

N. 8

ASSEMBLEE REUNIE  
DE LA COMMISSION  
COMMUNAUTAIRE COMMUNE

SESSION ORDINAIRE 2012-2013

15 OCTOBRE 2013

Questions  
et  
Réponses

Questions et Réponses  
Assemblée réunie de la  
Commission communautaire commune  
Session ordinaire 2012-2013

VERENIGDE VERGADERING  
VAN DE GEMEENSCHAPPELIJKE  
GEMEENSCHAPSCOMMISSIE

GEWONE ZITTING 2012-2013

15 OKTOBER 2013

Vragen  
en  
Antwoorden

Vragen en Antwoorden  
Verenigde Vergadering van de  
Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie  
Gewone zitting 2012-2013

SOMMAIRE  
QUESTIONS ET REPONSES

INHOUD  
VRAGEN EN ANTWOORDEN

---

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

*In fine* van het bulletin is een zaakregister afgedrukt

---

Président du Collège réuni

– Voorzitter van het Verenigd College

Ministres compétents pour la Politique de la Santé

7 Ministers bevoegd voor het Gezondheidsbeleid

Ministres compétents pour la Politique d’Aide aux Personnes

8 Ministers bevoegd voor het Beleid inzake Bijstand aan Personen

Ministres compétents pour la Fonction publique

– Ministers bevoegd voor het Openbaar Ambt

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

– Ministers bevoegd voor Financiën, Begroting en Externe Betrekkingen

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

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

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

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

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

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

### Président du Collège réuni

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

*La composition et l'organisation de votre cabinet.*

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

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.

### 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.

**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. 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 experts, uitzendkrachten en jobstudenten op het kabinet (Huytebroeck).*

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

**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.

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

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

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

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

**Vraag nr. 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.

### **Ministers bevoegd voor Financiën, Begroting en Externe Betrekkingen**

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

*Samenstelling en organisatie van het kabinet (Huytebroeck).*

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

## II. Questions auxquelles une réponse provisoire a été fournie

## II. Vragen waarop een voorlopig antwoord verstrekt werd

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

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

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

*Les mesures prises par les CPAS des 19 communes bruxelloises en matière de suicide.*

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

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

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

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

Question n° 62 de M. Joël Riguelle du 12 mars 2012 (Fr.) :

*L'intervention des CPAS de la Région de Bruxelles-Capitale dans l'octroi des abonnements STIB à leur personnel.*

La question et la deuxième réponse provisoire ont été publiées dans le Bulletin n° 7, p. 6.

### 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.

Vraag nr. 62 van de heer Joël Riguelle d.d. 12 maart 2012  
 (Fr.) :

*Tegemoetkoming van de OCMW's van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest in de MIVB-abonnementen van hun personeelsleden.*

De vraag en het tweede voorlopig antwoord werden gepubliceerd in Bulletin nr. 7, blz. 6.

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

### III. Vragen van de Volksvertegenwoordigers en antwoorden van de Ministers

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

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

#### Président du Collège réuni

Question n° 8 de Mme Jacqueline Rousseaux du 20 février 2013 (Fr.) :

##### *Les missions à l'étranger.*

Souhaitant être mieux informée sur les relations que nos institutions bruxelloises et leurs représentants « ès qualité » entretiennent avec d'autres pays et sur la manière dont ces mêmes institutions sont représentées à l'étranger, voulez-vous me donner la liste des missions à l'étranger auxquelles vous avez participé en qualité de président du Collège réuni de la Commission communautaire commune en 2010, 2011 et 2012, et pour chacune :

- leur cadre ou leur objet, à savoir :
  - participation à une conférence ou à une réunion internationale, laquelle et son objet;
  - rencontre bilatérale, avec qui et son objet;
  - voyage d'étude et son but;
- le lieu;
- les dates d'arrivée et de départ ?

Quelle(s) mission(s) avez-vous déjà effectuée(s) en 2013 et quelles sont vos futures missions actuellement programmées pour 2013 ?

#### Voorzitter van het Verenigd College

Vraag nr. 8 van mevr. Jacqueline Rousseaux d.d. 20 februari 2013 (Fr.) :

##### *Zendingen naar het buitenland.*

Teneinde beter geïnformeerd te zijn over de betrekkingen die onze Brusselse instellingen en de vertegenwoordigers ervan ambtshalve onderhouden met andere landen en over de wijze waarop die instellingen worden vertegenwoordigd in het buitenland, wens ik een lijst met de zendingen naar het buitenland waaraan u hebt deelgenomen als voorzitter van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie in 2010, 2011, en 2012, met voor elk ervan :

- het kader of het doel ervan, i.e. :
  - deelname aan een internationale conferentie of vergadering, dewelke en waarover;
  - bilaterale vergadering, met wie en waarover;
  - studiereis, en het doel ervan;
- de plaats;
- de aankomst- en vertrekdatum.

Welke zending(en) hebt u al ondernomen in 2013, en welke zendingen zijn thans gepland voor 2013 ?

**Réponse :** Je vous informe que je n'ai participé à aucune mission à l'étranger dans le cadre de la Présidence du Collège réuni et qu'aucune mission de cet ordre n'est actuellement programmée.

### Ministres compétents pour la Politique de Santé

Question n° 82 de Mme Bianca Debaets du 22 mars 2013  
(N.) :

*La prévention du cancer de la peau provoqué par les bancs solaires.*

En 2011, l'Australian Radiation Protection and Nuclear Safety Agency (ARPANSA) a publié une nouvelle étude qui montre que les utilisateurs de bancs solaires s'exposent à un rayonnement UV six fois plus fort que la lumière du soleil à midi.

C'est pourquoi la Fondation contre le Cancer a mis sur pied la campagne « Turbo Cancer 3000 ». En effet, de nombreux centres de bronzage ne respectent toujours pas les règles. La Fondation plaide pour un enregistrement obligatoire de tous les bancs solaires afin de pouvoir assurer un meilleur contrôle du respect de la loi relative aux centres de bronzage.

Dans sa réponse à une question écrite de 2009 (question n° 69 du 24 décembre 2009), le ministre flamand Jo Vandeurzen estimait que cela avait peu de sens d'entreprendre des actions tant que le SPF Économie ne prenait pas simultanément des sanctions, qui relèvent du contentieux, à l'encontre des centres de bronzage qui ne respectent pas la réglementation. Et ce en dépit du fait que la Ligue flamande contre le Cancer avait été chargée par le ministre du Bien-être de l'époque, Steven Vanackere, d'établir un plan d'action scientifiquement étayé dont la conclusion était que la Communauté flamande devait dissuader l'utilisation des bancs solaires.

1. Vous concertez-vous à cet égard avec le niveau fédéral, et plus particulièrement avec le SPF Économie, qui doit veiller au respect de la réglementation ?
2. Quelles initiatives développez-vous afin, comme le demande la Ligue flamande contre le Cancer, de sensibiliser la population bruxelloise ?

**Réponse :** Votre question fait suite à un communiqué de presse de la Fondation contre le cancer et à une campagne de communication grand public qui a été lancée en décembre 2012. Elle-même faisant suite à une série d'articles dans le « British Medical Journal » publiée au cours de l'été à ce sujet.

Pour votre information : à Bruxelles, en 2010, le registre du Cancer a enregistré 80 mélanomes chez les hommes et 102 chez les femmes. Ce nombre est en augmentation constante d'environ 5 % par an. D'autres cancers de la peau, peu mortels, sont également favorisés par le rayonnement ultraviolet. Le traitement du mélanome a progressé. Le taux de survie du mélanome détecté

**Antwoord :** Ik deel u mee dat ik in mijn hoedanigheid van Voorzitter van het Verenigd College geen enkele dienstreis naar het buitenland ondernomen heb en dat er op dit ogenblik ook geen enkele reis van die aard geprogrammeerd staat.

### Ministers bevoegd voor het Gezondheidsbeleid

Vraag nr. 82 van mevr. Bianca Debaets d.d. 22 maart 2013  
(N.) :

*Preventie van huidkanker veroorzaakt door zonnebanken.*

In 2011 publiceerde het Australian Radiation Protection and Nuclear Safety Agency (ARPANSA) een nieuwe studie die aangeeft dat zonnebankgebruikers worden blootgesteld aan uv-straling die zes keer sterker is dan middagzonlicht.

Daarom ontwikkelde de Stichting tegen Kanker de campagne « Huidkanker Turbo 3000 ». Nog heel wat zonnebankcentra houden zich immers nog steeds niet aan de regels. De stichting pleit voor een verplichte registratie van alle zonnebanken om beter controle te kunnen uitoefenen op het naleven van de wet met betrekking tot zonnebankcentra.

In zijn antwoord op een schriftelijke vraag in 2009 (nr. 69 van 24 december 2009), vond de minister het weinig zinvol om actie te ondernemen zolang de federale overheidsdienst Economie niet tegelijkertijd op contentieuze wijze sanctionerend optreedt ten aanzien van zonnecentra die de reglementering niet naleven. Ondanks het feit dat de Vlaamse Liga tegen Kanker op vraag van toenmalig minister van Welzijn Steven Vanackere een wetenschappelijk onderbouwd actieplan moest opmaken dat concludeerde dat de Vlaamse Gemeenschap het gebruik van zonnebanken moest ontraden.

1. Pleegt u hierover overleg met het federale niveau, meer bepaald met de federale overheidsdienst Economie die moet toezien op de naleving van de reglementering ?
2. Welke initiatieven ontwikkelt u, zoals gevraagd door de Vlaamse Liga tegen Kanker, om de Brusselse bevolking te sensibiliseren ?

**Antwoord :** Uw vraag volgt op een perscommuniqué van de Stichting tegen Kanker en een communicatiecampagne gericht op het grote publiek die gelanceerd werd in december 2012. Deze laatste kwam er naar aanleiding van een reeks artikels die tijdens de zomer verschenen zijn in het « British Medical Journal ».

Ter informatie : in 2010 heeft het Kankerregister in Brussel 80 melanomen bij mannen en 102 bij vrouwen geregistreerd. Dit aantal kent een constante stijging met ongeveer 5 % per jaar. Andere huidkankers, worden ook beïnvloed door ultraviolette straling. De behandeling van een melanoom is verbeterd. De overlevingskans bij een melanoom die tijdig werd ontdekt is goed. Bij



précocement est bon. Si le diagnostic est tardif, il n'est que de 20 %. Le facteur de risque principal est l'exposition aux rayons ultra-violet, principalement le soleil mais également les bancs solaires. D'après l'étude citée ci-dessus, en Europe, 7 % des mélanomes chez les femmes (4 % chez les hommes) seraient dus à l'exposition aux rayons des bancs solaires. Ce risque augmente si l'exposition aux rayons du banc solaire commence avant 35 ans et augmente pour chaque séance de banc solaire.

L'exploitation de centres de bronzage et la vente des bancs solaires sont soumises à la réglementation fédérale. Comme vous le mentionnez, en Belgique, le SPF Économie a pris des mesures visant à réduire les risques dans les entreprises proposant du banc solaire à leurs clients. Ces mesures sont d'application depuis le 1<sup>er</sup> août 2008 et reprises dans une brochure.

Succinctement les mesures principales sont :

- interdiction de banc solaire pour les personnes avec un type de peau 1 et pour les moins de 18 ans,
- obligation d'espacement des séances,
- limitation de l'intensité maximum du rayonnement à 0,3 W/m<sup>2</sup>,
- mise à disposition de lunettes de soleil.

L'enregistrement obligatoire pour les centres de bronzage appartient également aux pouvoirs publics fédéraux. Sur les contrôles effectués par le SPF, seulement 11 % des centres étaient en ordre en Belgique. On estime à plus de 4.000 le nombre de centres en Belgique.

Par le groupe de travail inter-cabinets « Plan cancer » et la Conférence interministérielle Santé Publique, nous sommes étroitement impliqués dans l'élaboration du Plan Cancer fédéral et donc dans la définition des priorités en matière de lutte contre le cancer dans l'avenir proche. Dans ce cadre, ce thème n'est pas encore inscrit concrètement.

À Bruxelles, jusqu'à présent, aucune mesure complémentaire n'a été ordonnée. En Flandre, un décret a été pris obligeant les gérants de centres de banc solaire à disposer d'un niveau de formation minimum.

Tenant compte de la réalité budgétaire de la Commission communautaire commune, il est indiqué d'utiliser les budgets disponibles le plus efficacement possible.

La Commission communautaire commune engage prioritairement ses moyens prévus pour la prévention du cancer du sein, du col de l'utérus et dans le futur également pour le cancer colorectal – afin de répondre aux directives européennes en la matière et de contribuer à la réalisation du Plan Cancer fédéral.

Étant donné qu'à l'heure actuelle, la Fondation contre le Cancer (Turbo Cancer 3000) et le SPF Économie (Brochure « Pour un bronzage sage, Guide pour un utilisateur averti de banc solaire ») ont déjà pris des initiatives pour sensibiliser le public sur cette question, sensibiliser au risque d'utilisation des bancs solaires n'est pas une priorité pour nous en ce moment.

een laattijdige diagnose is deze slechts 20 %. De belangrijkste risicofactor is de blootstelling aan ultraviolette straling, voornamelijk van de zon maar ook van de zonnebanken. Volgens de studie die hierboven werd vermeld zou 7 % van de melanomen bij vrouwen (4 % bij de mannen) in Europa een gevolg zijn van de blootstelling aan de straling van zonnebanken. Dit risico neemt toe wanneer de blootstelling aan de straling van zonnebanken begint voor de leeftijd van 35 jaar en neemt toe per zonnebankbeurt.

