

N. 5

VERENIGDE VERGADERING
VAN DE GEMEENSCHAPPELIJKE
GEMEENSCHAPSCOMMISSIE

GEWONE ZITTING 2011-2012

15 APRIL 2012

Vragen
en
Antwoorden

Vragen en Antwoorden
Verenigde Vergadering van de
Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie
Gewone zitting 2011-2012

ASSEMBLEE REUNIE
DE LA COMMISSION
COMMUNAUTAIRE COMMUNE

SESSION ORDINAIRE 2011-2012

15 AVRIL 2012

Questions
et
Réponses

Questions et Réponses
Assemblée réunie de la
Commission communautaire commune
Session ordinaire 2011-2012

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

In fine van het bulletin is een zaakregister afgedrukt

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

Voorzitter van het Verenigd College

7 Président du Collège réuni

Ministers bevoegd voor het Gezondheidsbeleid

10 Ministres compétents pour la Politique de la Santé

Ministers bevoegd voor het Beleid inzake Bijstand aan Personen

36 Ministres compétents pour la Politique d'Aide aux Personnes

Ministers bevoegd voor het Openbaar Ambt

49 Ministres compétents pour la Fonction publique

Ministers bevoegd voor Financiën, Begroting en Externe Betrekkingen

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

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

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

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

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

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

Voorzitter van het Verenigd College

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

Samenstelling en organisatie van het kabinet.

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

Vraag nr. 2 van de heer Johan Demol d.d. 27 juni 2011 (N.) :

De samenstelling van het kabinet.

De vraag werd gepubliceerd in Bulletin nr. 4, blz. 3.

Ministers bevoegd voor het Gezondheidsbeleid

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

Samenstelling en organisatie van het kabinet (Cerexhe).

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

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.

Question n° 2 de M. Johan Demol du 27 juin 2011 (N.) :

La composition de votre cabinet.

La question a été publiée dans le Bulletin n° 4, p. 3.

Ministres compétents pour la Politique de Santé

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

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

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

**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.

**Vraag nr. 19 van mevr. Bianca Debaets d.d. 14 oktober 2010
 (N.) :**

De promotie van borstvoeding.

De vraag werd gepubliceerd in Bulletin nr. 3, blz. 4.

**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.

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.

De vraag werd gepubliceerd in Bulletin nr. 3, blz. 5.

**Vraag nr. 47 van mevr. Greet Van Linter d.d. 27 juni 2011
 (N.) :**

De samenstelling van het kabinet (Huytebroeck).

De vraag werd gepubliceerd in Bulletin nr. 4, blz. 9.

**Vraag nr. 48 van mevr. Greet Van Linter d.d. 27 juni 2011
 (N.) :**

Externe experten, uitzendkrachten en jobstudenten op het kabinet (Huytebroeck).

De vraag werd gepubliceerd in Bulletin nr. 4, blz. 9.

**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.

**Question n° 19 de Mme Bianca Debaets du 14 octobre 2010
 (N.) :**

La promotion de l'allaitement.

La question a été publiée dans le Bulletin n° 3, p. 4.

**Ministres compétents pour
 la Politique d'Aide aux Personnes**

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

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

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

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.

La question a été publiée dans le Bulletin n° 3, p. 5.

**Question n° 47 de Mme Greet Van Linter du 27 juin 2011
 (N.) :**

La composition de votre cabinet (Huytebroeck).

La question a été publiée dans le Bulletin n° 4, p. 9.

**Question n° 48 de Mme Greet Van Linter du 27 juin 2011
 (N.) :**

Les experts externes, les travailleurs intérimaires et les étudiants jobistes de votre cabinet (Huytebroeck).

La question a été publiée dans le Bulletin n° 4, p. 9.

**Vraag nr. 49 van mevr. Greet Van Linter d.d. 27 juni 2011
(N.) :**

De wagens van het kabinet (Huytebroeck).

De vraag werd gepubliceerd in Bulletin nr. 4, blz. 10.

**Vraag nr. 50 van mevr. Greet Van Linter d.d. 27 juni 2011
(N.) :**

De (vliegtuig)reizen van het kabinet (Huytebroeck).

De vraag werd gepubliceerd in Bulletin nr. 4, blz. 11.

**Vraag nr. 59 van mevr. Fatoumata Sidibé d.d. 23 februari 2012
(Fr.) :**

Klachten in de Brusselse ziekenhuizen.

De geschreven pers (De Standaard, Metro) heeft onlangs bericht over het toegenomen aantal klachten van patiënten bij de ombudsdiensten van de openbare ziekenhuizen. Die klachten zouden de jongste vijf jaar verdubbeld zijn, ook al is die tendens niet dezelfde voor alle openbare ziekenhuizen van het land.

In 2006 zouden zowat 9.026 dossiers geopend zijn als gevolg van een klacht; in 2010, zouden dat er al 16.907 zijn geweest. Twee klachten op drie hebben te maken met de kwaliteit van de dienstverlening.

Graag ontving ik van de leden van het Verenigd College een antwoord op de volgende vragen :

1. Kunt u me de cijfers bezorgen voor de Brusselse ziekenhuizen ?
2. Over welke dienstverlening gaat het bij die klachten ?
3. Welk gevolg is er gegeven aan die klachten ?

**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.

**Question n° 49 de Mme Greet Van Linter du 27 juin 2011
(N.) :**

Les voitures de votre cabinet (Huytebroeck).

La question a été publiée dans le Bulletin n° 4, p. 10.

**Question n° 50 de Mme Greet Van Linter du 27 juin 2011
(N.) :**

Les voyages (en avion) de votre cabinet (Huytebroeck).

La question a été publiée dans le Bulletin n° 4, p. 11.

**Question n° 59 de Mme Fatoumata Sidibé du 23 février 2012
(Fr.) :**

Plaintes dans les hôpitaux bruxellois.

La presse écrite (De Standaard, Metro) a fait récemment état de l'augmentation du nombre de plaintes de patients auprès des services de médiation des hôpitaux publics. Ces plaintes auraient doublé au cours des cinq dernières années même si cette tendance n'est pas commune à tous les hôpitaux publics du pays.

En 2006, 9.026 dossiers auraient été ouverts à la suite de plaintes tandis qu'au cours de 2010, il y aurait pas moins de 16.907 dossiers enregistrés. Deux plaintes sur trois concerneraient « la qualité du service ».

Aussi j'aimerais poser aux membres du Collège réuni les questions suivantes :

1. Pourriez-vous me donner les chiffres relatifs aux hôpitaux bruxellois ?
2. Quels types de services sont-ils mis en cause dans ces plaintes ?
3. Quelles suites sont données à ces plaintes ?

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

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

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

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

II. Vragen waarop een voorlopig antwoord verstrekt werd

II. Questions auxquelles une réponse provisoire a été fournie

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

Ministers bevoegd voor het Beleid inzake Bijstand aan Personen

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

De maatregelen genomen door de OCMW's van de 19 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.

De vraag en het voorlopig antwoord werden gepubliceerd in Bulletin nr. 3, blz. 6.

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.

La question et la réponse provisoire ont été publiées dans le Bulletin n° 3, p. 6.

III. Vragen van de Volksvertegenwoordigers en antwoorden van de Ministers

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

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

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

Voorzitter van het Verenigd College

Vraag nr. 3 van de heer Johan Demol d.d. 27 juni 2011 (N.) :

Externe experten, uitzendkrachten en jobstudenten op het kabinet.

1. De kabinetten kunnen zich laten bijstaan door zogenaamde experten/consultants die inhoudelijke ondersteuning kunnen geven :

- a. voor welke opdrachten tijdens deze lopende legislatuur werd/wordt een beroep gedaan op experten ?
- b. wat was de inhoud van deze opdrachten ?
- c. welke experten werden aangesteld om deze opdrachten te vervullen ?
- d. hoelang werden deze aangestelde experten tewerkgesteld ?
- e. wat waren de arbeidsvooraarden van deze aangestelde experten ?
- f. onder welk contract waren zij tewerkgesteld of verliep alles via facturatie ?
- g. hoeveel bedroeg de vergoeding die aan elke aangestelde expert werd betaald ?
- h. op welke wijze werd er door het kabinet gebruik gemaakt van de rapporten van de diverse experten ?
- i. gebeurde dit op basis van de wet van de overheidsopdrachten of welke procedure werd gevolgd ?

2. Wat de mogelijke inschakeling van uitzendkrachten op uw kabinet betreft :

Président du Collège réuni

Question n° 3 de M. Johan Demol du 27 juin 2011 (N.) :

Les experts externes, les travailleurs intérimaires et les étudiants jobistes de votre cabinet.

1 Les cabinets peuvent se faire seconder par des experts et des consultants qui leur apportent un soutien technique :

- a. pour quelles missions a-t-on fait/fait-on appel à des experts sous la législature en cours ?
- b. en quoi ont consisté ces missions ?
- c. quels experts ont-ils été désignés pour mener à bien ces missions ?
- d. combien de temps a-t-on recouru aux services de ces experts ?
- e. quelles ont été les conditions de travail de ces experts ?
- f. leurs prestations étaient-elles facturées ou étaient-ils employés sous contrat, et dans l'affirmative, sous quelle forme ?
- g. à combien s'est élevée la rémunération versée à chaque expert ?
- h. quelle utilisation le cabinet a-t-il fait des rapports établis par les différents experts ?
- i. a-t-on suivi à cet égard la loi sur les marchés publics ou une autre procédure – auquel cas, laquelle ?

2. Concernant le recours éventuel à des travailleurs intérimaires au sein de votre cabinet :

- a. heeft uw kabinet een beroep gedaan op uitzendkrachten en wordt er momenteel nog een beroep op gedaan ?
 - b. zo ja, hoeveel uitzendkrachten waren of zijn op uw kabinet aan het werk ?
 - c. in welke hoedanigheid zijn ze aan de slag en voor welke taken worden ze ingezet ?
3. Wat de mogelijke inschakeling van jobstudenten op uw kabinet betreft :
- a. heeft uw kabinet een beroep gedaan op jobstudenten en zal er in de loop van de komende zomervakantie nog een beroep op worden gedaan ?
 - b. zo ja, hoeveel jobstudenten waren of zullen op uw kabinet werkzaam zijn ?
 - c. voor welke taken werden/worden ze ingezet ?
 - d. op welke basis van welke wetgeving werden ze aangeworven ?

Antwoord : Ik heb de eer het achtbare lid volgend antwoord te verstrekken op zijn vraag :

Het kabinet van de voorzitter van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie heeft tijdens de huidige legislatuur geen beroep gedaan op externe experten, uitzendkrachten of jobstudenten.

Vraag nr. 4 van de heer Johan Demol d.d. 27 juni 2011 (N.) :

De wagens van het kabinet.

Wat de door uw kabinet gebruikte wagens betreft :

- a. Hoeveel auto's staan ter beschikking van uw kabinet ?
- b. Wat is van elke auto het merk, het type, het bouwjaar, de cilinderinhoud, de uitstoot g/km CO₂, de Euro-norm, het brandstofftype en de aanschafwaarden en -wijze ?
- c. Welke voertuigen zijn eigendom en welke worden geleasd (begin en einde leasingcontract) ?
- d. In geval van eigendom : aankoopprijs – in geval van leasing : het maandelijkse leasingbedrag per voertuig ?
- e. Wie gebruikt welk voertuig ?

Antwoord : Ik heb de eer het achtbare lid volgend antwoord te verstrekken op zijn vraag :

Het kabinet van de voorzitter van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie beschikt over geen wagens.

Vraag nr. 5 van de heer Johan Demol d.d. 27 juni 2011 (N.) :

De (vliegtuig)reizen van het kabinet.

1. Wat eventuele reizen van uw kabinet in de loop van deze legislatuur betreft :

- a. votre cabinet a-t-il fait appel à des travailleurs intérimaires et y fait-il encore appel actuellement ?
 - b. dans l'affirmative, combien de travailleurs intérimaires étaient-ils/sont-ils employés au sein de votre cabinet ?
 - c. en quelle qualité sont-ils engagés et à quelles tâches sont-ils affectés ?
3. Concernant le recours éventuel à des étudiants jobistes au sein de votre cabinet :
- a. votre cabinet a-t-il fait appel à des étudiants jobistes et y fera-t-il encore appel lors des prochaines vacances d'été ?
 - b. dans l'affirmative, combien d'étudiants jobistes étaient ou seront-ils employés au sein de votre cabinet ?
 - c. à quelles tâches étaient ou seront-ils affectés ?
 - d. sur la base de quelle législation ont-ils été engagés ?

Réponse : J'ai l'honneur de communiquer la réponse suivante à la question de l'honorable membre :

Durant la présente législature le cabinet du président du Collège réuni de la Commission communautaire commune n'a pas fait appel à des experts externes, à des intérimaires ou à des jobistes.

Question n° 4 de M. Johan Demol du 27 juin 2011 (N.) :

Les voitures de votre cabinet.

Concernant les voitures utilisées par votre cabinet :

- a. Combien de voitures votre cabinet compte-t-il ?
- b. Quelle est, pour chaque voiture, la marque, le type, l'année de construction, la cylindrée, le rejet de CO₂ en g/km, la norme Euro, le type de carburant ainsi que les valeurs et modalités d'acquisition ?
- c. Quels sont les véhicules qui vous appartiennent et ceux qui sont en leasing (début et fin du contrat de leasing) ?
- d. En cas d'achat : quel est le prix d'achat ? En cas de leasing : Quel est le montant mensuel de leasing par véhicule ?
- e. Qui utilise quel véhicule ?

Réponse : J'ai l'honneur de communiquer la réponse suivante à la question de l'honorable membre :

Le cabinet du président du Collège réuni de la Commission communautaire commune ne dispose pas de voitures.

Question n° 5 de M. Johan Demol du 27 juin 2011 (N.) :

Les voyages (en avion) de votre cabinet.

1. Concernant les éventuels voyages effectués par votre cabinet sous l'actuelle législature :

- | | |
|--|---|
| <p>a. hoeveel ?
b. inzake elke reis : de bestemming, de duur, het aantal begeleidende personen (kabinetmedewerkers, ambtenaren, journalisten, experts, ...), de totale kostprijs en het rechtstreeks door uw kabinet betaalde aandeel van de kosten en het door de administratie of een andere entiteit betaalde aandeel.</p> <p>2. Wat eventuele vliegreizen betreft :</p> <p>a. hoeveel vliegtuigreizen heeft u, uw kabinet en de onder u ressorterende administraties gemaakt sinds het begin van de legislatuur ?
b. hoeveel van deze reizen waren in business class, hoeveel in economy class ?
c. wat was de bestemming van de vluchten ?
d. hoeveel airmiles werden er op deze vluchten verzameld ?
e. wat gebeurt er met de airmiles die op vluchten worden vergaard sinds het begin van deze legislatuur ?
f. worden die gebruikt door de kabinetten en administraties ?
g. worden er airmiles die verworven zijn in uitvoering van een dienstopdracht, persoonlijk gebruikt door personeelsleden van kabinetten en administraties voor privédoeleinden ?</p> | <p>a. combien en compte-t-on ?
b. pour chaque voyage : quelle est la destination, la durée, le nombre d'accompagnateurs (collaborateurs du cabinet, fonctionnaires, journalistes, experts, ...), le coût total, ainsi que la part des coûts payée directement par votre cabinet et celle payée par l'administration ou une autre entité ?</p> <p>2. Concernant les éventuels voyages en avion :</p> <p>a. combien de voyages en avion votre cabinet, les administrations sous votre responsabilité et vous-même avez-vous effectués depuis le début de la législature ?
b. combien de voyages ont-ils été effectués en classe affaires et combien en classe économique ?
c. quelle était la destination des vols ?
d. combien de miles ces vols ont-ils permis d'accumuler ?
e. qu'advient-il des miles accumulés grâce aux vols effectués depuis le début de cette législature ?
f. ceux-ci sont-ils employés par les cabinets et les administrations ?
g. des miles obtenus dans le cadre d'un voyage de service sont-ils utilisés à titre privé par des membres du personnel des cabinets et administrations ?</p> |
|--|---|

Antwoord : Ik heb de eer het achtbare lid volgend antwoord te verstrekken op zijn vraag :

Er werden gedurende de huidige legislatuur geen reizen ondernomen door het kabinet van de voorzitter van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie.

Vraag nr. 6 van de heer Paul De Ridder d.d. 28 oktober 2011 (N.) :

De aanwezigheid van een minister van de Vlaamse regering op de vergaderingen van het Verenigd College.

Artikel 76 van de bijzondere wet met betrekking tot de Brusselse instellingen van 12 januari 1989 stipuleert :

« Een Brussels lid van de Vlaamse Executieve en een Brussels lid van de Franse Gemeenschapsexecutieve die door hun respectieve Executieve zijn aangewezen, wonen met raadgevende stem de vergaderingen bij van respectievelijk het College van de Vlaamse Gemeenschapscommissie en het college van de Franse Gemeenschapscommissie. Zij wonen beiden onder dezelfde voorwaarden de vergaderingen bij van het Verenigd College. ».

Ik stelde daarover graag volgende vragen :

1. Hoe vaak werd de betreffende minister van de Vlaamse regering uitgenodigd op de vergaderingen van het Verenigd College ?
2. Hoe vaak was de betreffende minister van de Vlaamse regering aanwezig op de vergaderingen van het Verenigd College ?

Antwoord : Nadat daarover briefwisseling had plaatsgevonden met minister Pascal Smet, worden sinds november systematisch een Brussels lid van de Vlaamse regering en een Brussels lid

Question n° 6 de M. Paul De Ridder du 28 octobre 2011 (N.) :

La présence d'un ministre du gouvernement flamand aux réunions du Collège réuni.

L'article 76 de la loi spéciale du 12 janvier 1989 relative aux institutions bruxelloises stipule :

« Un membre bruxellois du gouvernement de la Communauté française et un membre bruxellois du gouvernement flamand désignés par leurs gouvernements assistent avec voix consultative, aux séances du collège de la Commission communautaire française ou du collège de la Commission communautaire flamande, selon le cas. Ils assistent tous deux, dans les mêmes conditions, aux séances du collège réuni. ».

Je voudrais poser les questions suivantes à cet égard :

1. Combien de fois le ministre concerné du gouvernement flamand a-t-il été invité aux réunions du collège réuni ?
2. Combien de fois le ministre concerné du gouvernement flamand a-t-il assisté aux réunions du collège réuni ?

Réponse : Suite à un échange de correspondance avec le ministre Pascal Smet, un membre bruxellois du gouvernement flamand et un membre bruxellois du gouvernement de la Fédération

van de regering van de *Fédération Wallonie-Bruxelles* uitgenodigd op de vergaderingen van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie.

Deze leden hebben tot op heden evenwel aan geen enkele vergadering van voormeld College deelgenomen.

Vraag nr. 7 van de heer Paul De Ridder d.d. 28 oktober 2011 (N.) :

De aanwezigheid van een minister van de regering van de Franse Gemeenschap op de vergaderingen van het Verenigd College.

Artikel 76 van de bijzondere wet met betrekking tot de Brusselse instellingen van 12 januari 1989 stipuleert :

« Een Brussels lid van de Vlaamse Executieve en een Brussels lid van de Franse Gemeenschapsexecutieve die door hun respectieve Executieve zijn aangewezen, wonen met raadgevende stem de vergaderingen bij van respectievelijk het College van de Vlaamse Gemeenschapscommissie en het college van de Franse Gemeenschapscommissie. Zij wonen beiden onder dezelfde voorwaarden de vergaderingen bij van het Verenigd College. ».

Ik stelde daarover graag volgende vragen :

1. Hoe vaak werd de betreffende minister van de regering van de Franse Gemeenschap uitgenodigd op de vergaderingen van het Verenigd College ?
2. Hoe vaak was de betreffende minister van de regering van de Franse Gemeenschap aanwezig op de vergaderingen van het Verenigd College ?

Antwoord : Sinds november worden systematisch een Brussels lid van de Vlaamse regering en een Brussels lid van de regering van de *Fédération Wallonie-Bruxelles* uitgenodigd op de vergaderingen van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie.

Deze leden hebben tot op heden evenwel aan geen enkele vergadering van voormeld College deelgenomen.

Ministers bevoegd voor het Gezondheidsbeleid

Vraag nr. 43 van mevr. Bianca Debaets d.d. 23 juni 2011 (N.) :

De vaccinatiegraad.

De Vlaamse Gemeenschap heeft « Vaccinnet » ontwikkeld, een vaccinatielijst met een automatisch bestelsysteem. Dit bestelsysteem houdt in dat, als een arts een toegediend vaccin registreert,

Wallonie-Bruxelles zijn, depuis novembre, systématiquement conviés aux réunions du Collège réuni de la Commission communautaire commune.

Toutefois, ces membres n'ont, à ce jour, participé à aucune des réunions dudit Collège.

Question n° 7 de M. Paul De Ridder du 28 octobre 2011 (N.) :

L'absence d'un ministre du gouvernement de la Communauté française aux réunions du collège réuni.

L'article 76 de la loi spéciale du 12 janvier 1989 relative aux institutions bruxelloises stipule :

« Un membre bruxellois du gouvernement de la Communauté française et un membre bruxellois du gouvernement flamand désignés par leurs gouvernements assistent avec voix consultative, aux séances du collège de la Commission communautaire française ou du collège de la Commission communautaire flamande, selon le cas. Ils assistent tous deux, dans les mêmes conditions, aux séances du collège réuni. ».

Je voudrais poser les questions suivantes à cet égard :

1. Combien de fois le ministre concerné du gouvernement de la Communauté française a-t-il été invité aux réunions du collège réuni ?
2. Combien de fois le ministre concerné du gouvernement de la Communauté française a-t-il assisté aux réunions du collège réuni ?

Réponse : Un membre bruxellois du gouvernement flamand et un membre bruxellois du gouvernement de la *Fédération Wallonie-Bruxelles* zijn, depuis novembre, systématiquement conviés aux réunions du Collège réuni de la Commission communautaire commune.

Toutefois, ces membres n'ont, à ce jour, participé à aucune des réunions dudit Collège.

Ministres compétents pour la Politique de Santé

Question n° 43 de Mme Bianca Debaets du 23 juin 2011 (N.) :

Le taux de vaccination.

La Communauté flamande a mis au point l'outil « Vaccinnet », une banque de données sur la vaccination doublée d'un système de commande automatique. Ce système de commande implique

een nieuw vaccin wordt besteld. De overheid behoudt hierdoor een goed overzicht van de beschermingsgraad van de bevolking.

- Zijn er cijfers bekend over de vaccinatiegraad van de Brusselse bevolking ? Zo neen, waarom niet ? Worden er stappen ondernomen om hieraan te verhelpen ? Wordt hier onderzoek naar gedaan ?
- Kan u in het bijzonder de vaccinatiegraad toelichten van de verschillende leeftijdscategorieën en van de verschillende inkomensklassen ? Welke besluiten trekt de minister hieruit ? Waar is er nog een verbetering mogelijk met betrekking tot de vaccinatiegraad van de bevolking ?
- Welke initiatieven worden er genomen om de vaccinatiegraad in Brussel te verhogen ?
- Wordt er nagedacht over een Brusselse variant op « Vaccinnet » ?

Antwoord : De laatste enquête over de vaccinatiegraad van kinderen van 18 tot 24 maanden gebeurde in 2006 door de ULB op verzoek van het Observatorium voor gezondheid en welzijn van Brussel-Hoofdstad.

Hieruit blijkt dat toen in 2006 er geen significant verschil was tussen de verschillende gemeenschappen, behalve voor toediening van het vaccin tegen mazelen, bof en rubella waar de cijfers voor Brussel wat lager liggen dan voor de andere gemeenschappen.

Precaire economische situaties hebben volgens deze studie geen invloed op de vaccinatiegraad – men zou zelfs het tegendeel durven beweren – waarschijnlijk omdat juist die achtergestelde groepen extra aandacht krijgen van de preventieve gezondheidsdiensten om de ouders te overtuigen tot vaccinatie en de vaccinatiekalender op te volgen via de gratis raadpleging met gratis vaccin.

Door de wijzigingen in de vaccinatiekalender en de demografische evolutie dringt een nieuwe enquête naar de vaccinatiegraad zich op en daarvoor is een budget vrijgemaakt om ze uit te voeren in 2012. In samenwerking met de Vlaamse en Franse gemeenschap kan dan gezien worden waar er remedering nodig is.

Een eigen platform voor registratie van vaccinaties door de GGC lijkt niet nuttig. De Franse gemeenschap is bezig met de ontwikkeling van een eigen site voor de registratie van vaccinaties en vermits de geneesheren-vaccinatoren vaccins bestellen bij ofwel de Vlaamse ofwel de Franse Gemeenschap lijkt het logisch dat ze van die sites gebruik maken. Het grootste deel van de vaccinaties geschiedt trouwens via instellingen zoals Kind en Gezin, de diensten PSE of CLB, ONE die afhangen van de Vlaamse of Franse Gemeenschap. De toegediende vaccins worden dan ook via die gemeenschap geregistreerd.

Ten slotte, krijgt het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van de Franse en Vlaamse Gemeenschap de noodzakelijke informatie om een algemeen beeld van de situatie van de vaccinatie te hebben en deze voor te stellen in haar tabellen of zij die het

que, lorsqu'un médecin enregistre un vaccin administré, un nouveau vaccin est automatiquement commandé. Les autorités gardent ainsi une bonne vue d'ensemble du taux de vaccination de la population.

- Connaît-on les chiffres relatifs au taux de vaccination de la population bruxelloise ? Dans la négative, pourquoi pas ? Des mesures sont-elles prises afin d'y remédier ? La situation fait-elle l'objet d'une étude ?
- Pouvez-vous en particulier m'exposer le taux de vaccination des différentes catégories d'âge et des différentes catégories de revenu ? Quelles conclusions le ministre en tire-t-il ? Où est-il encore possible d'améliorer le taux de vaccination de la population ?
- Quelles initiatives prend-on afin d'augmenter le taux de vaccination à Bruxelles ?
- Réfléchit-on à un équivalent bruxellois de « Vaccinnet » ?

Réponse : La dernière enquête sur le taux de vaccination des enfants âgés de 18 à 24 mois remonte à 2006 et a été réalisée par l'ULB à la demande de l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale.

Il en ressort qu'en 2006 aucune distinction significative n'était à signaler entre les différentes communautés, exception faite pour la vaccination contre la rougeole, les oreillons et la rubéole où les chiffres pour Bruxelles étaient légèrement inférieurs à ceux des autres communautés.

Les situations économiques précaires n'ont pas d'incidence sur le taux de vaccination – on serait tentés de dire qu'il s'agit même du contraire – puisque les groupes défavorisés reçoivent davantage d'attention des services de santé préventive pour inciter les parents à vacciner et à suivre le calendrier de vaccination grâce aux consultations gratuites lors de la vaccination.

Suite aux changements dans le calendrier de vaccination et à l'évolution de la démographie, une nouvelle enquête concernant le taux de vaccination est nécessaire et un budget a été libéré en 2012 à cet effet. En collaboration avec les Communautés française et flamande, on pourra voir où des remédiations sont nécessaires.

Une propre plate-forme d'enregistrement des vaccinations de la Cocom ne semble pas utile. La Communauté française développe actuellement un propre site pour les enregistrements des vaccinations et étant donné que les médecins vaccinateurs commandent des vaccins soit auprès de la Communauté française soit auprès de la Communauté flamande, il semble logique qu'ils fassent usage de ces sites. La majeure partie des vaccinations se fait par le biais d'institutions telles que Kind en Gezin, les services PSE ou CLB, l'ONE, qui dépendent des Communautés française ou flamande. Les vaccins administrés sont donc enregistrés via la communauté concernée.

Enfin, l'Observatoire de la Santé et du Social reçoit en retour de la part des Communautés française et flamande, les informations nécessaires pour qu'il puisse avoir une vision générale de la situation vaccinale et la présenter dans ses tableaux de bord ou encore

aanbelangt te verwittigen om, indien nodig, het beleid op dit vlak te heroriënteren.

Overigens heeft de GGC een eigen tweetalige site ontwikkeld voor de registratie van besmettelijke ziekten die na de vakantie volledig operationeel wordt.

**Vraag nr. 53 van mevr. Bianca Debaets d.d. 6 september 2011
 (N.) :**

Osteoporose.

Osteoporose leidt tot een afname van de sterkte van de botten en een verhoogd risico op botbreuken. Het risico op breuken neemt toe met de leeftijd; het betreft met name personen die ouder dan 75 jaar zijn. Een op de twee vrouwen en een op de vijf mannen van 50 jaar of ouder zal ten minste een botbreuk ten gevolge van osteoporose oplopen. Het totale aantal breuken neemt toe : tussen 2002 en 2008 steeg dit aantal met vijf procent.

De ziekte kan worden opgespoord via « botdensitometrie » : een eenvoudig onderzoek dat een radioloog uitvoert. Specialisten pleiten ervoor om dit preventief onderzoek sowieso te laten uitvoeren bij bepaalde leeftijdscategorieën. Zeker bij vrouwen is een driejaarlijkse controle aangewezen.

