

N. 3

ASSEMBLEE REUNIE
DE LA COMMISSION
COMMUNAUTAIRE COMMUNE

SESSION ORDINAIRE 2010-2011

15 AVRIL 2011

Questions
et
Réponses

Questions et Réponses
Assemblée réunie de la
Commission communautaire commune
Session ordinaire 2010-2011

VERENIGDE VERGADERING
VAN DE GEMEENSCHAPPELIJKE
GEMEENSCHAPSCOMMISSIE

GEWONE ZITTING 2010-2011

15 APRIL 2011

Vragen
en
Antwoorden

Vragen en Antwoorden
Verenigde Vergadering van de
Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie
Gewone zitting 2010-2011

SOMMAIRE

QUESTIONS ET REPONSES

INHOUD

VRAGEN EN ANTWOORDEN

Un sommaire par objet est reproduit *in fine* du bulletin

In fine van het bulletin is een zaakregister afgedrukt

Président du Collège réuni

– Voorzitter van het Verenigd College

Ministres compétents pour la Politique de la Santé

9 Ministers bevoegd voor het Gezondheidsbeleid

Ministres compétents pour la Politique d'Aide aux Person-
nes

42 Ministers bevoegd voor het Beleid inzake Bijstand aan Per-
sonen

Ministres compétents pour la Fonction publique

60 Ministers bevoegd voor het Openbaar Ambt

Ministres compétents pour les Finances, le Budget et les Re-
lations extérieures

– Ministers bevoegd voor Financiën, Begroting en Externe Be-
trekkingen

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

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

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

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

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

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

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.

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.

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.

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.

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

La qualité des soins dans les hôpitaux.

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

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

De kwaliteit van zorg in ziekenhuizen.

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

Question n° 19 de Mme Bianca Debaets du 14 octobre 2010 (N.) :***La promotion de l'allaitement.***

Il est de notoriété publique que l'allaitement est bénéfique tant pour la mère que pour l'enfant. Le lait maternel regorge de nutriments uniques et est facile à digérer pour le bébé. Les nutriments ainsi assimilés renforcent le système immunitaire de l'enfant. Le lait maternel favorise une croissance et un développement sains et arme l'enfant contre diverses maladies, ce qui fait qu'un enfant nourri au sein est moins souvent et moins gravement malade. Mais l'allaitement présente aussi des avantages pour la mère. Une mère qui donne le sein sécrète des hormones qui la relaxent et lui permettent de développer un lien fort avec son enfant. L'allaitement (prolongé) réduit les risques d'ostéoporose ainsi que de cancer des ovaires et du sein.

L'OMS plaide notamment pour un allaitement d'au moins 6 mois mais la plupart des femmes flamandes arrêtent de donner le sein lorsqu'elles reprennent le travail. Si nous voulons promouvoir l'allaitement, il est essentiel de renforcer le soutien au cours du congé de maternité mais aussi au cours de la période qui suit.

Le savoir-faire des sages-femmes est un maillon important dans l'accompagnement de l'allaitement tant au cours de la grossesse, des premiers jours après l'accouchement que par la suite. Mais les aides familiales, les généralistes, les pédiatres, les gynécologues, Kind & Gezin, ... sont également des maillons importants dans l'accompagnement de l'allaitement.

Mes questions sont dès lors les suivantes :

- Comment assure-t-on la promotion de l'allaitement dans les maternités des hôpitaux bruxellois ?
- Comment le personnel des hôpitaux bruxellois est-il sensibilisé/formé à cette thématique ?
- Les hôpitaux bruxellois collaborent-ils avec Kind & Gezin et l'ONE en matière d'allaitement une fois les mères rentrées chez elles ?

**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. 19 van mevr. Bianca Debaets d.d. 14 oktober 2011 (N.) :***De promotie van borstvoeding.***

Het is algemeen bekend dat het geven van borstvoeding heilzaam is voor zowel de moeder als voor het kind. Borstvoeding zit vol unieke voedingsstoffen en is licht verteerbaar voor de baby. De opgenomen stoffen versterken het immuunsysteem van het kind. Moedermelk bevordert een gezonde groei en ontwikkeling en wapent het kind tegen verschillende ziekten, waardoor borstgevoede kinderen minder vaak en minder ernstig ziek worden. Maar ook voor de moeder heeft borstvoeding zijn voordelen. Bij de borstvoeding produceert de moeder hormonen die haar tot rust laten komen en die haar ook een sterke band met het kind laten ontwikkelen. Het (langdurig) geven van borstvoeding verkleint de kans op osteoporose en geeft een verminderd risico op eierstokkanker en borstkanker.

Onder andere de WHO (Wereldgezondheidsorganisatie) pleit ervoor om minstens 6 maanden borstvoeding te geven. Maar de meeste Vlaamse vrouwen stoppen met borstvoeding wanneer ze opnieuw het werk hervatten. Willen we het geven van borstvoeding promoten, dan is verdere ondersteuning tijdens de kraamperiode thuis en ook erna van cruciaal belang.

De expertise van de vroedvrouw inzake borstvoeding is een belangrijke schakel bij de begeleiding van borstvoeding, zowel tijdens de zwangerschap als de eerste dagen na de bevalling als later. Maar ook kraamverzorgers, huisartsen, pediaters, gynaecologen, Kind en Gezin, ... zijn belangrijke schakels in de borstvoedingsbegeleiding.

Daarom wil ik u graag de volgende vragen voorleggen :

- Hoe wordt borstvoeding gepromoot op de materniteiten van de Brusselse ziekenhuizen ?
- Hoe wordt het personeel van de Brusselse ziekenhuizen gesensibiliseerd/opgeleid rond dit thema ?
- Wordt er vanuit de Brusselse ziekenhuizen samengewerkt met Kind en Gezin en ONE rond borstvoeding eenmaal de mama's terug thuis zijn.

**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.

Question n° 33 de Mme Els Ampe du 21 janvier 2011 (N.)

Les primes linguistiques accordées aux fonctionnaires des CPAS bruxellois en Région de Bruxelles-Capitale.

Certains fonctionnaires reçoivent une prime de bilinguisme parce qu'ils sont détenteurs d'un brevet linguistique du Selor. Cette prime peut varier sensiblement en fonction de l'organisme pour lequel ils travaillent. Pouvez-vous nous fournir un récapitulatif de toutes les fonctions qui, dans le cadre des CPAS bruxellois de la Région de Bruxelles-Capitale, font l'objet d'une prime linguistique, y compris les montants des primes ?

**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.

Vraag nr. 33 van mevr. Els Ampe d.d. 21 januari 2011 (N.) :

De taalpremies van de ambtenaren van de Brusselse OCMW's in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

Sommige ambtenaren die over een taalcertificaat van Selor beschikken ontvangen daarvoor een tweetaligheidspremie. Deze premie kan nogal verschillen naargelang de instantie waarvoor ze werken. Graag zou ik een overzicht willen krijgen van alle functies binnen de Brusselse OCMW's in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest waarvoor een taalpremie wordt gegeven, met inbegrip van de bedragen van de premies.

**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.

II. Questions auxquelles une réponse provisoire a été fournie

II. Vragen waarop een voorlopig antwoord verstrekt werd

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

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 bruxelloises en matière de suicide.

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

Question n° 21 de M. Serge de Patoul du 9 août 2010 (Fr.) :

L'adaptation des arrêtés et autres réglementations fixant les 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 décrétole en Belgique. Cette réforme implique toute une série de conséquences dont l'adaptation de termes techniques.

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 Brusselse gemeenten inzake zelfmoord.

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

Vraag nr. 21 van de heer Serge de Patoul d.d. 9 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.

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 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'État ?
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 provisoire : La question de l'honorable membre appelle la réponse suivante :

En ce qui concerne vos questions relatives aux CPAS, l'Administration des Pouvoirs locaux – Direction de la tutelle sur les CPAS a été sollicitée à cet égard.

À ce moment, tous les éléments de réponse ne sont pas encore en notre possession. Dès que c'est le cas, nous ne manquerons pas de vous les faire parvenir.

Pour les autres questions, en tant que ministres de l'Aide aux personnes, nous ne sommes pas compétentes pour répondre à cette question. Nous vous invitons à vous adresser aux ministres compétents pour la fonction publique, Mme Grouwels et M. Cerexhe.

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 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 tijdspad 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 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 ?

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

Het Bestuur Plaatselijke Besturen – Directie toezicht over de OCMW's werd over dit onderwerp ondervraagd.

Op dit moment zijn nog niet alle elementen van antwoord in ons bezit. Zodra dit het geval is, zullen we niet nalaten u zo spoedig mogelijk in te lichten.

Voor de andere vragen zijn wij als ministers bevoegd voor het beleid inzake Bijstand aan Personen niet bevoegd. Wilt u zo vriendelijk zijn u te richten tot de ministers die bevoegd zijn voor het Openbaar Ambt, namelijk mevrouw Grouwels en de heer Cerexhe.

Question n° 36 de M. Didier Gosuin du 2 mars 2011 (Fr.) :

Nombre de personnes aidées par les CPAS et placées en MR/MRS privée.

Je souhaite connaître le nombre de personnes du 3^e âge qui bénéficient d'une aide financière d'un CPAS bruxellois et qui sont placées dans une MR/MRS privée ? Quel est le montant global de cette aide financière ? Je souhaite que ces données soient ventilées commune par commune.

Réponse provisoire : L'Administration des Pouvoirs locaux – Direction de la Tutelle sur les CPAS a été sollicitée à cet égard. Elle est dans l'impossibilité de fournir l'information à partir des seuls documents qui sont en leur possession.

Dès que les réponses sont en notre possession, nous ne manquerons pas de vous les faire parvenir.

Question n° 37 de M. Didier Gosuin du 2 mars 2011 (Fr.) :

Valeur des jetons de présence dans les CPAS.

En tant qu'autorité de tutelle, pouvez-vous me dire la valeur des jetons de présence dans les 19 CPAS bruxellois ?

Réponse provisoire : L'Administration des Pouvoirs locaux – Direction de la Tutelle sur les CPAS a été sollicitée à cet égard. Elle est dans l'impossibilité de fournir l'information à partir des seuls documents qui sont en leur possession.

Dès que les réponses sont en notre possession, nous ne manquerons pas de vous les faire parvenir.

Question n° 38 de M. Didier Gosuin du 2 mars 2011 (Fr.) :

Évolution du personnel dans les CPAS bruxellois.

Je souhaite connaître l'évolution du personnel (ETP) statutaire et contractuel et de la masse salariale dans les CPAS bruxellois (par commune) en prenant comme années de référence 2000, 2005 et 2010.

Je souhaite également connaître le nombre de membres du personnel domiciliés en Région bruxelloises ainsi que leur évolution aux mêmes années de référence.

Réponse provisoire : L'Administration des Pouvoirs locaux – Direction de la Tutelle sur les CPAS a été sollicitée à cet égard. Elle est dans l'impossibilité de fournir l'information à partir des seuls documents qui sont en leur possession.

Dès que les réponses sont en notre possession, nous ne manquerons pas de vous les faire parvenir.

Vraag nr. 36 van de heer Didier Gosuin d.d. 2 maart 2011 (Fr.) :

Aantal personen die financiële steun van de OCMW's krijgen en geplaatst zijn in een privé RT/RVT.

Hoeveel personen van de derde leeftijd krijgen financiële steun van een Brussels OCMW en zijn in een privé-RT/RVT geplaatst ? Wat is het totaalbedrag van die financiële steun ? Kunt u de gegevens per gemeente uitsplitsen ?

Voorlopig antwoord : De Dienst Plaatselijke besturen — Directie Toezicht op de OCMW's werd over dit onderwerp ondervraagd. Ze verkeert echter in de onmogelijkheid om de gevraagde informatie te geven op basis van de documenten die in haar bezit zijn.

Zodra het antwoord in ons bezit is, zullen we niet nalaten u zo spoedig mogelijk in te lichten.

Vraag nr. 37 van de heer Didier Gosuin d.d. 2 maart 2011 (Fr.) :

Presentiegeld in de OCMW's.

Kunt u me als toezichhoudende overheid meedelen hoeveel het presentiegeld in de 19 Brusselse OCMW's bedraagt ?

Voorlopig antwoord : De Dienst Plaatselijke besturen – Directie Toezicht op de OCMW's werd over dit onderwerp ondervraagd. Ze verkeert echter in de onmogelijkheid om de gevraagde informatie te geven op basis van de documenten die in haar bezit zijn.

Zodra het antwoord in ons bezit is, zullen we niet nalaten u zo spoedig mogelijk in te lichten.

Vraag nr. 38 van de heer Didier Gosuin d.d. 2 maart 2011 (Fr.) :

Evolutie van het personeel in de Brusselse OCMW's.

Wat is de evolutie van het statutaire en contractuele personeel (VTE) en van de loonsom van de Brusselse OCMW's (per gemeente) met de jaren 2000, 2005 en 2010 als referentiejaren.

Hoeveel personeelsleden wonen in het Brussels Gewest en wat is hun evolutie ten opzichte van dezelfde referentiejaren ?

Voorlopig antwoord : De Dienst Plaatselijke besturen – Directie Toezicht op de OCMW's werd over dit onderwerp ondervraagd. Ze verkeert echter in de onmogelijkheid om de gevraagde informatie te geven op basis van de documenten die in haar bezit zijn.

Zodra het antwoord in ons bezit is, zullen we niet nalaten u zo spoedig mogelijk in te lichten.

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

III. Vragen van de Volksvertegenwoordigers en antwoorden van de Ministers

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

Ministres compétents pour la Politique de Santé

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.

Le GHB est une 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. Connait-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 ?

Ministers bevoegd voor het Gezondheidsbeleid

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.

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 ontstoppingsproduct. 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. Connait-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 ?

Réponse : L'ecstasy liquide ou GHB – Gamma Hydroxy Butyrate est en effet une drogue dangereuse utilisée principalement dans les milieux festifs.

Avant de répondre aux questions, nous tenons à restituer le contexte du « Early Warning System on New Synthetic Drugs (EWS on NSD) ».

Déjà depuis 1997, une action conjointe est menée dans le contexte européen autour des NSD. Le but étant de pouvoir informer rapidement, dès qu'un tel produit apparaît sur le marché. Un NSD est une drogue qui n'est pas référencée comme substance psychotrope sur la liste de la Convention des Nations unies, mais qui représente une dangerosité pour la santé publique, similaire aux produits qui y sont énumérés. Dans ce cadre européen une évaluation des risques est donc opérée, ce qui permet que de tels produits puissent être tenus sous contrôle, tant au niveau européen, qu'au niveau des États membres.

Le but de ce système est de diffuser, dès qu'un nouveau produit apparaît, l'information par courriel ou téléphone aux laboratoires de toxicologie, les services d'urgence et l'Institut Scientifique pour la santé publique (WIV) qui est le « focal point » pour la Belgique. De là, l'information transite vers les points subfocaux, tel que Concertation Toxicomanie Bruxelles.

Le « EWS on NSD » a publié une évaluation du risque sur le GHB.

La Concertation Toxicomanie Bruxelles n'a pas récolté des données chiffrées qui tiennent compte spécifiquement du GBH. Dans le cadre du « Treatment Demand Indicator (TDI) », élaboré dans le cadre de l'Observatoire européen pour les drogues et la toxicomanie (EMCDDA), la Concertation Toxicomanie Bruxelles enregistre, par le biais du programme Addibru, les demandes d'aide dans les centres spécialisés. Le 15 juin dernier, les données pour Bruxelles pour la période de 2004 à 2008 ont été présentées lors d'une journée d'étude. Les stimulants synthétiques sont mentionnés parmi les produits utilisés par les demandeurs d'aide, la distinction étant faite entre les produits utilisés à titre principal ou à titre secondaire. Les stimulants synthétiques représentaient 2,7 % des premières demandes en 2004, en 2008 il s'agissait de 1,4 % lorsqu'il s'agit du produit principal. Lorsqu'il s'agit d'un produit secondaire, les stimulants synthétiques arrivent chez les demandeurs d'aide qui font une première demande d'aide en 2004 à 9 % des cas mais ceux-ci ont diminué à 2,8 % en 2008.

Nous ne disposons pas d'informations concernant la manière dont les produits ont été fabriqués.

À l'heure actuelle, les hôpitaux ne sont pas tenus d'enregistrer les variables TDI et de les transmettre à la Santé publique. Pour l'enregistrement des pathologies reprises dans les hôpitaux, nous devons vous renvoyer par ailleurs vers l'État fédéral qui enregistre les données cliniques minimales.

Les initiatives à l'attention de la population s'inscrivent dans le cadre des campagnes de prévention des communautés.

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 ?

Antwoord : Vloeibare XTC ook GHB – Gamma Hydroxy Butyrate genaamd is inderdaad een gevaarlijk soort partydrug.

Vooraleer in te gaan op de vragen wensen wij de context van het « Early Warning System on New Synthetic Drugs (EWS on NSD) » te situeren.

Binnen de Europese context werd reeds in 1997 een gezamenlijke actie opgezet rond de NSD. De bedoeling is om snel informatie te kunnen doorgeven van zodra zo'n product op de markt verschijnt. Een NSD is een drug die niet is opgenomen op de lijst van de Conventie van de Verenigde Naties als psychotropische stof, maar die eenzelfde bedreiging vormt voor de volksgezondheid als de producten opgenomen op de lijst. In dit Europese kader laat dus een evaluatie van de risico's toe dat op Europees niveau en in de lidstaten dergelijke producten onder controle kunnen worden gehouden.

De bedoeling van dit systeem bestaat erin om van zodra een nieuw product bekend is, de informatie via mail of telefoon wordt verspreid over de toxicologische labo's, de spoeddiensten en het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid (WIV) dat het focal point is voor België. Van hieruit vertrekt de informatie naar de subfocal points, waaronder het ODB (Overleg Druggebruik Brussel) ressorteert.

Het « EWS on NSD » heeft een risico-evaluatie rond GHB gepubliceerd en rondgestuurd.

Het Overleg Druggebruik Brussel heeft geen cijfers verzameld over GBH specifiek. In het kader van de « Treatment Demand indicator (TDI) » dat in het kader van het Europese Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving (EMCDDA) wordt bijgehouden registreert het Overleg Druggebruik met het programma Addibru, de vragen naar hulpverlening in de gespecialiseerde centra. Op 15 juni jongstleden werden de gegevens voor Brussel over de periode 2004-2008 voorgesteld op de studiedag. Hierbij worden ook de synthetische stimulantia vermeld bij de producten gebruikt door de hulpvragers met een onderscheid naargelang het hoofdproduct of het secundair product betreft. De synthetische stimulantia vertegenwoordigen 217 % van de eerste vragen in 2004 in 2008 betreft dit 1,4 % als het om het hoofdproduct gaat. Als het om een secundair product gaat komen de synthetische stimulantia bij de eerste hulpvragers in 2004 nog in 9 % van de gevallen voor maar deze zijn verminderd tot 2,8 % in 2008.

Wij beschikken niet over informatie over de wijze waarop de producten werden aangemaakt.

Op dit ogenblik zijn de ziekenhuizen niet verplicht de TDI variabelen te registreren en ze aan Volksgezondheid over te maken. Voor de registratie van de pathologieën die in de ziekenhuizen worden opgenomen, moeten wij echter verwijzen naar de federale overheid die de minimale klinische gegevens registreert.

De initiatieven naar de bevolking toe, passen in het kader van de preventiecampagnes van de Gemeenschappen.

Je renvoie ici du côté néerlandophone entre autres au VAD, et à la Fédito, active à Bruxelles du côté francophone. Les deux acteurs ont ensemble mené la campagne « iDA » (information Drogues et Alcool) avec des moyens provenant du Fonds Assuétudes, ce fonds est créé dans le contexte interministériel Santé publique.

Enfin, nous renvoyons vers les conclusions du rapport d'évaluation mentionné ci-dessus de la Concertation Toxicomanie Bruxelles, établies par Claude Javeau, Professeur de faculté émérite en sociologie de l'ULB et directeur de Cendis : « L'information concrète ne suffit pas. L'addiction ne se guérit pas à grand renfort de connaissance avérée. Vouloir n'est pas pouvoir et savoir ne suffit pas à pouvoir. ».

« En ce qui concerne la cocaïne qui est également une drogue synthétique, les spécialistes du secteur considèrent généralement que les cocaïnomanes suscitent davantage de problèmes de traitement que les héroïnomanes. Il est erroné de prétendre que l'addiction à la cocaïne, sous ses diverses formes, ne provoque qu'une dépendance psychique et non une dépendance physique. Le cerveau est un organe du corps et tout dérèglement dans son fonctionnement concerne aussi nécessairement sa biologie. ».

Enfin, le rapport fait état du besoin de davantage d'informations et en ce qui concerne les substances, du besoin de distinction entre l'usage « doux » – lorsque la consommation est sporadique et la concentration en produit actif moins élevée – et l'usage « dur » – si la personne consomme fréquemment des substances et si la concentration en produit actif est élevée.

Question n° 17 de Mme Mahinur Ozdemir du 28 septembre 2010 (Fr.) :

Le nombre de professionnels de l'aide à domicile en activité.

Comme il a été souligné dans les priorités de la législature en ce qui concerne les matières de la Commission communautaire commune, « le Collège réuni envisagera d'augmenter le nombre de professionnels de l'aide à domicile et les quotas d'heures subsidiés tout en maintenant un système de forfait pour les heures des aides ménagères et familiales ».

Monsieur le Ministre, pourriez-vous me transmettre les chiffres quant au nombre de professionnels de l'aide à domicile en activité pour les années 2007, 2008, et 2009 ?

Réponse : Nous avons l'honneur de transmettre à l'honorable membre la réponse suivante.

La question concerne les professionnels de l'aide à domicile et non les professionnels des soins à domicile.

Elle relève donc de la compétence des ministres de l'Aide aux Personnes.

Ik verwijs hiervoor langs Nederlandstalige kant onder meer naar het VAD dat ook in Brussel actief is. Langs Franstalige kant naar Fedito. Samen hebben zij de campagne « iDA » (informatie Drugs en Alcohol) gevoerd met middelen vanuit het Fonds ter Bestrijding van verslavingen opgericht in interministerieel verband vanuit Volksgezondheid.

Tenslotte verwijzen wij naar de conclusies bij het hoger genoemde evaluatieverslag van het Overleg Druggebruik Brussel, opgesteld door Claude Javeau, Emeritus hoogleraar sociologie van de ULB en directeur van Cendis : « Concrete informatie volstaat niet. Verslaving wordt niet genezen of opgelost door veel kennis. « Willen betekent daarom nog niet kunnen en weten volstaat niet om te kunnen ». ».

« Met betrekking tot cocaïne dat ook een synthetische drug is, wordt vermeld dat de deskundigen uit de sector meestal ervan uitgaan dat cocaïneverslaafden moeilijker te behandelen zijn dan heroïneverslaafden. Ook wordt weerlegd dat het enkel om een psychische verslaving gaat en dat het niet tot een fysieke verslaving leidt. De hersenen zijn immers ook een deel van het lichaam en elke verstoring van de werking ervan heeft noodzakelijkerwijze biologische gevolgen. ».

Ten slotte wordt in het verslag de nood aan meer gegevens vastgesteld en voor wat de substanties betreft de nood aan een onderscheid tussen het « zachte » – wanneer het gebruik sporadisch is en de concentratie van de actieve stof minder hoog – en het « harde » gebruik – indien de persoon vaak gebruikt en indien de concentratie van de actieve stof hoog is.

Vraag nr. 17 van mevr. Mahinur Ozdemir d.d. 28 september 2010 (Fr.) :

Het aantal beroepsmensen inzake huishulp.

Bij de prioriteiten voor de zittingsperiode inzake de materies van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie werd het volgende benadrukt « Bijgevolg zal het Verenigd College een toename overwegen van het aantal beroepsmensen inzake huishulp en van de quota van gesubsidieerde uren, waarbij een forfaitstelsel behouden blijft voor de uren gezinshulp en huishoudelijke hulp. ».

Kan u mij de cijfers geven met betrekking tot het aantal beroepsmensen inzake huishulp die werkzaam waren in 2007, in 2008 en in 2009 ?

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

De vraag betreft de beroepsmensen inzake huishulp en niet de beroepsmensen voor thuiszorg.

De vraag valt dus onder de bevoegdheid van de ministers van Bijstand aan Personen.

Question n° 18 de Mme Bianca Debaets du 13 octobre 2010 (N.) :

Le délire dans les hôpitaux.

Une personne âgée de plus de 70 ans sur trois qui arrive à l'hôpital est en proie au délire. Il s'agit d'une confusion mentale aiguë qui peut survenir après une opération, une maladie ou un traitement spécifique. Dans la majorité des cas, le délire n'est pas reconnu ni identifié. On considère rapidement que la confusion est un état normal chez les personnes plus âgées et, de ce fait, on ignore le délire. Néanmoins, les conséquences du délire sont drastiques. Quelque 10 % des patients décèdent dans le mois et le risque de décéder dans l'année qui suit est multipliée par deux ou trois. En outre, un délire prolonge l'hospitalisation, ce qui a une incidence négative sur les frais médicaux.

Il se fait qu'on peut détecter le délire, voire le prévenir et aussi le soigner. Aux Pays-Bas, il y a déjà une directive qui impose de dépister activement les patients délirants. En effet, les patients plus âgés ne sont pas les seuls à souffrir de ce syndrome, le délire se présente aussi souvent chez des enfants gravement malades. Grâce à une bonne stratégie, on peut prévenir un cas sur trois. Comme mesures préventives, il y a notamment la bonne information des patients, par exemple, en leur communiquant le programme de la journée et l'identité des soignants, en leur faisant faire des activités qui stimulent la réflexion, en ne leur donnant pas de somnifères, en leur donnant des analgésiques adéquats, etc. En outre, la famille et les amis peuvent jouer un rôle important, c'est pourquoi il pourrait être bon d'adapter les heures de visites pour un groupe choisi.

Des facteurs logistiques, des équipes soignantes en sous-effectif, une charge de travail élevée mais aussi des facteurs sociaux entravent la prévention. Être attentif à un délire et le prévenir devraient pourtant faire partie de toute intervention compte tenu des nombreux inconvénients qu'il présente pour les individus et la société.

Mes questions sont dès lors les suivantes :

- Étudie-t-on le délire dans les hôpitaux bruxellois ? Des chiffres sont-ils disponibles ?

Réponse : Votre question quant aux mesures dans les hôpitaux bruxellois concernant le delirium requiert quelques explications sur le plan des compétences. Celles-ci ont été fixées dans les lois spéciales de 1980 et 1989 et sont en vigueur jusqu'à nouvel ordre. L'on en déduit et cela est confirmé dans la juridiction, entre autres de la Cour d'arbitrage, que l'autorité fédérale est chargée des soins de santé curatifs au sein de l'hôpital.

En matière de législation des hôpitaux, l'autorité fédérale fixe les règles de base de la programmation, du financement et de l'agrément, lesquelles sont appliquées par les communautés/régions. Ces normes sont reprises dans la loi sur les hôpitaux et ses arrêtés d'exécution. Les actes médicaux n'en font pas partie.

Le Médecin-inspecteur d'hygiène de la CoCom nous informe encore qu'il semble que les personnes âgées courent le plus grand risque de delirium. La formation des gériatres et des infirmiers gériatriques comprend déjà cet aspect. Les services de gériatrie des hôpitaux belges devraient donc être à la hauteur des symptômes et du traitement de ceux-ci.

Vraag nr. 18 van mevr. Bianca Debaets d.d. 13 oktober 2010 (N.) :

Delirium in ziekenhuizen.

Één op drie zeventigplussers die in het ziekenhuis belanden, valt ten prooi aan een delirium. Dit is een heftige mentale verwarring die het neveneffect van een operatie, van een ziekte of van een bepaalde behandeling kan zijn. In het merendeel van de gevallen wordt het delirium niet herkend en erkend. Men gaat er snel van uit dat verwarring bij ouderen heel gewoon is, waardoor men het delirium over het hoofd ziet. Nochtans zijn de gevolgen van delirium ingrijpend. 10 % van de patiënten sterft binnen de maand en de kans om binnen het jaar na het delirium te sterven stijgt twee tot drie maal. Daarnaast verlengt een delirium de ziekenhuisopname, wat de ziektekost negatief beïnvloedt.

Nu is het zo dat een delirium opgespoord, zelfs voorkomen en ook genezen kan worden. In Nederland bestaat er reeds een richtlijn die stelt dat delirante patiënten actief opgespoord moeten worden. Het is immers zo dat niet enkel oudere patiënten onder dit syndroom te lijden hebben, het komt ook vaak voor bij ernstig zieke kinderen. Door het hanteren van een goede strategie kan een derde van de gevallen voorkomen worden. Preventieve maatregelen zijn bijvoorbeeld het grondig informeren van de patiënt aangaande bijvoorbeeld het dagschema en de persoon die hen zal verzorgen, activiteiten die het verstand stimuleren, slaapmiddelen vermijden, adequate pijnstilling enz. Familie en vrienden kunnen daarbij een belangrijke rol opnemen, daarom zou het goed zijn de bezoektijden voor een selecte groep aan te passen.

Logistieke factoren, onderbezetting bij verpleegkundigen, de hoge werkdruk, maar ook maatschappelijke factoren staan preventie in de weg. Toch zou aandacht en preventie van een delirium onderdeel moeten zijn van gelijk welke interventie gezien de hoge individuele en maatschappelijke nadelen ervan.

Daarom wil ik u graag de volgende vragen voorleggen :

- Gebeurt er onderzoek naar delirium in de Brusselse ziekenhuizen ? Zijn er cijfers voorhanden ?

Antwoord : Uw vraag naar maatregelen in de Brusselse ziekenhuizen in verband met delirium vergt enige toelichting op het vlak van de bevoegdheden. Deze werden in de bijzondere wetten van 1980 en 1989 bepaald en zijn tot nader orde nog van kracht. Hieruit wordt afgeleid en dit wordt bevestigd in de rechtspraak onder meer van het Arbitragehof, dat de federale overheid bevoegd is voor de curatieve zorgverlening binnen de ziekenhuismuren.

Inzake ziekenhuiswetgeving bepaalt de federale overheid de basisregelen van de programmatie, de financiering en de erkenning welke door de Gemeenschappen/Gewesten worden toegepast. Deze normen zijn opgenomen in de wet op de ziekenhuizen en zijn uitvoeringsbesluiten. Het medisch handelen valt hier buiten.

Door de geneesheer-gezondheidsinspecteur van de GGC wordt nog gemeld dat blijkt dat de bejaarden het meeste risico lopen op delirium en de opleiding van de geriater en van de geriatrisch verpleegkundigen bevat reeds dit aspect. De geriatrische afdelingen van de Belgische ziekenhuizen zouden dus vertrouwd zijn met het beeld en de behandeling ervan.

Il semble qu'il faut accorder davantage d'attention au diagnostic et au traitement lors des hospitalisations urgentes et dans les services de soins intensifs; la profession médicale en est consciente. Le médecin-inspecteur d'hygiène recommande que les associations professionnelles des médecins intensivistes et des psychiatres élaborent en collaboration avec l'autorité fédérale compétente les protocoles et procédures adéquates afin de garantir la qualité des soins.

Question n° 20 de Mme Gisèle Mandaila du 19 octobre 2010 (Fr.) :

La précarité chez les femmes enceintes et les risques médicaux associés.

La précarité résulte de l'association de plusieurs facteurs à risque parmi lesquels le risque économique est prépondérant.

La précarité est associée à une augmentation des complications de la grossesse et de la période néonatale et à un allongement modéré de la durée d'hospitalisation chez les femmes enceintes. Un quart des mères reconnues précaires n'ont pas désiré leur grossesse et n'ont pas la capacité de mobiliser des ressources suffisantes pour prendre en charge leur bébé.

Le groupe de mères en situation de précarité dans la Région bruxelloise se caractérise par une surreprésentation des mères isolées, des mineures, des femmes étrangères, notamment des africaines subsahariennes.

La précarité est un facteur de risque prénatal. D'où il est recommandé de faire un dépistage précoce dès le début de grossesse pour permettre une prise en charge globale de ces familles.

Pour ce qui est du suivi de la grossesse, les études notent que la fréquence des suivis insuffisants est significativement plus grande dans le groupe de mères en situation de précarité. Ce qui a pour conséquence que ces mères et leurs fœtus présentent plus des pathologies que les autres. Cette différence concerne particulièrement l'anémie, les infections urinaires et généralement la menace d'accouchement prématuré.

Si elles accouchent par voies basses, les mères en situation de précarité bénéficient un peu moins souvent d'une anesthésie péridurale.

En outre, les complications des suites de couches sont significativement plus fréquentes chez les mères en situation de précarité :

- plus de fréquence de complication maternelle et fœtale;
- taux plus élevés d'accouchements prématurés (avec les conséquences que l'on connaît);
- les enfants de mères en situation de précarité présentent plus fréquemment un score d'Apgar à 5 minutes inférieur à 7 et sont significativement plus souvent transférés vers une unité de néonatalogie.

Au vu de ce qui précède, force est de constater qu'il existe un rôle indiscutable de la précarité dans les complications de la gros-

Blijkt wel dat er nog aandacht moet besteed worden aan de diagnose en behandeling op spoedopnames en intensieve zorgen; de medische professie wordt zich daarvan bewust. Het verdient volgens de geneesheer-gezondheidsinspecteur aan te bevelen dat de beroepsverenigingen van intensivisten en psychiaters in samenwerking met de bevoegde federale overheden de juiste protocollen en procedures voor kwaliteitsbewaking uitwerken.

Vraag nr. 20 van mevr. Gisèle Mandaila d.d. 19 oktober 2010 (Fr.) :

Armoede bij vrouwen en de ermee gepaard gaande medische risico's.

Armoede is het gevolg van de combinatie van verschillende risicofactoren waaronder het economische risico doorslaggevend is.

Armoede gaat gepaard met een toename van de complicaties tijdens de zwangerschap en de neonatale periode en een enigszins langere ziekenhuisopname bij zwangere vrouwen. Een kwart van de als arm erkende moeders hebben een niet gewenste zwangerschap en beschikken niet over voldoende middelen om voor hun baby te zorgen.

Alleenstaande moeders, minderjarigen, buitenlandse vrouwen, met name uit Afrika ten zuiden van de Sahara, zijn oververtegenwoordigd in de groep moeders die in armoede leven in het Brussels Gewest.

Armoede vormt een prenataal risico en vroegtijdige opsporing ervan bij het begin van de zwangerschap verdient daarom aanbeveling om volledige zorg voor die gezinnen mogelijk te maken.

Op het vlak van de zwangerschapsbegeleiding blijkt uit onderzoeken dat onvoldoende begeleiding veel meer voorkomt bij de groep moeders die in armoede leven. Dat heeft tot gevolg dat die moeders en hun foetus meer ziektes vertonen dan de andere, met name bloedarmoede, infecties van de urinewegen en in het algemeen het risico op vroeggeboorte.

Bij een normale bevalling krijgen die moeders minder vaak een peridurale verdoving.