De exploitatie van zonnebankcentra en de verkoop van zonnebanken is onderworpen aan de federale regelgeving. Zoals u vermeldt, heeft FOD Economie in België maatregelen genomen die erop gericht zijn de risico's te verminderen bij de ondernemingen die zonnebank aanbieden aan hun klanten. Deze maatregelen zijn van toepassing sinds 1 augustus 2008 en worden hernomen in een brochure.

In het kort zijn de belangrijkste maatregelen :

- verbod van zonnebank voor personen met huidtype 1 en voor – 18-jarigen,
- verplichte spreiding van de beurten,
- beperking van de maximale intensiteit van de straling tot 0,3 W/m<sup>2</sup>,
- ter beschikking stellen van een beschermende uv-bril.

Verplichte registratie voor zonnebankcentra behoort ook tot de federale bevoegdheden. Van de controles die uitgevoerd werden door de FOD Economie, was slechts 11 % van de centra in orde in België. Men schat het aantal centra op meer dan 4.000 in België.

Via de interkabinettenwerkgroep « Kankerplan » en de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid zijn we nauw betrokken bij het opstellen van het federale Kankerplan en dus bij het bepalen van prioriteiten in de kankerbestrijding voor de nabije toekomst. In dat kader werd dit thema nog niet concreet opgenomen.

Tot nog toe werd er geen bijkomende maatregel opgelegd in Brussel. In Vlaanderen bestaat er een decreet dat de uitbaters van de zonnebankcentra verplicht over een minimaal niveau van opleiding te beschikken.

Rekening houdend met de budgettaire realiteit van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, is het aangewezen om de beschikbare budgetten zo efficiënt mogelijk in te zetten.

De Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie zet haar middelen voor kankerpreventie prioritair in voor borst-, baarmoederhals, en in de toekomst ook dikkedarmkanker – om zo te voldoen aan de Europese richtlijnen ter zake en bij te dragen aan de realisatie van het federaal Kankerplan.

Omdat zowel de Stichting tegen Kanker (« Huidkanker Turbo 3000 ») en de FOD Economische zaken (Brochure « Hoe cool is een kleurtje ? Gids voor verstandig zonnebankgebruik ») op dit moment al initiatieven voor bewustmaking rond dit thema nemen, is sensibiliseren voor het risico op zonnebankgebruik, voor ons op dit moment geen prioriteit.

Selon la Fondation contre le Cancer, 1 cancer sur 3 pourrait être évité grâce à un mode de vie plus sain. Elle a lancé une campagne en décembre 2012 sur les 12 bonnes résolutions pour bien commencer l'année 2013 (<http://www.cancer.be/12-bonnes-resolutions>). Parmi ces 12 résolutions, figure la limitation de l'exposition aux rayons du soleil ou des bancs solaires.

Enfin, il existe chaque année en mai une campagne de dépistage du mélanome organisée par les dermatologues européens. Bien qu'il s'agisse de prévention secondaire, c'est une mesure qui contribue à faire prendre conscience des risques liés à l'exposition au rayonnement (prévention primaire) et qui en facilitant la détection précoce permet de réduire la mortalité. Il n'y a pas à notre connaissance d'évaluation de l'impact de cette mesure en particulier sur les groupes vulnérables bruxellois.

**Question n° 83 de Mme Elke Roex du 12 avril 2013 (N.) :**

*Les interprètes dans les hôpitaux bruxellois.*

L'accessibilité du service dans les hôpitaux bruxellois implique que, dans la mesure du possible, les gens puissent se faire aider dans leur propre langue. Plusieurs possibilités existent à cette fin : médiateurs interculturels, établissement d'une liste des langues parlées par le personnel, recours aux ambassades, etc.

Mes questions sont dès lors les suivantes :

- Combien d'hôpitaux bruxellois mettent-ils à disposition des interprètes pour l'accueil des patients ? Comment ces interprètes sont-ils indemnisés ? Quels hôpitaux font-ils appel aux services d'interprètes ?
- Quels hôpitaux ont-ils établi des listes (sur une base volontaire) inventoriant les langues parlées par le personnel ?
- Combien de médiateurs interculturels travaillent-ils et dans quels hôpitaux bruxellois ? Quel budget est-il prévu à cette fin ?
- Dans quels hôpitaux un interprète en langue des signes est-il également disponible ?

**Réponse :** Tout d'abord, nous tenons à préciser que la présence d'interprètes n'est pas une obligation pour les hôpitaux. La législation sur les hôpitaux et ses arrêtés d'exécution ne reprennent pas ce point comme faisant partie des normes d'agrément. Cela ne veut toutefois pas dire que nos hôpitaux bruxellois ne font pas d'efforts pour accueillir des patients qui parlent d'autres langues.

D'après nos informations, tous les hôpitaux disposent d'un fichier reprenant la ou les langue(s) parlées par leurs collaborateurs. En cas de besoin, ceux-ci sont appelés auprès d'un patient pour servir d'interprète. D'autre part, la pratique montre que de nombreux patients parlant une autre langue ont des enfants qui vont à l'école en néerlandais ou en français ou ont de la famille et/ou des amis qui maîtrisent une de nos langues nationales. Ces derniers viennent à l'hôpital pour servir d'interprète pour leurs parents, grands-parents ou amis.

Volgens de Stichting tegen Kanker zou één kanker op drie vermeden kunnen worden door een aangepaste levensstijl. Ze hebben een campagne gelanceerd in december 2012 over de 12 goede voornemens om 2013 mee te starten (<http://www.kanker.be/12-goede-voornemens>). Bij deze 12 voornemens staat ook het beperken van de blootstelling aan zonnestralen of zonnebanken vermeld.

Tenslotte, wordt er elk jaar in mei een opsporingscampagne voor melanomen georganiseerd door de Europese dermatologen. Hoewel het gaat over een secundaire preventie, is het een maatregel die bijdraagt tot de bewustwording van de risico's van de blootstelling aan straling (primaire preventie) en die daardoor zorgt voor een tijdige opsporing en een vermindering van de mortaliteit. Voor zover wij weten is er geen evaluatie van de impact van deze maatregel in het bijzonder op de kwetsbare groepen in Brussel.

**Vraag nr. 83 van mevr. Elke Roex d.d. 12 april 2013 (N.) :**

*De tolken in Brusselse ziekenhuizen.*

Toegankelijke dienstverlening in de Brusselse ziekenhuizen houdt in dat mensen in de mate van het mogelijke in hun eigen taal kunnen geholpen worden. Dit kan op verschillende manieren : door interculturele bemiddelaars, door een taallijst op te stellen van de door het personeel gesproken talen, door beroep te doen op ambassades, enz.

Vandaar mijn vragen :

- Hoeveel ziekenhuizen in Brussel zetten tolken in voor het onthaal van patiënten ? Op welke wijze worden deze tolken vergoed ? Welke ziekenhuizen doen beroep op tolkdiensten ?
- Welke ziekenhuizen hebben (vrijwillige) taallijsten, waarin de door het personeel gesproken talen staan ingelijst ?
- Hoeveel interculturele bemiddelaars zijn actief in welke Brusselse ziekenhuizen ? Welk budget is hiervoor voorzien ?
- In welke ziekenhuizen is er ook een tolk gebarentaal beschikbaar ?

**Antwoord :** Vooreerst willen we duidelijk stellen dat het hebben van tolken geen verplichting is voor de ziekenhuizen. In de wetgeving op de ziekenhuizen en haar uitvoeringsbesluiten, wordt dit immers niet opgenomen als erkenningsnorm. Let wel, hiermee zeggen wij niet dat onze Brusselse ziekenhuizen niet hun best doen om anderstalige patiënten op te vangen.

Volgens onze informatie houden alle ziekenhuizen blijkbaar bij welke taal (talen) hun medewerkers spreken. Deze worden bij de patiënt geroepen om te tolken indien nodig. Anderzijds leert de praktijk ons dat vele anderstalige patiënten wel kinderen hebben die hier in het Nederlands of Frans naar school gaan of familie en/of kennissen hebben die een van onze landstalen machtig zijn. Deze laatste komen mee naar het ziekenhuis om te tolken voor hun ouders, grootouders of kennissen.

Certains hôpitaux disposent même d'un membre du personnel qui maîtrise la langue des signes. D'autres hôpitaux font appel à des ASBL pour le langage des signes qui envoie quelqu'un sur place lorsque l'hôpital le demande. Nous n'avons pas d'informations concernant la rémunération de ces personnes.

En ce qui concerne votre question sur les médiateurs interculturels dans les hôpitaux bruxellois. Nous référons à notre réponse à l'interpellation de Mme Bianca Debaets concernant l'interculturalisation des soins en commission de la santé du 25 avril 2013.

**Question n° 84 de Mme Gisèle Mandaila du 21 mai 2013 (Fr.) :**

*L'hygiène dans les hôpitaux bruxellois.*

Il y a quelque temps, j'interrogeais le Collège réuni sur la problématique de l'hygiène des cuisines d'hôpitaux publics bruxellois.

Votre collègue, Mme Huytebroeck, a répondu sur le réseau des hôpitaux Iris. Je m'adresse à vous pour voir quelle est la situation dans les hôpitaux bruxellois.

Selon le rapport de l'AFSCA sur l'hygiène alimentaire, il semble que la tendance soit à une détérioration de la qualité. En effet, l'AFSCA fait état dans son rapport, du 1<sup>er</sup> semestre 2012, de 50 % de constats non conformes en 2012, contre 42 % en 2011. Les infractions les plus courantes sont le non-respect de la chaîne du froid et la propreté dans les locaux. Pour ce qui est des hôpitaux, il ressort qu'une inspection d'hygiène sur deux a livré un résultat non conforme au niveau des cuisines. Même si les autorités semblent relativiser les choses, il n'en reste pas moins que cette information doit nous interpeller, tout comme la question de l'hygiène des mains qui n'est pas appliquée dans un cas sur trois dans les hôpitaux.

En effet, selon une étude du fédéral, 3.000 Belges meurent chaque année des maladies contractées dans les hôpitaux, faute de soins.

Pourriez-vous me dire :

1. Quelle est la situation dans les hôpitaux bruxellois ?
2. Quelles sont les actions de sensibilisation qui sont mises en œuvre pour diminuer le nombre d'infections et/ou de contaminations dans les hôpitaux ? Quel est le budget alloué pour ces actions ?

**Réponse :** Afin de répondre à la question, nous pouvons vous communiquer les informations suivantes :

À titre de rappel, nous souhaitons tout d'abord attirer votre attention sur le fait que depuis les réformes de l'État des années 80 et 89, le contrôle de l'hygiène alimentaire a toujours été une compétence fédérale. Il est clair que la COCOM, tout comme les autres Communautés et Régions, n'a pas de compétence directe dans cette matière.

Sommige ziekenhuizen beschikken over een personeelslid dat gebarentaal kent. Andere ziekenhuizen werken voor gebarentaal samen met een vzw die iemand ter plaatse stuurt als het ziekenhuis daarom vraagt. Over een eventuele vergoeding voor deze mensen hebben wij geen gegevens.

Voor wat uw vraag betreft naar interculturele bemiddelaars in de Brusselse ziekenhuizen, verwijzen wij graag naar ons antwoord op de interpellatie van mevrouw Bianca Debaets betreffende de interculturalisering van de zorg in de commissie voor de gezondheid van 25 april 2013.

**Vraag nr. 84 van mevr. Gisèle Mandaila d.d. 21 mei 2013 (Fr.) :**

*Hygiëne in de Brusselse ziekenhuizen.*

Ik heb een tijd geleden het Verenigd College aan de tand gevoeld over de hygiëne in de keukens van de Brusselse ziekenhuizen.

Minister Huytebroeck heeft geantwoord in verband met het Irisziekenhuizenet. Ik vraag u wat de situatie in de Brusselse ziekenhuizen is.

Volgens het verslag van het FAVV over de voedselhygiëne zou de kwaliteit erop achteruit gaan. Het FAVV maakt in zijn verslag van het 1<sup>ste</sup> semester 2012 gewag van 50 % niet-conforme vaststellingen voor 2012 tegen 42 % in 2011. De meest courante overtredingen zijn de niet-naleving van de koude keten en de netheid in de lokalen. In de ziekenhuizen leidt een hygiëne-inspectie op twee tot een niet-conform resultaat in de keukens. Ook al lijkt de overheid de zaak te relativiseren, toch moet deze informatie ons wakker schudden, net als de handenhygiëne die in een geval op drie niet toegepast wordt in de ziekenhuizen.

Volgens een federale onderzoek sterven jaarlijks 3.000 Belgen als gevolg van een in een ziekenhuis opgelopen ziekte bij gebrek aan verzorging.

1. Wat is de toestand in de Brusselse ziekenhuizen?
2. Welke bewustmakingscampagnes worden opgezet om het aantal infecties/besmettingen in de ziekenhuizen te verminderen ? Wat zijn de middelen voor deze acties?

**Antwoord :** Teneinde een antwoord te kunnen geven op de vraag kunnen wij u de volgende gegevens meedelen.

Ter herinnering wensen wij vooreerst op te merken dat sinds de staatshervormingen die we gekend hebben in het jaar 80 en 89, het toezicht op de voedselhygiëne steeds is blijven vallen onder de federale bevoegdheid. Het is dus duidelijk dat de GGC, net zoals de andere Gemeenschappen en Gewesten, geen rechtstreekse bevoegdheid hieromtrent heeft.

Notre service d'inspection d'hygiène est compétent pour la lutte contre les maladies transmissibles et non pas pour le contrôle de la chaîne alimentaire.

L'Agence fédérale pour la sécurité de la chaîne alimentaire (AFSCA) est compétente pour le contrôle de la qualité du processus culinaire (HAACP) et pour le contrôle de la qualité des denrées alimentaires.