Ik wil u graag, volgende vragen voorleggen :

- Welke stappen onderneemt u ter preventie van osteoporose ? Welke doelgroepen beoogt u, welke kanalen gebruikt u en welke middelen worden hiervoor vrijgemaakt ? Met welke actoren werkt u hiervoor samen ?
- Wordt bij campagnes voor gezonde voding en meer bewegen duidelijk het verband met osteoporose geduid ?
- Welke concrete campagnes zijn er de laatste jaren gevoerd ? Hoeveel mensen werden daarbij bereikt, welke doelgroepen, wat was het profiel van deze mensen ?
- Hoeveel onderzoeken via botdensitometrie werden er de laatste jaren uitgevoerd in het Brussels Gewest ? Wat is het profiel van deze mensen ? Wie nam er initiatief voor het onderzoek ?

Antwoord : Osteoporose is meestal een gevolg van het ouder worden, de botdichtheid verminderd met de leeftijd (maar het kan ook een gevolg zijn van een ziekte of het nemen van medicatie).

Osteoporose als gevolg van het ouder worden, komt meestal voor na de menopauze bij de vrouwen, bij de mannen komt het voor op een latere leeftijd.

Het resulteert in een broosheid van de beenderen en een verhoogd risico op breuken, voornamelijk op niveau van de pols, het bovenarmbeen, de wervels en de heup. Een aantal van deze breuken vormen een belangrijk risico op morbiditeit en mortaliteit bij oudere personen hetgeen interventies en belangrijke kosten met zich mee brengt voor het gezondheidssysteem. Deze breuken voorkomen kan dus een belangrijke maatregel vormen voor de

prévenir qui de droit pour, le cas échéant, ré-orienter les politiques en la matière.

Du reste, la Cocom a développé un site bilingue pour l'enregistrement des maladies contagieuses qui sera opérationnel à la rentrée.

**Question n° 53 de Mme Bianca Debaets du 6 septembre 2011
 (N.) :**

L'ostéoporose.

L'ostéoporose entraîne une diminution de la résistance des os et un risque accru de fracture. Le risque de fracture augmente avec l'âge; il concerne notamment les personnes de plus de 75 ans. À partir de cinquante ans, une femme sur deux et un homme sur cinq subiront au moins une fracture due à l'ostéoporose. Le nombre total de fractures augmente : entre 2002 et 2008, ce nombre a augmenté de 5 %.

La maladie peut être dépistée au moyen de la densitométrie osseuse, simple examen réalisé par un radiologue. Les spécialistes plaident en faveur de la généralisation de cet examen préventif pour certaines catégories d'âge. Chez les femmes surtout, il est indiqué d'effectuer un contrôle tous les trois ans.

Je voudrais vous poser quelques questions :

- Quelles mesures prenez-vous en faveur de la prévention de l'ostéoporose ? Quels groupes cibles visitez-vous, quels canaux utilisez-vous et quels fonds sont-ils dégagés à cette fin ? Avec quels acteurs collaborez-vous à cette fin ?
- Les campagnes en faveur d'une alimentation saine et d'une activité physique accrue font-elles clairement le lien avec l'ostéoporose ?
- Quelles campagnes concrètes a-t-on menées ces dernières années ? Combien de personnes a-t-on touchées à cette occasion, quels groupes cibles, quel était le profil de ces personnes ?
- Combien d'examens par densitométrie osseuse a-t-on réalisés ces dernières années en Région bruxelloise ? Quel est le profil de ces personnes ? Qui a pris l'initiative de l'examen ?

Réponse : L'ostéoporose est le plus souvent une conséquence du vieillissement, la densité osseuse diminuant avec l'âge (mais elle peut aussi être liée à des maladies ou à des prises de médicaments).

L'ostéoporose liée au vieillissement survient généralement après la ménopause chez les femmes; chez les hommes, elle survient à un âge plus avancé.

Il en résulte une fragilité osseuse accrue et un risque augmenté de fractures, principalement au niveau du poignet, de l'humérus, des vertèbres et du col du fémur. Certaines de ces fractures constituent un risque important de morbidité et de mortalité chez les personnes âgées ce qui engendre des interventions et des coûts importants pour le système de santé. Prévenir ces fractures peut donc constituer une mesure de santé publique, pour peu que les

volksgezondheid voor zover deze risicopersonen kunnen worden geïdentificeerd en er efficiënte behandelingen bestaan.

Voor wat preventie betreft verwijzen we naar de Gemeenschappen die hiervoor bevoegd zijn voor Brussel. Voor de Vlaamse Gemeenschap gebeurt dit via het LOGO.

LOGO Brussel heeft onder meer als taak om de praktijkrichtlijn(en) valpreventie bij ouderen in 2011 bekend te maken binnen hun netwerk. Zij staan eveneens in voor de verspreiding van methodieken en materialen die gezonde voedings- en bewegingsgewoonten bewerkstelligen.

Zo is er op 27 september een infosessie geweest rond valpreventie voor de intermediair (dit zijn de kinesist, huisarts, seniorenverenigingen, thuisverpleging, ...).

Voor zover wij weten hebben de Franse Gemeenschapscommissie en de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie momenteel geen specifiek beleid ter preventie van osteoporose. Daarentegen, ontwikkelen zij valpreventieprogramma's via de door hen gesubsidieerde actoren op het terrein zoals gezondheidsnetwerken of de actoren voor gezondheidsbevordering. De universitaire centra en de afdelingen algemene geneeskunde van de faculteiten geneeskunde (Ulg, ULB en UCL) hebben een opleidingsmodule preventie ontwikkeld. Er bestaat ook een Franstalig internationaal preventienetwerk voor traumata en veiligheidsbevordering.

Merk ook op dat andere actoren uit de gezondheidssector preventieacties kunnen ontwikkelen zoals de coördinatiecentra voor thuis hulp en -zorg, de medische huizen, de mutualiteiten, de ouderenverenigingen, de uitleendiensten voor aangepast materieel en inrichting voor de leefomgeving, enz.

Er bestaan eveneens verenigingen die sport en beweging organiseren aangepast aan ouderen.

Wij hebben geen informatie over de personen die een botdensitometrie hebben laten uitvoeren.

Inderdaad, informatie over het aantal « medische akten » in verband met osteoporose behoren, net zoals voor alle medische akten, tot bevoegdheid van de federale overheid met name via de minimale klinische gegevens voor de ziekenhuizen en via de RIZIV-registraties voor de ambulante behandelingen.

personnes à risque puissent être identifiées et qu'il existe des traitements efficaces.

En ce qui concerne la prévention, nous nous référons aux communautés qui sont compétentes pour Bruxelles. Pour la Communauté flamande cela se fait via le LOGO.

Une des tâches de LOGO Bruxelles est de faire connaître dans leur réseau les directives de pratique en prévention des chutes chez les personnes âgées. Ils sont également responsables de la diffusion des méthodes et des matériaux qui encouragent des habitudes alimentaires et d'exercices saines.

Le 27 septembre il y avait une séance d'information pour l'intermédiaire (le kinésithérapeute, le médecin généraliste, les associations des seniors, soins à domicile, ...) sur la prévention des chutes.

La Commission communautaire française et la Commission communautaire commune n'ont actuellement pas, à notre connaissance, de politique de prévention spécifique de l'ostéoporose. Par contre, elles développent des programmes de prévention des chutes par le biais des acteurs de terrain qu'elles subsidient comme les réseaux en santé ou les acteurs de promotion de la santé. Les Centres Universitaires et Départements de Médecine Générale des facultés de médecine (ULg, ULB et UCL) ont développé un module de formation à la prévention. Il existe également un réseau francophone international de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité.

À noter également que d'autres intervenants dans le secteur de la santé peuvent développer des actions de prévention comme les centres de coordination d'aide et de soins à domicile, les associations de médecins, les maisons médicales, les mutuelles, les associations de personnes âgées, les services de prêt de matériel adapté et d'aménagement de l'habitat, etc.

Il existe également des associations qui organisent du sport et de l'activité physique adaptés aux personnes âgées.

Nous n'avons pas d'information sur les personnes ayant effectué une ostéodensitométrie.

En effet, les informations sur le nombre « d'actes médicaux » dans le cadre de l'ostéoporose relèvent, comme pour tous les actes médicaux, de la compétence du Gouvernement fédéral notamment via les résumés cliniques minimaux pour les hôpitaux et via les enregistrements de l'INAMI pour les traitements ambulants.

**Vraag nr. 54 van mevr. Bianca Debaets d.d. 5 september 2011
(N.) :**

De geestelijke gezondheidszorg.

Een centrum voor geestelijke gezondheidszorg (CGG) heeft een bijzondere plaats in de geestelijke gezondheidszorg : men kan er terecht voor uiteenlopende problemen van psychische, relationele of psychosomatische aard. In een CGG wordt een patiënt behandeld door een multidisciplinair team : psychotherapeuten, sociale assistenten, medisch personeel en anderen. Dit team beslist

**Question n° 54 de Mme Bianca Debaets du 5 septembre 2011
(N.) :**

Les soins de santé mentale.

Un centre de santé mentale (Centrum voor geestelijke gezondheidszorg, CGG) occupe une place particulière dans les soins de santé mentale : on peut en effet s'y rendre pour divers problèmes de nature psychique, relationnelle ou psychosomatique. Dans un CGG, le patient est traité par une équipe pluridisciplinaire : psychothérapeutes, assistants sociaux, personnel médical et autres.

gezamenlijk welke therapie de patiënt moet volgen, op basis van « intakegesprekken ».

Sommige centra zijn weliswaar meer gespecialiseerd in bepaalde domeinen : de CGG Deelwerking Brussel-Oost heeft bijvoorbeeld een uitgebreid ouderenteam en richt zijn aandacht dan ook op de seniorenproblematiek. Het CGG heeft daarom een project « Coming Home » opgestart. Dit project heeft als doelstelling ouderen te ondersteunen die het noodgedwongen verhuizen naar een rusthuis als een stressvolle periode ervaren. In een aantal gevallen krijgen ouderen een depressie of een andere psychische aandoening als gevolg van deze ingrijpende verandering.

Ik wil u dan ook graag volgende vragen voorleggen :

- Kunt u meegeven of er samenwerking en overleg is met de VGC rond geestelijke gezondheidszorg, bijvoorbeeld over de verdeling van de bijkomende middelen voor de CGG's in Brussel, waarvan sprake ? Welke rol is er weggelegd voor de GGC en welke voor de VGC ?
- Welke nieuwe of andere resultaten heeft de *ad hoc* werkgroep « Kinderen en Geestelijke Gezondheidszorg » opgeleverd ? Er waren ook werkgroepen opgericht over vechtscheidingen en nood aan ondersteuning van de 0^e en 1^e lijn. Hoe regelmatig zijn deze werkgroepen bijeengekomen ? Welke punten zijn hierbij aan bod gekomen ? Welke besluiten of adviezen hebben deze werkgroepen geformuleerd ? Hoe worden deze aanbevelingen meegenomen of ontwikkeld in uw beleid ?

Antwoord : Als antwoord op de schriftelijke vraag kunnen wij volgende elementen meedelen :

1^o Algemeen kader :

- de ambulante diensten geestelijke gezondheidszorg ressorteren onder de bevoegdheid van de Gemeenschappen zowel qua regelgeving als qua financiering. Aldus zijn er op het grondgebied van Brussel diensten die ressorteren onder de bicommunautaire overheid of de GGC, diensten die ressorteren onder de Cocom en diensten die ressorteren onder de Vlaamse Gemeenschap en dus niet onder de VGC wat uw vraag zou kunnen doen vermoeden;
- er werd voor Brussel, op basis van een federale wetgeving, één enkel overlegplatform opgericht midden 1990. Deze heeft onder meer als bedoeling de afstemming van het aanbod op de vraag en de samenwerking tussen de actoren. Deze samenwerking is dus structureel ingebouwd en overstijgt voor Brussel zowel de communautaire aanhorigheden, als de residentiële of ambulante settings. Zij is een geslaagd voorbeeld van coördinatie, wat de opdracht is van de GGC. Bovendien werd een aparte samenwerking tussen de Vlaamse en de Franstalige partners gehandhaafd, in wat men noemt de « vleugels » van het overlegplatform;
- in het domein van de geestelijke gezondheid wordt er bovendien op beleidsniveau samengewerkt tussen de federale overheid in hoofdzaak bevoegd voor de residentiële sector en de gemeenschappen in hoofdzaak bevoegd voor de ambulante sector. Dit gebeurt in het kader van de Interministeriële Conferentie

Sur la base d'entretiens préliminaires, cette équipe décide conjointement quelle thérapie le patient doit suivre.

Certains centres sont certes davantage spécialisés dans certains domaines : le CGG section Bruxelles-Est a par exemple une nombreuse équipe « personnes âgées » et concentre dès lors son attention sur la problématique des seniors. C'est la raison pour laquelle le CGG a mis sur pied le projet « Coming Home ». Ce projet a pour objectif de soutenir les personnes âgées qui vivent comme une épreuve stressante le déménagement forcé en maison de repos. Dans un certain nombre de cas, ces personnes font une dépression ou souffrent d'un autre trouble psychique suite à ce changement majeur.

Je voudrais dès lors vous poser les questions suivantes :

- Pouvez-vous indiquer s'il y a collaboration et concertation avec la VGC dans le domaine des soins de santé mentale, par exemple sur la répartition des moyens complémentaires pour les CGG de Bruxelles en cause ? Quel rôle échoit-il à la Cocom, d'une part, et à la VGC, d'autre part ?
- Quels nouveaux ou autres résultats le groupe de travail *ad hoc* « Enfants et soins de santé mentale » a-t-il obtenus ? Des groupes de travail avaient également été mis sur pied dans le domaine des divorces conflictuels et du besoin de soutien non professionnel et de première ligne. Combien de fois ces groupes de travail se sont-ils réunis ? Quels points ont-ils abordés à cette occasion ? Quels avis ou décisions ces groupes de travail ont-ils formulés ? Comment ces recommandations sont-elles intégrées ou développées dans votre politique ?

Réponse : Comme réponse à votre question écrite, nous pouvons vous donner les éléments suivants :

1^o Cadre général :

- les services ambulatoires de santé mentale relèvent de la compétence des communautés tant pour la réglementation que pour le financement. Ainsi, sur le territoire de Bruxelles, il y a des services qui relèvent du pouvoir bicommunautaire soit la CCC, des services qui relèvent de la COCOF et des services qui relèvent de la Communauté flamande et donc pas de la VGC comme pourrait le suggérer votre question;
- pour Bruxelles, conformément à une législation fédérale, une plate-forme de concertation a été créée en 1990. Celle-ci a entre autres comme mission l'équilibre entre l'offre et la demande et la coopération entre les acteurs. Cette coopération est structurellement construite et dépasse pour Bruxelles tant les appartenances communautaires que les profils résidentiels ou ambulatoires. Elle est un exemple réussi de coordination, ce qui est la mission de la CCC. Par ailleurs, une collaboration spéciale entre les partenaires flamands ou francophones a été maintenue dans ce qu'on appelle « les ailes » de la plate-forme de concertation;
- dans le domaine de la santé mentale, il y a également la coopération au niveau politique entre le gouvernement fédéral, essentiellement responsable pour le secteur résidentiel, et les communautés, essentiellement responsables pour le secteur ambulatoire. Ceci est fait dans le cadre de la Conférence inter-

Volksgezondheid die een task force Psychiatrie oprichtte die sinds verschillende jaren werkzaam is.

In dit kader worden alle thema's besproken die een gezamenlijke aanpak vergen. Recent werd de vernieuwingsoperatie « artikel 107 » aangepakt, die een grondige hervorming inhoudt en die ernaar streeft de patiënt zoveel mogelijk in zijn eigen omgeving te behandelen.

2° Wat de problematiek van de ouderenzorg betreft en uw vraag naar verdeling van bijkomende middelen, kunnen wij verwijzen naar de middelen die vrijgekomen zijn in het kader van protocol 3 « ouderenzorgbeleid » en waar ook gestreefd wordt om de oudere persoon zo lang mogelijk in zijn eigen omgeving te kunnen verzorgen. In dit kader werd op instigatie van de ministers van gezondheidsbeleid van de GGC een overlegplatform eerstelijnszorg en ouderenzorg opgericht, namelijk Conectar.

Binnen Conectar werden de initiatieven van protocol 3 voorgesteld en gestuurd. De middelen komen van het Riziv en de projecten worden binnen dit kader begeleid en geëvalueerd. In dit dossier zitten alle gemeenschappen mee aan tafel en is er sinds jaren een sterke samenwerking tussen de federale overheid en de gemeenschappen/gewesten. Verschillende projecten die voor Brussel werden weerhouden omvatten aspecten van de geestelijke gezondheidszorg. Conectar is zich uitermate bewust van de nood aan psychische ondersteuning van de oudere bevolking. De dienst geestelijke gezondheid van Brussel Oost die sinds jaren gekend is om zijn expertise rond geestelijke gezondheid en ouderen is hiervoor één van de prioritaire partners.

3° Wat de werkgroep « Kinderen en geestelijke gezondheid betreft », deze is niet bekend in de GGC, noch bij de Vlaamse diensten geestelijke gezondheid van Brussel. Het betreft hier mogelijk een werkgroep van de VGC. In dit geval raden wij u dan ook aan deze vraag te richten aan de verantwoordelijke Minister binnen de VGC.

Dat gezegd zijnde, de task force « geestelijke gezondheid » van de Interministeriële Conferentie Gezondheid is begonnen na te denken over de geestelijke gezondheid bij kinderen en adolescenten en dit op basis van een advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen. De procedure bevindt zich dus nog in een heel vroeg stadium en vereist ook een betrokkenheid van de overlegplatformen voor geestelijke gezondheid.

Vergeet niet dat de Brusselse diensten en instellingen op dit vlak over een ervaring beschikken die een internationaal erkend is. Wij kunnen hier als voorbeeld MC Titeca aanhalen die enkele maanden geleden een hoogstaand internationaal congres hebben georganiseerd over dit onderwerp.

**Vraag nr. 55 van mevr. Bianca Debaets d.d. 5 september 2011
(N.) :**

Diabetes.

Het aantal volwassenen met ouderdomsdiabetes is sinds 1980 verdubbeld, tot 347 miljoen patiënten wereldwijd. En dat is nog maar het begin van de epidemie, waarschuwen experts.

ministérielle Santé qui a créé une Task Force Psychiatrie, active depuis plusieurs années.

Dans ce contexte, tous les thèmes qui nécessitent une approche conjointe sont abordés. Récemment, le processus de modernisation « article 107 » a été traité, modernisation qui implique une réforme en profondeur et qui vise à traiter le patient dans son propre milieu de vie autant que possible.

2° En ce qui concerne la problématique des personnes âgées et votre question à la répartition des moyens supplémentaires, nous nous référerons aux moyens dégagés dans le cadre du protocole 3 de « politique de santé à mener à l'égard des personnes âgées » et qui vise également le maintien à domicile. Dans ce contexte et à l'instigation des ministres de la santé de la CCC, une plate-forme de concertation des soins de première ligne et de la politique de santé à l'égard des personnes âgées a été créée, à savoir Conectar.

Avec Conectar, les initiatives du protocole 3 ont été proposées et pilotées. Les moyens viennent de l'INAMI et les projets sont accompagnés et évalués dans ce contexte. Dans ce dossier, toutes les communautés sont présentes et actives et depuis des années il y a une solide coopération entre le gouvernement fédéral et les communautés/régions. Plusieurs projets retenus pour Bruxelles incluent des aspects de la santé mentale. Conectar est très conscient de la nécessité d'un soutien psychologique des personnes âgées. Le service de santé mentale de Bruxelles-Est, qui est connu depuis des années pour son expertise en santé mentale et personnes âgées, est un des partenaires prioritaires

3° En ce qui concerne le groupe de travail « Enfants et santé mentale », celui-ci n'est pas connu en CCC, ni dans les services de santé mentale flamands de Bruxelles. Il s'agit probablement d'un groupe de travail de la VGC. Dans cette hypothèse, nous vous conseillons de poser cette question au ministre responsable au sein de la VGC.

Ceci étant dit, la Task Force « santé mentale » de la Conférence interministérielle de la santé vient de commencer la réflexion sur la santé mentale pour les enfants et adolescents et ce sur la base d'un avis du Conseil National des Établissements Hospitaliers émis récemment. La procédure est donc à son tout début et elle passera également par une implication des plates-formes de concertation en santé mentale.

Rappelons à ce sujet que des services et établissements bruxellois disposent d'une expérience en la matière reconnue sur le plan international. Nous pouvons par exemple citer le CH Titeca qui a organisé il y a quelques mois un congrès international de haut niveau sur le sujet.

**Question n° 55 de Mme Bianca Debaets du 5 septembre 2011
(N.) :**

Le diabète.

Depuis 1980, le nombre de personnes atteintes de diabète de la maturité a doublé, pour atteindre 347 millions de patients dans le monde. Et les experts affirment que l'épidémie ne fait que commencer.

Diabetes 2 is de meest voorkomende vorm van suikerziekte, en is het gevolg van een zittende levensstijl en overgewicht. In België lijden 60.000 mensen aan diabetes van het type 1 (een aangeboren defect van de alvleesklier) en maar liefst 600.000 aan type 2. De ziekte kan leiden tot blindheid, nierfalen, hartproblemen of amputaties. Ook bij type 2 speelt erfelijkheid een rol. De explosie van diabetici in de steden van de economische groeilanden is niet louter aan de toegenomen welvaart te wijten. De bevolking is er ook genetisch vatbaarder voor insulinetekorten. Wanneer die mensen plots meer gaan eten, raakt hun insulinewerking sneller verstoord, in eigen land wordt er een zorgwekkende toename vastgesteld binnen de Turkse en Maghrebijnse migrantengemeenschap.

Volgens experts is het aantal diabetici niet alleen aan de groeiende welvaart te wijten. Voor 70 % is de toename te verklaren door de algemene bevolkingsgroei en de stijgende levensverwachting. Maar ook daarom moet de piek van de epidemie nog komen. Het probleem is gekend, dus preventie is uiterst belangrijk.

Ik wil u graag volgende vragen voorleggen :

- Op welke manier wordt er aan preventie gedaan met betrekking tot diabetes type 2 ? Welke acties werden er ontwikkeld en voor welke doelgroepen ? Worden er specifieke acties ondernomen naar de migrantengemeenschap, aangezien zij vatbaarder zijn voor diabetes type 2 ?
- Beschikt u over cijfers van diabetes type 1 en type 2 in ons Gewest ? Welke conclusies trekt u uit de cijfers sinds 2008 ? Wat is het profiel van deze mensen ? Ziet u bijvoorbeeld een verjaging van het fenomeen ? En wordt de « gekleurdeheid » bevestigd in de cijfers ?
- Heeft u rond deze problematiek reeds overleg gepleegd met de federale collega's en met de collega's van de VGC ? Zo ja, welke conclusies zijn hieruit gekomen ?

Antwoord : De primaire preventie gebeurt door een verbetering van het voedingsevenwicht en een verhoging van de lichaamsbeweging. Het gaat dus niet over « verticale » maatregelen die zich specifiek richten tot de diabetes zelf. De primaire preventie van diabetes is ook doeltreffend voor talloze andere gezondheidsproblemen (hart- en vaatziekten, obesitas, bepaalde kancers, enz.).

Informatie alleen volstaat niet opdat het gedrag zou wijzigen. Het is essentieel dat de gehele omgeving aanspoort tot een gezonde voeding en lichaamsbeweging voor alle Brusselaars, ongeacht hun sociale status. Primaire preventie moet dus meerdere domeinen betrekken.

Vele verenigingen nemen deel aan deze preventie op het regionale grondgebied (verenigingen voor gezondheidsbevordering, sportverenigingen, culturele, enz.). Het project Brussel Gezond Stadsgewest heeft ook dergelijke projecten bijeen gebracht.

Voor de risicopersonen of zij die aan diabetes lijden, bestaan er interessante testen in het Brussels Gewest zoals bijvoorbeeld « *Le Réseau Santé Diabète dans les Marolles* ». Zij brengen een aantal actoren en diverse verenigingen bijeen om tegelijkertijd transversale ondersteuning (veel breder dan alleen een medische

Le diabète de type 2 est la forme la plus fréquente de la maladie; il est la conséquence d'un mode vie sédentaire et du surpoids. En Belgique, 60.000 personnes sont atteintes du diabète de type 1 (un dysfonctionnement inné du pancréas), et pas moins de 600.000 souffrent du type 2. La maladie peut entraîner cécité, insuffisance rénale, problèmes cardiaques ou amputations. Dans le type 2 aussi, l'hérédité joue un rôle. L'explosion du nombre de diabétiques dans les villes des pays émergents n'est pas due uniquement à la prospérité accrue. La population y est aussi génétiquement plus sujette à l'insuffisance insulinique. Lorsque ces personnes se mettent subitement à manger davantage, le fonctionnement de l'insuline est plus rapidement perturbé chez elles. Dans notre pays, on observe une augmentation inquiétante au sein des communautés immigrées turque et maghrébine.

D'après les experts, le nombre de diabétiques n'est pas dû uniquement à la prospérité croissante. Dans 70 % des cas, l'augmentation s'explique par la croissance démographique générale et l'allongement de l'espérance de vie. Mais c'est aussi la raison pour laquelle le pic de l'épidémie reste à venir. Le problème est connu, la prévention est donc primordiale.

Je voudrais vous poser les questions suivantes :

- Quelle forme la prévention en matière de diabète de type 2 prend-elle ? Quelles actions ont-elles été mises sur pied, et pour quels groupes cibles ? Des actions spécifiques ont-elles ciblé la communauté immigrée, dès lors qu'elle est davantage sujette au diabète de type 2 ?
- Disposez-vous de chiffres sur le diabète de type 1 et de type 2 dans notre Région ? Quelles conclusions tirez-vous des chiffres depuis 2008 ? Quel est le profil de ces personnes ? Observez-vous par exemple un rajeunissement du phénomène ? Et la « coloration » est-elle confirmée dans les chiffres ?
- Vous êtes-vous déjà concertés avec vos collègues fédéraux et de la VGC sur cette problématique ? Dans l'affirmative, sur quelles conclusions cela a-t-il débouché ?

Réponse : La prévention primaire passe par une amélioration de l'équilibre nutritionnel et une augmentation de l'activité physique. Il ne s'agit donc pas de mesures 'verticales' qui s'adressent spécifiquement au problème du diabète. La prévention primaire du diabète est également efficace pour de nombreux autres problèmes de santé (maladies cardiovasculaires, obésité, certains cancers, etc.).

Il ne suffit pas d'informer pour que les comportements se modifient. Il est essentiel que l'environnement global favorise une alimentation saine et l'exercice physique pour tous les Bruxellois, quel que soit leur statut social. La prévention primaire doit donc concerner de multiples domaines.

De nombreuses associations participent à cette prévention sur le territoire régional (associations de promotion de la santé, associations sportives, culturelles, etc.). Le projet Bruxelles Ville Région en Santé a également rassemblé des projets allant dans ce sens.

Pour des personnes à risque ou qui souffrent de diabète, des expériences intéressantes existent en Région bruxelloise comme par exemple « *le Réseau Santé Diabète dans les Marolles* ». Ils rassemblent une série d'acteurs et associations diverses pour offrir à la fois une prise en charge transversale des diabétiques (bien plus

ondersteuning) en preventie zoals culinaire activiteiten, sport, enz. aan te bieden aan diabetici.

Het Belgisch Diabetes Register registreert de nieuwe gevallen van diabetes type 1 bij patiënten jonger dan 40 jaar. Men merkt geen verhoging op in de incidentiegraad maar wel een verjonging, met andere woorden diabetes van type 1 treedt vroeger op. Er bestaan geen cijfers voor het Brussels Gewest maar in de veronderstelling dat de incidentie in het Brussels Gewest gelijk is een deze van het hele land, dan schat men dat er in 2010 27 nieuwe gevallen van diabetes type 1 zouden zijn bij de Brusselse bevolking jonger dan 15 jaar en 37 nieuwe gevallen voor de 15- tot 39-jarigen.

In 2008 verklaart 4,5 % van de Brusselse bevolking te lijden aan diabetes (4,4 % mannen en 4,5 % vrouwen). Deze verhouding is hoger dan in de andere regio's en grote steden van het land. In het Brussels Gewest merken we in de loop van de laatste jaren een stijging op in de frequentie van diabetes : 2,8 % in 2001, 3,6 % in 2004 en 4,5 % in 2008. Deze stijging betreft elke leeftijdscategorie boven de 45 jaar.

Het aandeel van diabetes in het totaal aantal overlijdens neemt ook toe tijdens de laatste 10 jaar in het Brussels Gewest (7,2 % van de overlijdens bij mannen en 6,1 % van de overlijdens bij de vrouwen voor de periode 2003-2007).

Diabetes treft voornamelijk de meest kansarme bevolking: in 2008 lijdt 15 % van de bevolking met hoogstens een diploma basisonderwijs aan diabetes ten opzichte van 2,4 % van de gediplomeerden hoger onderwijs. De sociale gradiënt is belangrijk, zowel bij de mannen als bij de vrouwen.

We merken tevens een belangrijkere verhouding diabetes bij Turkse en Marokkaanse immigrantenvrouwen. Het sterftecijfer door diabetes voor deze vrouwen ligt ook veel hoger. Dergelijke verschillen vinden we niet terug bij de mannen. Een deel van deze waargenomen verschillen tussen nationaliteiten onderling is te verklaren door het verschil in onderwijsniveau (op gelijk onderwijsniveau zijn de verschillen statistisch niet meer van belang).

Wij hebben rond deze problematiek momenteel nog geen overleg gepleegd met de collega's van de andere bevoegde entiteiten.

