l'avis de l'institut Bordet en ce qui concerne une telle répartition des tâches ?

Réponse : Comme le fait remarquer à juste titre, la conseillère Elke Roex, les deux membres du Collège de la Commission communautaire commune, en charge de l'aide aux personnes, ont bel et bien la tutelle sur les hôpitaux publics.

Le rapport d'activités 2009-2010 de la coupole Iris sera bien-tôt analysé par le conseil d'administration avant d'être en principe approuvé par l'Assemblée générale. Dans le courant du 4^e tri-

Het jaarlijks rapport wordt in de loop van het vierde trimester doorgestuurd naar het Parlement en ter kennis gebracht van de parlementsleden.

Er kan omwille van deze reden niet ingegaan worden op de vragen van het parlementslid.

Vraag nr. 18 van mevr. Elke Roex d.d. 14 juni 2010 (N.) :

Overzicht van de publicatie van jaarverslagen.

Verschillende diensten van het ministerie van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en de instellingen van openbaar nut brennen jaarverslagen uit, op papier en/of elektronisch.

Jaarverslagen zijn een belangrijk instrument voor controle op de werking van deze diensten en instellingen en een bron van basisinformatie over de betrokken materies.

Een toegankelijk centraal overzicht daarvan, bijvoorbeeld op een websitepagina, bestaat bij mijn weten evenwel niet.

1. Kan het collegelid aangeven welke diensten of instellingen die onder zijn bevoegdheid vallen jaarverslagen publiceren ? In welke vorm (gedrukt of elektronisch) worden die verspreid ?
2. Wat is de respectieve kostprijs van die jaarverslagen ?
3. Worden er initiatieven genomen om tot een globaal centraal overzicht te komen, bijvoorbeeld op een websitepagina van de overheid, van de diensten of instellingen die jaarverslagen publiceren ?

Antwoord : In antwoord op uw vraag en als collegleden bevoegd voor Bijstand aan Personen, melden wij u graag dat wij met 2 diensten rekening houden die onder onze bevoegdheid vallen :

1. In het ministerie van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, de Directie Toezicht op de OCMW's,
2. en de administratie van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie.

Voor wat betreft de Directie toezicht op OCMW's, wordt tot heden geen jaarverslag gepubliceerd, maar binnenkort zal voor de eerste keer een jaarverslag van het Bestuur Plaatselijke Besturen (BPB) worden opgemaakt en hieraan zal een onderdeel gewijd worden aan het jaarverslag van bovengenoemde directie.

De administratie van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie geeft geen jaarverslag uit.

mestre, le rapport annuel sera envoyé au Parlement et communiqué aux députés.

Pour cette raison, il ne sera pas possible de fournir une réponse aux questions de l'honorable membre.

Question n° 18 de Mme Elke Roex du 14 juin 2010 (N.) :

Relevé de la publication des rapports annuels.

Différents services du MRBC et les OIP publient un rapport annuel, sur papier et/ou en version électronique.

Les rapports annuels sont un instrument important dans le contrôle du fonctionnement de ces services et organismes et une source d'informations de base sur les matières concernées.

Toutefois, à ma connaissance, il n'existe pas de relevé central accessible de la publication de ces rapports, par exemple sur une page Internet.

1. Les membres du collège peuvent-ils indiquer quels services ou organismes qui relèvent de sa compétence publient des rapports annuels ? Sous quelle forme (papier ou électronique) ces rapports sont-ils diffusés ?
2. Quels sont les coûts respectifs de ces rapports annuels ?
3. A-t-on pris des initiatives afin de parvenir à un relevé central global, par exemple sur une page Internet de l'administration, des services ou organismes qui publient ces rapports annuels ?

Réponse : En réponse à votre question et en tant que membres du Collège réuni en charge de l'Aide aux Personnes, nous vous informons avec plaisir qu'il y a deux services qui relèvent de nos compétences :

1. au ministère de la Région de Bruxelles-Capitale, la Direction Tutelle des CPAS,
2. et l'Administration de la Commission communautaire communne.

En ce qui concerne La Direction Tutelle des CPAS, jusqu'à ce jour, aucun rapport annuel n'est publié, mais prochainement, pour la première fois, un rapport annuel sera publié par l'Administration Pouvoirs Locaux, auquel la Direction mentionnée consacrera un chapitre.

L'Administration de la Commission communautaire commune ne publie pas de rapport annuel.

**Vraag nr. 19 van de heer Vincent Vanhalewyn d.d. 25 juni 2010
 (Fr.) :**

Tewerkstelling van de Brusselaars in de Iris-ziekenhuizen.

In het Brussels Gewest is het net van de Iris-ziekenhuizen een belangrijke overheidsinstelling. Het Irisnet bestaat uit 5 ziekenhuizen op 11 sites en heeft meer dan 9.000 werknemers in dienst.

Kunt in verband met de integratie van de Brusselaars in het openbaar ambt van ons Gewest de volgende vragen beantwoorden :

1. Hoeveel betrekkingen zijn er precies binnen het Irisnet (ziekenhuizen en Iriskoepel) ?
2. Hoe zijn die betrekkingen verdeeld per functie en/of opleidingsniveau ?
3. Wat is het percentage Brusselaars in elke functie ?

Antwoord : De vraag van het geachte lid roept volgend antwoord op :

Er werken 6.578,42 VTE's in het Iris-netwerk :

- 1.900,4 in het UMC Sint-Pieter;
- 570,3 in Bordet;
- 617,23 in het UKZKF;
- 2.152,14 in het UMC Brugmann;
- 1.338,38 in de IZZ.

Het aantal VTE's van niveau A : 999,71 VTE's waarvan 626,3 VTE's Brusselaars zijn. Dit komt overeen met een percentage van 63,03 %.

Het aantal VTE's van niveau B : 2.679,12 VTE's waarvan 1.336,72 VTE's Brusselaars zijn. Dit komt overeen met een percentage van 49,89 %.