L'AFSCA a pris elle-même l'initiative d'inspecter quelques hôpitaux bicommunautaires bruxellois dont nous avons pu lire les résultats dans les journaux. L'AFSCA n'a pourtant jamais contacté notre administration afin de transmettre ou de discuter de ces résultats. Nous pouvons par conséquent conclure que l'AFSCA était d'avis que les éventuels manquements constatés n'étaient pas de nature suffisamment grave pour devoir en informer la COCOM.

L'AFSCA n'a pas non plus prévenu nos médecins inspecteurs d'hygiène alors qu'il existe une collaboration active entre les deux services.

La loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins ne contient pas de dispositions spécifiques concernant l'hygiène alimentaire. Le contrôle de l'hygiène alimentaire ne relève par conséquent pas des tâches de nos services d'inspection.

Il existe également dans la loi coordonnée susmentionnée des normes spécifiques pour la préparation alimentaire dans quelques services spécifiques. Par exemple, il y a des normes pour les « biberonneries » dans lesquelles l'alimentation pour les nouveaux-nés est préparée. Étant donné que ces normes sont reprises dans la loi sur les hôpitaux, celles-ci sont effectivement aussi contrôlées par nos inspecteurs. Les normes pour les officines hospitalières dans lesquelles il y a des normes spécifiques pour la nutrition parentérale constituent un autre exemple de ce type de norme. Celles-ci sont aussi contrôlées par nos inspecteurs.

Par ailleurs, lors d'une visite d'inspection par notre médecin inspecteur ou par un infirmier inspecteur, l'hygiène générale dans les cuisines (propreté, possibilités suffisantes de se laver les mains, absence d'ordures dans la cuisine, etc.) est contrôlée.

En conclusion, il existe deux types de collaboration permanente :

1. entre nos médecins inspecteurs d'hygiène d'une part et nos médecins inspecteurs et infirmières d'autre part inspectant les établissements de soins puisqu'ils font partie du même service de l'administration;
2. entre nos médecins inspecteurs d'hygiène et l'AFSCA comme indiqué ci-dessus.

En outre, les médecins inspecteurs et infirmières inspectrices inspectant les établissements de soins peuvent également être mis à disposition d'une collaboration directe avec l'AFSCA si une des deux parties le juge nécessaire.

Onze Inspectiedienst Hygiëne is bevoegd voor de bestrijding van overdraagbare ziekten en niet voor de controle op de voedselketen.

Voor toezicht op de kwaliteit van het kookproces (HAACP) en op de voedingswaren is het Federaal Agentschap voor de veiligheid van de voedselketen (FAVV) bevoegd.

Het FAVV is op eigen initiatief overgegaan tot het uitvoeren van een aantal inspecties binnen de ziekenhuissector en dus binnen Brusselse bicommunautaire ziekenhuizen. De resultaten van deze inspecties hebben wij samen met u kunnen lezen in de kranten. Het FAVV heeft echter nooit contact opgenomen met onze administratie om deze resultaten door te geven en of te bespreken. Hieruit leiden wij af dat de FAVV van oordeel was dat de mogelijks vastgestelde inbreuken niet van dien aard waren dat de GGC diende op de hoogte gebracht te worden.

De FAVV heeft echter nagelaten om onze gezondheidsinspecteurs te verwittigen ondanks het feit dat er steeds een actieve samenwerking is geweest tussen deze twee diensten.

De gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen bevat geen specifieke bepalingen qua voedselhygiëne. Bijgevolg behoort de controle op de voedselhygiëne niet tot de taken van onze inspectiediensten.

Tegelijkertijd zijn er binnen de bovenvermelde gecoördineerde wet wel enkele specifieke diensten waar wel normen bestaan voor het bereiden van voedsel. Zo bestaan bijvoorbeeld normen voor « Melkkeukens » waar voeding voor pasgeborenen wordt bereid. Gezien deze normen dus wel zijn opgenomen in de ziekenhuiswet worden deze ook effectief gecontroleerd door onze inspecteurs. Een ander voorbeeld zijn de normen voor de ziekenhuisapotheken waar specifieke normen bestaan voor het bereiden van parenterale voeding. Ook deze worden door onze inspecteurs gecontroleerd.

Op het moment van een inspectiebezoek door onze geneesheer-inspecteur of door een verpleegkundige-inspecteur controleren zij ook steeds de algemene hygiëne in de keukens (properheid, voldoende mogelijkheid om de handen te wassen, geen vuilnis in de keuken, ...).

Als besluit kunnen we stellen dat er twee soorten van permanente samenwerking bestaan :

1. tussen onze geneesheren-hygiënisten enerzijds en onze geneesheer-inspecteurs en verpleegkundige-inspecteurs die zich bezighouden met de inspecties van de instellingen anderzijds. Beiden zijn immers werkzaam op de inspectiedienst van onze administratie;
2. tussen onze geneesheren-hygiënisten en het FAVV zoals hierboven reeds aangehaald.

Bovendien kunnen onze geneesheer-inspecteurs en verpleegkundige-inspecteurs op ieder moment samenwerken met de mensen van het FAVV als één van de beide partijen dit noodzakelijk of nuttig acht.

**Question n° 85 de Mme Gisèle Mandaila du 12 juillet 2013 (Fr.) :**

***Suivi posthospitalier des patients atteints de la tuberculose.***

En Belgique, l'évolution de la tuberculose est en général stable.

Même si on observe un ralentissement de la croissance, le fait que celle-ci se concentre dans certains endroits, ou touche une catégorie, doit nous inciter à rester vigilants, d'autant plus que le nombre de malades perdus de vue avant la fin du traitement est non négligeable.

Il est donc impératif de bien suivre les patients et de le faire de manière concertée avec les différentes instances concernées : les CPAS, ...

Pouvez-vous me dire :

1. Comment s'effectue le suivi posthospitalier ?
2. Combien de patients font l'objet de ce suivi ?

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

Chaque cas de tuberculose doit être signalé dans les 24 heures par chaque médecin et laboratoire aux services d'inspection de l'hygiène des autorités communautaires. Un examen de l'entourage et des contacts de ces personnes est alors effectué.

Les personnes souffrant de tuberculose restent hospitalisées jusqu'à ce que la contagiosité ait disparu. Cela prend généralement aux alentours de deux semaines. Même si, bien souvent, le patient se sent mieux et peut quitter l'hôpital, il doit quand même prendre chaque jour des médicaments pendant une période de traitement allant de 6 à 9 mois. Dans les cas, moins fréquents, de tuberculose multirésistante, cette période peut même aller jusqu'à 24 mois. Pendant cette période, des contrôles réguliers chez le pneumologue et le radiologue sont nécessaires. De par sa longueur, cette période de traitement est difficile à supporter, particulièrement pour des personnes qui connaissent encore bien d'autres problèmes. En 1972, un expert écrivait à ce sujet : « to default is the natural reaction of normal, sensible people. The person who continues to swallow drugs or have injections with complete regularity in the absence of encouragement and help from others is the abnormal one » (*Rouillon A. Problems in organizing effective ambulatory treatment of tuberculosis patients. Bull Int Union Tuberc 1972; 47 : 68-83.*)

Si au moment de la sortie de l'hôpital, le pneumologue a le sentiment qu'une personne a besoin d'un accompagnement professionnel et motivationnel pendant cette longue période de thérapie, il peut en informer le FARES (Fonds des Affections Respiratoires) / la VRGT (Vereniging voor Respiratoire Gezondheid en Tuberculosebestrijding). Des infirmiers et assistants sociaux spécialisés de ces associations font alors ce qu'on appelle la « supervision de la thérapie ». Pour certains groupes vulnérables, tels que les patients souffrant de tuberculose multirésistante, il est fait systématiquement recours à la supervision de la thérapie.

**Vraag nr. 85 van mevrouw Gisèle Mandaila d.d. 12 juli 2013 (Fr.) :**

***Follow-up van tuberculose-patiënten bij het verlaten van het ziekenhuis.***

In België verloopt de ontwikkeling van tuberculose doorgaans stabiel.

Hoewel de afname ervan vertraagt, moet het feit dat de ziekte vooral op bepaalde plaatsen of in een bepaalde categorie optreedt ons aansporen tot waakzaamheid, temeer omdat een niet onaanzienlijk aantal patiënten voor het einde van de behandeling uit het oog verloren worden.

Het is dus absoluut noodzakelijk de patiënten goed te volgen, in overleg met de verschillende betrokken instanties : de OCMW's, ...

Kan u me zeggen:

1. Hoe de follow-up na het verlaten van het ziekenhuis verloopt ?
2. Hoeveel patiënten op die manier gevolgd worden ?

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

Elk geval van tuberculose moet door elke arts en elk laboratorium binnen de 24 uur verplicht gemeld worden aan de gezondheidsinspecties van de overheden van de Gemeenschappen. Rond deze mensen wordt in hun omgeving dan een contactonderzoek uitgevoerd.

Mensen met tuberculose worden in het ziekenhuis opgenomen tot de besmettelijkheid verdwenen is. Dit is meestal al na ongeveer 2 weken. Hoewel de patiënt zich dan ook vaak beter voelt en het ziekenhuis mag verlaten moet deze toch nog dagelijks pillen innemen tot een totale behandelingsduur van 6 tot 9 maanden. In het minder frequente geval van multiresistente tuberculose kan deze periode zelfs oplopen tot 24 maanden. Tijdens die maanden zijn ook regelmatige controles bij de longarts en de radiologie nodig. Zo'n lange behandelingsduur is voor iedereen moeilijk, dus zeker voor mensen die nog heel veel andere problemen hebben. Een experte omschreef het in 1972 als volgt : « to default is the natural reaction of normal, sensible people. The person who continues to swallow drugs or have injections with complete regularity in the absence of encouragement and help from others is the abnormal one » (*Rouillon A. Problems in organizing effective ambulatory treatment of tuberculosis patients. Bull Int Union Tuberc 1972; 47 : 68-83.*)

Als de behandelende longarts op het moment van ontslag uit het ziekenhuis de indruk heeft dat een persoon professionele, motivationele begeleiding nodig heeft tijdens die lange therapieperiode dan kan deze de VRGT (Vereniging voor Respiratoire Gezondheid en Tuberculosebestrijding) / FARES (Fonds des Affections Respiratoires) verwittigen. Gespecialiseerde sociaal verpleegkundigen en sociaal assistenten van deze verenigingen doen dan aan « therapie-supervisie ». Bij sommige kwetsbare groepen wordt systematisch therapiesupervisie uitgevoerd, zoals bij alle multiresistente patiënten.

La supervision de la thérapie va toujours de pair avec l'information du patient et de sa famille et l'inventaire des problèmes sociaux du patient. Souvent, ce travail est commencé lors de l'hospitalisation du patient. La supervision de la thérapie peut prendre différentes formes, adaptées aux besoins et aux possibilités du patient. Dans sa forme la plus intensive, la supervision de la thérapie consiste en des visites à domicile journalières avec prise des médicaments sous la surveillance d'un collaborateur du FARES / de la VRGT, afin d'assurer la compliance. Plus fréquemment, elle revêt la forme d'une visite hebdomadaire avec utilisation d'un pilulier. Parfois, il est demandé au patient de se rendre une fois, voire plusieurs fois, par semaine dans le centre de santé du FARES / de la VRGT. Le centre informe le patient par téléphone de ses rendez-vous chez le radiologue et le pneumologue, rendez-vous qui sont par la suite contrôlés.

Dans le cadre de la supervision de la thérapie, il est également fait appel à d'autres services médicaux entourant le patient : médecin de famille, service médical d'un centre d'accueil, service médical du SPF Justice, soins à domicile, ... Mais c'est bien le collaborateur du FARES / de la VRGT qui reste chargé du suivi du patient jusqu'à la fin du traitement.

Pour assurer une bonne compliance, il est essentiel d'entretenir une bonne relation entre le patient et le personnel infirmier. Afin de stimuler cette relation, une aide sociale est souvent offerte au patient. Celle-ci prend la forme d'une orientation vers :

- des initiatives d'hébergement,
- des CPAS,
- des banques alimentaires,
- des mutualités,
- ...

Un autre élément essentiel réside dans l'offre gratuite de diagnostics et de traitements de qualité. Grâce à un projet fédéral (BELTA-TBnet : Belgian Lung and Tuberculosis Association), soutenu par l'INAMI, ce service est également accessible, en Belgique, aux personnes sans aucune autre forme de sécurité sociale, tel que le recommande l'Organisation mondiale de la Santé.

Dans les pays tels que la Belgique, la tuberculose se concentre dans les grandes villes, et au sein de ces grandes villes, dans certaines populations touchées par la pauvreté et difficiles d'accès. En outre, ces personnes souffrent souvent d'un éventail d'autres problèmes en dehors de leur santé. De ce fait, la supervision de la thérapie ne sera pas toujours que médicale.

Ce qui précède démontre à quel point cette activité est consommatrice de main-d'œuvre. Pourtant, la stratégie de la supervision de la thérapie est décrite par l'Organisation mondiale de la santé comme l'une des interventions socio-médicales les plus efficaces qui soient. Pour prévenir toute transmission de la tuberculose, il est important de détecter et de traiter rapidement les sources potentielles de contamination. Le suivi des malades jusqu'à la fin du traitement est donc essentiel. La non-compliance du traitement peut en effet mener à une récurrence de la maladie avec un nouvel épisode contagieux et donc à l'apparition de nouveaux cas dans l'entourage de la personne. La prise incorrecte des médicaments peut également mener à l'apparition de la forme multirésistante de la tuberculose.