Wel is er overigens het plan om een overlegplatform op te starten voor gezondheidsbevordering in het Brussels Gewest. Dit platform kan een rol spelen voor wat betreft een betere afstemming van de interventies in dit belangrijk domein voor de gezondheid de Brusselaars.

**Vraag nr. 56 van mevr. Bianca Debaets d.d. 12 oktober 2011
(N.) :**

De vaccinatie van baarmoederhalskanker in het Nederlandstalig onderwijs in Brussel.

De Vlaamse overheid heeft de doelstelling om via de scholen alle meisjes van 12 jaar (gratis) te vaccineren tegen baarmoederhalskanker. Deze vaccinaties kunnen gegeven worden door Centra voor Leerlingenbegeleiding of door een arts naar keuze. Het gaat

complète que la seul prise en charge médicale) et de la prévention comme des activités culinaires, sportives, etc.

Le Registre belge du diabète enregistre les nouveaux cas de diabète de type 1, qui touche les moins de 40 ans. Il n'observe pas d'augmentation du taux d'incidence mais bien un rajeunissement, c'est-à-dire que le diabète de type 1 se manifeste plus précoce-ment. Il n'existe pas de chiffres pour la Région bruxelloise mais si on suppose que l'incidence en Région bruxelloise est identique à celle de l'ensemble du pays, on estime qu'il y aurait en 2010 27 nouveaux cas de diabète type1 chez les Bruxellois de moins de 15 ans et 37 nouveaux cas pour les 15-39 ans.

En 2008, 4,5 % des Bruxellois déclarent souffrir de diabète (4,4 % des hommes et 4,5 % des femmes). Cette proportion est plus élevée que dans les autres régions et grandes villes du pays. On observe une augmentation de la fréquence du diabète au cours des dernières années en Région bruxelloise : 2,8 % en 2001, 3,6 % en 2004 et 4,5 % en 2008. Cette augmentation concerne toutes tranches d'âge au-dessus de 45 ans.

Le poids du diabète dans le total des décès augmente aussi au cours des 10 dernières années en Région bruxelloise (7,2 % des décès chez les hommes et 6,1 % des décès chez les femmes pour la période 2003-2007).

Le diabète touche surtout les populations plus défavorisées : en 2008 parmi la population qui a au maximum un diplôme de l'enseignement primaire plus de 15 % souffrent de diabète pour 2,4 % parmi les diplômés de l'enseignement supérieur. Le gradient social est important, tant chez les hommes que chez les femmes.

On observe également une proportion plus importante de dia-bète chez les femmes issues de l'immigration turque et marocaine. Le taux de mortalité lié au diabète est également plus élevé pour ces femmes. De telles différences ne se retrouvent pas chez les hommes. Une partie des différences observées entre groupes de nationalité s'expliquent par la différence de niveau d'instruction (à niveau d'instruction égal, les différences ne sont plus statistique-ment significatives).

Actuellement, nous n'avions pas encore eu de concertation à ce sujet avec nos collègues des autres entités compétentes.

Il existe par ailleurs le projet de l'élaboration d'une plate-forme de concertation de promotion de la santé en Région bruxelloise. Cette plate-forme pourrait jouer un rôle dans une meilleure articulation des interventions dans ce domaine important pour la santé des Bruxellois.

**Question n° 56 de Mme Bianca Debaets du 12 octobre 2011
(N.) :**

Le vaccin contre le cancer du col de l'utérus dans l'enseigne-ment néerlandophone.

Les pouvoirs publics flamands se sont fixé pour objectif de vacciner gratuitement toutes les jeunes filles de 12 ans contre le cancer du col de l'utérus par le biais des écoles. Ces vaccins peuvent être réalisés par les CLB (centres de guidance et d'accom-

om een aanbod en dus niet om een verplichte vaccinatie. In zijn antwoord op een schriftelijke vraag van Vlaams parlementslid Paul Delva antwoordde de bevoegde minister dat dit aanbod ook geldt voor de CLB's die werken voor scholen in het Nedertandstalig onderwijs van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

Vorig schooljaar echter heeft de GGC beslist om niet in te gaan op het aanbod van Vlaanderen om ook huisartsen en kinderartsen in Brussel de mogelijkheid te bieden deze vaccins te bestellen. Intussen nam de GGC wel de beslissing om de vaccinatie eveneens toe te voegen aan haar aanbod.

Ik wil u dan ook graag de volgende vragen voorleggen :

- Kunnen de collegleden meedelen hoeveel meisjes uit het Brussels Hoofdstedelijk Gewest gebruik hebben gemaakt van de vaccinaties via het CLB ? Wat is het aandeel van het aantal Brusselse meisjes die gebruik hebben gemaakt van deze actie in verhouding tot het totaal aantal meisjes uit het Brussels Hoofdstedelijk Gewest die er gebruik van hadden kunnen maken ?
- Welke argumenten liggen mee aan de basis voor de beslissing van de GGC om nu wél in te gaan op het aanbod van de Vlaamse Gemeenschap ?
- Hebben de collegleden verder overleg gehad met de Vlaamse overheid om te zoeken naar oplossingen voor de bekostiging van deze vaccinatie door de GGC voor het aandeel in de kostprijs besteld door huisartsen en pediatres ? Zijn er bepaalde oplossingen uit de bus gekomen, zodat er meer meisjes in Brussel zich zouden kunnen beschermen tegen baarmoederhalskanker ?
- Hoe zullen deze meisjes naar het vaccinatieaanbod geleid worden ? Hoe zal dit praktisch te werk gaan ? Hoe worden de huisartsen en pediatres hierbij betrokken ?

Antwoord : Hoeveel meisjes reeds via het CLB van de Vlaamse Gemeenschap in Brussel zijn gevaccineerd zijn data van de Vlaamse Gemeenschap.

Uit de informatie die wij ontvangen hebben van de Vlaamse Gemeenschap blijkt dat enkel een schatting kan gemaakt worden over het aantal meisjes uit het Brussels Hoofdstedelijk Gewest dat gebruik heeft gemaakt van het aanbod om zich gratis te laten vaccineren tegen HPV via de CLB's.

Mogelijk zijn er ook meisjes die gevaccineerd werden via een huisarts in het Vlaams Gewest. In de vaccinatiedatabank « Vaccinet » is er geen link met school of leerjaar.

Sedert 1 september 2010 werden bij 727 meisjes met woonplaats in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en geboren tussen 1996 en 1999, vaccinaties tegen HPV geregistreerd in « Vaccinet ». Bij 665 van hen werden vaccinaties geregistreerd door de CLB's.

In de scholen met hoofdzetel te Brussel kwamen in principe 1.199 meisjes in aanmerking voor HPV-vaccinatie. Hoeveel er hiervan zijn gevaccineerd, kan men niet concreet meedelen.

pagnement des élèves) ou par un médecin au choix. Il s'agit d'une proposition et donc pas d'un vaccin obligatoire. Dans sa réponse à une question écrite du député flamand Paul Delva, le ministre compétent a répondu que cette proposition vaut également pour les CLB qui travaillent pour les écoles de l'enseignement néerlandophone de la Région de Bruxelles-Capitale.

L'an dernier cependant, la Cocom a décidé de ne pas donner suite à la proposition de la Flandre d'offrir aux généralistes et aux pédiatres de Bruxelles la possibilité de commander ces vaccins. Depuis lors, la Cocom a toutefois pris la décision d'ajouter également le vaccin à son offre.

Je voudrais dès lors vous poser les questions suivantes :

- Les membres du Collège peuvent-ils indiquer combien de jeunes filles de la Région de Bruxelles-Capitale ont bénéficié des vaccins dispensés via les CLB ? Quel est le rapport entre le nombre de jeunes filles bruxelloises qui ont bénéficié de cette action et le nombre total de jeunes filles de la Région de Bruxelles-Capitale qui auraient pu en bénéficier ?
- Quels arguments contribuent-ils à expliquer la décision de la Cocom de donner suite à présent à la proposition de la Communauté flamande ?
- Les membres du Collège se sont-ils concertés plus avant avec les pouvoirs publics flamands afin de chercher des solutions en vue du financement du prix de ce vaccin par la Cocom pour ce qui concerne la part commandée par les généralistes et les pédiatres ? Des solutions ont-elles été trouvées, afin qu'un plus grand nombre de jeunes Bruxelloises puissent se protéger contre le cancer du col de l'utérus ?
- Comment ces jeunes filles seront-elles orientées vers l'offre de vaccin ? Comment cela se passera-t-il dans la pratique ? Comment les généralistes et les pédiatres seront-ils associés à cette action ?

Réponse : Le nombre de filles déjà vaccinées par le CLB de la Communauté flamande à Bruxelles, est une donnée de la Communauté flamande.

À partir des informations que nous avons reçues de la Communauté flamande, il apparaît que seule une estimation peut être faite quant au nombre de filles de la Région de Bruxelles-Capitale qui ont accepté l'offre de se faire vacciner gratuitement contre le cancer du col de l'utérus par les CLB.

Il est par ailleurs également possible que des filles aient été vaccinées par un médecin généraliste exerçant en Région flamande. Dans la base de données des vaccinations « Vaccinet » il n'y a pas de lien avec l'école ou l'année scolaire.

Depuis le 1^{er} septembre 2010, des vaccinations contre le HPV ont été enregistrées dans « Vaccinet » pour 727 filles domiciliées dans la Région de Bruxelles-Capitale et nées entre 1996 et 1999. Pour 665 d'entre elles, les vaccinations ont été enregistrées par les CLB.

En principe, dans les écoles dont le siège principal est à Bruxelles, 1.199 filles entraient en ligne de compte pour la vaccination HPV. Le nombre précis d'entre elles qui sont vaccinées ne peut pas être concrètement fourni.

Het feit dat de vaccinatie dit najaar wel wordt terugbetaald voor alle Brusselse meisjes – ongeacht de taal van hun school – die aan de voorwaarden voldoen om ze gratis in de PSE of CLB te krijgen maar ze door hun eigen huisarts of pediater willen laten toedienen was een politieke beslissing.

De keuze van de GGC om ook deel te nemen aan de HPV-vaccinatie werd genomen op basis van het feit dat zowel de Franse als de Vlaamse Gemeenschap de HPV-vaccinatie terugbetalen met als gevolg dat alle Brusselse meisjes ervan kunnen genieten. Er dient opgemerkt te worden dat de Duitstalige Gemeenschap beslist heeft om dit vaccin terug te betalen.

Overleg met de Vlaamse Gemeenschap heeft plaats gehad binnen de werkgroep « vaccinaties » van de Interministeriële Conferentie Gezondheid. De beslissing was om de HPV-vaccinatie op dezelfde wijze te organiseren zoals de andere vaccins van de door de Interministeriële Conferentie Gezondheid gedefinieerde vaccinatiekalender en in tweede instantie om het protocolakkoord van 20 maart 2003 betreffende vaccinatie aan te passen om er dit vaccin in te integreren.

De terugbetaling van deze vaccinaties volgt de protocollen die reeds voor eerdere terugbetalingen met de Franse en de Vlaamse Gemeenschap werden afgesloten, met hetzelfde aandeel voor de GGC.

Het behoort tot de bevoegdheden van de Franse en Vlaamse Gemeenschap om hun leerlingen in de scholen te vaccineren en hun hierover in te lichten en te motiveren. Aan Vlaamse kant bestaat hierover een folder die ter advies werd voorgelegd aan de diensten van de GGC.

Bij het begin van het schooljaar krijgen alle leerlingen die dat schooljaar in aanmerking komen voor vaccinatie een uitnodigingsbrief, vergezeld van een informatieve folder, van de CLB's mee. Ouders hebben de keuze om op het aanbod door de CLB's in te gaan door toestemming te geven voor vaccinatie.

De Brusselse huisartsenkringen (BHAK en FAMGB) werden door onze gezondheidsinspectie ingelicht over de nieuwe terugbetalingsmodaliteiten voor deze groep meisjes. De Franstalige kring verwittigde onmiddellijk haar individuele leden.

Wij menen dat op korte tijd de basis is gelegd voor een efficiënte aanpak die alle lagen van de doelgroep voor deze vaccinatie in Brussel bereikt. En zullen niet nalaten hier verder op toe te zien.

**Vraag nr. 57 van mevr. Bianca Debaets d.d. 12 oktober 2011
(N.) :**

Drugpreventie in Brussel.

Het « Overleg Druggebruik Brussel – Concertation Toxicomanies Bruxelles » (ODB-CTB) heeft als belangrijkste doelstellingen : het overleg tussen de actoren bevorderen, de interventies beter op elkaar afstemmen en de kwaliteit van de programma's verbeteren. Het is ook verplicht gegevens te verzamelen en door

Le fait que la vaccination sera remboursée à l'automne pour toutes les filles bruxelloises – quelle que soit la langue de leur école – qui remplissent toutes les conditions pour en bénéficier gratuitement par le PSE ou le CLB et qui choisissent de se faire vacciner par leur propre médecin généraliste ou pédiatre, était une décision politique.

Le choix de la CCC de participer également à la vaccination HPV a été fait sur la base du fait que tant la Communauté flamande que la Communauté française remboursent la vaccination HPV et qu'en conséquence toutes les filles bruxelloises pourront en bénéficier. Il est à noter que la Communauté germanophone a également décidé de rembourser ce vaccin.

Des concertations ont eu lieu avec la Communauté flamande au sein du Groupe de Travail « vaccination » de la Conférence interministérielle Santé. La décision a été d'organiser la vaccination HPV selon les mêmes modalités que les autres vaccins du calendrier vaccinal défini par la Conférence interministérielle Santé et d'adapter, dans un second temps, le protocole d'accord du 20 mars 2003 sur la vaccination pour y intégrer ce vaccin.

Le remboursement de ces vaccins se fait selon les protocoles déjà conclus antérieurement avec les Communautés française et flamande concernant les remboursements et avec la même part à charge de la CCC.

Vacciner les élèves dans les écoles, les informer et les motiver fait partie des compétences des Communautés française et flamande. Côté flamand il existe une brochure qui fut soumise pour avis aux services de la CCC.

Au début de l'année scolaire, toutes les élèves qui entrent en ligne de compte pour la vaccination durant la dite année scolaire, ont reçu une lettre d'invitation des CLB, accompagnée d'une brochure d'information. Et les parents ont le choix de recourir à cette offre des CLB en donnant une autorisation de vaccination.

Les cercles des médecins généralistes de Bruxelles (BHAK et FAMGB) ont été informés des nouvelles modalités de remboursement pour ce groupe de filles par notre inspection d'hygiène. Le cercle francophone a immédiatement informé individuellement ses membres individuels.

Nous estimons donc qu'en peu de temps, la base a été établie pour une politique efficace visant à atteindre, à Bruxelles, toutes les couches sociales du groupe cible de ce vaccin. Et nous ne manquerons pas de suivre ce dossier de près.

**Question n° 57 de Mme Bianca Debaets du 12 octobre 2011
(N.) :**

La prévention en matière de drogues à Bruxelles.

Concertation Toxicomanies Bruxelles – Overleg Druggebruik Brussel (CTB-ODB) a pour principaux objectifs de favoriser la concertation entre les acteurs, de mieux harmoniser les interventions entre elles et d'améliorer la qualité des programmes. La CTB est également tenue de collecter des données et de les communiquer

te geven aan het Europees Observatorium. Het ODB zou echter slechts over één personeelslid beschikken dat enkel de strikt noodzakelijke administratie verzorgt.

Graag leg ik u volgende vragen voor :

1. Heeft het collegelid zicht op het aantal drugsverslaafden in Brussel ?
2. Is het collegelid op de hoogte gebracht van de moeilijkheden binnen het ODB ? Op welke manier ? Welke stappen heeft hij hierbij ondernomen ? Zijn de moeilijkheden te wijten aan de minimum personeelsbezetting ?
3. Heeft het collegelid al overleg gehad met de andere partners binnen ODB over de huidige functionering van ODB ? Naar welke gezamenlijke oplossing wordt er gezocht om ODB weer volledig te laten functioneren en aan haar Europese verplichtingen te laten voldoen ?
4. Hoe wordt er in de toekomst gestreefd naar een coherent drug-preventiebeleid ?

Antwoord : Als antwoord op de schriftelijke vraag kunnen wij volgende elementen meedelen :

Voor het cijfermatig opvolgen van de drugproblematiek in Brussel zijn er 3 verschillende informatiebronnen :

- de Nationale gezondheidsenquête (laatste editie 2008);
- oorzaakspecifieke sterftecijfers uit de overlijdensakten;
- registratiegegevens van het registratiesysteem TDI (*Treatment Demand Indicator*).

Cijfermatige gegevens zijn terug te vinden op pagina 143 tot en met 146 van de publicatie « Gezondheidsindicatoren – Brussels Hoofdstedelijk Gewest » dat u kan consulteren op de website van het Observatorium (www.observatbru.be) onder de rubrieken « publicaties » en vervolgens « thema gezondheid ».

In de Gezondheidsindicatoren 2010 verwerkte het Observatorium alle 3 de boven vermelde bronnen. Gezien bij de publicatie hiervan de resultaten van de gezondheidsenquête 2008 nog niet beschikbaar waren geven we u deze kort weer :

- in laatste editie van de gezondheidsenquête gaven ongeveer 9 % van de Brusselse respondenten (15-64 jaar oud) aan in de afgelopen 12 maanden cannabis te hebben gebruikt. Dit is bijna het dubbele van het percentage dat wordt opgetekend voor de rest van het land (ongeveer 5 %). Deze cijfers zijn evenwel stabiel gebleven ten opzichte van de enquête 2004;
- het gebruik van cannabis in Brussel concentreert zich vooral bij jongeren en jongvolwassenen en neemt af met de leeftijd : 15 % in de categorie 15-24-jarigen; 13 % bij de categorie 24 tot 34-jarigen; 9 % in de groep 35-44-jarigen en 3 % in de categorie 45-54-jarigen;
- meer Brusselse mannen (11 %) dan vrouwen (7 %) gebruiken cannabis;

quer à l'Observatoire européen. Elle ne disposerait toutefois que d'un seul membre du personnel qui assure uniquement l'administration absolument indispensable.

Je voudrais vous poser les questions suivantes :

1. Le membre du Collège a-t-il connaissance du nombre de toxicomanes à Bruxelles ?
2. Le membre du Collège a-t-il été informé des difficultés au sein de la CTB ? De quelle manière ? Quelles mesures a-t-il prises à cet égard ? Les difficultés sont-elles dues à cet effectif minimum ?
3. Le membre du Collège s'est-il déjà concerté avec les autres partenaires au sein de la CTB au sujet du fonctionnement actuel de la CTB ? Quelle solution commune recherche-t-on afin de permettre à la CTB de fonctionner à nouveau pleinement et de s'acquitter de ses obligations européennes ?
4. Comment s'efforcera-t-on à l'avenir de mener une politique de prévention cohérente en matière de drogues ?

Réponse : Comme réponse à votre question écrite, nous pouvons vous donner les éléments suivants :

Pour un suivi chiffré de la problématique des drogues à Bruxelles, il existe trois sources d'informations différentes :

- l'enquête nationale de santé (dernière édition en 2008);
- les causes spécifiques de mortalité dans les bulletins de décès;
- les données enregistrées dans le système d'enregistrement TDI (*Treatment Demand Indicator*).

Les données chiffrées peuvent être trouvées aux pages 143 à 146 de la publication « Tableau de bord de la santé – Région Bruxelles-Capitale » que vous pouvez consulter sur le site web de l'Observatoire (www.observatbru.be) sous les rubriques « publications » et ensuite « thème santé ».

Dans le Tableau de bord de la santé 2010, l'Observatoire a incorporé les données des trois sources mentionnées ci-dessus. Vu qu'à la publication de celui-ci les résultats de l'enquête de santé 2008 n'étaient pas encore disponibles, nous vous les donnons brièvement :

- dans la dernière édition de l'enquête de santé, environ 9 % des répondants bruxellois (15-64 ans) ont déclaré avoir utilisé du cannabis au cours des 12 derniers mois. C'est presque le double du pourcentage enregistré pour le reste du pays (environ 5 %). Ces chiffres sont toutefois restés stables par rapport à l'enquête de 2004;
- l'usage du cannabis à Bruxelles se concentre en particulier chez les adolescents et les jeunes adultes et diminue avec l'âge : 15 % dans la catégorie des 15-24 ans; 13 % dans la catégorie de 24 jusqu'à 34 ans; 9 % dans le groupe des 35-44 ans et 3 % dans la catégorie des 45-54 ans;
- plus d'hommes bruxellois (11 %) que de femmes (7 %) utilisent du cannabis;

- we vinden ook een sociale gradiënt voor cannabisgebruik volgens dewelke de hoger opgeleide Brusselaars meer aangeven cannabis te gebruiken dan de Brusselaar met een lager diploma. Geen diploma of hoogstens basisonderwijs : maximaal 3 % bij hen die geen diploma of een diploma lager onderwijs hebben tegenover maximaal 11 % bij de houders van een diploma hoger onderwijs;
- het gebruik van andere drugs dan cannabis werd opgegeven door 2 % van de Brusselaars wat niet zo veel hoger is dan in de rest van het land (1,5 %).

Voor wat betreft de vragen 2, 3 en 4 verwijzen wij u graag door naar de uitleg die gegeven wordt in de verklarende fiche van de begroting 2012 (zie bijlage) (*) alsook het antwoord dat in de commissie Gezondheid werd gegeven op de vraag van Mevr. Moureaux op 7 juli (zie bijlage) (*) .

Op dit moment richten wij ons op een samenwerking met het Overlegplatform Geestelijke Gezondheid en dit in overleg met de sector. Het oprichten van dit overleg moet samengaan met een wijziging in de samenstelling van de organen van het Platform.

Deze nieuwe organisatie heeft een principieel akkoord vanwege de beheerraad van het Platform alsook vanwege de sector.

(*) *(De bijlagen zullen niet worden gepubliceerd, maar blijven ter beschikking voor raadpleging op de Griffie of via de website van het Parlement.)*

- nous trouvons également un gradient social pour l'usage du cannabis selon lequel les Bruxellois avec une éducation supérieure déclarent plus l'usage du cannabis que les Bruxellois ayant un diplôme inférieur : 3 % au maximum chez ceux qui n'ont pas de diplôme ou un diplôme de l'enseignement primaire pour 11 % au maximum chez les titulaires d'un diplôme de l'enseignement supérieur;

- l'usage de drogues autres que le cannabis a été déclaré par 2 % des Bruxellois, ce qui n'est pas beaucoup plus élevé que dans le reste du pays (1,5 %).

Pour les questions 2, 3 et 4, nous vous référons aux explications fournies dans la fiche justificative du budget 2012 (voir ci-joint) (*) ainsi qu'à la réponse donnée en Commission de la Santé à Mme Moureaux le 7 juillet (voir ci-joint) (*).

Actuellement, nous nous orientons vers une collaboration avec la plate-forme de Santé mentale et ce, en concertation avec le secteur. La mise en place de la concertation devra aller de pair avec la modification de la composition des organes de la plate-forme.

Cette nouvelle organisation a reçu un accord de principe du conseil d'administration de la plate-forme ainsi que du secteur.

(*) *(Les annexes ne seront pas publiées mais resteront disponibles pour consultation au Greffe ou via le site du Parlement.)*

Vraag nr. 58 van mevr. Gisèle Mandaila d.d. 23 december 2011 (Fr.) :

Fibromyalgie.

Tussen 200.000 en 500.000 Belgen moeten leven met pijn en onbegrip.

Fibromyalgie is een vorm van reuma die tussen 2 % en 5 % van de bevolking treft.

Zij lijden fysieke pijn, en daarenboven vaak ook morele pijn : relationele problemen met een omgeving die vaak twijfels heeft, verlammende vermoeidheid, ongelof van dokters, verlies van werk, mobiliteit en sociaal leven. Soms leidt dat tot zelfmoord van de zieken, die ondermijnd worden door pijn.

De vereniging van patiënten met fibromyalgie vraagt al lang deze ziekte te erkennen en dat is nu gebeurd. Het federaal parlement heeft fibromyalgie erkend als een chronische ziekte, wat een goede zaak is, omdat zo financiële middelen voor onderzoek kunnen vrijgemaakt worden.

De erkenning van een ziekte vormt een federale bevoegdheid, maar heeft een weerslag op de deelstaten.

Daarom wens ik u het volgende te vragen :

Question n° 58 de Mme Gisèle Mandaila du 23 décembre 2011 (Fr.) :

La fibromyalgie.

Entre 200.000 et 500.000 Belges vivent souvent dans la douleur et l'incompréhension.

La fibromyalgie, cette forme de rhumatisme, touche entre 2 % et 5 % de la population.

Les personnes souffrent de douleurs physiques, auxquelles s'ajoute souvent une souffrance morale; difficultés relationnelles avec l'entourage, souvent dubitatif, fatigue paralysante, incrédulité des médecins-consultants, perte de travail, de mobilité, et une vie sociale réduite. Cela a pour conséquence parfois le suicide de malades, minés par la douleur.

L'association des patients fibromyalgiques a longtemps demandé la reconnaissance de cette maladie. Aujourd'hui, c'est chose faite. Le Parlement fédéral a reconnu la fibromyalgie comme une maladie chronique. Ce qui est une bonne chose car on pourra ainsi dégager des moyens financiers pour la recherche.

Certes, la reconnaissance d'une maladie est de la compétence du fédéral, mais cela a des répercussions au niveau des entités fédérées.

Je souhaite poser les questions suivantes :

1. Welke acties vinden plaats om de dokters, de hulpdiensten, de verpleegkundigen te informeren en bewust te maken om patiënten met fibromyalgie beter te verzorgen ?
2. Is er overleg met de dokters en de verenigingen ?
3. Zo ja, wat zijn de conclusies ervan ? Zo nee, waarom ?

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

De professionele informatie voor geneesheren en de steun voor kwaliteitsvolle medische zorgen die tot hun competenties behoren, wordt verschaft op basis van verschillende wetgevingen zoals die betreffende de ziekenhuizen, betreffende gezondheidsberoepen, de kringen van huisdokters of nog de wetgeving betreffende de verplichte gezondheidszorgverzekering. Al deze wetgevingen vallen onder de federale bevoegdheid.

Bovendien werd op 24 april 2011 een besluit goedgekeurd door het federale Parlement volgens dewelke « de Kamer van volksvertegenwoordigers de federale regering vraagt :

1. de laatste hand te leggen aan de tenuitvoerlegging van alle aspecten van het Programma « Voorrang aan de chronisch zieken », opdat het dagelijkse leven van fibromyalgiedragers, wier gezondheidstoestand chronische zorg vereist, aanzienlijk verbetert, en dat die patiënten, naar gelang van de ernst van hun symptomen, tevens in aanmerking komen voor de onderdelen gezondheid, handicap, dagelijks en beroepsleven van dat programma;
2. haar steun te verlenen aan de biopsychosociale aanpak van de revalidatie via de multidisciplinaire teams van huisartsen, geneesheren-specialisten in de fysische geneeskunde en de revalidatie, alsook in de reumatologie, kinesisten, psychologen, ergotherapeuten en verpleegkundigen die gespecialiseerd zijn in pijnbehandeling, op grond van een levensproject dat samen met de fibromyalgiedrager wordt uitgewerkt;
3. op basis van de in uitzicht gestelde aanbevelingen van de studie over de behandeling van chronische pijn, de overeenkomsten van de referentiecentra voor chronische pijn in de mate van het mogelijke aan te passen en die centra structureel en adequaat te financieren, om in te spelen op de behoeften van de patiënten, de wachttijden in te perken en de alomvattende patiëntbenadering voort te zetten;
4. te voorzien in de opwaardering van de intellectuele prestatie bij de raadpleging van de geneesheren-specialisten in de reumatologie, de fysische geneeskunde en de revalidatie, die een opleiding in de algologie hebben gevolgd;
5. een informatiecampagne over fibromyalgie op te starten ten behoeve van de geneesheren-specialisten, de raadgevend artsen, de ziekenfondsartsen en de specialisten en alle actoren in de gezondheidszorg, om een vroegtijdige diagnose te stellen en de kwaliteit van de behandeling te verbeteren;

1. Quelles sont les actions qui sont mises en place pour informer les médecins, les services d'urgence, le corps infirmier, et les sensibiliser à une meilleure prise en charge des patients fibromyalgiques ?
2. Une concertation avec les médecins et les associations existe-t-elle ?
3. Si oui, quelles en sont les conclusions ? Si non, pourquoi ? Je vous remercie pour vos réponses.

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

Les informations professionnelles aux médecins et le soutien à la qualité des soins relevant de leurs compétences, se font sur la base de différentes législations comme celle relative aux hôpitaux, celle relative aux professions de la santé, celle relative aux cercles de médecins généralistes ou encore la législation sur l'assurance obligatoire soins de santé. Toutes ces législations relèvent de la compétence du Fédéral.