Het aantal VTE's van niveau C : 1.417,64 VTE's waarvan 679,27 VTE's Brusselaars zijn. Dit komt overeen met een percentage van 47,92 %.

Het aantal VTE's van niveau D : 927,09 VTE's waarvan 487,33 VTE's Brusselaars zijn. Dit komt overeen met een percentage van 52,57 %.

Het aantal VTE's van niveau E : 560,86 VTE's waarvan 327,85 VTE's Brusselaars zijn. Dit komt overeen met een percentage van 58,45 %.

Wat het Iris-netwerk betreft : er werken 22,9 VTE's.

Het aantal VTE's van niveau A : 17,3 VTE's waarvan 10,8 VTE's Brusselaars zijn. Dit komt overeen met een percentage van 62,43 %.

Er moet worden opgemerkt dat op de 6,5 VTE's die niet in Brussel wonen, 5 VTE's de « taaltrainers » van het netwerk zijn.

**Question n° 19 de M. Vincent Vanhalewyn du 25 juin 2010
 (Fr.) :**

L'emploi des Bruxellois dans le réseau des hôpitaux Iris.

Le réseau des hôpitaux Iris est, en Région bruxelloise, une structure publique importante. Regroupant 5 hôpitaux répartis sur 11 sites, le réseau Iris emploie plus de 9.000 personnes.

Dans un souci d'intégration des Bruxellois dans la fonction publique de notre Région, pouvez-vous m'apporter des réponses aux questions suivantes :

1. Quel est le nombre exact d'emplois existants au sein du réseau Iris (hôpitaux et Iris faîtière) ?
2. Quelle est la répartition de ces emplois par fonction et/ou niveau de qualifications ?
3. Quel pourcentage de Bruxellois se retrouve dans chaque fonction ?

Réponse : La question de l'honorable membre appelle la réponse suivante :

Il y a 6.578,42 ETP qui travaillent dans le réseau Iris :

- 1.900,4 au CHU St-Pierre;
- 570,3 à Bordet;
- 617,23 à l'Huderf;
- 2.152,14 au CHU Brugmann;
- 1.338,38 à HIS.

Le nombre de ETP de niveau A : 993,71 ETP dont 626,3 ETP sont bruxellois, soit un pourcentage de 63,03 %.

Le nombre de ETP de niveau B : 2.679,12 ETP dont 1.336,72 ETP sont bruxellois, soit un pourcentage de 49,89 %.

Le nombre de ETP de niveau C : 1.417,64 ETP dont 679,27 ETP sont bruxellois, soit un pourcentage de 47,92 %.

Le nombre de ETP de niveau D : 927,09 ETP dont 487,33 ETP sont bruxellois, soit un pourcentage de 52,57 %.

Le nombre de ETP de niveau E : 560,86 ETP dont 327,85 ETP sont bruxellois, soit un pourcentage de 58,45 %.

Concernant la structure Iris : il y a 22,9 ETP qui y travaillent.

Le nombre de ETP de niveau A : 17,3 ETP dont 10,8 ETP sont bruxellois, soit un pourcentage de 62,43 %.

Il faut savoir que dans les 6,5 ETP qui n'habitent pas Bruxelles, 5 ETP sont les « taaltrainers » du réseau.

Het aantal VTE's van niveau B : 3,6 VTE's waarvan 2,6 VTE's Brusselaars zijn, wat met een percentage van 72,22 % overeenkomt.

Het aantal VTE's van niveau C : 1 VTE dat Brusselaar is.

Het aantal VTE's van niveau D : 1 VTE dat Brusselaar is.

Vraag nr. 20 van mevr. Elke Roex d.d. 25 juni 2010 (N.) :

De organisatie van de stembusgang in de rusthuizen.

Een steekproef bij vijftien Brusselse rusthuizen wees uit dat minder dan één rusthuisbewoner op de tien op 13 juni is gaan stemmen. Een artikel daarover verscheen op 10 juni op brusselnieuws.be.

In het Brussels Gewest zijn er 173 rusthuizen, goed voor 15.281 bedden. De meerderheid (70 %) daarvan is erkend door de GGC.

Er zijn verschillende redenen om niet te gaan stemmen. Sommige rusthuisbewoners zijn handelingsbekwaam en kunnen niet gaan stemmen. Toch zijn er ook rusthuisbewoners die verstandelijk in staat zijn om te stemmen, maar die niet voldoende mobiel zijn om zich naar het stembureau te begeven. De familie van die mensen wil of kan niet altijd langs het rusthuis om (groot)vader of (groot)moeder te helpen stellen.

Er is nog een andere factor. Om te gaan stemmen, moet de stembusgang ook een « issue » zijn bij de rusthuisbewoners. Niet alle rusthuisbewoners krijgen effectief hun oproepingsbrief te zien. Soms blijft die brief liggen op het secretariaat van het rusthuis.

Mijn vragen :

- Hoeveel rusthuisbewoners verblijven in de bico-rusthuizen ? Hoeveel personen daarvan hebben hun domicilie in het rusthuis ? Hoeveel van die gedomicilieerde inwoners zijn stemgerechtigd ?
- Hoeveel stemgerechtigde rusthuisbewoners hebben op 13 juni zelf hun stem uitgebracht ? Hoeveel stemgerechtigde rusthuisbewoners hebben per volmacht gestemd ? Hoeveel stemgerechtigde rusthuisbewoners hebben niet gestemd ? Graag een opsplitsing per rusthuis en per leeftijdscategorie.
- Welke richtlijnen gelden in de bicomunautaire rusthuizen wat betreft de verdeling van de oproepingsbrieven ?
- Welke maatregelen zijn genomen opdat rusthuisbewoners zich naar het stembureau kunnen begeven ? Hoeveel rusthuizen hebben speciaal vervoer ingelegd en/of personeel ingezet ?