Bovendien komen complicaties ingevolge de bevalling veel vaker voor bij moeders die in armoede leven :

- veel meer complicaties bij de moeder en de foetus;
- hoger percentage vroeggeboorte (met de gekende gevolgen);
- de kinderen van die moeders hebben vaker een Apgar score lager dan 7 na 5 minuten en worden vaker overgebracht naar een afdeling neonatologie.

Gelet op wat voorafgaat, kan men alleen maar vaststellen dat de armoede zeer zeker een rol speelt bij de complicaties tijdens de

sesse et de l'accouchement. Même si la législation reconnaît un droit fondamental à la protection de la santé et garantit un égal accès aux soins, on sait désormais que ces différentes formes de précarité font partie des déterminants sociaux qui entraînent de très grandes inégalités en matière de santé, que ce soit en termes de morbidité ou d'accès aux soins.

Mon interpellation visera principalement à poser les questions suivantes :

1. Cette problématique est-elle évoquée dans le cadre de la Conférence interministérielle Santé publique ?
2. Existe-t-il un programme de sensibilisation aux incidences de la précarité sur la santé et aux problèmes liés aux grossesses auprès de ces familles ?
3. Quelles sont les initiatives prises pour faire face à ce problème et mettre en œuvre des prises en charge adaptées ?

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

Les liens entre précarité et santé périnatale font l'objet d'un suivi particulier en Région bruxelloise. L'Observatoire de la santé et du social a publié en 2006 un dossier sur la santé périnatale avec des données chiffrées concernant les risques spécifiques liés à la précarité et la nationalité de la maman (données actualisées aussi disponibles dans le dernier Tableau de bord 2010). Suite à cette publication, ces chiffres ont été présentés dans plusieurs maternités bruxelloises permettant d'attirer l'attention sur cette problématique.

Par ailleurs la Commission communautaire commune subventionne le centre d'épidémiologie périnatale (ASBL CEpip) qui a entre autres pour mission de soutenir l'amélioration des pratiques dans les maternités par l'analyse et la transmission à chaque maternité des données qui la concerne. Ces données portent non seulement sur les indicateurs périnataux mais aussi leur lien avec des indicateurs socio-économiques et de la nationalité actuelle ou d'origine des parents. Cela permettra à chaque maternité d'avoir des éléments sur lesquels se baser pour discuter de modifications éventuelles de prise en charge. Les données de l'année 2008 vont être transmises prochainement aux maternités bruxelloises.

Certaines maternités bruxelloises qui sont confrontées à une augmentation importante des accouchements de femmes en situation de précarité ont déjà mis en place des interventions spécifiques. Il reste cependant encore à faire, par exemple en termes de médiation interculturelle et d'accompagnement par des travailleurs sociaux dans les hôpitaux. Le financement des maternités est cependant une compétence fédérale.

L'Office de la Naissance et de l'Enfance, comme *Kind en Gezin*, jouent un rôle essentiel dans le suivi prénatal des femmes en difficulté. L'offre de consultation de prévention maternelle et infantile reste cependant insuffisante vu l'augmentation continue des naissances en Région bruxelloise.

Des études menées à Bruxelles ont mis en évidence également l'impact du statut de séjour sur la prise en charge des femmes enceintes. Les femmes en situation irrégulière courent des risques

zwangerschap en de bevalling. Bescherming van de gezondheid en gelijke toegang tot zorgen vormen een bij wet erkend recht. Toch is thans bekend dat de verschillende vormen van armoede deel uitmaken van de bepalende sociale elementen die leiden tot zeer grote ongelijkheid op het vlak van gezondheid, zowel wat de sterfte als de toegang tot zorgen betreft.

1. Komt deze problematiek aan bod in het kader van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid ?
2. Bestaat er een programma voor de bewustmaking van deze gezinnen inzake de gevolgen van armoede op de gezondheid en de problemen in verband met de zwangerschappen ?
3. Welke initiatieven worden genomen om dat probleem te verhelpen en aangepaste zorg te verstrekken ?

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

De linken tussen kansarmoede en perinatale gezondheid zijn het voorwerp van een speciale opvolging in het Brussels Gewest. Het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad heeft in 2006 een dossier gepubliceerd over de perinatale gezondheid met cijfermatige gegevens betreffende de specifieke risico's verbonden aan de kansarmoede en de nationaliteit van de moeder (geüpdate gegevens ook beschikbaar in de laatste Gezondheidsindicatoren 2010). Als gevolg van deze publicatie werden deze cijfers getoond in verschillende Brusselse materniteiten om zo de aandacht te trekken op deze problematiek.

Bovendien betoelaagt de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie het Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie (vzw Cepip) dat onder meer als taak heeft de verbetering van de praktijken in de materniteiten te ondersteunen door analyse en overdracht naar elke materniteit van de gegevens die haar aanbelangen. Deze gegevens gaan niet alleen over de perinatale indicatoren maar ook over hun verband met de socio-economische indicatoren en de indicatoren omtrent de huidige of oorspronkelijke nationaliteit van de ouders. Zo kan elke materniteit beschikken over elementen waarop zij zich kunnen baseren om eventuele veranderingen door te voeren omtrent opnamen. De gegevens van het jaar 2008 zullen weldra doorgestuurd worden naar de Brusselse materniteiten.

Sommige Brusselse materniteiten die te maken hebben met een aanzienlijke stijging van het aantal bevallingen van vrouwen in kansarme situaties hebben reeds speciale tegemoetkomingen ingevoerd. Er moeten echter nog inspanningen geleverd worden op het vlak van interculturele bemiddeling en begeleiding door sociale werknemers in ziekenhuizen. De financiering van de materniteiten is echter een federale bevoegdheid.

Het « *Office de la Naissance et de l'Enfance* », zoals Kind en Gezin, speelt een belangrijke rol bij de prenatale opvolging van vrouwen in moeilijkheden. Het aanbod van raadplegingen voor moeder- en kindpreventie blijft nog onvoldoende gelet op de continue stijging van het aantal geboortes in het Brussels Gewest.

De studies gevoerd in Brussel hebben eveneens de impact van het verblijfsstatuut aangetoond op de opname van zwangere vrouwen. Vrouwen in onwettige situaties lopen een groter risico

particuliers de complications graves et sont prises en charge trop tardivement. Cette problématique n'est qu'une illustration de la difficulté d'accès aux soins pour ce groupe de population et des recommandations ont été faites régulièrement par les associations de terrain pour améliorer cette situation. Ici aussi, le financement des soins de santé est une compétence fédérale en ce compris l'accès aux soins des personnes défavorisées, l'aide médicale urgente et l'accès aux soins des personnes en situation irrégulière.

Par rapport aux questions précises formulées dans la question :

1. Il n'existe pas de groupe de travail spécifique sur cette problématique au sein de la Conférence interministérielle de la santé mais la meilleure prévention en la matière est la lutte contre les précarités sociales, matière qui relève de la compétence de l'action sociale.
2. Les programmes de sensibilisation en termes de santé sont réalisés, via les consultations prénatales (ONE et K&G) et les soins de première ligne. Et, comme signalé précédemment, les solutions résident plus dans une amélioration des conditions de vie de ces femmes.
3. Dans le cadre des compétences en santé et en plus des programmes de sensibilisation susvisés, le Fédéral devrait envisager de renforcer le nombre de travailleurs sociaux dans les hôpitaux et y développer la médiation interculturelle.

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

Soins bucco-dentaires dans les maisons de repos bicommunautaires.

Les mutualités socialistes viennent de publier les résultats d'une étude sur les soins dentaires chez les personnes âgées. La mutuelle a analysé les données de près de 18.000 personnes de plus de 65 ans. L'étude révèle que les personnes qui séjournent en maison de repos vont moins souvent chez le dentiste que les personnes âgées qui vivent encore chez elles. Sur une période de deux ans, seuls 22 % de la population des maisons de repos ont reçu des soins dentaires chez le dentiste. En outre, le recours aux soins dentaires diminue avec l'âge de la personne. Plus elle est âgée, moins elle reçoit de soins dentaires. La santé dentaire a pourtant un impact majeur sur l'alimentation et la santé générale de la personne.

Mes questions sont les suivantes :

- Quel est le protocole en vigueur dans les maisons de repos bicommunautaires de Bruxelles en matière de soins dentaires ?
- Quelle est la procédure suivie lors de l'entrée de nouveaux pensionnaires ?
- Dans combien de maisons de repos bicommunautaires trouve-t-on un cabinet dentaire mobile ?
- Combien de pensionnaires des maisons de repos (en %) ont-ils un dossier médical global ?

op zware complicaties en worden te laat opgenomen. Deze problematiek is slechts een voorbeeld van de moeilijke toegang tot de zorg voor deze bevolkingsgroep en er werden regelmatig aanbevelingen gedaan door verenigingen in het veld om deze situatie te verbeteren. Ook hier is de financiering van de gezondheidszorg een federale bevoegdheid met inbegrip van de toegang tot de zorg voor kansarme mensen, de dringende medische hulp en de toegang tot de zorg voor mensen in een onwettige situatie.

Wat betreft de specifieke vragen geformuleerd in de vraag :

1. Er bestaat geen speciale werkgroep voor deze problematiek binnen de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid, maar de beste preventie is de strijd tegen de sociale onzekerheden, een zaak die valt onder de bevoegdheid van de sociale actie.
2. De sensibiliseringsprogramma's inzake gezondheid worden gerealiseerd via de prenatale raadplegingen (ONE en K&G) en de zorg in de eerste lijn. En, zoals eerder vermeld, liggen de oplossingen eerder bij een verbetering van de levensomstandigheden van deze vrouwen.
3. In het kader van de bevoegdheden inzake gezondheid en bovenop de bovenbedoelde sensibiliseringsprogramma's, zou het federale niveau moeten overwegen om het aantal sociale werknemers in ziekenhuizen te verhogen en er een interculturele bemiddeling te ontwikkelen.

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

Tandzorg/mondzorg in de bicommunautaire rusthuizen.

De socialistische mutualiteiten hebben zopas de resultaten bekend gemaakt over een studie over tandzorg bij oudere mensen. Het ziekenfonds analyseerde de gegevens van bijna 18.000 65-plussers. De studie wees uit dat personen die in een rusthuis verblijven minder vaak naar de tandarts gaan dan ouderen die nog thuis wonen. Over een periode van twee jaar kreeg slechts 22 % van de rusthuispopulatie tandzorg van een tandarts. Bovendien neemt het verbruik van tandzorg af met de leeftijd van de bewoner. Hoe ouder, hoe minder tandzorg. Toch heeft de mondgezondheid een belangrijke impact op de voedselinname en de algemene gezondheid van de bewoners.

Mijn vragen :

- Welk protocol inzake tandzorg geldt er in de Brusselse bicommunautaire rusthuizen ?
- Welke procedure wordt gevolgd bij de intake van nieuwe bewoners ?
- In hoeveel van de bicommunautaire rusthuizen is er een mobiel tandartskabinet ?
- Hoeveel bewoners van de rusthuizen hebben een globaal medisch dossier (uitgedrukt in percentage) ?

Réponse : Les soins dentaires font partie de l'offre de soins de qualité que les maisons de repos doivent offrir à leurs résidents. Les soins de qualité signifient qu'il est tenu compte de tous les aspects de soin dont par exemple les soins prodigués par les oculistes, les soins autour de problèmes de l'ouïe, la gynécologie, la pédicure pour n'en citer que quelques-uns.

Nous ne pouvons confirmer ou infirmer les chiffres diffusés par la mutualité socialiste.

Nous pouvons vous informer que l'INAMI, l'instance fédérale compétente en matière de soins de santé, a lancé une étude concernant la qualité des soins buccaux des patients présentant des besoins spécifiques, en ce inclus les personnes âgées fragiles.

L'étude a démarré début 2010 et soumettra ses conclusions début 2011. L'objectif est de relier les résultats de la santé dentaire avec les données sur la consommation en soins généraux. Pour l'implémentation des résultats, l'accord national avec les dentistes a prévu les moyens nécessaires.

Il ressort de notre enquête minimale auprès des maisons de repos que les dentistes à la demande des personnes âgées se rendent sur place, ou si cela est encore possible que les personnes âgées se rendent à leur cabinet dentaire.

En ce qui concerne votre question sur le dossier médical global, nous renvoyons à l'autorité fédérale qui dispose de la compétence exclusive en la matière.

Question n° 22 de Mme Elke Roex du 18 novembre 2010 (N.) :

Évaluation de la campagne de sensibilisation au mammothest de 2009.

En 2009, les ministres de la Santé de l'époque, Benoît Cerexhe et Guy Vanhengel, ont lancé une campagne en faveur du dépistage du cancer du sein. Zeynep Sever, élue miss Belgique la même année, et sa mère ont prêté leur visage à la campagne, qui incitait les femmes de 50 à 69 ans à effectuer gratuitement un mammothest. La question est de savoir si cette campagne a porté ses fruits.

Le rapport annuel de Brumammo, le centre bruxellois de coordination pour le dépistage du cancer du sein, indique que le taux de participation a augmenté : en 2008, 10,4 % des femmes invitées par Brumammo ont subi un examen, contre 11,3 % en 2009. Mais le nombre d'invitations envoyées en 2008 était nettement plus élevé qu'en 2009 (54.386 contre 46.781). En chiffres absolus, un nombre inférieur de femmes a donc subi un mammothest en 2009.

M. Cerexhe, membre du Collège, a déclaré lors de la réunion de la commission Santé du 14 octobre 2010 : « La grande campagne que nous avons faite avec miss Belgique 2009, Zeynep Sever, a eu des effets positifs en termes de sensibilisation, (...) même si les résultats ne sont pas immédiats. ».

Antwoord : De tandzorg/mondzorg is een onderdeel van de kwaliteitszorg die de rusthuizen aanbieden aan hun bewoners. Kwaliteitszorg betekent dat met alle aspecten van de zorg wordt rekening gehouden en daarbij horen bijvoorbeeld ook de zorg van de oogarts, de zorg rond problemen van gehoor, gynaecologie, voetverzorging om er maar enkele te noemen.

Wij kunnen de cijfers die door de socialistische mutualiteit worden verspreid, bevestigen of ontkrachten.

Wij kunnen u wel meedelen dat het Riziv, de federale instantie die inzake deze gezondheidszorg bevoegd is, een studie onderneemt naar de kwaliteit van de mondgezondheid van patiënten met bijzondere noden, hierin begrepen de kwetsbare ouderen.

De studie is begin 2010 opgestart en zal begin 2011 haar conclusies kunnen voorleggen. Bedoeling is de resultaten van de mondgezondheid ook te linken met algemene gezondheidsconsumptie. Voor de implementatie van de resultaten heeft het nationaal akkoord met de tandartsen de nodige middelen voorzien.

Uit onze kleine rondvraag bij rustoorden, blijkt dat tandartsen op vraag van de ouderen ter plaatse komen, of indien nog mogelijk dat de persoon zich naar de tandartsenpraktijk begeeft.

Wat uw vraag naar het globaal medisch dossier betreft verwijzen we naar de federale overheid die terzake exclusief bevoegd is.

Vraag nr. 22 van mevr. Elke Roex d.d. 18 november 2010 (N.) :

De evaluatie van de sensibilisatiecampagne mammothest 2009.

In 2009 zetten de toenmalige minister voor Gezondheid, Benoît Cerexhe et Guy Vanhengel een campagne op rond borstkankerscreening. Zeynep Sever, miss België 2009 en haar moeder waren het gezicht van de campagne. De campagne spoorde vrouwen tussen 50 en 69 aan een mammothest te laten uitvoeren en vermeldde dat deze mammothest gratis is. De vraag is of deze campagne ook succes heeft gehad.

Het jaarverslag van Brumammo, het coördinatiecentrum voor borstkankerscreening in Brussel wijst uit dat deelnamepercentages zijn gestegen : in 2008 nam 10,4 % van de vrouwen uitgenodigd door Brumammo deel aan een screening, in 2009 11,3 %. Maar het aantal uitnodigingen dat in 2008 werd verstuurd ligt veel hoger dan in 2009 (54.386 tegenover 46.781). In absolute cijfers hebben in 2009 dus minder vrouwen een mammothest ondergaan.

Collegelid Cerexhe zei in de commissievergadering Gezondheid van 14 oktober 2010 : « de grootschalige campagne in 2009 met miss België, Zeynep Sever, heeft positieve effecten gehad op het vlak van de bewustwording, ook al zijn die resultaten niet onmiddellijk zichtbaar. ».

Mes questions sont les suivantes :

- La campagne réalisée avec Zeynep Sever a-t-elle été évaluée, et quelles sont les conclusions ?
- Que pense le groupe-cible (les femmes de 50 à 69 ans) de la campagne : reconnaissent-elles l'image, est-ce là plus ou moins que la moyenne de reconnaissance obtenue dans le cadre d'autres campagnes, et que retiennent-elles du message ?
- Que pensent les médecins généralistes de la campagne ?
- Via quels canaux d'information la campagne a-t-elle été déployée (généraliste, spot télé, lettre de convocation, lettre personnelle, mutualité, pharmacien, ...), et quels canaux ont-ils eu le plus d'impact ?
- Quand une nouvelle campagne sera-t-elle organisée ? Il est nécessaire de répéter les campagnes, car le mammoth doit être réalisé tous les deux ans.

Réponse : Les résultats de la campagne ne peuvent être mesurés que sur la base des chiffres de participation du groupe-cible au dépistage. Brumammo constate que 11,3 % des femmes du groupe-cible ont pris part en 2009, soit 1 % de plus que le meilleur résultat des années précédentes.

Nous ne pouvons pas mesurer si cette hausse est due à la campagne avec miss Belgique. Il est par ailleurs possible que cette campagne ait également contribué à une augmentation de la participation à l'examen diagnostique. Ceci représenterait un résultat dérivé, si par ce biais on touche des femmes qui ne se soumettent à aucun examen. Il s'agit là d'1/3 du groupe-cible. L'agence intermutualiste vient de publier les chiffres pour la période 2001-2007. Nous ne pouvons donc pas encore investiguer les données.

Nous n'avons pas systématiquement mesuré si le groupe-cible s'est reconnu dans cette campagne.

Lors de la préparation de la campagne, les principaux partenaires ont préalablement été consultés concernant la stratégie. Les médecins généralistes ont également été invités à ce sujet. Ceux-ci ont en outre reçu un « kit » reprenant les éléments de la campagne.

Les canaux via lesquels la campagne a été menée sont ceux qui ont véhiculé « l'identification de Zeynep Sever et sa maman avec le mammoth » comme item d'information médiatique. Cela est propre à l'objectif de telles campagnes, à savoir le choix d'une personnalité médiatique connue qui s'identifie à l'objectif de la campagne. Il s'agissait d'un choix conscient des auteurs de la campagne, tenant compte du budget (celui-ci ne permettait pas de spot publicitaire ou de campagne d'affichage de grande envergure). Il fallait compter sur la répercussion dans les médias le jour où les affiches avec Zeynep ont été diffusées. En outre, la photo de Zeynep et sa mère est devenue l'image de proue de la stratégie bruxelloise – miss Belgique est neutre au niveau de l'appartenance communautaire et vise à sensibiliser les femmes, également celles d'origine allochtone, tenant compte de l'origine de miss Belgique 2009.

Enfin, la photo était reprise sur les lettres d'invitation pour créer une cohérence sur l'ensemble et une reconnaissance maximale pour le public.

Mijn vragen :

- Is de campagne met Zeynep Sever geëvalueerd en wat zijn de bevindingen ?
- Hoe beoordeelt de doelgroep (vrouwen tussen 50 en 69 jaar) de campagne : herkennen ze het beeld, is dit meer of minder dan het gemiddelde van herkenning bij andere gezondheidscampagnes, wat onthouden ze van de boodschap ?
- Hoe beoordelen huisartsen de campagne ?
- Via welke informatiekanalen is de campagne gevoerd (huisarts, televisiespot, oproepingsbrief, persoonlijke brief, mutualiteit, apotheker, ...) en welke kanalen hadden het meest impact ?
- Wanneer zal een nieuwe campagne georganiseerd worden ? Herhaalde campagnes zijn nodig want de mammoth moet om de twee jaar gebeuren.

Antwoord : De resultaten van de campagne kunnen enkel afgemeten worden aan de cijfers over de deelname van de vrouwen van de doelgroep aan de screening. Brumammo stelt vast dat 11,3 % vrouwen van de doelgroep hebben deelgenomen in 2009, dit is 1 % beter vergeleken met het beste resultaat uit de vorige jaren.

Wij kunnen niet meten of deze stijging te wijten is aan de campagne met Miss België. Mogelijk heeft deze campagne ook geleid tot een hogere participatie in het diagnostisch onderzoek. Wat een afgeleid resultaat zou zijn, indien men hiermee vrouwen bereikt die zich aan geen enkel onderzoek onderwerpen en dat is nog het geval voor 1/3 van de doelgroep. Het Intermutualistisch agentschap heeft zopas de cijfers over 2001-2007 bekend gemaakt, men kan dus hier nog geen gegevens over natrekken.

Of de doelgroep zich in deze campagne heeft erkend hebben we niet systematisch gemeten.

Bij de voorbereiding van de campagne werden de belangrijkste partners vooraf geconsulteerd over de strategie. Ook de huisartsen werden hierbij uitgenodigd. De huisartsen ontvingen bovendien een « kit » met hierin de elementen van de campagne.

De kanalen via de welke de campagne is gevoerd zijn deze die het vehikel van « de identificatie van Zeynep Sever en haar moeder met de mammoth » als nieuwswaarde hebben naar buiten gebracht. Dit is eigen aan de opzet van dergelijke campagnes, namelijk de keuze van een persoonlijkheid die op zich nieuwswaardig is en die zich identificeert met de doelstelling van de campagne. De makers ervan hebben doelbewust hiervoor gekozen, rekening houdend met het budget (het liet geen televisiespots, of grootschalige affichecampagne toe). Er werd gerekend op de nieuwswaarde in de media de dag waarop de affiches met Zeynep zijn verspreid. Immers de foto van Zeynep en haar moeder zijn het boegbeeld geworden van de Brusselse strategie – er is geen communautaire aanhorigheid bij Miss België en viseert om de vrouwen te sensibiliseren ook deze van allochtone origine, gelet op de origine van Miss België 2009.

Ten slotte was de foto ook weergegeven op de uitnodigingsbrieven zodat het geheel coherent bleef en zoveel mogelijk herkenbaar voor het publiek.

Il ne faut pas oublier que les mutualités par le biais de la section bruxelloise du collège intermutualiste a repris notre figure de proue dans l'information qu'elles ont diffusée à leurs membres.

Etant donné que nous travaillons, avec la Fondation contre le cancer, à une nouvelle stratégie pour la sensibilisation, l'on pourra travailler à une nouvelle stratégie dès que le plan stratégique est mis au point, à savoir au plus tôt mi-2011.

Question n° 23 de M. Jacques Morel du 23 novembre 2010 (Fr.) :

L'enquête ISSP et les travaux de la FRB sur les inégalités sociales en matière de santé.

La dernière enquête de santé nationale 2008 réalisée par l'Institut scientifique de Santé publique aura certainement attiré votre attention car elle vous concerne à plus d'un titre : parce qu'elle touche à des questions de santé publique, mais aussi parce que le rapport relaté par le journal *Le Soir* du 13 octobre dernier parle « des inégalités de santé tenaces ... entre plus favorisés et moins favorisés » faisant le lien entre la santé et le statut socio-économique de la population.

Le constat de cette enquête est interpellant lorsqu'on en lit les conclusions tirées par *Le Soir* : « les décideurs politiques tardent à lutter contre les inégalités de santé », (...) « constat implacable : les écarts n'ont pas diminué en dix ans », ... et les indicateurs sont nombreux pour démontrer à quel point les personnes déjà fragilisées socialement et économiquement le sont également en matière de santé. À titre d'exemple, les personnes sans qualification ou détentrices du seul GER sont victimes de maladies chroniques dans une proportion de 44,2 % alors que ce taux se réduit à 20,4 % pour les personnes ayant une qualification du supérieur.

Je citerai encore deux autres chiffres. L'un est relatif à la consommation en matière de soins de santé : seuls 35,4 % de la catégorie des diplômés du seul CEB ont recours à une consultation chez un dentiste, la proportion est de 68,9 % chez les plus instruits. Nous en sommes à un écart du simple au double. L'autre est relatif à un critère plus global, mais néanmoins révélateur, celui de la mauvaise santé subjective : 42,7 % des personnes sans qualification ou détentrices du seul CEB ressentent ce mal-être, contre seulement 14,3 % des personnes diplômées du supérieur. Ajoutons, en parallèle, que les moins instruits fréquentent davantage le généraliste ou les services d'urgence des hôpitaux alors que les diplômés du supérieur ont plus souvent recours aux spécialistes (kinésithérapeute, dentiste, etc.).

Songeons alors que pour ceux qui manquent de moyens, la parole même est lacunaire pour déterminer ce qui les fait souffrir : « je me sens en mauvaise santé » disent-ils sans pouvoir identifier leurs souffrances et encore moins des pistes de solutions ? En ont-ils seulement parfois ? Cette étude démontre aussi à quel point notre système de soins de santé reste flou : alors que nous nous gargarisons d'offrir en Belgique l'un des meilleurs accès aux soins de santé, l'information, la prévention, la pédagogie à l'égard de ces publics demeurent manifestement insuffisantes pour réduire l'inégalité entre les démunis et les nantis.

Vergeten wij ook niet dat de mutualiteiten via de Brusselse afdeling van het intermutualistisch college ons boegbeeld hebben overgenomen in de informatie die zij aan hun leden hebben verspreid.

Omdat wij met de Stichting tegen kanker aan het werken zijn aan een nieuwe strategie voor sensibilisering, zal men pas een nieuwe strategie kunnen uitwerken zodra het strategisch plan op punt is gesteld, zijnde ten vroegste midden 2011.

Vraag nr. 23 van de heer Jacques Morel d.d. 23 november 2010 (Fr.) :

De enquête van het WIV en het werk van de KBS inzake sociale ongelijkheid qua gezondheid.

U heeft zeker met aandacht de meest recente nationale gezondheidsenquête 2008 van het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid gevolgd, niet alleen omdat ze betrekking heeft op gezondheidskwesities, maar ook omdat het verslag ter zake in « *Le Soir* » van 13 oktober laatstleden gewag maakte van aanhoudende ongelijkheden op het vlak van gezondheid ... tussen de meer en minder goeiden, en zo het verband legde tussen de gezondheid en de sociaal-economische status van de bevolking.

De conclusies van « *Le Soir* » over de enquête roepen vragen op : de beleidsmakers dralen om de ongelijkheden op het vlak van de gezondheid te bestrijden. Het is duidelijk dat ze niet afgenomen zijn in de laatste tien jaar, en uit vele indicatoren blijkt hoezeer sociaal-economisch kwetsbare groepen ook kwetsbaar zijn op het vlak van de gezondheid. Het percentage chronische ziekten bedraagt bijvoorbeeld 44,2 % bij laaggeschoolden, terwijl het maar 20,4 % bedraagt bij hooggeschoolden.

Nog twee andere cijfers : het ene betreft de consumptie inzake gezondheidszorg : enkel 35,4 % van de mensen met enkel basisonderwijs gaan op raadpleging bij de tandarts, in verband met 68,9 % bij de andere groep, ongeveer tweemaal zoveel. Het andere betreft een algemener, maar niettemin veelzeggend criterium : de subjectieve slechte gezondheid. In de eerste groep heeft 42,7 % het gevoel in slechte gezondheid te zijn, in verband met enkel 14,3 % in de tweede groep. We voegen daaraan toe dat de laaggeschoolden vaker een beroep doen op de huisarts of op de spoeddienst van ziekenhuizen, terwijl de hooggeschoolden vaker een beroep doen op specialisten (kinesist, tandarts, enz.).

De minstbedeelden zijn zelfs minder in staat om te zeggen wat hen doet lijden : zij voelen dat hun gezondheid niet goed is, zonder precies te kunnen zeggen wat er scheelt en nog minder wat eraan kan gedaan worden. Hebben ze soms oplossingen ? Uit het onderzoek blijkt ook hoe vaag ons gezondheidssysteem blijft. We verkondigen luid dat België een van de meest toegankelijke gezondheidszorgen heeft, maar de informatie, de preventie, de pedagogie ten aanzien van die mensen blijft duidelijk onvoldoende om de ongelijkheden verminderen.

Nous ne pouvons pas rester sourds encore longtemps !

La Fondation Roi Baudouin publie quasi le même jour (le 12 octobre) une note qui résulte d'une étude conjointe de son groupe de travail « inégalités » et du groupe de recherche TAHIB (Tackling health inequalities in Belgium) dont la conclusion principale est « l'inégalité sociale en matière de santé est importante en Belgique; le plus grave est que cette inégalité ne se résorbe pas mais s'accroît plutôt ! ».

Retenons comme exemple significatif la question de l'espérance de vie : un homme de 25 ans ayant fait des études supérieures peut espérer vivre 80 ans; avec un diplôme du secondaire supérieur, il mourra 2,5 ans plus tôt; avec un diplôme de l'enseignement secondaire inférieur, 4 ans plus tôt et avec un diplôme de primaire 7,5 ans plus tôt !

Plus inacceptable encore, l'écart entre niveaux d'enseignement a progressé quant à l'espérance de vie en bonne santé. Ainsi, pour les femmes qui ont suivi l'enseignement secondaire, la différence de nombres d'années en bonne santé est passée de 1,5 à 3 à 5 à 6 ans, pour celles qui ont suivi l'enseignement primaire, l'écart est passé de 10 à 11 ans et pour celles qui n'ont pas suivi d'enseignement, la différence passe de 11,5 à 18 ans. Aujourd'hui, les femmes peuvent compter sur « moins d'années en bonne santé » qu'à la fin des années 90 !

L'un des premiers constats de cette étude, c'est que le problème n'est pas que celui du « bas » de l'échelle sociale mais qu'il s'agit d'un gradient : les plus vulnérables sont les plus touchés, mais les personnes de la classe moyenne sont également en moins bonne santé qu'elles ne pourraient l'être, elles ont une vie plus courte et vivent moins d'années en bonne santé qu'on ne pourrait l'attendre. Une large part de la population est donc en moins bonne santé que ce qu'elle pourrait être.

Autre constat : les déterminants socio-économiques (revenu et niveau d'éducation) sont principaux; les facteurs environnementaux – cadre de vie, habitat, nuisances, milieu globalement précaire ou au capital social faible – augmentent le risque de mauvaise santé et ce, même indépendamment des caractéristiques socio-économiques individuelles.

L'étude montre que si nous avons l'impression d'une population globalement en bonne santé, la réalité est que les écarts sont très importants entre groupes de population et que l'état de santé est bien inférieur à ce qu'il pourrait être. « À réduire ces inégalités, il y a des gains de santé considérables à réaliser à court terme », conclut la note de la Fondation.

On pourrait joindre aux résultats de l'enquête de l'ISSP et aux travaux de la Fondation, les travaux de l'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles et les données de l'ONE. Ils rajouteraient des chiffres aux chiffres ...

Sans doute faudrait-il faire converger davantage ces bases de données, mais surtout les faire vivre, les traduire, et partir à la rencontre des individus et groupes de population qui sont derrière les chiffres.

À l'annonce de cet état des lieux, la FRB « a appelé, à nouveau, les décideurs politiques à élaborer un véritable plan de lutte contre ces inégalités ».

Wij kunnen niet langer doof blijven !

De Koning Boudewijnstichting publiceerde bijna gelijktijdig (12 oktober) een nota die voortvloeit uit een gezamenlijke studie van zijn werkgroep « ongelijkheden » en van de werkgroep TAHIB (Tackling health inequalities in Belgium), met als voornaamste conclusie dat de sociale ongelijkheid inzake gezondheid aanzienlijk is in België; het ergste is dat die ongelijkheid niet afneemt, maar zelfs toeneemt !

Een goed voorbeeld daarvan is de levensverwachting : een hoogopgeleide man van 25 jaar mag hopen tot 80 jaar te leven; met een diploma hoger secundair onderwijs is dat 2,5 jaar minder; met een diploma lager secundair onderwijs 4 jaar minder en met een diploma lager onderwijs 7,5 jaar minder !

Nog minder aanvaardbaar is dat de kloof tussen de onderwijsniveaus toegenomen is inzake de levensverwachting in goede gezondheid. Voor vrouwen met een diploma secundair onderwijs is het verschil in aantal jaren in goede gezondheid toegenomen van 1,5 à 3 tot 5 à 6 jaar, voor degenen die lager onderwijs gevolgd hebben, is het verschil toegenomen van 10 tot 11 jaar, en voor degenen die geen onderwijs gevolgd hebben neemt het verschil toe van 11,5 tot 18 jaar. Vandaag de dag kunnen de vrouwen rekenen op « minder jaren in goede gezondheid » dan op het einde van de jaren 90 !

Een van de eerste vaststellingen van dat onderzoek is dat probleem niet enkel ligt bij de « onderkant » van de sociale ladder, maar gradueel is : het gaat vooral over de meest kwetsbare mensen, maar mensen van de middenklasse zijn eveneens in minder goede gezondheid dan mogelijk zou zijn en leven minder jaren in goede gezondheid dan kon verwacht worden. Een groot deel van de bevolking is dus in minder goede gezondheid dan mogelijk zou zijn.

Een andere vaststelling : sociaal-economische bepalende factoren (inkomsten en opleidingsniveau) komen in de eerste plaats; de milieufactoren – leefomgeving, woning, hinder, kwetsbare algemene omgeving of zwak sociaal kapitaal – verhogen het risico op een slechte gezondheid, zelfs los van de individuele sociaal-economische kenmerken.

Hoewel wij de indruk hebben dat de bevolking in het algemeen in goede gezondheid verkeert, is de kloof tussen de bevolkingsgroepen in werkelijkheid groot en de gezondheidstoestand slechter dan mogelijk zou zijn. De nota van de Stichting komt tot het besluit dat een vermindering van die ongelijkheden op korte termijn zou leiden tot een aanzienlijke winst op het vlak van de gezondheid.

Aan de resultaten van de twee bovenvermelde onderzoeken kunnen wij die van de onderzoeken van het Observatorium voor gezondheid en welzijn toevoegen, nog meer cijfers ...

Het is zeker een goede zaak die gegevens samen te brengen, maar we moeten vooral kijken wat erachter schuilt ... via een ontmoeting met de individuen en groepen achter de cijfers.

Bij de aankondiging van deze stand van zaken heeft de KBS opnieuw een oproep gedaan tot de politieke besluitvormers om een echt plan uit te werken om die ongelijkheden te bestrijden.

Pour en revenir à l'article du Soir, le journaliste conclut en signalant expressément « qu'aucun des sept ministres belges de la Santé, au fédéral, dans les Communautés et les Régions, n'a jugé utile de commenter le constat chiffré posé par l'Institut scientifique de Santé publique » et les propositions stratégiques de la Fondation Roi Baudouin.

Messieurs les Ministres, quelle est aujourd'hui votre réaction face à ces constats particulièrement décourageants ? Quelles sont les actions que vous avez mises en œuvre afin d'enfin inverser cette tendance et de réduire ces écarts croissants et inacceptables ?