En raison du sous-subsidionnement de la prévention de la tuberculose à Bruxelles, il y a trop peu d'effectifs pour pouvoir

Therapiesupervisie gaat altijd gepaard met voorlichting van de patiënt en zijn familie en het in kaart brengen van sociale problemen van de patiënt, vaak al opgestart nog tijdens het verblijf in het ziekenhuis. Therapiesupervisie kan veel verschillende vormen aannemen, aangepast aan de noden en mogelijkheden van de patiënt. De meest intense vorm zijn dagelijkse huisbezoeken met inname van de medicatie onder toezicht van de VRGT/FARES medewerker, om de compliance te verzekeren. Vaker komt het voor dat bijvoorbeeld een wekelijks bezoek voldoende is, met het gebruik van een week-pillendoos. Soms wordt de patiënt gevraagd om wekelijks of enkele malen per week tot in het VRGT/FARES gezondheidscentrum te komen. Er wordt telefonische verwittigd over afspraken bij radiologie en longarts en dit wordt gecontroleerd achteraf.

Voor therapiesupervisie wordt ook gebruikgemaakt van andere medische diensten die reeds rond de betrokken persoon aanwezig zijn : huisarts, medische dienst opvangcentrum, medische dienst Justitie, thuisverpleging ... Het is wel de VRGT/FARES medewerker die het geval blijft volgen tot het einde van de behandeling.

Essentieel voor een goede therapietrouw is een goede patiënt – verpleegkundige relatie. Om deze relatie te bevorderen wordt ook vaak wat sociale hulp geboden in de vorm van doorverwijzingen naar :

- initiatieven voor huisvesting,
- OCMW,
- voedselbanken,
- ziekenfondsen,
- ...

Een ander essentieel element in de therapietrouw is de beschikbaarheid van gratis diagnose en behandeling op een kwalitatieve manier. Via een federaal project (BELTA-TBnet : (BELTA-TBnet : Belgian Lung and Tuberculosis Association)) ondersteund door het RIZIV is dit in België ook beschikbaar voor mensen zonder enige andere vorm van sociale zekerheid, zoals aanbevolen door de Wereldgezondheidsorganisatie.

Typisch voor landen als België is dat tuberculose zich er concentreert in de grootste steden, en binnen die steden in bepaalde bevolkingsgroepen die door armoede getroffen zijn, en die moeilijk te bereiken zijn. Deze mensen hebben dan vaak nog een hele lijst andere problemen buiten hun gezondheid. Vandaar dat therapiesupervisie niet altijd enkel medisch zal zijn.

Wat voorafgaat toont aan dat deze activiteit erg arbeidsintensief is. Toch wordt de strategie van therapiesupervisie door de Wereldgezondheidsorganisatie sterk aanbevolen als één van de meest kosteneffectieve socio-medische interventies ooit. Om de transmissie van tuberculose te vermijden, is het belangrijk om mogelijke bronnen van besmetting snel te detecteren en te behandelen. Het volgen van zieken tot het einde van de behandeling is dus essentieel. Therapieontrouw kan immers leiden tot herval met een nieuwe besmettelijke episode en dus gevaar voor nieuwe besmettingen in de omgeving. Het onvolledig innemen van de medicatie kan ook leiden tot het ontstaan van de multiresistente vorm van tuberculose.

Door de ondermaatse subsidiëring van de tuberculosepreventie in Brussel is er te weinig personeel om iedere patiënt intens te

suivre chaque patient de manière intensive. Ce qui résulte en un pourcentage plus élevé de patients perdus de vue. S'agissant de Bruxelles, ce pourcentage s'élevait en 2011 à 12,5 %, ce qui est plus élevé que pour les autres Régions.

Réponse à la question 2 :

Dans le tableau ci-dessous, vous trouverez le nombre de patients supervisés par le FARES / la VRGT par rapport au nombre total de cas de tuberculose signalés en 2011 et 2012, par région et pour le pays dans sa totalité.

	2011	2012
Bruxelles	287/351	248/312
Flandre	236/417	152/415
Wallonie	229/276	182/260
Total	752/1.044	582/987

Dans les années 80, il a été décidé au niveau politique de scinder le domaine de compétence « médecine préventive, y compris la lutte contre les maladies infectieuses » et de le transférer aux Communautés. Les centres d'expertise compétents doivent depuis lors suivre le schéma suivant :

En Wallonie, c'est le FARES qui est en charge de la supervision de la thérapie. À Bruxelles, le FARES et la VRGT se partagent la tâche. En Flandre, la supervision de la thérapie est assurée par la VRGT (mais uniquement auprès des patients pour lesquels le Toezicht Volksgezondheid – ToVo – estime que c'est nécessaire, donc uniquement sur demande du ToVo).

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

Question n° 78 de M. Didier Gosuin du 11 février 2013 (Fr.) :

*Plan de formation au sein de la fonction publique communale.*

Je souhaite savoir combien de CPAS – et lesquels – ont adopté formellement et mis en œuvre un plan de formation pour leur personnel.

La Commission communautaire commune, via l'exercice de la tutelle, a-t-elle pris des initiatives pour stimuler (voir contraindre) les communes à mettre en œuvre de tels plans ?

**Réponse :** En annexe vous trouvez les réponses des CPAS bruxellois aux questions concernant leur plan de formation, rédigé par l'Administration des Pouvoirs locaux – Direction de la Tutelle sur les CPAS.

volgen. Dit resulteert in een hoger percentage patiënten die uit het oog verloren raken. Voor Brussel lag dit percentage in 2011 op 12,5 %, wat hoger is dan in de andere gewesten.

Antwoord op vraag 2 :

In onderstaande tabel vindt u het aantal door de VRGT/FARES gesuperviseerde patiënten ten opzichte van het totaal aantal gemelde gevallen van tuberculose in 2011 en 2012, per gewest en in het totaal voor ons land.

	2011	2012
Brussel	287/351	248/312
Vlaanderen	236/417	152/415
Wallonië	229/276	182/260
Totaal	752/1.044	582/987

In de jaren 80 werd de politieke beslissing genomen om het bevoegdheidsdomein preventieve geneeskunde, inclusief infectieziektebestrijding, op te splitsen en over te hevelen naar de gemeenschappen. De uitvoerende expertisecentra zijn daarin moeten volgen.

In Wallonië gebeurt therapie-supervisie door de FARES. In Brussel door de FARES en VRGT samen. In Vlaanderen gebeurt therapie-supervisie door de VRGT (maar enkel bij die patiënten waar Toezicht Volksgezondheid – ToVo – het nodig acht, dus enkel na aanvraag door ToVo).

### Ministers bevoegd voor het Beleid inzake Bijstand aan Personen

Vraag nr. 78 van de heer Didier Gosuin d.d. 11 februari 2013 (Fr.) :

*Opleidingsplan in de gemeentediensten.*

Hoeveel OCMW's en welke hebben een opleidingsplan voor hun personeel formeel aangenomen en uitgevoerd ?

Heeft de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie via het toezicht initiatieven genomen om de OCMW's aan te moedigen (of zelfs te verplichten) dergelijke plannen in te voeren ?

**Antwoord :** Als bijlage vindt u de antwoorden van de Brusselse OCMW's op de vragen betreffende hun vormingsplan, opgemaakt door de Dienst Plaatselijke besturen – Directie Toezicht op de OCMW's.

CPAS – OCMW	LE CPAS, DISPOSE-T-IL D'UN PLAN DE FORMATION? – BESCHIKT HET OCMW OVER EEN VORMINGSPLAN?
Anderlecht	Oui, en fonction des besoins des agents et de l'administration. Ja, volgens de noden van de medewerkers en de administratie.
Bruxelles / Brussel	/ /
Ixelles / Elsene	/ /
Etterbeek	/ /
Evere	Le CPAS adopte formellement, sur une base annuelle, un plan de formation qui porte sur l'ensemble du personnel et est soumis en comité de négociation syndicale. Nous respectons la charte sociale et essayons dans la mesure du possible d'assurer un turn-over en formations suivies pour l'ensemble du personnel (conformément à la circulaire budgétaire 0,5 % de la masse salariale couvre les frais de formations et sont inscrits au budget de l'exercice.) Het OCMW neemt jaarlijks formeel een vormingsplan aan dat betrekking heeft op alle personeelsleden en dat wordt voorgelegd aan het Sociaal Overlegcomité. Wij respecteren het sociaal handvest en wij proberen in de mate van het mogelijke een turn-over te garanderen voor de vormingen die door alle personeelsleden samen zijn gevolgd (in overeenstemming met de begrotingsomzendbrief dekt 0,5 % van de loonsom de vormingskosten en dit wordt ingeschreven op het budget van het boekjaar.)
Ganshoren	Quant au plan de formation, la cellule Formations du service du Personnel fait parvenir toutes les propositions aux chefs de service concernés. Si les formations sont jugées utiles, les membres du personnel sont inscrits. Des tableaux sont tenus à jour afin d'avoir une vue d'ensemble à tout moment. Wat het vormingsplan betreft, bezorgt de vormingscel van de Personeelsdienst alle voorstellen die binnenkomen aan de betrokken diensthoofden. Ingeval deze nuttig worden geacht, worden de personeelsleden ingeschreven. Tabellen worden bijgehouden om op elk ogenblik een algemeen overzicht te kunnen hebben.
Jette	/ /
Koekelberg	/ /
Auderghem	Un plan de formation va débiter : nous avons mis en route un nouveau processus d'évaluation avec planification d'objectifs et formations <i>ad hoc</i> .
Oudergem	Er wordt een vormingsplan gelanceerd : wij hebben een nieuwe evaluatieprocedure ingesteld, met planning van doelstellingen en <i>ad-hoc</i> vormingen.
Schaerbeek	Non.
Schaerbeek	Neen.
Berchem-Sainte-Agathe	Depuis quelques années, nous élaborons annuellement un plan de formation officiel pour le personnel. Le plan est adopté en séance du conseil, du comité de négociation syndicale. (Annexe : plan de formation à approuver par le conseil en mars 2013).
Sint-Agatha-Berchem	Sinds een aantal jaar stellen wij jaarlijks een officieel vormingsplan op voor het personeel. Het plan wordt goedgekeurd in zitting van de raad, van het overlegcomité met de vakbonden. (Bijlage : vormingsplan dat door de raad in maart 2013 zal worden goedgekeurd).
Saint-Gilles	Nous disposons d'un plan de formation qui est mis en œuvre. Il est valable pour deux ans. Ensuite, il est ajusté et renouvelé.
Sint-Gillis	We beschikken over een vormingsplan dat uitgevoerd wordt. Het is twee jaar geldig en wordt dan opnieuw aangepast en vernieuwd.
Molenbeek-Saint-Jean	Le CPAS met en œuvre un plan de formation individuel annuel de min. 5 jours de formation continuée par agent travaillant à TP qui respecte la norme de la circulaire budgétaire. Le plan est élaboré à partir des besoins individuels des agents, identifiés au cours des entretiens d'évaluation, et met particulièrement l'accent sur l'intégration des nouveaux agents (journée d'accueil, système de parrainage des nouveaux agents et parcours de formation spécifique pour les AS), les compétences interrelationnelles et le renforcement des compétences managériales tant pour les cadres intermédiaires (obligation de suivre des formations en encadrement et animation d'équipes) que pour le top management.
Sint-Jans-Molenbeek	Het OCMW past een jaarlijks individueel vormingsplan toe van minstens 5 dagen voortgezette vorming per voltijds werkende medewerker. Hiermee respecteert het de norm van de begrotingsomzendbrief. Het plan wordt opgesteld op basis van de individuele behoeften van het personeel die tijdens de evaluatiegesprekken zijn geïdentificeerd. Het plan legt veel nadruk op de integratie van nieuwe medewerkers (onthaaldag, meter/peter voor nieuwe werknemers en specifiek vormingsparcours voor AS), de interrelationele vaardigheden en de versterking van de managementvaardigheden, zowel voor het middenkader (verplichte vorming inzake groepsomkadering en -animatie) als voor het topmanagement.
Saint-Josse-Ten-Noode	Oui.
Sint-Joost-Ten-Node	Ja.



Woluwe-Saint-Lambert	Nous n'avons pas de plan de formation au sens de la charte sociale, mais nous prévoyons au budget et nous dépensons systématiquement les sommes réglementaires pour la formation du personnel. Nous prévoyons un plan de formation pour la période 9/2013 à 6/2014.
Sint-Lambrechts-Woluwe	Wij beschikken niet over een vormingsplan in de zin van het sociaal handvest, maar wij voorzien in het budget de reglementaire bedragen voor de vorming van het personeel en wij geven deze systematisch uit. Wij werken aan een vormingsplan voor de periode 9/2013 tot 6/2014.
Woluwe-Saint-Pierre	Le CPAS a élaboré un plan de formation individuel sur 2 ans, de min. 5 jours/an de formation continuée par agent travaillant à TP (ceci dans le respect de la circulaire budgétaire). Le plan est élaboré à partir des besoins individuels des agents, identifiés autant au cours des entretiens d'évaluation que sur rapport des chefs de service (demandé une fois/an par le service du personnel). Le CPAS attend l'installation du nouveau conseil pour faire avaliser le plan par le conseil de l'action sociale.
Sint-Pieters-Woluwe	Het OCMW heeft een individueel tweejarig vormingsplan uitgewerkt met per jaar minstens 5 dagen voortgezette vorming per voltijds werkende medewerker (in naleving van de begrotingsomzendbrief). Het plan is opgesteld op basis van de individuele behoeften van de medewerkers die geïdentificeerd zijn tijdens de evaluatiegesprekken en door de diensthoofden (1 keer per jaar gevraagd door de personeelsdienst). Het OCMW wacht op de installatie van de nieuwe raad om het plan te laten goedkeuren door de raad voor maatschappelijk welzijn.
Uccle	Oui, chaque année, notre service formation est appelé à réaliser un plan annuel de formation continuée en collaboration avec la DRH et le secrétaire. (cf. document « plan de formation – CPAS d'Uccle » – en annexe)
Ukkel	Ja, elk jaar wordt aan onze vormingsdienst gevraagd om een jaarlijks plan voor voortgezette vorming uit te werken in samenwerking met de DHR en de secretaris. (cf. document – Vormingsplan – OCMW Ukkel – als bijlage)
Forest / Vorst	/ /
Watermael-Boitsfort	Nous disposons d'un plan de formation du personnel.
Watermaal-Bosvoorde	Wij beschikken over een vormingsplan voor het personeel.

