

Assemblée réunie  
de la Commission communautaire commune

Séance plénière  
du vendredi 14 janvier 2000

SOMMAIRE

	Pages
EXCUSES	83
COMMUNICATIONS:	
— Délibération budgétaire	83
— Cour des comptes	83
PRISE EN CONSIDERATION	83
INTERPELLATION:	
— De Mme Dominique Braeckman à MM. Jos Chabert et Didier Gosuin, membres du Collège réuni compétents pour la Politique de santé, concernant « les villes de santé »	84
Discussion. — <i>Orateurs: Mmes Dominique Braeckman, Martine Payfa, Béatrice Fraiteur, M. Didier Gosuin</i> , membre du Collège réuni compétent pour la Politique de santé, <i>Mme Dominique Braeckman et M. Didier Gosuin</i> , membre du Collège réuni compétent pour la Politique de santé	84
QUESTIONS ORALES:	
— De M. Bernard Clerfayt à MM. Jos Chabert et Didier Gosuin, membres du Collège réuni compétents pour la Politique de santé, concernant « les conséquences désastreuses pour les maisons de repos et de soins, pour les institutions publiques qui les gèrent et les financent et surtout pour les personnes hébergées, de la mise en application d'un arrêté royal du 24 juin 1999 »	87

Verenigde Vergadering van de  
Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie

Plenaire vergadering  
van vrijdag 14 januari 2000

INHOUDSOPGAVE

	Blz.
VERONTSCHULDIGD	83
MEDEDELINGEN:	
— Begrotingsberaadslaging	83
— Rekenhof	83
INOVERWEGINGNEMING	83
INTERPELLATIE:	
— Van mevrouw Dominique Braeckman tot de heren Jos Chabert en Didier Gosuin, leden van het Verenigd College bevoegd voor het Gezondheidsbeleid, betreffende « de gezonde steden »	84
Bespreking. — <i>Sprekers: mevr. Dominique Braeckman, Martine Payfa, Béatrice Fraiteur, de heer Didier Gosuin</i> , lid van het Verenigd College bevoegd voor het Gezondheidsbeleid, <i>mevrouw Dominique Braeckman en de heer Didier Gosuin</i> , lid van het Verenigd College bevoegd voor het Gezondheidsbeleid	84
QUESTIONS ORALES:	
— Van de heer Bernard Clerfayt aan de heren Jos Chabert en Didier Gosuin, leden van het Verenigd College bevoegd voor het Gezondheidsbeleid, betreffende « de noodlottige gevolgen van de toepassing van een koninklijk besluit van 24 juni 1999 voor de rust- en verzorgingstehuizen, de overheidsinstellingen die ze beheren en financieren, en vooral de opgenomen mensen »	87

	Page		Blz.
— De M. Dominiek Lootens-Stael à M. Eric Tomas et Mme Annemie Neyts-Uyttebroeck, membres du Collège réuni compétents pour la Politique d'aide aux personnes, concernant «l'intégration de l'hôpital du CPAS de Jette à l'Association hospitalière de Bruxelles et Schaerbeek et, en particulier, la présence de néerlandophones dans les organes de gestion de cette association de droit public et le service que peuvent en attendre les patients néerlandophones»	88	— Van de heer Dominiek Lootens-Stael aan de heer Eric Tomas en mevrouw Annemie Neyts-Uyttebroeck, leden van het Verenigd College bevoegd voor het Beleid inzake bijstand aan personen, betreffende «de integratie van de OCMW-ziekenhuisdiensten van Jette in de ziekenhuisvereniging van Brussel en Schaarbeek, inzonderheid betreffende de aanwezigheid van Nederlandstaligen in de bestuursinstellingen van deze publiek-rechterlijke vereniging en de dienstverlening naar de Nederlandstalige patiënten toe»	88

PRESIDENCE DE M. JEAN-PIERRE CORNELISSEN, VICE-PRESIDENT  
VOORZITTERSCHAP VAN DE HEER JEAN-PIERRE CORNELISSEN, ONDERVOORZITTER

— La séance plénière est ouverte à 17 h 05.

De plenaire vergadering wordt geopend om 17.05 uur.

**M. le Président.** — Je déclare ouverte la séance plénière de l'Assemblée réunie de la Commission communautaire commune du vendredi 14 janvier 2000.

Ik verklaar de plenaire vergadering van de Verenigde Vergadering van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie van vrijdag 14 januari 2000 geopend.

**EXCUSES — VERONTSCHULDIGDEN**

**M. le Président.** — Ont prié d'excuser leur absence: Mme Isabelle Emmery, MM. Rudi Vervoort, Walter Vandenbossche et Eric André, secrétaire d'Etat.

Verontschuldigen zich voor hun afwezigheid: mevrouw Isabelle Emmery, de heren Rudi Vervoort, Walter Vandenbossche en Eric André, staatssecretaris.

**COMMUNICATIONS FAITES  
A L'ASSEMBLEE REUNIE**

**MEDEDELINGEN AAN DE  
VERENIGDE VERGADERING**

*Délibération budgétaire*

*Begrotingsberaadslaging*

**M. le Président.** — Une délibération motivée a été transmise à l'Assemblée réunie par le Collège réuni.

Elle figurera au *Compte rendu analytique* et au *Compte rendu intégral* de cette séance. (*Voir annexes.*)

Een gemotiveerde beraadslaging wordt door het Verenigd College aan de Verenigde Vergadering overgezonden.

Zij zal in het *Beknopt Verslag* en in het *Volledig Verslag* van deze vergadering worden opgenomen. (*Zie bijlagen.*)

*Cour des comptes*

*Rekenhof*

**M. le Président.** — Diverses communications ont été faites à l'Assemblée réunie par la Cour des comptes.

Elles figureront au *Compte rendu analytique* et au *Compte rendu intégral* de cette séance. (*Voir annexes.*)

Verscheidene mededelingen worden door het Rekenhof aan de Verenigde Vergadering gedaan.

Zij zullen in het *Beknopt Verslag* en in het *Volledig Verslag* van deze vergadering worden opgenomen. (*Zie bijlagen.*)

**PROPOSITION D'ORDONNANCE**

*Prise en considération*

**VOORSTEL VAN ORDONNANTIE**

*Inoverwegingneming*

**M. le Président.** — L'ordre du jour appelle la prise en considération de la proposition d'ordonnance (MM. François Roelants du Vivier et Marc Cools) modifiant la loi du 8 juillet 1976 organique des centres publics d'aide sociale en vue de permettre, en leur sein, l'élection de tout citoyen de l'Union européenne (n° B-24/1 — 1999-2000).