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

Nous souhaitons tout de suite préciser un élément pour qu'il n'y ait pas de confusion sur le sujet : de manière globale et comparativement aux autres régions ou grandes villes, l'état de santé des Bruxellois s'améliore. C'est ce qui ressort du tableau de bord récemment publié par l'Observatoire de la Santé et du Social. Par contre, il est exact que les inégalités de santé sont en croissance à Bruxelles, comme partout ailleurs en Belgique et dans la plupart des grandes agglomérations. Et il y a lieu de mettre en place des politiques ayant pour finalité d'inverser cette tendance.

La question des « inégalités sociales de santé » est réapparue dans le débat public dans la dernière décennie. En effet, selon certains, avec la création de la Sécurité Sociale qui garantit un accès aux soins égal pour tous, les questions de santé et leurs relations au « social » ne méritaient plus d'être posées puisqu'une réponse avait été trouvée par ce système de protection sociale.

La réalité est tout autre. Les observations faites autour de la complexité de notre société, l'ouverture de l'éventail des catégories sociales et la progression de franges importantes de population placées dans des conditions précaires ont eu des répercussions importantes sur les problématiques de santé.

Et depuis, en Belgique on s'interroge à nouveau sur le lien entre facteurs sociaux et état de santé, alors qu'on y travaillait déjà dès le milieu du XIX^e siècle.

De différentes études, menées notamment en Angleterre, a émergé le concept de « gradient social de santé ». Cette expression désigne l'association entre position dans la hiérarchie sociale et état de santé. En fait, les personnes qui jouissent d'un statut social élevé sont en meilleure santé que celles qui sont juste en dessous et ainsi de suite jusqu'aux plus démunis.

Le lien entre pauvreté et santé est frappant. Ne pas pouvoir se loger convenablement, ne pas travailler régulièrement, ne pas manger à sa faim ou de manière équilibrée tous les jours ... augmentent les risques de développer de graves problèmes de santé, physiques et mentaux. Mais il n'y a pas que la question de la privation matérielle. Composer avec des opportunités moindres, vivre avec le stress et le sentiment d'avoir peu de contrôle sur sa vie, ... Tous ces éléments et sentiments subjectifs comportent aussi des effets négatifs sur la santé.

Les écarts de santé entre les pauvres et les riches s'accroissent à Bruxelles. Dans le cadre d'une amélioration générale des indicateurs de santé, cet accroissement des inégalités est le plus souvent

We komen terug op het artikel van « *Le Soir* », dat de journalist afsluit met de uitdrukkelijke mededeling dat geen enkele van de zeven ministers van Volksgezondheid bij de federale overheid, de Gemeenschappen en Gewesten het nuttig heeft geacht commentaar te geven bij de vaststelling van het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid en bij de strategische voorstellen van de Koning Boudewijnstichting.

Wat is uw reactie op die bijzonder ontmoedigende vaststellingen ? Welke acties hebt u ondernomen om die trend te keren en om die toenemende en onaanvaardbare kloof te verkleinen ?

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

Wij willen onmiddellijk een aspect verduidelijken zodat er geen verwarring ontstaat omtrent het onderwerp : op algemene wijze en vergeleken met de andere gewesten of grote steden, verbetert de gezondheidstoestand van de Brusselaars zich. Dit blijkt uit de Gezondheidsindicatoren van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn. Het is daarentegen wel waar dat de ongelijkheden in gezondheid in Brussel toenemen, zoals trouwens overal in België en in de meeste grote steden. Er moet een beleid ingevoerd worden dat deze tendens omkeert.

De kwestie omtrent de sociale gezondheidsongelijkheden werd opnieuw aangekaart tijdens het publiek debat van het laatste decennium. Inderdaad, volgens sommigen verdienden, met de creatie van de sociale zekerheid die een gelijke toegang tot de zorgen garandeert, de vragen omtrent de gezondheid en hun relatie met het sociale aspect, geen aandacht meer aangezien er reeds een antwoord gevonden werd via dit systeem van sociale bescherming.

De werkelijkheid is helemaal anders. De gemaakte vaststellingen omtrent de complexiteit van onze samenleving, de opening van de waaier aan sociale categorieën en de vooruitgang van belangrijke bevolkingsgroepen die in preciaire omstandigheden leven, hebben grote gevolgen gehad op de gezondheidsproblematiek.

En sindsdien stelt men in België opnieuw het verband tussen de sociale factoren en de gezondheidstoestand in vraag, terwijl men er al sinds het midden van de 19^{de} eeuw aan werkte.

Verskillende studies, onder meer gevoerd in Engeland, hebben geleid tot het concept van de « sociale gradiënt in gezondheidsstatus ». Deze term duidt het verband aan tussen de positie in de sociale hiërarchie en de gezondheidstoestand. Eigenlijk zijn de mensen die een hoog sociaal statuut hebben in betere gezondheid dan diegenen die er net onder vallen en diegenen die het armst zijn.

Het verband tussen armoede en gezondheid is opmerkelijk. Geen degelijke huisvesting hebben, niet regelmatig werken, onvoldoende eten of dagelijks op onevenwichtige manier eten ... verhogen de risico's op het ontwikkelen van ernstige gezondheidsproblemen, fysieke en mentale problemen. Het gaat echter niet alleen om het materiële gemis. Het stellen met minder opportuniteiten, leven met stress en het gevoel van weinig controle over je eigen leven te hebben, ... al deze elementen en subjectieve gevoelens hebben ook negatieve gevolgen voor de gezondheid.

De gezondheidsverschillen tussen de armen en de rijken in Brussel nemen toe. In het kader van een algemene verbetering van de gezondheidsindicatoren, is deze stijging van de ongelijkheden

lié à une évolution favorable plus prononcée pour les populations plus aisées. C'est ce qui explique l'accroissement des écarts pour la mortalité avant l'âge d'un an, pour la mortalité par cancer du poumon ou encore des écarts d'espérance de vie chez les hommes.

Mais l'accroissement des écarts peut aussi s'expliquer par une détérioration de la situation des plus défavorisés, comme pour l'obésité et le diabète chez les femmes ou le tabagisme chez les hommes. C'est donc bien en faveur de ce public, plus défavorisé, qu'il faut agir en priorité.

Cette lutte contre les inégalités sociales nécessite d'abord d'enrayer la pauvreté.

En ce sens, la Région de Bruxelles-Capitale a, depuis longtemps, tenté de le faire en mettant en place une analyse régulière concrétisée par le rapport pauvreté.

Depuis peu, un groupe de travail inter-cabinets est chargé de produire tous les 2 ans un plan de lutte contre la pauvreté. Ce groupe de travail est maintenant institué dans la Conférence interministérielle bruxelloise Social-santé.

Par ailleurs, les représentants des ministres bruxellois de l'Aide aux Personnes participent aux travaux organisés dans le cadre du plan national d'inclusion sociale et sont membres de la Conférence interministérielle Social.

En ce qui concerne les actions menées dans le cadre de la politique de santé, voici quelques éléments de réponse.

L'existence d'un financement par les pouvoirs publics constitue déjà une réponse aux problèmes d'inégalités de santé. En effet, les services agréés étant financés, ils ont l'opportunité d'offrir un service accessible voire gratuit.

Par ailleurs, des projets spécifiques à la diminution des inégalités en santé sont financés. Nous pensons par exemple à l'ASBL « Medimmigrant » dont la mission est d'assurer l'accès aux soins de santé pour les personnes sans domicile légal et les personnes dans une situation de résidence précaire (demandeurs d'asile, personnes en procédure de regroupement familial, ...). Medimmigrant rend, sur demande, visite aux organisations et services médicaux pour expliquer les diverses situations en rapport avec le domaine médical auxquelles sont confrontées les personnes sans domicile légal ou dans une situation de résidence précaire. L'ASBL développe des moyens de communication pour les services d'urgence des hôpitaux bruxellois, des dépliants, des brochures et un site web.

Un autre exemple que nous voulons également mentionner, ce sont les futurs projets « article 107 » du secteur de la psychiatrie. Nous soutenons trois projets qui s'adressent aussi aux groupes-cible vulnérables des personnes souffrant de troubles psychiatriques ou dans une situation sociale précaire. Dans ce cadre, des équipes mobiles et des réseaux seront mis en place pour soigner les personnes dans leur propre environnement.

Nous soutenons également les initiatives ou développons des initiatives qui ont pour objectif d'offrir une réponse la plus adaptée possible aux Bruxellois et qui en ce sens facilitent l'accès aux soins et de facto luttent contre les inégalités de santé.

het vaakst gelinkt aan de duidelijk gunstigere evolutie voor de rijkere bevolkingsgroepen. Dit verklaart de toename van de verschillen voor de sterfte vóór de leeftijd van 1 jaar, voor de sterfte als gevolg van longkanker of nog het verschil in de levensverwachting bij de mannen.

De toename van het verschil kan echter ook verklaard worden door een verslechtering van de situatie van de meest benadeelden, zoals voor obesitas en diabetes bij vrouwen of het tabaksgebruik bij mannen. Het is dus wel degelijk ten gunste van dit meer benadeelde publiek dat men in de eerste plaats moet handelen.

Deze strijd tegen de sociale ongelijkheden vereist eerst de bestrijding van armoede.

Daarom heeft het Brussels Hoofdstedelijk Gewest sinds lange tijd geprobeerd om dit te doen door een regelmatige analyse te maken die geconcretiseerd wordt door het armoederapport.

Sinds kort is een interkabinetaire werkgroep om de twee jaar belast met de uitwerking van een plan voor de armoedebestrijding. Deze werkgroep is nu gevormd in de Brusselse interministeriële conferentie Sociale Aangelegenheden-Gezondheid.

Bovendien nemen de vertegenwoordigers van de Brusselse ministers van personen hulp deel aan de acties georganiseerd in het kader van het nationaal plan voor sociale inclusie en zijn ze lid van de interministeriële conferentie Sociale Aangelegenheden.

Wat betreft de activiteiten gevoerd in het kader van het gezondheidsbeleid, zie hier enkele antwoordelementen.

Het bestaan van een overheidsfinanciering vormt al een antwoord op de problemen omtrent de gezondheidsongelijkheden. Inderdaad, de erkende diensten die gefinancierd worden, hebben de mogelijkheid om een toegankelijke en zelfs gratis dienst aan te bieden.

Bovendien worden specifieke projecten ter vermindering van de gezondheidsongelijkheden gefinancierd. Wij denken bijvoorbeeld aan de vzw « Medimmigrant » die als opdracht heeft de toegang tot gezondheidszorgen voor mensen zonder wettelijke verblijfplaats en voor mensen in een preciaire woonsituatie te garanderen (asielzoekers, mensen in de procedure van familiale hergroepering, ...). Indien er vraag naar is, bezoekt Medimmigrant de medische organisaties en diensten om de verschillende situaties uit te leggen in verband met het medisch domein waarmee de mensen zonder wettelijke verblijfplaats of in een preciaire woonsituatie geconfronteerd worden. De vzw ontwikkelt communicatiemiddelen voor de urgentiediensten van de Brusselse ziekenhuizen, brochures, folders en een website.

Een ander voorbeeld die wij eveneens willen vermelden, zijn de toekomstige projecten « artikel 107 » van de sector van de psychiatrie. Wij steunen drie projecten die zich ook richten tot kwetsbare doelgroepen die psychiatrische stoornissen hebben of zich in een preciaire sociale situatie bevinden. In dit kader zullen er bewegelijke teams ingezet worden om mensen in hun eigen omgeving te verzorgen.

Wij steunen eveneens de initiatieven of ontwikkelen initiatieven die als doel hebben een zo gepast mogelijk antwoord te geven aan de Brusselaars en die ook de toegang tot de gezondheidszorgen mogelijk maken en, de facto, strijden tegen de gezondheidsongelijkheden.

Nous citerons 5 exemples :

1. l'ASBL Bruxelles Ville Région en Santé;
2. l'ordonnance sur les services de santé mentale;
3. la vaccination gratuite selon le calendrier vaccinal défini en Conférence interministérielle Santé;
4. le programme de dépistage du cancer du sein ainsi que le travail avec les acteurs du terrain en vue de l'élaboration d'une stratégie commune et structurelle de sensibilisation à la participation en Région bruxelloise;
5. la subsidiation de l'Œuvre Nationale Belge de Lutte contre la Tuberculose.

En ce qui concerne les propositions stratégiques de la Fondation Roi Baudouin, il semble effectivement qu'il y ait un manque de coordination de la question à l'échelle fédérale. Pour ce qui est de l'échelle régionale, la Conférence interministérielle bruxelloise se met au travail.

Enfin, nous pouvons signaler que la question des inégalités sociales de santé est souvent directement ou indirectement abordée dans les différents groupes de travail de la Conférence interministérielle de la Santé et il y existe un groupe de travail intitulé « Performance du système de soins santé ».

Question n° 24 de Mme Bianca Debaets du 10 décembre 2010 (N.) :

Le site internet Hospichild.

Hospichild est un site internet qui informe sur les aspects administratifs, scolaires et sociaux lors de l'hospitalisation des enfants.

- Combien de visiteurs ce site web a-t-il reçus depuis sa création ?
- Combien de (nouveaux) visiteurs a-t-il chaque jour ?
- Quelles sont les rubriques les plus consultées ?
- Combien de personnes sont-elles abonnées à la lettre d'information Hospinews ?
- Combien de personnes cette structure emploie-t-elle ?

Réponse : Le site web connaît un grand succès. Depuis son lancement le 20 mars 2007, 270.790 visiteurs ont consulté le site. Afin de vous donner une idée plus précise de ces visites nous pouvons dire qu'il s'agit de 173.235 visites francophones (depuis la Belgique et l'étranger), 54.140 néerlandophones (depuis la Belgique mais également depuis les Pays-Bas) et 38.694 sont anglophones (depuis la Belgique, l'Angleterre, les Etats-Unis, le Canada, etc.). Le reste est constitué de visiteurs parlant d'autres langues.

Wij vermelden vijf voorbeelden :

1. de vzw Brussel Gezond Stadsgewest;
2. de Ordonnantie betreffende de diensten voor geestelijke gezondheidszorg;
3. de gratis vaccinatie volgens de vaccinatiekalender bepaald in de interministeriële conferentie omtrent Gezondheid;
4. het programma omtrent borstkankerscreening, alsook het werk met de veldactoren met het oog op de uitwerking van een gemeenschappelijke en structurele strategie voor de sensibilisering tot deelname in het Brussels Gewest;
5. de subsidiëring van het Belgisch Nationaal Werk tot Bestrijding van de Tuberculose.

Wat betreft de strategische voorstellen van de Koning Boudewijnstichting, lijkt het inderdaad dat er een gebrek aan coördinatie van de kwestie is op federaal niveau. Wat het regionaal niveau betreft, start de Brusselse interministeriële conferentie met het werk.

Ten slotte, kunnen we melden dat de kwestie omtrent de sociale ongelijkheden op het vlak van gezondheid vaak rechtstreeks of onrechtstreeks in de verschillende werkgroepen van de interministeriële conferentie van Gezondheid worden aangekaart en dat er een werkgroep bestaat, genaamd « Performantie van het systeem van gezondheidszorg ».

Vraag nr. 24 van mevr. Bianca Debaets d.d. 10 december 2010 (N.) :

De website « Hospichild ».

Hospichild geeft informatie met betrekking tot administratieve, schoolse en sociale aangelegenheden in het kader van ziekenhuisopnames van kinderen.

- Hoeveel bezoekers kende deze website sinds het ontstaan ?
- Hoeveel dagelijkse (nieuwe) bezoekers kent de website ?
- Welke rubrieken worden het meest geconsulteerd ?
- Hoeveel mensen zijn er geabonneerd op de nieuwsbrief « Hospinews » ?
- Hoeveel mensen worden er binnen deze structuur tewerkgesteld ?

Antwoord : De website kent een groot succes. Sinds haar lancering op 20 maart 2007 hebben 270.790 bezoekers de website geconsulteerd. Om een duidelijk beeld te geven van deze bezoeken kunnen we meedelen dat het hier 173.235 Franstalige bezoeken betreft (vanuit België en het buitenland), 54.140 Nederlandstalige (vanuit België, maar ook vanuit Nederland) en 38.694 Engelstalige bezoekers (vanuit België, Engeland, Amerika, Canada, enz.). De rest zijn anderstalige bezoekers.

Quotidiennement, on compte 204,34 (nouveaux) visiteurs en moyenne, week-ends, périodes de vacance et jours similaires compris.

Hospichild propose de nombreuses rubriques. Cependant, la plupart des visiteurs consultent la rubrique relative aux hôpitaux bruxellois.

À la première place on trouve l'Hôpital Universitaire des Enfants Reine Fabiola (urgences, accès, pédiatrie, services aux parents, services en chambre, services dans l'hôpital, scolarité, finances).

À la deuxième place on trouve l'Hôpital Universitaire de Bruxelles (UZ Brussel) avec les mêmes sous-rubriques.

Aux troisième et quatrième places on trouve l'Hôpital Erasme et les Hôpitaux Iris Sud – Site Etterbeek Ixelles.

Les aspects financiers se trouvent à la cinquième place, suivis des nouvelles publiées dans Hospinews.

Enfin, il y a la fonction de recherche qui est opérationnelle au moyen de mots-clés à travers tout le site.

La newsletter « Hospinews » s'adresse à 580 abonnés. En outre, Hospinews est relayé par beaucoup de lecteurs dans leurs propres réseaux. 30 % des abonnés ouvrent et lisent la newsletter.

Hospichild dispose de deux employées plein-temps, à savoir une coordinatrice francophone et une adjointe néerlandophone. À côté de ces employées, le site peut compter sur l'aide ponctuelle et le soutien d'un informaticien et un graphiste en interne. Pour tout ce qui est le design et les aspects techniques du site web ainsi que la traduction, appel est fait à la sous-traitance.

Pour plus d'informations, nous vous invitons à consulter l'annexe 14a (Rapport annuel 2009 sur Hospichild) du rapport de la discussion budgétaire (Doc. n° B-24/3 – 2010/2011).

Question n° 25 de Mme Bianca Debaets du 17 décembre 2010 (N.) :

Parking Plus.

Afin de résoudre le problème de mobilité auquel sont confrontés de nombreux prestataires de soins, l'ASBL Connectar a mis sur pied le projet « Parking Plus », qui permet aux particuliers de signaler, au moyen d'un autocollant, que les prestataires de soins peuvent se parquer devant leur garage.

- Combien de personnes collaborent-elles actuellement à ce projet ? Pouvez-vous nous fournir une ventilation par commune ?
- Comment fera-t-on connaître le projet Parking Plus ? Les communes y contribuent-elles activement ? Avez-vous connaissance des communes qui sensibilisent leur population à ce projet, par exemple à travers leur bulletin d'information communal ?

Dagelijks telt men gemiddeld 204,34 (nieuwe) bezoekers, weekends, vakantieperiodes en dergelijke inbegrepen.

Hospichild heeft tal van rubrieken. Maar de meeste bezoekers consulteren de rubriek met betrekking tot de Brusselse ziekenhuizen.

Op de eerste plaats treft men hier het Universitaire Kinderziekenhuis Koningin Fabiola (spoedgevallen, routebeschrijving, pediatrie, dienstverlening aan de ouders, diensten op de kamer, ziekenhuisdiensten, ziekenhuisonderwijs, financiële info).

Op de tweede plaats vindt men het Universitair Ziekenhuis Brussel (UZ Brussel) met dezelfde subrubrieken.

Op plaats drie en vier staan respectievelijk het Erasmusziekenhuis en Iris Ziekenhuizen Zuid – campus Etterbeek-Elsene.

De financiële aspecten staan op de vijfde plaats, gevolgd door het nieuws dat verschijnt in Hospinews.

En ten slotte is er de zoek-functie waar men via een sleutelwoord zoekt op de website.

De nieuwsbrief « Hospinews » heeft 580 abonnees. Hospinews wordt daarboven gerelayerd door vele lezers binnen hun eigen netwerk. Gemiddeld 30 % van deze abonnees openen en lezen Hospinews.

Hospichild heeft twee voltijdse medewerkers in dienst, met name een Franstalige coördinatrice en een Nederlandstalige adjunct. Naast deze medewerkers, kan de site rekenen op punctuele hulp en ondersteuning van een interne informaticus en een grafist. Voor alles wat betreft webdesign, webtechnologie en vertaling, wordt er beroep gedaan op onderaanneming.

Voor meer informatie verwijzen we naar bijlage 14a (Jaarverslag 2009 Hospichild) van het verslag van de begrotingsbesprekingen (Doc. nr. B-24/3 – 2010/2011).

Vraag nr. 25 van mevr. Bianca Debaets d.d. 17 december 2010 (N.) :

Parking plus.

Om tegemoet te komen aan de mobiliteitsproblematiek waarmee heel wat zorgverstrekkers te kampen hebben, werd door de vzw Connectar het project « Parking Plus » uitgewerkt. Hierbij kunnen particulieren met een sticker aangeven dat zorgverstrekkers voor hun garage mogen parkeren.

- Hoeveel mensen werken er momenteel aan dit project mee ? Graag een opsplitsing per gemeente.
- Hoe zal de verdere bekendmaking voor Parking Plus verlopen ? Werken de gemeenten hier actief aan mee ? Heeft u zicht op de gemeenten die bijvoorbeeld in hun gemeentelijk infoblad hun bevolking hiervoor sensibiliseren ?

- Une première évaluation de ce projet a-t-elle été réalisée, par exemple concernant le degré de satisfaction des prestataires de soins ?
- Combien d'entreprises y collaborent-elles, soit par des contrats de parrainage, soit par la mise à disposition de places de parking sur leur terrain ? Quels efforts sont-ils déployés afin d'intéresser les entreprises à ce projet ?

Réponse : À l'heure actuelle, 87 soignants et 130 citoyens participent au projet, dont 96 sont adéquatement enregistrés sur le site.

Voici une liste des garages enregistrés par commune au 20 janvier 2011 :

Code postal	# garages
1000	3
1020	4
1030	10
1050	7
1060	1
1070	6
1082	6
1083	3
1090	12
1120	1
1140	16
1150	5
1160	1
1170	5
1190	2
1200	13
1210	1
Total	96

Concernant la publicité au sujet de Parking +, 3 actions ont à ce jour été entreprises :

1. Publicité par le biais de la conférence de presse du 10 septembre 2010.
2. Par la presse classique. Suite à cette conférence de presse, la plupart des journaux ont écrit sur Parking +. Plusieurs stations de radio ont fait un reportage : La Une, RTL, Radio 2, FM Brussel. Les chaînes de télévision suivantes ont consacré une interview ou un reportage à Parking + : Télé Bruxelles, TV Brussel, RTL, TF1 planifie une émission.
3. Un site internet a été développé et des tracts sont mis à disposition afin de soutenir les actions de communication.

Selon les informations obtenues par des contacts avec les services communaux, les communes suivantes ont communiqué sur l'initiative à l'attention de leurs habitants.

Etterbeek : un article dans « La vie Etterbeekoise »

Evere : une publication dans « Evere Contact »

Ixelles : on a confirmé la distribution des tract Parking + et, à l'administration communale, un guichet Parking + est à la disposition des habitants

- Is er een eerste evaluatie gebeurd van dit project ? Bijvoorbeeld naar de tevredenheid van de zorgverstrekkers ?
- Hoeveel bedrijven werken er mee ? Hetzij door sponsorcontracten, hetzij door het ter beschikking stellen van parkingplaatsen op hun bedrijfsterrein. Welke inspanningen worden er geleverd om bedrijven warm te maken voor dit project ?

Antwoord : Momenteel werken er 87 zorgverstrekkers en 130 burgers mee aan het project, waarvan 96 correct geregistreerd op de website.

Hieronder vindt u een overzicht van correct geregistreerde garages per gemeente op 20 januari 2011 :

Postcode	# garages
1000	3
1020	4
1030	10
1050	7
1060	1
1070	6
1082	6
1083	3
1090	12
1120	1
1140	16
1150	5
1160	1
1170	5
1190	2
1200	13
1210	1
Totaal	96

Wat de bekendmaking van Parking + betreft, werden er op dit ogenblik 3 acties ondernomen :

1. Bekendmaking via persconferentie van 10 september 2010.
2. Via de gewone pers. De meeste kranten schreven over Parking + in navolging van deze persconferentie. Verschillende radiozenders maakten een reportage : La Une, RTL, Radio 2, FM Brussel. De volgende televisiezenders hebben een interview of reportage gewijd aan Parking + : Télé Bruxelles, TV Brussel, RTL. TF1 plant een uitzending.
3. Er werd een website ontwikkeld en er zijn folders ter beschikking om de communicatieacties te ondersteunen.

Volgens de informatie bekomen via contacten met de gemeentelijke diensten hebben volgende gemeenten over het initiatief gecommuniceerd met hun inwoners :

Etterbeek : een artikel in « Leven in Etterbeek »

Evere : publicatie in « Evere Contact »

Elsene : men bevestigde de verspreiding van de folders Parking + en men heeft een P+ loket voorzien in het gemeentehuis ten behoeve van de inwoners

Koekelberg : publication dans « Koekelberg news ». La commune a également ajouté un lien sur son site internet vers www.parkingplus.be

À l'heure actuelle, le projet est complètement opérationnel et des actions suivantes seront encore entreprises en 2011 afin de mieux faire connaître le projet :

1. Mieux faire connaître le projet chez les soignants par le biais des associations professionnelles, des associations scientifiques, des cercles et des employeurs.
2. Afin de sensibiliser les citoyens le projet sera mis en évidence par la presse grand public, les communes et les associations de personnes âgées. Une action porte-à-porte est en réflexion en collaboration avec des mouvements de jeunesse.

Ces actions s'inscrivent dans un plan de communication global ainsi que dans les limites du budget disponible. Le 12 décembre 2010, le Collège réuni a décidé d'octroyer une subvention supplémentaire pour le plan de communication Parking +.

Sachant que le projet est complètement opérationnel depuis peu, une évaluation aura lieu courant 2011.

Un plan de sponsoring a été développé et de nombreux contacts ont déjà eu lieu avec des sponsors potentiels, cependant, sans grand résultat à ce jour.

Actuellement, la firme Generali a mis à disposition quelques places de parking et la firme Dove soutient le projet en livrant des produits pour un concours.

Question n° 26 de Mme Françoise Bertiaux du 23 décembre 2010 (Fr.) :

Les priorités de la Commission communautaire commune pour les années 2009-2014.

Les priorités de la Commission communautaire commune pour les années 2009-2014 prévoyaient notamment la création d'une plateforme de concertation entre les praticiens de la santé. À cette fin, il était prévu de mieux organiser l'offre de santé et répondre davantage aux besoins, notamment des structures hospitalières spécialisées, des structures de première ligne et de seconde ligne.

En outre, toujours dans ce souci d'améliorer l'organisation des soins, que je partage pleinement, il était prévu de permettre « une communication immédiate et toujours plus poussée entre les professionnels de la santé au sein de la Région ».

Mes questions sont les suivantes :

1. À quelle étape de la création de cette plateforme que vous appelez de vos vœux et qui est souhaitée par le secteur de la santé êtes-vous ? Comment le Gouvernement de Bruxelles-Capitale a-t-il concrètement encouragé la constitution de celle-ci ?
2. Qu'avez-vous déjà pu mettre en place afin d'améliorer la communication entre les professionnels de la santé ?

Koekelberg : publicatie in « Koekelberg news ». De gemeente heeft tevens een link geplaatst op haar website naar www.parking-plus.be

Op dit ogenblik is het project helemaal operationeel en worden de volgende acties ondernomen in 2011 teneinde het project beter bekend te maken :

1. Verdere bekendmaking van het project bij de zorgverstrekkers via beroepsverenigingen, wetenschappelijke verenigingen, kringen en werkgevers.
2. Om de burgers te sensibiliseren zal het project blijvend kenbaar gemaakt worden via de gewone pers, gemeenten en ouderenverenigingen. Er wordt onder andere een deur tot deur actie overwogen in samenwerking met jeugdbewegingen.

Deze acties passen binnen een globaal communicatieplan en binnen de beperkingen van het beschikbare budget. Op 12 december 2010 heeft het Verenigd College beslist een bijkomende toelage toe te kennen voor het communicatieplan Parking +.

Gezien het project nu pas voluit operationeel wordt, zal een evaluatie in de loop van 2011 plaatsvinden.

Er werd een sponsorplan uitgewerkt en er werden heel wat contacten gelegd met potentiële sponsors, doch zonder veel resultaat.

Op dit ogenblik heeft de firma Generali een aantal parkeerplaatsen ter beschikking gesteld en ondersteunt de firma Dove het project door het leveren van hun producten voor een wedstrijd.

Vraag nr. 26 van mevr. Françoise Bertiaux d.d. 23 december 2010 (Fr.) :

De prioriteiten van de GGC voor 2009-2014.

De prioriteiten van de GGC voor 2009-2014 bestonden onder andere uit de oprichting van een overlegplatform voor de beoefenaars van een gezondheidsberoep. Bedoeling is om het aanbod van gezondheidszorgen beter te organiseren en beter tegemoet te komen aan de behoeften, met name van de gespecialiseerde ziekenhuisstructuren, de eerstelijnsstructuren en de tweedelijnsstructuren.

Bovendien was er voorzien in een onmiddellijke en steeds grondiger communicatie tussen de beoefenaars van een gezondheidsberoep in het Gewest.

1. In welke fase van de oprichting van het platform dat door u en de sector gewenst is, bevindt u zich ? Hoe heeft de regering geïjverd voor de oprichting ervan ?
2. Wat heeft u reeds gedaan om de communicatie tussen de beoefenaars van een gezondheidsberoep te verbeteren ?

- a) Avez-vous décidé de développer un système de communication similaire au modèle du réseau de santé wallon ?
- b) Ce réseau de la santé vise à faciliter et accélérer l'échange de documents médicaux entre professionnels de la santé, intra et extrahospitaliers. Selon le site du réseau santé wallon, il met également à leur disposition « une infrastructure de communication hautement sécurisée et une organisation qui permettent d'assurer efficacement l'échange de documents médicaux dématérialisés (rapport de consultation, protocole de laboratoire, rapport d'hospitalisation, dossier résumé d'urgence) ». Les objectifs d'un réseau bruxellois et les modalités d'application sont-ils les mêmes ?

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

La plateforme de concertation et de soutien à la première ligne de soins est créée. Il s'agit de l'ASBL Conectar.

L'ASBL est officiellement agréée provisoirement par la CCC comme Service intégré de soins à domicile (SISD) conformément à l'arrêté royal du 8 juillet 2002 et bénéficie d'un financement INAMI.

C'est elle qui est entre autres maître d'œuvre du projet Parking +. Elle a également coordonné les projets de formes alternatives de soins du protocole 3 concernant la politique de la santé à mener à l'égard des personnes âgées.

Le soutien par le Collège réuni se fait notamment au travers d'une subvention complémentaire par la CCC (allocation de base 02 3 2 33.01 « Subsidies à la plateforme de soins à domicile »).

En ce qui concerne la communication entre professionnels de la santé, la déclaration du Collège réuni dit ceci :

« Afin de mieux organiser la continuité des soins, le Collège réuni encouragera la communication immédiate et toujours plus poussée entre les professionnels de la santé au sein de la Région, (sur le modèle du Réseau de Santé Wallon et des réseaux en constitution dans la Région flamande) et l'échange de données relatives aux patients entre acteurs de la santé, tout en respectant les règles de protection de la vie privée et du secret professionnel. ».

Et la mise en œuvre de ce point se fait au sein de la Conférence interministérielle de la Santé dans le cadre de la plate-forme « e-Health ».

Créée par la loi du 21 août 2008 relative à l'institution et à l'organisation de la plateforme eHealth, elle a, conformément à l'article 4, « pour but d'optimiser la qualité et la continuité des prestations de soins de santé et la sécurité du patient, de promouvoir la simplification des formalités administratives pour tous les acteurs des soins de santé et de soutenir la politique en matière de santé, et ce par des prestations de services et des échanges d'informations électroniques mutuels entre tous les acteurs des soins de santé, organisés avec les garanties nécessaires sur le plan de la sécurité de l'information et de la protection de la vie privée ».

Il est important que l'échange de données relatives aux patients se fasse de manière optimale sur tout le territoire belge ainsi qu'au

- a) Hebt u beslist om een soortgelijk communicatiesysteem op poten te zetten zoals in het Waalse gezondheidsnetwerk ?
- b) Dit netwerk strekt ertoe de uitwisseling van medische documenten tussen de beoefenaars van een gezondheidsberoep te verbeteren, binnen en buiten de ziekenhuizen. Volgens de site van het Waalse gezondheidsnetwerk, wordt ook een communicatie-infrastructuur ter beschikking gesteld die zeer veilig is. De werkwijze maakt een efficiënte uitwisseling van niet-materiële medische documenten mogelijk (consultatieverslag, laboprotocol, opnameverslag). Zijn de doelstellingen van een Brussels net en de uitvoeringsvoorwaarden dezelfde ?

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

Het platform voor overleg en ondersteuning van de eerstelijnszorg is opgericht. Het betreft de vzw Conectar.

De vzw heeft een voorlopige officiële erkenning gekregen van de GGC als geïntegreerde dienst voor thuisverzorging (GDT) overeenkomstig het Koninklijk Besluit van 8 juli 2002 en geniet een financiering van het RIZIV.

De vzw is onder meer de opdrachtgever van Parking +. Zij coördineert tevens projecten van de zorgalternatieven van protocol 3 betreffende het te voeren ouderenzorgbeleid.

De steun van het Verenigd College gebeurt door middel van een bijkomende subsidie van de GGC (basisallocatie 02 3 2 33.01 « Toelagen aan het Platform voor thuiszorg »).

Wat de communicatie betreft tussen de beroepsmensen uit het gezondheidsmilieu, zegt de verklaring van het Verenigd College het volgende :

« Om de continuïteit van de zorgen beter te organiseren, zal het Verenigd College de onmiddellijke en steeds meer doorgedreven communicatie aanmoedigen tussen de beroepsmensen uit het gezondheidsmilieu binnen het Gewest (naar het model van het Réseau de Santé Wallon en de netwerken die worden opgericht in het Vlaams Gewest), alsook de uitwisseling van gegevens over patiënten tussen gezondheidsactoren, waarbij de regels inzake de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en het beroepsgeheim worden nageleefd. ».

De uitvoering van dit punt, gebeurt vanuit de Interministeriële Conferentie Gezondheid in kader van het platform « e-health ».

Opgericht door de wet van 21 augustus 2008 houdende oprichting en organisatie van het e-health-platform, heeft zij, conform artikel 4, « als doel om, door een onderlinge elektronische dienstverlening en informatie-uitwisseling tussen alle actoren in de gezondheidszorg, georganiseerd met de nodige waarborgen op het vlak van de informatieveiligheid en de bescherming van de persoonlijke levenssfeer, de kwaliteit en de continuïteit van de gezondheidszorgverstreking en de veiligheid van de patiënt te optimaliseren, de vereenvoudiging van de administratieve formaliteiten voor alle actoren in de gezondheidszorg te bevorderen en het gezondheidsbeleid te ondersteunen ».