**Question n° 79 de M. Didier Gosuin du 11 février 2013 (Fr.) :**

***Plan de diversité au sein de la fonction publique communale.***

Je souhaite savoir combien de CPAS – et lesquels – ont adopté formellement et mis en œuvre un plan de diversité au sein de leur administration. Peut-on déjà en mesurer les premiers effets ?

La Commission communautaire commune, via l'exercice de la tutelle, a-t-elle pris des initiatives pour stimuler (voir contraindre) les CPAS à mettre en œuvre de tels plans ?

**Réponse :** En annexe vous trouvez les réponses des CPAS bruxellois aux questions concernant leur plan de diversité, rédigé par l'Administration des Pouvoirs locaux – Direction de la Tutelle sur les CPAS.

**Vraag nr. 79 van de heer Didier Gosuin d.d. 11 februari 2013 (Fr.) :**

***Diversiteitsplan in de gemeentediensten.***

Hoeveel OCMW's en welke hebben een diversiteitsplan voor hun diensten formeel aangenomen en uitgevoerd ? Kan men reeds de eerste gevolgen daarvan zien ?

Heeft de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie via het toezicht initiatieven genomen om de OCMW's aan te moedigen (of zelfs te verplichten) dergelijke plannen in te voeren ?

**Voorlopig :** Als bijlage vindt u de antwoorden van de Brusselse OCMW's op de vragen betreffende hun diversiteitsplan, opge maakt door de Dienst Plaatselijke besturen – Directie Toezicht op de OCMW's.

CPAS – OCMW	LE CPAS, DISPOSE-T-IL D'UN PLAN DE DIVERSITE ? Réponses des CPAS : – BESCHIKT HET OCMW OVER EEN DIVERSITEITSPLAN? Antwoorden van de OCMW's:
Anderlecht	Non. / Neen.
Bruxelles / Brussel	/ /
Ixelles / Elsene	/ /
Etterbeek	/ /
Evere	Non. / Neen.
Ganshoren	Non. / Neen.

Jette	/ /
Koekelberg	/ /
Auderghem	La commune d'Auderghem a voté un plan de diversité et des réunions sont prévues entre les autorités communales afin de le développer pour notre personnel.
Oudergem	De gemeente Oudergem heeft een diversiteitsplan aangenomen en er zijn vergaderingen gepland met het gemeentebestuur, om het uit te werken voor onze personeelsleden.
Schaerbeek / Schaarbeek	Non. / Neen.
Berchem-Sainte-Agathe / Sint-Agatha-Berchem	Non. Neen.
Saint-Gilles / Sint-Gillis	Non. / Neen.
Molenbeek-Saint-Jean / Sint-Jans-Molenbeek	Non. Neen.
Saint-Josse-Ten-Noode	Non, mais nous n'avons pas attendu la mise sur pied d'un plan de diversité pour recruter notre personnel à l'image de la population de la commune.
Sint-Joost-Ten-Node	Neen, maar wij hebben niet gewacht op de uitwerking van een diversiteitsplan om onze personeelsleden aan te werven naar het beeld van de bevolking van onze gemeente. »
Woluwe-Saint-Lambert Sint-Lambrechts-Woluwe	Non, mais nous ne tenons aucunement compte de la nationalité ou de l'origine des personnes lors des embauches. Neen, maar wij houden absoluut geen rekening met de nationaliteit of de herkomst van de kandidaten tijdens aanwervingen.
Woluwe-Saint-Pierre Sint-Pieters-Woluwe	Non. Neen.
Uccle	Oui, notre administration a participé la première à un plan diversité sous les auspices de et subsidiée par la VESOC en 2005. (cf. document « Plan de diversité – CPAS Uccle » – en annexe)
Ukkel	Ja, ons bestuur heeft als eerste deelgenomen aan een diversiteitsplan onder toezicht van en met een subsidie van het VESOC in 2005. (cf. document « Diversiteitsplan – OCMW Ukkel » – in bijlage)
Forest / Vorst	/ /
Watermael-Boitsfort Watermaal-Bosvoorde	Non. Neen.

**Question n° 81 de M. André du Bus de Warnaffe du 21 mars 2013 (Fr.) :**

***Moyens dégagés pour aider particulièrement les personnes handicapées précarisées.***

Le Service Public Fédéral Sécurité Sociale a lancé au mois de juin 2012 une large consultation publique du secteur du handicap. Cette enquête anonyme a porté sur les conditions de vie de 1.188 personnes âgées de 21 à 65 ans et percevant de l'administration fédérale une allocation de remplacement des revenus et/ou d'intégration. L'enquête s'est déroulée sous l'acronyme Handilab.

Ce projet terminé en septembre dernier avait pour objectif de dresser d'abord un aperçu de la situation sociale des personnes handicapées sur la base des données administratives disponibles, ensuite, d'examiner si les allocations aux personnes handicapées suffisent pour compenser les coûts supplémentaires liés au handicap.

Il ressort de cette analyse que :

**Vraag nr. 81 van de heer André du Bus de Warnaffe d.d. 21 maart 2013 (Fr.) :**

***Vrijgemaakte middelen voor bijstand aan kwetsbare personen met een handicap.***

In juni 2012 startte de Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid een ruime raadpleging van de sector van de gehandicaptenzorg. Die anonieme enquête betrof de levensomstandigheden van 1.118 personen tussen 21-65 jaar die van de federale administratie een vervangingsinkomen of een leefloon krijgen. De enquête vond plaats onder het acroniem Handilab.

Het project liep ten einde in september 2012 en had tot doel vooreerst een overzicht op te stellen van de sociale situatie van de personen met een handicap op basis van de beschikbare administratieve gegevens, vervolgens te onderzoeken of de uitkeringen aan personen met een handicap volstaan ter compensatie van de extra kosten die voortvloeien uit hun handicap.

Uit dat onderzoek blijkt dat :

- pas moins de 38 % des personnes interrogées ont un revenu inférieur au seuil de risque de pauvreté européen. À titre de comparaison, le pourcentage de risque de pauvreté au niveau de l'ensemble de la population tourne autour de 15 %;
- les personnes interrogées consacrent deux fois plus de moyens aux soins de santé que la population moyenne. 34 % d'entre elles reportent des soins médicaux parce qu'elles ne peuvent se les permettre;
- 25 % d'entre elles ne peuvent se permettre de chauffer suffisamment leur logement;
- 28 % économisent sur des dépenses hors soins médicaux (aide à domicile, aide ménagère, aide pour les courses, petits travaux);
- 16 % ne participent à aucune activité socioculturelle à cause du prix.

Même si le lien de causalité entre handicap et pauvreté a déjà fait l'objet de nombreux débats, la synthèse des contributions récoltées dans le cadre de la consultation publique montre que le cercle vicieux du handicap et de la pauvreté est solide, que les personnes handicapées, plus que tout autre groupe, bénéficient d'un accès restreint aux services de base.

Les enquêteurs plaident dans un communiqué de presse conjoint de la KU Leuven, du Service Fédéral Sécurité Social, du Service public de Programmation Politique scientifique, pour que la situation spécifique des personnes handicapées soit davantage prise en considération dans la politique de lutte contre la pauvreté.

Même si l'objectif final de l'enquête porte sur la réforme de la loi du 27 février 1987 relative aux allocations pour personnes handicapées, qui est du ressort du fédéral, la méthodologie utilisée, les thèmes abordés et les contributions récoltées interpellent les Régions et les Communautés.

Ainsi, la pauvreté des personnes handicapées ne doit donc pas être envisagée seulement sur le plan économique. Elle doit également être abordée en termes de vulnérabilité et d'exclusion sociale. Par exemple, pour les personnes sourdes, ce n'est pas la déficience en elle-même qui pose problème, mais la discrimination (leur salaire est moins élevé, les chances de promotion sont réduites). Pour les femmes, le handicap augmente les difficultés qu'elles connaissent déjà et sert d'alibi pour le maintien des discriminations à leur égard.

Je souhaiterais savoir quelle est l'ampleur de la pauvreté des personnes handicapées à Bruxelles. Le Plan d'action bruxellois intégré de lutte contre la pauvreté de 2010 exprime le besoin des autorités de disposer d'informations de base fiables pour inventorier l'état de la pauvreté à Bruxelles avec précision pour mener une « analyse multidimensionnelle et/ou longitudinale de la problématique de la pauvreté ». Les objectifs stratégiques 1 : « Les décideurs politiques bruxellois développent une politique en matière de pauvreté sur la base d'informations, de connaissances et de vision », et 2 : « Améliorer la qualité des informations de base » sont clairs à cet égard. Le tout récent Plan d'action 2012 est thématique, il se consacre aux jeunes, mais son premier objectif est d'« améliorer la connaissance de la pauvreté des jeunes adultes et l'intégrer dans les politiques relatives à la pauvreté ». Le Collège

- niet minder dan 38 % van de ondervraagde personen een inkomen heeft dat lager is dan de Europese minimum voor het risico op armoede. Ter vergelijking, het risico op armoede bij de gehele bevolking is ongeveer 15 %;
- de ondervraagde personen besteedden tweemaal meer middelen aan gezondheidszorg dan de gemiddelde bevolking. 34 procent van hen stellen medische zorg uit, omdat zij zich dat niet kunnen veroorloven;
- 25 % van hen heeft niet de middelen om hun woning voldoende te verwarmen;
- 28 % bespaart op uitgaven (behalve voor medische zorg) voor thuishulp, huishoudelijke hulp, hulp bij boodschappen, kleine werken;
- 16 % neemt niet deel aan sociaal-culturele activiteiten wegens de prijs.

Hoewel al veel debatten hebben plaatsgevonden over het oorzakelijk verband tussen handicap en armoede, toont de samenvatting van de bijdragen die werd ingezameld tijdens de raadpleging aan dat de vicieuze cirkel handicap en armoede moeilijk kan worden doorbroken, dat de personen met een handicap meer dan elke andere groep beperkte toegang hebben tot de basisdiensten.

De onderzoekers pleiten in een gezamenlijk perscommuniqué van de KU-Leuven, de FOD Sociale Zekerheid, de POD wetenschapsbeleid ervoor beter rekening te houden met de situatie van de personen met een handicap bij het beleid ter bestrijding van armoede.

Hoewel het uiteindelijk doel van de enquête betrekking had op de hervorming van de wet van 27 februari 1987 betreffende de uitkeringen voor personen met een handicap, die onder de bevoegdheid van de federale overheid valt, roept de gebruikte methodologie de onderzochte thema's en de ingezamelde bijdragen vragen op bij de Gewesten en de Gemeenschappen.

Armoede bij personen met een handicap mag dus niet enkel op economisch vlak worden beschouwd, maar eveneens op het vlak van kwetsbaarheid en sociale uitsluiting. Voor dove personen bijvoorbeeld is niet de tekortkoming zelf een probleem, maar wel discriminatie (lager loon, beperkte promotiekansen). Voor vrouwen verhoogt de handicap de moeilijkheden die ze al hebben, en dient ze als alibi voor discriminatie.

Ik wens te weten hoe ruim armoede verspreid is bij personen met een handicap te Brussel. Het Brussels actieplan voor armoedebestrijding van 2010 stelt dat de overheden nood hebben aan betrouwbare basisinformatie om de toestand inzake armoede te Brussel nauwkeurig te inventariseren, teneinde een multidimensionale en/of longitudinale analyse van de armoedeproblematiek te maken. De strategische doelstellingen : 1 « De Brusselse beleidsmakers bouwen een armoedebeleid uit op basis van informatie, kennis en inzicht », 2 « Verbeteren van de kwaliteit van de basisinformatie » en 3 « Verbeteren van de informatie over de bestaande dienstverlening en over de mensen die een beroep doen op de betrokken diensten en centra » maken dat duidelijk. Het recente actieplan 2012 heeft als thema de jongeren, maar de eerste doelstelling ervan is « De kennis over armoede bij jongvolwassenen

a-t-il confié à l'Observatoire de la santé et du social une mission spécifique concernant les statistiques des personnes handicapées précarisées, qui, vraisemblablement, selon l'enquête, constituent la minorité la plus importante mais aussi la plus désavantagée ?

Par ailleurs, les services sociaux (aide sociale, CPAS) et les prestations de soins et de services spécifiques à certains groupes de la population facilitent la participation à la vie sociale. Le Collège a prévu, en début de législature, de renforcer la capacité des services généraux pour venir en aide aux personnes handicapées par des adaptations de la législation et des formations spécialisées. Je souhaiterais savoir quelles sont les adaptations législatives qui ont été élaborées (ou qui sont en cours). Quels sont les services renforcés, avec quels moyens, pour aider particulièrement les personnes handicapées précarisées ?

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

Un des principaux objectifs du rapportage sur la pauvreté est et reste de disposer d'informations suffisantes et correctes, sur la base desquelles les politiques de lutte contre la pauvreté peuvent être développées. L'élaboration annuelle du Baromètre social et la rédaction bisannuelle du Rapport sur la pauvreté constituent deux moments importants pour faire le point des connaissances sur ce sujet.

Des systèmes d'enregistrement sont développés un peu partout, tels que le recueil central de données dans le secteur des centres d'aide aux personnes (et les CASG de la COCOF), dans le secteur de l'aide aux sans-abri (La Strada), dans le secteur de la médiation de dettes (GREPA) et dans le secteur des CPAS (le projet PHARE). Dans le secteur de l'aide aux personnes handicapées, c'est principalement l'Observatoire de l'accueil et de l'accompagnement des personnes handicapées du service PHARE qui inventorie sur Bruxelles de manière structurelle les besoins des personnes handicapées.