Pas d'observation ?

Aan de orde is de inoverwegingneming van het voorstel van ordonnantie (de heren François Roelants du Vivier en Marc Cools) tot wijziging van de organieke wet van 8 juli 1976 betreffende de openbare centra voor maatschappelijk welzijn om de verkiezing van burgers van de Europese Unie tot lid van een Raad voor Maatschappelijk Welzijn mogelijk te maken (nr. B-24/1 — 1999/2000).

Geen bezwaar ?

Het woord is aan de heer Lootens-Stael.

**De heer Dominiek Lootens-Stael.** — Mijnheer de Voorzitter, de Vlaams Blok-fractie onthoudt zich bij de inoverwegingneming van dit voorstel.

Wij zijn van oordeel dat onze nationaliteit tegenwoordig meer dan voldoende te grabbel wordt gegooid. Op alle niveaus doen Europese en niet-Europese vreemdelingen hun intrede, ook in ons gewest en in de gemeente- en OCMW-raden.

Zolang de vertegenwoordiging van de Nederlandstaligen in die raden niet is gewaarborgd, kan er voor ons geen sprake zijn van het openstellen van OCMW-mandaten voor Europese vreemdelingen. Om deze redenen onthoudt de Vlaams Blok-fractie zich bij de inoverwegingneming.

**De Voorzitter.** — Het voorstel van ordonnantie wordt verwezen naar de commissie voor de Sociale Zaken.

La proposition d'ordonnance est renvoyée à la commission des Affaires sociales.

**INTERPELLATION — INTERPELLATIE**

**M. le Président.** — L'ordre du jour appelle l'interpellation de Mme Braeckman à MM. Chabert et Gosuin.

Aan de orde is de interpellatie van mevrouw Braeckman tot de heren Chabert en Gosuin.

**INTERPELLATION DE MME DOMINIQUE BRAECKMAN A MM. JOS CHABERT ET DIDIER GOSUIN, MEMBRES DU COLLEGE REUNI COMPETENTS POUR LA POLITIQUE DE SANTE, CONCERNANT «LES VILLES DE SANTE»**

*Discussion*

**INTERPELLATIE VAN MEVROUW DOMINIQUE BRAECKMAN TOT DE HEREN JOS CHABERT EN DIDIER GOSUIN, LEDEN VAN HET VERENIGD COLLEGE BEVOEGD VOOR HET GEZONDHEID-BELEID BETREFFENDE «DE GEZONDE STEDEN»**

*Bespreking*

**M. le Président.** — La parole est à Mme Braeckman pour développer son interpellation.

**Mme Dominique Braeckman.** — Monsieur le Président, mesdames, messieurs, si aujourd'hui, j'adresse cette interpellation au Collège réuni alors que ma demande était initialement adressée au Gouvernement bruxellois, c'est, je pense, parce que le Bureau élargi a mal compris ce que ce concept de Villes-Santé recouvre.

En effet, j'avais bien réfléchi au niveau de pouvoir où m'adresser et, s'il est vrai que la santé, certes, la charnière du concept, est bien une compétence des ministres Gosuin et Chabert, la dimension est tellement intersectorielle qu'elle touche tous les autres pans de la politique tels que le logement, l'aménagement du territoire, l'emploi, qui sont autant de compétences purement régionales.

Dès lors, il me paraissait judicieux de me placer là où les compétences sont les plus nombreuses, là où les marges de manœuvre, notamment financières, sont les plus larges.

Mais puisque certains, au Bureau élargi, en ont décidé autrement, on va agir par saucissonnage, ce qui n'est pas de bon augure et qui m'a conduit, selon leur logique, à déposer une demande d'interpellation aussi à la COCOF.

Que recouvre ce concept de Villes-Santé?

La logique de grand marché, le développement à tout crin, l'exclusion, la déglingue de l'environnement ont fait vaciller certaines de nos valeurs.

Le quotidien des habitants se marque de tensions: problèmes d'emploi, de réussite scolaire, de paix sociale. Ces tensions ont des répercussions sur la santé: perte de motivation, stress, mal-être, assuétudes, somatisations...

L'idée de la santé s'est donc élargie. Elle n'est plus considérée comme l'absence de maladie mais plutôt comme un état de bien-être physique, mental et social exprimé par la personne et accépté par l'entourage.

On a pris conscience que les déterminants de la santé sont multiples et complexes, qu'ils ne dépendent pas seulement des actions médicales et qu'ils interagissent entre eux.

Les actions ont commencé à se définir dans la promotion, la protection et la restauration de la santé, les deux premiers concepts agissant davantage en amont des problèmes.

Nombreuses sont les villes qui se sont inscrites dans cette démarche avec comme objectifs l'amélioration des conditions de vie, le développement d'une société solidaire et la réduction des inégalités et avec comme axes structurants l'action intersectorielle, la participation du public et la recherche constante de nouvelles méthodes.

C'est dans cet esprit qu'est né, en 1986, le projet des Villes-Santé, à l'initiative de l'OMS. En faisant figurer la santé dans les priorités politiques et sociales des autorités, le programme Villes-Santé a facilité la tâche des responsables locaux et a incité les services à s'occuper du long terme en se souciant davantage de développement durable. Ce programme en a rencontré un autre, l'Agenda 21: programme d'actions pour le 21<sup>e</sup> siècle, fruit d'un consensus entre 180 Etats représentés à Rio.

Il a aussi permis de trouver des réponses aux besoins de base des citoyens, *nourriture, logement, travail, sécurité...* en travaillant sur la qualité de l'environnement, la force du tissu social, l'efficience dans l'utilisation des ressources matérielles, la richesse de la culture, la diversité de l'économie, la qualité de l'accès aux services publics, la participation des citoyens, autant de valeurs chères aux écologistes.

Quelles sont les conditions à remplir pour faire partie de ce réseau?