Het is belangrijk dat de gegevensuitwisseling betreffende de patiënten op een optimale manier gebeurt en dit over het hele Bel-

niveau international. La Région bruxelloise attire en effet 30 % de patients non bruxellois dans ses hôpitaux. En outre, un bon système de soins de santé est important pour le positionnement et l'attractivité de la Région, dont ses prestataires de santé, sur le plan international.

Pour votre totale information, la Commission européenne et les USA viennent de signer un accord sur une stratégie numérique commune sur l'interopérabilité des dossiers médicaux électroniques et des programmes communs de formation dans les technologies de l'information et de la santé.

Question n° 27 de Mme Bianca Debaets du 17 janvier 2011 (N.) :

La tuberculose en Région bruxelloise.

Selon les normes de l'OMS, la tuberculose a presque entièrement été éradiquée en Belgique, mais le suivi des groupes à risque reste un défi majeur, très certainement à Bruxelles.

Tient-on des statistiques au sujet de la tuberculose à Bruxelles, et quelles évolutions peut-on en déduire pour les 5 dernières années ? Où se situe ce chiffre par rapport à ceux de la Flandre et de la Wallonie ?

Via quels canaux la plupart des cas sont-ils signalés ?

Observe-t-on des différences significatives en ce qui concerne le nombre de contaminations parmi les groupes à risque – en fonction de l'âge, du sexe, d'autres facteurs ?

Réponse : Nous disposons de données sur la tuberculose en Région bruxelloise grâce à la convention qui existe entre la Fondation contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires et la Commission Communautaire Commune.

Cette convention a pour objet de contribuer à la tenue annuelle du registre de la tuberculose en Région bruxelloise, afin de suivre l'évolution de la maladie et d'identifier les groupes à risque (Voir le Rapport d'activités 2010, Registre 2009, Région de Bruxelles-Capitale).

Entre 2003 et 2007, 69 personnes sont décédées de tuberculose, ce qui représente 1,6 % des décès par infection.

L'incidence de la tuberculose enregistrée en Belgique décroît régulièrement depuis les années 80, avec un ralentissement de cette décroissance depuis 1992. Cette évolution se retrouve en Flandre et en Wallonie alors qu'en Région bruxelloise, après une période de décroissance jusqu'en 1987, on observe depuis lors une certaine stabilité. Cette stabilité est la résultante d'une incidence décroissante chez les Belges combinée à une incidence croissante chez les non-Belges.

Depuis 2007, l'incidence de la tuberculose dans la Région de Bruxelles-Capitale, est passée sous le seuil des 30 cas/100.000 habitants. En 2009, 320 patients ont été déclarés en Région bruxelloise, avec une incidence de 30,5 (corrigé 29,9)/100.000 habitants en 2009.

gische grondgebied alsook op internationaal niveau. Het Brussels Gewest trekt tot 30 % niet-Brusselse patiënten aan in haar ziekenhuizen. Bovendien is een goed zorgstelsel, waaronder de zorgverleners, belangrijk voor de positionering en de aantrekkelijkheid van het Gewest op internationaal niveau.

Opdat u alle informatie zou krijgen : de Europese Commissie en de VS hebben zopas een akkoord ondertekend over een gezamenlijke digitale strategie over de interoperabiliteit van elektronische medische dossiers en gezamenlijke opleidingsprogramma's in de informatie- en gezondheidstechnologieën.

Vraag nr. 27 van mevr. Bianca Debaets d.d. 17 januari 2011 (N.) :

TBC binnen het Brussels Gewest.

Volgens WGO normen is TBC nagenoeg volledig uitgeroeid in België, maar de follow-up van de risicogroepen blijft een grote uitdaging, zeker in Brussel.

Worden er statistieken bijgehouden met betrekking tot TBC in Brussel en welke evoluties zijn daaruit af te leiden voor de laatste 5 jaar ? Hoe houdt dit cijfer zich ten opzichte van Vlaanderen en Wallonië ?

Langs welke kanalen komen de meeste meldingen binnen ?

Zijn er significante verschillen vast te stellen wat het aantal besmettingen betreft bij risicogroepen ? Dit naar leeftijd, geslacht, andere ?

Antwoord : Wij beschikken over gegevens over tuberculose dankzij de overeenkomst tussen de Stichting tegen Tuberculose en de Respiratoire Aandoeningen en de Gemeenschappelijke gemeenschapscommissie.

Deze overeenkomst draagt in grote mate bij tot het jaarlijks bijhouden van het tuberculoregister in de Brusselse regio, zodat de evolutie van de ziekte kan worden gevolgd en de risicogroepen kunnen worden geïdentificeerd (zie activiteitenverslag 2010, Tuberculoregister 2009, Brussels Hoofdstedelijk Gewest).

Tussen 2003 en 2007 zijn 69 personen overleden aan tuberculose, dit is 1,6 % van de sterfgevallen door infectie.

De incidentie van de in België geregistreerde tuberculose neemt stelselmatig af sinds de jaren '80, met een vertraagde daling sinds 1992. Deze evolutie is waarneembaar in Vlaanderen en Wallonië, terwijl de incidentie in het Brussels Gewest, na een daling tot in 1987, een zekere stabiliteit kent; deze stabiliteit is het resultaat van een dalende incidentie bij de Belgen in combinatie met een stijgende incidentie bij de niet-Belgen.

Sinds 2007 blijft de tuberculose-incidentie in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest onder de grens van 30 gevallen per 100.000 inwoners. In 2009 werden 320 patiënten aangegeven in de Brusselse regio met een incidentie van 30,5 (gecorrigeerd 29,9)/100.000 inwoners in 2009.

Malgré cette stabilisation de l'incidence ces dernières années, Bruxelles reste la région la plus touchée par la tuberculose avec une incidence 3 fois plus élevée que l'incidence globale du pays (1/3 des patients dépistés en Belgique sont des résidents bruxellois). Cependant il ne faut pas oublier que la tuberculose est plus fréquente en zone urbaine : les grandes villes belges ont une incidence plus élevée que les régions auxquelles elles appartiennent; parmi elles, Bruxelles et Anvers ont les incidences les plus élevées.

Par ailleurs, la crise économique et l'augmentation de la paupérisation qui en découle laisse augurer une augmentation du nombre de tuberculoses dans la capitale notamment parmi les plus précarisés qui représentaient près de 50 % des tuberculeux qui y ont été déclarés en 2009.

Chaque médecin ou chef de laboratoire de la RBC qui a connaissance d'un patient atteint de tuberculose active est légalement obligé de le déclarer au médecin inspecteur de la COCOM (par écrit ou on line). Celui-ci adresse un double de la déclaration à la FARES/VRGT qui établit un dossier pour chaque patient. Une demande de renseignements est alors complétée par le médecin en charge du patient via un contact direct avec un(e) des infirmiers/infirmières de la FARES/VRGT (c'est le cas pour les hôpitaux et les maisons médicales) ou par courrier.

En 2009, les déclarations émanaient par ordre décroissant des laboratoires, de la FARES/VRGT Bruxelles, des mutuelles, des services préventifs, des hôpitaux et des médecins spécialistes.

Comme dans les deux autres régions, les hommes sont plus souvent atteints que les femmes (57 % des cas déclarés).

L'âge médian est de 37 ans chez les Bruxellois belges (versus 53 ans en Flandre et 50 ans en Wallonie) et de 33 ans chez les non-Belges (31 ans en Flandre et 36 ans en Wallonie).

L'incidence de la tuberculose varie fortement selon la nationalité, notamment pour les personnes originaires de pays à haute prévalence de tuberculose. En 2009, 64 % des nouveaux patients tuberculeux bruxellois sont de nationalité étrangère.

L'incidence varie selon la commune. Sept communes ont un taux plus élevé que la moyenne de la Région bruxelloise : Saint-Josse-ten-Noode, Molenbeek-Saint-Jean, Saint-Gilles, Bruxelles-Ville, Anderlecht, Schaerbeek et Koekelberg (prisonniers, demandeurs d'asiles et illégaux exclus).

À Bruxelles, 86 % des patients diagnostiqués en 2009 sont des patients symptomatiques consultant dans le secteur curatif, 8 % le sont après des activités de dépistage ciblé et le reste fait partie des contacts des patients connus.

Les groupes à haut risque identifiés en Région bruxelloise sont les prisonniers, les immigrés récents provenant de pays à haute prévalence (dont les demandeurs d'asile et les illégaux), les sujets précarisés (dont les personnes sans-abri) et les usagers de drogue intraveineuse ainsi que le personnel en contact avec ces personnes à risque.

En 2009, 46 % des cas appartiennent à au moins un groupe à risque dont 33 % de sujets socio-économiquement défavorisés, 12 % d'illégaux, 8 % de demandeurs d'asile et 13 % de personnes ayant eu un contact récent avec un patient tuberculeux. Les primo-arrivants originaires de pays à haute prévalence représentent 20 % des tuberculeux en RBC en 2009.

Ondanks deze stabilisering van de incidentie, blijft Brussel de meest getroffen regio met een incidentie die drie maal hoger ligt dan de globale incidentie van het land (1/3 van de opgespoorde patiënten in België verblijven te Brussel). Men mag ook niet vergeten dat tuberculose vaker voorkomt in een stedelijke gebieden : de grote Belgische steden hebben een hogere incidentie dan de gewesten waarin zij liggen; van deze steden hebben Brussel en Antwerpen de incidentiecijfers.

Bovendien voorspelt men als gevolg van de economische crisis en de toenemende armoede, een toename van tuberculose in de hoofdstad, vooral bij mensen die in armoede leven. Deze vertegenwoordigen bijna 50 % van de tuberculosegevallen gemeld in 2009.

Elke arts of hoofd van een laboratorium in het BHG die kennis krijgt van een patiënt met actieve tuberculose is wettelijk verplicht daarvan aangifte te doen bij de gezondheidsinspecteur van de GGC (schriftelijk of online). Deze laatste zendt een dubbel van de aangifte naar FARES/VRGT, welke instaan voor de opmaak van een dossier per patiënt. Bijkomende informatie wordt opgevraagd bij de behandelende arts via een rechtstreeks contact met een verpleegkundige(n) van FARES/VRGT (dit is zo voor ziekenhuizen en de wijkgezondheidscentra) of via briefwisseling.

In 2009 kwamen de aangiftes in dalende volgorde van : laboratoria, FARES/VRGT Brussel, ziekenfondsen, preventieve diensten, ziekenhuizen en geneesheren-specialisten.

Zoals in de andere regio's zijn mannen vaker getroffen dan vrouwen (57 % van de aangegeven gevallen).

De mediane leeftijd is 37 jaar bij de Belgische Brusselaar (versus 53 jaar in Vlaanderen en 50 jaar in Wallonië) en 33 jaar bij de niet-Belgen (31 jaar in Vlaanderen en 36 jaar in Wallonië).

De tuberculose-incidentie varieert sterk volgens nationaliteit, met name voor de personen afkomstig uit landen met een hoge tuberculoseprevalentie. In 2009 hebben 64 % van de nieuwe tuberculosepatiënten een vreemde nationaliteit.

De incidentie varieert volgens gemeente. Zeven gemeentes hebben een hogere incidentie dan het gemiddelde van de Brusselse regio : Sint-Joost-ten-Node, Sint-Jans-Molenbeek, Sint-Gillis, Brussel Stad, Anderlecht, Schaerbeek en Koekelberg (gedetineerden, asielzoekers en mensen zonder papieren uitgesloten).

In Brussel werd in 2009 bij 86 % de diagnose gesteld door consultaties van symptomatische patiënten in de curatieve sector, 8 % door een gerichte opsporing, de rest maakt deel uit van de bekende patiëntencontacten.

De geïdentificeerde hoge risicogroepen in de Brusselse regio zijn de gedetineerden, de nieuwe immigranten afkomstig uit landen met een hoge prevalentie (waaronder asielzoekers en mensen zonder papieren) kansarmen (waaronder daklozen) en druggebruikers, alsook het personeel dat werkzaam is met risicogroepen.

In 2009 behoorden 46 % van de gevallen tot minstens één risicogroep waaronder kansarmen (33 %), mensen zonder papieren (12 %), asielzoekers (8 %) en personen met een recent contact met een tuberculosepatiënt (13 %). De nieuwe immigranten, afkomstig uit landen met een hoge prevalentie vertegenwoordigen 20 % van de tuberculosegevallen in BHG in 2009.

Question n° 28 de Mme Bianca Debaets du 17 janvier 2011 (N.) :

Les interventions chirurgicales de reconstruction de l'hymen.

Que ce soit sous la pression ou non de leur famille et de leur entourage, de plus en plus de jeunes filles se présentent chez nos médecins (généralistes) et dans nos hôpitaux bruxellois pour demander une intervention de chirurgie plastique destinée à reconstruire l'hymen.

Disposez-vous de chiffres qui montrent combien d'opérations de reconstruction ont ainsi été réalisées en 2010 dans les hôpitaux et le secteur ambulatoire bruxellois ? Pouvez-vous nous communiquer également le chiffre pour les cinq dernières années ? Pouvez-vous comparer ce chiffre à ceux de la Flandre et de la Wallonie ?

Réponse : La réfection de l'hymen est pratiquée en hospitalier mais également en ambulatoire sous anesthésie locale.

Il n'existe pas de code INAMI spécifique à la chirurgie plastique de réfection de l'hymen. Lorsque l'intervention est effectuée, le code INAMI utilisé est celui de « plastique vaginale et vulvaire ».

Sous ce code, on peut retrouver des interventions plastiques pour des indications diverses telles que suites d'accouchement, brûlures, traumatismes, séquelles d'abcès, cancers, désinfibulations ... et notamment réfections de l'hymen.

Nous ne disposons pas des chiffres concernant la Région bruxelloise. Ci-dessous sont fournis les chiffres pour toute la Belgique de 1988 à 2009 (source AIM), comprenant donc l'ensemble de ces indications, sans qu'il soit possible de les distinguer. Le code de nomenclature 431760 comprend les interventions en hospitalisation, le code 431756 en ambulatoire. Les interventions pratiquées sous ce code ont augmenté en ambulatoire entre 1988 et 2008 sans que l'on puisse en déduire quoi que ce soit en termes de réfection d'hymen.

Toutes les structures hospitalières bruxelloises n'effectuent pas ce genre d'intervention. Nous ne disposons pas du nombre d'interventions sous ce code en Région bruxelloise. Mais à titre d'exemple, une dizaine de cas de réfection d'hymen sont pratiqués annuellement au CHU Saint-Pierre.

Nombre d'interventions de plastique vaginale et vulvaire en ambulatoire (431756) et hospitalisation (431760) entre 1988 et 2009 en Belgique

NOMC	431756	431760	Total
1988	431	836	1.267
1989	543	842	1.385
1990	677	846	1.523
1991	727	905	1.632
1992	796	967	1.763
1993	951	881	1.832
1994	1.065	911	1.976
1995	1.078	826	1.904
1996	1.321	843	2.164

Vraag nr. 28 van mevr. Bianca Debaets d.d. 17 januari 2011 (N.) :

Chirurgische ingrepen tot herstel van het maagdevlies.

Steeds meer jonge meisjes komen, al dan niet onder druk van hun familie en omgeving, aankloppen bij onze Brusselse (huis)artsen en ziekenhuizen met de vraag om via plastische chirurgie het maagdevlies te herstellen.

Heeft u cijfers die aantonen hoeveel hersteloperaties er in de Brusselse ziekenhuizen en de ambulante sector werden uitgevoerd in 2010 ? Graag ook het cijfer voor de afgelopen 5 jaar. Kan u dat cijfer vergelijken met Vlaanderen en Wallonië ?

Antwoord : Het herstel van het maagdevlies wordt zowel uitgevoerd in het ziekenhuis alsook in de ambulante sector onder lokale verdoving.

Er bestaat geen specifieke RIZIV-code voor de plastische chirurgie tot herstel van het maagdevlies. Als er een ingreep wordt uitgevoerd, is de gebruikte RIZIV-code deze van « vagina- en vulvoplastiek ».

Onder deze code vindt men plastische ingrepen terug die worden uitgevoerd voor verschillende indicaties, zoals voor de gevolgen van een bevalling, brandwonden, traumata, gevolgen van abcessen, kankers, desinfibulaties, ... en ook het herstellen van het maagdevlies.

Wij beschikken over geen cijfergegevens voor de Brusselse regio. Hieronder vindt u de cijfers voor heel België van 1988 tot 2009 (bron IMA) die dus alle indicaties omvat zonder dat er een onderscheid kan gemaakt worden. De nomenclatuur code 431760 bevat de interventies in het ziekenhuis, de code 431756 de ambulante interventies. Tussen 1988 en 2008 is er een toename van de interventies die uitgevoerd worden onder deze code, zonder dat men daaruit iets kan afleiden wat betreft het herstel van het maagdevlies.

Niet alle Brusselse ziekenhuisstructuren voeren dit soort interventie uit. We beschikken niet over het aantal interventies onder deze code in de Brusselse regio. Maar bij wijze van voorbeeld : jaarlijks worden er een tiental herstellingen van het maagdevlies uitgevoerd in het UMC Sint-Pieter.

Aantal ingrepen vagina- en vulvoplastiek ambulant (431756) en gehospitaliseerd (431760) tussen 1988 en 2009 in België.

NOMC	431756	431760	Totaal
1988	431	836	1.267
1989	543	842	1.385
1990	677	846	1.523
1991	727	905	1.632
1992	796	967	1.763
1993	951	881	1.832
1994	1.065	911	1.976
1995	1.078	826	1.904
1996	1.321	843	2.164

1997	1.290	746	2.036
1998	1.541	786	2.327
1999	1.639	771	2.410
2000	1.718	770	2.488
2001	2.043	815	2.858
2002	1.952	762	2.714
2003	2.092	680	2.772
2004	2.150	735	2.885
2005	2.170	706	2.876
2006	2.138	671	2.809
2007	2.310	655	2.965
2008	2.476	705	3.181
2009	2.415	680	3.095

1997	1.290	746	2.036
1998	1.541	786	2.327
1999	1.639	771	2.410
2000	1.718	770	2.488
2001	2.043	815	2.858
2002	1.952	762	2.714
2003	2.092	680	2.772
2004	2.150	735	2.885
2005	2.170	706	2.876
2006	2.138	671	2.809
2007	2.310	655	2.965
2008	2.476	705	3.181
2009	2.415	680	3.095

Question n° 29 de Mme Bianca Debaets du 17 janvier 2011 (N.) :

Le VIH.

Malheureusement, ces dernières années le VIH connaît une recrudescence. Plus d'un Belge contaminé sur trois vit en Région de Bruxelles-Capitale.

Combien de nouveaux cas a-t-on enregistrés à Bruxelles en 2010 ? Pouvez-vous nous communiquer ce chiffre pour les cinq dernières années ?

Pouvez-vous nous situer ce chiffre par rapport au reste du pays ?

Relève-t-on un nombre nettement supérieur de contaminations dans certains groupes de population ?

Dispose-t-on de chiffres sur le nombre de contaminations relatif à d'autres MST ?

Quelles mesures comptez-vous prendre afin de freiner cette augmentation ?

Réponse : Vu que les chiffres 2010 ne sont pas encore disponibles, la réponse se base sur le Rapport annuel global 2009 publié par l'ISP en novembre 2010 et les analyses plus spécifiques pour la Région bruxelloise effectuées jusque 2007 pour le Tableau de bord de la santé 2010.

En 2009, 220 nouveaux cas de séropositivité ont été rapportés chez des Bruxellois (pour 411 cas en Flandre et 140 cas en Wallonie), ce qui représente 28 % des cas pour lesquelles la résidence est connue. Au cours des 12 dernières années, l'augmentation du nombre de cas est plus marquée en Flandre qu'en Wallonie et à Bruxelles.

Évolution de la distribution des patients par région, Belgique, 2010

	Bruxelles	Flandre	Wallonie
2005	208	361	163
2006	205	344	146
2007	204	372	158
2008	218	384	132
2009	220	411	140

Vraag nr. 29 van mevr. Bianca Debaets d.d. 17 januari 2011 (N.) :

HIV.

Helaas kent HIV de laatste jaren terug een toename. Meer dan een op de drie geïnfecteerde Belgen woont in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

Hoeveel nieuwe besmettingen werden er in Brussel in 2010 geregistreerd ? Kan u dat cijfer voor de afgelopen 5 jaar meedelen ?

Kan u dat cijfer ten opzichte van rest van het land situeren ?

Zijn er opvallend meer besmettingen bij bepaalde groepen ?

Zijn er cijfers bekend van het aantal besmettingen van andere soa's ?

Welke maatregelen wil u nemen om deze stijging terug te dringen ?

Antwoord : Daar de cijfers voor 2010 nog niet beschikbaar zijn, is het antwoord op de vraag gebaseerd op het globaal jaarlijks rapport van het WIV van november 2010 en de meest recente analyses voor de Brusselse regio uitgevoerd tot 2007 voor de Gezondheids-indicatoren 2010.

In 2009 werden 220 nieuwe gevallen seropositief verklaard in Brussel (411 gevallen in Vlaanderen en 140 gevallen in Wallonië), hetgeen 28 % van de gevallen vertegenwoordigt van wie de woonplaats bekend is. Tijdens de laatste 12 jaar is de toename van het aantal gevallen in Vlaanderen meer uitgesproken dan in Wallonië en in Brussel.

Evolutie van de patiënten verdeling per regio, België, 2010

	Brussel	Vlaanderen	Wallonië
2005	208	361	163
2006	205	344	146
2007	204	372	158
2008	218	384	132
2009	220	411	140

En 2007, un quart des nouveaux cas sont belges (cas pour lesquels la nationalité est connue). Parmi les cas non belges, la majorité provient d'Afrique subsaharienne : en 2007, pour 140 patients non belges diagnostiqués, 60 % proviennent d'Afrique subsaharienne, 23 % d'Europe, 3 % d'Afrique du Nord et 14 % d'autres pays. Les personnes issues de pays où l'épidémie est généralisée constituent la plus grande part des patients contaminés par voie hétérosexuelle.

Si en début d'épidémie on rapportait 3 fois plus d'hommes que de femmes, on retrouvait autant d'hommes que de femmes entre 1994 et 2003. Depuis, la proportion d'hommes augmente de nouveau, en raison de l'augmentation de la transmission homosexuelle : on retrouve en 2007 à Bruxelles près de deux fois plus d'hommes que de femmes.

Globalement, la transmission hétérosexuelle est le mode prédominant de transmission (58 % des cas bruxellois en 2009), et ce surtout chez les femmes.

Cependant, à Bruxelles comme dans les deux autres régions, la proportion des infections par contacts homo/bisexuels a augmenté entre 2003 et 2009 (39 % en 2009). Cette augmentation ne se manifeste plus uniquement chez les hommes de nationalité belge mais également chez les hommes de nationalité non belge; à Bruxelles en 2009, c'est le mode de transmission pour 59 % des cas masculins belges et 29 % des cas masculins non belges.

Il est préoccupant de constater que le nombre de cas de séropositivité par transmission homosexuelle augmente également chez les hommes jeunes, et pas seulement chez les hommes plus âgés chez qui un effet de lassitude des efforts de prévention se fait sentir.

Entre 2001 et 2007, on observe à Bruxelles une augmentation des infections sexuellement transmissibles comme la syphilis, la gonorrhée, les infections à chlamydia ainsi que des cas de Lymphogranuloma Venereum, comme d'ailleurs dans toutes les grandes villes belges et européennes.

Si les sources (laboratoires vigies et réseau sentinelle de cliniciens) et la modification des pratiques de dépistages (des tests plus sensibles, un dépistage plus intensif et plus ciblé) peuvent influencer l'évolution, on constate cependant une réelle augmentation par exemple pour les infections à Chlamydia chez les femmes jeunes. Contrairement à la contamination par le VIH, ici plus de 3/4 des patients sont européens. Il existe des différences de répartition par sexe et âge des différentes IST.

Une meilleure compréhension des déterminants des connaissances et attitudes, une orientation ciblée des campagnes d'information, une réflexion sur les stratégies de dépistage, une accessibilité au traitement, la mise en place d'un accompagnement psychologique et social sont les actions entreprises qui méritent d'être renforcées en tenant compte de certains groupes à risques identifiés ci-dessus comme les jeunes, les homosexuels masculins et les populations d'Afrique subsaharienne.

L'ensemble de la première ligne (médecins généralistes), les planning familiaux, l'ONE et K&G, la deuxième ligne (médecins spécialistes et hôpitaux) et de nombreuses associations sont actifs à différents niveaux ainsi que les communautés et le fédéral.

In 2007 betreft een kwart van de nieuwe gevallen Belgen (gevallen waarvan de nationaliteit bekend is). De meeste niet-Belgische gevallen zijn afkomstig uit Subsaharisch Afrika : in 2007 was 60 % van de 140 gediagnosticeerde niet-Belgische patiënten afkomstig uit Subsaharisch Afrika, 23 % uit Europa, 3 % uit Noord-Afrika en 14 % uit andere landen. Mensen uit landen waar de epidemie wijdverspreid is, vormen de grootste groep patiënten die worden besmet door heteroseksuele contacten.

Aan het begin van de epidemie werden driemaal meer mannen dan vrouwen geteld. Tussen 1994 en 2003 waren dit evenveel mannen als vrouwen. Sindsdien stijgt het percentage mannen opnieuw, met name als gevolg van de stijging van homoseksuele overdracht : in 2007 werden in Brussel bijna tweemaal meer mannen als vrouwen als seropositief aangegeven.

Algemeen kan men stellen dat de heteroseksuele overdracht de belangrijkste manier van overdracht is (58 % van de gevallen in Brussel in 2009) en dit voornamelijk bij de vrouwen.

Echter, zowel in Brussel als in de twee andere regio's, is het percentage besmettingen door homo-/biseksuele contacten gestegen tussen 2003 en 2009 (39 % in 2009). Deze stijging wordt niet alleen waargenomen bij Belgische mannen maar ook bij niet-Belgische mannen : in 2009 in Brussel is het de manier van overdracht bij 59 % van de Belgische mannen en bij 29 % van de niet-Belgische mannen.

Het is zorgwekkend vast te stellen dat het aantal seropositieve gevallen door homoseksuele overdracht ook stijgt bij jonge mannen, en niet alleen bij oudere mannen bij wie een vermoeidheidseffect ten opzichte van de preventie-inspanningen merkbaar wordt.

Tussen 2001 en 2007 wordt een stijging van seksueel overdraagbare aandoeningen waargenomen zoals syfilis, gonorrhoe en chlamydia-infecties alsook gevallen van Lymphogranuloma Venereum. Deze stijging wordt bovendien ook waargenomen in andere grote Belgische en Europese steden.

Als de informatiebronnen (peillabo's en het klinisch surveillancenetwerk) en de wijziging van de opsporingstechnieken (betere testen, intensievere en meer doelgerichte opsporing) de evolutie al kunnen beïnvloeden, dan constateert men toch een reële stijging bij jonge vrouwen van bijvoorbeeld chlamydia-infecties. In tegenstelling tot de HIV-besmettingen zijn hier meer dan 3/4 van de patiënten Europeanen. Er zijn verschillen in verdeling van de gevallen van SOA naar geslacht en leeftijd.

Een beter begrip van kennis en gewoontes, doelgerichte informatiecampagnes, een denkoefening over de opsporingsstrategieën, toegankelijkheid tot de behandeling, opzetten van sociale- en psychologische begeleiding, ... Het zijn ondernomen acties die allen versterkt mogen worden, rekening houdend met de risicogroepen die hierboven werden geïdentificeerd zoals de jongeren, de mannelijke homoseksuelen en de populaties uit Subsaharisch Afrika.

Het geheel van de eerstelijns (huisartsen), familiale planning, ONE en K&G, tweedelijns (gespecialiseerde artsen en ziekenhuizen) en talrijke verenigingen zijn op verschillende niveaus actief alsook de gemeenschappen en het federale niveau.

Question n° 30 de Mme Bianca Debaets du 17 janvier 2011 (N.) :

L'accueil des patients psychiatriques dans les hôpitaux bruxellois.

Il y a quelque temps, on a pu lire dans la presse que 40 % des patients psychiatriques séjournent plus d'une année en hôpital dans notre pays.

Disposez-vous de chiffres récents sur la situation à Bruxelles, par rapport à la situation en Flandre et en Wallonie ?

Hospitalise-t-on aussi toujours plus de patients psychiatriques à Bruxelles, ou la prise en charge se fait-elle plus souvent en ambulatoire ?

Quelles mesures comptez-vous prendre en faveur des patients psychiatriques ?

Réponse : Nous ne disposons pas de données exhaustives retenant le profil et la prise en charge résidentielle et/ou ambulatoire de l'ensemble des patients psychiatriques, ni, non plus, de chiffres récents concernant les patients hospitalisés (les données des RPM 2007 ne sont pas encore publiées).

En ce qui concerne les hôpitaux psychiatriques, les services psychiatriques des hôpitaux généraux, les initiatives d'habitation protégée et les maisons de soins psychiatriques, on trouve quelques données dans le feedback des Résumés Psychiatriques Minimaux (RPM). Les chiffres les plus récents concernent l'année 2006 : sur les patients présents fin 2006 dans une de ces institutions, 967 résidents bruxellois y ont séjourné moins d'un an (versus 1.262 patients au total soignés à Bruxelles et issus des trois Régions du pays) et 761 y ont séjourné plus d'un an.

En 2008, le KCE a publié une étude sur la base des données 2003 des Résumés Psychiatriques Minimaux et des données de remboursement de l'AMI : cette étude portait sur le profil et la prise en charge des patients séjournant plus d'un an dans un lit T (lits T = lits dans services neuropsychiatriques destinés au traitement des patients adultes).

Sur les quelques 13.000 patients ayant séjourné en Belgique pendant au minimum une année dans un lit T, une maison de soins psychiatriques, une initiative d'habitation protégée ou en hospitalisation de nuit, environ 36 % ont séjourné en lit T. Parmi eux, 70 % ont séjourné plus de 2 ans, 1/3 plus de 6 ans.

Ces patients dits de « longue durée » ont un profil plus lourd, sont majoritairement masculins et plus âgés (> 50 ans). A la sévérité des troubles psychiatriques, d'autres facteurs se rajoutent qui influencent la durée de séjour : des problèmes de comportement, l'isolement social, le degré d'autonomie, l'acceptabilité des alternatives de soins et les moyens financiers. Cependant 15 à 20 % de ces patients en Flandre et 10 % en Wallonie ont un profil semblable aux patients fréquentant les hospitalisations de jour ou les habitations protégées (et donc a priori « réintégréables »). Ce n'est le cas que pour 5 % d'entre eux à Bruxelles.

En tenant compte des caractéristiques des patients, la durée moyenne de séjour est plus basse à Bruxelles que dans les deux autres régions (différence significative avec la Wallonie).

Vraag nr. 30 van mevr. Bianca Debaets d.d. 17 januari 2011 (N.) :

De opvang van psychiatrische patiënten in de Brusselse ziekenhuizen.

Enige tijd geleden konden we in de pers lezen dat 40 % van de psychiatrische patiënten in ons land langer dan een jaar in een ziekenhuis verblijft.

Beschikt u over recente cijfers die aantonen hoe de situatie zich in Brussel verhoudt ten opzichte van Vlaanderen en Wallonië ?

Worden er in Brussel ook steeds meer psychiatrische patiënten in ziekenhuizen opgenomen of verloopt de opvang vaker ambulante ?

Welke maatregelen zal u uitwerken ten behoeve van psychiatrische patiënten ?

Antwoord : Wij beschikken niet over exhaustieve gegevens betreffende het profiel en de residentiële en/of ambulante opvang van alle psychiatrische patiënten en wij beschikken ook niet over recente cijfers over gehospitaliseerde patiënten (de gegevens MPG 2007 werden nog niet gepubliceerd).

Voor wat betreft de psychiatrische ziekenhuizen, de psychiatrische diensten van de algemene ziekenhuizen, beschut wonen en de psychiatrische rustverzorgingstehuizen, kunnen we enkele gegevens terugvinden in de feedback van de Minimale Psychiatrische Gegevens (MPG). De meest recente gegevens betreffen het jaar 2006 : van alle patiënten die einde 2006 verbleven in deze instellingen, zijn er 967 Brusselaars die er minder dan één jaar verbleven (versus 1.262 patiënten in totaal in Brussel verzorgd komende van de 3 Gewesten) en 761 die er langer verbleven dan één jaar.

In 2008 heeft het KCE een studie gepubliceerd op basis van de gegevens 2003 van de Minimale Psychiatrische Gegevens en de terugbetalingsgegevens van de ZIV : deze studie gaat over het profiel en de opvang van patiënten die langer dan een jaar in een T-bed verblijven (T-bedden = bedden op de neuropsychiatrische diensten, bestemd voor de behandeling van volwassen patiënten).

Op ongeveer 13.000 patiënten die in België al minstens een jaar in een T-bed, een psychiatrisch verzorgingstehuis, in beschut wonen of nachthospitalisatie verblijven, verbleef ongeveer 36 % in een T-bed. 70 % van hen is al langer dan 2 jaar gehospitaliseerd, 1/3 al meer dan 6 jaar.

Deze « langdurige » patiënten hebben een zwaar profiel en zijn meestal oudere mannen (>50 jaar). Bij de zwaarte van de psychiatrische stoornissen voegen zich andere factoren die de verblijfsduur beïnvloeden : gedragsproblemen, sociaal isolement, graad van zelfstandigheid, het aanvaarden van alternatieve zorg en financieel vermogen. Niettemin hebben 15 à 20 % van de patiënten in Vlaanderen en 10 % in Wallonië een profiel dat vergelijkbaar is met patiënten die in verblijven in daghospitalisatie of beschut wonen (en dus a priori « opnieuw integreerbaar »). Dit is niet het geval bij 5 % onder hen in Brussel.

Rekening houdend met de karakteristieken van de patiënten, is de gemiddelde verblijfsduur lager in Brussel dan in de twee andere Gewesten (significant verschil met Wallonië).

L'étude a étudié dans quelle mesure ces patients étaient « réorientés » (transfert vers d'autres structures résidentielles comme MSP, MRS, hôpitaux, institutions pour handicapés mentaux) ou « réintégrés » (passage en habitation protégée, hôpital de jour ou de nuit).

Plus de patients sont « réorientés » à Bruxelles et en Flandre qu'en Wallonie. Il n'y a pas de différence entre les 3 Régions en ce qui concerne le nombre de patients « réintégrés ».

L'offre de lits alternatifs (autres que T) ne semble pas avoir d'influence sur la probabilité de « réintégration » ou de « réorientation ». Inversement, les chances de « réintégration » sont plus faibles dans les régions qui disposent d'un grand nombre de lits T.

Bruxelles compte proportionnellement moins de lits T que les deux autres régions : 2 x moins que la Wallonie et 2,5 x moins que la Flandre. De plus, 2/3 des lits « T » sont consacrés au médico-légal (mise en observation et défense sociale).

Cependant le réseau ambulatoire est assez dense (nombre important des services de santé mentale, Centres de réadaptation fonctionnelle, initiatives d'habitation protégée) et développe des pratiques de collaboration.