Antwoord : In antwoord op uw vraag, kunnen wij u hieronder volgende cijfers meedelen. Bijgevoegd (*) vindt u ook een aantal tabellen ter verduidelijking.

(*) (De bijlage zal niet gepubliceerd worden, maar blijft ter beschikking op de Griffie voor raadpleging.)

Le nombre de ETP de niveau B : 3,6 ETP dont 2,6 ETP sont bruxellois, soit un pourcentage de 72,22 %.

Le nombre de ETP de niveau C : 1 ETP qui est bruxellois.

Le nombre de ETP de niveau D : 1 ETP qui est bruxellois.

Question n° 20 de Mme Elke Roex du 25 juin 2010 (N.) :

Organisation du scrutin dans les maisons de repos.

Un sondage auprès de 15 maisons de repos bruxelloises montre que moins d'un pensionnaire sur dix s'est rendu aux urnes le 13 juin. Un article à ce sujet est paru le 10 juin sur brusselnieuws.be.

La Région de Bruxelles-Capitale compte 173 maisons de repos, soit quelque 15.281 lits, qui sont majoritairement (70 %) reconnues par la CCC.

Plusieurs raisons expliquent la non-participation au scrutin. Certains pensionnaires sont séniles et ne peuvent dès lors pas voter. Toutefois, il y a aussi des pensionnaires qui sont intellectuellement en état de voter mais qui n'ont pas une mobilité suffisante pour se rendre dans un bureau de vote. La famille de ces personnes ne peut ou ne veut pas toujours se rendre à la maison de repos pour aider leur (grand-)père ou (grand-)mère à voter.

Il y a encore un autre facteur. Pour aller voter, il faut que les pensionnaires estiment qu'il est important d'aller voter. Tous les pensionnaires ne se voient pas remettre leur convocation électorale. Le courrier reste parfois à traîner au secrétariat de la maison de repos.

Mes questions sont donc les suivantes :

- Combien de pensionnaires séjournent dans une maison de repos bicomunautaire ? Combien d'entre eux y sont domiciliés ? Combien de ces pensionnaires domiciliés ont le droit de vote ?
- Combien de pensionnaires qui ont le droit de vote se sont rendus aux urnes le 13 juin ? Combien de pensionnaires qui ont le droit de vote ont voté par procuration ? Combien de pensionnaires qui ont le droit de vote n'ont pas voté ? Pouvez-vous les répartir par maison de repos et catégorie d'âge ?
- Quelles sont les directives en vigueur dans les maisons de repos bicomunautaires en ce qui concerne la distribution des convocations ?
- Quelles mesures a-t-on prises pour permettre aux pensionnaires de se rendre aux urnes ? Combien de maisons de repos ont prévu un transport et/ou du personnel spécialement à cette fin ?

Réponse : En réponse à votre question, nous pouvons vous communiquer les chiffres suivants. Vous trouverez également en annexe (*), plusieurs tableaux explicatifs.

(*) (L'annexe ne sera pas publiée mais restera disponible au Greffe pour consultation.)

In totaal verblijven er 10.103 bewoners in de 120 bico-rusthuizen in Brussel, waarvan 5.839 in rustoordbedden en 4.264 in rust- en verzorgingsbedden.

De bijgevoegde tabellen geven ook aan hoe deze 10.103 rusthuisbewoners verdeeld zijn over de verschillende sectoren : publiek, privé of commercieel.

U zal er ook het aantal bewoners vinden, ingedeeld volgens de Katz-schaal (O-A-B-C-CD), ook volgens sector. Hierbij kan u afleiden dat er 2.661 personen een O-schaal genieten en dus volledig autonoom zijn.

Met betrekking tot uw andere vragen heeft navraag zowel op de GGC-administratie als op de diensten Home-Info/Inforhomes ons geleerd dat de meeste valide en nog zeer bewuste autonome rusthuisbewoners zelf het initiatief nemen om te gaan stemmen. Desgevallend staan zowel families als het rusthuis in voor eventueel vervoer. Er zijn desbetreffende geen klachten gemeld bij onder andere de dienst ouderen(mis)behandeling van Home-Info.

Bij mindervalide en meer hulpbehoefende rusthuisbewoners die zich niet (meer) kunnen verplaatsen, wordt het nodige gedaan opdat tijdig een medisch attest wordt afgeleverd. Sommige families zorgen wel voor volmachten.

Onze administratie heeft nooit richtlijnen bepaald of een handeling uitgegeven wat betreft de verdeling van de oproepingsbrieven in de rusthuizen. De meeste rusthuisbewoners zijn gedomicileerd in het rusthuis. Het is echter geen opdracht van de directeur. Meestal staan de families hiervoor in.

Er zijn ons geen cijfers bekend omrent het aantal stemgerechtigen in de rusthuizen. Het aantal personen die per volmacht stemden is gekend bij de vrederechter van elk kanton. Het geheel is ook een federale aangelegenheid.

Vraag nr. 22 van mevr. Carla Dejonghe d.d. 26 augustus 2010 (N.) :

De nood aan een sms-noodnummer voor doven en slechthorenden.

In het verleden is er een gestandaardiseerd systeem uitgewerkt waarbij doven en slechthorenden door middel van een noodfax naar het nummer 100 de hulpdiensten (politie, brandweer, ziekenwagen) kunnen bereiken. Vandaag beschikken de meeste landgenoten echter over een GSM-toestel en niet langer over een faxtoestel waardoor het faxsysteem verouderd lijkt.

Omdat een oplossing inzake een nationaal sms-noodnummer op federaal niveau uitblijft, duiken er steeds meer lokale initiatieven op. Zo voerden de politiezones van Kortrijk, Roeselare, Oostende en Mechelen elk een eigen sms-noodnummer in voor hun doven of slechthorende inwoners. Er is echter nood aan 1 nationaal of zelfs Europees noodnummer opdat doven en slechthorenden overal en altijd eenzelfde nummer kunnen gebruiken. De effectieve invoering van een eenvormig nationaal sms-noodnummer lijkt echter niet voor morgen. Nochtans hebben alle burgers recht op nood-

Au total, 10.103 personnes résident dans les maisons de repos « Bico » à Bruxelles, dont 5.839 en maison de repos et 4.264 en maison de repos médicalisée.