Les villes participantes s'engagent à entreprendre des tâches telles que: la création d'un comité d'orientation intersectoriel, sorte d'exécutif ayant pour but de présenter un tableau stratégique de la santé dans la ville et de promouvoir à tous les niveaux la collaboration entre les organisations concernées; la mise en place d'un responsable intersectoriel et d'un bureau du projet; l'identification de toutes les ressources des différents secteurs concernés, la promotion d'un débat général et de la participation; l'adoption et l'évaluation de mesures visant à améliorer la santé publique; l'échange d'expériences avec d'autres villes... et des comptes à rendre à l'OMS.

Il s'agit-là de quelques conditions parmi tant d'autres que je ne vais pas énumérer maintenant.

Le succès de ce projet est grandissant et regroupe de plus en plus de villes en Europe et dans le monde.

En Communauté française les villes de Liège, Huy, Seraing et La Louvière participent au programme. En Flandre, il s'agit d'Anvers et de Malines.

Et pourquoi pas Bruxelles?

En 1995, la Commission communautaire française a organisé un colloque sur le thème «Promotion de la santé à Bruxelles — Questions et enjeux». Parmi les participants, nombreux ont manifesté le souhait de voir Bruxelles adhérer au principe des Villes-Santé de l'OMS.

En mars 1996, le Collège de la COCOF a marqué son accord sur le projet d'inscription de Bruxelles-Capitale au sein des Villes-Santé de l'OMS. Le dossier aurait été renvoyé à la CCC. J'ai entendu dire qu'il manquait de volonté politique du côté de la Commission communautaire commune.

Peut-être est-ce parce que l'un ou l'autre partenaire de la CCC avait quelques réticences pour des aspects financiers? Je tords d'emblée le cou à cette idée selon laquelle on ferait plus largement appel aux deniers publics: en effet, aux dires de responsables Villes-Santé d'autres régions, une foule d'actions concrètes et profitables ont déjà pu être réalisées dans le cadre des tâches habituelles. Qui plus est, des actions correspondaient parfois à des projets programmés et le programme Villes-Santé a permis d'amener de nouvelles contributions ou parfois la participation bénévole de citoyens. Bref, développement durable et

promotion de la santé riment avec investissement financier moindre et plus grande efficacité.

En décembre dernier, les membres du bureau élargi de l'Assemblée de la Commission communautaire française ont participé au 5<sup>e</sup> colloque des Villes-Santé de l'OMS qui s'est tenu à Hammam-Sousse, en Tunisie. Accompagnés d'un fonctionnaire de la COCOF et d'une représentante de l'Observatoire de la santé, organe bicommunautaire qui prend enfin son rythme de croisière, ils ont pu évaluer, à travers les expériences des municipalités françaises, québécoises, sénégalaises, tunisiennes, suisses, centrafricaines ... que cela fonctionne ! Nous chantions tous à l'unisson le développement durable *opus participatio*.

Alors, devons-nous encore longtemps jouer aux spectateurs alors qu'entrer dans le jeu serait si tentant ? Je rappelle que l'inscription de Bruxelles dans le réseau Villes-Santé fait partie des déclarations gouvernementales et que le ministre Gosuin réaffirmait encore ce principe lors des débats budgétaires. C'était bien le moins pour lui qui est, à lui tout seul, un exemple interdisciplinaire et interparlementaire puisqu'il a reçu les compétences de la santé dans deux assemblées ainsi que celle de l'environnement.

Mais, après six mois de législature, où en sommes-nous ? Quels contacts ont été pris, quelles avancées ont été faites ? Au moins, quel calendrier a-t-on fixé ? Et surtout, comment les autres ministres vont-ils prendre part à ce projet dont il est essentiel qu'il soit soutenu par tous et non pas seulement par les ministres de la Santé.

Bruxelles dispose de nombreux atouts pour adhérer au programme des Villes-Santé puisqu'elle dispose d'un important réseau ambulatoire de soins de santé. On y voit se développer des maisons médicales, des partenariats, des collaborations entre les uns et les autres qui démontrent une certaine volonté d'approche pluridisciplinaire de la santé. Sur notre territoire, se trouvent de nombreux hôpitaux de différents réseaux dont deux sont universitaires. Notre Observatoire de la santé renaît de ses cendres, d'autres peuvent nous donner des indications en matière de loyers, par exemple.

De structures sont déjà en place qui favorisent l'intersectorialité et le travail en réseau telles que les quartiers d'initiative, les Fonds d'intégration et de cohabitation.

Peut-être n'est-il pas intéressant d'adhérer ?

On évoque de plus en plus la nécessité d'élaborer une politique de la ville. Nous avons à présent un commissaire aux Villes-Santé est un lien direct avec une politique de la ville.

Pourquoi lanterner, surtout si l'on songe que Bruxelles-Capitale ne se situe pas si loin des objectifs et qu'elle tâte parfois des modes de fonctionnement des Villes-Santé.

Notre adhésion aurait également pour intérêt la création des synergies avec la Région, la Commission communautaire française et la VGC ainsi qu'avec les autres niveaux de pouvoir. A vrai dire, elle permettrait d'avoir un lieu, enfin, pour la concertation entre tous les niveaux de pouvoir qu'ils soient régionaux, communautaires ou fédéral.

Elle permettrait la lecture de notre société au travers d'une grille dont la trame serait, soyons plus Aalborg que Seattle, le bien-être des citoyens.

Je prends l'exemple du logement. Comme dans la tirade des nez, je pourrais dire sur le mode intersectoriel « Notre ville comporte trop de logements insalubres ou inaccessibles : à quoi sert de tenter de soigner des malades dans des centres de santé si leur milieu de vie risque de compromettre leur dignité ? ». Sur le

mode préventif : « A quoi sert de déployer l'armée du SAMU si de toute façon on ne favorise pas l'accès aux logements pour tous ? ». Sur le mode participatif : « Il faut écouter nos concitoyens, par exemple, dans les logements sociaux, dans les comités de quartier et, avec eux, aider ceux qui l'ont quelque peu paumé à retrouver du sens. »

Cette grille large de lecture peut s'appliquer à tant de secteurs. En matière de circulation, notre ville absorbe un engorgement croissant de voitures et une augmentation de la pollution. Cela a à voir avec le concept Villes-Santé car si l'environnement est médiocre ou sali ou ressenti comme dangereux, il représente non seulement une charge pour les citoyens mais surtout une entrave à leur bien-être physique, social et psychologique. Il appauvrit les relations entre les gens et le tissu social.