D'ailleurs, une résolution a été adoptée par le Parlement Fédéral le 24 avril 2011 selon laquelle « la Chambre des représentants demande au Gouvernement Fédéral :

1. de finaliser la mise en œuvre de tous les aspects du programme « Priorité aux malades chroniques » pour que la vie quotidienne des patients souffrant de fibromyalgie et dont l'état de santé nécessite des soins chroniques soit significativement améliorée et que, en fonction de la gravité de leurs symptômes, ils bénéficient également des mesures relatives à la santé, au handicap et à la vie professionnelle de ce programme;
2. de soutenir l'approche biopsychosociale de réadaptation, via les équipes pluridisciplinaires alliant médecins généralistes, spécialistes en médecine physique et de réadaptation ainsi qu'en rhumatologie, kinésithérapeutes, psychologues, ergothérapeutes, infirmières spécialisées dans la douleur, autour d'un projet de vie élaboré avec la personne atteinte de fibromyalgie;
3. sur la base des futures recommandations de l'étude sur la prise en charge de la douleur chronique, adapter dans la mesure du possible les conventions des centres de référence douleur chronique et assurer à ces centres un financement structurel et adéquat de manière à rencontrer les besoins, à réduire les délais d'attente et à poursuivre cette approche globale des patients;
4. de revaloriser la prestation de l'acte intellectuel de la consultation des médecins spécialistes en médecine physique et de réadaptation, et en rhumatologie, ayant une compétence en algologie;
5. de mener une campagne d'information sur la fibromyalgie auprès des médecins généralistes et spécialistes, des médecins conseils et de la prévoyance sociale ainsi que de l'ensemble des acteurs de la santé afin de favoriser la précocité des diagnostics et d'améliorer la qualité de prise en charge;

6. voorlichtingscampagnes voor het brede publiek te voeren, om het fibromyalgiesyndroom te ontdoen van het stigma en het negatieve beeld waarmee de betrokken patiënten worden geconfronteerd;
7. in overleg met de gemeenschappen te voorzien in een betere opleiding voor alle gezondheidswerkers die mensen behandelen die aan chronische pijn lijden;
8. de deelname van de Belgische medische en wetenschappelijke wereld aan nationale en internationale onderzoeks- en informatieuitwisselingsprogramma's over die ziekte aan te moedigen en te steunen, onder meer financieel. ».

Wie meer informatie wenst over dit besluit waarvan het verslag van de Commissie, kan de parlementaire documenten downloaden vanaf de website van de Kamer, onder de referentie « Doc 53 0382 ».

Dit besluit volgde op een colloquium georganiseerd in het parlement in april 2009. Tijdens het colloquium kregen patiënten met fibromyalgie, patiëntenorganisaties, specialisten en artsen, vertegenwoordigers van pijncentra het woord. We kunnen dus zeggen dat er overleg is geweest tussen de geneesheren en de verenigingen.

6. de mener des campagnes d'information auprès du grand public afin de déstigmatiser la fibromyalgie et l'image négative véhiculée à l'encontre des patients qui en souffrent;
7. de prévoir, en concertation avec les Communautés, une formation accrue de tous les professionnels de la santé dans le domaine de la prise en charge de la douleur chronique;
8. d'encourager et de soutenir, financièrement entre autres, la participation du monde médical et scientifique belge à des programmes de recherche et d'échanges d'information, tant nationaux qu'internationaux, sur cette maladie. ».

Pour plus d'informations sur cette résolution dont le rapport de la Commission, les documents parlementaires sont téléchargeables à partir du site internet de la Chambre, sous la référence « Doc 53 0382 ».

Cette résolution a fait suite à un colloque organisé au Parlement en avril 2009, au cours duquel des patients atteints de fibromyalgie, des associations de patients, des spécialistes, des généralistes et des représentants de centres de la douleur ont pris la parole. On peut donc considérer qu'une concertation entre les médecins et les associations a eu lieu.

**Vraag nr. 59 van mevr Gisèle Mandaila d.d. 27 december 2011
(Fr.) :**

Toename van HIV/AIDS.

Sedert het einde van de jaren '80 is de AIDS-epidemie een belangrijke bekommernis van de verschillende regeringen in de wereld.

Hoewel vele middelen ter beschikking worden gesteld om die plaag te bestrijden, ontkomt men niet aan de vaststelling dat het aantal nieuwe besmettingen voortdurend toeneemt.

In België worden elke dag gemiddeld drie personen besmet, dus 1.200 per jaar, wat de bestaande middelen voor preventie en opsporing ter discussie stelt.

De maatregelen en acties ter bestrijding van deze epidemie moeten dus verhoogd worden.

1. Welke middelen worden aangewend in de Brusselse ziekenhuizen om de eerstelijnsmedici (huisdokters) te sensibiliseren inzake ziektes die een aanwijzing kunnen vormen voor de aanwezigheid van AIDS ?

2. Gebeurt er overleg met de verschillende machtsniveaus om opsporing terug centraal te stellen in de ziekenhuizen ?

3. Hebben de Brusselse ziekenhuizen de routine om een opsporing voor te stellen in de algemene diensten, die de patiënten kunnen weigeren ?

**Question n° 59 de Mme Gisèle Mandaila du 27 décembre 2011
(Fr.) :**

Augmentation du VIH/SIDA.

Depuis la fin des années 80, l'épidémie du VIH/SIDA constitue une préoccupation majeure des différents gouvernements dans le monde.

Bien que de nombreux moyens soient mis à disposition pour lutter contre ce fléau, force est de constater que le nombre de nouveaux cas d'infection ne cesse d'augmenter.

En Belgique, en moyenne 3 personnes sont infectées par jour, soit 1.200 par an. C'est un constat d'échec qui met en cause les dispositifs existants de prévention et d'accès au dépistage.

Face à cette augmentation, il convient de renforcer les mesures et les actions existant pour réduire l'épidémie.

Au vu de ce qui précède, mes questions sont les suivantes :

1. Quels sont les moyens qui sont mis en place dans les hôpitaux bruxellois pour sensibiliser les professionnels de première ligne (médecins généralistes) sur les maladies sentinelles et les liens avec le VIH/SIDA ?

2. Y a-t-il une concertation entre les différents niveaux de pouvoir pour revenir « au dépistage au cœur du dispositif hospitalier » ?

3. Existe-t-il dans les hôpitaux bruxellois une « proposition en routine de dépistage » avec option de refus pour les patients, en général dans des services généraux ?

4. Wordt opsporing aangeboden buiten de ziekenhuizen voor bepaalde doelgroepen ?
5. Welke aanbevelingen zijn gedaan inzake de bestrijding van HIV binnen de interministeriële commissie sociale zaken – gezondheid ?
6. Is de verbetering van de link tussen opsporing en verzorging aan bod gekomen, en welke beslissingen zijn ter zake genomen ?

Antwoord : AAls antwoord op de schriftelijke vraag kunnen wij volgende elementen meedelen :

Wat betreft de huisartsen, is het niet de taak van de ziekenhuizen om deze te sensibiliseren noch om ze te vormen inzake HIV/AIDS. De huisartsen kunnen hiervoor terecht bij hun eigen *ad hoc* organisaties. Voor Brussel is er de BHAK en de FAMGB.

Wat betreft de verschillende bevoegde machten, zij voeren geen « hospitalocentrische politiek » voor de preventie van AIDS. Het is aan de 1^{ste} en de 2^{de} lijnsartsen zoals de huisartsen, de gynaecologen werkzaam in een centrum voor gezinsplanning, in een polikliniek of in een ziekenhuis om aan preventie te doen. Het zijn zij die het beste hun patiënten kennen en hun het beste kunnen begeleiden in geval van een positieve test, en om onder andere te zorgen dat er geen dubbele of onnodige testen worden uitgevoerd.

Volgens ons hanteren de Brusselse ziekenhuizen geen standaard protocol waarbij op een niet onderbouwde wijze bij iedere laboanalyse AIDS wordt opgespoord. Bovendien is er steeds de mogelijkheid van opting out voor de patiënt. Dit zou trouwens in strijd zijn met de medische deontologie die zegt dat een voor-schrijvend geneesheer verantwoordelijk is voor het, op zijn vraag, aantal uitgevoerde analyses.

Wat betreft een preventieaanbod voor een specifieke doelgroep, deze initiatieven worden gedragen door verschillende organisaties werkzaam op het terrein (zie het antwoord op de interpellatie in commissie gezondheid van 19 januari 2012).

De werkgroep van de interministeriële conferentie Volksgezondheid « overdraagbare ziekten » heeft in het verleden een aantal vergaderingen georganiseerd specifiek rond de preventie van AIDS. Omwille van de regering in lopende zaken heeft deze werkgroep gedurende lange tijd geen nieuwe initiatieven kunnen nemen op dit vlak. Deze werkzaamheden zullen worden hervat in de loop van 2012. Wij denken dat er een voorkeur zal worden gegeven aan een gerichte opsporing.

4. Existe-t-il une offre de dépistage délocalisé pour certains publics ?
5. Dans le cadre de la commission interministérielle social-santé, quelles sont les recommandations en matière de lutte contre le VIH qui ont été émises ?
6. La question de l'amélioration du lien entre le dépistage et la prise en charge a-t-elle été évoquée et quelles sont les décisions prises en la matière ?

Réponse : Comme réponse à votre question écrite, nous pouvons vous donner les éléments de réponse suivants :

En ce qui concerne les médecins généralistes, ce n'est pas le rôle des hôpitaux de sensibiliser et de former les médecins généralistes en matière de VIH/SIDA : ils disposent de leurs propres organisations *ad hoc* : la FAMGB et le BHAK à Bruxelles.

En ce qui concerne les différents niveaux de pouvoir, ils n'ont pas adopté une politique « hospitalocentriste » pour le dépistage du SIDA. C'est aux médecins de première et de seconde ligne comme les généralistes, gynécologues travaillant dans un centre de planning familial, dans une polyclinique ou dans un hôpital, de procéder au dépistage. Ce sont eux qui connaissent le mieux leurs patients et qui peuvent les conseiller en cas de tests positifs, entre autres afin d'éviter des tests répétitifs et inutiles.

À notre connaissance, il n'y a pas de protocole standard dans les hôpitaux bruxellois pour dépister le SIDA d'une façon aléatoire à chaque analyse de laboratoire, avec option de refus. Ceci paraît d'ailleurs aller à l'encontre de la déontologie médicale, qui prévoit que le médecin prescripteur est responsable du nombre d'analyses qu'il demande.

En ce qui concerne une offre de dépistage pour certains publics cibles, il existe de nombreuses actions menées par les associations de terrain vers des publics spécifiques (voir la réponse à l'interpellation en commission santé du 19 janvier 2012).

Le groupe de travail « maladies transmissibles » de la Conférence interministérielle Santé a organisé dans le passé un certain nombre de réunions dédiées à la prévention du SIDA. Compte tenu du fait que le gouvernement fédéral était en affaires courantes, ce groupe de travail n'a pas pu prendre de nouvelles initiatives dans cette matière. Les activités vont reprendre dans le courant de l'année 2012. Nous pensons qu'un dépistage cible emportera les faveurs.

Vraag nr. 60 van de heer René Coppens d.d. 19 januari 2012 (N.) :

De verspreiding van de zogenaamde CPE-bacteriën.

Deze week kon men via de media vernemen dat de zogenaamde CPE-bacteriën (*Carbapenemase Producing Enterobacteriaceae*) zich verspreiden in Belgische ziekenhuizen. De waarschuwing is afkomstig van de Hoge Gezondheidsraad.

Question n° 60 de M. René Coppens du 19 janvier 2012 (N.) :

La propagation des bactéries dites CPE.

On a appris cette semaine dans les médias que les bactéries dites CPE (*Carbapenemase Producing Enterobacteriaceae*) se propagent dans les hôpitaux belges. L'avertissement provient du Conseil supérieur de la santé.

Tijdens de eerste tien maanden van 2011 zouden in drie ziekenhuizen epidemieën en in een 12-tal instellingen sporadische gevallen zijn vastgesteld. De opkomst van die bacteriën is verontrustend, want de mogelijke behandelingen bij besmette patiënten zijn erg beperkt. Omdat CPE zo resistent is, zijn er immers maar weinig antibiotica die de bacteriën kunnen bestrijden. Infecties veroorzaakt door CPE kennen dan ook vaak een dodelijke afloop.

De Hoge Gezondheidsraad dringt daarom aan op snelle en accurate maatregelen, zoals het systematisch opsporen van risicotatiënten en het isoleren van besmette patiënten in een individuele kamer. Ze vraagt ook dat besmettingen in een centraal register zouden worden bijgehouden.

Graag had ik van de minister vernomen :

1. Werd deze nieuwe bacterie al waargenomen in ziekenhuizen en/of andere instellingen van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest ?
2. Welke instellingen werden formeel op de hoogte gebracht ?
3. Hebben de Brusselse ziekenhuizen/instellingen reeds maatregelen genomen om eventuele uitbreiding van deze bacterie te voorkomen ? Zo ja, welke ?
4. Heeft u hierover interministerieel overleg gepleegd ? Zo ja, tot welke concrete resultaten heeft dit overleg geleid ?
5. Worden besmettingen momenteel in een centraal register bijgehouden ?

Antwoord : Als antwoord op de schriftelijke vraag kunnen wij volgende elementen meedelen :

Uit het verslag van de RAG (*Risk Assessment Group*) kan men opmaken dat er 17 gevallen werden opgetekend in 2011, waaronder ook in Brussel. Een afzonderlijk cijfer voor Brussel hebben we niet.

De strijd tegen deze ziekenhuisbacterie is een federale bevoegdheid, maar de Gemeenschappen en de Gewesten worden erbij betrokken. Zo nemen de gezondheidsinspecteurs van de GGC sedert april 2011 deel aan de werkgroepvergaderingen betreffende deze infecties tesamen met andere deskundigen, het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV) en de federale overheid.

Een van de besluiten van deze werkgroep was de Hoge Gezondheidsraad te betrekken teneinde de nodige aanbevelingen te formuleren en de publieke opinie te sensibiliseren op Belgisch niveau.

Zoals u weet is de Hoge Gezondheidsraad een federale dienst die deel uitmaakt van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Hij werd opgericht in 1849 en geeft wetenschappelijke adviezen in verband met de volksgezondheid aan de ministers van volksgezondheid en van leefmilieu, aan hun administraties en aan enkele agentschappen. Hij doet dit op vraag of op eigen initiatief. De HGR neemt geen beleidsbeslissingen, noch voert hij ze uit, maar hij probeert het beleid inzake volksgezondheid de weg te wijzen op basis van de recentste wetenschappelijk kennis.

Sur les dix premiers mois de 2011, on aurait constaté des épidémies de CPE dans trois hôpitaux et des cas isolés dans une douzaine d'établissements. L'apparition de ces bactéries est inquiétante, car les possibilités de traitement des patients infectés sont très limitées. En effet, les CPE sont à ce point résistantes que très peu d'antibiotiques sont à même de lutter contre les bactéries. Les infections dues aux CPE ont donc souvent une issue fatale.

C'est pourquoi le Conseil supérieur de la santé insiste sur des mesures rapides et ciblées, comme le dépistage systématique des patients à risque et l'isolement des patients infectés en chambre seule. Il demande également que les cas de contamination soient consignés dans un registre central.

Je voudrais poser aux ministres les questions suivantes :

1. A-t-on déjà constaté la présence de ces nouvelles bactéries dans les hôpitaux et/ou autres établissements de la Région de Bruxelles-Capitale ?
2. Quels établissements ont-ils été formellement informés ?
3. Les hôpitaux et/ou autres établissements bruxellois ont-ils déjà pris des mesures afin de prévenir la propagation éventuelle de ces bactéries ? Dans l'affirmative, lesquelles ?
4. Avez-vous organisé une concertation interministérielle à ce sujet ? Dans l'affirmative, sur quels résultats concrets cette concertation a-t-elle débouché ?
5. Les cas de contamination sont-ils consignés dans un registre central à l'heure actuelle ?

Réponse : Comme réponse à votre question écrite, nous pouvons vous donner les éléments suivants :

Le rapport du RAG (*Risk Assessment Group*) nous montre que 17 cas ont été enregistrés en 2011, y compris à Bruxelles. Nous n'avons pas de chiffre distinct pour Bruxelles.

La lutte contre cette bactérie hospitalière est une compétence fédérale, mais les Communautés et Régions sont impliquées. Ainsi, les inspecteurs d'hygiène de la CCC participent aux réunions du groupe de travail sur ces infections avec d'autres experts, l'Institut scientifique de Santé publique (ISP) et le gouvernement fédéral.

Une des décisions de ce groupe de travail était d'impliquer le Conseil supérieur de la Santé afin de formuler des recommandations nécessaires et de sensibiliser l'opinion publique au niveau belge.

Comme vous savez, le Conseil supérieur de la Santé est un service fédéral relevant du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. Il a été fondé en 1849 et rend des avis scientifiques relatifs à la santé publique aux ministres de la santé publique et de l'environnement, à leurs administrations et à quelques agences. Ces avis sont émis sur demande ou d'initiative. Le CSS ne prend pas de décisions en matière de politique à mener, il ne les exécute pas mais il tente d'indiquer aux décideurs politiques la voie à suivre en matière de santé publique sur la base des connaissances scientifiques les plus récentes.

Verwacht wordt dat de federale minister nu de nodige maatregelen kan nemen met betrekking tot implementatie van de aanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad. Deze laatste beveelt registratie, opsporing en isolatie aan. De opvolging gebeurt door het WIV door de cel ziekenhuisinfecties. Het WIV zorgt ook voor de registratie.

De gewone hospitaalhygiënische maatregelen blijven ondertussen van kracht en kunnen het uitbreken verhinderen of controlesen. Screenen van nieuwe patiënten die recent in een ziekenhuis van een gebied met hoog risico verbleven, lijkt verantwoord in afwachtingen van verdere richtlijnen. De hygiënisten en bacteriologen zijn uitstekend op de hoogte van de problematiek ook zonder formele officiële waarschuwing. Het blijft echter wachten op de implementatie via het federale niveau.

Interministerieel overleg gebeurt op niveau van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid en de daartoe behorende interministeriële kabinettenwerkgroep. Het is daar dat een beslissing moet genomen worden over verdere acties in verband met hospitaalinfecties, de rol van federaal en gemeenschappen hierin en de officiële communicatie naar de ziekenhuizen.

Il est prévu que le ministre fédéral prendra maintenant les mesures nécessaires en ce qui concerne la mise en œuvre des recommandations du Conseil Supérieur de la Santé. Ce dernier recommande l'enregistrement, le dépistage et l'isolement. Le suivi est effectué par l'ISP par la cellule infections hospitalières. L'ISP prévoit également l'enregistrement.

Les mesures ordinaires d'hygiène hospitalière resteront en vigueur et peuvent prévenir ou contrôler l'apparition de la bactérie. Le dépistage de nouveaux patients ayant séjourné récemment dans un hôpital d'une région à haut risque semble justifié dans l'attente des nouvelles directives. Les hygiénistes et les bactériologues sont bien conscients du problème, même sans avertissement officiel. Il faut cependant attendre la mise en œuvre des mesures par le niveau fédéral.

La concertation interministérielle se fait au niveau de la Conférence interministérielle Santé publique et plus particulièrement au niveau du groupe de travail interministériel *ad hoc*. C'est là où la décision sera prise concernant les actions complémentaires relatives aux infections hospitalières, le rôle du fédéral et des communautés et la communication officielle vers les hôpitaux.

**Vraag nr. 61 van mevr. Bianca Debaets d.d. 24 januari 2012
 (N.) :**

Zelfdoding bij 60-plussers.

Ouderen moeten veel gevoelens van verlies verwerken. Maar ook het doorworstelen van het verlies van een eigen vertrouwde woonomgeving, autonomie, inkomen, gezondheidsproblemen zoals handicap of een chronische ziekte, de fysieke aftakeling en verminderde vaardigheden, is geen sinecure. Tel daarbij nog het gedwongen moeten aanvaarden van een groeiende afhankelijkheid om je te moeten laten wassen, kleden ... bewoners van een rusthuis voelen zich vaak vreemd van een samenleving met normen die niet de hunnen zijn. Ze voelen zich niet meer belangrijk, niet meer ten volle gewaardeerd. Ten onrechte.

Zowat een derde van de Vlaamse ouderen (75+) is depressief en de cijfers voor zelfdoding voor ouderen zijn zeer hoog. En toch lijkt het alsof er minder aandacht is voor zelfdoding bij deze doelgroep. Bovendien ervaren ouderen een hoge drempel om psychische problemen te bespreken. Een tijdig herkennen van depressieve symptomen en een psychologische begeleiding van ouderen is dus geen overdreven luxe. De grootste oorzaak van zelfdoding zou een onbehandelde depressie zijn.

Ik wil u graag enkele vragen voorleggen :

- Beschikt u over cijfers van zelfdoding bij 60-plussers in het Brussels Gewest de afgelopen 5 jaar ? Welke evolutie ziet u in deze cijfers ?
- Wat is het profiel van deze mensen (sociale status, opleiding, in relatie of alleenstaand ...) ?
- Neemt zelfdoding toe met de leeftijd ?

**Question n° 61 de Mme Bianca Debaets du 24 janvier 2012
 (N.) :**

Le suicide des personnes de plus de 60 ans.

Les personnes âgées doivent accepter de nombreux sentiments de perte. Mais accepter aussi la perte de leur cadre de vie familial, de leur autonomie, de leur revenu, et accepter des problèmes de santé tels que handicap ou maladie chronique, la déchéance physique et la diminution des facultés, n'est pas une sinecure. Ajoutez encore à cela le fait d'être contraint d'accepter une dépendance croissante qui les oblige à se faire laver ou habiller ... Les résidents d'une maison de repos se sentent souvent coupés d'une société dont ils ne partagent pas les normes. Ils ne se sentent plus importants, ni appréciés pleinement. Et ce à tort.

Près d'un tiers des seniors flamands (75+) sont dépressifs, et les chiffres relatifs au suicide des personnes âgées sont très élevés. Or, il semble qu'on accorde moins d'attention au suicide au sein de ce groupe cible. En outre, les personnes âgées ont beaucoup de mal à parler de leurs problèmes psychiques. Ce n'est donc pas un luxe superflu de reconnaître à temps les symptômes de dépression et d'assurer un accompagnement psychologique des personnes âgées. La principale cause de suicide serait une dépression non soignée.

Je voudrais vous poser les questions suivantes :

- Disposez-vous de chiffres sur le suicide des personnes de plus de 60 ans en Région de Bruxelles-Capitale au cours de ces cinq dernières années ? Quelle évolution observe-t-on dans ces chiffres ?
- Quel est le profil de ces personnes (statut social, formation, en couple ou isolé, ...) ?
- Le suicide augmente-t-il avec l'âge ?

- Wat zijn risicofactoren voor zelfdoding bij 60-plussers ?
- Welke specifieke projecten zijn er rond zelfmoordpreventie bij 60-plussers ? Met welke actoren werkt u hiervoor samen ? Wat zijn de resultaten van deze acties ? Hoe evalueert u deze acties ?

Anwoord : Als antwoord op de schriftelijke vraag kunnen wij volgende elementen meedelen :

In absolute aantallen waren er 240 zelfdodingen bij Brusselse 60-plussers in de loop van de laatste 5 jaar (146 mannen en 94 vrouwen). Het absolute aantal zelfdodingen bij 60-plussers daalt : 55 gevallen in 2005, 49 gevallen in 2006, 2007 en 2008 en 38 gevallen in 2009.

Het zelfdodingspercentage bij 60-plussers in het Brussels Gewest heeft de neiging om af te nemen in de loop van de laatste 5 jaar. Vrouwen beroven zich minder van het leven dan mannen (het cijfer is meer dan 2 keer lager).

Het zelfdodingspercentage evolueert met de leeftijd. Bij de mannen neemt het risico toe met de leeftijd, met een aanzienlijke stijging na 75 jaar, maar ook een piek bij de veertigers. Bij de vrouwen worden de hoogste cijfers eerder waargenomen op mid-delbare leeftijd.

Het socio-economisch profiel van de bejaarden die zich van het leven beroven is moeilijk te preciseren. Van de 240 60-plussers die zich van het leven hebben beroofd tussen 2005 en 2009 was 79 % gepensioneerd.

In de leeftijd van 60-64 jaar, is het aandeel van actieve personen bij de overlijdens door zelfdoding iets belangrijker dan bij andere doodsoorzaken (44 % tegen 37 %). Dit verschil kan worden verklaard door het feit dat zelfmoord mensen in goede gezondheid kan treffen.

Het opleidingsniveau is onbekend voor de grote meerderheid van de sterfgevallen boven de 60 jaar (63 % voor de 60-64-jarigen tot 83 % voor de 90-plussers).

Onder de leeftijd van 75 jaar is het percentage buitenlanders lager onder degenen die stierven door zelfdoding dan bij degenen die stierven aan andere oorzaken (boven de 75 jaar hebben meer dan 90 % van de overleden Brusselaars de Belgische nationaliteit).

Indien we vergelijken met de overlijdens gelinkt aan andere oorzaken, zien we meer vrijgezelten (13,3 % tegen 9,2 %) en meer gescheiden personen (18,3 % tegen 10,9 %) onder de personen die gestorven zijn door zelfdoding. We constateren echter verschillen tussen mannen en vrouwen. Bij de vrouwen is er een groter aandeel getrouwde vrouwen bij de gevallen van zelfdoding, terwijl het omgekeerd is bij de mannen. Weduwschap komt vaker voor bij mannen die zich van het leven beroven tussen 60 en 80 jaar.

Het percentage alleenstaanden is hoger bij degenen die stierven door zelfdoding dan bij degenen die gestorven zijn door andere oorzaken (42,6 % tegen 34,3 %). Daarentegen, het wonen in een instelling komt minder voor (9,5 % tegen 25,4 %). Het lage aantal zelfdodingen in een instelling kan het resultaat zijn van een onder-

- Quels sont les facteurs de risque de suicide parmi les personnes de plus de 60 ans ?
- Quels projets spécifiques existe-t-il en matière de prévention du suicide pour les personnes de plus de 60 ans ? Avec quels acteurs collaborez-vous à cette fin ? Quels sont les résultats de ces actions ? Comment évaluez-vous ces actions ?

Réponse : Comme réponse à votre question écrite, nous pouvons vous donner les éléments suivants :

En nombre absolu on a compté 240 suicides de Bruxellois de 60 ans et plus au cours des 5 dernières années (146 hommes et 94 femmes). Le nombre absolu de suicides chez les 60 ans et plus diminue : 55 cas en 2005, 49 cas en 2006, 2007 et 2008 et 38 cas en 2009.

Le taux de suicide des personnes âgées tend à diminuer en Région bruxelloise au cours des 5 derniers années. Les femmes se suicident moins que les hommes (taux plus de 2 fois plus faible).

Le taux de suicide évolue avec l'âge. Pour les hommes le risque augmente avec l'âge, avec une augmentation importante après 75 ans, mais aussi un pic à la quarantaine. Pour les femmes, les taux les plus élevés s'observent plutôt à l'âge moyen.

Le profil socio-économique des personnes âgées qui se suicident est difficile à préciser. Parmi les 240 personnes de plus de 60 ans qui se sont suicidées entre 2005 et 2009, 79 % étaient pensionnées.

Parmi les 60-64 ans, la proportion de personnes actives est un peu plus importante parmi les personnes qui sont décédées de suicide que d'autres causes de décès (44 % versus 37 %). Cette différence peut s'expliquer par le fait que le suicide peut toucher des personnes en bonne santé.

Le niveau d'instruction est inconnu pour la grande majorité des décès au-delà de 60 ans (63 % pour les 60-64 à 83 % pour les 90 ans et +).

Avant 75 ans, la proportion de personnes étrangères est plus faible parmi les personnes décédées par suicide que parmi celles décédées d'autres causes (au-delà de 75 ans plus de 90 % des Bruxellois décédés sont de nationalité belge).

Si on compare avec les décès liés à d'autres causes, on retrouve plus de célibataires (13,3 % versus 9,2 %) et plus de personnes divorcées ou séparées (18,3 % versus 10,9 %) parmi les personnes décédées par suicide. On observe cependant des différences entre hommes et femmes. Parmi les femmes on retrouve une proportion plus élevée de femmes mariées dans les cas de suicide, tandis que chez les hommes c'est l'inverse : la proportion d'hommes mariés est plus faible parmi les cas de suicide. Le veuvage est plus fréquent parmi les hommes qui se suicident entre 60 et 80 ans.

La proportion de personnes vivant seules est plus élevée parmi les personnes décédées par suicide que parmi celles décédées d'une autre cause (42,6 % versus 34,3 %). Inversement, le fait de vivre en institution le rend beaucoup moins fréquent (9,5 % versus 25,4 %). Le petit nombre de suicides en institution peut résulter

schatting van de gevallen, van een grotere controle die de mogelijkheden tot het overgaan tot de handeling zelf beperkt of van het al dan niet rekening houden met andere manieren om « zich te laten sterren » die vaker zou kunnen voorkomen in instellingen maar niet wordt opgenomen in de statistieken.

Zoals op elke leeftijd is depressie een belangrijke risicofactor voor zelfmoord. Depressie bij ouderen is niet altijd gemakkelijk te herkennen. De vele echte of symbolische rouw (afhankelijkheid, ziekte, verlies van relaties, ...) waarmee de bejaarde wordt geconfronteerd zijn eveneens gebeurtenissen die hem of haar kwetsbaar maken.

Echter, zoals op elke leeftijd, de oorzaken variëren sterk van de ene persoon tot de andere persoon en zelfmoord blijft een bijzondere en complexe gebeurtenis.

Er bestaan geen specifieke bicomunautaire projecten.

Het « *Centre de Prévention du Suicide* » heeft een brochure uitgewerkt voor de personen die de bejaarde omringen in het kader van hun werk. Zij kunnen per telefoon ondersteund worden en er is eveneens een specifiek uitwisselingsforum open op hun website (www.preventonsuicide.be). Het centrum stelt ook opleidingen voor hetzelf via de opleidingen van het Sociaal Fonds van de rusthuizen, hetzelf « op maat ».