Les tableaux ci-joints indiquent également la répartition de ces 10.103 résidants à travers les différents secteurs : public, privé ou commercial.

Vous y trouverez le nombre de résidants, répartis selon l'échelle Katz (O-A-B-C-CD) ainsi que le secteur. Nous pouvons déduire de ces chiffres que 2.661 personnes bénéficient d'une échelle O et sont donc complètement autonomes.

Pour ce qui est de vos autres questions, après les renseignements récoltés, tant auprès de l'administration de la CCC que des services Home-Info on apprend que la plupart des résidants valides et encore très autonomes prennent eux-mêmes l'initiative d'aller voter. Le cas échéant, tant les familles que les maisons de repos assurent le transport. Aucune plainte n'a été déposée en la matière auprès entre autres le service de maltraitance des personnes âgées de Infor-homes.

Pour ce qui est des résidants moins valides et nécessitant davantage de soins qui ne peuvent (plus) se déplacer, tout est mis en œuvre pour qu'ils se voient octroyer une attestation médicale. Certaines familles se chargent d'établir des procurations.

Notre administration n'a jamais défini de lignes directrices ou publié de manuel sur la distribution des convocations électorales dans les maisons de repos. La plupart des personnes en maison de retraite y sont domiciliées. Il ne s'agit donc pas d'une mission du directeur. Dans la plupart des cas, les familles s'en chargent.

Les chiffres relatifs au nombre de votants en maison de repos ne nous sont pas connus. Le nombre de personnes ayant voté par procuration est connu par le juge de paix de chaque canton. Le tout est également une compétence fédérale.

Question n° 22 de Mme Carla Dejonghe du 26 août 2010 (N.) :

La nécessité d'un numéro sms d'urgence pour les sourds et les malentendants.

Dans le passé, on avait élaboré un système standardisé afin de permettre aux sourds et aux malentendants de joindre le numéro 100 des services de secours (police, pompiers, ambulance) grâce à un fax d'urgence. Toutefois, aujourd'hui, la plupart des gens disposent d'un GSM et non d'un télécopieur, ce qui rend désuet le système du fax.

Vu qu'aucune solution pour un numéro SMS d'urgence national n'est en vue, on voit toujours plus d'initiatives locales. Ainsi, les zones de police de Courtrai, Roulers, Ostende et Malines disposent chacune d'un numéro SMS d'urgence pour leurs habitants sourds et malentendants. Il faudrait toutefois un numéro unique au niveau national, voire même européen afin que les sourds et les malentendants puissent toujours et partout recourir au même numéro. L'introduction effective d'un numéro SMS d'urgence unique et national ne semble toutefois pas pour demain. Néanmoins,

hulp. Daarom lijkt het ons opportuun dat het Brussels Hoofdstedelijk Gewest ook tussentijdse maatregelen neemt voor haar dove en slechthorende inwoners.

1. Heeft u een zicht op de stand van zaken betreffende de invoering van een nationaal sms-noodnummer voor doven en slechthorenden ?
2. Heeft het BHG al een lokaal (Brussels) sms-noodsysteem opgericht in afwachting van de invoering van een nationaal equivalent ?
3. Welke initiatieven worden momenteel al genomen door de Brusselse Regering specifiek naar doven en slechthorenden in het Brussels Gewest ?

Antwoord : Eerst en vooral willen wij het geachte raadslid danken voor haar vraag. Wij zijn ons ervan bewust dat een noodnummer heel wat hulp en steun zou kunnen bieden aan doven en/of slechthorenden. De problematiek werd door de sector zelf al een aantal keren aangehaald.

Dit is echter een materie die onder de federale bevoegdheid valt. Via het federaal kabinet van staatssecretaris Jean-Marc Délizée hebben we mogen vernemen dat een (interne) haalbaarheidsstudie werd uitgevoerd in samenwerking met minister Turtelboom. Een uitvoering zou mogelijk zijn eens de Federale Regering gevormd.

Terecht haalt u aan dat verschillende steden/gemeenten in samenwerking met politiezones een noodnummer hebben ingevoerd. De voogdij over de politiezones, de brandweer en het noodnummer voor oproep van ziekenwagens zijn echter geen GGC-materies. Hoogstens geven wij een erkenning aan het verblijfcentrum « Le Foyer des Sourds et Muets » te Sint-Lambrechts-Woluwe.

Wij willen dus zeker de vraag omwille van het belang van het onderwerp aankaarten bij de Minister-President of als agendapunt laten inschrijven op de volgende federale interministeriële conferentie.

tous les citoyens ont droit à un service d'urgence. C'est pourquoi il nous semble opportun que la Région de Bruxelles-Capitale prenne elle aussi des mesures intermédiaires pour ses habitants sourds et malentendants.

1. Savez-vous où en est la mise en œuvre d'une numéro SMS d'urgence national pour les sourds et les malentendants ?
2. La Région de Bruxelles-Capitale a-t-elle déjà mis en place un système SMS d'urgence en attendant la mise en œuvre d'un équivalent national ?
3. Quelles initiatives le gouvernement bruxellois a-t-il déjà prises spécifiquement en faveur des sourds et des malentendants ?

Réponse : Nous souhaitons tout d'abord remercier Madame la députée pour sa question. Nous sommes conscients du fait qu'un numéro d'urgence puisse être d'une grande aide aux sourds et aux malentendants. La problématique a déjà été soulevée à maintes reprises par le secteur.