Autre idée. On rend fous quelques dizaines de milliers de nos concitoyens en profanant leurs nuits par le vrombissement des carlingues. Est-ce digne d'une Ville-Santé qui prend à cœur le bien-être de ses habitants ?

On sait aussi que la courbe des suicides suit celles du chômage. On rend dingues les uns à force de ne pas travailler, visites domiciliaires en prime ... tandis que d'autres courent comme des malades pour boucler leurs journées, fracture sociale en plein. Où est le bien-être de la population ?

Bref, la définition de la santé que donne l'OMS peut conduire à envisager la notion de bien-être comme axe structurant des relations entre l'homme et son milieu urbain. La ville moderne suppose cette recherche permanente des conditions de ce bien-être. Heureusement, nous sommes de plus en plus nombreux à répondre aux fausses contraintes faussement économiques par le développement durable, au court terme par le long terme, à l'individualisme par la solidarité et la participation.

C'est ce qu'ont réclamé les électeurs en juin dernier. (*Applaudissements sur les bancs ECOLO.*)

**M. le Président.** — La parole est à Mme Payfa.

**Mme Martine Payfa.** — Monsieur le Président, chers collègues, comme l'a dit Mme Braeckman, le projet Villes-Santé de l'OMS, né en 1986, part du constat que la proportion de la population mondiale habitant les villes ne cesse d'augmenter et que la santé des habitants est par conséquent de plus en plus menacée par les problèmes qu'engendre la vie urbaine : concentration de la population, mobilité, pollution, emploi ... Le but de l'OMS est de sensibiliser les autorités locales à améliorer la santé dans les villes et à résoudre les problèmes d'environnement. Ce projet implique une approche globale de la santé qui inclut les dimensions physiques, psychologiques et sociales des individus. Ce processus de santé urbaine implique des approches concertées, participatives et plurisectorielles.

La santé d'une ville est influencée par les décisions prises en matière d'habitation, de culture, de loisirs, de sécurité, d'environnement, d'emploi, d'aménagement et de développement communautaire, économique et urbain.

Une ville en bonne santé est une ville qui améliore la qualité de vie de ses habitants, son environnement, la santé pour tous et réduit les inégalités ; qui développe ses ressources pour permettre l'entraide et l'épanouissement des individus et donne à chacun les moyens d'avoir accès à la culture.

Vous l'aurez compris : cette approche nécessite la mobilisation de tous les secteurs et tous les acteurs d'une ville.

Plusieurs grandes villes de notre pays ont adhéré au réseau depuis plusieurs années, quatre villes wallonnes et trois villes flamandes. L'Assemblée de la Commission communautaire française a marqué son accord le 18 mars 1996 pour inscrire la

Région de Bruxelles-Capitale au réseau des Villes-Santé de l'OMS. Cette même démarche n'a pas été soutenue par les autres niveaux de pouvoirs de la Région.

Pour adhérer au réseau, une ville doit répondre aux conditions suivantes :

premièrement, démontrer qu'elle dispose d'un soutien politique durable et qu'elle est soutenue par les décideurs essentiels pour appliquer et atteindre les buts d'une ville-santé (déclaration signée par les instances gouvernantes);

deuxièmement, élaborer un plan sanitaire pour la ville, qui repose sur l'évaluation des besoins et des problèmes sanitaires locaux en veillant à réduire les inégalités sociales, à mener une action de développement social et à adhérer aux principes de développement durable;

troisièmement, démontrer qu'elle possède les structures de base lui permettant de mettre en œuvre son programme d'activités : coordinateur d'activité, soutien administratif et technique et comité intersectoriel composé des décideurs;

quatrièmement, affirmer sa volonté de collaborer avec d'autres villes du réseau.

Comme l'a également dit Mme Braeckman, au mois de décembre, le bureau de l'Assemblée de la Commission communautaire française a participé au cinquième Colloque francophone des villes et villages en santé de l'OMS. Tous partis confondus, nous avons été sensibilisés à ce projet et avons pu mesurer l'importance des enjeux pour Bruxelles. Notre Région dispose d'un tissu associatif développé, la participation de la population mériterait d'être encouragée et l'élaboration d'une politique de santé nécessiterait de créer des synergies entre les compétences régionales et communautaires. Valoriser l'existant et créer des ponts entre les différentes institutions et projets, cela répondrait déjà largement aux conditions exigées par l'OMS pour se joindre au réseau des Villes-Santé.

Monsieur le ministre, au nom du groupe PRL-FDF, je souhaiterais connaître la position du Collège à l'égard de l'adhésion de Bruxelles au réseau Villes-Santé et surtout savoir si la volonté existe de voir aboutir ce projet ambitieux malgré la complexité de nos institutions. Très clairement, le Collège de la Commission communautaire commune compte-t-il s'inscrire dans le réseau Villes en santé, conformément à ce qui a été inscrit dans l'accord de Gouvernement et dans quel délai ?

**M. le Président.** — La parole est à Mme Fraiteur.

**Mme Béatrice Fraiteur.** — Monsieur le Président, madame et messieurs les membres du Collège, chers collègues, je vais intervenir brièvement pour ne pas répéter les propos de mes collègues.

Je rappellerai d'abord que le colloque de 1995 auquel Mme Braeckman a fait allusion fut organisé à l'initiative de Dominique Harmel, à l'époque en charge de la Santé au sein du Collège. Ce colloque avait rencontré un grand succès. On ne peut donc que déplorer le retard dans la mise en œuvre de ce qui apparaissait déjà, à l'époque, comme un projet utile et novateur pour notre Ville-Région.

Si je me réjouis aujourd'hui du fait que le projet puisse enfin avancer concrètement, je souhaite toutefois faire état de deux éléments complémentaires.

Tout d'abord, il ne faudrait pas prétexter de l'appellation « ville en santé » pour ne prendre en compte que l'aspect santé au sens strict. Mme Braeckman évoque d'ailleurs elle-même les réponses à apporter aux besoins de base des citoyens que sont la nourriture, le logement, le travail ou la sécurité en référence à

l'environnement, la culture, la force du tissu social, la diversité de l'économie, la qualité de l'accès aux services publics, l'utilisation des ressources matérielles ou encore, la participation des citoyens.