Dans le passé, nous avons d'ailleurs adopté le point de vue selon lequel la Commission communautaire commune n'exercerait que peu de rôle de coordination dans le secteur des personnes handicapées, premièrement parce que l'immense majorité des centres et services pour personnes handicapées est organisée par la COCOF et la Communauté flamande, et deuxièmement étant donné l'existence de son Observatoire de l'accueil et de l'accompagnement de la personne handicapée.

Dans une de ses recommandations, l'Observatoire insiste sur « la mise en œuvre d'une politique de collecte et d'exploitation des informations ». C'est la raison qui l'amène à mener une réflexion globale sur l'amélioration (fiabilité, précision, données manquantes, encodage, ...) des données administratives et sur leur harmonisation avec celles issues des autres instances administratives liées au handicap dont celles de la COCOM.

Dans le rapport de l'étude à laquelle vous faites référence (Projet de recherche « Handilab ». Position socio-économique des personnes handicapées et effectivité des allocations aux personnes handicapées) il est également indiqué que dans le Datawarehouse Marché du travail et Protection sociale – une base de données qui est considérée comme « une opportunité unique pour l'étude des personnes handicapées » – certaines données sont totalement

senen vergroten en integreren in het armoedebeleid ». Heeft het College het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn belast met een specifieke opdracht inzake de statistieken van kwetsbare personen met een handicap, die volgens de enquête kennelijk de grootste minderheid vormen, maar ook de meest benadeelde ?

Daarnaast maken de sociale diensten (sociale bijstand, OCMW) en specifieke zorgen en diensten voor bepaalde groepen van de bevolking deelname aan het sociale leven makkelijker. Bij het begin van de zittingsperiode had het College gepland de capaciteit van de algemene diensten te verhogen om bijstand te bieden aan personen met een handicap via aanpassingen van de wetgeving en gespecialiseerde opleidingen. Ik wens te weten welke aanpassingen van de wetgeving werd uitgewerkt (of aan de gang zijn). Welke diensten zijn versterkt, met welke middelen, om inzonderheid kwetsbare arme personen met een handicap te helpen?

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

Een van de belangrijkste doelstellingen van de armoederapportage is en blijft om over voldoende en correcte informatie te beschikken op basis waarvan het beleid inzake armoedebestrijding kan worden ontwikkeld. De jaarlijkse Welzijnsbarometer en het tweejaarlijkse Armoederapport zijn twee belangrijke momenten waarop een stand van zaken van de kennis over dit onderwerp wordt opgemaakt.

Daarnaast worden overall registratiesystemen ontwikkeld, zoals de centrale registratie van gegevens in de sector van de centra voor algemeen welzijnswerk (en de CGSA van de COCOF), in de sector van de thuislozenzorg (La Strada), in de sector van de schuldbemiddeling (GREPA) en in de sector van de OCMW's (project PHARE). In de sector van de gehandicaptenzorg probeert vooral het Observatorium voor de opvang en de begeleiding van personen met een handicap van de dienst PHARE de behoeften van personen met een handicap in Brussel op een gestructureerde manier in kaart te brengen.

In het verleden hebben wij overigens het standpunt ingenomen dat de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie slechts een beperkte coördinerende rol zou vervullen in de gehandicaptensector, ten eerste omdat de overgrote meerderheid van de centra en de diensten voor personen met een handicap door de COCOF en de Vlaamse Gemeenschap wordt georganiseerd en, ten tweede, vanwege het bestaan van het Observatorium voor opvang en begeleiding van personen met een handicap.

In een van zijn aanbevelingen dringt het Observatorium erop aan om een beleid te ontwikkelen voor de verzameling en het gebruik van gegevens. Daarom voert het Observatorium een algemene reflectie over de verbetering van de administratieve gegevens (betrouwbaarheid, nauwkeurigheid, volledigheid, codering, ...) en over de harmonisering van deze gegevens met die van andere administratieve instanties die werken rond personen met een handicap, zoals de COCOM.

Ook het rapport van de studie waarnaar u verwijst (Projet de recherche « Handilab ». Position socio-économique des personnes handicapées et effectivité des allocations aux personnes handicapées) geeft aan dat in de Datawarehouse Marché du travail et Protection sociale – een databank die wordt beschouwd als een unieke kans om de situatie van personen met een handicap te bestuderen, sommige gegevens volledig onbeschikbaar zijn,

indisponibles, d'autres ne sont que partiellement disponibles, tandis qu'on relève une série de limitations en ce qui concerne la structure des données disponibles.

Compte tenu de cette situation en termes de disponibilité des informations de base, à la fois au niveau fédéral et régional, nous ne pouvons pas répondre à votre question concernant l'ampleur de la pauvreté des personnes handicapées à Bruxelles. Dans le cadre du rapportage de la pauvreté, nous n'avons pas non plus chargé l'Observatoire de la Santé et du Social du compléter l'information manquante, et ceci parce que ces dernières années, les priorités étaient ailleurs, c'est-à-dire le problème du sans-abrisme pour le rapport sur la pauvreté 2010, les jeunes et la pauvreté pour le rapport 2012 et les femmes et la pauvreté pour le rapport 2014.

Néanmoins, je peux faire référence à l'avis clair du Conseil consultatif bruxellois francophone – Section Personnes handicapées sur le Plan bruxellois de lutte contre la pauvreté, publié en annexe au Cahier 5 du Rapport sur l'état de la pauvreté 2010 (« Débat public. Synthèse de la table ronde de 2010 »).

Pour répondre à votre dernière question, j'ai le plaisir de vous annoncer que différents services se sont orientés, à notre demande et avec notre soutien, à la problématique des personnes handicapées. À titre d'exemple, les services d'aide à domicile sont en train de former leurs aides familiales au vieillissement des personnes handicapées et à leur maintien à domicile. Le premier volet de la formation, qui était une sensibilisation au handicap, est terminé. Dans la même lignée, nous avons commandé une étude au CDCS afin que le Centre réfléchisse à la mise sur pied d'une cellule interservices nécessitant au préalable une collaboration entre les différents secteurs, en ce compris le handicap. Enfin, nous venons justement de faire parvenir un courrier à différents conseils consultatifs, afin de leur présenter les résultats d'une étude réalisée par l'Observatoire de la COCOF portant sur le vieillissement des personnes handicapées. Cette rencontre permettra aux différents Conseils de s'emparer de la question.

**Question n° 82 de M. Dominiek Lootens-Stael du 29 mars 2013 (N.) :**

***Les déclarations de naissance dans les hôpitaux – législation linguistique.***

À Bruxelles-Ville, il est désormais possible de déclarer la naissance d'un enfant à la section maternité de l'hôpital. Les services de la Ville œuvrent à la transition depuis un certain temps déjà. Dès à présent, on peut déclarer une naissance à l'hôpital Saint-Jean et à l'hôpital Brugmann. À partir du 2 mai, ce sera aussi le cas à Saint-Pierre.

Les documents destinés à la mutualité, aux allocations familiales et à la vaccination peuvent être établis à la maternité.

Je voudrais savoir quels hôpitaux de la coupole Iris adhéreront à ce système. Le travail y est-il fait par des employés des hôpitaux, ou par des fonctionnaires communaux ? Pouvez-vous garantir

andere slechts gedeeltelijk beschikbaar zijn en de structuur van de beschikbare gegevens een aantal beperkingen heeft.

Vanwege deze situatie op het vlak van de beschikbaarheid van basisinformatie, zowel op federaal als op gewestelijk niveau, kunnen wij geen antwoord geven op uw vraag betreffende de omvang van het armoedeprobleem bij personen met een handicap in Brussel. Evenmin hebben wij, in het kader van de armoederapportage, aan het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn de opdracht gegeven om de ontbrekende informatie aan te vullen, en dit omdat tijdens de voorbije jaren de prioriteiten elders lagen, namelijk in het armoederapport 2010 op de problematiek van de « Thuisloosheid », in het armoederapport 2012 op « Jongeren en armoede » en in het armoederapport 2014 op « Vrouwen en armoede ».

Wel kan ik verwijzen naar het heldere advies van de Conseil consultatif bruxellois francophone – Section Personnes handicapées over het Brussels actieplan armoedebestrijding, dat gepubliceerd is als bijlage bij Katern 5 van het Armoederapport 2010 (« Publiek debat. Synthèse van de rondetafel 2010 »).

In antwoord op uw laatste vraag kan ik u meedelen dat verschillende diensten, op onze vraag en met onze steun, werken rond de problematiek van personen met een handicap. De thuiszorgdiensten, bijvoorbeeld, zijn hun gezinshelpers aan het opleiden rond het ouder worden van personen met een handicap en thuiszorg voor deze specifieke doelgroep. Het eerste onderdeel van die opleiding, sensibilisering rond handicap, is afgerond. In dezelfde lijn hebben wij een studie besteld bij het CMDC. We willen dat het Centrum nadenkt over de oprichting van een equipe van beroepskrachten die werken voor meerdere diensten. Daarvoor echter moeten de verschillende sectoren, waaronder de gehandicaptensector, eerst samenwerken. Tot slot hebben wij onlangs een brief gestuurd naar de verschillende adviesraden, om hun de resultaten voor te stellen van een studie die het Observatorium van de COCOF heeft uitgevoerd over het ouder worden van personen met een handicap. Er is een ontmoeting gepland om de verschillende raden de kans te geven zich dit onderwerp toe te eigenen.

**Vraag nr. 82 van de heer Dominiek Lootens-Stael d.d. 29 maart 2013 (N.) :**

***Aangiftes van geboorten in ziekenhuizen – taalwetgeving.***

Een geboorte aangeven kan in de stad Brussel voortaan in de kraamafdeling van het ziekenhuis. De diensten van de stad zijn al een tijdje bezig met de omschakeling. Vanaf nu kan men een geboorte aangeven in het Sint-Jan en het Brugmannziekenhuis. Vanaf 2 mei volgt ook het Sint-Pieterziekenhuis.

In de kraamafdelingen kunnen geboorteaktes en documenten voor de mutualiteit, kinderbijslag en vaccinatie opgemaakt worden.

Graag had ik vernomen welke ziekenhuizen van de Iris-koepel zich zullen inschakelen in dit systeem. Gebeurt het werk er door werknemers van de ziekenhuizen, of door gemeenteamtbanen ?

que les personnes affectées à cette tâche sont effectivement bilingues ?

**Réponse :** Les hôpitaux Iris faisant partie du système sont ceux situés sur le territoire de la Ville de Bruxelles et qui disposent d'une maternité.

Ces hôpitaux Iris mettent un local à disposition, mais ce sont les fonctionnaires communaux qui se chargent du service.

L'hôpital ne peut pas garantir le bilinguisme, il ne peut que le recommander. C'est une compétence de la commune.

**Question n° 83 de M. Joël Riguelle du 24 avril 2013 (Fr.) :**

*La participation du CPAS de Bruxelles et du CHU Saint-Pierre à l'expérience pilote portant sur l'adaptation du remboursement des frais médicaux par les CPAS via la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie Invalidité.*

La secrétaire d'État à l'Asile et la Migration, à l'Intégration sociale et à la Lutte contre la Pauvreté souhaite ramener les CPAS à leur mission essentielle : l'enquête sociale et la détermination du besoin du demandeur d'aide ou de soins.

Pour ce faire, elle ambitionne d'implémenter une banque de données centralisée, reprenant toutes les données nécessaires pour les prestataires de soins, non seulement en matière d'aide, mais également en matière de financement des soins. Toutes les parties impliquées auront accès à cette banque de données, de sorte que l'aide et le paiement de celle-ci puissent se dérouler de manière efficace.

Comme tel, il s'agit d'un projet de grande ampleur (quatre CPAS et hôpitaux pilotes – dont le CPAS de Bruxelles et le CHU St-Pierre – contribuent au projet) et qui sera par conséquent exécuté en différentes phases. D'abord on privilégie le traitement automatisé des factures d'hôpital électroniques pour les personnes non assurées. Ensuite on élargit le groupe cible tout en ajoutant d'autres groupes de prestataires de soins, et, *in fine* vient le traitement de toutes les factures pour les personnes pour lesquelles un CPAS prévoit une participation aux frais.

La Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie Invalidité (CAAMI) et d'autres partenaires sont sollicités dans ce projet. Le rôle de la CAAMI est important car celle-ci intervient dans le contrôle du code de nomenclature INAMI des avances médicales. En plus, elle peut directement effectuer les paiements aux prestataires de soins au nom du SPP Intégration sociale, pour la partie pouvant être imputée à l'État.

Mesdames les Ministres, le principe général pour le remboursement par la CAAMI est qu'une enquête sociale ait été menée au préalable : le besoin doit être constaté. Je souhaiterais savoir ce que fait le CPAS de Bruxelles si un patient se rend d'abord chez un prestataire de soins en cas d'urgence par exemple. Comment réagissent les prestataires de soins, le CHU Saint-Pierre le cas échéant ?

Pour les soins non urgents, peuvent-ils être reportés ou pas ?

Kan U garanderen dat de mensen die hiervoor worden ingeschakeld ook wel degelijk tweetalig zijn ?

**Antwoord :** Alle Iris-ziekenhuizen die ingeschakeld zijn in het systeem zijn deze die gelegen zijn op het grondgebied van de Stad Brussel en die beschikken over een kraamafdeling.

Deze ziekenhuizen stellen een lokaal ter beschikking, maar de dienstverlening gebeurt door gemeentelijke ambtenaren.

Het ziekenhuis kan de tweetaligheid niet garanderen, alleen aanbevelen. Het is een bevoegdheid van de gemeente.