Cette matière relève cependant de la compétence fédérale. Le cabinet fédéral du secrétaire d'Etat Jean-Marc Délizée nous a fait savoir qu'une étude de faisabilité (interne) a été réalisée en collaboration avec la ministre Turtelboom. Une exécution serait possible dès la formation du Gouvernement fédéral.

Vous mentionnez à juste titre que différentes villes/communes ont créé un numéro d'urgence en collaboration avec les zones de police. La tutelle sur les zones de police, les pompiers et le numéro d'urgence pour l'appel d'ambulances, ne sont pas des matières relevant des compétences de la CCC. Nous donnons tout au plus une reconnaissance au centre d'hébergement « Le Foyer des Sourds et Muets » à Woluwe-Saint-Lambert.

Vu l'importance du sujet, nous ne manquerons pas d'en informer le Ministre-Président ou d'inscrire ce point à l'ordre du jour lors de la prochaine Conférence interministérielle fédérale.

Ministers bevoegd voor het Openbaar Ambt

Vraag nr. 6 van de heer Didier Gosuin d.d. 5 mei 2010 (Fr.) :

Vernietiging van enkele bevorderingen tot de graad van directeur door de Raad van State.

Ingevolge de vernietiging van enkele bevorderingen tot de graad van directeur door het arrest nr. 200.074 van de Raad van State, afdeling administratieve geschillen, Vde Kamer, van 26 januari 2010, welke handelingen zijn er gesteld om rekening te houden met de opmerkingen van dit arrest ?

Ministres compétents pour la Fonction publique

Question n° 6 de M. Didier Gosuin du 5 mai 2010 (Fr.) :

Annulation de plusieurs promotions au grade de directeur par le Conseil d'Etat.

Suite à l'annulation de plusieurs promotions au grade de directeur par l'arrêt n° 200.074 du Conseil d'Etat, section du contentieux administratif, Ve Chambre, du 26janvier 2010, quels sont les actes qui ont été posés pour tenir compte des critiques de cet arrêt ?

Antwoord : Het geachte lid wordt verzocht hieronder het antwoord te vinden op de gestelde vraag.

Op 4 februari 2010 hebben de Diensten van het Verenigd Collège de kennisgeving van het arrest nr. 200.074 van de Raad van State van 26 januari 2010 ontvangen betreffende de nietigverklaring van de bevorderingen tot graad van directeur van 3 personen.

Diezelfde dag werden de ministers door de administratie geïnformeerd over de ontvangst van het arrest; zij hebben, per nota van 18 maart 2010, besloten om de betrekkingen van de graden van directeur van de Algemene Diensten, van directeur voor de Gezondheidszorg, van directeur voor de Welzijnszorg en van directeur voor de Boekhouding en de Begroting vacant te verklaren op datum van 1 april 2010 en hebben aan de administratie opdracht gegeven om de benoemingsprocedure tot bedoelde betrekkingen op te starten.

Alle administratieve maatregelen werden genomen, met inwerkende kracht vanaf 1 april 2010, en het arrest werd in het *Belgisch Staatsblad* van 6 april 2010 gepubliceerd.

Vraag nr. 7 van mevr. Elke Roex d.d. 11 juni 2010 (N.) :

Overzicht van de publicatie van jaarverslagen.

Verschillende diensten van het Ministerie van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en de instellingen van openbaar nut brennen jaarverslagen uit, op papier en/of elektronisch.

Jaarverslagen zijn een belangrijk instrument voor controle op de werking van deze diensten en instellingen en een bron van basisinformatie over de betrokken materies.

Een toegankelijk centraal overzicht daarvan, bijvoorbeeld op een websitepagina, bestaat bij mijn weten evenwel niet.

1. Kan het collegelid aangeven welke diensten of instellingen die onder zijn bevoegdheid vallen jaarverslagen publiceren ? In welke vorm (gedrukt of elektronisch) worden die verspreid ?

2. Wat is de respectieve kostprijs van die jaarverslagen ?

3. Worden er initiatieven genomen om tot een globaal centraal overzicht te komen, bijvoorbeeld op een websitepagina van de overheid, van de diensten of instellingen die jaarverslagen publiceren ?

Antwoord : In antwoord op uw vraag en als collegleden bevoegd voor Bijstand aan Personen, melden wij u dat de administratie van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie geen jaarverslag uitgeeft.

Réponse : Nous avons l'honneur de transmettre à l'honorables membres la réponse suivante.

Le 4 février 2010, les services du Collège réuni ont reçu notification de l'arrêt n° 200.074 du Conseil d'Etat du 26 janvier 2010 portant annulation des promotions au grade de directeur de 3 personnes.

Le jour même, les ministres ont été informés par l'administration de la réception de cet arrêt; par note du 18 mars 2010, ils ont décidé de déclarer vacants les emplois des grades de directeur des Services généraux, de directeur de la Santé, de directeur de l'Aide aux personnes et de directeur de la Comptabilité et du Budget, à la date du 1^{er} avril 2010, et donné instruction à l'administration d'entamer la procédure de nomination à ces emplois.

Toutes les dispositions administratives ont été prises, avec effet au 1^{er} avril 2010, et l'arrêt a été publié au *Moniteur belge* du 6 avril 2010.

Question n° 7 de Mme Elke Roex du 11 juin 2010 (N.) :

Relevé de la publication des rapports annuels.

Différents services du MRBC et les OIP publient un rapport annuel, sur papier et/ou en version électronique.

Les rapports annuels sont un instrument important dans le contrôle du fonctionnement de ces services et organismes et une source d'informations de base sur les matières concernées.

Toutefois, à ma connaissance, il n'existe pas de relevé central accessible de la publication de ces rapports, par exemple sur une page Internet.

1. Les membres du collège peuvent-ils indiquer quels services ou organismes qui relèvent de leur compétence publient des rapports annuels ? Sous quelle forme (papier ou électronique) ces rapports sont-ils diffusés ?