Il faudrait donc veiller à assurer une réelle transversalité entre les différentes sphères de compétences ministérielles au sein du Collège réuni et, plus largement, entre les différentes institutions politiques compétentes sur le territoire de notre Ville-Région. Je pense à la COCOF et à la VGC mais aussi à la Région et aux deux communautés, voire au fédéral.

Second élément que je voulais soulever en complément de l'interpellation déposée : il est indispensable, pour réussir un projet d'une telle ampleur, de travailler en association avec les citoyens de notre Région. Cela nécessite une bonne implication de l'ensemble du réseau associatif susceptible de relayer les objectifs d'un tel projet vers les citoyens et, réciproquement, de faire « remonter » vers le politique les préoccupations citoyenne y compris sur le plan le plus quotidien.

De manière complémentaire, il importerait également d'associer l'ensemble des pouvoirs politiques, de telle sorte que les éventuelles décisions qui résulteraient des concertations ne soient pas l'apanage d'un seul Exécutif, mais que le débat soit ainsi élargi au-delà des traditionnels clivages fonctionnels ou politiques. Concrètement, l'ensemble des assemblées parlementaires concernées — je pense en particulier à notre Assemblée mais aussi au Conseil régional et aux assemblées mono-communautaires — devrait saisir l'opportunité d'un tel débat de fond à mener, si possible, conjointement ou, à défaut, concomitamment.

**M. le Président.** — La parole est à M. Gosuin, membre du Collège réuni.

**M. Didier Gosuin,** membre du Collège réuni compétent pour la Politique de santé. — Monsieur le Président, je répondrai brièvement sans paraphraser ce qui a été lu par les différents intervenants sur les villes-santé, sur leur nécessité, sur l'importance de la santé et sur les notions de transversalité de la santé. Ce sont des sujets qui sont aujourd'hui pris en compte par les pouvoirs publics. Je me bornerai donc à porter à votre connaissance les quelques éléments suivants.

L'inscription de Bruxelles dans le réseau des Villes de santé figure explicitement dans les déclarations des Collèges tant de la Commission communautaire commune que des Commissions communautaires française et flamande.

Des membres de l'Assemblée de la Commission communautaire française, dont vous étiez, se sont rendus, en décembre, au dernier congrès organisé par l'OMS sur cette question.

Le Collège précédent de la Commission communautaire française avait déjà délibéré, en 1996, sur cette question. Le Collège précédent de la Commission communautaire commune ne l'avait pas fait.

A nouvelle législature, nouvelle démarche, et avantage qu'un ministre ait la même compétence dans deux assemblées en tout cas. Il m'était difficile de l'avoir également au niveau de la VGC, bien que j'aie essayé ! ...

Très prochainement un intercabinet réunira les collaborateurs des ministres chargés de la Santé au sein des trois Collèges, les administrations concernées et l'Observatoire de la santé en vue de finaliser une proposition qui sera soumise simultanément aux trois Collèges. Les instructions ont déjà été données aux administrations respectives.

La concrétisation de l'inscription de Bruxelles dans le réseau des Villes de santé pourra ensuite être réalisée, ce qui permettra

de valoriser, coordonner et améliorer encore l'ensemble des dispositifs en matière de santé dans notre Région.

L'implication des acteurs de terrain et de la population sera valorisée et développée dans le cadre de cette démarche. De même, les compétences exercées par nos collègues et par nous-mêmes seront sollicitées, tant au sein des Collèges et Gouvernement que vis-à-vis des autres exécutifs compétents pour certaines matières relatives ou touchant à la santé.

Nous pensons ici, bien entendu, au Gouvernement fédéral et aux Communautés française et flamande compétentes notamment en matière de prévention.

Les articulations entre santé, environnement, logement, travail, formation, bref tous les aspects de la vie quotidienne, ne sont plus contestées par personne.

Il reste à traduire cela en actions journalières, récurrentes et compréhensibles par et pour la population bruxelloise dans son ensemble. (*Applaudissements sur les bancs de la majorité.*)

**M. le Président.** — La parole est à Mme Braeckman pour une réplique.

**Mme Dominique Braeckman.** — Monsieur le Président, je remercie le ministre pour ses réponses.

J'ai noté que le groupe intercabineaux comprendra des représentants des ministres de la Santé, de l'Observatoire de la santé et des diverses administrations concernées. Le ministre pourrait-il préciser de quelles administrations il s'agit ? S'agira-t-il d'administrations possédant un lien direct avec la santé ou d'administrations qui œuvrent dans d'autres secteurs ? En ce qui me concerne, je pense que ce projet ne devrait pas être uniquement guidé par les responsables de la santé mais, au contraire, qu'il devrait associer aussi des responsables d'autres secteurs. Enfin, j'aimerais savoir à quelle date précise aura lieu la réunion de ce groupe intercabineaux.

**M. le Président.** — La parole est à M. Gosuin, membre du Collège réuni.

**M. Didier Gosuin,** membre du Collège réuni compétent pour la Politique de santé. — Monsieur le Président, le mieux est souvent l'ennemi du bien. Il faut, pour que Bruxelles soit reprise comme Ville santé, que les trois institutions compétentes en matière de santé coordonnent leur action et forment de concert une proposition globale et cohérente. Par conséquent, je pense que vouloir élargir aujourd'hui la problématique à d'autres risque de retarder sérieusement cette inscription. Nous avons accompli dans ce domaine des pas de géant. En effet, sous la législature précédente il n'existait pas d'accord permettant aux trois institutions compétentes de travailler ensemble. J'estime dès lors qu'il convient d'engranger effectivement l'inscription en cause de façon à œuvrer dans le souci de transversalité que j'ai évoqué.

En ce qui concerne la date précise de la prochaine réunion intercabineaux, des instructions ont été données. Au surplus, il ne m'appartient pas de fixer une date, une heure ou un endroit du haut de mon strapontin. Ce point fera l'objet d'une concertation entre les différents ministres impliqués. Je puis néanmoins mentionner que notre volonté est d'organiser au plus tôt une première réunion pour concrétiser la mécanique dont j'ai parlé.

**M. le Président.** — L'incident est clos.

## QUESTIONS ORALES — MONDELINGE VRAGEN

**M. le Président.** — L'ordre du jour appelle les questions orales.

Aan de orde zijn de mondelinge vragen.