**Vraag nr. 83 van de heer Joël Riguelle d.d. 24 april 2013 (Fr.) :**

*Deelname van het OCMW van Brussel en het UMC Sint-Pieter aan het proefproject voor de aanpassing van de terugbetaling van de medische kosten door de OCMW's via de HZIV.*

De staatssecretaris voor Asiel en Migratie, Sociale Integratie en Armoedebestrijding wenst dat de OCMW's zich terug toespitsen op hun essentiële opdracht : maatschappelijk onderzoek en de nood van de aanvrager van bijstand of zorgen bepalen.

Daartoe wil zij een gecentraliseerde databank invoeren met alle gegevens die de zorgverstrekkers nodig hebben, niet alleen inzake bijstand, maar ook inzake financiering van de zorgen. Alle betrokken partijen krijgen toegang tot die databank, zodat bijstand en de betaling ervan doeltreffend kunnen verlopen.

Het gaat over een grootscheeps project (vier OCMW's en ziekenhuizen, onder andere het OCMW van Brussel en het UMC Sint-Pieter werken eraan mee), en bijgevolg wordt het uitgevoerd in verschillende fases. Vooreerst wordt gewerkt aan de automatische verwerking van de elektronische ziekenhuisrekeningen voor niet verzekerde personen. Vervolgens wordt de doelgroep uitgebreid met andere groepen zorgverstrekkers en tot slot komt de verwerking van alle rekeningen voor de personen waarvoor een OCMW een deel van de kosten dekt.

De HZIV en andere partners worden gevraagd mee te werken aan dit project. De rol van het HZIV is belangrijk, want zij oefent controle uit over de RIZIV-nomenclatuur van medische voorschotten. Bovendien kan zij rechtstreeks betalingen verrichten aan de zorgverstrekkers in naam van de POD Sociale Integratie, van het deel dat ten laste van de Staat kan worden gelegd.

Het algemeen principe voor terugbetaling door de HZIV is dat eerst een maatschappelijk onderzoek werd verricht : de nood moet vastgesteld zijn. Ik wens te weten wat het OCMW van Brussel doet als een patiënt zich eerst naar een zorgverstrekker begeeft, bijvoorbeeld voor dringende hulp. Hoe reageren de zorgverstrekkers, het UMC Sint-Pieter, in voorkomend geval ?

Kunnen zorgen die niet dringend zijn worden uitgesteld of niet ?

Comment est-ce que le droit au libre choix est garanti aux patients ?

À ce stade, comment fonctionne l'expérience pilote au niveau du CPAS de Bruxelles et du CHU Saint-Pierre ?

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

Comme vous le signalez en introduction de votre question écrite relative à la participation du CPAS de Bruxelles et du CHU St-Pierre à l'expérience pilote portant sur l'adaptation du remboursement des frais médicaux par les CPAS via la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité – CAAMI, c'est « la Secrétaire d'État à l'Asile et la Migration, à l'intégration sociale et à la Lutte contre la pauvreté qui souhaite ramener les CPAS à leur mission essentielle : l'enquête sociale et la détermination du besoin d'aide ou de soins ».

C'est donc une initiative du gouvernement fédéral. Le projet dont vous parlez s'appelle MediPrima. Les questions judicieuses que vous posez ne concernent pas les ministres du Collège Réuni en charge de la tutelle sur les CPAS. Ce projet MediPrima est la mise en œuvre de la loi du 2 avril 1965 relative à la prise en charge des secours par les CPAS qui n'est pas une matière personnalisée par l'article 5 de la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles.

Nous ne pouvons que vous conseiller de vous adresser directement auprès de la secrétaire d'État à l'Asile et la Migration, à l'intégration sociale et à la Lutte contre la pauvreté.

**Question n° 84 de M. Dominiek Lootens-Stael du 6 mai 2013 (N.) :**

*La pénurie de spécialistes dans les hôpitaux Iris.*

Dans votre réponse à ma question écrite n° 69 du 9 août 2012, vous déclarez qu'il n'est pas pertinent d'expliquer la raison de la vacance d'un certain nombre de postes de spécialistes au sein des hôpitaux Iris. Toutefois, quand les patients sont confrontés à de longues listes d'attente, c'est bel et bien pertinent.

Quand vous affirmez qu'il y a un turnover quotidien de médecins, il est effectivement difficile d'expliquer la raison de la vacance d'un certain nombre de postes à un moment donné.

Pourriez-vous dès lors me dire combien (en pourcentage) de fonctions dites « critiques » ont été pourvues en 2012 ?

Par « fonctions critiques », j'entends avant tout les spécialisations suivantes :

- Ophtalmologues,
- Pédiatres,
- Gériatres,
- Médecins urgentistes,
- Psychiatres,
- Endocrinologues.

Hoe wordt het recht op de vrije keuze gevrijwaard voor de patiënten ?

Hoe staat het momenteel met het proefproject bij het OCMW van Brussel en het UMC Sint-Pieter ?

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

Zoals u opmerkt in de inleiding van uw schriftelijke vraag betreffende de deelname van het OCMW van Brussel en het UMC Sint-Pieter aan het proefproject over de aanpassing van de terugbetaling van de medische kosten door de OCMW's via de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (HZIV), is het de staatssecretaris voor Asiel, Migratie, Maatschappelijke Integratie en Armoedebestrijding die de OCMW's wil terugbrengen tot hun hoofdplicht : het maatschappelijk onderzoek en het bepalen van de nood aan hulp of zorgen.

Het gaat dus om een initiatief van de federale regering. Het project waarover u het heeft, heet MediPrima. De doordachte vragen die u stelt hebben dus geen betrekking op de ministers van het Verenigd College belast met de voorgedij over de OCMW's. Het project MediPrima kadert in de uitvoering van de wet van 2 april 1965 betreffende het ten laste nemen van de steun verleend door de openbare centra voor maatschappelijk welzijn, wat geen persoonsgebonden aangelegenheid is volgens artikel 5 van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen.

We kunnen u dus enkel aanraden om u rechtstreeks tot de staatssecretaris voor Asiel, Migratie, Maatschappelijke Integratie en Armoedebestrijding te richten.

**Vraag nr. 84 van de heer Dominiek Lootens-Stael d.d. 6 mei 2013 (N.) :**

*De tekorten aan specialisten in de Irisziekenhuizen.*

In uw antwoord op mijn schriftelijke vraag (nr. 69 van 9 augustus 2012) laat u weten dat het niet relevant is om het aantal openstaande vacatures voor specialisten in de Irisziekenhuizen toe te lichten. Wanneer patiënten echter met lange wachtlijsten worden geconfronteerd, is dit wél relevant.

Wanneer u stelt dat er een dagelijkse turnover van artsen is, is het inderdaad moeilijk om het aantal vacatures op één welbepaald moment te belichten.

Daarom had ik van u graag geweten hoeveel procent van de plaatsen van zogenaamde « knelpunten » gemiddeld werden ingevuld in 2012.

Met die « knelpunten » bedoelen we in de eerste plaats :

- Oogartsen,
- Kinderartsen,
- Geriaters,
- Spoedartsen,
- Psychiaters,
- Endocrinologen.

**Réponse :** Faisant suite à votre question, je peux vous donner la réponse suivante :

Les hôpitaux Iris ne disposant pas de statistiques concernant la rotation des médecins, il est, par conséquent, impossible de calculer un pourcentage moyen.

En ce qui concerne les listes d'attente éventuelles, il convient de rappeler que les hôpitaux Iris totalisent seulement un tiers du nombre nécessaire de médecins en Région de Bruxelles-Capitale et que toutes les spécialités y sont représentées.

**Question n° 85 de M. Dominiek Lootens-Stael du 6 mai 2013 (N.) :**

*Les patients des hôpitaux Iris qui dépendent du CPAS ou de Fedasil.*

Dans votre réponse à ma question écrite n° 76 du 11 février, vous déclarez que dans les hôpitaux Iris, les patients qui dépendent d'un CPAS ou de Fedasil ne doivent pas payer d'acompte légal avant une hospitalisation.

Je voudrais, à cet égard, vous poser les questions complémentaires suivantes :

- Combien de patients dépendaient-ils d'un CPAS en 2012 ?
- Combien de patients dépendaient-ils de Fedasil en 2012 ?
- Des acomptes sont-ils demandés à Fedasil ou aux CPAS ?
- Les patients qui dépendent de Fedasil peuvent-ils demander une chambre individuelle ?
- Les patients qui dépendent de Fedasil ou d'un CPAS peuvent-ils subir des opérations non médicales (chirurgie « plastique » ou « esthétique ») ? Dans l'affirmative, doivent-ils payer eux-mêmes un acompte équivalent à la totalité du montant escompté de la facture ?

**Réponse :** Faisant suite à votre question, je peux vous donner la réponse suivante :

- a) et b) Il est impossible d'isoler de manière concluante le nombre de patients qui dépendaient du CPAS et de Fedasil en 2012. Un patient peut en effet avoir plusieurs factures, peut faire l'objet d'une admission ambulatoire ou être hospitalisé, son statut d'assurance peut évoluer pendant, entre et après ses admissions/consultations, des factures Fedasil peuvent être inscrites au nom de CPAS, etc.
- c) Aucun acompte n'est demandé aux patients du CPAS et de Fedasil.
- d) Les patients qui dépendent de Fedasil ne reçoivent pas de chambre individuelle sauf pour des raisons médicales.
- e) La chirurgie cosmétique ou plastique n'est pas remboursée par le CPAS ou Fedasil.

**Antwoord :** Naar aanleiding van uw vraag, kan ik u het volgende antwoord geven :

In de Irisziekenhuizen worden géén statistieken bijgehouden van de turnover van de geneesheren. Het is dus ook onmogelijk om een gemiddeld percentage te berekenen.

Voor wat de eventuele wachtlijsten betreft is het nuttig te herinneren dat de Irisziekenhuizen instaan voor slechts één derde van het totaal aantal geneesheren nodig voor het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Alles specialisaties zijn vertegenwoordigd.

**Vraag nr. 85 van de heer Dominiek Lootens-Stael d.d. 6 mei 2013 (N.) :**

*Patiënten in de Irisziekenhuizen die afhangen van een OCMW of Fedasil.*

In uw antwoord op mijn schriftelijke vraag (nr. 76 van 11 februari) laat u weten dat patiënten die aflangen van een OCMW of van Fedasil in de Irisziekenhuizen geen wettelijk voorschot, voorafgaand aan hospitalisatie dienen te betalen.

Graag had ik hierover antwoord gekregen op volgende bijkomende vragen :

- Hoeveel patiënten hingen in 2012 af van een OCMW ?
- Hoeveel patiënten hingen in 2012 af van Fedasil ?
- Worden er voorschotten gevraagd aan Fedasil of de OCMW's ?
- Kunnen patiënten die afhangen van Fedasil een eenpersoonskamer vragen ?
- Kunnen patiënten die afhangen van Fedasil of een OCMW niet-medische ingrepen ondergaan (zogenaamde cosmetische of « plastische » chirurgie) ? Indien zo, dienen zij in dat geval zelf een voorschot ter waarde van de totaliteit van de verwachte factuur te betalen ?

**Antwoord :** Naar aanleiding van uw vraag, kan ik u het volgende antwoord geven :

- a) en b) Het is onmogelijk om op een sluitende manier het aantal patiënten dat afhing van het OCMW en Fedasil in 2012, te isoleren. Een patiënt kan namelijk meerdere facturen hebben, ambulant worden opgenomen of gehospitaliseerd worden, zijn verzekeringsstatus kan tijdens, tussen en na zijn opnames/consultaties evolueren, Fedasil-facturen kunnen op naam staan van de OCMW's enz.
- c) Er wordt geen voorschot gevraagd aan patiënten van het OCMW en Fedasil.
- d) Patiënten die afhangen van Fedasil krijgen géén eenpersoonskamer toegewezen tenzij voor medische redenen.
- e) Cosmetische en/of plastische chirurgie wordt niet terugbetaald door het OCMW of Fedasil.



**Question n° 86 de M. Didier Gosuin du 1<sup>er</sup> juillet 2013 (Fr.) :**

*Mise en valeur des projets relatifs à votre compétence (Huytebroeck).*

En naviguant sur votre site internet officiel, j'ai été étonné de constater qu'à l'onglet « projets pour l'aide aux personnes » réponde une page « en construction » datée du 8 octobre 2009.

Pourriez-vous me dire ce qui justifie de ne pas faire état, sur votre site officiel, des projets relatifs à l'aide aux personnes, contrairement à votre collègue Mme Grouwels avec qui vous partagez la compétence ?

**Réponse :** Je vous remercie vivement pour votre attention bienveillante concernant l'actualisation de mon site internet.

Comme vous aurez pu le constater, la rubrique « Projet Aide aux personnes » qui se trouve sur la page d'accueil de mon site officiel : [www.evelynehuytebroeck.be](http://www.evelynehuytebroeck.be) est aujourd'hui complétée.

J'espère qu'elle pourra satisfaire votre curiosité !

**Question n° 87 de M. Jean-Luc Vanraes du 18 juillet 2013 (N.) :**

*Le dépassement du délai pour l'arrêt de suspension, par la Cocom, des décisions du CPAS.*

L'article 111, paragraphe 4, de la loi organique des centres publics d'action sociale du 8 juillet 1976 dispose que : « Le Collège réuni peut suspendre par arrêté motivé la décision par laquelle un centre public d'action sociale viole la loi ou blesse l'intérêt général. L'arrêté de suspension doit être notifié au centre dans un délai de quarante jours, prenant effet le lendemain de la réception de la décision concernée et au plus tard le dernier jour du délai précité. ».