2. Quels sont les coûts respectifs de ces rapports annuels ?

3. A-t-on pris des initiatives afin de parvenir à un relevé central global, par exemple sur une page Internet de l'administration, des services ou organismes qui publient ces rapports annuels ?

Réponse : En réponse à votre question et en tant que membres du Collège réuni en charge de l'Aide aux Personnes, nous vous informons que l'Administration de la Commission communautaire commune ne publie pas de rapport annuel.

Vraag nr. 8 van de heer Serge de Patoul d.d. 12 juli 2010 (Fr.) :

Aanpassing van de besluiten en andere verordeningen houdende vaststelling van de toegangsvoorwaarden tot het openbaar ambt bij de GGC na de Bolognahervorming.

Op 19 juni 1999 werd de Bologna-verklaring ondertekend door 29 Europese landen. De hoofddoelstelling bestaat erin de studies en diploma's van het hoger onderwijs te harmoniseren. De omzetting van het Europees recht is in België via decreten gebeurd. Deze hervorming heeft een hele reeks gevolgen waaronder de aanpassing van technische termen.

Bovendien werden mettertijd bepaalde opleidingen gewijzigd of in andere opleidingen geïntegreerd.

In besluiten tot vaststelling van het geldelijke en administratief statuut en de toegangsvoorwaarden tot de verschillende diensten van het Brussels openbaar ambt worden evenwel nog oude termen gebezigd of wordt verwezen naar opleidingen die gewijzigd werden.

Wat betreft het geldelijk en administratief statuut van de secretarissen en ontvangers van de openbare centra voor maatschappelijk welzijn, stelt het besluit van 4 december 2008 (*Belgisch Staatsblad* van 16 december 2008) de formatie vast, terwijl de rest wordt overgelaten aan elk Brussels OCMW, dat dan een eigen reglement opstelt. Er bestaan ook andere teksten voor de andere functies in de verschillende openbare en administratieve diensten die onder het toezicht van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie staan.

Kunnen de leden van het Verenigd College bijgevolg de volgende vragen beantwoorden :

1. Hoeveel vigerende besluiten zijn betrokken bij de voornoemde problematiek ?
2. Werden er al besluiten gewijzigd om zich aan die evolutie aan te passen ? Zo ja, welk percentage ?
3. Worden de besluiten in kwestie aangepast ? Zo ja, wat is het tijdpad van de staatssecretaris ?
4. Zijn de reglementen van de OCMW's goed aangepast aan de evolutie van de termen en opleidingen na de Bologna-hervorming ?
5. Hoe staat het met de toepassing van reglementen die naar verouderde termen of opleidingen verwijzen ? Hoe worden die termen en opleidingen geïnterpreteerd bij de controle op de naleving van de toegangsvoorwaarden voor bepaalde functies ? Is er, wat de secretarissen en ontvangers van de OCMW's betreft, in dat verband een circulaire aan de 19 OCMW's gestuurd ?

Antwoord : Wij hebben het genoegen mee te delen aan het geachte lid dat, aangezien het om het openbare ambt binnen de OCMW's gaat, het antwoord valt onder de bevoegdheid van de ministers voor Bijstand aan Personen, onder meer belast met de voogdij over de OCMW's.

Question n° 8 de M. Serge de Patoul du 12 juillet 2010 (Fr.) :

L'adaptation des arrêtés et autres réglementations fixant conditions d'accès aux différents services de la fonction publique à la Cocom suite à la réforme de Bologne.

La déclaration de Bologne a été signée le 19 juin 1999 par 29 pays européens. Son principal objectif est d'harmoniser les études et diplômes dans l'enseignement supérieur. Cette adaptation européenne s'est faite sous forme décrétale en Belgique. Cette réforme implique toute une série de conséquences dont l'adaptation de termes techniques.

En outre, au fil du temps, certains cursus ont été modifiés ou ont été intégrés à d'autres.

Or, des arrêtés fixant le statut pécuniaire et administratif et les conditions d'accès aux différents services de la fonction publique bruxelloise reprennent encore des termes anciens ou font référence à des cursus qui ont été modifiés.

Pour ce qui concerne les statuts administratif et pécuniaire des secrétaires et receveurs des centres publics d'action sociale, c'est l'arrêté du 4 décembre 2008 (*Moniteur belge* du 16 décembre 2008) qui définit le cadre, tandis que le surplus est laissé à chaque CPAS bruxellois qui agit alors par un règlement établi en son sein. D'autres textes existent également pour les autres fonctions au sein des différents services publics et administratifs sous la tutelle de la Cocom.

Dès lors, les membres du Collège réuni peuvent-ils me préciser :

1. Combien d'arrêtés actuellement en vigueur sont visés par la problématique soulevée ci-dessus ?
2. Certains arrêtés ont-ils dé fait l'objet de modifications pour répondre cette évolution ? Dans l'affirmative, quelle proportion ?
3. Un processus d'adaptation des arrêtés visés est-il en cours ? Dans l'affirmative, quel est l'agenda du secrétaire d'Etat ?
4. Si les règlements des CPAS se sont bien adaptés à l'évolution des termes et cursus suite à la réforme de Bologne ?
5. Qu'en est-il de l'application de règlements renvoyant à des termes ou cursus obsolètes ? Comment ces termes et cursus sont-ils interprétés lors de la vérification des conditions d'accès à certains postes ? Pour ce qui concerne les secrétaires et receveurs de CPAS, une circulaire a-t-elle été envoyée à cette fin aux 19 CPAS ?

Réponse : Nous avons l'honneur de faire savoir à l'honorable membre que, s'agissant de la fonction publique au sein des CPAS, la réponse relève de la compétence des ministres de l'Aide aux personnes, en charge notamment de la tutelle sur les dits CPAS.

**Ministers bevoegd voor Financiën,
Begroting en Externe Betrekkingen****Vraag nr. 2 van mevr. Elke Roex d.d. 11 juni 2010 (N.) :*****Overzicht van de publicatie van jaarverslagen.***

Verschillende diensten van het ministerie van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en de instellingen van openbaar nut brengen jaarverslagen uit, op papier en/of elektronisch.