**QUESTION ORALE DE M. BERNARD CLERFAYT A MM. JOS CHABERT ET DIDIER GOSUIN, MEMBRES DU COLLEGE REUNI COMPETENTS POUR LA POLITIQUE DE SANTE, CONCERNANT «LES CONSEQUENCES DESASTREUSES POUR LES MAISONS DE REPOS ET DE SOINS, POUR LES INSTITUTIONS PUBLIQUES QUI LES GERENT ET LES FINANCENT ET SURTOUT POUR LES PERSONNES HEBERGEES, DE LA MISE EN APPLICATION D'UN ARRETE ROYAL DU 24 JUI 1999»**

**MONDELINGE VRAAG VAN DE HEER BERNARD CLERFAYT AAN DE HEREN JOS CHABERT EN DIDIER GOSUIN, LEDEN VAN HET VERENIGD COLLEGE BEVOEGD VOOR HET GEZONDHEIDSBELID, BETREFFENDE «DE NOODLOTTIGE GEVOLGEN VAN DE TOEPASSING VAN EEN KONINKLIJK BESLUIT VAN 24 JUNI 1999 VOOR DE RUST- EN VOERZORGINGSTEHUIZEN, DE OVERHEIDINSTELLINGEN DIE ZE BEHEREN EN FINANCIEREN, EN VOORAL DE OPGENOMEN MENSEN»**

**M. le Président.** — La parole est à M. Clerfayt pour poser sa question.

**M. Bernard Clerfayt.** — Monsieur le Président, le 24 juin 1999, le Gouvernement fédéral, alors en affaires courantes, prenait un arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 2 décembre 1982 qui fixait les normes pour l'agrément spécial des maisons de repos et de soins. Six mois plus tard, cet arrêté royal n'a toujours pas été publié au *Moniteur belge*. Il n'a pas non plus été rapporté par le Gouvernement fédéral. Cet arrêté a été porté à la connaissance des maisons de repos et de soins qui se demandent dès lors quel sera le régime juridique et donc d'agrément qui sera en vigueur.

On ne peut contester le bien-fondé des intentions généreuses qui motivent cet arrêté, puisqu'il prévoit des normes spatiales plus généreuses, 50 % des chambres dans les maisons de repos seront nécessairement à un lit, les chambres seront plus spacieuses pour permettre aux personnes âgées d'apporter des meubles personnels. Les normes d'encadrement infirmier et médical sont également plus généreuses avec des médecins de nuit, un nombre d'infirmiers plus important etc. Si l'on peut souscrire à ces intentions, on doit se méfier de leurs conséquences financières sur les budgets des maisons de repos et de soins, des CPAS, des communes et de la Commission communautaire commune. En effet, la presque totalité des lits MRS, en Région bruxelloise, est attribuée à des établissements publics relevant des pouvoirs communaux. Si la sagesse proverbiale nous rappelle que «l'enfer est pavé de bonnes intentions», elle nous rappelle aussi que «les conseillers ne sont pas les payeurs» !

En effet, ces nouvelles normes sont édictées par le pouvoir fédéral, sans entraîner d'augmentation du remboursement par l'INAMI des prestations médicales et infirmières nouvelles qui seraient imposées du fait de la présence de médecins et d'infirmiers supplémentaires.

Le problème de coût qui ne manquera pas de se poser va se répercuter, je le répète, sur les budgets publics ou sur les personnes qui sont hébergées. On connaît déjà le prix élevé d'un séjour en MRS, prix difficilement supportable pour une bonne partie des personnes hébergées.

Je souhaite donc interroger les ministres compétents au sein du Collège réuni, pour connaître leurs réactions face à ce nouvel arrêté dont les conséquences financières seront insupportables pour les budgets publics dans les années à venir.

**M. le Président.** — La parole est à M. Gosuin, membre du Collège réuni.

**M. Didier Gosuin,** membre du Collège réuni compétent pour la Politique de Santé. — Monsieur le Président, cette question devrait en fait s'adresser à l'ensemble des membres du Collège. M. Chabert et moi-même sommes compétents en matière d'agrément, mais il va de soi que Mme Neyts et M. Tomas exercent les compétences en ce qui concerne, par exemple, le subventionnement des infrastructures publiques et les conséquences d'une implantation MRS.

L'arrêté royal auquel il est fait référence, et qui avait été pris par le ministre de la Santé publique du Gouvernement fédéral précédent, sans consultation préalable des ministres communautaires concernés, n'a pas encore été publié.

Lors d'une réunion organisée le 9 novembre 1999 par l'actuelle ministre de la Santé publique, réunion à laquelle les différents cabinets des ministres communautaires en charge de la Santé étaient conviés, un certain nombre de remarques fondamentales ont été formulées, notamment en ce qui concerne :

— La condition que la moitié des chambres au moins devront être des chambres pour une personne, tandis que le reste de la capacité d'accueil devra se composer de chambres à deux lits;

— les normes plus sévères en matière de personnel infirmier, tandis que l'on est dans l'impossibilité de trouver des infirmiers;

— la présence obligatoire d'un(e) infirmier(infirmière) la nuit, ce qui constituerait une lourde charge financière pour les petites institutions.

Nous avons d'ailleurs fait parvenir nos objections à l'égard de cet arrêté à la ministre fédérale de la Santé publique par courrier du 1<sup>er</sup> septembre 1999. En effet, les répercussions budgétaires pour la Commission communautaire commune de l'application de ces normes — surtout au niveau architectural — sont inacceptables car les maisons de repos du secteur public et les ASBL peuvent demander des subventions à la Commission communautaire commune pour les travaux de construction auxquels il faudra procéder pour ce conformer à ces normes. Jusqu'à ce jour, nous n'avons pas reçu de réponse à ce courrier.

Le 6 janvier 2000, la ministre fédérale a fait savoir par un courrier signé par son directeur de cabinet qu'elle envisage de publier tout de même l'arrêté en question, mais qu'elle prévoit aussi d'adapter la date d'entrée en vigueur. Dans le même texte sont publiées les normes pour les centres de jour, qui devaient entrer en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2000. Pour les normes MRS, elle prévoit l'entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> octobre 2000.

Entre-temps, elle en examinera la faisabilité et consultera les associations qui représentent les MRS, si bien que pour la date prévue, un arrêté royal pourra être publié qui modifie les normes en question.