Plusieurs CPAS ont été confrontés à divers dépassements du délai de suspension. Ainsi, des décisions prises par le conseil de l'action sociale d'Uccle en sa séance du 30 janvier 2013, transmises à l'autorité de tutelle le 14 février 2013 et reçues par celle-ci le 25 mars 2013, soit plus de quarante jours après l'envoi, ont fait l'objet d'un arrêté de suspension daté du 16 avril 2013.

Des décisions similaires, transmises au même moment, ont été reçues par le vice-gouverneur le 15 février 2013.

Cette situation nous préoccupe vivement, avant tout parce que, sur diverses décisions transmises au même moment, l'une a été reçue dans le délai normal, tandis que pour d'autres le délai de réception était anormalement long et, d'après nous, le délai légal de suspension était arrivé à échéance.

Contact ayant été pris avec l'autorité de tutelle concernée, il s'avère que plus de 600 dossiers seraient dans le cas. Selon l'information dont nous disposons, cette situation serait due à un bogue informatique dans l'enregistrement administratif du courrier.

**Vraag nr. 86 van de heer Didier Gosuin d.d. 1 juli 2013 (Fr.) :**

*Bekendmaking van de projecten die onder uw bevoegdheid vallen (Huytebroeck).*

Toen ik op uw officiële internetsite surfte, stelde ik tot mijn verbazing vast dat er een pagina « en construction » de dato 8 oktober 2009 verschijnt bij het aanklikken van de rubriek « projets pour l'aide aux personnes ».

Waarom worden de projecten betreffende de bijstand aan personen niet vermeld op uw officiële internetsite, in tegenstelling tot de internetsite van uw collega mevrouw Grouwels, waarmee u de bevoegdheid deelt ?

**Antwoord :** Ik dank u hartelijk voor uw opmerkzaamheid met betrekking tot het updaten van mijn website.

Zoals u heeft kunnen vaststellen, is de rubriek over het project Bijstand aan Personen op de homepage van mijn officiële site, [www.evelynehuytebroeck.be](http://www.evelynehuytebroeck.be), nu vervolledigd.

Ik hoop dat uw nieuwsgierigheid er wordt bevredigd !

**Vraag nr. 87 van de heer Jean-Luc Vanraes d.d. 18 juli 2013 (N.) :**

*Het overschrijden van de termijn voor het schorsingsbesluit van OCMW-beslissingen door de GGC.*

Artikel 111, paragraaf 4, van de organieke wet op de OCMW's van 8 juli 1976 bepaalt dat het Verenigd College, door een gemotiveerd besluit, een beslissing waardoor een OCMW een wet overtreedt of het algemeen belang schaadt, kan opschorten. Dit schorsingsbesluit moet aan het betrokken OCMW binnen de veertig dagen worden overgemaakt en gaat in de dag na de ontvangst van de betrokken beslissing, en ten laatste de laatste dag van de voornoemde periode.

Verskillende OCMW's werden met verschillende overschrijdingen van de termijn van schorsing geconfronteerd. Zo maakten beslissingen door de OCMW-raad van Ukkel, genomen in zitting van 30 januari 2013, overgemaakt aan de betrokken voogdijoverheid op 14 februari 2013, ontvangen door die overheid op 25 maart 2013, zijnde meer dan veertig dagen na verzending, voorwerp uit van een schorsingsbesluit gedateerd 16 april 2013.

Gelijkaardige beslissingen, op hetzelfde moment verstuurd, werden door de vice gouverneur op 15 februari 2013 ontvangen.

Deze situatie baart ons bijzonder zorgen, vooral omdat voor bepaalde beslissingen op hetzelfde moment verzonden, de ene beslissing in de normale tijdsperiode werd ontvangen, terwijl voor andere de ontvangstermijn abnormaal lang was, en volgens ons de schorsingsperiode buiten de wettelijk voorgeschreven termijn viel.

Volgens contacten met de betrokken voogdijoverheden zouden ruim 600 dossiers in dit geval zijn. Volgens onze informatie zou een en ander te wijten zijn aan een informatica-« bug » in de administratieve registratie van de post.

Quel est le statut juridique des arrêtés de suspension tardifs ?

Quelles mesures les ministres prendront-elles afin d'éviter ce genre de problème à l'avenir ?

**Réponse :** En réponse à vos questions et vos inquiétudes :

L'article 111, § 3, de la loi organique des centres publics d'action sociale du 8 juillet 1976 précise en effet que le Collège réuni peut suspendre un acte d'un centre si celui-ci viole la loi ou blesse l'intérêt général.

L'arrêté de suspension doit être notifié au centre dans un délai de 40 jours, débutant le lendemain de la réception de l'acte auprès des services du Collège réuni.

Le centre dispose d'un délai de 150 jours pour retirer ou maintenir l'acte suspendu. Passé ce délai, l'acte est automatiquement annulé.

Si un centre peut prouver qu'un arrêté de suspension a été notifié en dehors du délai imparti, il lui revient de l'invoquer pour justifier le maintien de la décision suspendue. Le Collège réuni peut en tenir compte et ne pas poursuivre la procédure en annulation.

Si néanmoins le Collège réuni annule la décision en cause, le centre dispose encore d'un recours au Conseil d'État, seul habilité pour constater la notification tardive, et donc illégale, de l'arrêté de suspension.

Outre les preuves usuelles de bonne réception que sont l'envoi par recommandé ou le dépôt par porteur avec accusé de réception, les membres du Collège réuni en charge de l'aide aux personnes ont décidé de renforcer davantage la sécurité juridique en la matière par l'arrêté du 21 juin 2012 fixant les modalités pratiques de l'envoi électronique des actes des autorités des centres publics d'action sociale dans le cadre de la tutelle administrative.

Welk is het rechtsstatuut van de laattijdige schorsingsbesluiten ?

Welke maatregelen zullen de ministers nemen teneinde in de toekomst dergelijke problemen te vermijden ?

**Antwoord :** In antwoord op uw vragen en bekommernissen :

Artikel 111, § 3, van de organieke wet betreffende de openbare centra voor maatschappelijk welzijn van 8 juli 1976 bepaalt inderdaad dat het Verenigd College een akte van een centrum kan schorsen indien het de wet schendt of het algemeen belang schaadt.

Het schorsingsbesluit moet binnen een termijn van 40 dagen bekendgemaakt worden aan het centrum, vanaf de dag nadat de diensten van het Verenigd College de akte hebben ontvangen.

Het centrum beschikt over een termijn van 150 dagen om de geschorste beslissing in te trekken of te behouden. Na afloop van deze termijn wordt de akte automatisch vernietigt.

Indien een centrum kan aantonen dat een schorsingsbesluit buiten de toegestane termijn werd bekendgemaakt, kan ze zich hierop beroepen om het behoud van het geschorste besluit te rechtvaardigen.

Indien het Verenigd College echter de betrokken beslissing vernietigt, beschikt het centrum nog over een beroep bij de Raad van State, als enige gemachtigd om de laattijdige en bijgevolg onwettelijke bekendmaking van het schorsingsbesluit vast te stellen.

Naast de gebruikelijke bewijzen van goede ontvangst zoals de aangetekende zending of de levering per drager met ontvangstbevestiging hebben de Leden van het Verenigd College, bevoegd voor Bijstand aan Personen, besloten om de juridische veiligheid ter zake te versterken met het besluit van 21 juni 2012 tot vaststelling van de praktische modaliteiten voor de elektronische verzending van de akten van de overheden van de openbare centra voor maatschappelijk welzijn in het kader van het administratief toezicht.

## SOMMAIRE PAR OBJET – ZAAKREGISTER

Date	Question n°	Auteur	Objet	Page
Datum	Vraag nr.		Voorwerp	Bladzijde
* Question sans réponse			* Vraag zonder antwoord	
○ Question avec réponse provisoire			○ Vraag met voorlopig antwoord	
** Question avec réponse			** Vraag met antwoord	

### Président du Collège réuni Voorzitter van het Verenigd College

02.10.2009	1	Françoise Schepmans	* La composition et l'organisation de votre cabinet. Samenstelling en organisatie van het kabinet.	3
27.06.2011	2	Johan Demol	* La composition de votre cabinet. De samenstelling van het kabinet.	3
20.02.2013	8	Jacqueline Rousseaux	** Les missions à l'étranger. Zendingen naar het buitenland.	7

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

02.10.2009	1	Françoise Schepmans	* La composition et l'organisation de votre cabinet (Cerexhe). Samenstelling en organisatie van het kabinet (Cerexhe).	3
10.09.2010	16	Bianca Debaets	* La qualité des soins dans les hôpitaux. De kwaliteit van zorg in ziekenhuizen.	4
14.10.2010	19	Bianca Debaets	* La promotion de l'allaitement. De promotie van borstvoeding.	4
22.03.2013	82	Bianca Debaets	** <i>La prévention du cancer de la peau provoqué par les bancs solaires.</i> <i>Preventie van huidkanker veroorzaakt door zonnebanken.</i>	8
12.04.2013	83	Elke Roex	** <i>Les interprètes dans les hôpitaux bruxellois.</i> <i>De tolken in Brusselse ziekenhuizen.</i>	10
21.05.2013	84	Gisèle Mandaila	** <i>L'hygiène dans les hôpitaux bruxellois.</i> <i>Hygiëne in de Brusselse ziekenhuizen.</i>	11
12.07.2013	85	Gisèle Mandaila	** <i>Suivi posthospitalier des patients atteints de la tuberculose.</i> <i>Follow-up van tuberculose-patiënten bij het verlaten van het ziekenhuis.</i>	13

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

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

Date — Datum	Question n° — Vraag nr.	Auteur	Objet — Voorwerp	Page — Bladzijde
			* Question sans réponse ○ Question avec réponse provisoire ** Question avec réponse	
			* Vraag zonder antwoord ○ Vraag met voorlopig antwoord ** Vraag met antwoord	
09.08.2010	21	Serge de Patoul	○ L'adaptation des arrêtés et autres réglementations fixant les conditions d'accès aux différents services de la fonction publique à la Cocom suite à la réforme de Bologne. Aanpassing van de besluiten en andere verordeningen houdende vaststelling van de toegangsvoorwaarden tot het openbaar ambt bij de GGC na de Bolognahervorming.	6
21.01.2011	33	Els Ampe	* Les primes linguistiques accordées aux fonctionnaires des CPAS bruxellois en Région de Bruxelles-Capitale. De taalpremies van de ambtenaren van de Brusselse OCMW's in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.	4
27.06.2011	47	Greet Van Linter	* La composition de votre cabinet (Huytebroeck). De samenstelling van het kabinet.	4
27.06.2011	48	Greet Van Linter	* Les experts externes, les travailleurs intérimaires et les étudiants jobistes de votre cabinet (Huytebroeck). Externe experts, uitzendkrachten en jobstudenten op het kabinet (Huytebroeck).	4
27.06.2011	49	Greet van Linter	* Les voitures de votre cabinet (Huytebroeck). De wagens op het kabinet (Huytebroeck).	5
27.06.2011	50	Greet Van Linter	* Les voyages (en avion) de votre cabinet (Huytebroeck). De (vliegtuig)reizen van het kabinet (Huytebroeck).	5
12.03.2012	62	Joël Riguelle	○ L'intervention des CPAS de la Région de Bruxelles-Capitale dans l'octroi des abonnements STIB à leur personnel. Tegemoetkoming van de OCMW's van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest in de MIVB-abonnementen van hun personeelsleden.	6
11.02.2013	78	Didier Gosuin	** Plan de formation au sein de la fonction publique communale. Opleidingsplan in de gemeentediensten.	15
11.02.2013	79	Didier Gosuin	** Plan de diversité au sein de la fonction publique communale. Diversiteitsplan in de gemeentediensten.	17
21.03.2013	81	André du Bus de Warnaffe	** <i>Moyens dégagés pour aider particulièrement les personnes handicapées précarisées.</i> <i>Vrijgemaakte middelen voor bijstand aan kwetsbare personen met een handicap.</i>	18
29.03.2013	82	Dominiek Lootens-Stael	** <i>Les déclarations de naissance dans les hôpitaux – législation linguistique.</i> <i>Aangiftes van geboorten in ziekenhuizen – taalwetgeving.</i>	21
24.04.2013	83	Joël Riguelle	** <i>La participation du Cpas de Bruxelles et du CHU Saint-Pierre à l'expérience pilote portant sur l'adaptation du remboursement des frais médicaux par les CPAS via la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie Invalidité.</i> <i>Deelname van het OCMW van Brussel en het UMC Sint-Pieter aan het proefproject voor de aanpassing van de terugbetaling van de medische kosten door de OCMW's via de HZIV.</i>	22
06.05.2013	84	Dominiek Lootens-Stael	** <i>La pénurie de spécialistes dans les hôpitaux Iris.</i> <i>De tekorten aan specialisten in de Irisziekenhuizen.</i>	23

Date — Datum	Question n° — Vraag nr.	Auteur	Objet — Voorwerp	Page — Bladzijde
			* Question sans réponse ○ Question avec réponse provisoire ** Question avec réponse	
			* Vraag zonder antwoord ○ Vraag met voorlopig antwoord ** Vraag met antwoord	
06.05.2013	85	Dominiek Lootens-Stael	** <i>Les patients des hôpitaux Iris qui dépendent du CPAS ou de Fedasil. Patiënten in de Irisziekenhuizen die afhangen van een OCMW of Fedasil.</i>	24
01.07.2013	86	Didier Gosuin	** <i>Mise en valeur des projets relatifs à votre compétence (Huytebroeck). Bekendmaking van de projecten die onder uw bevoegdheid vallen (Huytebroeck).</i>	25
18.07.2013	87	Jean-Luc Vanraes	** <i>Le dépassement du délai pour l'arrêté de suspension, par la Cocom, des décisions du CPAS. Het overschrijden van de termijn voor het schorsingsbesluit van OCMW-beslissingen door de GGC.</i>	25

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

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