Het « *Centrum Geestelijke Gezondheidszorg Brussel* » heeft een ouderenteam met een aanbod naar ouderen, hulpverleners en mantelzorgers. Het aanbod wordt bekend gemaakt via hun website (www.cgg-brussel.be).

Op 17 november heeft de Vlaamse gezondheidsconferentie plaats gehad met als thema « *Suïcidepreventie* ». Daar zijn strategieën voorgesteld die de basis zullen vormen van een nieuw Vlaams actieplan. Oudereren zijn er als kwetsbare groep in genoemd.

De evaluatie van specifieke projecten voor suïcidepreventie bij bejaarden is complex. Het aantal en het percentage overlijdens door zelfdoding kan een algemene opvolging van de problematiek toelaten, maar laat niet toe een link te maken met deze interventies. Vele andere factoren beïnvloeden de evolutie van deze cijfers. Bijvoorbeeld het beter beheren van bepaalde gezondheidsproblemen en de gevolgen ervan op de levenskwaliteit, de kwaliteit van de diensten thuiszorg, begeleiding van het levenseinde, het toepassen van euthanasie, de mate van eenzaamheid van de bejaarden, de evolutie van de socio-economische onzekerheid van de bejaarden, enz. Elk project moet dus geëvalueerd worden in functie van haar eigen doelstellingen.

d'une sous-estimation des cas, d'une surveillance plus importante qui limite les possibilités de passage à l'acte ou encore la non prise en compte d'autres façons « de se laisser mourir » qui pourraient être plus fréquentes en institution mais non reprises comme suicide dans les statistiques.

Comme à tout âge la dépression est un facteur de risque important pour le suicide. La dépression chez les personnes âgées n'est pas toujours facile à reconnaître. Les nombreux deuils réels ou symboliques (dépendance, maladie, perte de liens, ...) auxquels la personne âgée doit faire face sont autant d'événements qui peuvent la fragiliser.

Cependant, comme à tout âge, les ressources varient fortement d'une personne à l'autre et le suicide reste un événement singulier et complexe.

Il n'existe pas de projets spécifiques bicomunautaires.

Le « *Centre de Prévention du Suicide* » a élaboré une brochure pour les personnes qui sont en contact avec les personnes âgées dans le cadre de leur travail. Celles-ci peuvent être soutenues par téléphone et un forum d'échange spécifique est également ouvert sur leur site (www.preventonsuicide.be). Le centre propose également des formations soit via les formations du Fonds social paritaire des homes pour personnes âgées, soit « à la carte ».

Le « *Centrum Geestelijke Gezondheidszorg Brussel* » dispose d'une équipe « personnes âgées » avec une offre pour les personnes âgées, les aides-soignants et les aidants proches. L'offre est annoncée via leur site web (www.cgg-brussel.be).

Le 17 novembre, la Conférence flamande de la Santé a eu lieu avec le thème « *Prévention du Suicide* ». Des stratégies sont proposées qui serviront de base pour un nouveau plan d'action flamand. Les personnes âgées y sont identifiées comme un groupe vulnérable.

L'évaluation des projets spécifiques de prévention du suicide chez les personnes âgées est complexe. Le nombre et le taux de décès par suicide peut permettre un suivi de la problématique de manière globale mais ne permet pas de faire le lien avec ces interventions. De nombreux autres facteurs influencent l'évolution de ces chiffres. Par exemple la meilleure prise en charge de certains problèmes de santé et de leurs conséquences sur la qualité de vie, la qualité des services de soins à domicile, l'accompagnement en fin de vie, la pratique de l'euthanasie, le degré d'isolement des personnes âgées, l'évolution de l'insécurité socio-économique des personnes âgées, etc. Chaque projet doit donc être évalué en fonction de ses objectifs propres.

Vraag nr. 62 van mevr. Greet Van Linter d.d. 3 februari 2012 (N.) :

Brusselse zelfmoordcijfers.

Op vrijdag 20 januari 2012 pleegde een 14-jarige jongen zelfmoord te Laken door het springen van een flatgebouw. In de pers

Question n° 62 de Mme Greet Van Linter du 3 février 2012 (N.) :

Les chiffres sur le suicide à Bruxelles.

Le vendredi 20 janvier 2012, un garçon de 14 ans s'est suicidé à Laeken en se jetant d'un immeuble à appartements. La presse a

werd gemeld dat er geen zelfmoordcijfers voor Brussel bestaan, maar wel voor Vlaanderen.

Graag had ik een antwoord vernomen op volgende vragen :

1. Klopt het dat er geen zelfmoordcijfers voor Brussel bestaan ?
2. Wat is hiervan de reden ?
3. Welke maatregelen heeft het collegelid getroffen om dergelijke cijfers beschikbaar te maken ?
4. Moesten er toch cijfers beschikbaar zijn, graag dan een overzicht voor de jaren 2008, 2009, 2010 en 2011 met een onderverdeling in man/vrouw en in de volgende leeftijdscategorieën : onder de 25 jaar, tussen de 25 en 50 jaar en boven de 50 jaar.

Antwoord : Als antwoord op de schriftelijke vraag kunnen wij volgende elementen meedelen :

De cijfers over zelfmoord in het Brussels Gewest bestaan. Ze zijn op hetzelfde moment beschikbaar als die van Vlaanderen en komen uit de rapporten met de statistieken van overlijden die beheerd worden door het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn. Zij worden regelmatig gepubliceerd (thematische dossiers, gezondheidsindicatoren 2001, 2004 en 2010) en de presentaties.

De gegevens van 2010 en 2011 zijn nog niet beschikbaar. Dit komt niet door een achterstand maar komt overeen met de normale timing voor de opbouw van de database (de formulieren worden verzameld bij de gemeentelijke administraties en dan bij de GGC gecodeerd, omgezet en daarna worden er nog verificaties en controles uitgevoerd). Men moet dus op 2 jaar rekenen om tot een analyseerbare database te komen (de gegevens van 2010 zullen in de komende weken beschikbaar zijn maar moeten wel nog worden geanalyseerd). Het tempo waarop de gegevens beschikbaar zijn is hetzelfde voor Vlaanderen en Brussel.

Ziehier de gevraagde cijfers voor de 3 laatste beschikbare jaren :

indiqué que, contrairement à la Flandre, il n'existe pas de chiffres sur le suicide à Bruxelles.

Je voudrais vous poser les questions suivantes :

1. Est-il exact qu'il n'existe pas de chiffres sur le suicide à Bruxelles ?
2. Pourquoi ?
3. Quelles mesures le membre du Collège a-t-il prises afin que de tels chiffres soient disponibles ?
4. Si de tels chiffres sont bel et bien disponibles, pouvez-vous nous fournir un récapitulatif pour les années 2008, 2009, 2010 et 2011, ventilé selon le sexe et selon les catégories d'âge suivantes : moins de 25 ans, 25-50 ans et plus de 50 ans ?

Réponse : Comme réponse à votre question écrite, nous pouvons vous donner les éléments suivants :

Les chiffres sur les suicides existent en Région bruxelloise. Ils sont disponibles en même temps que ceux de la Flandre et sont issus des bulletins statistiques de décès gérés par l'Observatoire de la santé et du social. Ils font régulièrement l'objet de publications (dossier thématique, Tableau de bord de la santé 2001, 2004 et 2010) et de présentations.

Les données 2010 et 2011 ne sont pas encore disponibles. Ceci n'est pas lié à un retard mais correspond au timing normal de construction des bases de données (les bulletins sont rassemblés depuis les administrations communales puis sont encodés et codés à la Cocom et ensuite des vérifications et contrôles sont encore effectués). Il faut donc compter 2 ans pour avoir une base de données analysable (les données 2010 seront disponibles dans les semaines qui viennent mais devront encore être analysées). Le rythme de disponibilité des données est identique pour la Flandre et pour Bruxelles.

Voici les chiffres demandés pour les 3 dernières années disponibles :

Aantal zelfmoorden – Nombre de suicides

	2007	2008	2009
Mannen/Hommes <25 jaar/ans	3	4	8
25-49 jaar/ans	56	38	45
>= 50 jaar/ans	43	50	38
Totaal/Total	102	92	91
Vrouwen/Femmes <25 jaar/ans	2	5	3
25-49 jaar/ans	23	14	14
>= 50 jaar/ans	27	25	23
Totaal/Total	52	44	40

Zelfmoordcijfers per 100.000 inwoners – Taux de suicide pour 100.000 habitants

	2007	2008	2009
Mannen/Hommes <25 jaar/ans	3,3	4,3	8,5
	25-49 jaar/ans	18,1	21
	>= 50 jaar/ans	36,4	27,3
Totaal/Total	23,6	20,9	20,3
Vrouwen/Femmes <25 jaar/ans	2,2	5,3	3,1
	25-49 jaar/ans	6,8	6,6
	>= 50 jaar/ans	14	12,8
Totaal/Total	11	9,2	8,2

**Vraag nr. 63 van mevr. Bianca Debaets d.d. 10 februari 2012
 (N.) :**

Het Huis voor Respijtzorg.

Het Huis voor Respijtzorg biedt kinderen en hun naasten de kans om binnen een huiselijke sfeer even te verpozen, de batterijen op te laden, te rusten, te herbronnen, steun of troost te vinden. Het is een innovatief project, dat tegemoet komt aan de behoeften van vele zieke kinderen.

Graag had ik van u het volgende vernomen :

1. Beschikken de collegleden over gegevens wat betreft de bezetting van het Huis voor Respijtzorg sinds 2008 ? Wat is hierbij de verhouding tussen geplande en ongeplande respijtzorg ?
2. Welke evolutie zien de collegleden wat betreft het aantal kinderen dat verblijven heeft in het Huis voor Respijtzorg sinds 2008 ? Hoe verklaren de collegleden een mogelijk stijgende/dalende tendens ?
3. Hebben de collegleden zicht op de leeftijd van de kinderen die reeds in het Huis voor Respijtzorg verblijven ? Bestaat er ook een minimum- en/of maximumleeftijd ?
4. Kunnen de collegleden informatie verstrekken omtrent de ziektebeelden van de jonge verblijvers in het Huis voor Respijtzorg ?

Antwoord : Als antwoord op de schriftelijke vraag kunnen wij volgende elementen meedelen :

Het project is gestart in 2008 maar de aankoop van het terrein en de bouw van het huis heeft in totaal 2 jaar geduurde. Het Huis voor Respijtzorg kreeg de naam « Villa Indigo » en is sinds november 2010 open voor families. Het huis heeft een capaciteit van 10 kinderen. In bijlage vindt u een tabel met de bezettingsgraad van maart tot en met augustus 2011 (het betreft de periode die overeenkomt met de eerste zes maanden van de overeenkomst met het RIZIV).

De meeste aanvragen zijn voor geplande respijtzorg maar er zijn ook af en toe dringende vragen die volgens een welbepaalde

**Question n° 63 de Mme Bianca Debaets du 10 février 2012
 (N.) :**

La Maison de répit.

Dans une ambiance conviviale, La Maison de répit offre aux enfants et aux proches un temps d'arrêt pendant lequel repos, détente, ressourcement, soutien et réconfort sont les maîtres-mots. Ce projet innovateur répond aux besoins de nombreux enfants malades.

Je voudrais poser les questions suivantes :

1. Les membres du Collège disposent-ils de données concernant l'occupation de la Maison de répit depuis 2008 ? Quel est en outre le rapport entre répit programmé et répit non programmé ?
2. Quelle évolution les membres du Collège constatent-ils en ce qui concerne le nombre d'enfants ayant séjourné à la Maison de répit depuis 2008 ? Comment les membres du Collège expliquent-ils une éventuelle tendance à la hausse/à la baisse ?
3. Les membres du Collège ont-ils connaissance de l'âge des enfants qui ont déjà séjourné à la Maison de répit ? Existe-t-il également un âge minimum et/ou maximum ?
4. Les membres du Collège peuvent-ils nous renseigner sur les maladies des jeunes hôtes de la Maison de répit ?

Réponse : Comme réponse à votre question écrite, nous pouvons vous donner les éléments suivants :

Le projet a démarré en 2008, mais l'acquisition du terrain et la construction du bâtiment ont pris 2 ans au total. La Maison du répit a été nommée « Villa Indigo » et est ouverte aux familles depuis novembre 2010. La maison a une capacité de 10 enfants. En annexe vous trouverez un tableau indiquant les taux d'occupation de mars à août 2011 (il s'agit de la période correspondant aux six premiers mois de la convention avec l'INAMI).

La plupart des demandes concernent les soins de répit planifiés mais il y a aussi parfois des demandes urgentes qui sont accep-

procedure worden aanvaard of geweigerd. De dringende vragen komen enkel uit families die het huis reeds kennen en waarvan de kinderen al eerder in het huis hebben verbleven. We kunnen stellen dat 95 % van de verblijven gepland is.

Het aantal verblijven gaat in stijgende lijn. Villa Indigo krijgt steeds meer vragen van families om het huis te komen bezoeken en kennis te maken met het project en het team.

De verschillende redenen waarom de bezetting in stijgende lijn gaat, zijn :

- Het bekendmaken van Villa Indigo : het personeel van Villa Indigo heeft het huis gepromoot in ziekenhuizen, binnen verenigingen en op beurzen waar ze de juiste personen hebben kunnen bereiken zoals artsen en families met zieke kinderen. Zij blijven dit doen. Dr. Marchand, medisch coördinator, zal het huis voor respijtzorg in maart voorstellen in het UZ Antwerpen en de leden van het team zullen aanwezig zijn op de 25 jaar kinderneurologie van het UZ Brussel, eveneens in maart.
- De tweede – niet onbelangrijke – reden is het vertrouwen : het team heeft het vertrouwen kunnen winnen van de families die bij hen komen. Dat is een belangrijk aspect van het project. Families met zwaar zieke kinderen zijn dag en nacht bezig voor hun kinderen en hebben een grote behoefte aan vertrouwen om hun kind in Villa Indigo te laten.

Als het Huis voor Respijtzorg nog niet heel bekend is, dan is dat omdat het project nieuw en innovatief is. We stellen ook vast dat de meeste families terugkomen, wat aantoon dat het team de juiste aanpak heeft ontwikkeld met de kinderen en hun ouders.

Zoals u al weet nemen we kinderen aan van 0 jaar tot 18 jaar (19 jaar – 1 dag). Voor de periode die overeenkomt met de eerste zes maanden van de overeenkomst met het RIZIV (maart 2011 tot augustus 2011) was 27,3 % van de kinderen 5 jaar of jonger, 21,2 % tussen 6 en 11 jaar oud en 51,5 % ouder dan 11 jaar.

Volgens de overeenkomst met het RIZIV mag het Huis voor Respijtzorg kinderen ontvangen die behoren tot de 5 groepen, bepaald door het RIZIV :

- Groep 1 : kinderen met een aandoening die een vroegtijdige dood met zich kan meebrengen en waarvan de langdurige, intensieve behandeling kan mislukken (voorbeelden : kanker, ernstige hart-, nier- of leveraandoening, ...).
- Groep 2 : kinderen met een aandoening die onafwendbaar een vroegtijdige dood met zich meebrengt. Deze kinderen kunnen lange periodes van intensieve behandeling nodig hebben om hun leven te verlengen en hen te laten deelnemen aan activiteiten die normaal zijn voor kinderen van hun leeftijd (voorbeelden : cystische fibrose, spierdystrofie, ...).
- Groep 3 : kinderen met een progressieve aandoening zonder hoop op genezing. De behandelingen die aan deze kinderen aangeboden worden, zijn uitsluitend palliatief en kunnen zich over verscheidene jaren uitstrekken (voorbeelden : ziekte van Batten, mucopolysaccharidose, ...).
- Groep 4 : kinderen met een niet-progressieve aandoening die hun kwetsbaarheid vergroot, alsook de onvoorzienbare risico's op complicaties met ernstige achteruitgang van hun toestand

tées ou refusées selon une procédure spécifique. Les demandes urgentes proviennent seulement des familles qui connaissent déjà la maison et dont les enfants ont déjà résidé dans la maison. Nous pouvons dire que 95 % des séjours sont planifiés.

Le nombre de séjours est en augmentation. La Villa Indigo reçoit de plus en plus de demandes des familles pour pouvoir visiter la maison et faire connaissance avec le projet et l'équipe.

Les différentes raisons pour lesquelles l'occupation est à la hausse sont :

- La promotion de la Villa Indigo : le personnel de la Villa Indigo a fait la promotion dans les hôpitaux, au sein des associations et des salons où ils ont joint les personnes adéquates, comme les médecins et les familles avec des enfants malades. Ils continuent de le faire. Le Dr Marchand, coordinateur médical, présentera en mars la maison du répit au sein de l'UZ Antwerpen et les membres de l'équipe seront présents au 25 ans de neurologie pédiatrique de l'UZ Brussel, également en mars.
- Deuxième raison – non négligeable – est la confiance : l'équipe a pu gagner la confiance des familles qui viennent chez eux. C'est un aspect important du projet. Les familles avec des enfants gravement malades qui s'occupent jour et nuit de leurs enfants, ont un grand besoin de confiance pour pouvoir laisser leur enfant à Villa Indigo.

Si la maison de répit n'est pas encore bien connue, c'est parce que le projet est nouveau et innovant. Nous constatons également que la plupart des familles reviennent, ce qui montre que l'équipe a développé la bonne approche avec les enfants et leurs parents.

Comme vous le savez, la maison accepte des enfants de 0 à 18 ans (19 ans – 1 jour). Pour la période correspondant aux six premiers mois de la convention avec l'INAMI (mars 2011 jusqu'au août 2011) 27,3 % des enfants avaient 5 ans ou moins, 21,2 % entre 6 et 11 ans et 51,5 % plus que 11 ans.

Selon la convention avec l'INAMI, la maison du répit peut recevoir des enfants appartenant aux 5 groupes, déterminés par l'INAMI :

- Groupe 1 : enfants présentant une condition pathologique qui peut entraîner une mort prématurée et dont le traitement intensif prolongé peut échouer (exemples : cancer, atteinte cardiaque, rénale ou hépatique importante ...).
- Groupe 2 : enfants présentant une condition pathologique qui entraîne inévitablement une mort prématurée. Ces enfants peuvent avoir besoin de longues périodes de traitements intensifs destinés à prolonger leur vie et à leur permettre de participer à des activités normales pour des enfants de leur âge (exemples : fibrose kystique, dystrophie musculaire ...).
- Groupe 3 : enfants présentant une condition pathologique progressive sans espoir de guérison. Les traitements offerts à ces enfants sont uniquement palliatifs et peuvent s'étendre sur plusieurs années (exemples : maladie de Batten, mucopolysaccharidose ...).
- Groupe 4 : enfants présentant une condition pathologique non progressive accentuant leur vulnérabilité et accroissant les risques de complications non prévisibles avec détérioration

(voorbeelden : ongevallen met neurologische gevolgen, ernstige hersenverlamming, ...).	sévère de leur état (exemples : accidents avec atteintes neurologiques, paralysie cérébrale grave ...).																												
– Groep 5 : Pasgeborenen waarvan de levensverwachting ernstig bedreigd is.	– Groupe 5 : nouveau-nés dont la survie est fortement menacée.																												
We houden ons aan de medische geheimhouding maar we stellen vast dat veel patiënten een degenerative neurologische ziekte hebben, die vaak een negatieve evolutie kent.	Nous nous tenons au secret médical, mais nous constatons que de nombreux patients ont une maladie neurologique dégénérative, qui a souvent une évolution négative.																												
Aantal patiënten aanwezig (1 maart 2011-31 augustus 2011)	Nombre de patients présents (1 ^{er} mars 2011-31 août 2011)																												
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Maart</th> <th>Aantal</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>14x</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>12x</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>5x</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>	Maart	Aantal	14x	0	12x	1	5x	2	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Mars</th> <th>Nombre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>14x</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>12x</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>5x</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>	Mars	Nombre	14x	0	12x	1	5x	2												
Maart	Aantal																												
14x	0																												
12x	1																												
5x	2																												
Mars	Nombre																												
14x	0																												
12x	1																												
5x	2																												
<table border="1"> <thead> <tr> <th>April</th> <th>Aantal</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>4x</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>8x</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>18x</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>	April	Aantal	4x	0	8x	1	18x	2	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Avril</th> <th>Nombre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>4x</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>8x</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>18x</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>	Avril	Nombre	4x	0	8x	1	18x	2												
April	Aantal																												
4x	0																												
8x	1																												
18x	2																												
Avril	Nombre																												
4x	0																												
8x	1																												
18x	2																												
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Mei</th> <th>Aantal</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>18x</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>10x</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>3x</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>	Mei	Aantal	18x	0	10x	1	3x	2	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Mai</th> <th>Nombre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>18x</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>10x</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>3x</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>	Mai	Nombre	18x	0	10x	1	3x	2												
Mei	Aantal																												
18x	0																												
10x	1																												
3x	2																												
Mai	Nombre																												
18x	0																												
10x	1																												
3x	2																												
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Juni</th> <th>Aantal</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>16x</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>7x</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>4x</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>1x</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>1x</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>1x</td> <td>7</td> </tr> </tbody> </table>	Juni	Aantal	16x	0	7x	1	4x	2	1x	3	1x	4	1x	7	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Juin</th> <th>Nombre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>16x</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>7x</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>4x</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>1x</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>1x</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>1x</td> <td>7</td> </tr> </tbody> </table>	Juin	Nombre	16x	0	7x	1	4x	2	1x	3	1x	4	1x	7
Juni	Aantal																												
16x	0																												
7x	1																												
4x	2																												
1x	3																												
1x	4																												
1x	7																												
Juin	Nombre																												
16x	0																												
7x	1																												
4x	2																												
1x	3																												
1x	4																												
1x	7																												
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Juli</th> <th>Aantal</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>3x</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>7x</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>10x</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>10x</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>1x</td> <td>10</td> </tr> </tbody> </table>	Juli	Aantal	3x	6	7x	7	10x	8	10x	9	1x	10	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Juillet</th> <th>Nombre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>3x</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>7x</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>10x</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>10x</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>1x</td> <td>10</td> </tr> </tbody> </table>	Juillet	Nombre	3x	6	7x	7	10x	8	10x	9	1x	10				
Juli	Aantal																												
3x	6																												
7x	7																												
10x	8																												
10x	9																												
1x	10																												
Juillet	Nombre																												
3x	6																												
7x	7																												
10x	8																												
10x	9																												
1x	10																												
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Augustus</th> <th>Aantal</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>3x</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>3x</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>6x</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>9x</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>7x</td> <td>6</td> </tr> </tbody> </table>	Augustus	Aantal	3x	1	3x	2	6x	4	9x	5	7x	6	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Août</th> <th>Nombre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>3x</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>3x</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>6x</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>9x</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>7x</td> <td>6</td> </tr> </tbody> </table>	Août	Nombre	3x	1	3x	2	6x	4	9x	5	7x	6				
Augustus	Aantal																												
3x	1																												
3x	2																												
6x	4																												
9x	5																												
7x	6																												
Août	Nombre																												
3x	1																												
3x	2																												
6x	4																												
9x	5																												
7x	6																												

**Vraag nr. 64 van mevr. Bianca Debaets d.d. 17 februari 2012
 (N.) :**

De opmars van chlamydia.

De pers meldde de afgelopen dagen een forse opmars van chlamydia in ons land, vooral bij jeugd. Nu is één op de twintig

**Question n° 64 de Mme Bianca Debaets du 17 février 2012
 (N.) :**

La recrudescence de la chlamydiose.

Ces derniers jours, la presse a fait état d'une forte progression de la chlamydiose dans notre pays, surtout chez les jeunes.

besmet. Experts waarschuwen dat dit aantal de volgende jaren nog zal verdubbelen als er niet wordt ingegrepen.

Chlamydia is een seksueel overdraagbare ziekte waaraan jongeren vaak lijden zonder dat ze het zelf weten. De infectie geeft in het merendeel van de gevallen geen symptomen. Maar ze kan bij vrouwen wel littekenweefsel achterlaten waardoor ze onvruchtbaar worden.

Ik leg u graag hierover volgende vragen voor :

- Worden chlamydia en andere geregistreerd binnen het Brussels Gewest ? Zo ja, bevestigen de cijfers de toename van chlamydia ?
- Welke instrumenten hanteert de GGC om de bevolking, en vooral jongeren, te wijzen op de gevaren van chlamydia en andere seksueel overdraagbare aandoeningen ?
- Worden de huisartsen betrokken bij deze preventiecampagnes ? Zo ja, op welke manier ? Worden er andere partners bij betrokken ?

Antwoord : Als antwoord op de schriftelijke vraag kunnen wij volgende elementen meedelen :

Sinds de jaren '90, nemen de seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA's) in verontrustend tempo toe in België en in heel West-Europa.

Twee netwerken nemen deel aan de gegevensverzameling betreffende de SOA's onder de coördinatie van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV) :

- Het netwerk van de peillaboratoria, die sinds 2002 toezicht houden op chlamydia voor het Brussels Gewest, 80 % van de microbiologische laboratoria nemen deel aan dit toezicht.
- Het algemeen netwerk van de clinici (huisartsen, gynaecologen, urologen, dermatologen, SOA-klinieken, familiale planning, AIDS-referentiecentra, Studentencentra); 12 van de 47 deelnemende structuren zijn Brussels.

De door deze netwerken geregistreerde gevallen zijn monitoringgegevens : ze laten toe de evolutie in tijd van de gediagnosticerde gevallen in deze entiteiten alsook het profiel van de patiënten te volgen. Maar deze zijn enkel representatief voor de aan het toezicht deelnemende entiteiten en kunnen dus niet dienen voor een vergelijking tussen de regio's.

Met betrekking tot de lijst van de verplicht aan te geven ziektes bij de Brusselse artsen-gezondheidsinspecteurs, hierin is chlamydia niet in opgenomen.

De meest recente gegevens voor een representatieve steekproef van de Brusselse bevolking zijn deze van de gezondheidsenquête 2008.

In Brussel, werden 1.063 gevallen (nieuwe en oude gevallen) door de peillaboratoria gediagnosticert in 2010, 902 in 2009 en 830 in 2008 hetgeen voor de entiteiten een berekende incidentie geeft van 79,2 in 2008, 86,0 in 2009 en 99,5 in 2010.

Aujourd'hui déjà, un jeune sur vingt est contaminé. Les experts prédisent que si on n'intervient pas, ce nombre doublera encore au cours des prochaines années.

La chlamydiose est une maladie sexuellement transmissible dont les jeunes sont souvent atteints à leur insu. Dans la plupart des cas, l'infection est asymptomatique. Mais chez les femmes, elle peut bel et bien produire un tissu cicatriciel, entraînant la stérilité.

À cet égard, je voudrais vous poser les questions suivantes :

- Les cas de chlamydiose et autres MST sont-ils enregistrés en Région bruxelloise ? Dans l'affirmative, les chiffres confirment-ils la recrudescence de la chlamydiose ?
- Quels outils la Cocom utilise-t-elle afin de sensibiliser la population, en particulier les jeunes, aux dangers de la chlamydiose et des autres maladies sexuellement transmissibles ?
- Les médecins généralistes sont-ils associés à ces campagnes de prévention ? Dans l'affirmative, de quelle façon ? D'autres partenaires y sont-ils associés ?

Réponse : Comme réponse à votre question écrite, nous pouvons vous donner les éléments suivants :

Depuis les années 90, les infections sexuellement transmissibles (IST) augmentent de façon préoccupante en Belgique comme dans l'ensemble de l'Europe occidentale.

Deux réseaux participent au recueil d'informations concernant les IST, sous la coordination de l'Institut de Santé publique (ISP) :

- Le réseau sentinelles des laboratoires vigies, qui surveille les chlamydias depuis 2002; pour la Région bruxelloise, ce sont 80 % des laboratoires de microbiologie qui participent à cette surveillance.
- Le réseau sentinelles général des cliniciens (généralistes, gynécologues, urologues, dermatologues, cliniques IST, planning familiaux, centres de référence SIDA, centres pour étudiants); 12 des 47 structures participantes sont bruxelloises.

Les cas enregistrés par ces réseaux sont des données de surveillance : ils permettent de suivre l'évolution dans le temps des cas diagnostiqués dans ces entités ainsi que le profil des patients. Mais ils ne sont représentatifs que pour les entités participant à la surveillance; ils ne peuvent donc servir à la comparaison entre régions.

En ce qui concerne la liste des maladies à déclaration obligatoire auprès des médecins-inspecteurs d'hygiène bruxellois, l'infection à Chlamydia n'y est pas reprise.

Les données les plus récentes portant sur un échantillon représentatif de la population bruxelloise sont celles de l'enquête de santé 2008.

À Bruxelles, 1.063 cas (nouveaux cas et anciens cas) ont été diagnostiqués en 2010 par les laboratoires vigies, 902 en 2009 et 830 en 2008, ce qui donne une incidence calculée pour les entités bruxelloises de 79,2 en 2008, 86,0 en 2009 et 99,5 en 2010.

Chlamydia treft de mensen aan het begin van hun seksueel leven (piek op 20-24 jaar), in tegenstelling tot andere SOA's. De groep die het meest getroffen wordt is deze van jonge vrouwen tussen de 15 en 30 jaar, waarbij meer dan de helft van de patiënten jonger is dan 24 jaar. De meeste mannen zijn tussen de 20 en 30 jaar. De toename wordt waargenomen in alle leeftijdsgruppen, maar bij vrouwen vooral bij de 20-24-jarigen.