La population cible est plus importante que la population officiellement répertoriée (primo-arrivants, sans-abri, diplomates, étudiants, navetteurs). Par ailleurs, du fait de son statut, Bruxelles accueille des patients provenant de l'extérieur de la Région : 1/4 des lits psychiatriques sont occupés par des non-Bruxellois.

La précarité est en augmentation, précarité qui a des conséquences sur la prévalence des troubles mentaux, sur la souffrance psychique d'origine sociale, sur la possibilité de bénéficier d'un support social, sur l'accès aux soins.

Les taux d'admission pour schizophrénie et autres troubles psychotiques, la fréquence des personnes présentant des troubles dépressifs sont plus élevés à Bruxelles que dans les autres régions. Les troubles mentaux représentent la première cause d'invalidité des Bruxellois.

Le secteur bruxellois se veut partie prenante de la réforme des soins de santé mentale actuellement en cours et souhaite se montrer inventif en termes de ressources alternatives. L'enjeu y est moins de réduire le nombre de lits hospitaliers que d'enclencher et soutenir un dialogue entre l'ambulatoire et l'hospitalier.

4 projets d'alternatives de soins ont été présentés lors de l'appel à projet « Psy 107 » lancé par la Task Force psychiatrie de la Conférence interministérielle Santé publique.

2 projets ont été sélectionnés et le Collège réuni a alloué un budget fin 2010 afin de permettre à la Plateforme de santé mentale d'accompagner ces projets et d'en tirer des leçons.

Un accompagnement académique est également prévu pour encadrer les projets bruxellois.

De studie heeft ook onderzocht in welke mate deze patiënten worden « geheroriënteerd » (doorverwijzing naar andere residentiële structuren zoals PVT, RVT, ziekenhuizen, instellingen voor mentaal gehandicapten) of dat ze opnieuw worden geïntegreerd (passage in beschut wonen, dag- of nachthospitalisatie).

In Brussel en in Vlaanderen worden er meer patiënten « geheroriënteerd » dan in Wallonië. Er is geen verschil tussen de drie Gewesten voor wat betreft het aantal opnieuw geïntegreerde patiënten.

Het aanbod van alternatieve bedden (andere dan T) blijkt geen invloed te hebben op de kans op « herintegratie » en « heroriëntering ». Omgekeerd, de kansen op « herintegratie » zijn lager in de gewesten die over een groot aantal T-bedden beschikken.

Brussel telt verhoudingsgewijs minder T-bedden dan de twee andere Gewesten : 2 x minder dan Wallonië en 2,5 x minder dan Vlaanderen. Daarenboven worden 2/3 van de T-bedden gebruikt voor gedwongen opnames (in observatiestelling en sociaal verweer).

Niettemin is het ambulante netwerk erg uitgebreid (belangrijk aantal diensten voor geestelijke gezondheid, centra voor functionele revalidatie, beschut wonen) en worden er samenwerkingen ontwikkeld.

Het doelpubliek is omvangrijker dan wat de officiële bevolkingscijfers vermelden (nieuwe immigranten, daklozen, diplomaten, studenten, pendelaars). Bovendien vangt Brussel, wegens haar statuut, patiënten op die van buiten de regio komen : 1/4 van de psychiatrische bedden zijn ingenomen door niet-Brusselaars.

De armoede neemt toe. Armoede die gevolgen heeft op de prevalentie van mentale stoornissen, op het psychisch lijden van sociale oorsprong, op de mogelijkheid om een sociale steun te genieten, op de toegang tot zorg.

De opnamegraad voor schizofrenie en andere psychotische stoornissen, het aantal personen met een depressie zijn veel hoger in Brussel dan in de andere Gewesten. Mentale stoornissen zijn de eerste oorzaak voor invaliditeit bij de Brusselaars.

De Brusselse sector neemt deel aan de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg en wenst zich inventief op te stellen in termen van alternatieve bronnen. De inzet is hier minder het verminderen van het aantal ziekenhuisbedden dan wel het op gang brengen en ondersteunen van een dialoog tussen de ambulante en ziekenhuissector.

4 projecten voor alternatieve zorg werden ingediend op het ogenblik van de projectoproep « Psy 107 », gelanceerd door de Task Force psychiatrie van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid.

2 projecten werden geselecteerd en het Verenigd College heeft eind 2010 een budget toegekend aan het Platform voor Geestelijke Gezondheid om deze projecten te begeleiden en om er lessen uit te trekken.

Een academische begeleiding om deze Brusselse projecten te omkaderen is ook voorzien.

Par ailleurs, l'Observatoire de la Santé et du Social pourrait également collaborer avec la Plateforme de santé mentale afin d'éclairer le recueil de données bruxelloises, notamment en ce qui concerne les territoires et les trajets de soins.

Question n° 31 de Mme Bianca Debaets du 17 janvier 2011 (N.) :

L'intoxication au CO en Région bruxelloise.

Chaque année encore, des personnes meurent d'une intoxication au CO due à un chauffe-eau ou à un appareil de chauffage défectueux.

Dispose-t-on de chiffres sur le nombre d'hospitalisations et de décès en Région de Bruxelles-Capitale dus à une intoxication au CO ?

Pouvez-vous comparer ce chiffre à ceux de la Flandre et de la Wallonie ?

Réponse : Les données concernant le nombre de décès proviennent de l'analyse des bulletins statistiques de décès, analysés par l'Observatoire de la Santé et du Social.

Le tableau ci-dessous montre le nombre de décès de résidents bruxellois liés à une intoxication au CO au cours des 10 dernières années. Pour les 5 dernières années (2005-2009) on compte en moyenne 8,4 décès par an dont un tiers est lié à un accident domestique (chauffage, chauffe-eau). La majorité des décès (40,5 %) sont liés à des incendies, et un peu plus d'un quart à des suicides. Si on compare aux 5 années précédentes (2000-2004) le nombre total de décès a diminué (en moyenne 11,6 décès par an) et la part des accidents domestiques a aussi diminué : ils représentaient près de la moitié des décès (46,6 %).

Si on considère les décès survenus en Région bruxelloise (qu'il s'agisse ou non de résidents bruxellois) on constate les mêmes tendances. Pour la période 2000-2004 on comptait en moyenne 15,2 décès par an dont près de la moitié (47,4 %) étaient liés à des accidents domestiques. Au cours des 5 dernières années le nombre moyen de décès par an a diminué (10,8) et la majorité (40,4 %) sont liés à des incendies, 39 % à des accidents domestiques.

Bovendien zal het Observatorium tevens samenwerken met het Platform voor Geestelijke Gezondheidszorg teneinde de Brusselse gegevensverzameling te verduidelijken, met name voor wat betreft de territoria en de zorgtrajecten.

Vraag nr. 31 van mevr. Bianca Debaets d.d. 17 januari 2011 (N.) :

CO-vergiftiging binnen het Brussels Gewest.

Elk jaar sterven er nog mensen door CO-vergiftiging door slechtwerkende boilers en verwarmingstoestellen.

Bestaan er cijfers van het aantal ziekenhuisopnames en overlijdens binnen het Brussels Hoofdstedelijk Gewest ten gevolge van CO-vergiftiging ?

Kan u dit cijfer vergelijken met Vlaanderen en Wallonië ?

Antwoord : De gegevens betreffende het aantal sterfgevallen komen uit de analyse van de overlijdensstatistieken door het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn.

De tabel hieronder toont het aantal overlijdens van inwoners van Brussel als gevolg van een CO-vergiftiging gedurende de laatste 10 jaar. Voor de laatste 5 jaar (2005-2009) tellen we een gemiddelde van 8,4 overlijdens per jaar, waarvan een derde als gevolg van een ongeval thuis (verwarming, waterverwarmer). De meeste overlijdens (40,5 %) zijn een gevolg van branden, en iets meer dan een kwart van zelfmoord. Als we vergelijken met de 5 voorgaande jaren (2000-2004) is het aantal overlijdens gedaald (gemiddeld 11,6 overlijdens per jaar) en het aandeel ongevallen thuis is ook gedaald : bijna de helft van het aantal sterfgevallen (46,6 %).

Als we het aantal overlijdens in de Brusselse regio bekijken (of het nu over inwoners van Brussel gaat of niet) stellen we dezelfde tendensen vast. Voor de periode 2000-2004 telden we gemiddeld 15,2 sterfgevallen per jaar waarvan bijna de helft (47,4 %) als gevolg van een ongeval thuis. Tijdens de laatste vijf jaar is het gemiddeld aantal sterfgevallen per jaar gedaald (10,8) waarvan de meeste (40,4 %) als gevolg van branden, 39 % van ongevallen thuis.

Nombre de décès liés à une intoxication au CO, 1988-2009, Bruxelles

Aantal overlijdens als gevolg van een CO-vergiftiging, 1988-2009, Brussel

Résidents bruxellois – Inwoners van Brussel					Décès survenus en Région bruxelloise – Sterfgevallen in het Brussels Gewest				
Total – Totaal	Incendies – Branden	Accidents – Ongevallen	Suicides – Zelfmoorden		Total – Totaal	Incendies – Branden	Accidents – Ongevallen	Suicides – Zelfmoorden	
1998	9	6	2	1	1998	15	9	4	2
1999	14	5	7	2	1999	11	7	2	2
2000	13	8	3	2	2000	18	11	4	3

2001	20	5	12	3	2001	24	6	15	3
2002	8	3	4	1	2002	11	6	4	1
2003	9	3	4	2	2003	11	4	6	1
2004	8	3	4	1	2004	12	3	7	2
2005	5	0	2	3	2005	9	0	6	3
2006	13	4	6	3	2006	14	5	7	2
2007	5	2	1	2	2007	5	1	2	2
2008	10	6	3	1	2008	15	9	4	2
2009	9	5	2	2	2009	11	7	2	2

Le Centre antipoison établit le relevé annuel des cas d'intoxication au CO hospitalisés ou décédés.

Il tient un registre qui rassemble les données recueillies par les services d'urgence et des services de médecine hyperbare des hôpitaux belges. Ces services complètent un questionnaire par victime sur base des informations recueillies directement auprès des victimes lors de leur admission ou sur base des données figurant sur la fiche d'urgence. Ces données sont complétées par les informations provenant des parquets.

Het antigifcentrum maakt jaarlijks een overzicht van de hospitalisatie- en sterfgevallen door CO-vergiftiging.

Ze houden een register bij met alle gegevens die door de spoeddiensten en de diensten voor hyperbare geneeskunde van de Belgische ziekenhuizen ingewonnen zijn. Deze diensten vullen per slachtoffer een vragenlijst in op basis van de informatie die rechtstreeks van het slachtoffer komt of op basis van de gegevens die op de spoedfiche staan. Deze gegevens worden aangevuld met de informatie die van het parket komt.

Victimes et accidents d'intoxication au CO, 2009

Slachtoffers en ongevallen CO-vergiftiging, 2009

	Nombre de victimes – Aantal slachtoffers	Incidence/ 100.000 habitants – Incidentie/ 100.000 inwoners	Nombre d'accidents – Aantal ongevallen	Nombres de victimes/accident – Aantal slachtoffers/ongeval
Brabant wallon / Waals-Brabant	14	3,75	8	1,75
Luxembourg / Luxemburg	16	6,06	6	2,67
Brabant flamand / Vlaams-Brabant	70	6,6	32	2,19
Namur / Namen	35	7,52	22	1,59
Limbourg / Limburg	74	8,95	37	2
Anvers / Antwerpen	196	11,42	97	2,02
Liège / Luik	136	12,91	54	2,52
Bruxelles / Brussel	163	15,55	71	2,3
Flandre orientale / Oost-Vlaanderen	220	15,62	101	2,19
Hainaut / Henegouwen	210	16,15	110	1,91
Flandre occidentale / West-Vlaanderen	190	16,51	86	2,21

L'incidence annuelle des intoxications par 100.000 habitants s'étale de 16,51 (Flandre occidentale) à 6,06 (Luxembourg). Il faut évidemment tenir compte dans ces chiffres de l'impact important des intoxications collectives.

Il est à souligner qu'une intoxication collective dans une province donnée peut avoir plus ou moins d'influence selon le nombre d'accidents enregistrés et le taux de population de cette province.

Pour avoir une idée plus correcte de l'importance épidémiologique de l'intoxication au CO, il faudrait étudier le nombre d'accidents mais là se pose le problème du dénominateur. Étant donné qu'il s'agit principalement d'accidents domestiques, on pourrait rapporter le nombre d'accidents au nombre de logements mais ces chiffres ne sont pas disponibles à notre connaissance, une alternative pourrait être de considérer le nombre de ménages ou de noyaux familiaux.

De jaarlijkse incidentie op 100.000 inwoners varieert van 16,51 in West-Vlaanderen tot 6,06 in Luxemburg. Men moet er natuurlijk rekening mee houden dat een collectieve vergiftiging een belangrijk effect kan hebben op deze incidentie.

Een collectieve vergiftiging in een provincie zal min of meer invloed hebben afhankelijk van het aantal geregistreerde ongevallen en het aantal inwoners in deze provincie.

Om een juist beeld te hebben van het epidemiologische belang van de vergiftiging door CO zouden we het aantal ongevallen moeten bestuderen, maar daar stelt zich het probleem van de noemer. Aangezien het hoofdzakelijk om huiselijke ongevallen gaat, zou men het aantal ongevallen kunnen delen door het aantal woningen, maar naar onze mening zijn deze cijfers niet beschikbaar. Een alternatief zou kunnen zijn het aantal huishoudens of familie-kernen te nemen.

Question n° 33 de Mme Françoise Bertiaux du 1^{er} février 2011 (Fr.) :***État d'avancement du plan stratégique d'information et de sensibilisation pour le dépistage des cancers.***

Le Deuxième rapport d'évaluation du programme de dépistage du cancer du sein en Région bruxelloise pour les périodes : 2003-2004 et 2005-2006 annonce à nouveau que le cancer du sein est le plus fréquent chez la femme en Belgique. En 2004, 931 tumeurs invasives du sein avaient été diagnostiquées en Région bruxelloise. Le cancer du sein représentait déjà début des années 2000 en Région bruxelloise la première cause de décès par cancer chez la femme : 17,9 % des décès par cancer et 4,0 % de l'ensemble des décès pour la période 2005-2006.

Le rapport concluait qu'un « dialogue accru entre le programme et les professionnels de santé, la mise en place d'une coordination au niveau bruxellois des actions d'information et sensibilisation, le maintien d'un contrôle de qualité de routine des unités radiologiques et le couplage des données du programme avec les données du Registre du Cancer sont certainement les points clés de l'amélioration du programme organisé de dépistage du cancer du sein en Région bruxelloise ».

Le Tableau de bord de la santé en Région bruxelloise, 2010 fait un constat légèrement différent : le cancer du sein est toujours la première cause de mortalité prématurée malgré une légère diminution du taux brut de mortalité, qui s'explique par le rajeunissement de la population bruxelloise. On observe cependant une nette augmentation du taux de mortalité par cancer du poumon, qui devient la 2^e cause de mortalité prématurée des femmes bruxelloises (175 décès en 2007). En outre, il faut rappeler que le cancer du poumon est le plus meurtrier chez les hommes (305 décès à Bruxelles en 2007).

Mes questions sont les suivantes :

- On constate que le taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein varie fortement entre communes. Le Tableau de bord de 2010 conclut notamment en signalant que le défi à Bruxelles reste donc d'amener les femmes qui n'effectuent actuellement aucun dépistage du cancer du sein à y participer. Cela fait des années que le Collège doit développer un plan stratégique d'information et de sensibilisation pour le dépistage des cancers.
- Pourriez-vous m'informer de l'état d'avancement de ce dossier ?
- Quand pourrons-nous espérer prendre connaissance de ce plan stratégique qui, je l'espère, permettra d'implémenter rapidement des projets concrets et efficaces visant à sensibiliser davantage les femmes à la nécessité du dépistage ?
- Le tableau de bord 2010 souligne la nette augmentation du taux de mortalité par cancer du poumon, qui devient la 2^e cause de mortalité prématurée des femmes bruxelloises, tout en restant le plus meurtrier chez les hommes.
- Pouvez-vous m'informer des initiatives du Collège en termes de dépistage du cancer du poumon ?

Vraag nr. 33 van mevr. Françoise Bertiaux d.d. 1 februari 2011 (Fr.).***Stand van het strategisch plan voor informatie en bewustmaking inzake kankerscreening.***

Uit het Tweede evaluatieverslag inzake het screeningsprogramma voor borstkanker in het Brussels Gewest voor de periodes : 2003-2004 en 2005-2006 blijkt nogmaals dat borstkanker het vaakst voorkomt bij vrouwen in België. In 2004 werden 931 kwaadaardige gezwellen gediagnosticeerd in het Brussels Gewest. Reeds in het begin van de jaren 2000 was borstkanker de eerste doodsoorzaak door kanker bij vrouwen : 17,9 % van de overlijdens door kanker en 4,0 % van alle overlijdens in de periode 2005-2006.

De conclusie van het rapport was de volgende « een opgedreven dialoog tussen het programma en de professionele gezondheidswerkers, het opzetten van een coördinatie op Brussels niveau van informatie- en sensibilisatieacties, het behoud van een routineuze kwaliteitscontrole van de radiologische eenheden en de koppeling van de gegevens in het programma aan de gegevens in het Kankerregister zijn zeker sleutelementen voor de verbetering van het georganiseerde screeningsprogramma voor borstkanker in het Brussels Gewest ».

De Gezondheidsindicatoren van het Brussels Gewest 2010 doen een enigszins verschillende vaststelling : borstkanker is nog altijd de eerste oorzaak van voortijdige sterfte, ondanks een lichte daling van het algemene sterftecijfer, dat kan verklaard worden door de verjonging van de Brusselse bevolking. Toch ziet men een lichte stijging van het sterftecijfer door longkanker, de tweede oorzaak van vroegtijdige sterfte bij de Brusselse vrouwen (175 overlijdens in 2007). Bovendien moet erop gewezen worden dat longkanker de meest dodelijke kanker is bij mannen (305 overlijdens in Brussel in 2007).

Ter zake heb ik de volgende vragen :

- De deelname aan de kankerscreening blijkt sterk te verschillen van de ene tot de andere gemeente. De Gezondheidsindicatoren 2010 komen met name tot de conclusie dat de uitdaging in Brussel blijft de vrouwen die thans geen enkele screening ondergaan te overtuigen eraan deel te nemen. Het College moet al jaren een strategisch plan uitwerken inzake de informatie en de bewustmaking voor kankerscreening.
- Kan u me zeggen hoe ver het staat met dit dossier ?
- Wanneer kunnen wij kennis nemen van dat strategisch plan, dat hopelijk de mogelijkheid zal bieden vlug concrete en doeltreffende projecten ten uitvoer te leggen om de vrouwen meer bewust te maken van de noodzaak aan screening ?
- In de Gezondheidsindicatoren 2010 wordt de nadruk gelegd op de duidelijke stijging van het sterftecijfer door longkanker, dat de tweede oorzaak van vroegtijdige sterfte wordt bij de Brusselse vrouwen, en de eerste doodsoorzaak bij de mannen.
- Kan u me zeggen welke initiatieven het College heeft genomen inzake screening voor longkanker ?

- Est-ce que le plan stratégique intégrera des pistes en ce qui concerne le dépistage du cancer du poumon ?
- Quelles sont les initiatives passées et futures du Collège à cet égard ?

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

Dans l'objectif d'améliorer la participation régulière des femmes bruxelloises au programme organisé de dépistage du cancer du sein, il est nécessaire de développer des activités d'information et de sensibilisation, en tenant compte des spécificités bruxelloises (bilinguisme, multiculturalité, proportion importante de femmes vivant dans la précarité).

Nous reprenons ci-dessous une liste chronologique des initiatives entreprises depuis 2005, en plus de l'invitation, de la brochure d'information et de l'affiche.

2005-2006 : réunions régulières des partenaires Brumammo, CLPS, LOGO, Hippocrate et Observatoire en vue de définir une stratégie de sensibilisation.

2006 : envoi d'un kit aux médecins généralistes (ordonnances pré-remplies, brochures, affiche) en partenariat avec Hippocrate, suivi d'un sondage quant à l'utilisation; sensibilisation de quelques communes par CLPS et LOGO; sensibilisation des mosquées en lien avec la « Vlaamse Liga tegen Kanker »; appel peu concluant aux CPAS.

Mars 2007 : audition en Commission santé du parlement bruxellois au sujet de l'évaluation et l'amélioration du dispositif régional de prévention du cancer du sein (M. De Spiegelaere, J.B. Burrión, A. Grivegnée, F. Liebens, M. Provost).

Mai 2007 : réunion sur la coordination de la sensibilisation, donnant lieu à la rédaction d'une note ainsi que d'une lettre en juin 2007 signée par le CLPS, Hippocrate et Question Santé.

Mars 2008 : à la suite d'une réunion organisée par nos collaborateurs, rédaction d'un profil de poste pour un coordinateur de la promotion mi-temps par CLPS, Logo et Observatoire (diffusion juin 2008) mais aucune embauche suite à ce profil.

Novembre 2008 : proposition au sein du CA de Brumammo d'un plan pour l'amélioration de la couverture du dépistage.

Avril 2009 : campagne d'information avec miss Belgique.

Mars 2009 : premiers contacts avec l'Agence Inter-Mutualiste en vue d'une étude sur la caractérisation des femmes non dépistées.

Juin 2009 : convention avec la Fondation contre le cancer pour l'élaboration d'un Plan stratégique pour l'information et la sensibilisation au programme de dépistage organisé du cancer du sein en Région bruxelloise en direction du public cible et des professionnels de santé.

Juillet 2010 : version finale du Plan stratégique.

- Omvat het strategisch plan pistes inzake screening voor longkanker ?
- Welke initiatieven heeft het College al genomen en welke zal het nemen in de toekomst ?

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

Om de regelmatige deelname van Brusselse vrouwen aan het borstkankeropsporingsprogramma te verhogen, is het noodzakelijk om informatie- en sensibiliseringsactiviteiten te ontwikkelen rekening houdend met de Brusselse specificiteiten (tweetaligheid, multiculturaliteit, groot aantal kwetsbare vrouwen).

Hieronder vindt u een chronologische lijst van de initiatieven sinds 2005, evenals de uitnodiging, de informatiebrochure en de affiche.

2005-2006 : regelmatige vergaderingen van de partners Brumammo, CLPS, LOGO, Hippocrates en Observatorium met het oog op het vastleggen van een sensibiliseringsstrategie.

2006 : opsturen van een kit voor huisartsen (vooraf ingevulde voorschriften, brochures, affiche) in samenwerking met Hippocrates, opvolging van een peiling omtrent het gebruik, sensibilisering van enkele gemeenten door CLPS en LOGO; sensibilisering van de moskeeën verbonden met de « Vlaamse Liga tegen Kanker »; weinig overtuigende oproep aan de OCMW's.

Maart 2007 : hoorzitting in de Gezondheidscommissie van het Brussels Parlement omtrent de evaluatie en de verbetering van het gewestelijk instrument voor borstkankerpreventie (M. De Spiegelaere, J.B. Burrión, A. Grivegnée, F. Liebens, M. Provost).

Mei 2007 : vergadering over de coördinatie van de sensibilisering, wat aanleiding gaf tot de redactie van een nota alsook een brief in juni 2007 ondertekend door CLPS, Hippocrates en « Question Santé ».

Maart 2008 : ten gevolge van een vergadering georganiseerd door onze medewerkers, werd voor de betrekking van halftijdse promotiecoördinator een profiel opgesteld door CLPS, LOGO en Observatorium (verspreiding juni 2008), maar er volgde geen aanwerving.

November 2008 : voorstel binnen de Raad van Bestuur van Brumammo om een plan op te stellen ter verbetering van de dekking van de opsporing.

April 2009 : informatiecampagne met miss België.

Maart 2009 : eerste contacten met het Intermutualistisch Agentschap met het oog op een studie over de karakterisering van niet-gescreende vrouwen.

Juni 2009 : Overeenkomst met de stichting tegen kanker voor de uitwerking van een strategisch plan voor het informeren en het sensibiliseren van het georganiseerde borstkankeropsporingsprogramma binnen het Brussels Gewest gericht tot de doelgroep en de gezondheidsdeskundigen.

Juli 2010 : eindversie van het strategisch Plan.

Depuis septembre 2010, réunions en vue de l'opérationnalisation du Plan stratégique et réalisation d'une enquête auprès des acteurs de terrain en vue de déterminer les activités effectives ou prévues en termes de dépistage du cancer du sein.

Février 2011 : Lors de la dernière réunion, les tout premiers résultats de l'enquête ont été examinés.

Depuis cette réunion, des réponses à l'enquête continuent à arriver. Par ailleurs, nos collaborateurs vont se réunir avec la Fondation contre le cancer afin de préparer, notamment à la lumière des résultats définitifs de l'enquête, la prochaine réunion du groupe de travail en vue de l'opérationnalisation du Plan stratégique.

Pour le contenu et autres éléments du plan, les informations détaillées ont été données lors de la Commission de la Santé du jeudi 24 février dernier en réponse à une interpellation portant également sur le sujet.

En ce qui concerne le dépistage du cancer du poumon, ce type de dépistage ne s'inscrit pas dans les dépistages organisés tels que prévu dans les protocoles d'accord signés en Conférence interministérielle de la Santé. Actuellement, c'est le Fédéral et les Communautés française et flamande qui développent des actions de prévention.

La CCC, qui a des moyens budgétaires limités, peut ainsi se concentrer sur les besoins spécifiques des Bruxelloises et des Brusselloises.

Et s'il est vrai que les moyens bicommunautaires sont limités, la part pour la prévention a fortement augmentée ces dernières années. Dans son budget 1989, soit à sa création, la prévention représentait 3,2 millions FB (80.000 EUR) pour un budget santé, hors constructions, de 275 millions FB (6.875.000 EUR), soit 1,16 %. Dans son budget 2011, la prévention représente 1.115.000 EUR pour un budget santé, hors constructions, de 7.748.000 EUR, soit 14,39 %, avec en plus, une ordonnance spécifique relative à la politique de prévention en santé, votée le 19 juillet 2007, lors de la législature passée.

Question n° 34 de Mme Elke Roex du 8 février 2011 (N.) :

Les unités de dépistage du cancer du sein à Bruxelles.

Le rapport annuel 2009 de Brumammo signale qu'en 2009, 5.781 femmes ont eu recours au mammothest dans les centres de dépistage bruxellois. Le nombre d'unités de mammographie est passé de 32 en 2006 à 27 en 2009. Fin 2010, le ministre Cerexhe a annoncé que des unités supplémentaires seraient créées en 2011.

Mes questions sont les suivantes :

- Combien d'unités de dépistage existe-t-il aujourd'hui en Région de Bruxelles-Capitale ? Combien d'unités analogiques compte-t-on, et combien d'unités numériques ?
- Combien de tests de dépistage préventifs chacun de ces centres a-t-il réalisés (merci de nous fournir les chiffres, ventilés par centre, de 2006 à 2010) ?

Sinds september 2010 : vergaderingen met het oog op het operationeel maken van het strategisch Plan en de verwezenlijking van een enquête bij de veldactoren om de effectieve of voorziene activiteiten te bepalen inzake borstkankeropsporing.

Februari 2011 : Tijdens de laatste vergadering werden de aller-eerste resultaten van de enquête onderzocht.

Sinds deze vergadering blijven er antwoorden op de enquêtes binnenstromen. Bovendien zullen onze medewerkers samenkomen met de Stichting tegen Kanker om de volgende vergadering van de werkgroep voor te bereiden, onder meer in het licht van de definitieve resultaten van de enquête.

Wat de inhoud en de andere elementen van het plan betreft, werd er gedetailleerde informatie gegeven tijdens de gezondheidscommissie van donderdag 24 februari laatstleden in antwoord op een interpellatie over hetzelfde onderwerp.

Wat betreft de longkankeropsporing behoort dit type opsporing niet tot de georganiseerde opsporingen zoals voorzien in de ontwerpovereenkomsten ondertekend tijdens de interministeriële Gezondheidsconferentie. Op dit ogenblik zijn het de federale Overheid en de Franse en Vlaamse Gemeenschappen die preventieacties ontwikkelen.

De GGC die over beperkte financiële middelen beschikt, kan zich zo focussen op de specifieke behoeften van de Brusselaars.

En hoewel de bicommunautaire middelen beperkt zijn, is het aandeel voor de preventie de laatste jaren sterk gestegen. In de begroting 1989, het jaar van de oprichting, vertegenwoordigde de preventie 3,2 miljoen Belgische frank (80.000 EUR) voor een budget gezondheid, uitgezonderd bouw, van 275 miljoen BF (6.875.000 EUR), ofwel 1,16 %. In de begroting 2011 vertegenwoordigt de preventie 1.115.000 EUR voor een budget gezondheid, uitgezonderd bouw, van 7.748.000 EUR ofwel 14,39 % met daarenboven een specifieke ordonnantie betreffende het gezondheidspreventiebeleid, gestemd op 19 juli 2007, tijdens de vorige legislatuur.

Vraag nr. 34 van mevr. Elke Roex d.d. 8 februari 2011 (N.) :

De screeningseenheden voor borstkanker in Brussel.

Het jaarverslag van 2009 van Brumammo meldt dat er in 2009 5.781 vrouwen zijn getest in de Brusselse mammo-eenheden. Het aantal mammo-eenheden evolueerde van 32 eenheden in 2006 naar 277 eenheden in 2009. Minister Cerexhe kondigde eind 2010 aan dat er in 2011 eenheden zullen bijkomen.

Mijn vragen :

- Hoeveel screeningseenheden zijn er vandaag aanwezig in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest ? Hoeveel eenheden werken analoog en hoeveel digitaal ?
- Hoeveel preventieve screeningstesten hebben zij elk uitgevoerd (graag cijfers per centrum voor 2006 tot 2010) ?

- Certains centres ne réalisant pas de tests de dépistage préventifs sont-ils néanmoins agréés dans le cadre des campagnes préventives, et si oui, lesquels ?
- Comment s'explique la diminution du nombre d'unités de dépistage en Région de Bruxelles-Capitale entre 2006 et 2010 ?
- Combien d'unités supplémentaires seront-elles créées en 2011, et où se situent-elles ? Quel système ces unités appliqueront-elles : analogique ou numérique ?

Réponse : Actuellement 29 unités agréées sont fonctionnelles, dont 25 numériques et 4 analogiques.

Les chiffres de production des mammothests (MMT) par année et par unité depuis 2002 sont indiqués dans le tableau ci-dessous. Les cases blanches correspondent aux périodes d'arrêt temporaire d'activité des unités pour raison de non-conformité ou de perte d'agrément.

- Zijn er centra die géén preventieve screeningstesten uitvoeren en toch erkend zijn in het kader van de preventieve campagnes, zo ja welke ?
- Wat is de verklaring voor het verdwijnen van het aantal screeningseenheden in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest tussen 2006 en 2010 ?
- Hoeveel eenheden komen er bij in 2011 en waar zijn ze gelegen ? Met welk systeem werken deze eenheden : analoog of digitaal ?

Antwoord : Op dit moment zijn er 29 erkende eenheden operationeel, waarvan er 25 digitaal en 4 analoog werken.

De productiecijfers van mammothests (MMT) per jaar en per eenheid sinds 2002 worden weergegeven in de tabel hieronder. De blanco vakjes komen overeen met periodes waarin de activiteit tijdelijk werd stopgezet wegens niet-conformiteit of verlies van erkenning.

Nombre de MMT/An/Unité de 2002 à 2010

Aantal MMT/Jaar/Eenheid van 2002 tot 2010

Année/Unité Jaar/Eenheid	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16		
2002	240	44	90	28	21	5	53	15	74	26	43	13	100	76	5	19		
2003	486	99	243	102	54	50	113	50	235	89	93	22	228	32	8	31		
2004	638	148	188	106	72	70	196	85	349	126	174	42	213	37		87		
2005	572	150	143	145	49	69	230	103	330	69	175	32	190	53		71		
2006	837	311	129	133	87	156	323	138	506	7	311	78	233	85		96		
2007	750	238	230	212	65	40	292	158	481	134	231	86	185	90		91		
2008	815	297	255	225	98	3	355	200	669	206	244	21	206	124		98		
2009	704	315	263	208	65	107	362	182	680	260				122	37	101		
2010	733	353	382	254	56	178	368	215	808	269			123	82	102	42		
Total/Totaal	5.775	1.955	1.923	1.413	567	678	2.292	1.146	4.132	1.186	1.271	294	1.478	701	152	636		
Année/Unité Jaar/Eenheid	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	Total Totaal
2002		1	1	2			1											857
2003	6	52	19	41	64	20	67	42	60	47	6	48		7	3			2.417
2004	18	72	40	52	66	18	81	58	102	110	16	111	23	19	77	17		3.411
2005	15	77	30	65	60		91	62	148	99	23	141	14	21	71	21		3.319
2006	34	191	44	93	132		109	145	240	183	20	145	59	28	164	35		5.052
2007	31	187	34	106	139		222	91	190	147		152	9	17	135	23		4.766
2008	35	212	21	125	187	5	353		237	154	44	183		30	190	39		5.631
2009	11	187		170	176	77	328		230	157	55	175		38	183	35	59	5.287
2010		67		130	274	73	384	36	237	145		220		37	221	48	197	6.034
Total/Totaal	150	1.046	189	784	1.098	193	1.636	434	1.444	1.042	164	1.175	105	197	1.044	218	256	36.774

Toutes les unités agréées ont une activité. Elle est très faible dans certaines unités : il s'agit de cabinets de radiologie privés qui reçoivent très peu de demandes de MMT. Cela est lié au fait que les gynécologues (et les médecins généralistes) qui envoient leurs patientes prescrivent presque toujours des bilans plutôt que des MMT.

Nous les maintenons comme unités agréées pour 2 raisons :

Alle erkende eenheden zijn actief. Sommige hebben een erg lage activiteit : het gaat hier over privé radiologiepraktijken die zeer weinig MMT aanvragen krijgen. Dit is een gevolg van het feit dat gynaecologen (en huisartsen) hun patiënten meestal doorverwijzen voor een balans in plaats van een MMT.

Wij houden hen als erkende eenheden om 2 redenen :

(i) les radiologues qui travaillent dans ces cabinets travaillent aussi dans d'autres unités plus productives (hôpitaux);

(ii) nous en aurons besoin pour absorber la hausse d'activités le jour où les changements de nomenclature INAMI pour le dépistage du cancer du sein seront effectifs.

6 unités ont disparu du programme depuis 2006 :

- 1 pour non-conformité non corrigée;
- 1 pour faillite d'institution hospitalière;
- 2 pour fermeture de cabinet radiologique;
- 2 pour retrait volontaire du programme.

Plusieurs autres unités ont vu leur agrément suspendu provisoirement pour non-conformité mais sont de nouveau actives après correction des non-conformités.

4 nouvelles unités ont reçu leur agrément en 2010. Brumammo n'a pas encore reçu de nouvelles demandes pour 2011.

Question n° 35 de Mme Annemie Maes du 25 février 2011 (N.) :

Parking Plus.