Entre-temps, nous avons déjà transmis une réaction écrite à la ministre fédérale par laquelle nous marquons notre désaccord

quant à son intention de publier l'arrêté moyennant un examen de faisabilité. Bien que nous soyons conscients de l'importance d'une amélioration de la qualité du service dans les maisons de repos et de soins, nous estimons que le texte ne peut-être publié qu'au moment où nous disposerons de toutes les garanties quant à la faisabilité des normes.

C'est surtout au niveau des normes architecturales que des problèmes se posent, problèmes que nous nous devons de soulever en tant que ministres communautaires, qui doivent veiller à l'application des dispositions de l'arrêté et qui sont susceptibles d'être confrontés aux implications budgétaires. C'est la raison pour laquelle nous voulons être associés à la concertation menée.

Si des normes plus sévères pour l'encadrement infirmier en vue d'assurer la qualité du service sont tout à fait justifiées, nous estimons qu'il est évident que ces nouvelles normes se traduisent par une augmentation des forfaits INAMI. Jusqu'à présent, nous ne disposons pas de garanties à ce propos.

Etant donné qu'il est actuellement déjà impossible de trouver suffisamment d'infirmiers, une augmentation doit aller de pair avec des initiatives qui permettent de remédier à l'offre de personnel infirmier. Cela n'a aucun sens de décréter une norme si les ministres communautaires se trouvent dans l'impossibilité d'en assurer l'application.

**M. le Président.** — L'incident est clos.

**MONDELINGE VRAAG VAN DE HEER DOMINIEK LOOTENS-STAELE AAN DE HEER ERIC TOMAS EN MEVROUW ANNEMIE NEYTS-UYTTEBROECK, LEDEN VAN HET VERENIGD COLLEGE BEVOEGD VOOR HET BELEID INZAKE BIJSTAND AAN PERSONEN, BETREFFENDE «DE INTEGRATIE VAN DE OCMW-ZIEKENHUISDIENSTEN VAN JETTE IN DE ZIEKENHUISVERENIGING VAN BRUSSEL EN SCHAARBEK, INZONDERHEID BETREFFENDE DE AANWEZIGHEID VAN NEDERLANDSTALIGEN IN DE BESTUURINSTELLINGEN VAN DEZE PUBLIEKRECHTERLIJKE VERENIGING EN DE DIENSTVERLENING NAAR DE NEDERLANDSTALIGE PATIENTEN TOE»**

**QUESTION ORALE DE M. DOMINIEK LOOTENS-STAELE A M. ERIC TOMAS ET MME ANNEMIE NEYTS-UYTTEBROECK, MEMBRES DU COLLEGE REUNI COMPETENTS POUR LA POLITIQUE D'AIDE AUX PERSONNES, CONCERNANT «L'INTEGRATION DE L'HOPITAL DU CPAS DE JETTE A L'ASSOCIATION HOSPITALIERE DE BRUXELLES ET SCHAERBEEK ET, EN PARTICULIER, LA PRESENCE DE NEERLANDOPHONES DANS LES ORGANES DE GESTION DE CETTE ASSOCIATION DE DROIT PUBLIC ET LE SERVICE QUE PEUVENT EN ATTENDRE LES PATIENTS NEERLANDOPHONES»**

**De Voorzitter.** — De heer Lootens-Stael heeft het woord voor het stellen van de vraag.

**De heer Dominiek Lootens-Stael.** — Mijnheer de Voorzitter, tijdens de laatste gemeenteraadszitting van 1999 werd door de gemeenteraden van Brussel, Schaarbeek en Jette een dossier goedgekeurd houdende de integratie van de OCMW-zieken-

huisinstellingen van de gemeente Jette in de ziekenhuisvereniging van Brussel en van Schaarbeek.

Uit de statuten van deze publiekrechtelijke vereniging blijkt dat de samenstelling van haar bestuursinstellingen gebaseerd is op een negentiende-eeuwse koloniale visie. Er moet aan herinnerd worden dat volgens de taalwetgeving in bestuurszaken in theorie voor de lagere functies minstens één vierde en voor de hogere ambten de helft van het personeel aan beide taalgroepen is voorbehouden. Dit betekent dat een belangrijk deel van het personeel Nederlandstalig moet zijn. In schril contrast daarmee is de samenstelling van de beslissingsstructuren van deze publiekrechtelijke vereniging. De artikelen 11 en 27 stellen weliswaar een gewaarborgde Vlaamse vertegenwoordiging in die echter beperkt blijft tot de verplichte aanstelling van één enkele *Flamand de service*. In de praktijk betekent dit dus dat van de 38 leden van de algemene vergadering er statutair zegge en schrijve één Nederlandstalige vertegenwoordiger wordt gewaarborgd, en dat in de raad van bestuur van de 20 leden dezelfde *Flamand de service* de honneurs mag waarnemen. Zulke verhoudingen in de beheersstructuren doen ons dan ook onwillekeurig terugdenken aan koloniale toestanden, waar men ervan uitging dat er een ras is om te bevelen, en een ras om te gehoorzamen.

Weliswaar zou er een politiek akkoord zijn gesloten waardoor 15% van de mandaten aan de Vlamingen zou zijn voorbehouden, maar politieke akkoorden zijn zoals bekend vrij waardevol. Is het correct dat er een politiek akkoord bestaat over de verdeling van de mandaten over de taalgroepen? Zo ja, wanneer werd dit akkoord gesloten? In welk ruimer kader moet het worden gesitueerd? Wie heeft het ondertekend? Welke waarborgen zijn er dat dit akkoord zal worden uitgevoerd? Waarom werden er geen juridisch afdwingbare formules gekozen voor een duidelijke regeling van de verdeling van de mandaten over de beide taalgroepen? Hoe zal de verdeling van deze mandaten concreet gebeuren? Op welke wijze zal de aanwezigheid van de oppositie, zowel Nederlandstalig als Franstalig, in deze bestuursinstellingen worden verzekerd?