Vanaf de registraties :

- stelt het WIV jaarlijkse rapporten op die het verspreidt via haar website alsook aan de personen die verondersteld worden gepaste acties te ondernemen (planning van activiteiten van de gemeenschappen, verenigingen, enz. ter preventie en controle);
- verspreidt het WIV een nieuwsbrief en organiseert het een jaarlijks studiedag gewijd aan SOA's en open voor deelnemers van het netwerk en voor huisartsen.

De Gemeenschappen en de preventieorganisaties bestuderen hoe zij de publieke sensibilisering, de opsporing en het informeren van de partner kunnen bevorderen alsook het condoomgebruik.

Voor wat de Brusselse preventieorganisaties en hun acties betreft, verwijzen wij naar het antwoord op de interpellatie van mevrouw Fatoumata Sidibé betreffende aidspreventie op 19 januari 2012 (Document I.V. COM 52011-2012) – Nr. 7).

De artsen-gezondheidsinspecteurs van de GGC nemen deel aan deze vergaderingen. Zij hebben recent nog een aanbeveling van het RIZIV overgemaakt betreffende de meerjarige terugbetaling van de opsporingstest voor de risicogroepen.

De huisartsen worden geïnformeerd via de onderstaande kanalen alsook via hun gebruikelijke kanalen (LOK, wetenschappelijke ondernemingen, ...).

De informatiekanalen voor de jongeren zijn de schoolgeneeskunde (en met name ter gelegenheid van de HPV vaccinatie), de familiale planning, de universitaire gezondheidscentra, de centra voor reisgeneeskunde, preventieorganisaties (campagne, brochure) alsook hun behandelend geneesheer (inclusief de gynaecologen voor de vrouwen).

In het Brusselse Gewest blijven de Franse en Vlaamse Gemeenschap hoofdzakelijk bevoegd voor preventie. De gemeenschappen ontvangen daarvoor sinds 1980 het leeuwendeel van de middelen. De GGC, die in 1989 werd opgericht, heeft amper een budget voor preventie en houdt speel eerder een coördinerende rol.

**Vraag nr. 65 van mevr. Bianca Debaets d.d. 17 februari 2012
 (N.) :**

Het gebruik van antidepressiva.

Een studie van de CM (2008) toonde aan dat 8 % van bevolking op regelmatige basis antidepressiva gebruikt. Een verontrustend hoog cijfer, maar helaas geen typisch Belgisch fenomeen. Antidepressiva blijken de meest voorgeschreven medicijnen te zijn in de wereld.

L'infection à Chlamydia atteint les personnes au début de leur vie sexuelle (pic à 20-24 ans), contrairement aux autres IST. Le groupe le plus touché est celui des jeunes femmes entre 15 et 30 ans, plus de la moitié des patientes étant âgées de moins de 24 ans. La plupart des hommes ont entre 20 et 30 ans. L'augmentation s'observe dans toutes les tranches d'âge mais chez les femmes, surtout chez les 20-24 ans.

À partir des enregistrements :

- l'ISP rédige des rapports annuels qu'il diffuse sur son site ainsi qu'aux personnes susceptibles d'entreprendre des actions appropriées (planification des activités de prévention et de contrôle des communautés, associations, etc.);
- l'ISP diffuse une lettre d'information et organise un séminaire annuel consacré aux IST et ouvert aux participants des réseaux et aux médecins généralistes.

Les communautés et les organismes de prévention étudient comment stimuler la sensibilisation du public, le dépistage et l'information du partenaire ainsi que l'utilisation de préservatifs.

En ce qui concerne les organismes bruxellois de prévention et leurs actions, nous nous référerons à la réponse à l'interpellation de Mme Fatoumata Sidibé concernant la prévention du sida le 19 janvier 2012 (Document CRI COM (2011-2012) – N° 7).

Les médecins inspecteurs d'hygiène de la CCC participent à ces réunions. Ils ont récemment transmis une recommandation à l'INAMI concernant le remboursement pluriannuel du test de dépistage pour les groupes à risque.

Les médecins généralistes sont informés via les canaux ci-dessus ainsi que par leurs canaux habituels (GLEM, sociétés scientifiques, ...).

Les canaux d'information des jeunes sont la médecine scolaire (et notamment à l'occasion du vaccin HPV), les plannings familiaux, les centres de santé universitaires, les centres de médecine du voyage, les organismes de prévention (campagne, brochure) ainsi que leurs médecins traitants (en ce compris les gynécologues pour les femmes).

Les principaux acteurs institutionnels pour la prévention en Région bruxelloise restent les Communautés française et flamande qui, en 1980, ont reçu la toute grande majorité des budgets pour la prévention. La CCC, créée en 1989, n'a quasi pas reçu de budget pour la prévention. Elle joue un rôle orienté sur la coordination.

**Question n° 65 de Mme Bianca Debaets du 17 février 2012
 (N.) :**

La consommation d'antidépresseurs.

Une étude de la Mutualité chrétienne (2008) a révélé que 8 % de la population prend régulièrement des antidépresseurs. Un chiffre alarmant, mais malheureusement le phénomène n'est pas propre à la Belgique. Il s'avère que les antidépresseurs sont les médicaments les plus prescrits dans le monde.

Nochtans kunnen heel wat vragen worden gesteld bij de doeltreffendheid van antidepressiva. Uit onderzoek van het *British Medical Journal* blijkt dat jongeren onder de 25 jaar die antidepressiva slikken, tweemaal zoveel zelfmoordgedachten hebben dan jongeren die een placebo nemen.

Graag leg ik u hierbij volgende vragen voor :

- Bestaan er voor het Brussels Gewest recente cijfers die het gebruik van antidepressiva in kaart brengen ? Zo ja, zijn er opmerkelijke verschillen in geslacht, leeftijd, sociale achtergrond ... ?
- Welke maatregelen werkt de GGC uit om het gebruik van antidepressiva te beperken ? Met welke partners wordt hiervoor samengewerkt ?

Antwoord : Als antwoord op de schriftelijke vraag kunnen wij volgende elementen van informatie meedelen :

De meest recente gegevens over een representatieve steekproef van de bevolking van Brussel is deze van de gezondheidsenquête 2008.

In 2008 gaf 7 % van de Brusselse bevolking aan antidepressiva genomen te hebben in de 14 dagen voorafgaand aan de enquête (4,7 % mannen, 9 % vrouwen).

Het aandeel gebruikers varieert met de leeftijd. Het gebruik van antidepressiva betreft 2,1 % van de 15-24-jarigen en 5,6 % tussen de 25 en 54 jaar. Het is het hoogst tussen 55 en 64 jaar, 14,8 %, daalt dan licht na de leeftijd van 65 jaar (10,2 %).

Op elke leeftijd geven de vrouwen vaker aan antidepressiva te gebruiken dan de mannen. Deze verschillen zijn het grootst tussen 55 en 64 jaar : 8,7 % van de mannen en 20,4 % van de vrouwen hadden antidepressiva genomen in de 14 dagen voorafgaand aan de enquête. Boven de 65 jaar, blijven de verschillen tussen mannen en vrouwen aanzienlijk : 6,3 % van de mannen en 12,6 % van de vrouwen zijn betrokken.

Om het gebruik van antidepressiva te interpreteren, moet men natuurlijk de link maken met het aantal mensen die lijden aan een depressie.

In 2008, gaven 7,3 % van de Brusselaars aan te hebben geleden aan een depressie tijdens de afgelopen 12 maanden. Met een hoger aandeel vrouwen (8,8 %) dan mannen (5,7 %). Er is ook een duidelijke piek van depressies bij vrouwen van 55 tot 64 jaar (15,7 %), maar ook bij de vrouwen ouder dan 75 jaar (13,9 %). Bij de mannen daarentegen zijn de verschillen met de leeftijd minder uitgesproken, maar men stelt toch een verhoogde frequentie vast tussen 45 en 74 jaar.

90 % van de Brusselaars die verklaarden geleden te hebben aan een depressie, hebben professionele medische hulp gezocht voor dit probleem (87 % van de mannen en 91 % van de vrouwen). En 80 % heeft medicatie genomen (78 % van de vrouwen en 85 % van de mannen). 45 % van de personen geeft aan een psychotherapie gevuld te hebben (41 % van de vrouwen en 51 % van de mannen). We stellen dus vast dat als de mannen dan al iets minder vaak professionele medische hulp zoeken wanneer zij lijden aan een depressie, zij wel vlugger behandeld worden door medicatie en/of door psychotherapie dan vrouwen.

On peut pourtant se poser bien des questions sur leur efficacité. Une étude du *British Medical Journal* révèle que les jeunes de moins de 25 ans qui prennent des antidépresseurs nourrissent deux fois plus de pensées suicidaires que les jeunes qui prennent un placebo.

Je voudrais vous poser les questions suivantes :

- Existe-t-il, pour la Région bruxelloise, des chiffres récents qui dressent l'état des lieux de la consommation d'antidépresseurs ? Dans l'affirmative, observe-t-on des différences notables en termes de sexe, d'âge, d'origine sociale ... ?
- Quelles mesures la Cocom élaborerait-elle afin de limiter la consommation d'antidépresseurs ? Avec quels partenaires collabore-t-on à cette fin ?

Réponse : Comme réponse à votre question écrite, nous pouvons vous donner les éléments d'information suivants :

Les données les plus récentes portant sur un échantillon représentatif de la population bruxelloise sont celles de l'enquête de santé 2008.

En 2008, 7 % de la population bruxelloise déclarait avoir consommé des antidépresseurs dans les 15 jours précédant l'enquête (4,7 % des hommes et 9 % des femmes).

La proportion de consommateurs varie avec l'âge. La consommation d'antidépresseurs concerne 2,1 % des 15-24 ans et 5,6 % entre 25 et 54 ans. Elle est la plus élevée entre 55 et 64 ans, 14,8 %, puis diminue un peu après 65 ans (10,2 %).

À tout âge, les femmes déclarent plus souvent consommer des antidépresseurs que les hommes. Ces différences sont particulièrement marquées entre 55 et 64 ans : 8,7 % des hommes et 20,4 % des femmes avaient consommé des antidépresseurs dans les 15 jours précédant l'enquête. Au-delà de 65 ans, les différences entre hommes et femmes restent importantes : 6,3 % des hommes et 12,6 % des femmes sont concernés.

Pour interpréter la consommation d'antidépresseurs, il faut bien entendu faire le lien avec le nombre de personnes qui souffrent de dépression.

En 2008, 7,3 % des Bruxellois déclaraient avoir souffert d'une dépression au cours des 12 derniers mois. Avec une proportion plus importante de femmes (8,8 %) que d'hommes (5,7 %). On observe également un pic marqué de dépressions chez les femmes de 55 à 64 ans (15,7 %), mais aussi chez les femmes de plus de 75 ans (13,9 %). Chez les hommes par contre les variations avec l'âge sont moins marquées mais on observe cependant une fréquence plus élevée entre 45 et 74 ans.

90 % des Bruxellois qui déclarent avoir souffert d'une dépression ont consulté un professionnel de santé pour ce problème (87 % des hommes et 91 % des femmes). Et 80 % ont pris des médicaments (78 % des femmes et 85 % des hommes). 45 % de ces personnes déclarent avoir suivi une psychothérapie (41 % des femmes et 51 % des hommes). On constate donc que si les hommes consultent un peu moins fréquemment un professionnel de santé lorsqu'ils souffrent de dépression, ils sont plus souvent traités par médicaments et/ou par psychothérapie que les femmes.

Het socio-economisch statuut beïnvloedt ook de frequentie van de depressie: deze neemt toe bij het afdalen van de sociale ladder. De sociale gradiënt is meer uitgesproken voor de vrouwen.

Men neemt ook een sociale gradiënt vast in gebruik van antidepressiva die in dezelfde richting gaat als deze waargenomen bij depressie : vrouwen met een diploma lager secundair onderwijs hebben dubbel zoveel kans op een depressie et 2,7 keer meer kans op het gebruik van antidepressiva dan vrouwen met een diploma van het hoger onderwijs.

De vraag om het gebruik van antidepressiva te beperken is een ingewikkeld debat. Het is geen doel op zich : men moet een evenwicht vinden tussen een onvoldoende zorg voor de depressie en een teveel aan medicatie of een te systematisch medicamenteus antwoord op het psychisch lijden. Het gaat over het optimaliseren van de zorg voor en de begeleiding van personen die lijden aan depressie en dit is de kwaliteit van de zorg door de verleners en valt niet de bevoegdheid van de GGC.

De gegevens tonen duidelijk aan dat het gebruik van antidepressiva de frequentie van de depressie volgt. De tussenkomsten gericht op het voorkomen van een depressie kunnen op verschillende niveaus genomen worden : strijden tegen de toenemende kansarmoede, verbeteren van de werkomstandigheden, ondersteunen van mantelzorgers (cf. vrouwen van 55 tot 64 jaar), bevorderen van de gastvrijheid en de sociale participatie, enz. Het gaat dus over het beïnvloeden van de gezondheidsindicatoren.

Le statut socio-économique influence aussi la fréquence de la dépression : celle-ci augmente lorsqu'on descend dans l'échelle sociale. Ce gradient social est plus marqué pour les femmes.

On observe également un gradient social de consommation d'antidépresseurs qui va dans le même sens que celui observé pour la dépression : les femmes ayant un diplôme de l'enseignement secondaire inférieur ont 2 fois plus de risques de souffrir d'une dépression et 2,7 fois plus de risques de consommer des antidépresseurs que les femmes ayant un diplôme de l'enseignement supérieur.

La question de la limitation de l'usage des antidépresseurs est un débat complexe. Il ne s'agit pas d'un objectif en soi : il faut trouver un juste milieu entre une prise en charge insuffisante de la dépression et une surmédicalisation ou encore une réponse médicamenteuse trop systématique de la souffrance psychique. Il s'agit d'optimaliser la prise en charge et l'accompagnement des personnes souffrant de dépression et ceci relève de la qualité des soins par les prestataires et n'est pas de la compétence de la CCC.

Les données montrent bien que la consommation d'antidépresseurs suit la fréquence de la dépression. Des interventions visant à prévenir la dépression peuvent être prises à de nombreux niveaux : en luttant contre la précarité croissante, en améliorant les conditions de travail, en soutenant les aidants proches (cf. femmes de 55 à 64 ans), en promouvant la convivialité et la participation sociale, etc. Il s'agit donc d'agir sur les déterminants de la santé.

Ministers bevoegd voor het Beleid inzake Bijstand aan Personen

Vraag nr. 53 van mevr. Bianca Debaets d.d. 6 september 2011 (N.) :

De stand van zaken van het strategisch plan voor gedetineerden in Brussel.

Eind 2005 gaf het Verenigd College, op voorstel van het overlegcomité en van de GGC ministers van Bijstand aan Personen, opdracht om een studie uit te voeren : enerzijds een stand van zaken van de sociale hulpverlening aan gedetineerden en ex-gedetineerden in Brussel en anderzijds de missie, visie en krachtlijnen van een toekomstig Brussels strategisch plan.

Dit onderzoek bracht een reeks tekortkomingen aan het licht in de organisatie van de bijstand aan gedetineerden in de Brusselse strafinstellingen. In antwoord op de aanbevelingen van deze studie stemde het Verenigd College van de GGC op 3 juli 2008 in met het « Strategisch plan voor het justitieel welzijnswerk in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest ». Dat ontwikkelt vooral een strategische visie die alle bevoegde entiteiten delen.

Het Strategisch plan van het Verenigd College versterkt drie structuren die elk op verschillend niveau een coördinerende taak uitvoeren : een permanent interkabinettenoverleg voor de coördi-

Ministres compétents pour la Politique d'Aide aux Personnes

Question n° 53 de Mme Bianca Debaets du 6 septembre 2011 (N.) :

L'état d'avancement du plan stratégique pour les détenus à Bruxelles.

Fin 2005, sur proposition du Comité de concertation et des ministres COCOM de l'Aide aux personnes, le Collège réuni a chargé de réaliser une étude proposant, d'une part, un état des lieux de l'aide sociale aux détenus et ex-détenus à Bruxelles et, d'autre part, les mission, vision et lignes de force d'un futur plan stratégique bruxellois.

Cette recherche a pu mettre en évidence une série de dysfonctionnements dans l'organisation de l'aide aux détenus au sein des établissements pénitentiaires bruxellois. Répondant aux recommandations de cette étude, le Collège réuni de la COCOM a adopté le 3 juillet 2008 un « Plan stratégique relatif à l'aide aux justiciables dans la Région de Bruxelles-Capitale ». Il établit tout d'abord une vision stratégique commune à l'ensemble des entités compétentes.

Le Plan stratégique du Collège réuni renforce trois structures assurant chacune des missions de coordination à différents niveaux : un intercabinet permanent pour la coordination entre le fédéral et

natie tussen het federale niveau en de bevoegde gefedereerde entiteiten in Brussel, het bestaande Overlegcomité voor de coördinatie tussen deze entiteiten en tot slot, een coördinator die onder andere de samenwerking tussen de verschillende diensten moet bevorderen. Het interkabinettenoverleg verenigt de vertegenwoordigers van de vier bevoegde overheden en hun administraties. Het heeft de taak om de uitvoering van het detentieplan in Brussel en de toepassing van de strategische plannen van de bevoegde gefedereerde entiteiten te coördineren. Daarnaast moet het onderhandelen met de federale Staat over een uniek samenwerkingsakkoord voor Brussel met alle bevoegde overheden. Dit akkoord moet er rekening mee houden dat de realiteit van Sint-Gillis erg verschilt van de situatie in Vorst.

In Vlaanderen bestaat reeds zo'n strategisch plan, dat werd goedgekeurd in 2000. Aangezien het strategisch plan ook uitvoering kent in de gevangenissen in Brussel, waaronder Vorst en Sint-Gillis, kunnen organisaties die sport, sociale of culturele activiteiten organiseren of in een cursusaanbod voorzien, ook werkzaam zijn in Brussel.

Ik wil u dan ook graag volgende vragen voorleggen :

- Wat is de stand van zaken betreffende het « Strategisch plan voor het justitieel welzijnswerk in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest ». Hoe verloopt de implementatie van dit plan ?
- Er werd voorzien in « een permanent interkabinettenoverleg voor de coördinatie tussen het federale niveau en de bevoegde gefedereerde entiteiten in Brussel, het bestaande Overlegcomité voor de coördinatie tussen deze entiteiten en tot slot, een coördinator die onder andere de samenwerking tussen de verschillende diensten moet bevorderen ». Zijn deze mensen ondertussen op post ? Wat zijn hun concrete taken ? Is er reeds overleg op structurele basis ? Zo ja, wat zijn de conclusies ?
- Kan u een oplijsting geven van de activiteiten in het verleden, heden in de Brusselse gevangenissen ? Zijn daaronder activiteiten die in het kader van het Vlaams strategisch plan werden uitgevoerd ?
- Hoe verloopt de samenwerking met de andere Gemeenschappen en hoe verhoudt het Brussels strategisch plan zich tot het Vlaams strategisch plan ?

Antwoord : Vorige legislatuur werd het overlegcomité justitieel welzijnswerk voor Brussel opgericht met de bedoeling om de bevoegde overheden in Brussel evenals de diensten hulp aan gedetineerden en de administraties samen te brengen met het oog op het uitstippelen van een beleid van overleg inzake justitieel welzijnswerk. Er werd een beleidsnota opgesteld om een strategie uit te werken.

Één van de bedoelingen van de overheden is om de gedetineerden en hun directe sociale omgeving een integraal en kwaliteitsvol algemeen hulpaanbod en verschillende dienstverleningen aan te bieden met het oog op een sociale re-integratie. Het comité heeft prioritaire thema's bepaald : namelijk coördinatie, informatieverstrekking (brochure), opleiding, gezondheid en de vrijlating. Het zijn die werkgroepen die samenkwamen met alle betrokken actoren op het terrein, die aanbevelingen formuleerden ter voorbereiding van de Interministeriële Conferentie, die op 5 mei laatstleden plaatsvond.

les entités fédérées compétentes à Bruxelles, le Comité de concertation existant pour la coordination entre ces entités et, enfin, un coordinateur chargé, entre autres, d'inciter la collaboration entre les différents services agréés. L'intercabinet réunit des représentants des quatre autorités compétentes et de leurs administrations. Il a pour mission de coordonner la mise en place à Bruxelles du plan de détention et l'application des plans stratégiques des entités fédérées compétentes. En outre, il devra négocier avec le fédéral un accord de coopération unique pour Bruxelles avec toutes les autorités compétentes. Cet accord devra tenir compte du fait que les réalités à Saint-Gilles et à Forest sont très différentes.

Un tel plan stratégique existe déjà en Flandre, où il a été adopté en 2000. Dès lors que ce plan stratégique est également d'application dans les prisons de Bruxelles, dont Forest et Saint-Gilles, les organisations qui proposent des activités sportives, sociales ou culturelles ou un éventail de formations peuvent également opérer à Bruxelles.

Je voudrais dès lors vous poser les questions suivantes :

- Quel est l'état d'avancement du « Plan stratégique relatif à l'aide aux justiciables dans la Région de Bruxelles-Capitale » ? Comment se passe la mise en œuvre de ce plan ?
- On a prévu « un intercabinet permanent pour la coordination entre le fédéral et les entités fédérées compétentes à Bruxelles, le Comité de concertation déjà existant pour la coordination entre ces entités et enfin, un coordinateur chargé, entre autres, d'inciter la collaboration entre les différents services agréés ». Ces personnes sont-elles en place depuis lors ? Quelles sont leurs missions concrètes ? Y a-t-il déjà concertation sur une base structurelle ? Dans l'affirmative, quelles sont les conclusions ?
- Pouvez-vous nous fournir une liste des activités déployées par le passé et actuellement dans les prisons bruxelloises ? Certaines de ces activités étaient-elles ou sont-elles mises en œuvre dans le cadre du plan stratégique flamand ?
- Comment se passe la collaboration avec les autres Communautés et quel est le rapport entre le plan stratégique bruxellois et le plan stratégique flamand ?

Réponse : Lors de la législature précédente, le comité de concertation aide aux justiciables pour Bruxelles a été créé avec pour objectif de rassembler les autorités compétentes à Bruxelles ainsi que les services d'aide aux justiciables et les administrations en vue de déterminer une politique de concertation en matière d'aide aux justiciables. Une note politique a été rédigée afin d'élaborer une stratégie.

L'une des intentions des autorités consiste à offrir aux détenus et à leur entourage proche une aide générale de qualité ainsi que plusieurs services d'aide en vue d'une réinsertion sociale. Le comité a défini certains thèmes prioritaires, à savoir : la coordination, l'information (brochure), la formation, la santé et la sortie de prison. Ce sont ces groupes de travail qui se sont réunis avec tous les acteurs concernés sur le terrain, qui ont formulé des recommandations en préparation de la Conférence Interministérielle qui a eu lieu le 5 mai dernier.

De permanente interkabinettenwerkgroep voor de coördinatie tussen het federaal niveau en de gefedereerde entiteiten is op regelmatige basis samengekomen, ook ter voorbereiding van de interministeriële conferentie.

Alle diensten van de Vlaamse en Franse Gemeenschap en die van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC) werken samen, volledig of gedeeltelijk, voor die activiteiten die georganiseerd worden voor de gedetineerden binnen de 2 Brusselse gevangenissen.

De 5 diensten die ressorteren onder de GGC verstrekken individuele hulp aan gedetineerden. De medewerkers van de diensten bieden een luisterend oor, ondersteuning, informatie en sociaal-administratieve begeleiding inzake huisvesting, behoud van sociale rechten en werkgelegenheid. Zij bereiden de vrijlating voor met de gedetineerde, verwijzen door naar gespecialiseerde diensten (bijvoorbeeld : opleiding), wanneer noodzakelijk en organiseren bezoeken, vaak door vrijwilligers.

In 2009 is er een coördinator aangesteld die enerzijds de 5 diensten van de GGC moet coördineren en anderzijds ook als spreekbuis dient ten aanzien van de gevangenisdirecteurs. Zij heeft ook overleg met de coördinatoren van de Vlaamse en Franse Gemeenschap.

Omwille van gezondheidsproblemen is de eerste coördinator in de loop van het jaar 2010 vervangen. De nieuwe coördinator sindsdien, mevrouw Isabelle Etienne, is aanwezig op het Overlegcomité Justitieel Welzijnswerk en verzekert de coördinatie tussen de verschillende diensten.

Bijgevoegd vindt u een lijst van de activiteiten die worden aangeboden in de 2 Brusselse gevangenissen door de diensten die ressorteren onder de Franse en Vlaamse Gemeenschap en de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie.

Desamenwerking verloopt zeer goed tussen de Gemeenschappen. Het Vlaams strategisch plan past zich aan de Brusselse specificiteiten.

Activiteiten georganiseerd door de GGC-diensten

A. In de gevangenis van Vorst

- Permanentie opvang « nieuwelingen »

Deze permanentie is een plaats voor opvang en laat toe om inlichtingen te geven.

- Permanenties van de GGC-diensten

Het betreft hier de schriftelijke vragen te beantwoorden van gedetineerden.

De soort interventie bij een ontmoeting met de gedetineerden heeft voornamelijk betrekking op het gebied van informatie, begeleiding van de gedetineerde in crisis, van de psychosociale opvolging, van de hulpverlening bij het verlaten van de gevangenis ...

- Socio-culturele activiteiten bij de psychiatrische afdeling
- Socio-culturele activiteiten voor de gedetineerden van het gewone regime

L'intercabinet permanent entre les cabinets pour la coordination entre le niveau fédéral et les entités fédérées s'est également régulièrement réuni, également en préparation à la conférence interministérielle.

Tous les services des Communautés flamande et française et ceux de la Commission communautaire commune (COCOM) travaillent en collaboration, totale ou partielle, pour les activités qui sont organisées pour ces détenus au sein des 2 établissements pénitentiaires bruxellois.

Les 5 services qui relèvent de la COCOM procurent de l'aide individuelle aux détenus. Les collaborateurs des services offrent une écoute, de l'appui, des informations et un accompagnement socio-administratif en matière de logement, de maintien des droits sociaux et d'emploi. Ils préparent la libération avec le détenu, renvoient à des services spécialisés (exemple : formation), si nécessaire, et organisent des visites, souvent effectuées par des volontaires.

En 2009, un coordinateur a été désigné. Celui-ci doit d'une part coordonner les 5 services de la COCOM et d'autre part servir de porte-parole vis-à-vis des directeurs de la prison. Il mène également des concertations avec les coordinateurs de la Communauté flamande et de la Communauté française.

Pour des raisons de problème de santé, le premier coordinateur a été remplacé dans le courant de l'année 2010. Le nouveau coordinateur, Mme Isabelle Etienne, depuis lors, est présente au comité de concertation aide aux justiciables et assure toutes les missions de coordination entre les différents services.

En annexe vous trouverez une liste des activités offertes par les services des Communautés française et flamande et de la Commission communautaire commune dans les 2 prisons bruxelloises.

La collaboration entre les Communautés se déroule très bien. Le plan stratégique flamand s'adapte aux spécificités bruxelloises.

Activités organisées par les services COCOM

A. Dans la prison de Forest

- Permanence accueil « nouveaux arrivés »

Cette permanence est un espace pour l'accueil et permet de donner les premiers renseignements.

- Permanences des services de la COCOM

Il s'agit ici de répondre aux questions écrites des détenus.

Une telle intervention lors d'une rencontre avec les détenus porte principalement sur le domaine de l'informatique, de l'accompagnement du détenu en crise, du suivi psychosocial, de l'aide lors de la sortie de la prison ...