Jaarverslagen zijn een belangrijk instrument voor controle op de werking van deze diensten en instellingen en een bron van basisinformatie over de betrokken materies.

Een toegankelijk centraal overzicht daarvan, bijvoorbeeld op een websitepagina, bestaat bij mijn weten evenwel niet.

1. Kan het collegelid aangeven welke diensten of instellingen die onder zijn bevoegdheid vallen jaarverslagen publiceren ? In welke vorm (gedrukt of elektronisch) worden die verspreid ?
2. Wat is de respectieve kostprijs van die jaarverslagen ?
3. Worden er initiatieven genomen om tot een globaal centraal overzicht te komen, bijvoorbeeld op een websitepagina van de overheid, van de diensten of instellingen die jaarverslagen publiceren ?

Antwoord : In antwoord op de schriftelijke vraag van de geachte volksvertegenwoordiger inzake de publicatie van jaarverslagen, kan ik u mededelen dat, wat de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie van het tweetalig gebied Brussel-Hoofdstad betreft geen enkel jaarverslag wordt opgemaakt.

**Ministres compétents pour les Finances,
le Budget et les Relations extérieures****Question n° 2 de Mme Elke Roex du 11 juin 2010 (N.) :*****Relevé de la publication des rapports annuels.***

Différents services du MRBC et les OIP publient un rapport annuel, sur papier et/ou en version électronique.

Les rapports annuels sont un instrument important dans le contrôle du fonctionnement de ces services et organismes et une source d'informations de base sur les matières concernées.

Toutefois, à ma connaissance, il n'existe pas de relevé central accessible de la publication de ces rapports, par exemple sur une page Internet.

1. Les membres du collège peuvent-ils indiquer quels services ou organismes qui relèvent de leur compétence publient des rapports annuels ? Sous quelle forme (papier ou électronique) ces rapports sont-ils diffusés ?
2. Quels sont les coûts respectifs de ces rapports annuels ?
3. A-t-on pris des initiatives afin de parvenir à un relevé central global, par exemple sur une page Internet de l'administration, des services ou organismes qui publient ces rapports annuels ?

Réponse : En réponse à la question écrite de Madame la députée relative à la publication des rapports annuels, je peux communiquer qu'en ce qui concerne la Commission communautaire commune de Bruxelles-Capitale aucun rapport annuel est établi.

ZAAKREGISTER – SOMMAIRE PAR OBJET

Datum — Date	Vraag nr. — Question n°	Auteur	Voorwerp — Objet	Bladzijde — Page
* Vraag zonder antwoord			*	Question sans réponse
<input type="radio"/> Vraag met voorlopig antwoord			<input type="radio"/>	Question avec réponse provisoire
** Vraag met antwoord			**	Question avec réponse

Voorzitter van het Verenigd College Président du Collège réuni

02.10.2009	1	Françoise Schepmans	*	Samenstelling en organisatie van het kabinet. La composition et l'organisation de votre cabinet.	3
------------	---	---------------------	---	---	---

Ministers bevoegd voor het Gezondheidsbeleid Ministres compétents pour la Politique de Santé

02.10.2009	1	Françoise Schepmans	*	Samenstelling en organisatie van het kabinet (Cerexhe). La composition et l'organisation de votre cabinet (Cerexhe).	3
01.06.2010	5	Carla Dejonghe	**	<i>De hoge alcoholconsumptie bij Brusselse jongeren.</i> <i>Consommation d'alcool élevée chez les jeunes Bruxellois.</i>	8
09.06.2010	6	Elke Roex	**	<i>De samenstelling van de adviesraad voor gezondheids- en welzijnszorg van de GGC.</i> <i>Composition du Conseil consultatif de la Santé et de l'Aide aux Personnes de la Commission communautaire commune.</i>	11
09.06.2010	7	Bianca Debaets	**	<i>Het tekort aan verplegend personeel in de Brusselse ziekenhuizen.</i> <i>Manque de personnel soignant dans les hôpitaux bruxellois.</i>	12
14.06.2010	8	Elke Roex	**	<i>Overzicht van de publicatie van jaarverslagen.</i> <i>Relevé de la publication des rapports annuels.</i>	14
25.06.2010	9	Gisèle Mandaila	**	<i>Bewustmaking van de huisartsen van drepanocytose.</i> <i>La sensibilisation des médecins généralistes face à la drépanocytose.</i>	15
13.08.2010	10	Michel Colson	**	<i>De financiering van de Brusselse ziekenhuizen.</i> <i>Le financement des hôpitaux bruxellois.</i>	17
25.08.2010	11	Bianca Debaets	*	<i>Vloeibare XTC.</i> <i>XTC liquide.</i>	3
25.08.2010	12	Bianca Debaets	**	<i>Tienerzwangerschappen.</i> <i>Grossesses d'adolescentes.</i>	18
25.08.2010	13	Bianca Debaets	**	<i>Het Rilatinegebruik bij kinderen – Sensibilisering.</i> <i>Utilisation de la Rilatine chez les enfants – Sensibilisation.</i>	20
25.08.2010	14	Bianca Debaets	**	<i>Darmkancerscreening.</i> <i>Dépistage du cancer du côlon.</i>	21
25.08.2010	15	Bianca Debaets	**	<i>De preventie van nierfalen.</i> <i>Prévention de l'insuffisance rénale.</i>	23
10.09.2010	16	Bianca Debaets	*	<i>De kwaliteit van zorg in ziekenhuizen.</i> <i>La qualité des soins dans les hôpitaux.</i>	4