Parking Plus est un projet qui peut résoudre de façon relativement simple un problème important. Les prestataires de soins à domicile ont un problème fréquent, à savoir qu'ils ont du mal à trouver relativement vite une place de stationnement à proximité de chez le patient. Et ce alors que la visite d'un soignant au domicile d'un patient ne dure souvent qu'une vingtaine de minutes.

Le plan Iris 2 contient des objectifs ambitieux en matière de politique de stationnement. La problématique du stationnement est en effet un levier important de la politique de mobilité. Sans une politique de stationnement volontariste, il sera impossible de diminuer de 20 % la circulation dans la Région pour 2018.

Le problème de stationnement des soignants à domicile est souvent invoqué pour s'opposer à la suppression de places de stationnement. Parking Plus est une excellente initiative afin de remédier à cela. L'objectif est de permettre aux gens de mettre l'emplacement devant leur garage, un espace souvent inutilisé, à la disposition des prestataires de soins à domicile.

Concrètement, les prestataires de soins s'inscrivent sur le site web de Parking Plus, paient 50 euros par an et reçoivent un autocollant à placer sur leur véhicule. Les habitants et les entreprises de Bruxelles signalent qu'ils autorisent les soignants à stationner très brièvement devant leur garage en apposant aussi un autocollant de Parking Plus sur ledit garage.

S'il est suffisamment répandu, ce système simple peut réellement contribuer à résoudre le problème. C'est bon marché et efficace. Le lancement du projet a eu lieu le 10 septembre 2010.

(i) de radiologen die in deze kabinetten werken, werken ook in andere productievere eenheden (ziekenhuizen);

(ii) we zullen hen nodig hebben om de toegenomen activiteit op te vangen zodra de wijzigingen in de RIZIV-nomenclatuur voor borstkankeropsporing effectief zijn.

6 screeningseenheden zijn verdwenen uit het programma sinds 2006 :

- 1 wegens niet-conformiteit;
- 1 door faillissement van de ziekenhuisinstelling;
- 2 door sluiting van de radiologiepraktijk;
- 2 door vrijwillig terugtrekken uit het programma.

Een aantal eenheden hun erkenning werd tijdelijk opgeschort wegens niet-conformiteit, maar zijn ondertussen opnieuw actief na het rechtzetten van deze onregelmatigheden.

4 nieuwe eenheden hebben hun erkenning gekregen in 2010. Brumammo heeft nog geen nieuwe aanvragen ontvangen voor 2011.

Vraag nr. 35 van mevr. Annemie Maes d.d. 25 februari 2011 (N.) :

Parking Plus.

Parking Plus is een project dat een belangrijk probleem op een relatief makkelijke manier kan oplossen. Thuishulpverleners hebben vaak het probleem dat ze maar moeilijk op relatief snelle manier een parkeerplaats vinden in de buurt van de patiënt. Dit terwijl een bezoek van een thuishulpverlener aan een patiënt vaak maar een twintigtal minuutjes duurt.

In het Iris2-plan staan ambitieuze doelstellingen in verband met parkeerbeleid. De parkeerproblematiek is namelijk een belangrijke hefboom van het mobiliteitsbeleid. De verkeersdruk met 20 % verminderen tegen 2018 in het Gewest is onmogelijk zonder volontaristisch parkeerbeleid.

Vaak wordt het parkeerprobleem van hulpverleners als bezwaar aangehaald tegen het schrappen van parkeerplaatsen. Parking Plus is een zeer goed initiatief om hieraan tegemoet te komen. De bedoeling is dat mensen de plaats voor hun garage kunnen aanbieden aan hulpverleners, waar vaak ongebruikte ruimte is.

Concreet schrijven hulpverleners zich in op de website van Parking Plus, betalen jaarlijks 50 euro, en ontvangen een sticker om op hun wagen te kleven. Brusselaars of Brusselse bedrijven met een garage geven zich op met het akkoord dat een hulpverlener een zeer beperkte tijd voor hun garage mag parkeren. Die garage is ook van een sticker van Parking Plus voorzien.

Het is een eenvoudig systeem dat écht, indien het voldoende verspreid is, heel probleemoplossend kan zijn. Goedkoop en efficiënt. De lancering van het project gebeurde op 10 september 2010.

Mes questions sont les suivantes :

- Combien de Bruxellois et d'entreprises bruxelloises se sont-ils inscrits depuis lors pour participer à l'initiative ? Sait-on si ceux qui s'inscrivent apposent aussi réellement l'autocollant ?
- Combien de prestataires de soins se sont-ils inscrits ?
- Le système a-t-il déjà été évalué ? Dans la négative, quand prévoyez-vous une évaluation ?
- Comment fait-on la promotion du système auprès des citoyens et des prestataires de soins ?

Réponse : À l'heure actuelle, 85 soignants et 260 citoyens participent au projet, dont 239 sont adéquatement enregistrés sur le site et indiqués sur la carte du site www.parkingplus.be (seulement consultable par des soignants).

Les participants sont invités à confirmer qu'ils ont collé l'autocollant.

Ci-dessous, une liste des garages enregistrés par commune au 17 mars 2011 :

Code postal	# garages
1000	7
1020	6
1030	19
1040	3
1050	16
1060	2
1070	8
1081	1
1082	1
1083	5
1090	20
1120	1
1140	18
1150	9
1160	43
1170	44
1180	2
1190	2
1200	21
1210	1
Total	239

Quelques entreprises collaborent à ce projet. Soit par la mise à disposition des emplacements de parking, soit par un contrat de sponsoring.

Le système n'a pas encore été évalué. Sachant que le projet est complètement opérationnel depuis peu, une évaluation aura lieu courant 2011.

Concernant la publicité au sujet de Parking +, 3 actions ont à ce jour été entreprises :

1. Publicité par le biais de la conférence de presse du 10 septembre 2010.

Mijn vragen :

- Hoeveel Brusselaars of Brusselse bedrijven hebben zich intussen deelnemer verklaard van dit initiatief ? Is het geweten of diegenen die zich aanmelden, ook effectief de sticker opplakken ?
- Hoeveel hulpverleners hebben zich ingeschreven ?
- Is het systeem al geëvalueerd ? Zo niet, wanneer plant u een evaluatie ?
- Op welke manier wordt dit systeem gepromoot, bij burgers en hulpverleners ?

Antwoord : Momenteel werken er een 85 zorgverstrekkers en 260 burgers mee aan het project, waarvan 239 correct geregistreerd op de website en aangeduid op de kaart op de website www.parkingplus.be (enkel te consulteren door zorgverstrekkers).

Er wordt aan de deelnemers gevraagd om te bevestigen dat zij hun sticker opgeplakt hebben.

Hieronder vindt u een overzicht van geregistreerde garages per gemeente op 17 maart 2011 :

Postcode	# garages
1000	7
1020	6
1030	19
1040	3
1050	16
1060	2
1070	8
1081	1
1082	11
1083	5
1090	20
1120	1
1140	18
1150	9
1160	43
1170	44
1180	2
1190	2
1200	21
1210	1
Totaal	239

Enkele bedrijven werken mee aan dit project. Hetzij door het ter beschikking stellen van parkeerplaatsen op hun bedrijfsterrein, hetzij door sponsorcontracten.

Het systeem werd nog niet geëvalueerd. Gezien het project nu pas voluit operationeel wordt zal een evaluatie in de loop van 2011 plaatsvinden.

Wat de bekendmaking van Parking + betreft, werden er tot nog toe 3 acties ondernomen :

1. Bekendmaking via persconferentie van 10 september 2010.

2. Par la presse classique. Suite à cette conférence de presse, la plupart des journaux ont écrit sur Parking +. Plusieurs stations de radio ont fait un reportage : La Une, RTL, Radio 2, FM Brussel. Les chaînes de télévision suivantes ont consacré une interview ou un reportage à Parking + : Télé Bruxelles; TV Brussel, RTL. TF1 planifie une émission.

3. Un site internet a été développé et des tracts sont mis à disposition afin de soutenir les actions de communication.

Maintenant que le projet est opérationnel, les actions complémentaires suivantes seront entreprises en 2011 afin de mieux faire connaître le projet :

1. Mieux faire connaître le projet chez les soignants par le biais des associations professionnelles, des associations scientifiques, des cercles et des employeurs.

2. Afin de sensibiliser les citoyens le projet sera mis en évidence par la presse grand public, les communes et les associations de personnes âgées. Une action porte-à-porte est en réflexion en collaboration avec des mouvements de jeunesse : ainsi une « Action Scout – Phase 1 » est prévue sur 9 communes les week-ends du 19 mars et 26 mars afin de recruter des nouveaux participants (garages). Une deuxième phase est prévue dans le mois d'avril en fonction des résultats de la Phase 1.

Ces actions s'inscrivent dans un plan de communication global ainsi que dans les limites du budget disponible. Le 12 décembre 2010, le Collège réuni a décidé d'octroyer une subvention supplémentaire pour le plan de communication Parking +.

Un nombre de commune collaborent activement à la promotion de Parking Plus :

Etterbeek : un article dans « La vie Etterbeekoise »

Evere : une publication dans « Evere Contact »

Ixelles : on a confirmé la distribution des tract Parking + et, à l'administration communale, un guichet Parking + est à la disposition des habitants.

Koekelberg : publication dans « Koekelberg news ». La commune a également ajouté un lien sur son site internet vers www.parkingplus.be.

Ministres compétents pour la Politique d'Aide aux Personnes

Question n° 23 de Mme Elke Roex du 12 octobre 2010 (N.) :

Résultats de l'enquête sur les chaînes de télévision étrangères dans les maisons de repos bicommunautaires.

En février 2009, vous avez été interpellées en commission des Affaires sociales sur « l'accès à des télévisions étrangères dans les

2. Via de gewone pers. De meeste kranten schreven over Parking + in navolging van deze persconferentie. Verschillende radiozenders maakten een reportage : La Une, RTL, Radio 2, FM Brussel. De volgende televisiezenders hebben een interview of reportage gewijd aan Parking + : Télé Bruxelles, TV Brussel, RTL. TF1 plant een uitzending.

3. Er werd een website ontwikkeld en er zijn folders ter beschikking om de communicatieacties te ondersteunen.

Nu het project operationeel is, worden er volgende bijkomende acties ondernomen in 2011, teneinde het project beter bekend te maken :

1. Verdere bekendmaking van het project bij de zorgverstrekkers via beroepsverenigingen, wetenschappelijke verenigingen, kringen en werkgevers

2. Om de burgers te sensibiliseren, zal het project blijvend kenbaar gemaakt worden via de gewone pers, gemeenten en ouderenverenigingen. Er wordt onder andere een deur-tot-deuractie overwogen in samenwerking met jeugdbewegingen : zo is er een « Scout Actie – Fase 1 » voorzien in 9 gemeenten tijdens de week-ends van 19 maart en 26 maart voor het rekruteren van nieuwe deelnemers (garages). Een tweede fase is voorzien in de maand april volgens de resultaten van Fase 1.

Deze acties passen binnen een globaal communicatieplan en binnen de beperkingen van het beschikbare budget. Op 12 december 2010 heeft het Verenigd College beslist een bijkomende toelage toe te kennen voor het communicatieplan Parking +.

Een aantal gemeenten werken ook actief mee aan de promotie van Parking Plus :

Etterbeek : een artikel in « Leven in Etterbeek »

Evere : publicatie in « Evere Contact »

Elsene : men bevestigde de verspreiding van de folders Parking + en men heeft een P+ loket voorzien in het gemeentehuis ten behoeve van de inwoners.

Koekelberg : publicatie in « Koekelberg news ». De gemeente heeft tevens een link geplaatst op haar website naar www.parkingplus.be.

Ministers bevoegd voor het Beleid inzake Bijstand aan Personen

Vraag nr. 23 van mevr. Elke Roex d.d. 12 oktober 2010 (N.) :

Resultaten bevraging buitenlandse televisiezenders in de bicommunautaire rusthuizen.

In februari 2010 kwam er in de commissie Sociale Zaken een vraag over de buitenlandse televisiezenders in de rusthuizen aan

maisons de retraite ». La clientèle des maisons de repos bruxelloises se diversifie toujours plus. De plus en plus de personnes âgées issues de l'immigration arrivent en maison de repos. Ces personnes regardent d'autres programmes sur d'autres chaînes de télévision. Chez elles, elles pouvaient souvent regarder leur programme favori grâce au satellite, ce qui n'est pas toujours possible dans les maisons de repos. Les installations satellite sont onéreuses et il n'est pas possible d'installer une antenne satellite pour chacun. Il faut dès lors déterminer quel câblodistributeur propose la meilleure offre pour la clientèle d'une maison de repos donnée.

En février, la membre du collège Grouwels a proposé à la commission d'évaluer la situation et de demander aux maisons de repos bicommunautaires quelles chaînes elles offrent. Quels sont les résultats de cette enquête ?

Réponse : Faisant référence à la réponse qui a été donnée à la question de M. Ahmed Moussin lors de la commission du 3 février dernier, nous souhaitons signaler qu'il a été dit que « nous ne doutons pas que, progressivement, les différentes structures d'accueil et maisons de repos se concerteront pour savoir comment un meilleur service peut être offert aux utilisateurs, tenant compte de la diversité présente ».

À cet égard, nous vous signalons que la nouvelle circulaire, qui sera prochainement présentée au Conseil consultatif, à la section « personnes âgées », comprend, concernant l'article 170 de l'arrêté du 3 décembre 2009, la référence suivante : « dans la mesure du possible, la maison de repos doit pouvoir offrir les chaînes télévisées du pays d'origine de la personne âgée ».

Entre-temps, nous avons appris, après avoir questionné plusieurs maisons de repos, que la plupart d'entre elles se trouvent dans une période de transition pour passer de la télévision analogique à la télévision digitale et qu'elles peuvent ainsi garantir une offre large de chaînes télévisées.

Cette tendance semble se poursuivre pour l'avenir. Dans de nombreuses maisons de repos, des « décodeurs » sont également utilisés.

Cependant, certaines maisons de repos nous ont communiqué que les chaînes étrangères sont peu sollicitées, même si elles sont disponibles. La plupart du temps, les personnes préfèrent les chaînes télévisées qui diffusent les émissions dans les langues nationales belges et les chaînes italiennes.

Question n° 24 de Mme Elke Roex du 12 octobre 2010 (N.) :

Soins bucco-dentaires dans les maisons de repos bicommunautaires.

Les mutualités socialistes viennent de publier les résultats d'une étude sur les soins dentaires chez les personnes âgées. Elles ont analysé les données de près de 18.000 personnes de plus de 65 ans. L'étude montre que les personnes séjournant en maison de repos voient moins le dentiste que les personnes vivant à domicile. Sur une période de deux ans, à peine 22 % de la population vivant en maison de repos a vu un dentiste. En outre, les soins dentaires

bod. Het cliënteel van de Brusselse rusthuizen wordt almaar diverser. Almaar meer bejaarden uit de migratie komen in de rusthuizen terecht. Ze kijken naar andere televisieprogramma's op andere zenders. Maar terwijl ze thuis vaak via de satelliet naar hun favoriete programma's kijken, is dat in een bejaardentehuis niet altijd mogelijk. Er moet dus een afweging gemaakt worden van welke kabeldistributeur het beste aanbod doet aan het cliënteel van een bepaald rusthuis.

Collegelid Grouwels zei in de commissie van februari de situatie te evalueren en bicommunautaire rusthuizen te vragen welke zenders ze aanbieden. Wat zijn de resultaten van deze bevraging ?

Antwoord : Verwijzend naar het antwoord op de vraag van de heer Ahmed Moussin tijdens de commissie van 3 februari laatstleden, willen wij erop wijzen dat er gezegd is « dat wij er niet aan twijfelen dat langzamerhand de verschillende opvangstructuren en rusthuizen zich zullen beraden hoe een betere dienstverlening aangeboden kan worden aan de gebruikers, rekening houdend met de aanwezige diversiteit ».

Hierbij wensen wij u te melden dat de nieuwe omzendbrief, die binnenkort voorgesteld zal worden aan de adviesraad ouderen, de volgende verwijzing bevat, namelijk betreffende artikel 170 van het besluit van 3 december 2009 : « in de mate van het mogelijke, moet het rusthuis televisiekanalen kunnen aanbieden van het land van oorsprong van de bejaarde ».

Inmiddels hebben wij na rondvraag van meerdere rusthuizen vernomen dat de meeste van hen in een overgangperiode zijn van overschakeling van analoge televisie naar digitale televisie, en dat zij als dusdanig een groot aanbod van televisiezenders kunnen waarborgen.

U mag ervan overtuigd zijn dat deze trend zich voortzet in de komende maanden. Er worden in vele rusthuizen ook « decoders » gebruikt, waar nodig.

Andere rusthuizen hebben ons gemeld dat er weinig wordt gevraagd naar buitenlandse zenders, ondanks de mogelijkheid. Meestal worden zenders verkozen in onze drie landstalen en de Italiaanse.

Vraag nr. 24 van mevr. Elke Roex d.d. 12 oktober 2010 (N.) :

Tandzorg/mondzorg in de bicommunautaire rusthuizen.

De socialistische ziekenfondsen hebben zopas de resultaten bekend gemaakt over een studie over tandzorg bij oudere mensen. Ze analyseerden de gegevens van bijna 18.000 65-plussers. De studie wees uit dat personen die in een rusthuis verblijven minder vaak naar de tandarts gaan dan ouderen die nog thuis wonen. Over een periode van twee jaar kreeg slechts 22 % van de rusthuispopulatie tandzorg van een tandarts. Bovendien neemt het verbruik van

diminuent avec l'âge des pensionnaires. Plus ils sont âgés moins ils bénéficient de soins dentaires. Or, la santé buccale a un impact considérable sur l'alimentation et la santé en général des pensionnaires.

- Quel est le protocole en matière de soins dentaires en vigueur dans les maisons de repos bicommunautaires ?
- Quelles sont les procédures suivies lors de l'admission de nouveaux pensionnaires ?
- Dans combien de maisons de repos bicommunautaires y a-t-il un cabinet dentaire mobile ?
- Combien de pensionnaires (pourcentage) dans les maisons de repos disposent d'un dossier médical global ?

Réponse : À mon regret je dois vous demander de vous adresser aux ministres en charge de la santé pour la réponse à cette question.

Question n° 25 de Mme Mahinur Ozdemir du 25 octobre 2010 (Fr.) :

Le nombre de professionnels de l'aide à domicile en activité.

Comme il a été souligné dans les priorités de la législature en ce qui concerne les matières de la Commission communautaire commune, « le Collège réuni envisagera d'augmenter le nombre de professionnels de l'aide à domicile et les quotas d'heures subsidiés tout en maintenant un système de forfait pour les heures des aides ménagères et familiales ».

Monsieur le Ministre, pourriez-vous me transmettre les chiffres quant au nombre de professionnels de l'aide à domicile en activité pour les années 2007, 2008, et 2009 ?

Réponse : Dans le cadre de nos compétences en matière d'aide à domicile, nous prions l'honorable membre de trouver ci-dessous les réponses aux questions posées :

Les informations fournies par l'administration de la Commission communautaire commune sont les suivantes :

Pour l'année 2007

1. Les aides familiales

Bruxelles	18,31
Woluwe-Saint-Pierre	3,30
Etterbeek	7,30
Ixelles	19,80
Berchem-Sainte-Agathe	6,70
Commune d'Uccle	10,75
Auderghem	4,50
Anderlecht	12,00
Forest	12,39
Uccle	5,50
Evere	9,80
Jette	8,05

tandzorg af met de leeftijd van de bewoner. Hoe ouder, hoe minder tandzorg. Toch heeft de mondgezondheid een belangrijke impact op de voedselinname en de algemene gezondheid van de bewoners.

- Welk protocol inzake tandzorg geldt er in de Brusselse bicommunautaire rusthuizen ?
- Welke procedure wordt gevolgd bij de intake van nieuwe bewoners ?
- In hoeveel van de bicommunautaire rusthuizen is er een mobiel tandarts kabinet ?
- Hoeveel bewoners van de rusthuizen hebben een globaal medisch dossier (uitgedrukt in percentage) ?

Antwoord : Tot mijn spijt moet ik u voor het antwoord op deze vraag verwijzen naar de ministers bevoegd voor gezondheid.

Vraag nr. 25 van mevr. Mahinur Ozdemir d.d. 25 oktober 2010 (Fr.) :

Het aantal huishulpverleners.

In de prioriteiten voor de zittingsperiode staat, wat de aangelegenheden van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie betreft, dat « het Verenigd College een toename zal overwegen van het aantal beroepsmensen inzake huishulp en van de quota van gesubsidieerde uren, waarbij een forfaitsysteem behouden blijft voor de uren gezinshulp en huishoudelijke hulp ».

Zou de minister me de cijfers kunnen meedelen van het aantal huishulpverleners voor de jaren 2007, 2008 en 2009 ?

Antwoord : Binnen onze bevoegdheden inzake huishulp wordt het geachte lid verzocht hieronder de antwoorden op de gestelde vragen te vinden :

De gegeven informatie door de administratie van de Gemeenschappelijke gemeenschapscommissie is de volgende :

Voor het jaar 2007

1. De gezinshulpen

Brussel	18,31
Sint-Pieters-Woluwe	3,30
Etterbeek	7,30
Elsene	19,80
Sint-Agatha-Berchem	6,70
Gemeente Ukkel	10,75
Oudergem	4,50
Anderlecht	12,00
Vorst	12,39
Ukkel	5,50
Evere	9,80
Jette	8,05

Saint-Gilles	3,50	Sint-Gillis	3,50
Molenbeek-Saint-Jean	15,00	Sint-Jans-Molenbeek	15,00
Service d'aide aux familles bruxelloises	27,50	Dienst voor hulp aan Brusselse gezinnen	27,50
Wolu social	30,15	Wolu social	30,15
Aides familiales et seniors de Ganshoren	15,40	Gezins- en bejaardenhulp van Ganshoren	15,40
2. Les aides ménagères		2. De poetsshulpen	
Ixelles	2,00	Elsene	2,00
Berchem-Sainte-Agathe	0,80	Sint-Agatha-Berchem	0,80
Anderlecht	2,00	Anderlecht	2,00
Uccle	1,00	Ukkel	1,00
Evere	1,00	Evere	1,00
Aides familiales et seniors de Ganshoren	2,00	Gezins- en bejaardenhulp van Ganshoren	2,00
Pour l'année 2008		Voor het jaar 2008	
1. Les aides familiales		1. De gezinshulpen	
Bruxelles	17,56	Brussel	17,56
Woluwe-Saint-Pierre	3,40	Sint-Pieters-Woluwe	3,40
Etterbeek	7,60	Etterbeek	7,60
Ixelles	22,90	Elsene	22,90
Berchem-Sainte-Agathe	5,30	Sint-Agatha-Berchem	5,30
Commune d'Uccle	11,60	Gemeente Ukkel	11,60
Auderghem	4,50	Oudergem	4,50
Anderlecht	12,00	Anderlecht	12,00
Forest	12,29	Vorst	12,29
Uccle	5,50	Ukkel	5,50
Evere	9,98	Evere	9,98
Jette	8,05	Jette	8,05
Saint-Gilles	3,50	Sint-Gillis	3,50
Molenbeek-Saint-Jean	17,10	Sint-Jans-Molenbeek	17,10
Service d'aide aux familles bruxelloises	29,40	Dienst voor hulp aan Brusselse gezinnen	29,40
Wolu social	28,20	Wolu social	28,20
Aides familiales et seniors de Ganshoren	16,80	Gezins- en bejaardenhulp van Ganshoren	16,80
2. Les aides ménagères		2. De poetsshulpen	
Ixelles	2,00	Elsene	2,00
Berchem-Sainte-Agathe	1,00	Sint-Agatha-Berchem	1,00
Anderlecht	2,00	Anderlecht	2,00
Uccle	1,00	Ukkel	1,00
Evere	1,00	Evere	1,00
Aides familiales et seniors de Ganshoren	2,00	Gezins- en bejaardenhulp van Ganshoren	2,00
Pour l'année 2009		Voor het jaar 2009	
1. Les aides familiales		1. De gezinshulpen	
Bruxelles	17,98	Brussel	17,98
Woluwe-Saint-Pierre	4,50	Sint-Pieters-Woluwe	4,50
Etterbeek	7,50	Etterbeek	7,50
Ixelles	20,85	Elsene	20,85
Berchem-Sainte-Agathe	6,00	Sint-Agatha-Berchem	6,00
Commune d'Uccle	11,80	Gemeente Ukkel	11,80
Auderghem	3,80	Oudergem	3,80
Anderlecht	11,00	Anderlecht	11,00
Forest	12,64	Vorst	12,64
Uccle	6,25	Ukkel	6,25
Evere	9,98	Evere	9,98
Jette	9,00	Jette	9,00
Saint-Gilles	4,25	Sint-Gillis	4,25
Molenbeek-Saint-Jean	17,50	Sint-Jans-Molenbeek	17,50

Service d'aide aux familles bruxelloises	32,90	Dienst voor hulp aan Brusselse gezinnen	32,90
Wolu social	28,07	Wolu social	28,07
Aides familiales et seniors de Ganshoren	16,80	Gezins- en bejaardenhulp van Ganshoren	16,80
2. Les aides ménagères		2. De poets hulpen	
Ixelles	2,00	Elsene	2,00
Berchem-Sainte-Agathe	1,00	Sint-Agatha-Berchem	1,00
Anderlecht	2,00	Anderlecht	2,00
Uccle	1,00	Ukkel	1,00
Evere	1,00	Evere	1,00
Aides familiales et seniors de Ganshoren	2,00	Gezins- en bejaardenhulp van Ganshoren	2,00

Question n° 26 de M. Emmanuel De Bock du 26 octobre 2010 (Fr.) :

Le nombre d'allocataires sociaux à charge des CPAS dans les 19 communes bruxelloises.

Le nombre d'allocataires sociaux n'arrête pas d'augmenter ces derniers mois. Mais il serait utile d'avoir un focus sur cet appauvrissement dans toute la Région bruxelloise.

Il semble difficile d'obtenir une situation commune par commune. Or cela s'avère essentiel pour pouvoir développer des approches fortes tant au niveau local qu'au niveau régional.

Dans ce cadre, pouvez-vous me transmettre depuis 2004 l'évolution du nombre d'allocataires sociaux à charge des CPAS dans chacune des 19 communes bruxelloises ?

Réponse : Dans le tableau en annexe, vous trouvez les informations.

Vraag nr. 26 van de heer Emmanuel De Bock d.d. 26 oktober 2010 (Fr.) :

Aantal uitkeringsgerechtigden ten laste van de OCMW's in de 19 Brusselse gemeenten.

De laatste maanden blijft het aantal uitkeringsgerechtigden onafgebroken toenemen. Het zou evenwel nuttig zijn om een juist beeld te hebben van de verpaupering in het hele Brussels Gewest.

Het lijkt moeilijk om een overzicht per gemeente te krijgen. Dat is nochtans essentieel om een krachtadig lokaal en gewestelijk beleid te kunnen voeren.

Kunt u me in dat verband de evolutie sinds 2004 van het aantal uitkeringsgerechtigden ten laste van de OCMW's in elk van de 19 Brusselse gemeenten meedelen ?

Antwoord : In de tabel als bijlage vindt u de gevraagde gegevens.

Droit à l'intégration sociale. Nombre de bénéficiaires (comptage annuel)

Recht op Maatschappelijke Integratie. Aantal begunstigden (jaarlijks)

CPAS / OCMW	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Anderlecht	2.974	3.167	3.477	3.749	3.883	4.210	3.590
Bruxelles / Brussel	5.224	5.634	5.986	6.268	6.609	7.045	6.067
Ixelles / Elsene	2.787	2.820	2.651	2.643	2.583	2.783	2.228
Etterbeek	1.475	1.469	1.513	1.619	1.591	1.739	1.511
Evere	969	1.000	1.066	1.139	1.200	1.253	1.087
Ganshoren	199	205	230	236	268	379	303
Jette	1.003	1.104	1.177	1.191	1.219	1.276	1.107
Koekelberg	559	605	608	600	608	627	531
Auderghem / Oudergem	459	477	484	523	529	621	544
Schaerbeek / Schaarbeek	3.643	4.003	4.370	4.855	5.136	5.478	4.789
Berchem-Sainte-Agathe / Sint-Agatha-Berchem	299	329	336	439	470	530	418
Saint-Gilles / Sint-Gillis	2.228	2.291	2.272	2.215	2.286	2.398	2.071
Molenbeek-Saint-Jean / Sint-Jans-Molenbeek	4.029	4.142	4.283	4.619	4.937	5.208	4.490
Saint-Josse-ten-Noode / Sint-Joost-ten-Node	1.424	1.554	1.666	1.725	1.757	1.905	1.671
Woluwe-Saint-Lambert / Sint-Lambrechts-Woluwe	780	834	868	908	947	956	812
Woluwe-Saint-Pierre / Sint-Pieters-Woluwe	396	406	433	467	451	400	317
Uccle / Ukkel	1.230	1.326	1.265	1.214	1.219	1.276	1.131
Forest / Vorst	1.210	1.171	1.171	1.255	1.337	1.537	1.288
Watermael-Boitsfort / Watermaal-Bosvoorde	348	389	396	414	439	497	391
Total / Totaal	31.236	32.926	34.252	36.079	37.469	40.118	34.346

Droit à l'aide sociale. Nombre de bénéficiaires (comptage annuel)

Recht op Maatschappelijke Hulp. Aantal begunstigden (jaarlijks)

CPAS / OCMW	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Anderlecht	1.618	1.878	2.155	2.393	2.416	2.744	2.021
Bruxelles / Brussel	9.972	10.646	10.324	9.001	8.778	9.243	4.939
Ixelles / Elsene	1.619	1.716	1.686	1.569	1.571	1.731	1.320
Etterbeek	759	771	721	654	594	661	487
Evere	274	265	269	285	282	340	287
Ganshoren	140	143	131	122	121	148	100
Jette	468	565	593	707	633	629	450
Koekelberg	281	297	320	330	300	331	274
Auderghem / Oudergem	198	196	161	156	117	115	118
Schaerbeek / Schaarbeek	2.137	2.681	2.937	3.241	2.991	2.793	1.182
Berchem-Sainte-Agathe / Sint-Agatha-Berchem	133	129	133	141	157	163	111
Saint-Gilles / Sint-Gillis	1.581	1.665	1.738	1.797	1.830	1.963	1.364
Molenbeek-Saint-Jean / Sint-Jans-Molenbeek	2.329	2.523	3.041	3.280	3.365	3.476	2.093
Saint-Josse-ten-Noode / Sint-Joost-ten-Node	1.061	1.115	1.181	1.174	1.084	1.188	929
Woluwe-Saint-Lambert / Sint-Lambrechts-Woluwe	312	353	358	338	254	262	204
Woluwe-Saint-Pierre / Sint-Pieters-Woluwe	375	423	373	290	181	175	122
Uccle / Ukkel	927	858	687	534	412	349	268
Forest / Vorst	559	551	596	649	654	795	580
Watermael-Boitsfort / Watermaal-Bosvoorde	324	378	313	266	172	113	53
Total / Totaal	25.067	27.153	27.717	26.927	25.912	27.219	16.902

Source / Bron : www.mi-is.be – 16 décembre / december 2010

Question n° 27 de Mme Caroline Persoons du 9 novembre 2010 (Fr.) :

Logement inclusif ou accompagné.

Le 24 septembre dernier s'est tenu un colloque intitulé « J'habite dans ma maison » et portant sur l'inclusion de la personne avec handicap mental via une politique du logement inclusif. À travers des exemples très concrets et fort intéressants, menés tant en pays de Galles qu'aux Pays-Bas via le projet Arduin mais aussi, ici en Belgique, via la Communauté germanophone, cette rencontre a démontré très clairement que sur la base de projets politiques clairs, il y a moyen de développer d'autres moyens d'héberger et d'accompagner les personnes avec handicap mental. C'était non seulement intéressant mais aussi touchant de voir les projets réalisés.

Le logement inclusif ou accompagné existe aussi à Bruxelles.

Citons comme exemples de logement inclusif, celui mené par l'association Le huitième jour à Bruxelles-Ville ou ceux développés au sein de différentes maisons de Woluwe Saint Lambert par l'ASBL Ricochet (Le Silex).

J'aimerais interroger la ministre sur le soutien de la Commission communautaire commune sur ces projets.

L'honorable ministre pourrait-elle m'indiquer :

Vraag nr. 27 van mevr. Caroline Persoons d.d. 9 november 2010 (Fr.) :

Inclusief of begeleid wonen.

Op 24 september 2010 is een colloquium gehouden met als titel « J'habite dans ma maison » en met als onderwerp de inclusie van de persoon met een mentale handicap via een inclusief huisvestingsbeleid. Uit zeer concrete en interessante voorbeelden uit Wales, Nederland via het project Arduin en België vanuit de Duitstalige Gemeenschap is gebleken dat men op basis van duidelijke politieke projecten andere middelen kan vinden om personen met een mentale handicap te huisvesten en te begeleiden. De gerealiseerde projecten waren niet enkel interessant, maar ook ontroerend.

Inclusief wonen of begeleid wonen bestaat ook in Brussel.

Zo zijn er op het vlak van inclusief wonen het initiatief van de vereniging « Le huitième jour » in Brussel-stad of de initiatieven binnen de verschillende tehuizen van Sint-Lambrechts-Woluwe door de vzw Ricochet (Le Silex).

Ik zou meer info willen over de steun van de GGC voor deze projecten.

- Le nombre d'associations qui sont soutenues par la Commission communautaire commune pour développer des projets de logement accompagné ? Quelles sont les associations ainsi soutenues ?
- Combien de logements cela permet-il de développer ? Pour combien de personnes ?
- À combien s'élève le soutien ou le subside octroyé par la Commission communautaire commune pour chaque projet ?
- Un soutien particulier est-il prévu pour la formation des équipes qui suivent et encadrent la vie journalière des personnes avec handicap mental qui sont ainsi accompagnées dans ces logements inclusifs ?
- Des collaborations particulières sont-elles mises en place avec le système d'AVJ (aide à la vie journalière) ?

Réponse : Quatre associations sont agréées et subsidiées par la COCOM pour développer des projets de logement accompagné. Il s'agit de EOS Evere (qui accompagne 6 personnes dans des logements privés), Pas à pas (qui gère 5 appartements supervisés pour personnes sourdes), Medori (qui gère 6 appartements supervisés pour personnes handicapées mentales) et l'ASBL « Le 8^e jour » (qui détient 19 appartements supervisés dans 3 et bientôt 4 maisons). Cela constitue un total de 46 appartements (pour une ou deux personnes), et permet ainsi à 48 personnes d'avoir un logement privatif.

Le subside octroyé par la Commission Communautaire Commune (chiffres finaux de 2009) s'élève à 52.696,04 EUR pour EOS Evere, 47.248,71 EUR pour Pas à Pas, 44.645,98 EUR pour Medori et 129.999,81 EUR pour l'ASBL « Le 8^e jour ».