- Activités socio-culturelles au département psychiatrique
- Activités socio-culturelles pour les détenus du régime normal

<ul style="list-style-type: none"> – Permanentie voor de gezinnen B. In de gevangenis van Berkendaal C. In de gevangenis van Sint-Gillis – De « permanentie info Vleugel A » <p>In de gevangenis van Sint-Gillis, is de « Vleugel A », ook wel de « Primaire Vleugel », bestemd voor gedetineerden die voor de eerste keer veroordeeld zijn. Ze hebben een ander regime dan de andere gedetineerden.</p> <p>De diensten staan in voor het onthaal van deze gedetineerden met de bedoeling de gedetineerde te informeren over het aanbod van externe diensten.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Permanentie onthaal Nederlandstalige nieuwelingen <p>Activiteiten georganiseerd door de Vlaamse Gemeenschap 2011-2012</p> <ul style="list-style-type: none"> A. In de gevangenis van Vorst – Onderwijs : <ul style="list-style-type: none"> Basisopleiding Open Leercentrum – Welzijn/Geestelijke Gezondheid : <ul style="list-style-type: none"> Gespreksgroep Detentiebeleving B. In de gevangenis van Berkendaal – Onderwijs : <ul style="list-style-type: none"> Basisopleiding Nederlands NTA C. In de gevangenis van Sint-Gillis – Onderwijs : <ul style="list-style-type: none"> - Beroepsopleiding Informatica - Beroepsopleiding Keuken - Basisopleiding Nederlands NT1 - Basisopleiding Nederlands aan anderstaligen - Basisopleiding communicatie en sollicitatietraining - Basisopleiding Frans – Cultuur : <ul style="list-style-type: none"> Tekenen en schilderen <p>Activiteiten georganiseerd door de Franse Gemeenschap (gecertificeerde opleidingen en workshops)</p> <ul style="list-style-type: none"> A. In de gevangenis van Vorst Workshop mondelijke vaardigheid aan de hand van gezelschapsspelen 	<ul style="list-style-type: none"> – Permanence pour les familles B. Dans la prison de Berkendael C. Dans la prison de Saint-Gilles – La « permanence info « Aile A » » <p>Dans la prison de Saint-Gilles, l'« Aile A », également appelée « Aile primaire », est destinée aux détenus qui ont pour la première fois une condamnation. Ils ont un autre régime que les autres détenus.</p> <p>Les services assurent l'accueil des détenus avec l'objectif d'informer le détenu sur les services externes offerts.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Permanence accueil des nouveaux arrivants néerlandophones <p>Activités organisées par la Communauté flamande 2011-2012</p> <ul style="list-style-type: none"> A. Dans la prison de Forest – Enseignement : <ul style="list-style-type: none"> Formation de base <i>Open Leercentrum</i> – Bien-être/Santé mentale : <ul style="list-style-type: none"> Groupe de discussion Perception de la Détention B. Dans la prison de Berkendael – Enseignement : <ul style="list-style-type: none"> Formation de base néerlandais NTA C. Dans la prison de Saint-Gilles – Enseignement : <ul style="list-style-type: none"> - Formation Informatique - Formation Cuisine - Formation de base néerlandais NT1 - Formation de base néerlandais aux allophones - Formation de base communication et préparation et entraînement à l'entretien d'embauche - Formation de base français – Culture : <ul style="list-style-type: none"> Dessin et peinture <p>Activités organisées par la Communauté française (formations certifiées et ateliers)</p> <ul style="list-style-type: none"> A. Dans la prison de Forest Atelier d'expression par les jeux de société
--	--

<p>B. In de gevangenis van Berkendaal</p> <ul style="list-style-type: none"> – Gecertificeerde opleidingen : Informatica (niveau beginners en gevorderden) en esthetica – Workshop theater – Conferentie met astrofisici – Workshop basketbakkerij <p>C. In de gevangenis van Sint-Gillis (A-vleugel – primaire gedetineerden)</p> <ul style="list-style-type: none"> – Workshop schrijven – Informatiesessies over de schadeloosstelling van burgerlijke partijen – Ontwikkeling van de banden tussen het kind en de veroordeelde ouder – Tussenkomst van relais enfants-parents – Engels – Rekenlessen 	<p>B. Dans la prison de Berkendael</p> <ul style="list-style-type: none"> – Formations certifiées : Informatique (niveau élémentaire et avancé) et esthétique – Atelier théâtre – Conférences des astrophysiciens – Atelier pâtisserie <p>C. Dans la prison de Saint-Gilles (Aile A – détenus primaires)</p> <ul style="list-style-type: none"> – Atelier d’écriture – Séances d’information sur l’indemnisation des parties civiles – Développement des liens entre l’enfant et le parent détenu – Intervention du relais enfants-parents – Anglais – Cours de calcul
--	--

**Vraag nr. 54 van de heer Joël Riguelle d.d. 22 september 2011
 (Fr.) :**

Subsidie van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie en vergoeding van de mandaten van de SAMU social.

Bij het overlopen van de aangifte van mandaten, functies en beroepen voor het jaar 2010 kan men vaststellen dat enkele gekozenen en bestuurders van de SAMU social werden betaald voor hun medewerking. Het is niet mijn bedoeling dat bedrag te overschatten of te speculeren over het begrip « vergoeding van een mandaat », maar die betaling is een indicatie van de manier waarop de middelen van de vzw worden aangewend.

De SAMU social is niet alleen erkend door de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, maar wordt er ook door gesubsidieerd, alsook door Actiris en de federale overheid via het grootstedenbeleid. De SAMU social krijgt tevens financiële steun van sommige OCMW's, waaronder dat van Brussel-Stad, Sint-Gillis, Sint-Joost, Molenbeek, Evere, Elsene, Anderlecht enz.

Volstaat de subsidie van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie om die mandaten te vergoeden ?

Kunt u me, in voorkomend geval, zeggen welke regels u hebt ingevoerd om de vele andere vzw's die door de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie gesubsidieerd worden, op voet van gelijkheid te behandelen ?

Antwoord : Uit de administratieve controle van de verantwoordingsstukken blijkt dat in het kader van de structurele subsidiëring van de vzw SAMU social geen vergoedingen voor bestuurs-

**Question n° 54 de M. Joël Riguelle du 22 septembre 2011
 (Fr.) :**

Le subside de la Commission communautaire commune face à la rémunération des mandats du SAMU social.

En parcourant la déclaration de mandats, fonctions et professions pour l'année 2010, on peut constater que quelques élus et administrateurs du SAMU social ont été rémunérés pour leur implication. Sans vouloir surestimer ni spéculer sur la notion de rémunération de mandat, ce paiement est cependant une indication sur l'utilisation des ressources de l'ASBL.

Agréé par la Commission communautaire commune, le SAMU social est aussi subsidié par cette dernière mais aussi par Actiris et par le fédéral via la Politique des Grandes Villes. Il est financièrement soutenu par certains CPAS dont celui de Bruxelles-Ville, Saint-Gilles, Saint-Josse, Molenbeek, Evere, Ixelles, Anderlecht, etc.

Mesdames les ministres, le subside de la Commission communautaire commune couvre-t-il la rémunération de ces mandats ?

Le cas échéant, pouvez-vous me dire quelles sont les règles que vous avez mises en place pour permettre une équité par rapport aux nombreuses autres ASBL que la Commission communautaire commune subsidie ?

Réponse : Il ressort du contrôle administratif des pièces justificatives que dans le cadre du subventionnement structurel de l'ASBL SAMU social, aucune rémunération des mandats d'admi-

mandaten ten laste zijn genomen door de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie.

In de regelgeving van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie is trouwens nergens voorzien dat vergoedingen voor bestuursmandaten kunnen worden terugbetaald.

**Vraag nr. 55 van mevr. Brigitte De Pauw d.d. 28 oktober 2011
(N.) :**

Website Rechtenverkenner.

Veel mensen zijn vaak niet op de hoogte van bepaalde sociale voordelen en tegemoetkomingen waarop ze wel degelijk recht hebben. Dit is helaas nog vaker het geval bij laagopgeleide en/of kansarme bevolkingsgroepen. Kortom, diegenen die er het meeste baat bij zouden hebben, zijn dikwijls het slechtst geïnformeerd.

Vlaanderen tracht dit probleem van desinformatie op te lossen met de « Rechtenverkenner ». Dit is een bijzonder nuttige website die een overzicht biedt van alle (sociale) voordelen en tegemoetkomingen waarop de burger recht heeft, gaande van energiepremies tot werkloosheidsuitkeringen. Deze website is tot stand gekomen via het Vlaams netwerk van verenigingen waar armen het woord nemen, Samenlevingsopbouw Vlaanderen en de provincies.

Het grote aantal kansarmen in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest in acht genomen, lijkt de ontwikkeling van een dergelijk instrument, uitgewerkt in zowel het Nederlands als het Frans, zeer opportuun.

Ik had van u dan ook graag het volgende vernomen :

- Wat is de stand van zaken van een dergelijk instrument in Brussel ?
- De « Rechtenverkenner » aan Vlaamse zijde is reeds sterk uitgebouwd. Het zou dus opportuun zijn om hieraan een voorbeeld te nemen. Zijn er hieromtrent reeds contacten geweest met de bevoegde Vlaamse minister ? Zo ja wat zijn de bevindingen ? Indien nee, waarom niet ?
- Sluit u de mogelijkheid uit om dergelijk initiatief te ontwikkelen en te beheren in samenwerking met de Vlaamse Gemeenschap, de VGC, de Franse Gemeenschap en de COCOF ?

Antwoord : U haalt inderdaad een belangrijk onderwerp aan. De Rechtenverkenner is een website, een instrument opgericht door de Vlaamse regering vorige legislatuur. Deze website geeft de bezoeker de mogelijkheid na te gaan op welke sociale voordelen en tegemoetkomingen hij/zij recht heeft. Het achterliggend idee is dat « rechten verkennen » een instrument is om een menswaardig bestaan te kunnen realiseren. Deze website kwam tot stand via het netwerk van verenigingen waar armen het woord nemen, Samenlevingsopbouw Vlaanderen en de provincies. Het is alvast een positief instrument voor de burger.

De samenwerking met de Vlaamse Gemeenschapscommissie rond de opgenomen sociale rechten voor Brussel is al een aantal jaren aan de gang, omdat men ook rond gewestaange-

nistrateur n'a été prise en charge par la Commission communautaire commune.

La réglementation de la Commission communautaire commune ne prévoit nulle part le remboursement des rémunérations des mandats d'administrateur.

**Question n° 55 de Mme Brigitte De Pauw du 28 octobre 2011
(N.) :**

Le site web « Rechtenverkenner ».

Beaucoup de gens ignorent souvent l'existence de certains avantages sociaux et aides auxquels ils ont pourtant droit. Hélas, c'est encore plus souvent le cas dans les groupes de population peu qualifiés et/ou défavorisés. En bref, ceux à qui cela profiterait le plus sont souvent les moins bien informés.

La Flandre tente de résoudre ce problème de désinformation grâce au « Rechtenverkenner ». Ce site web particulièrement utile offre un relevé de tous les avantages (sociaux) et aides auxquels le citoyen a droit, depuis les primes énergie jusqu'aux allocations de chômage. Ce site web a vu le jour grâce au *Vlaams netwerk van verenigingen waar armen het woord nemen*, à *Samenlevingsopbouw Vlaanderen* et aux provinces.

Eu égard au nombre important de personnes défavorisées en Région de Bruxelles-Capitale, il semble fort opportun de développer un site similaire, et ce tant en français qu'en néerlandais.

Je voudrais vous poser les questions suivantes :

- Quel est l'état d'avancement d'un tel site à Bruxelles ?
- Du côté flamand, le « Rechtenverkenner » est déjà fort développé. Il serait donc opportun de s'en inspirer. Contact a-t-il déjà été pris à cet effet avec le ministre flamand compétent ? Dans l'affirmative, quelles sont les conclusions ? Dans la négative, pourquoi pas ?
- Excluez-vous la possibilité de développer et de gérer une telle initiative en collaboration avec la Communauté française, la Cocof, la Communauté flamande et la VGC ?

Réponse : Vous évoquez en effet un sujet important. L'explorateur de droits est un site web, un instrument qui a été mis sur pied par le gouvernement flamand lors de la précédente législature. Ce site web offre la possibilité au visiteur de vérifier les avantages sociaux et les allocations auxquels il/elle a droit. Le principe sous-jacent étant que « l'exploration des droits » est un instrument qui garantit une existence digne. Ce site web a vu le jour par le biais du *Netwerk van Verenigingen waar armen het woord nemen*, de *Samenlevingsopbouw Vlaanderen* et des provinces. Il constitue d'ores et déjà un instrument positif pour le citoyen.

La collaboration avec la Commission communautaire flamande concernant les droits sociaux prévus pour Bruxelles est déjà en cours depuis plusieurs années, car il faut également pouvoir réaliser

legenheden moet kunnen werken. Er werd in het verleden een poging ondernomen om de samenwerking uit te breiden met de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie.

Er is niet meteen een opvolging geweest omdat men meteen op een aantal praktische en financiële moeilijkheden is gevallen.

In Brussel moet met alle overheden en de verschillende niveaus contact gelegd worden om een volledig plaatje te kunnen aanbieden. Bovendien moet de gehele communicatie tweetalig gebeuren, de tweetaligheid heeft ook een prijskaartje en neemt heel wat tijd in beslag. Er moet ook binnen elke bevoegdheid een oplijsting gemaakt worden.

U hebt wellicht vernomen dat we pas vorige week de website van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie hebben ingehuldigd. Dit wordt alvast ook een zeer nuttig instrument voor de toekomst. We zitten nu echt in de beginfase van modernisering.

In afwachting, kunnen de Brusselaars beroep doen op de rechtenverkenner voor wat de federale rechten betreft.

Wij denken dat het zeker de moeite loont voor alle burgers in Brussel, zeker gezien het aantal kansarme bevolkingsgroepen, toegang te verlenen tot een dergelijke website. Weten waar elke burger recht op heeft en waar hij/zij de goede informatie kan verkrijgen, is zeker een meerwaarde. De GGC kan zeker een coördinatierol opnemen.

Tot heden zijn er geen contacten gelegd ten aanzien van de Franse Gemeenschap en de Franse Gemeenschapscommissie, maar uw vraag kan zeker een aanleiding zijn om de gesprekken opnieuw aan te gaan in een nabije toekomst. We kunnen ook een initiatief nemen en alle gemeenten vragen of zij bereid zijn aan dit project mee te werken.

ser des travaux au sujet de matières régionales. Dans le passé, il a été tenté d'étendre la collaboration avec la Commission communautaire commune.

Un suivi n'a cependant pas été effectué immédiatement, car un certain nombre de difficultés pratiques et financières ont posé problème.

À Bruxelles, des contacts doivent être pris avec toutes les autorités et les différents niveaux afin de pouvoir proposer un projet global. En outre, toutes les communications doivent se faire dans les deux langues; le bilinguisme a également un prix et prend beaucoup de temps. Il faut en outre dresser un inventaire au sein de chaque compétence.

Vous avez probablement appris que nous avons enfin inauguré le site web de la Commission communautaire commune la semaine passée. Ce site web deviendra certainement un instrument très utile pour l'avenir. Nous nous situons maintenant vraiment dans la phase initiale de la modernisation.

Dans l'intervalle, les Bruxellois peuvent faire appel à l'exploiteur de droits pour ce qui concerne les droits fédéraux.

Nous pensons qu'il vaut vraiment la peine de garantir à tous les citoyens de Bruxelles l'accès à un tel site, surtout vu le nombre de groupes de population défavorisés. Le fait de savoir à quoi tous les citoyens ont droit et où ils/elles peuvent obtenir des informations correctes, constitue sans aucun doute une plus-value. La COCOM peut certainement assumer un rôle de coordination à ce niveau-là.

Jusqu'à présent, aucun contact n'a été pris avec la Communauté française, ni avec la Commission communautaire française, mais votre question peut vraisemblablement être l'occasion de reprendre les négociations dans un futur proche. Nous pouvons également prendre l'initiative et demander à toutes les communes si elles sont disposées à collaborer à ce projet.

Vraag nr. 56 van de heer Michel Colson d.d. 10 november 2011 (Fr.) :

Erkenningssnormen voor rusthuizen.

Het besluit van het Verenigd College van 8 september 2011 brengt enkele wijzigingen aan in het besluit van 3 december 2009 tot vaststelling van de erkenningsnormen waaraan de voorzieningen voor opvang of huisvesting van bejaarden moeten voldoen alsmede tot nadere omschrijving van de groepering en de fusie en de bijzondere normen waaraan deze moeten voldoen.

Het besluit regelt onder meer het probleem van de nachtdienst en verhoogt onder bepaalde voorwaarden de mogelijkheid om personen van minder dan 60 jaar oud op te vangen in rusthuizen tot 10 %.

Ik zou u meer vragen wil stellen over artikel 16, dat betrekking heeft op de bijlagen 1 en 2 en op de verrekening, vanaf 13 oktober 2011, van het incontinentiemateriaal in de dagprijs.

Question n° 56 de M. Michel Colson du 10 novembre 2011 (Fr.) :

Les normes d'agrément des maisons de repos.

L'arrêté du Collège réuni du 8 septembre 2011 apporte certaines modifications à l'arrêté du 3 décembre 2009 fixant les normes d'agrément auxquelles doivent répondre les établissements d'accueil ou d'hébergement des personnes âgées et précisant les définitions de groupement et de fusion ainsi que les normes particulières qu'ils doivent respecter.

Cet arrêté règle notamment le problème de la garde de nuit, porte à 10 % sous conditions la possibilité d'admettre des personnes de moins de 60 ans en maison de repos.

Je souhaiterais plus particulièrement vous interroger sur l'article 16, qui concerne les annexes 1 et 2, et l'inclusion dans le prix de la journée du matériel d'incontinence à partir du 13 octobre 2011.

Werd dat punt besproken met de sector ? Wat was zijn standpunt ?

Hoe staat het met de verrekening van het incontinentiemateriaal in de dagprijs ?

Kan de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie enkele maanden van administratieve soepelheid getuigen om de beheerders de nodige tijd te gunnen om de dagprijs aan te passen ?

Antwoord : De norm die betrekking heeft op de prijs van incontinentiemateriaal vindt men in het aanhangsel 5 van het protocol van 1 januari 2003 en betreft het te voeren ouderenzorgbeleid inzake de prijzen die toegepast worden in de instellingen voor opvang of huisvesting van bejaarden.

In functie van hun bevoegdheden hebben de gemeenschappen en gewesten via dit aanhangsel zich verbonden om de nodige wettelijke en reglementaire bepalingen te nemen of aan te passen om de dagprijzen en de te verwachten eindfactuur zo transparant mogelijk te maken.

Een daarbij gevoegde lijst voorzag namelijk in de solidarisering van de prijs van incontinentiemateriaal; deze lijst werd als dusdanig in de wetgeving van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie opgenomen.

De logica achter dit aanhangsel met betrekking tot deze vraag was dat de minister van Gezondheid federale maatregelen wenste te ontwikkelen inzake incontinentie ten aanzien van bejaarden. Dit was onmogelijk zolang er grote discrepanties waren op Belgisch niveau. Alleen de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie en de Franse Gemeenschapscommissie hadden in hun wetgeving niet voorzien om de prijs van incontinentiemateriaal te solidariseren. Met dit aanhangsel hebben wij er ons toe verbonden om de wetgeving te wijzigen teneinde overeenstemming te bereiken met wat de andere deelstaten reeds terzake in hun eigen wetgeving hadden bepaald.

Ce point particulier a-t-il fait l'objet de discussions avec le secteur ? Quelle était la position de celui-ci ?

Qu'en est-il de la mise en œuvre du prix du matériel d'incontinence dans le prix de la journée ?

Est-il envisageable que la Cocom témoigne d'une souplesse administrative de quelques mois afin de laisser le temps au gestionnaire d'inclure ce matériel dans le prix ?

Réponse : La norme relative au prix du matériel d'incontinence provient de l'avenant 5 au protocole 2 du 1^{er} janvier 2003, concernant la politique de santé à mener à l'égard des personnes âgées et portant sur les prix qui sont appliqués en institutions d'accueil ou d'hébergement pour personnes âgées.

Par cet avenant, les communautés et régions, en fonction des compétences qu'elles détiennent, se sont engagées à prendre ou à adapter leurs dispositions légales et réglementaires pour garantir la plus grande transparence dans les prix d'accueil ou d'hébergement et dans la facture finale.

Une liste y annexée prévoyait notamment la solidarisation du prix du matériel d'incontinence; cette liste a été reprise comme telle dans la législation de la Commission communautaire commune.

La logique de cet avenant pour cette question était que la ministre de la santé souhaitait développer des mesures fédérales à l'égard des personnes âgées concernant l'incontinence. Ce qui n'était pas possible tant qu'il y avait des disparités importantes au niveau de la Belgique. Or, seules la Commission communautaire commune et la Commission communautaire française n'avaient pas prévu dans leur législation de solidariser le prix du matériel d'incontinence. C'est par cet avenant que nous nous sommes engagés à modifier la législation pour nous aligner sur ce que toutes les autres entités fédérées avaient déjà prévus dans leurs propres législations.

Vraag nr. 57 van de heer René Coppens d.d. 12 december 2011 (N.) :

De noodopvang voor asielzoekers.

Tijdens de plenaire vergadering van de Verenigde Vergadering van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie die plaatsvond op 2 december 2012 werd u geïnterpleteerd omtrent de oproep van de federale overheid voor extra plaatsen in de noodopvang voor asielzoekers. In navolging van dit debat had ik graag van het collegelid het antwoord vernomen op nog enkele meer technische vragen :

1. Kan u ons een overzicht bezorgen van het aantal aanvragen om hulp vanwege asielzoekers die hij de Brusselse OCMW's de voorbije maanden zijn binnengekomen ?
2. Werd het winterplan 2010-2011 geëvalueerd ? Zo ja, welke zijn de conclusies van deze evaluatie ? Zo neen, waarom niet ?

Question n° 57 de M. René Coppens du 12 décembre 2011 (N.) :

L'accueil d'urgence des demandeurs d'asile.

Lors de la séance plénière de l'Assemblée réunie de la Commission communautaire commune qui s'est tenue le 2 décembre 2012, une interpellation vous a été adressée au sujet de l'appel du Gouvernement fédéral en faveur de places supplémentaires d'accueil d'urgence pour demandeurs d'asile. Suite à ce débat, je souhaiterais encore poser quelques questions plus techniques aux membres du Collège.

1. Pouvez-vous nous fournir un relevé du nombre de demandes d'aide émanant de demandeurs d'asile qui ont été introduites auprès des CPAS bruxellois ces derniers mois ?
2. Le plan hiver 2010-2011 a-t-il été évalué ? Dans l'affirmative, quelles sont les conclusions de cette évaluation ? Dans la négative, pourquoi pas ?

3. Werden er afspraken gemaakt met de federale overheid over de opvang van asielzoekers voor de komende winter ? Zijn er desgevallend ook reeds budgettaire afspraken hieromtrent ?
4. Hoeveel opvangplaatsen zijn er voorzien voor dag- en nachtopvang binnen ons Gewest ?

Antwoord : Graag geven wij u de volgende antwoorden op uw vragen :

1. Op dit moment kunnen wij u geen cijfers bezorgen inzake het aantal asielzoekers die bij de Brusselse OCMW's aangeklopt hebben. De Vereniging Stad en Gemeente heeft POD-MI gevraagd hoeveel asielzoekers geen plaats toegewezen kregen in een opvangcentrum en hoeveel asielzoekers door de OCMW's geholpen werden. Hierop kwam nooit een antwoord. Voor uw informatie : het aantal niet toegewezen asielzoekers code 207 was in november 2011 427. Het gecumuleerde aantal sinds 12 oktober 2009 is 11.580.

2. Het winterplan 2010-2011 werd geëvalueerd door de verschillende betrokken actoren, namelijk vzw SAMU social, vzw Diogenes, de gemeente Etterbeek, vzw La Strada. Een evaluatiedag werd georganiseerd op woensdag 8 juni 2011 met de sector.

De verschillende verslagen zijn terug te vinden op de site van vzw La Strada.

Verschillende aanbevelingen werden opgesomd, onder andere :

- vaste gebouwen om te vermijden dat men elk jaar opnieuw moet zoeken;
- liefst « kleinere » gebouwen;
- een veel betere communicatie naar de sector en samenwerking onderling;
- genoeg middelen voorzien om de organiserende vzw tijdig te kunnen betalen.

3. De vorige federale regering (lopende zaken) nam nog een initiatief naar aanleiding van de ministerraad van 16 november laatstleden om een crisiscel te laten oprichten binnen het federaal Crisisopvangcentrum. De bedoeling is een reeks experten van de sector samen te brengen. Er vonden reeds 2 vergaderingen plaats. Één met de vertegenwoordigers van de ministers in lopende zalen en één met enkele vertegenwoordigers van de nieuwe regering. Toen werd een oproep gelanceerd om nieuwe gebouwen te vinden voor een 3000-tal personen, alle categorieën door één, opdat niemand dakloos zou zijn tijdens de wintermaanden. Fedasil zou een onderzoek leiden naar gebouwen. Eens een resultaat gevonden is, zal de crisiscel opnieuw samengeroepen worden. Er zijn vanuit federaal tot nu toe geen bijkomende middelen beloofd, ondanks de vele vragen gesteld.

4. Binnen ons gewest doorheen het jaar zijn er de volgende plaatsen voorzien :

3. Des accords ont-ils été passés avec l'autorité fédérale concernant l'accueil des demandeurs d'asile l'hiver prochain ? Le cas échéant, des accords budgétaires ont-ils également déjà été conclus à cet égard ?

4. Combien de places d'accueil de jour et de nuit ont-elles été prévues dans notre Région ?

Réponse : Veuillez trouver ci-dessous les réponses à vos questions :

1. Nous sommes actuellement dans l'incapacité de vous fournir des chiffres en ce qui concerne le nombre de demandeurs d'asile qui ont sollicité de l'aide auprès des CPAS bruxellois. L'Association de la Ville et des Communes a demandé au SPP-IS le nombre de demandeurs d'asile qui ne se sont pas vu attribuer une place dans un centre d'accueil et le nombre de demandeurs d'asile qui ont été aidés par les CPAS. Aucune réponse n'a été donnée. Pour votre information : le nombre de demandeurs d'asile à qui aucun lieu de séjour n'a été attribué (code 207) s'élevait à 427 en novembre 2011. Le nombre cumulé depuis le 12 octobre 2009 est de 11.580.

2. Différents acteurs concernés ont évalué le plan hivernal 2010-2011, à savoir l'ASBL Samusocial, l'ASBL Diogenes, la commune d'Etterbeek, l'ASBL La Strada. Un après-midi d'évaluation a été organisé le mercredi 8 juin 2011 avec le secteur.

Les différents rapports peuvent être consultés sur le site de l'asbl La Strada.

Différentes recommandations ont été énumérées, notamment :

- des établissements fixes afin d'éviter de devoir chercher de nouveaux établissements chaque année;
- mieux vaut un établissement « plus petit »;
- une communication bien meilleure envers le secteur et une collaboration entre les collaborateurs;
- la prévision de moyens suffisants afin de pouvoir payer à temps l'ASBL organisatrice.

3. Le précédent gouvernement fédéral (affaires courantes) a encore pris une initiative suite au conseil des ministres du 16 novembre dernier. Cette initiative consiste à créer une cellule de crise au sein du centre d'accueil et de crise fédéral. L'objectif est de rassembler une série d'experts du secteur. Deux réunions ont déjà eu lieu. Une réunion avec les représentants des ministres en affaires courantes et une avec certains représentants du nouveau gouvernement. Un appel a alors été lancé pour trouver de nouveaux bâtiments pour quelques 300 personnes, toutes catégories confondues, de manière à ce que personne ne se retrouve sans abri pendant les mois d'hiver. Fedasil doit mener une étude au sujet des bâtiments. Dès qu'un résultat est atteint, la cellule de crise se rassemblera à nouveau. Jusqu'à présent, le fédéral n'a pas promis de moyens supplémentaires, en dépit des nombreuses demandes.

4. Notre Région prévoit les places suivantes tout au long de l'année :

<p>Urgente opvang :</p> <ul style="list-style-type: none">– 110 plaatsen bij de vzw SAMU social (gemengd);– 48 plaatsen bij vzw Hoeksteen (alleenstaande mannen);– 33 plaatsen bij vzw Hoeksteen (families). <p>Aanvullend voor de winter komen er 400 plaatsen bij in de Koningsstraat, waarbij de GGC 1.000.000 EUR subsidieert.</p> <p>Totaal budget voor 2012 : 3.363.000 EUR.</p> <p>Dagcentra :</p> <p>We hebben 9 dagcentra (aantal plaatsen variërend) voor een totale subsidie van 400.000 EUR.</p> <p>Onthaaltehuizen :</p> <p>Er zijn in totaal 136 erkende plaatsen voor een totaal budget van 2.054.000 EUR binnen het budget van de GGC.</p> <p>Bijkomend erkent de COCOF 632 plaatsen in de onthaaltehuizen en de Vlaamse Gemeenschap 116 plaatsen.</p> <p>Dus, in totaal voorziet ons Gewest 1.075 plaatsen.</p>	<p>Accueil d'urgence :</p> <ul style="list-style-type: none">– 110 places à l'ASBL SAMU social (mixte);– 48 places à l'ASBL Pierre d'Angle (hommes seuls);– 33 places à l'ABSL Pierre d'Angle (familles). <p>Pour l'hiver, 400 places supplémentaires seront créées à la rue Royale, grâce à une subvention de la COCOM d'un million EUR.</p> <p>Budget total pour 2012 : 3.363.000 EUR.</p> <p>Centres de jour :</p> <p>Nous comptons 9 centres de jour (le nombre de places varie) pour une subvention totale de 400.000 EUR.</p> <p>Maisons d'accueil :</p> <p>Au total, il y a 136 places agréées pour un budget total de 2.054.000 EUR dans le budget de la COCOM.</p> <p>En outre, 632 places sont agréées par la COCOF dans des maisons d'accueil et 116 places par la Communauté flamande.</p> <p>Notre Région prévoit donc au total 1.075 places.</p>
<p>Vraag nr. 58 van de heer Pierre Migischa d.d. 23 december 2011 (Fr.) :</p> <p><i>Thuiszorgdiensten.</i></p> <p>De thuiszorgdiensten vormen een essentiële schakel om bejaarden thuis te kunnen laten wonen. Om die reden heeft de VGC zich in het regeringsakkoord tot doel gesteld die sector te steunen door de aanwerving van extra personeel en door de verhoging van het aantal gesubsidieerde uren, dat bij besluit was vastgesteld in 2008. Kennelijk hebben sommige diensten moeite om te voldoen aan de aanvragen, en maken ander sedert enkele jaren te weinig gebruik van het aantal uren dat hen toegekend is (zichtbaar in de begroting door een groot verschil tussen de kredieten in de initiële begroting en in de aangepaste begroting. Tijdens de begrotingsbesprekingen op het einde van 2011, had u aangekondigd dat het aantal gesubsidieerde uren niet zou verhoogd worden als het niet volledig wordt gebruikt door de diensten.</p> <p>Daarom wens ik volgende informatie te krijgen :</p> <ul style="list-style-type: none">– Het bedrag van de subsidie die toegekend is per (openbare en private) dienst in 2009, 2010, 2011 ?– Het aantal gepresteerde uren per (openbare en private) dienst in 2009, 2010, 2011 ?– Het aantal begunstigden per (openbare en private) dienst in 2009, 2010, 2011 ?– Het aantal VTE gezinshulp en het aantal VTE huishoudelijke hulp dienst in 2009, 2010, 2011 ?	<p>Question n° 58 de M. Pierre Migisha du 23 décembre 2011 (Fr.) :</p> <p><i>Les services d'aide à domicile.</i></p> <p>Les services d'aide à domicile sont un maillon essentiel pour relever le défi du maintien à domicile des personnes âgées. C'est pourquoi la COCOM s'est donné comme objectif dans l'accord de gouvernement de soutenir ce secteur via l'engagement de professionnels supplémentaires et l'augmentation des quotas d'heures subventionnées, celui-ci ayant été fixé par arrêté en 2008. Toutefois, il semblerait que si certains services ne parviennent pas à satisfaire la demande qui leur est adressée, d'autres sous-utilisent depuis un certain nombre d'années leur contingent d'heures. Cette sous-utilisation est visible au budget par une importante différence entre les crédits à l'initial et ceux à l'ajustement. Lors de la discussion du budget fin 2011, vous aviez annoncé que les quotas d'heures subventionnées ne seraient pas augmentés si ceux-ci ne sont pas entièrement remplis par les services.</p> <p>J'aimerais donc savoir, Madame la ministre :</p> <ul style="list-style-type: none">– Quel est le montant du subside attribué par services (publics et privés) en 2009, 2010, 2011 ?– Quel est le nombre d'heures qui ont été prestées par services (publics et privés) en 2009, 2010, 2011 ?– Quel est le nombre de bénéficiaires par services (publics et privés) en 2009, 2010, 2011 ?– Quel est le nombre d'ETP aides familiales et le nombre d'ETP aides ménagères par services en 2009, 2010, 2011 ?