Datum — Date	Vraag nr. — Question n°	Auteur	Voorwerp — Objet	Bladzijde — Page
* Vraag zonder antwoord				* Question sans réponse
<input type="radio"/> Vraag met voorlopig antwoord				<input type="radio"/> Question avec réponse provisoire
** Vraag met antwoord				** Question avec réponse
Ministers bevoegd voor het Beleid inzake Bijstand aan Personen Ministres compétents pour la Politique d'Aide aux Personnes				
02.10.2009	1	Françoise Schepmans	*	Samenstelling en organisatie van het kabinet (Huytebroeck). La composition et l'organisation de votre cabinet (Huytebroeck).
15.10.2009	3	Fatoumata Sibidé	**	Dienstvoertuigen voor de leden van de OCMW-rad(en). Voitures de fonction au sein des conseils de CPAS.
14.12.2009	5	Serge de Patoul	<input type="radio"/>	De maatregelen genomen door de OCMW's van de 19 Brusselse gemeenten inzake zelfmoord. Les mesures prises par les CPAS des 19 communes bruxelloises en matière de suicide.
10.03.2010	10	Elke Roex	**	Het aantal mensen jonger dan 65 jaar in de Brusselse rusthuizen. Le nombre de personnes de moins de 65 ans dans les maisons de repos bruxelloises.
01.04.2010	11	Joël Riguelle	**	<i>Optimalisatie van de Minimale Klinische Gegevens en de Minimale Verpleegkundige Gegevens.</i> <i>L'optimisation des données issues du Résumé clinique minimum et du Résumé infirmier minimum.</i>
03.05.2010	12	Joël Riguelle	**	<i>De aan de OCMW's toegekende 650 nieuwe betrekkingen in het kader van de federale begroting 2010.</i> <i>Les 650 nouveaux emplois accordés aux CPAS dans le cadre du budget fédéral 2010.</i>
03.05.2010	13	Brigitte De Pauw	**	<i>Verhoogd aantal aanvragen leefloon in de Brusselse OCMW's.</i> <i>Augmentation du nombre de demandes du revenu d'intégration sociale dans les CPAS bruxellois.</i>
21.05.2010	14	Elke Roex	**	<i>Het artsenstatuut in de openbare en universitaire Brusselse ziekenhuizen.</i> <i>Le statut des médecins dans les hôpitaux publics et universitaires bruxellois.</i>
21.05.2010	15	Elke Roex	**	<i>Conventionering van artsen en ereloonssupplementen in de openbare ziekenhuizen van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.</i> <i>Médecins conventionnés et suppléments d'honoraires dans les hôpitaux publics de la Région de Bruxelles-Capitale.</i>
21.05.2010	16	Elke Roex	**	<i>De schuldvorderingen van de openbare ziekenhuizen aan de openbare centra voor maatschappelijk welzijn.</i> <i>Les créances des hôpitaux publics auprès des CPAS.</i>
21.05.2010	17	Elke Roex	**	<i>De financiële toestand van het Jules Bordet Instituut.</i> <i>La situation financière de l'institut Jules Bordet.</i>
14.06.2010	18	Elke Roex	**	<i>Overzicht van de publicatie van jaarverslagen.</i> <i>Relevé de la publication des rapports annuels.</i>
25.06.2010	19	Vincent Vanhalewyn	**	<i>Tewerkstelling van de Brusselaars in de Iris-ziekenhuizen.</i> <i>L'emploi des Bruxellois dans le réseau des hôpitaux Iris.</i>

Datum — Date	Vraag nr. — Question n°	Auteur	Voorwerp — Objet	Bladzijde — Page
			* Vraag zonder antwoord ○ Vraag met voorlopig antwoord ** Vraag met antwoord	* Question sans réponse ○ Question avec réponse provisoire ** Question avec réponse
25.06.2010	20	Elke Roex	** <i>De organisatie van de stembusgang in de rusthuizen.</i> <i>Organisation du scrutin dans les maisons de repos.</i>	39
05.08.2010	21	Serge de Patoul	* <i>Aanpassing van de besluiten en andere verordeningen houdende vaststelling van de toegangsvoorraarden tot het openbaar ambt bij de GGC na de Bolognahervorming.</i> <i>L'adaptation des arrêtés et autres réglementations fixant conditions d'accès aux différents services de la fonction publique à la Cocom suite à la réforme de Bologne.</i>	5
26.08.2010	22	Carla Dejonghe	** <i>De nood aan een sms-noodnummer voor doven en slechthorenden.</i> <i>La nécessité d'un numéro sms d'urgence pour les sourds et les malentendants.</i>	40
Ministers bevoegd voor het Openbaar Ambt Ministres compétents pour la Fonction publique				
05.05.2010	6	Didier Gosuin	** <i>Vernietiging van enkele bevorderingen tot de graad van directeur door de Raad van State.</i> <i>Annulation de plusieurs promotions au grade de directeur par le Conseil d'Etat.</i>	41
11.06.2010	7	Elke Roex	** <i>Overzicht van de publicatie van jaarverslagen.</i> <i>Relevé de la publication des rapports annuels.</i>	42
12.07.2010	8	Serge de Patoul	* <i>Aanpassing van de besluiten en andere verordeningen houdende vaststelling van de toegangsvoorraarden tot het openbaar ambt bij de GGC na de Bolognahervorming.</i> <i>L'adaptation des arrêtés et autres réglementations fixant conditions d'accès aux différents services de la fonction publique à la Cocom suite à la réforme de Bologne.</i>	43
Ministers bevoegd voor Financiën, Begroting en Externe Betrekkingen Ministres compétents pour les Finances, le Budget et les Relations extérieures				
02.10.2009	1	Françoise Schepmans	* Samenstelling en organisatie van het kabinet (Huytebroeck). La composition et l'organisation de votre cabinet (Huytebroeck).	6
11.06.2010	2	Elke Roex	** <i>Overzicht van de publicatie van jaarverslagen.</i> <i>Relevé de la publication des rapports annuels.</i>	44

1010/3861
I.P.M. COLOR PRINTING
☎ 02/218.68.00