Comme dans les autres secteurs (hébergement, accueil de jour, ...), le personnel est spécialisé en fonction du type de handicap dont sont porteurs les bénéficiaires. En outre, chaque année 1 % de la masse salariale peut être consacré à de la formation.

Il n'existe pas de collaboration particulière entre ces services et les services d'aide à la vie journalière, ceux-ci se spécialisant dans la prise en charge de personnes souffrant de handicap physique grave.

Question n° 28 de M. Pierre Migisha du 10 décembre 2010 (Fr.) :

La répartition des subsides entre les différentes associations chargées de l'accueil des sans-abri.

L'accueil d'urgence des sans-abri est actuellement pris en charge par les associations privées suivantes : l'ASBL Centre d'accueil d'urgence Ariane, l'ASBL Samusocial et l'ASBL Asile de Nuit Pierre d'angle. Le Samusocial organise également le dispositif hivernal et reçoit un budget supplémentaire pour cela.

Je souhaiterais connaître la répartition du montant de l'AB 03 4 1 33.01 entre ces différentes associations de 2006 à 2011, ainsi que la capacité d'accueil de chacune des ASBL.

- Hoeveel verenigingen worden door de GGC gesteund om projecten op poten te zetten voor begeleid wonen ? Welke verenigingen worden gesteund ?
- Hoeveel woningen worden aldus tot stand gebracht ? Voor hoeveel personen ?
- Hoeveel bedraagt de steun of de subsidie van de GGC voor elk project ?
- Is er bijzondere steun voor de opleiding van de teams die de personen met een mentale handicap in hun dagelijks leven in hun inclusieve woning begeleiden ?
- Is er bijzondere samenwerking met het systeem ADL (hulpverlening bij activiteiten in het dagelijks leven) ?

Antwoord : Vier verenigingen worden erkend en gesubsidieerd door de GGC om projecten inzake begeleid wonen te ontwikkelen. Het gaat om EOS Evere (begeleidt 6 personen in privéwoningen), Pas à pas (beheert 5 appartements onder toezicht voor doven), Medori (beheert 6 appartements onder toezicht voor verstandelijk gehandicapten) en de vzw Le 8^e jour (die over 19 appartements onder toezicht beschikt in drie en binnenkort vier huizen). In totaal zijn dit 46 appartements (voor één of twee personen) waardoor 48 personen over een privéwoning kunnen beschikken.

De toelage die door de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie wordt toegekend (eindcijfers van 2009) bedraagt 52.696,04 EUR voor EOS Evere, 47.248,71 EUR voor Pas à Pas, 44.645,98 EUR voor Medori en 129.999,81 EUR voor de vzw Le 8^e jour.

Zoals in de andere sectoren (nachtverblijf, dagonthaal ...), is het personeel gespecialiseerd in de handicap van de inwonenden. Bovendien kan elk jaar 1 % van de loonsom aan opleiding worden besteed.

Er bestaat geen specifieke samenwerking tussen deze diensten en de diensten voor hulpverlening in het dagelijkse leven die gespecialiseerd zijn in de hulpverlening aan personen met een zware fysieke handicap.

Vraag nr. 28 van de heer Pierre Migisha d.d. 10 december 2010 (Fr.) :

Verdeling van de subsidies onder de verschillende verenigingen die belast zijn met het onthaal van daklozen.

Thans zorgen de volgende privéverenigingen voor de noodopvang van daklozen : de vzw Centrum voor Noodopvang Ariane, de vzw Samusocial en de vzw Nachtasiel Hoeksteen. De Samusocial organiseert eveneens de wintervoorziening en krijgt daarvoor een extra budget.

Ik zou willen weten hoe het bedrag van BA 03 4 1 33.01 verdeeld is over die verschillende verenigingen, van 2006 tot 2011, alsook de opvangcapaciteit van elk van die vzw's.

Réponse : Dans le tableau en annexe, vous trouvez les informations.

Antwoord : In de tabel als bijlage vindt u de gevraagde gegevens.

SERVICES D'URGENCE / URGENTIEDIENSTEN

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
	Décompte – Eindafr.	Décompte – Eindafr.	Décompte – Eindafr.	Décompte – Eindafr.	Budget Aj – Begroting A	Budget Ini – Begroting I
Ariane	419.733,02	427.135,35	521.112,76	548.906,00	543.000,00	560.000,00
Ariane (extra)	40.000,00					
Hoeksteen	531.456,13	526.798,11	558.539,17	532.961,00	500.000,00	566.000,00
Pierre d'Angle (extra) / Hoeksteen (extra)	54.250,00					
CASU/Samusocial	670.525,00	1.000.000,00	1.200.000,00	1.200.000,00	1.200.000,00	1.200.000,00
Dispositif hivernal (CASU/Samusocial) / Winterhulp (CASU)	341.800,00	380.221,00	708.179,00	725.681,00	750.000,00	750.000,00
Dispositif hivernal (Pierre d'Angle) / Winterhulp (PdA)	75.000,00					
Total / Totaal	2.132.764,15	2.334.154,46	2.987.830,93	3.007.548,00	2.993.000,00	3.076.000,00

Question n° 29 de Mme Fatoumata Sidibé du 15 décembre 2010 (Fr.) :

Formation du personnel des hôpitaux Iris à la problématique des violences conjugales.

En Belgique, une femme sur cinq est victime de violences conjugales. Plus précisément, d'après les résultats d'une étude récente, près de 15 % des femmes et plus de 10 % des hommes ont été confrontés à une telle violence au cours de l'année écoulée.

Afin de lutter contre ce fléau, diverses mesures ont été prises par les pouvoirs publics, je pense notamment au plan d'action national sur les violences conjugales, à la mise en place d'une ligne d'écoute professionnelle, à la création de structures d'accueil, etc.

Pour les victimes de tels actes, il est essentiel qu'elles puissent être accueillies et prises en charge par des services compétents afin d'obtenir une aide et une protection. D'où l'importance de la formation et de la sensibilisation du personnel d'accueil des services de première ligne tels que la police, les hôpitaux, etc. Or, bien souvent, on constate que le personnel de tels services n'est pas formé à la problématique des violences conjugales avec pour conséquence une insatisfaction des victimes quant à l'accueil qui leur est réservé.

Par conséquent, je souhaiterais demander aux membres du collège :

- S'il existe une formation spécifique aux violences conjugales destinée au personnel des hôpitaux Iris ? Qui dispense cette formation ?
- Le cas échéant, combien de personnes en ont bénéficié ? Disposez-vous d'informations quant au profil des personnes qui ont suivi les formations ?

Vraag nr. 29 van mevr. Fatoumata Sidibé d.d. 15 december 2010 (Fr.) :

Opleiding van het personeel van de Irisziekenhuizen om met partnergeweld om te gaan.

In België is 1 vrouw op 5 het slachtoffer van partnergeweld. Volgens een recente studie werd bijna 15 % van de vrouwen en meer dan 10 % van de mannen het afgelopen jaar geconfronteerd met partnergeweld.

Om die plaag te bestrijden, hebben de overheden verschillende maatregelen getroffen, zoals het nationaal actieplan inzake de strijd tegen het partnergeweld, de invoering van een professionele onthaallijn, de oprichting van opvangstructuren enz.

Voor de slachtoffers is het van essentieel belang dat ze kunnen worden opgevangen en verzorgd door bevoegde diensten die hun hulp en bescherming kunnen bieden. Vandaar het belang van de opleiding en bewustmaking van het onthaalpersoneel van de eerstelijnsdiensten zoals de politie, de ziekenhuizen enz. Men stelt echter vaak vast dat het personeel van die diensten niet opgeleid is om met de problematiek van het partnergeweld om te gaan, met als gevolg dat de slachtoffers niet tevreden zijn over de manier waarop ze worden opgevangen.

In dat verband wens ik de leden van het college de volgende vragen te stellen :

- Bestaat er een specifieke opleiding inzake partnergeweld voor het personeel van de Irisziekenhuizen ? Wie verstrekt die opleiding ?
- Hoeveel personeelsleden hebben in voorkomend geval die opleiding gevolgd ? Beschikt u over informatie over het profiel van de personeelsleden die de opleidingen hebben gevolgd ?

- Dans la négative, comptez-vous prévoir prochainement une telle formation afin de garantir un accueil de qualité pour les victimes de violence ?

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

Nous sommes étonnées que vous ne posiez la question de la formation du personnel à la problématique de la violence conjugale que pour les hôpitaux du réseau Iris. Tous les hôpitaux bruxellois sont confrontés à cette problématique. Il nous semblerait dès lors intéressant de poser cette question auprès des ministres de la Santé, M. Cerexhe et M. Vanraes.

Nous pouvons vous informer qu'il n'y a pas de formation spécifique à la problématique de la violence conjugale, organisée pour le personnel des hôpitaux Iris. Un accueil des victimes est cependant assuré de manière pluridisciplinaire, dans le respect du secret professionnel et de la vie privée.

Question n° 30 de Mme Fatoumata Sidibé du 23 décembre 2010 (Fr.) :

Accueil des personnes en situation de handicap dans les hôpitaux.

Sans généraliser le phénomène, je constate qu'il existe vraisemblablement un problème d'accueil des personnes handicapées dans certains hôpitaux bruxellois.

Il n'est plus à rappeler combien les personnes à mobilité réduite ont besoin d'infrastructures adaptées.

Or, bien souvent, les personnes en situation de handicap rencontrent des problèmes d'accueil lorsqu'elles sont admises à l'hôpital. Relevons à cet égard, l'exiguïté des portes du cabinet de toilette si bien qu'elles ne peuvent ni entrer avec leur chaise roulante, ni se laver, ni faire un transfert vers le WC, l'absence de rampe de soutien pour se relever, l'absence de signalisation pour les malvoyants, le manque de salles de bain adaptées, etc. Plus inquiétant, dans certains hôpitaux, les salles de bains spécialement aménagées pour accueillir les personnes en situation de handicap ou à mobilité réduite serviraient également de salle de rangement de produits d'entretien.

Cette situation est difficilement acceptable. En effet, l'absence d'aménagements raisonnables pour les personnes avec un handicap constitue une forme de discrimination indirecte.

Par ailleurs je rappelle que la Convention de l'ONU relative aux droits de la personne handicapée a été ratifiée par la Belgique et que cette Convention part du principe de l'inclusion de la personne handicapée dans tous les domaines de la vie sociale. Des mesures sont notamment prévues dans le domaine de l'accessibilité des bâtiments et des services.

Par conséquent, je souhaiterais demander aux membres du Collège :

- Zo neen, bent u van plan om binnenkort zo'n opleiding te organiseren om een kwaliteitsvolle opvang van de slachtoffers van geweld te garanderen ?

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

We zijn verbaasd dat uw vraag over de vorming van personeel rond de problematiek van huiselijk geweld alleen betrekking heeft op de ziekenhuizen van het Iris-netwerk. Alle Brusselse ziekenhuizen worden namelijk met dit probleem geconfronteerd. Daarom lijkt het ons interessanter om die vraag aan de ministers van Volksgezondheid, de heren Cerexhe en Vanraes, te stellen.

We kunnen u meedelen dat er geen specifieke opleiding rond de problematiek van huiselijk geweld voor het personeel van de Iris-ziekenhuizen georganiseerd wordt. Wel is er een multidisciplinair onthaal van slachtoffers met inachtname van het beroepsgeheim en eerbied voor het privéleven.

Vraag nr. 30 van mevr. Fatoumata Sidibé d.d. 23 december 2010 (Fr.) :

Onthaal van personen met een handicap in de ziekenhuizen.

Ik stel vast dat er werkelijk een probleem bestaat met het onthaal van personen met een handicap in sommige Brusselse ziekenhuizen, zonder dat verschijnsel evenwel te veralgemenen.

Het hoeft niet gezegd dat personen met een beperkte mobiliteit nood hebben aan aangepaste voorzieningen.

Personen met een handicap hebben vaak problemen bij een opname in een ziekenhuis : de deuren van de toiletten zijn te smal voor een rolstoel, zodat zij zich niet kunnen wassen of naar het toilet gaan; er is geen leuning, er zijn geen aanwijzingen voor slechtzienden, noch aangepaste badkamers, enz. Nog meer zorgwekkend is dat in sommige ziekenhuizen de speciale badkamers voor personen met een handicap of met een beperkte mobiliteit ook dienen als opslagruimte voor onderhoudsproducten.

Dergelijke toestanden zijn moeilijk te aanvaarden, want het gebrek aan redelijke voorzieningen voor personen handicap vormt een indirecte discriminatie.

Bovendien wijs ik erop dat het VN-verdrag inzake de rechten van personen met een handicap bekrachtigd is door België en dat het uitgaat van het principe dat personen met een handicap moeten kunnen deelnemen aan alle gebieden van het sociale leven. Maatregelen zijn onder meer voorzien op het vlak van de toegankelijkheid van de gebouwen en de diensten.

Daarom wens ik de collegeleden de volgende vragen te stellen :

1. Est-ce qu'il existe des normes pour accueillir des personnes en situation de handicap dans les hôpitaux relevant de leur compétence ? Dans l'affirmative, qui est chargé du contrôle de ces normes ?
2. Quelles mesures ont été prises afin de favoriser l'accès des personnes en situation de handicap dans les hôpitaux du réseau Iris ?
3. Combien de chambres sont aménagées pour accueillir ces personnes ? Sont-elles bien adaptées ? Quel équipement compose ces chambres ?
4. Est-ce qu'il existe une coordination entre les différents hôpitaux du réseau Iris sur cette problématique ?
5. Existe-t-il au sein des hôpitaux une personne chargée de l'accueil des personnes en situation de handicap et qui pourrait relayer leurs demandes ?
6. Est-ce que des plaintes concernant l'accueil des personnes handicapées ont été enregistrées ? Le cas échéant, quelles suites y ont été apportées ?

Réponse : Les hôpitaux publics bruxellois, qui constituent plus d'un tiers de l'offre en hospitalisation générale en Région de Bruxelles, sont contraints de procéder par marché public pour tous les travaux d'infrastructure, quels qu'ils soient. De plus, pour l'attribution des marchés, ils doivent procéder par lots bien distincts. Chacun de ces marchés doit être lancé après la rédaction d'un cahier spécial des charges. Préalablement à cette rédaction, l'hôpital doit obtenir un permis d'urbanisme octroyé par la Commune et la Région qui sont dans l'obligation de veiller au respect du Règlement régional d'urbanisme (RRU) de la Région de Bruxelles-Capitale qui concerne notamment, en son Titre II, les normes d'habitabilité des logements, en son Titre IV, l'accessibilité des bâtiments par les personnes à mobilité réduite, en son Titre VII, la voirie, ses accès et ses abords et en Titre VIII, les normes de stationnement en dehors de la voie publique.

Ces cahiers des charges doivent également respecter la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux, et notamment :

- primo, ses articles 66 à 82 relatifs aux normes d'agrément des hôpitaux et à leurs arrêtés royaux d'application qui au nombre de 57 édictent les normes par service; ces normes sont édictées notamment pour assurer des soins de qualité à des personnes ayant des problèmes de santé;
- secundo, son article 63 relatif aux taux et conditions d'octroi du financement des investissements et son arrêté royal du 13 décembre 1966 déterminant le taux et certaines modalités d'octroi des subventions pour la construction, le reconditionnement et l'appareillage d'hôpitaux.

De plus, les programmes de soins sont construits et aménagés pour que tous y aient accès malgré leurs déficiences. Un hôpital général qui s'adresse à une telle gamme de pathologies ne peut pas ne pas organiser ses prises en charge médicales et soignantes sans tenir compte des aspects sociaux et de communication avec ses patients. Une soixantaine de travailleurs sociaux sont disponibles pour accompagner les patients; c'est un accompagnement psychosocial qui dépasse la remise en ordre administrative pour

1. Bestaan er normen voor het onthaal van personen met een handicap in de ziekenhuizen die onder hun bevoegdheid ressorteren ? Zo ja, wie is belast met toezicht op die normen ?
2. Welke maatregelen zijn genomen om de toegankelijkheid voor personen met een handicap te bevorderen in de ziekenhuizen van het Irisnetwerk ?
3. Hoeveel kamers zijn ingericht voor die personen ? Zijn ze behoorlijk aangepast ? Over welke uitrusting beschikken die kamers ?
4. Bestaat er coördinatie tussen de verschillende ziekenhuizen van het Irisnet over die problematiek ?
5. Is in de ziekenhuizen een persoon belast met het onthaal van personen met een handicap en kan die persoon hun verzoeken doorgeven ?
6. Zijn klachten inzake het onthaal van personen met een handicap opgetekend ? Zo ja, welk gevolg wordt aangegeven ?

Antwoord : De Brusselse openbare ziekenhuizen, die meer dan een derde van het algemene ziekenhuisaanbod in het Brussels Gewest uitmaken, zijn ertoe verplicht voor al hun infrastructuurwerken, van welke aard dan ook, overheidsopdrachten uit te schrijven. Voor de gunning van die opdrachten moeten zij bovendien duidelijk verschillende delen gebruiken. Elk van de opdrachten moet worden gelanceerd na de opstelling van een bijzonder bestek. Eerst moet het ziekenhuis echter een stedenbouwkundige vergunning krijgen van de gemeente en van het Gewest. Zij moeten toezien op de naleving van de Gewestelijke Stedenbouwkundige Verordening (GSV) en meer bepaald van Titel II, woonbaarheidsnormen, Titel IV, toegankelijkheid van gebouwen voor personen met beperkte mobiliteit, Titel VII, de wegen, de toegangen ertoe en de naaste omgeving ervan, en Titel VIII, de parkeernormen buiten de openbare weg.

Deze bestekken moeten ook rekening houden met de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 betreffende de ziekenhuizen, en meer bepaald :

- ten eerste, de artikelen 66 tot 82 betreffende de erkenningsnormen van ziekenhuizen en de 57 koninklijke toepassingsbesluiten die de normen per dienst vastleggen; deze normen zijn meer bepaald vastgelegd om een kwaliteitsvolle zorgverstrekking te garanderen aan personen met gezondheidsproblemen;
- ten tweede, artikel 63 betreffende de percentages en de toekenningsvoorwaarden van de financiering voor de investeringen en het koninklijk besluit van 13 december 1966 tot bepaling van het percentage van de toelagen voor de opbouw, de herconditionering, de uitrusting en de apparatuur van ziekenhuizen.

De zorgprogramma's zijn bovendien zo opgebouwd en ontworpen dat iedereen, ondanks zijn beperkingen, er toegang tot heeft. Een algemeen ziekenhuis dat zich op een dergelijk gamma van pathologieën richt, kan onmogelijk medische en verzorgende interventies organiseren zonder rekening te houden met de sociale aspecten en de communicatie met de patiënten. Een zestigtal sociale werkers zijn beschikbaar om de patiënten te begeleiden; het betreft een psychosociale begeleiding die verder gaat dan de administra-

aider concrètement les patients dans leur vie au sein de l'hôpital et lors de leur sortie.

En pédiatrie, le réseau public offre la palette des soins la plus diversifiée pour la prise en charge des enfants qui naissent avec un handicap. Ils sont suivis jusqu'à leur adolescence par les équipes médicales et soignantes. Ils ont des spécialistes du développement qui suivent les enfants ayant fait un passage par un service de néonatalogie. L'HUDERF est le seul hôpital de référence en pédiatrie du pays, de niveau 3 et 4, dans toutes les disciplines médicales.

Les trois maternités ont développé des techniques pointues pour dépister les handicaps et pour intervenir dans la mesure du possible sur les fœtus sur les malformations cardiaques et digestives.

Enfin les hôpitaux publics ont développé de nombreux programmes de réadaptation spécifiques vis-à-vis des personnes en situation de handicap, où se retrouvent des professionnels spécialisés.

Par ailleurs, en collaboration avec le CHR la Citadelle, les hôpitaux du réseau IRIS ont organisé du 16 au 21 mai 2010 trois événements internationaux sur le thème de « l'Enfant différent ». Ce sont quelques 200 professionnels de la santé provenant de 18 hôpitaux du monde qui ont participé activement à ces événements.

Pour répondre synthétiquement à vos interrogations, nous avons l'honneur de répondre :

- Il existe des normes d'agrément pour les hôpitaux et les services hospitaliers qui imposent des conditions de prises en charge des patients quelle que soit leur pathologie. De plus le RRU s'impose à tous les hôpitaux, y compris publics, lors de tous travaux d'infrastructure.
- Par leur mission publique, par la diversité des prises en charge, par leur caractère universitaire, par le développement de leurs programmes de soins en rapport avec les besoins de la population, les hôpitaux publics bruxellois ont une vocation de prendre en charge des personnes en situation de handicap. Etant tous reconstruits ou en voie de reconstruction ou de reconditionnement, les normes architecturales respectent les conditions d'accessibilité.
- Toutes les chambres sont accessibles aux fauteuils roulants puisqu'elles peuvent permettre aux lits d'en être sortis. Partout il y a des sanitaires et des douches qui répondent aux normes.
- Ce n'est pas la mission d'Iris de coordonner les soins entre les hôpitaux. Néanmoins dans les plans stratégiques d'Iris, l'attention aux personnes les plus fragilisées physiquement et socialement y a toujours pris une place fortement marquée. Iris a déjà également organisé des groupes de travail sur la prise en charge des personnes handicapées mentales et sur le dépistage des handicaps.
- Qu'il y ait une seule personne chargée de l'accueil des personnes handicapées n'est pas dans la philosophie des programmes de soins. Ce sont tous les travailleurs qui doivent y être sensibilisés. Les équipes des travailleurs sociaux sont présentes pour les accompagner. Peut-être serait-il utile de disposer de travailleurs de liaison entre l'hôpital et les lieux de vie des per-

tieve aspecten om de patiënten concreet te helpen tijdens en na hun ziekenhuisverblijf.

Op het vlak van pediatrie biedt het openbare netwerk het meest gediversifieerde zorgaanbod voor de verzorging van kinderen met een aangeboren handicap. Zij worden tot in hun adolescentie opgevolgd door medische en verzorgende teams. Ontwikkelings-specialisten volgen kinderen op die door de dienst neonatologie werden behandeld. Het UKZKF is het enige referentieziekenhuis voor pediatrie in ons land, van niveau 3 en 4, voor alle medische disciplines.

De drie materniteiten hebben ultramoderne technieken ontwikkeld om handicaps op te sporen en, in de mate van het mogelijke, foetussen met hart- of spijsverteringsafwijkingen te behandelen.

Tot slot hebben de openbare ziekenhuizen tal van specifieke revalidatieprogramma's ontwikkeld voor personen met een handicap, met teams van gespecialiseerde professionals.

In samenwerking met het CHR la Citadelle hebben de IRIS-ziekenhuizen van 16 tot 21 mei 2010 bovendien drie internationale evenementen rond het thema « l'Enfant différent » georganiseerd. Zo'n 200 gezondheidsprofessionals uit 18 ziekenhuizen overal ter wereld hebben actief aan deze evenementen deelgenomen.

Hieronder vindt u een beknopt antwoord op uw vragen :

- Er bestaan erkenningsnormen voor de ziekenhuizen en de ziekenhuisdiensten die opnamevoorwaarden voor patiënten bevatten, ongeacht de pathologie. Bovendien is de GSV van toepassing voor alle ziekenhuizen, dus ook de openbare, tijdens alle infrastructuurwerken.
- Vanwege hun openbare opdracht, hun diversiteit inzake opnames, hun universitaire karakter en hun ontwikkeling van zorgprogramma's afgestemd op de noden van de bevolking, zijn de Brusselse openbare ziekenhuizen bestemd om personen met een handicap op te nemen. Aangezien ze allemaal verbouwd zijn of verbouwings- en aanpassingswerken ondergaan, worden met de architectuurnormen de toegankelijkheidsvoorwaarden nageleefd.
- Alle kamers zijn toegankelijk voor rolstoelgebruikers, aangezien de bedden uit de kamer kunnen worden gereden. Overal beantwoorden het sanitair en de douches aan de normen.
- De zorgcoördinatie tussen de ziekenhuizen is geen opdracht van IRIS. Toch heeft de aandacht voor de fysiek en sociaal meest kwetsbare personen altijd een belangrijke plaats ingenomen in de strategische plannen van IRIS. IRIS heeft ook al werkgroepen georganiseerd over de opname van mentaal gehandicapte personen en het opsporen van handicaps.
- De aanwezigheid van slechts een persoon voor de opvang van personen met een handicap maakt geen deel uit van de filosofie van de zorgprogramma's. Alle medewerkers moeten zich bewust zijn van de problematiek. De teams van sociale werkers zijn aanwezig om hen te begeleiden. Het zou misschien nuttig zijn om te beschikken over schakelpersonen tussen het zieken-

sonnes handicapées, mais les hôpitaux ne disposent d'aucun financement pour réaliser une telle tâche.

- À notre connaissance, aucune personne n'a déposé officiellement de plainte dans le cadre de la loi sur les droits du patient relative à des problèmes d'accessibilité dans les hôpitaux publics bruxellois.

Question n° 31 de M. Serge de Patoul du 17 janvier 2011 (Fr.) :

Composition du personnel des administrations des CPAS de la Région de Bruxelles.

Il est important que la Région bruxelloise veille à ce que, au sein de ses administrations, des Bruxellois y soient engagés.

Les ministres peuvent-elles préciser l'état, en date du 1^{er} janvier 2011, de la situation du personnel des administrations des CPAS de la Région bruxelloise, comme suit :

- nombre de Bruxellois engagés, par groupe linguistique;
- nombre de personnes engagées par les administrations des CPAS de la Région bruxelloise, habitant dans les 6 communes à facilités périphériques à Bruxelles, par groupe linguistique;
- nombre de personnes engagées par les administrations des CPAS de la Région bruxelloise, non reprises dans la catégorie précédente et habitant en Région flamande, par groupe linguistique;
- nombre de personnes engagées par les administrations des CPAS de la Région bruxelloise, habitant en Région wallonne, par groupe linguistique.

Réponse : En tant que réponse à votre question écrite, en annexe vous trouvez un tableau avec l'information dont dispose l'Administration des Pouvoirs locaux – Direction de la Tutelle sur les CPAS.

huis en de leefplek van gehandicapte personen. De ziekenhuizen beschikken echter niet over financiering voor de uitvoering van een dergelijke taak.

- Volgens onze informatie is er geen enkele klacht ingediend in het kader van de wet van de rechten van de patiënt betreffende de toegankelijkheidsproblemen van de Brusselse openbare ziekenhuizen.

Vraag nr. 31 van de heer Serge de Patoul d.d. 17 januari 2011 (Fr.) :

Samenstelling van de personeelsformatie van de Brusselse OCMW's.

Het is belangrijk dat het Brussels Gewest ervoor zorgt dat er Brusselaars worden aangeworven in zijn besturen.

Kan de minister me in verband met de personeelsformatie van de Brusselse OCMW's de volgende informatie meedelen in verband met de toestand op 1 januari 2011 :

- aantal Brusselaars die werden aangeworven door de Brusselse OCMW's, per taalgroep;
- aantal personen die aangeworven werden door de Brusselse OCMW's en die wonen in een van de zes faciliteitengemeenten van de rand, per taalgroep;
- aantal personen die aangeworven werden door de Brusselse OCMW's en die niet behoren tot de vorige categorie en die in het Vlaams Gewest wonen, per taalgroep;
- aantal personen aangeworven door de Brusselse OCMW's en die in het Waals Gewest wonen, per taalgroep.

Antwoord : In antwoord op uw schriftelijke vraag vindt u hierbij een tabel met de informatie waarover de Dienst Plaatselijke Besturen – Directie Toezicht op de OCMW's beschikt.

CPAS / OCMW	Contractuels (ETP) / Contractuelen (VTE)				Statutaires (ETP) / Statutairen (VTE)			
	Féminin	Masculin	In RBC	Out RBC	Féminin	Masculin	In RBC	Out RBC
	– Vrouw	– Man	– In BHG	– Buiten BHG	– Vrouw	– Man	– In BHG	– Buiten BHG
Anderlecht	94	108	197	5	147,5	50	101	96,5
Auderghem / Oudergem	72,75	16,75	71,5	18	27	10	20	17
Berchem-Sainte-Agathe / Sint-Agatha-Berchem	79,2	19	75,95	22,25	31,4	5	13,55	22,85
Bruxelles / Brussel	752,74	305,3	704,05	353,99	264,43	215,48	190,21	289,7
Etterbeek	200,01	98,33	240,85	57,49	54,5	10	38,5	26
Evere	104,1	37,5	109,92	31,68	39,11	10,25	26,26	23,1
Forest / Vorst	151	40	140	51	28	8	22	14
Ganshoren	23,57	5	25,57	3	39,8	15,6	26,3	29,1
Ixelles / Elsene	194,7	95,8	195,1	95,4	50,1	46	57,35	38,75
Jette	97,3	25	78,85	43,45	29,4	14	23,8	19,6
Koekelberg	63	15	54	24	11	3	8	6
Molenbeek	344	256	488	112	107	54	84	77

	TOTAL = 249,8				TOTAL = 42,60			
Saint-Gilles / Sint-Gillis								
Saint-Josse / Sint-Joost	142	112	208,5	45	37	10	13	34
Schaerbeek / Schaarbeek	130	89,6	154,9	64,9	189,7	58,8	155,15	93,35
Uccle / Ukkel	355	152	360	147	23	17	15	25
Watermael-Boitsfort / Watermaal-Bosvoorde	73,19	29,25	77,64	24,8	23,8	12,3	27,5	8,6
Woluwe-St-Lambert / St-Lambrechts-Woluwe	41,55	20,15	37,45	24,25	8,3	4,8	2,55	10,55
Woluwe-Saint-Pierre / Sint-Pieters-Woluwe	110,25	45,24	126,34	29,15	37,25	10	27,3	19,95

Sources : budgets 2010.

Les « articles 60 » sont inclus sauf Bruxelles-Ville, Jette, Koekelberg, Schaerbeek et Woluwe-Saint-Pierre.

Saint-Gilles : ventilation non communiquée.

Bron : Begrotingen 2010.

De « artikel 60 » zijn inbegrepen, behalve in Brussel, Jette, Koekelberg, Schaarbeek en St-Pieters-Woluwe.

Sint-Gillis : verdeling niet medegedeeld.

Question n° 32 de M. Dominiek Lootens-Stael du 17 janvier 2011 (N.) :

Le recouvrement, par les CPAS, des aides indûment versées.

Les cas de fraude dans le cadre de l'obtention d'aides du CPAS sont considérables et sont mis au jour presque quotidiennement.

Légalement, les CPAS ont la faculté de recouvrer les montants indûment versés auprès des bénéficiaires fraudeurs. Or, il apparaît – comme, récemment encore, à Molenbeek – que les CPAS renoncent régulièrement à la possibilité de procéder au recouvrement.

Mesdames les Membres du collège peuvent-elles, en leur qualité de ministres de tutelle, nous fournir un récapitulatif des montants indûment versés depuis 1990 par les différents CPAS de la Région de Bruxelles-Capitale ?

Quels montants (et quelle proportion de ces montants) font-ils ou ont-ils fait l'objet d'une procédure de recouvrement, et dans quelle mesure l'argent a-t-il effectivement été recouvré ? Combien des personnes à l'égard desquelles une procédure de recouvrement est, a été ou devrait être engagée ne sont-elles pas de nationalité belge ?

Quels motifs les différents CPAS concernés avancent-ils pour justifier le fait qu'ils renoncent au recouvrement ? Ces décisions ont-elles reçu l'aval des ministres de tutelle concernées ou certaines de ces décisions des CPAS ont-elles dû être revues à la demande des ministres de tutelle ?

Réponse : En réponse à votre question, nous pouvons vous communiquer que le Collège réuni est uniquement compétent pour la surveillance administrative des décisions des CPAS et que des décisions en matière de prestation individuelle de services ne relèvent pas de sa compétence (cf. article 111 de la loi organique). Cela vaut également pour les décisions touchant le CPAS au cas où celui-ci se fait rembourser le revenu d'intégration sociale ou le revenu équivalent attribué auprès de la personne concernée. En outre, les raisons du remboursement peuvent se rapporter à une erreur de la part du CPAS même ou une récupération peut être exigée en cas de malice, de tromperie ou d'actes frauduleux de la part de l'intéressé.

Sur la base des montants qui figurent à ce sujet dans les comptes, nous pouvons difficilement vérifier s'il s'agit du premier cas

Vraag nr. 32 van de heer Dominiek Lootens-Stael d.d. 17 januari 2011 (N.) :

De terugvorderingen door de OCMW's van onterecht uitgekeerde tegemoetkomingen.

De gevallen van fraude bij het verkrijgen van uitkeringen door de OCMW's zijn aanzienlijk en komen bijna dagelijks aan het licht.

Wettelijk beschikken de OCMW's over de mogelijkheid om de onterecht uitgekeerde bedragen terug te vorderen van ontvangers die de fraude pleegden. Nochtans blijkt, zoals recent nog in Molenbeek, dat de OCMW's regelmatig verzaken aan de mogelijkheid tot terugvordering.

Kunnen de collegeleden, in hun hoedanigheid van toezicht houdende overheid, een overzicht bezorgen van de bedragen die, sedert 1990, door de verschillende OCMW's van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, onterecht werden uitbetaald ?

Welke en hoeveel van deze bedragen worden of werden effectief teruggevorderd en in welke mate recupereerde men effectief het geld ? Hoeveel van de personen lastens wie bedragen worden teruggevorderd, of zou moeten worden teruggevorderd, zijn niet van Belgische nationaliteit ?

Welke redenen worden door de verschillende OCMW's aangevoerd om te rechtvaardigen dat geen terugvordering gebeurt ? Dragen deze beslissingen de goedkeuring weg van de betrokken voogdijministers of werden sommige beslissingen van de OCMW's onder invloed van de voogdijministers herzien ?

Antwoord : In antwoord op uw vraag kunnen wij u meedelen dat het Verenigd College enkel bevoegd is voor het administratief toezicht op de beslissingen van de OCMW's en dat deze inzake de individuele dienstverlening hieraan niet onderworpen zijn (cf. artikel 111 van de organieke wet). Dit geldt tevens voor de beslissingen die het OCMW treft ingeval ze het toegekende leefloon of equivalent leefloon verhaalt op de betrokkene. De redenen van terugvordering kunnen bovendien slaan op een vergissing vanwege het OCMW zelf of in het andere geval kan een terugvordering worden geëist in geval van arglist, bedrog of bedrieglijke handelingen van de belanghebbende persoon.

Op basis van de bedragen die hieromtrent voorkomen in de rekeningen kan er moeilijk worden nagegaan of het om het ene of het

ou de l'autre. De plus, ces récupérations sont réparties sur plusieurs articles.

Nous sommes dès lors dans l'impossibilité de vous procurer les informations nécessaires à ce sujet, de plus qu'il s'agit d'une compétence fédérale du ministère de l'Intégration sociale et d'une application de la loi du 26 mai 2002 concernant le droit à l'intégration sociale et la loi du 2 avril 1965 relative à la prise en charge des secours accordés par les centres publics d'action sociale.

Question n° 34 de M. Serge de Patoul du 21 février 2011 (Fr.) :

Obtention de subsides européens pour les administrations des CPAS de la Région de Bruxelles.