Antwoord : Naar aanleiding van uw vraag vindt u in bijlage (*) de tabellen met de gegevens die u gevraagd hebt. De informatie voor 2012 is nog niet bekend, aangezien de afrekeningen vanaf april 2012 worden gemaakt.

Zoals u kan vaststellen, hebben de diensten in 2009 het volledige urenquotum opgebruikt, wat in 2010 niet het geval was.

Voor het ogenblik denken wij na over dit probleem. Het is inderdaad belangrijk om na te gaan waarom niet alle uren gepresteerd werden. Zo kunnen we de diensten helpen om de bestaande hindernissen weg te werken. Bovendien is in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest zopas een studie van start gegaan over de programmering van de diensten voor bejaarden. Dit onderzoek zal meer duidelijkheid scheppen in de evaluatie van de behoeften.

Bijlagen : 2 (*)

(*) (De bijlagen zullen niet gepubliceerd worden, maar blijven ter beschikking voor raadpleging op de Griffie of via de website van het Parlement.)

Vraag nr. 60 van de heer Didier Gosuin d.d. 23 februari 2012 (Fr.) :

Analyse van de schuld van de gemeentelijke OCMW's per 31 december 2010.

Graag had ik, op basis van de bedragen van de schuld per lening op 31 december 2010 in de buitengewone begroting en voor elk OCMW afzonderlijk, vernomen welke maatregelen er zijn getroffen om de schulden van die organen waarop u toezicht uitoefent binnen de perken te houden.

Antwoord : In bijlage vindt u de tabel met de schuldenlast per OCMW zoals die opgenomen is in de Rekeningen 2010 van de 19 OCMW's.

Het Verenigd College is niet bevoegd om eventueel maatregelen te treffen om de schuldenlast te beperken, met uitzondering van de richtlijnen die worden verstrekt in de budgettaire omzendbrieven.

De begrotingen en rekeningen van de OCMW's zijn onderworpen aan de goedkeuring van de gemeenteraad overeenkomstig de artikelen 88 en 89 van de organieke wet van 1976. Alleen deze instantie zou dus maatregelen kunnen nemen. Bovendien laat artikel 26bis van de organieke wet toe om voorafgaandelijk overleg te plegen tussen het OCMW en de gemeente met betrekking tot de begroting vooraleer deze aan de raad wordt voorgelegd.

Enkel in geval van niet-goedkeuring van de begroting of rekening door de gemeenteraad, kan het Verenigd College ingrijpen en op deze wijze desgevallend maatregelen treffen.

Réponse : Suite à votre question, vous trouverez ci-joint les tableaux (*) reprenant les données que vous nous avez demandées. L'information pour 2011 n'est cependant pas encore connue, les décomptes étant réalisés à partir du mois d'avril 2012.

Comme vous pourrez le constater, en 2009, les services ont ensemble réalisé l'entièreté du contingent. Cela ne fut cependant pas le cas en 2010.

Nous menons pour l'instant une réflexion à ce sujet. Il est en effet important de comprendre pourquoi ces heures ne sont pas entièrement prestées afin de pouvoir aider les services à lever les obstacles existants. De plus, une étude sur la programmation des services qui s'adressent aux personnes âgées vient d'être lancée sur la Région de Bruxelles-Capitale, et nous permettra de voir plus clair au niveau de l'évaluation des besoins.

Annexes : 2 (*)

(*) (Les annexes ne seront pas publiées mais resteront disponibles pour consultation au Greffe ou via le site du Parlement.)

Question n° 60 de M. Didier Gosuin du 23 février 2012 (Fr.) :

Analyse des montants de dettes CPAS communales au 31 décembre 2010.

Sur la base des montants des dettes contractées par emprunt au 31 décembre 2010 à l'extraordinaire, CPAS par CPAS, je souhaite connaître les mesures qui ont été prises afin de limiter l'endettement de ces institutions sous votre tutelle.

Réponse : Ci-joint, vous trouverez le tableau reprenant l'endettement des CPAS, comme inscrit dans les Comptes 2010 des 19 CPAS.

Le Conseil réuni n'est pas compétent pour prendre des mesures éventuelles visant à limiter l'endettement, à l'exception des lignes directrices fournies dans les circulaires budgétaires.

Les budgets et les comptes des CPAS sont soumis à l'approbation du conseil communal, conformément aux articles 88 et 89 de la loi organique de 1976. Seul cet organisme pourrait donc prendre des mesures. En outre, l'article 26bis de la loi organique autorise la consultation préalable entre le CPAS et la commune en ce qui concerne le budget avant que celui-ci ne soit soumis au conseil communal.

C'est uniquement en cas de non-approbation du budget ou des comptes par le conseil communal que le Collège réuni peut intervenir et le cas échéant prendre des mesures.

2010 – 2010	A : > 1 jaar – A : > 1 an	B : 1.701 – B : 1.701	C : Aflossingen – C : Remboursements	Totaal A-B+C – Total A-B+C
Anderlecht	10.524.917,28	45.215,90	273.397,64	10.753.099,02
Oudergem / Auderghem	7.554.327,92	441.647,11	19.270,72	7.131.951,53
Berchem	470.221,28	537,93	6.772,03	476.455,38
Brussel / Bruxelles	157.081.526,85	630.488,15	888.432,35	157.339.471,05
Evere	2.068.112,42	7.140,71	24.810,41	2.085.782,12
Etterbeek	728.687,73	9.643,29	68.977,29	788.021,73
Vorst / Forest	12.979.594,91	0,00	1.436,89	12.981.031,80
Ganshoren	2.135.444,92	138.169,21	106.092,70	2.103.368,41
Elsene / Ixelles	13.381.155,85	19.997,07	27.791,01	13.388.949,79
Jette	5.450.825,94	4.931,57	157.005,08	5.602.899,45
Koekelberg	442.030,27	6.595,18	30.445,24	465.880,33
Molenbeek	4.910.674,81	0,00	206.109,42	5.116.784,23
Sint-Gillis / Saint-Gilles	2.726.074,71	0,00	67.882,74	2.793.957,45
Sint-Joost / Saint-Josse	8.834.840,98	0,00	147.115,71	8.981.956,69
Schaarbeek / Schaerbeek	6.217.934,84	64.686,56	291.646,95	6.444.895,23
Ukkel / Uccle	3.014.756,48	14.913,45	71.105,43	3.070.948,46
Watermaal / Watermael	2.557.554,35	34.401,73	86.594,07	2.609.746,69
St-Lambrechts-Woluwe / Wol.-St-Lambert	12.512.446,76	0,00	156.524,64	12.668.971,40
St-Pieters-Woluwe / Woluwe-St-Pierre	5.567.359,92	0,00	65.897,79	5.633.257,71
Totaal / Total	259.158.488,22	1.418.367,86	2.697.308,11	260.437.428,47

A : De leningen / schulden op meer dan één jaar

B : Leningen aangegaan door het OCMW en terugbetaald door de centrale overheid of andere publiekrechtelijke instellingen

C : De periodieke aflossingen van de leningen (te betalen op ten hoogste één jaar)

D : De schuld is het totaal aan schulden op lange termijn verminderd met de schulden die worden betaald door derden. De aflossingen die op deze schulden betaald dienen te worden binnen een jaar worden hierbij opgeteld om te komen tot een bedrag dat de werkelijke schuldenlast dekt.

Voor Schaarbeek werden de cijfers voor het jaar 2009 genomen.

**Vraag nr. 61 van mevr. Caroline Persoons d.d. 2 maart 2012
 (Fr.) :**

Ordonnantie betreffende de assistentiehonden.

De ordonnantie van 18 december 2008 betreffende de toegang van de assistentiehonden tot de openbare plaatsen bepaalt in artikel 6 dat elke gehandicapte persoon die vindt dat de bepalingen van de ordonnantie jegens hem niet worden nageleefd een klacht kan indienen. De klachten kunnen worden ingediend bij het bestuur van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie en de boete kan gaan van 50 tot 100 EUR.

Kunnen de leden van het Verenigd College me mededelen :

- Hoeveel klachten er in 2009, 2010 en 2011 zijn ingediend ?

A : Les emprunts / endettements sur plus d'un an

B : Emprunts contractés par le CPAS et remboursés par les autorités centrales ou d'autres organismes de droit public

C : Les remboursements périodiques des emprunts (à payer sur un an maximum)

D : La dette est le total des dettes à long terme diminué par les dettes payées par des tiers. Les remboursements à payer sur un an maximum sont additionnés afin d'obtenir le montant de la dette réelle.

Pour Schaarbeek, les chiffres mentionnés sont ceux de l'année 2009.

**Question n° 61 de Mme Caroline Persoons du 2 mars 2012
 (Fr.) :**

Ordonnance relative aux chiens d'assistance.

L'ordonnance du 18 décembre 2008 relative à l'accès des chiens d'assistance aux lieux ouverts au public prévoit en son article 6 une possibilité de plainte, pour toute personne handicapée qui s'estime lésée par le non-respect à son égard des dispositions de l'ordonnance. Les plaintes peuvent être introduites auprès du service de l'administration de la Commission communautaire commune. L'amende peut s'élever de 50 EUR à 100 EUR.

Les honorables membres du Collège réuni peuvent-elles m'indiquer :

- Le nombre de plaintes déposées en 2009, 2010, 2011 ?

- Welk gevolg daaraan is gegeven (aantal onontvankelijke klachten, aantal ontvankelijke en gegrondte klachten, aantal verworpen klachten ...) ?
- De voornaamste redenen om een klacht in te dienen (klachten in verband met een private locatie of van de openbare sector) ?

Antwoord : Artikel 6 van de ordonnantie van 18 december 2008 betreffende de toegang van assistentiehonden tot voor het publiek toegankelijke plaatsen voorziet inderdaad in de mogelijkheid voor personen met een handicap die zich benadeeld voelen om een klacht in te dienen. De procedure voor de behandeling van klachten wordt uitgelegd in artikel 15 van het uitvoeringsbesluit van de ordonnantie van 18 december.

In bijlage vindt u een tabel met een antwoord op uw drie vragen over deze ordonnantie :

- aantal klachten ingediend in 2009, 2010 en 2011 ?
- de gevolgen die aan deze klachten zijn gegeven ?
- de voornaamste oorzaken van deze klachten ?

Zoals u kunt zien, zijn er weinig klachten bij onze administratie ingediend. In 2009, 2010 en 2011 waren er in totaal drie klachten. Er moet worden opgemerkt dat de administratie in 2009 waarschijnlijk geen enkele klacht heeft ontvangen, want het uitvoeringsbesluit is van 22 oktober 2009. De voornaamste oorzaken voor de indiening van een klacht verschillen. De gevolgen die aan een klacht zijn gegeven zijn altijd positief.

- Les suites réservées à ces plaintes (nombre de plaintes irrecevables ou recevables et fondées, nombre de rejets ...) ?

- Les raisons principales de plaintes (plaintes par rapport à des lieux privés ou du secteur public) ?

Réponse : L'ordonnance du 18 décembre 2008 relative à l'accès des chiens d'assistance aux lieux ouverts au public, en son article 6, prévoit effectivement la possibilité pour les personnes en situation de handicap se sentant lésées d'introduire une plainte. La procédure de traitement des plaintes est explicitée à l'article 15 de l'arrêté d'exécution de l'ordonnance du 18 décembre.

Vous trouverez, ci-annexé, un tableau répondant à vos trois questions relatives à cette ordonnance :

- nombre de plaintes déposées en 2009, 2010 et 2011 ?
- les suites réservées aux plaintes ?
- les raisons principales des plaintes ?

Comme vous pouvez le constater peu de plaintes à ce sujet ont été déposées à notre administration. Pour les années 2009, 2010 et 2011, on compte un total de trois plaintes. Il est à noter qu'en 2009, l'administration n'a probablement reçu aucune plainte car l'arrêté d'exécution date du 22 octobre 2009. Les raisons principales du dépôt des plaintes varient. Les suites réservées sont toujours positives.

Bijlage – Annexe

	2009	2010	2011
Aantal ingediende klachten	0	1	2
Nombre de plaintes déposées	0	1	2
Voornaamste oorzaken van deze klachten	Nihil	Weigering van toegang van een persoon met een assistentiehond tot de cafetaria van een ziekenhuis	<ol style="list-style-type: none"> 1. Weigering van toegang van een persoon met een assistentiehond tot collectieve taxi's 2. Weigering van toegang van een persoon met een assistentiehond in een privé-eethuis
Raisons principales des plaintes	Néant	Refus d'accès d'une personne et son chien à la cafétéria d'un hôpital	<ol style="list-style-type: none"> 1. Refus d'accès d'une personne et son chien aux taxis collectifs 2. Refus d'accès d'une personne et de son chien à un snack privé
Gevolgen die aan de klachten zijn gegeven	Nihil	Succesvolle en opbouwende contacten tussen de administratie en het ziekenhuis waar naar aanleiding van de klacht een reeks maatregelen werd getroffen om de ziekenhuisdiensten (met inbegrip van cafetaria) bewust te maken rond de toegankelijkheid van het ziekenhuis voor	<ol style="list-style-type: none"> 1. Succesvolle en opbouwende contacten tussen de administratie en de collectieve taxidienst die de taxichauffeurs naar aanleiding van de klacht heeft herinnerd aan het geldende reglement (dat nochtans vooraf duidelijk verspreid werd door de dienst) 2. Klacht gericht aan de administratie via mail door het Centrum voor de gelijkheid

Suites réservées aux plaintes	Néant	<p>mensen met een assistentiehond (binnen de beperkingen van het reglement)</p> <p>Contacts fructueux et constructifs entre l'administration et l'hôpital qui, suite à la plainte, a pris une série de mesures afin de mieux conscientiser tous les services de l'hôpital (cafétéria y compris) à l'accès des chiens d'assistance à l'hôpital (dans les limites de la réglementation)</p>	<p>van kansen. De administratie heeft deze klacht niet kunnen behandelen om dat de klager de klacht niet persoonlijk heeft ingediend volgens de bestaande procedure.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Contacts fructueux et constructifs entre l'administration et le service de taxis collectifs qui, suite à la plainte, a rappelé la réglementation en vigueur (ourtant préalablement clairement diffusée par ce service) à tous ses taximen 2. Plainte adressée à l'administration par mail par le Centre de l'égalité des chances. L'administration n'a pas pu traiter cette plainte car le plaignant ne l'a pas personnellement introduite selon la procédure existante.
-------------------------------	-------	---	---

Ministers bevoegd voor het Openbaar Ambt

Vraag nr.15 van mevr. Anne Herscovici d.d. 25 november 2011
 (Fr.) :

Schoonmaken van de kantoren van de GGC-administratie.

In september laatstleden zag u ongetwijfeld de grootscheepse campagne voor het schoonmaken van kantoren tijdens de dag in de bussen van de MIVB, De Lijn en de TEC. De campagne had als slogan « Overdag schoonmaken ? Dag en nacht verschil ! », en was een initiatief van de ABVV, het ACV en de Algemene Belgische Schoonmaakunie met de bedoeling iedereen bewust te maken van de sociale, kwalitatieve en ecologische voordelen van de overstap van onderbroken werk ('s ochtends vroeg of 's avonds laat) naar werkuren tijdens de dag, naar klassieke zowel voor de technici, hun bedrijf als voor de klanten zelf. Het doelpubliek van de campagne : bedrijven en openbare instellingen, onder andere administraties.

- Kan u me zeggen welke werkuren gelden voor de technici die zich bezighouden met het schoonmaken van de kantoren van de GGC-administratie ?
- Bevat het bestek voor het schoonmaakbedrijf verplichtingen inzake de uren ? Zo ja, wat verantwoordt dat ?
- Bevat het bestek sociale en ecologische clauses ? Zo ja, dewelke ?

Ministres compétents pour la Fonction publique

Question n° 15 de Mme Anne Herscovici du 25 novembre 2011
 (Fr.) :

Le nettoyage des bureaux de l'administration de la Commission communautaire commune.

Vous avez sans doute remarqué cette campagne de grande envergure pour le nettoyage des bureaux en journée qui s'est affichée en septembre dernier sur les bus de la STIB, De Lijn et du TEC. Son slogan : « Nettoyage en journée ? Un monde de différence ! ». À l'origine de cette campagne, la FGTB, la CSC et l'Union générale belge du nettoyage. Objectif : sensibiliser tout un chacun aux avantages sociaux, qualitatifs et environnementaux générés par le passage d'horaires coupés (tôt le matin ou tard le soir) à des horaires classiques de journée tant pour les technicien(ne)s de surface, leur entreprise que pour les clients eux-mêmes. Parmi le public cible de cette campagne : les entreprises et les institutions publiques dont les administrations.

J'en viens donc à mes questions :

- Pouvez-vous me dire quels horaires effectuent les technicien(ne)s de surface affecté(e)s au nettoyage des bureaux de l'administration de la Commission communautaire commune ?
- Le cahier des charges imposé à l'entreprise de nettoyage comporte-t-il une obligation horaire ? Si oui, quelle en est la justification ?
- Le cahier des charges contient-il des clauses sociales et des clauses environnementales ? Si oui, quelles sont-elles ?

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

Dit is passage van het arbeidsreglement wat betreft het onderhoudspersoneel :

« stamtijden :

van 7.00 u. tot 12.06 u. of
van 9.00 u. tot 14.06 u.,
met een pauze van een half uur;
van 16.00 u. tot 19.00 u ».

De administratie van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie beschikt over haar eigen onderhoudspersoneel. Er is dus geen openbare aanbesteding noch bestek.

In antwoord op een kabinetnota van februari 2009 heeft de administratie aangegeven dat het milieuaspect een criterium is waar rekening mee wordt gehouden voor haar werking en in het bijzonder voor de aankoop van onderhoudsproducten.

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

Voici l'extrait du règlement de travail en ce qui concerne l'horaire du personnel d'entretien :

« plages fixes :

de 7 h. à 12 h. 06 ou
de 9 h. à 14 h. 06,
avec pause d'une demi-heure;
de 16 h. à 19 h. ».

L'administration de la Commission communautaire commune dispose de son propre personnel d'entretien. Il n'y a dès lors pas de marché public ni de cahier des charges.

En réponse à une note de cabinet de février 2009, l'administration a signalé que l'aspect environnemental est un critère pris en compte pour son fonctionnement et plus particulièrement pour les achats de produits d'entretien.

ZAAKREGISTER – SOMMAIRE PAR OBJET

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

Voorzitter van het Verenigd College Président du Collège réuni

02.10.2009	1	Françoise Schepmans	*	Samenstelling en organisatie van het kabinet. La composition et l'organisation de votre cabinet.	3
27.06.2011	2	Johan Demol	*	De samenstelling van het kabinet. La composition de votre cabinet.	3
27.06.2011	3	Johan Demol	**	Externe experts, uitzendkrachten en jobstudenten op het kabinet. Les experts externes, les travailleurs intérimaires et les étudiants jobistes de votre cabinet.	7
27.06.2011	4	Johan Demol	**	De wagens op het kabinet. Les voitures de votre cabinet.	8
27.06.2011	5	Johan Demol	**	De (vliegtuig)reizen van het kabinet. Les voyages (en avion) de votre cabinet.	8
28.10.2011	6	Paul De Ridder	**	<i>De aanwezigheid van een minister van de Vlaamse regering op de vergaderingen van het Verenigd College.</i> <i>La présence d'un ministre du gouvernement flamand aux réunions du Collège réuni.</i>	9
28.10.2011	7	Paul De Ridder	**	<i>De aanwezigheid van een minister van de regering van de Franse Gemeenschap op de vergaderingen van het Verenigd College.</i> <i>La présence d'un ministre du gouvernement de la Communauté française aux réunions du Collège réuni.</i>	10

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

02.10.2009	1	Françoise Schepmans	*	Samenstelling en organisatie van het kabinet (Cerexhe). La composition et l'organisation de votre cabinet (Cerexhe).	3
10.09.2010	16	Bianca Debaets	*	De kwaliteit van zorg in ziekenhuizen. La qualité des soins dans les hôpitaux.	4
14.10.2010	19	Bianca Debaets	*	De promotie van borstvoeding. La promotion de l'allaitement.	4
23.06.2011	43	Bianca Debaets	**	De vaccinatiegraad. Le taux de vaccination.	10
06.09.2011	53	Bianca Debaets	**	Osteoporose. L'ostéoporose.	12

Datum Date	Vraag nr. Question n°	Auteur	Voorwerp Objet	Bladzijde Page
			* Vraag zonder antwoord <input type="radio"/> Vraag met voorlopig antwoord <input checked="" type="radio"/> Vraag met antwoord	* Question sans réponse <input type="radio"/> Question avec réponse provisoire <input checked="" type="radio"/> Question avec réponse
05.09.2011	54	Bianca Debaets	** De geestelijke gezondheidszorg. <i>Les soins de santé mentale.</i>	13
05.09.2011	55	Bianca Debaets	** Diabetes. <i>Le diabète.</i>	15
12.10.2011	56	Bianca Debaets	** <i>De vaccinatie van baarmoederhalskanker in het Nederlandstalig onderwijs in Brussel.</i> <i>Le vaccin contre le cancer du col de l'utérus dans l'enseignement néerlandophone.</i>	17
12.10.2011	57	Bianca Debaets	** <i>Drugpreventie in Brussel.</i> <i>La prévention en matière de drogues à Bruxelles.</i>	19
23.12.2011	58	Gisèle Mandaila	** <i>Fibromyalgie.</i> <i>La fibromyalgie.</i>	21
27.12.2011	59	Gisèle Mandaila	** <i>Toename van HIV/AIDS.</i> <i>Augmentation du VIH/SIDA.</i>	23
19.01.2012	60	René Coppens	** <i>De verspreiding van de zogenaamde CPE-bacteriën.</i> <i>La propagation des bactéries dites CPE.</i>	24
24.01.2012	61	Bianca Debaets	** <i>Zelfdoding bij 60-plussers.</i> <i>La suicide des personnes de plus de 60 ans.</i>	26
03.02.2012	62	Greet Van Linter	** <i>Brusselse zelfmoordcijfers.</i> <i>Les chiffres sur le suicide à Bruxelles.</i>	28
10.02.2012	63	Bianca Debaets	** <i>Het Huis voor Respītzorg.</i> <i>La Maison de répit.</i>	30
17.02.2012	64	Bianca Debaets	** <i>De opmars van chlamydia.</i> <i>La recrudescence de la chlamydiose.</i>	32
17.02.2012	65	Bianca Debaets	** <i>Het gebruik van antidepressiva.</i> <i>La consommation d'antidépresseurs.</i>	34

Ministers bevoegd voor het Beleid inzake Bijstand aan Personen Ministres compétents pour la Politique d'Aide aux Personnes

02.10.2009	1	Françoise Schepmans	*	Samenstelling en organisatie van het kabinet (Huytebroeck). <i>La composition et l'organisation de votre cabinet (Huytebroeck).</i>	4
14.12.2009	5	Serge de Patoul	<input type="radio"/>	De maatregelen genomen door de OCMW's van de 19 Brusselse gemeenten inzake zelfmoord. <i>Les mesures prises par les CPAS des 19 communes bruxelloises en matière de suicide.</i>	6

Datum — Date	Vraag nr. — Question n°	Auteur	Voorwerp — Objet	Bladzijde — Page
			* Vraag zonder antwoord ○ Vraag met voorlopig antwoord ** Vraag met antwoord	* Question sans réponse ○ Question avec réponse provisoire ** Question avec réponse
09.08.2010	21	Serge de Patoul	○ Aanpassing van de besluiten en andere verordeningen houdende vaststelling van de toegangsvoorwaarden tot het openbaar ambt bij de GGC na de Bolognahervorming. 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.	8
21.01.2011	33	Els Ampe	* De taalpremies van de ambtenaren van de Brusselse OCMW's in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Les primes linguistiques accordées aux fonctionnaires des CPAS bruxellois en Région de Bruxelles-Capitale.	4
27.06.2011	47	Greet Van Linter	* De samenstelling van het kabinet. La composition de votre cabinet (Huytebroeck).	4
27.06.2011	48	Greet Van Linter	* Externe experts, uitzendkrachten en jobstudenten op het kabinet (Huytebroeck). Les experts externes, les travailleurs intérimaires et les étudiants jobistes de votre cabinet (Huytebroeck).	4
27.06.2011	49	Greet van Linter	* De wagens op het kabinet (Huytebroeck). Les voitures de votre cabinet (Huytebroeck).	5
27.06.2011	50	Greet Van Linter	* De (vliegtuig)reizen van het kabinet (Huytebroeck). Les voyages (en avion) de votre cabinet (Huytebroeck).	5
06.09.2011	53	Bianca Debaets	** De stand van zaken van het strategisch plan voor gedetineerden in Brussel. L'état d'avancement du plan stratégique pour les détenus à Bruxelles.	36
22.09.2011	54	Joël Riguelle	** <i>Subsidie van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie en vergoeding van de mandaten van de SAMU social.</i> <i>Le subside de la Commission communautaire commune face à la rémunération des mandats du SAMU social.</i>	40
28.10.2011	55	Brigitte De Pauw	** <i>Website Rechtenverkenner.</i> <i>Le site web « Rechtenverkenner ».</i>	41
10.11.2011	56	Michel Colson	** <i>Erkenningssnormen voor rusthuizen.</i> <i>Les normes d'agrément des maisons de repos.</i>	42
12.12.2011	57	René Coppens	** <i>De noodopvang voor asielzoekers.</i> <i>L'accueil d'urgence des demandeurs d'asile.</i>	43
23.12.2011	58	Pierre Migischa	** <i>Thuiszorgdiensten.</i> <i>Les services d'aide à domicile.</i>	45
23.02.2012	59	Fatima Sidibé	* <i>Klachten in de Brusselse ziekenhuizen.</i> <i>Plaintes dans les hôpitaux bruxellois.</i>	5
23.02.2012	60	Didier Gosuin	** <i>Analyse van de schuld van de gemeentelijke OCMW's per 31 december 2010.</i> <i>Analyse des montants de dettes CPAS communales au 31 décembre 2010.</i>	46

Datum — Date	Vraag nr. — Question n°	Auteur —	Voorwerp — Objet	Bladzijde — Page

* Vraag zonder antwoord
 ○ Vraag met voorlopig antwoord
 ** Vraag met antwoord

* Question sans réponse
 ○ Question avec réponse provisoire
 ** Question avec réponse

02.03.2012 61 Caroline Persoons ** *Ordonnantie betreffende de assistentiehonden.*
Ordonnance relative aux chiens d'assistance. 47

Ministers bevoegd voor het Openbaar Ambt
Ministres compétents pour la Fonction publique

25.11.2011	15	Anne Herscovici	** <i>Schoonmaken van de kantoren van de GGC-administratie.</i> <i>Le nettoyage des bureaux de l'administration de la Commission communautaire commune.</i>	49
------------	----	-----------------	--	----

Ministers bevoegd voor Financiën, Begroting en Externe Betrekkingen
Ministres compétents pour les Finances, le Budget et les Relations extérieures

02.10.2009	1	Françoise Schepmans	* Samenstelling en organisatie van het kabinet (Huytebroeck). <i>La composition et l'organisation de votre cabinet (Huytebroeck).</i>	5
------------	---	---------------------	---	---

0412/1464
I.P.M. COLOR PRINTING
 02/218.68.00