Les Communautés européennes suivent de nombreux programmes dans lesquels une région, une institution publique, parapublique ou une institution locale, peuvent répondre à l'appel à projets.

Dans le cadre de ces programmes européens, il est donc possible d'obtenir des financements pour mettre en œuvre des politiques régionales et locales.

- Les ministres peuvent-elles donner, pour les années 2007, 2008, 2009, 2010, la liste des projets déposés dans le cadre d'appels à projets européens ?
- Les ministres peuvent-elles préciser les projets acceptés par la Communauté européenne ?
- Pour les projets acceptés, les ministres peuvent-elles indiquer les partenaires, le fait de savoir si les CPAS sont leader du projet, les subsides obtenus, ainsi que les montants complémentaires que les CPAS doivent prendre en charge ?

Réponse : En dessous vous trouverez la liste des projets déposés et acceptés dans le cadre du programme opérationnel FSE fédéral, par année. Un projet a été refusé par l'autorité fédérale : « Animateur de centre de vacances » (2008).

Les CPAS sont toujours leader du projet et ils travaillent souvent avec des partenaires pour bien exécuter le projet. Ces partenaires varient de CPAS à CPAS et selon l'année. Une liste exhaustive de ces partenaires n'est pas disponible.

Les subsides obtenus par les CPAS sont publiés annuellement au *Moniteur belge* dans un arrêté ministériel. Les montants que les CPAS doivent prendre en charge varient entre 50 % et 75 % du coût total du projet. L'autorité fédérale est très attentive afin d'éviter le double subventionnement avec d'autres sources de financement.

andere geval gaat. Bovendien zijn deze recuperaties verspreid over verschillende artikelen.

Wij zijn aldus in de onmogelijkheid u hieromtrent de nodige informatie te verstrekken, temeer dit een federale materie betreft uitgaande van het ministerie van Maatschappelijke Integratie en de toepassing van de wet van 26 mei 2002 betreffende het recht op de maatschappelijke integratie en die van 2 april 1965 betreffende het ten laste nemen van de steun verleend door de openbare centra voor maatschappelijk welzijn.

Vraag nr. 34 van de heer Serge de Patoul d.d. 21 februari 2011 (Fr.) :

Europese subsidies voor de OCMW-besturen van het Brussels Gewest.

De Europese Commissie heeft vele programma's waarbij een regio, een overheidsinstelling, een semi-overheidsinstelling of een plaatselijke instelling kan ingaan op een oproep tot projecten.

Die programma's maken het dus mogelijk om subsidies te verkrijgen voor regionale of plaatselijke beleidsmaatregelen.

- Kunnen de ministers me voor 2007, 2008, 2009 en 2010 de lijst meedelen van de projecten die in het kader van Europese oproepen tot projecten zijn ingediend ?
- Kunnen de ministers me zeggen welke projecten door de Europese Gemeenschap werden aanvaard ?
- Kunnen de ministers, voor de projecten die werden aanvaard, meedelen met welke partners men in zee gaat, of de OCMW-besturen van het Brussels Gewest projectleider zijn, welke subsidies zijn verkregen en welke bedragen de OCMW-besturen van het Brussels Gewest voor eigen rekening moet nemen ?

Antwoord : Bijgevoegd vindt de lijst van de projecten die werden ingediend en die werden aanvaard in het kader van het Operationeel Programma van het federale ESF, per jaar. Eén project werd geweigerd door de federale overheid, namelijk « *Animateur de centre de vacances* » (2008).

De OCMW's zijn altijd projectleider en werken geregeld samen met partners om het project tot een goed einde te brengen. De partners zijn verschillend per OCMW en per jaar. Een exhaustieve lijst van deze partners is niet beschikbaar.

De subsidies die door de OCMW's zijn verworven worden jaarlijks gepubliceerd in het *Belgisch Staatsblad* in de vorm van een ministerieel besluit. De bedragen die door de OCMW's zelf ten laste moeten worden genomen, variëren tussen 50 % en 70 % van de totale projectkosten. De federale overheid is erg waakzaam om een dubbele subsidiëring uit andere financieringsbronnen te vermijden.

Année – Jaar	Nom du projet – Naam van het project	CPAS – OCMW	Montant FSE – Bedrag ESF	Montant total – Totaal bedrag
2008	Equipe d'entretien du Département d'Economie Sociale – « Les Tornades Blanches » Onderhoudsteam Departement Sociale Economie – « Les Tornades Blanches »	Bruxelles Brussel	218.953	485.906
2008	La fabrique de soi (nom d'une asbl / naam van een vzw)	Uccle / Ukkel	20.517	42.096
2008	Construire mon projet de vie (nom d'une asbl / naam van een vzw)	Uccle / Ukkel	17.325	34.650
2008	Nettoyer, cuisiner au profit des particuliers et des collectivités – un métier à valoriser ! Schoonmaken, koken voor particulieren en collectieven – een te valoriseren beroep !	Berchem-Ste-Agathe St. Agatha-Berchem	106.714	214.190
2008	Ouvriers polyvalents / Polyvalente arbeiders	Molenbeek / Molenbeek	181.440	380.578
2008	Auxiliaires administratifs / Administratief hulp personeel	Molenbeek / Molenbeek	100.006	218.899
2008	Projet de formation qualifiante et d'insertion socioprofessionnelle Kwalificerende vorming en socioprofessionele inschakeling	St-Josse-ten-Node St-Joost-ten-Noode	143.489	287.543
2008	L'expression créative comme moteur de détermination d'un projet de vie Creatieve expressie als motor bij het bepalen van het levensproject	St-Josse-ten-Node St-Joost-ten-Noode	16.974	35.149
2008	Cellule participation sociale et citoyeneté / Cel sociale participatie en burgerschap Projet BIDON Test / BIDON Test			
2008	Equipe d'entretien du DES « Les Tornades Blanches » Mise à jour Onderhoudsteam Departement Sociale Economie – « Les Tornades Blanches »	Bruxelles Brussel	226.922	506.208
2009	Ouvriers polyvalents / Polyvalente arbeiders	Molenbeek / Molenbeek	151.611	304.064
2009	Auxiliaires administratifs / Administratief hulp personeel	Molenbeek / Molenbeek	132.670	272.998
2009	Reconduction du projet « Projet de formation qualifiante et d'insertion socioprofessionnelle » Verlenging van het project – Kwalificerende vorming en socioprofessionele inschakeling	St-Josse-ten-Node St-Joost-ten-Noode	159.266	318.903
2009	Reconduction du projet « L'expression créative comme moteur de détermination d'un projet de vie » Verlenging van het project – Creatieve expressie als motor bij het bepalen van het levensproject	St-Josse-ten-Node St-Joost-ten-Noode	21.498	43.098
2009	Préparation et sensibilisation à l'insertion socioprofessionnelle Voorbereiding en sensibilisering van de socioprofessionele herinschakeling	Berchem-Sainte-Agathe St. Agatha-Berchem	31.091	62.186
2010	La fabrique de soi (nom d'une asbl / naam van een vzw)	Uccle / Ukkel	37.738	75.475
2010	Construire mon projet de vie (nom d'une asbl / naam van een vzw)	Uccle / Ukkel	42.425	84.850
2010	Reconduction du projet « L'expression créative comme moteur de détermination d'un projet de vie » Verlenging van het project – Creatieve expressie als motor bij het bepalen van het levensproject	St-Josse-ten-Node St-Joost-ten-Noode	18.180	36.642
2010	Reconduction du projet « Projet de formation qualifiante et d'insertion socioprofessionnelle » Verlenging van het project – Kwalificerende vorming en socioprofessionele inschakeling	St-Josse-ten-Node St-Joost-ten-Noode	200.518	401.563
2010	Equipe d'entretien du DES : « Les Tornades Blanches » Onderhoudsteam Departement Sociale Economie – « Les Tornades Blanches »	Bruxelles Brussel	200.769	467.891
2010	Ouvriers polyvalents / Polyvalente arbeiders	Molenbeek	150.121	300.261
2010	Auxiliaires administratifs / Administratief hulp personeel	Molenbeek	135.589	278.672

Question n° 35 de M. Didier Gosuin du 2 mars 2011 (Fr.) :

Nombre de lits MR/MRS publics au 31 décembre 2010.

Je souhaite connaître le nombre de lits MR/MRS publics réellement activés en Région bruxelloise au 31 décembre 2010 en ventilant les données commune par commune.

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

Le total de lits publics agréés par commune :

Bruxelles :	795
Schaerbeek :	247
Etterbeek :	180
Ixelles :	256
St-Gilles :	211
Anderlecht :	209
Molenbeek :	235
Koekelberg :	83
Berchem :	110
Ganshoren :	152
Jette :	104
Evere :	80
Woluwe-St-Pierre :	171
Auderghem :	60
Boitsfort :	132
Uccle :	255
Forest :	183
Woluwe-St-Lambert :	130
St-Josse :	147

Question n° 39 de M. Didier Gosuin du 2 mars 2011 (Fr.) :

Évolution du personnel dans les hôpitaux publics bruxellois.

Je souhaite connaître l'évolution du personnel (ETP) statutaire et contractuel ainsi la masse salariale dans les hôpitaux publics bruxellois (par pôle hospitalier) en prenant comme années de référence 2000, 2005 et 2010. Je souhaite également connaître le nombre de membres du personnel domiciliés en Région bruxelloise ainsi que leur évolution aux mêmes années de référence.

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

Pour l'année 2009, l'année 2010 n'étant pas encore disponible :

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

- 1.900,4 au CHU St-Pierre dont 18,22 % de statutaires;
- 570,3 à Bordet dont 16,60 % de statutaires;
- 617,23 à l'Huderf dont 14,49 % de statutaires;

Vraag nr. 35 van de heer Didier Gosuin d.d. 2 maart 2011 (Fr.) :

Aantal openbare bedden RH/RVT op 31 december 2010.

Wat is het aantal werkelijk geactiveerde openbare bedden RH/RVT in het Brussels Gewest op 31 december 2010 met een opsplitsing per gemeente ?

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

Het totale aantal erkende openbare bedden per gemeente :

Brussel :	795
Schaerbeek :	247
Etterbeek :	180
Elsene :	256
Sint-Gillis :	211
Anderlecht :	209
Molenbeek :	235
Koekelberg :	83
Berchem :	110
Ganshoren :	152
Jette :	104
Evere :	80
Sint-Pieters-Woluwe :	171
Oudergem :	60
Bosvoorde :	132
Ukkel :	255
Vorst :	183
Sint-Lambrechts-Woluwe :	130
Sint-Joost :	147

Vraag nr. 39 van de heer Didier Gosuin d.d. 2 maart 2011 (Fr.) :

Evolutie van het personeel in de Brusselse openbare ziekenhuizen.

Wat is de evolutie van het statutaire en contractuele personeel (VTE) en van de loonsom van de Brusselse openbare ziekenhuizen (per ziekenhuispool) met de jaren 2000, 2005 en 2010 als referentiejaren. Hoeveel personeelsleden wonen in het Brussels Gewest en wat is hun evolutie ten opzichte van dezelfde referentiejaren ?

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

Voor 2009, want 2010 is nog niet beschikbaar :

Werken 6.578, 43 VTE in het IRIS-net :

- 1.900,4 in het UMC Sint-Pieter waarvan 18,22 % statutairen;
- 570,3 in het Bordet Instituut waarvan 16,60 % statutairen;
- 617,23 in het UKZKF waarvan 14,49 % statutairen;

- 2.152,14 au CHU Brugmann dont 16,85 % de statutaires;
- 1.338,38 à His dont 13,45 % de statutaires;
- il y a 3.457,47 ETP qui sont bruxellois.

La masse salariale par hôpital :

- His : 75.349.000 EUR
- Bordet : 34.053.000 EUR
- Huderf : 39.557.000 EUR
- CHU St-Pierre : 106.141.000 EUR
- CHU Brugmann : 126.620.000 EUR.

Pour les années 2000 et 2005, nous attendons encore les informations que nous vous transmettrons dès que possible.

Question n° 40 de Mme Elke Roex du 8 mars 2011 (N.) :

L'introduction de nouvelles normes pour les maisons de repos.

La CCC applique de nouvelles normes pour les maisons de repos et de soins, tant en ce qui concerne l'infrastructure que le personnel. L'ordonnance a été adoptée le 21 mars 2008 et publiée au *Moniteur belge* le 16 mai 2008. L'arrêté d'exécution fixant les normes d'agrément a été publié au *Moniteur belge* et est entré en vigueur au 1^{er} janvier 2010.

Les établissements agréés ont deux ans pour se mettre en règle à compter de la date d'entrée en vigueur des arrêtés d'exécution de l'ordonnance qui les concernent.

Mes questions sont les suivantes :

- Où en est l'introduction des nouvelles normes ?
- Combien de maisons de repos sont-elles actuellement en conformité avec la nouvelle réglementation en matière d'infrastructure ?
- Combien de maisons de repos ont-elles fermé leurs portes, ou même cessé leurs activités, parce que les nouvelles normes en matière d'infrastructure n'étaient pas réalisables ? Quelle incidence cela a-t-il sur le nombre de lits et sur le nombre de chambres individuelles et à plusieurs lits ?
- Combien de maisons de repos ont-elles réalisé des transformations conformément aux nouvelles normes, et pour quel budget ? Quel budget est-il encore disponible pour les aménagements d'infrastructure nécessaires dans les différentes maisons de repos ?
- Combien de maisons de repos sont-elles en conformité avec la réglementation sur le personnel ? Combien d'établissements

- 2.152,14 in het UVC Brugmann waarvan 16,85 % statutairen;
- 1.338,38 in het IZZ waarvan 13,45 % statutairen;
- 3.457,47 VTE zijn afkomstig uit Brussel.

De loonsom per ziekenhuis :

- IZZ : 75.349.000 EUR
- Bordet : 34.053.000 EUR
- UKZKF : 39.557.000 EUR
- UMC Sint-Pieter : 106.141.000 EUR
- UVC Brugmann : 126.620.000 EUR.

Voor 2000 en 2005 wachten we nog op de informatie die we u zo snel mogelijk doorgeven.

Vraag nr. 40 van mevr. Elke Roex d.d. 8 maart 2011 (N.) :

De invoering van de nieuwe normen voor de rusthuizen.

Bij de GGC gelden er nieuwe normen voor rust- en verzorgingstehuizen, zowel voor infrastructuur als personeel. De ordonnantie werd aangenomen op 21 maart 2008 en gepubliceerd in het *Belgisch Staatsblad* op 16 mei 2008. Het uitvoeringsbesluit tot vaststelling van de erkenningsnormen werd gepubliceerd in het *Staatsblad* en trad in werking op 1 januari 2010.

Erkende voorzieningen hebben twee jaar de tijd te rekenen vanaf de datum van inwerkingtreding van de hen betreffende uitvoeringsbesluiten van de ordonnantie om zich in regel te stellen.

Mijn vragen :

- Hoe ver staat het met de invoering van de nieuwe normen ?
- Hoeveel rusthuizen zijn op dit moment in orde met de nieuwe reglementering inzake infrastructuur ?
- Hoeveel rusthuizen zijn gesloten of zelfs opgehouden omdat de nieuwe infrastructuurnormen niet haalbaar waren ? Welke invloed heeft dat op het aantal bedden en het aantal eenpersoons- en meerpersoonskamers ?
- Hoeveel rusthuizen hebben verbouwingen gedaan overeenkomstig de nieuwe normen en voor welk budget ? Hoeveel budget is nog beschikbaar voor de nodige infrastructuur aanpassingen in de verschillende rusthuizen ?
- Hoeveel rusthuizen zijn in orde met de regelgeving voor het personeel ? Hoeveel instellingen hebben hun plan voor voort-

ont-ils transmis à l'administration leur plan de formation continuée pour l'ensemble de leur personnel ? Combien de ces plans l'administration a-t-elle approuvés ? Combien de plans sont-ils encore à l'étude ? Combien de plans ont-ils été rejetés ?

Réponse : Les établissements doivent demander leur nouvel agrément d'ici au 30 juin 2011 au plus tard. La plupart d'entre eux n'ont pas encore introduit cette demande à l'heure actuelle.

Dès que les demandes auront été introduites, elles seront traitées par l'administration.

Après discussion lors du Conseil consultatif, il a été convenu que les établissements qui ne peuvent pas directement obtenir une réponse positive après l'introduction de leur demande recevront un agrément provisoire en attendant le traitement de leur dossier.

Actuellement, nous ne disposons donc malheureusement pas des informations que vous sollicitez.

En ce qui concerne votre question à propos du personnel et des plans de formation, nous pouvons vous dire qu'à peu près 5 % des institutions ont soumis un plan de formation, et qu'aucun n'a été refusé.

En ce qui concerne les transformations des maisons de repos en fonction des nouvelles normes, nous vous affirmons que tous les dossiers introduits dans le plan pluriannuel répondront aux nouvelles normes.

Les derniers dossiers repris sous le financement alternatif comme ND Stockel à Woluwe-Saint-Pierre, le Centre Gériatrique (phase 2 – rénovation de l'immeuble existant) du CPAS de Saint-Josse, Heysel-Brugman du CPAS Bruxelles (avant-projet à l'étude, les travaux commencent en 2011) répondront tous aux nouvelles normes.

Pour les maisons de repos qui se trouvent encore dans le financement classique, toutes répondent aux nouvelles normes.

Il s'agit de :

- Le Centre Gériatrique de St-Josse (1^{re} phase – extension)
- La Ceriseraie de Schaarbeek
- Van Hellemont à Anderlecht
- Malibrans Ixelles

Il n'y a que le nouveau Home Van AA du CPAS d'Ixelles, dont la fin des travaux est prévue cette année, qui ne répondra pas aux nouvelles normes de 2009, pour la bonne raison que le gros œuvre a été engagé le 24 novembre 2005. Celle-ci répond donc aux normes 1996.

Une actualisation du plan pluriannuel est prévue début 2012. Actuellement aucun autre dossier n'a été introduit. La COCOM soutient financièrement ces maisons de repos qui ressortent du secteur public ou privé (ASBL) mais aucune maison de repos commerciale.

gezette opleiding voor het geheel van hun personeel bezorgd aan de administratie ? Hoeveel van deze plannen zijn door de administratie goedgekeurd ? Hoeveel plannen zijn nog in behandeling ? Hoeveel plannen zijn afgekeurd ?

Antwoord : De instellingen moeten hun nieuwe erkenning aanvragen tegen uiterlijk 30 juni 2011 aanstaande. De meeste onder hen hebben momenteel deze aanvraag nog niet ingediend.

Zodra de vragen zijn ingediend, worden ze door de administratie verwerkt.

Na bespreking op de adviesraad is er afgesproken dat instellingen die niet meteen uitsluitel kunnen krijgen na indiening van hun aanvraag, een voorlopige erkenning zouden ontvangen in afwachting van de behandeling van hun dossier.

Actueel beschikken wij dus helaas nog niet over de gevraagde informatie.

Met betrekking tot uw vraag aangaande het personeel en de vormingsplannen, kunnen we u melden dat ongeveer 5 % van de instellingen een vormingsplan indiende en dat die allen werden aangenomen.

Wat betreft de verbouwingen van de rusthuizen zelf overeenkomstig de nieuwe normen, kunnen we u melden dat alle ingediende dossiers van het meerjarenplan, zullen beantwoorden aan de nieuwe normen.

De laatste dossiers opgenomen onder de alternatieve financiering zoals ND Stockel in St-Pieters-Woluwe, het Geriatrisch Centrum (fase 2 – renovatie bestaand gebouw) van het OCMW Sint-Joost, en Heysel-Brugman van het OCMW Brussel (voorontwerp in onderzoek, de werken beginnen in 2011) zullen allen aan de nieuwe normen beantwoorden.

Wat betreft de rusthuizen die nog onder de klassieke financiering vallen, zullen allen aan de nieuwe normen beantwoorden.

Dit betreft onder andere :

- Het Geriatrisch Centrum van St-Joost (1^e fase – uitbreiding)
- Kriekenboomgaard in Schaarbeek
- Van Hellemont in Anderlecht
- Malibrans Elsene

Alleen de nieuwe Home Van AA van het OCMW Elsene, het einde van de werken is voorzien dit jaar, beantwoordt niet aan de nieuwe normen 2009, de ruwbouw werd immers vastgelegd op 24 november 2005. Deze voldoet dus aan de normen 1996.

Een actualisatie van het meerjarenplan is voorzien begin 2012. Andere dossiers werden tot hiertoe niet ingediend. De GGC ondersteunt financieel die rusthuizen die ressorteren onder de publieke en privésector (vzw's), maar geen commerciële instellingen.

Ministres compétents pour la Fonction publique

Question n° 9 de M. Serge de Patoul du 17 janvier 2011 (Fr.) :

Composition du personnel dans l'administration de la Commission communautaire commune.

Il est important que la Région bruxelloise veille à ce que, au sein de son administration, des Bruxellois y soient engagés.

Le ministre peut-il préciser l'état, en date du 1^{er} janvier 2011, de la situation du personnel de l'administration de la Commission communautaire commune, comme suit :

- nombre de Bruxellois engagés, par groupe linguistique;
- nombre de personnes engagées par l'administration de la Commission communautaire commune, habitant dans les 6 communes à facilités périphériques à Bruxelles, par groupe linguistique;
- nombre de personnes engagées par l'administration de la Commission communautaire commune, non reprises dans la catégorie précédente et habitant en Région flamande, par groupe linguistique;
- nombre de personnes engagées par l'administration de la Commission communautaire commune, habitant en Région wallonne, par groupe linguistique.

Réponse : Nous avons l'honneur de transmettre à l'honorable membre la réponse suivante.

Commune	Fr	Nl
Bruxelles	4	
Berchem-Sainte-Agathe	3	
Etterbeek	1	
Evere	2	
Ixelles	2	
Jette		1
Molenbeek-Saint-Jean	1	1
Saint-Gilles	1	
Schaerbeek	2	
Uccle	1	
Woluwe-Saint-Lambert	1	
Woluwe-Saint-Pierre	1	
Buizingen	1	
Beersel	1	
Dilbeek		2
Gooik		1
Grimbergen		1
Groot-Bijgaarden		1
Haaltert	1	
Huizingen		1
Kapelle-op-den-bos	1	
Kessel-lo		1
Leerbeek		1
Leuven		1
Machelen		1
Meise		2
Merchtem		1

Ministers bevoegd voor het Openbaar Ambt

Vraag nr. 9 van de heer Serge de Patoul d.d. 17 januari 2011 (Fr.) :

Samenstelling van de personeelsformatie van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie.

Het is belangrijk dat het Brussels Gewest ervoor zorgt dat er Brusselaars worden aangeworven in zijn bestuur.

Kan de minister me in verband met de personeelsformatie van de gemeentebesturen in het Brussels Gewest de volgende informatie meedelen in verband met de toestand op 1 januari 2011 :

- aantal Brusselaars die werden aangeworven, per taalgroep;
- aantal personen die aangeworven werden door de Brusselse gemeentebesturen en die wonen in een van de zes faciliteitengemeenten van de rand, per taalgroep;
- aantal personen die aangeworven werden door de Brusselse gemeentebesturen en die niet behoren tot de vorige categorie en die in het Vlaams Gewest wonen, per taalgroep;
- aantal personen aangeworven door de Brusselse gemeentebesturen en die in het Waals Gewest wonen, per taalgroep.

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

Gemeente	Fr	Nl
Brussel	4	
Sint-Agatha-Berchem	3	
Etterbeek	1	
Evere	2	
Elsene	2	
Jette		1
Sint-Jans-Molenbeek	1	1
Sint-Gillis	1	
Schaarbeek	2	
Ukkel	1	
Sint-Lambrechts-Woluwe	1	
Sint-Pieters-Woluwe	1	
Buizingen	1	
Beersel	1	
Dilbeek		2
Gooik		1
Grimbergen		1
Groot-Bijgaarden		1
Haaltert	1	
Huizingen		1
Kapelle-op-den-bos	1	
Kessel-lo		1
Leerbeek		1
Leuven		1
Machelen		1
Meise		2
Merchtem		1

Oostduinkerke		1
Oosterzeele		1
Pamel		1
Ronse		1
Rotselaar		1
Schepdaal	1	
Sint-Genesius-Rhode	2	
Sint-Lievens-Houtem		1
Vilvoorde		1
Waregem		1
Wetteren		1
Braine-l'Alleud	2	
Longueville	1	
Namur	1	
Nivelles	1	
Rixensart	3	
Silly	1	
Tubize	2	1
Walhain	1	
Total	38	25

Oostduinkerke		1
Oosterzeele		1
Pamel		1
Ronse		1
Rotselaar		1
Schepdaal	1	
Sint-Genesius-Rhode	2	
Sint-Lievens-Houtem		1
Vilvoorde		1
Waregem		1
Wetteren		1
Braine-l'Alleud	2	
Longueville	1	
Namur	1	
Nivelles	1	
Rixensart	3	
Silly	1	
Tubize	2	1
Walhain	1	
Totaal	38	25

SOMMAIRE PAR OBJET – ZAAKREGISTER

Date — Datum	Question n° — Vraag nr.	Auteur	Objet — Voorwerp	Page — Bladzijde
* Question sans réponse			* Vraag zonder antwoord	
○ Question avec réponse provisoire			○ Vraag met voorlopig antwoord	
** Question avec réponse			** Vraag met antwoord	

**Président du Collège réuni
Voorzitter van het Verenigd College**

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

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

02.10.2009	1	Françoise Schepmans	* La composition et l'organisation de votre cabinet (Cerexhe). Samenstelling en organisatie van het kabinet (Cerexhe).	3
25.08.2010	11	Bianca Debaets	** XTC liquide. Vloeibare XTC.	9
10.09.2010	16	Bianca Debaets	* La qualité des soins dans les hôpitaux. De kwaliteit van zorg in ziekenhuizen.	3
28.09.2010	17	Mahinur Ozdemir	** <i>Le nombre de professionnels de l'aide à domicile en activité. Het aantal beroepsmensen inzake thuishulp.</i>	11
13.10.2010	18	Bianca Debaets	** <i>Le délire dans les hôpitaux. Delirium in ziekenhuizen.</i>	12
14.10.2010	19	Bianca Debaets	* <i>La promotion de l'allaitement. De promotie van borstvoeding.</i>	4
19.10.2010	20	Gisèle Mandaila	** <i>La précarité chez les femmes enceintes et les risques médicaux associés. Armoede bij vrouwen en de ermee gepaard gaande medische risico's.</i>	13
15.11.2010	21	Elke Roex	** <i>Soins bucco-dentaires dans les maisons de repos bicommunautaires. Tandzorg/mondzorg in de bicommunautaire rusthuizen.</i>	15
18.11.2010	22	Elke Roex	** <i>Évaluation de la campagne de sensibilisation au mammotest de 2009. De evaluatie van de sensibilisatiecampagne mammotest 2009.</i>	16
23.11.2010	23	Jacques Morel	** <i>L'enquête ISSP et les travaux de la FRB sur les inégalités sociales en matière de santé. De enquête van het WIV en het werk van de KBS inzake sociale ongelijkheid qua gezondheid.</i>	18
10.12.2010	24	Bianca Debaets	** <i>Le site internet Hospichild. De website « Hospichild ».</i>	22
17.12.2010	25	Bianca Debaets	** <i>Parking Plus. Parking Plus.</i>	23

Date — Datum	Question n° — Vraag nr.	Auteur	Objet — Voorwerp	Page — Bladzijde
* Question sans réponse			* Vraag zonder antwoord	
○ Question avec réponse provisoire			○ Vraag met voorlopig antwoord	
** Question avec réponse			** Vraag met antwoord	
23.12.2010	26	Françoise Bertiaux	** <i>Les priorités de la Commission communautaire commune pour les années 2009-2014.</i> <i>De prioriteiten van de GGC voor 2009-2014.</i>	25
17.01.2011	27	Bianca Debaets	** <i>La tuberculose en Région bruxelloise.</i> <i>TBC binnen het Brussels Gewest.</i>	27
17.01.2011	28	Bianca Debaets	** <i>Les interventions chirurgicales de reconstruction de l'hymen.</i> <i>Chirurgische ingrepen tot herstel van het maagdenvlies.</i>	29
17.01.2011	29	Bianca Debaets	** <i>Le VIH.</i> <i>HIV.</i>	30
17.01.2011	30	Bianca Debaets	** <i>L'accueil des patients psychiatriques dans les hôpitaux bruxellois.</i> <i>De opvang van psychiatrische patiënten in de Brusselse ziekenhuizen.</i>	32
17.01.2011	31	Bianca Debaets	** <i>L'intoxication au CO en Région bruxelloise.</i> <i>CO-vergiftiging binnen het Brussels Gewest.</i>	34
01.02.2011	33	Françoise Bertiaux	** <i>État d'avancement du plan stratégique d'information et de sensibilisation pour le dépistage des cancers.</i> <i>Stand van het strategisch plan voor informatie en bewustmaking inzake kankerscreening.</i>	36
08.02.2011	34	Elke Roex	** <i>Les unités de dépistage du cancer du sein à Bruxelles.</i> <i>De sreeningseenheden voor borstkanker in Brussel.</i>	38
25.02.2011	35	Annemie Maes	** <i>Parking Plus.</i> <i>Parking Plus.</i>	40
Ministres compétents pour la Politique d'Aide aux Personnes Ministers bevoegd voor het Beleid inzake Bijstand aan Personen				
02.10.2009	1	Françoise Schepmans	* La composition et l'organisation de votre cabinet (Huytebroeck). Samenstelling en organisatie van het kabinet (Huytebroeck).	4
14.12.2009	5	Serge de Patoul	○ Les mesures prises par les CPAS des 19 communes bruxelloises en matière de suicide. De maatregelen genomen door de OCMW's van de 19 Brusselse gemeenten inzake zelfmoord.	6
09.08.2010	21	Serge de Patoul	○ L'adaptation des arrêtés et autres réglementations fixant les conditions d'accès aux différents services de la fonction publique à la Cocom suite à la réforme de Bologne. Aanpassing van de besluiten en andere verordeningen houdende vaststelling van de toegangsvoorwaarden tot het openbaar ambt bij de GGC na de Bolognahervorming.	6
12.10.2010	23	Elke Roex	** <i>Résultats de l'enquête sur les chaînes de télévision étrangères dans les maisons de repos bicommunautaires.</i> <i>Resultaten bevraging buitenlandse televisiezenders in de bicommunautaire rusthuizen.</i>	42
				43

Date — Datum	Question n° — Vraag nr.	Auteur	Objet — Voorwerp	Page — Bladzijde
			* Question sans réponse ○ Question avec réponse provisoire ** Question avec réponse	
			* Vraag zonder antwoord ○ Vraag met voorlopig antwoord ** Vraag met antwoord	
12.10.2010	24	Elke Roex	** <i>Soins bucco-dentaires dans les maisons de repos bicommunautaires. Tandzorg/mondzorg in de bicommunautaire rusthuizen.</i>	44
25.10.2010	25	Mahinur Ozdemir	** <i>Le nombre de professionnels de l'aide à domicile en activité. Het aantal thuishulpverleners.</i>	46
26.10.2010	26	Emmanuel De Bock	** <i>Le nombre d'allocataires sociaux à charge des CPAS dans les 19 communes bruxelloises. Aantal uitkeringsgerechtigden ten laste van de OCMW's in de 19 Brusselse gemeenten.</i>	47
09.11.2010	27	Caroline Persoons	** <i>Logement inclusif ou accompagné. Inclusief of begeleid wonen.</i>	48
10.12.2010	28	Pierre Migisha	** <i>La répartition des subsides entre les différentes associations chargées de l'accueil des sans-abri. Verdeling van de subsidies onder de verschillende verenigingen die belast zijn met het onthaal van daklozen.</i>	49
15.12.2010	29	Fatoumata Sidibé	** <i>Formation du personnel des hôpitaux Iris à la problématique des violences conjugales. Opleiding van het personeel van de Irisziekenhuizen om met partnergeweld om te gaan.</i>	50
23.12.2010	30	Fatoumata Sidibé	** <i>Accueil des personnes en situation de handicap dans les hôpitaux. Onthaal van personen met een handicap in de ziekenhuizen.</i>	53
17.01.2011	31	Serge de Patoul	** <i>Composition du personnel des administrations des CPAS de la Région de Bruxelles. Samenstelling van de personeelsformatie van de Brusselse OCMW's.</i>	34
17.01.2011	32	Dominiek Lootens-Stael	** <i>Le recouvrement par les CPAS, des aides indûment versées. De terugvorderingen door de OCMW's van onterecht uitgekeerde tegemoetkomingen.</i>	5
21.01.2011	33	Els Ampe	* <i>Les primes linguistiques accordées aux fonctionnaires des CPAS bruxellois en Région de Bruxelles-Capitale. De taalpremies van de ambtenaren van de Brusselse OCMW's in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.</i>	55
21.02.2011	34	Serge de Patoul	** <i>Obtention de subsides européens pour les administrations des CPAS de la Région de Bruxelles. Europese subsidies voor de OCMW-besturen van het Brussels Gewest.</i>	57
02.03.2011	35	Didier Gosuin	** <i>Nombre de lits MR/MRS publics au 31 décembre 2010. Aantal openbare bedden RH/RVT op 31 december 2010.</i>	8
02.03.2011	36	Didier Gosuin	○ <i>Nombre de personnes aidées par les CPAS et placées en MR/MRS privée. Aantal personen die financiële steun van de OCMW's krijgen en geplaatst zijn in een privé RT/RVT.</i>	8
02.03.2011	37	Didier Gosuin	○ <i>Valeur des jetons de présence dans les CPAS. Presentiegeld in de OCMW's.</i>	8

Date — Datum	Question n° — Vraag nr.	Auteur	Objet — Voorwerp	Page — Bladzijde
			* Question sans réponse ○ Question avec réponse provisoire ** Question avec réponse	
			* Vraag zonder antwoord ○ Vraag met voorlopig antwoord ** Vraag met antwoord	
02.03.2011	38	Didier Gosuin	○ <i>Évolution du personnel dans les CPAS bruxellois.</i> <i>Evolutie van het personeel in de Brusselse OCMW's.</i>	57
02.03.2011	39	Didier Gosuin	** <i>Évolution du personnel dans les hôpitaux publics bruxellois.</i> <i>Evolutie van het personeel in de Brusselse openbare ziekenhuizen.</i>	58
08.03.2011	40	Elke Roex	** <i>L'introduction de nouvelles normes pour les maisons de repos.</i> <i>De invoering van de nieuwe normen voor de rusthuizen.</i>	
Ministres compétents pour la Fonction publique Ministers bevoegd voor het Openbaar Ambt				
17.01.2011	9	Serge de Patoul	** <i>Composition du personnel dans l'administration de la Commission communautaire commune.</i> <i>Samenstelling van de personeelsformatie van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie.</i>	60
Ministres compétents pour les Finances, le Budget et les Relations extérieures Ministers bevoegd voor Financiën, Begroting en Externe Betrekkingen				
02.10.2009	1	Françoise Schepmans	* La composition et l'organisation de votre cabinet (Huytebroeck). Samenstelling en organisatie van het kabinet (Huytebroeck).	5