Een ander pijnpunt zijn de personeelsverhoudingen zelf, die naar verluidt tegen de wet in het nadeel van de Nederlandstaligen zou zijn. Cijfers hierover worden angstvallig geheimgehouden. De communicatie met de Nederlandstalige patiënten is hoe dan ook ondermaats, zodat deze hierdoor in menig geval veeartsenijpraktijken moeten ondergaan. We verwijzen daarvoor naar verschillende studies die daaromtrent in het verleden werden uitgevoerd, en naar de uitspraken die mevrouw Els Witte onlangs op een colloquium heeft gedaan. Eigenlijk gaat het om negentiende-eeuwse negertoestanden bij het begin van de 21e eeuw.

Kan het collegelid mij meedelen welke voor de beide taalgroepen de actuele verhoudingen zijn voor de hogere en de lagere ambten? Welke maatregelen werden er door de collegeleden genomen om de onevenwichten weg te werken? Welke maatregelen worden er genomen om ervoor te zorgen dat de Nederlandstalige patiënten steeds in hun eigen taal terecht kunnen?

Vermelde wantoestanden hangen dan weer onvermijdelijk samen met een derde pijnpunt, namelijk de aanwezigheid van de ULB en de VUB als geassocieerde leden van deze publiekrechtelijke vereniging. Dat heeft tot gevolg dat alleen die universitaire instellingen stagiaires naar de ziekenhuizen mogen sturen. De VUB zou echter niet in staat zijn om voldoende stagiaires te sturen. Onder meer daardoor zijn er onvoldoende Nederlandstalige artsen-stagiaires die de Vlaamse patiënten in hun eigen taal kunnen helpen.

Is het correct dat er niet voldoende Vlaamse artsen kunnen worden gevonden om de plaatsen die aan Nederlandstaligen

toekomen, op te vullen? Kunnen de collegeleden meedelen welke de verhoudingen zijn tussen de Nederlandstalige en de Franstalige stagiaires? Achten de collegeleden het in het algemeen belang, dus in het belang van de patiënten, niet noodzakelijk dat deze monopoliepositie wordt doorbroken?

**De Voorzitter.** — Het woord is aan mevrouw Annemie Neyts-Uyttebroeck, lid van het Verenigd College.

**Mevrouw Annemie Neyts-Uyttebroeck**, lid van het Verenigd College bevoegd voor het Beleid inzake bijstand aan personen. — Mijnheer de Voorzitter, de heer Lootens-Stael stelt terecht de vraag naar een correcte vertegenwoordiging van de Nederlandstaligen in de bestuursorganen van de gefusioneerde openbare ziekenhuizen. Dit is geen nieuw probleem en er wordt wel degelijk naar een oplossing gezocht.

In 1999 hebben er twee fusies plaatsgevonden tussen openbare ziekenhuizen: de fusie tussen het universitair verplegingscentrum Brugmann en het verplegingscentrum New Paul Brien, die samen de ziekenhuisvereniging UVC Brugmann vormen, en de fusie tussen de verplegingscentra J. Bracops, Molière-Longchamp, Etterbeek-Elsene en Baron Lambert, die samen de ziekenhuisvereniging IRIS-Ziekenhuizen Zuid vormen. De fusie tussen het verplegingscentrum IRIS Jette en de ziekenhuisvereniging UVC Brugmann is slechts een verruiming van de vorige fusies.

Bij de goedkeuring van de eerste twee genoemde fusies heeft de Nederlandstalige commissaris van het Verenigd College bij IRIS op 5 juli 1999 een beroep ingesteld tegen de beslissing van IRIS tot goedkeuring van de samenstelling van de organen van de twee nieuwe verenigingen. De overwegingen waren dat in de kwaliteit van het onthaal van en de zorgverlening aan de patiënten de taal een cruciale factor is; dat er nog steeds tal van klachten zijn inzake onthaal en zorgverlening in de eigen taal in de Brusselse openbare ziekenhuizen; dat één van de manieren om de kwaliteit van onthaal en zorgverlening te garanderen bestaat in een voldoende vertegenwoordiging van de Nederlandstaligen in de organen van de lokale verenigingen; en dat de vertegenwoordiging van de Nederlandstaligen nog ongunstiger is dan voordien zodat de kwaliteit van het onthaal en van de zorgverlening in het gedrang dreigt te komen, hetgeen van aard is het algemeen belang te schaden.

Aangezien dit beroep kort na de verkiezingen en in volle formatieeraad werd ingediend, werd het niet meer behandeld in het Verenigd College. Het regeerakkoord van het Verenigd College — «Prioriteiten voor de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie» — vermeldt echter wel dat «van zodra de plaatselijke ziekenhuisverenigingen supralokale verenigingen worden, de vertegenwoordiging van de twee gemeenschappen in de organen van de verenigingen zo dicht mogelijk met die in de IRIS-koepelstructuur zal moeten overeenstemmen, met eerbied voor de gemeentelijke autonomie». Concreet betekent dit dat er in de algemene vergadering een minimale vertegenwoordiging van 15% Nederlandstaligen moet komen. Momenteel zijn er zes Nederlandstaligen op een totaal van veertig leden. In de raad van bestuur moet de minimale vertegenwoordiging van Nederlandstaligen 17,8% bedragen, dit betekent dat er vijf Nederlandstaligen zijn op een totaal van achtentwintig leden en dat ten minste één van de onderzitters een Nederlandstalige is.

Het politiek akkoord waarover de heer Lootens-Stael het heeft, is dus niets minder dan het regeerakkoord van het Verenigd College, dat werd besproken en goedgekeurd in de Verenigde Vergadering van juli 1999. Dat betekent dat het Verenigd College borg staat voor de uitvoering van het regeerakkoord. In het kader van de strategische planning van IRIS is een aanpas-

sing van de statuten van de plaatselijke verenigingen gepland vóór het einde van de maand juni 2000.

Het is juist dat de taalverhoudingen bij het personeel van de openbare ziekenhuizen behalve een aandachtspunt, ook een belangrijk pijnpunt blijven. Ik zal de laatste zijn om te ontkennen dat er onevenwichten zijn, al bestaan er daarover momenteel geen precieze cijfers. De oorzaken zijn bekend.

Er is een algemene krapte op de arbeidsmarkt — dit is nieuw — en bovendien zijn te weinig Nederlandstalige medici, paramedici en zorgpersoneel bereid om in de Brusselse instellingen te komen werken. Dat is een probleem van beschikbaarheid. Tijdens de vorige legislatuur werden zelfs pogingen ondernomen om kandidaten uit Nederland aan te trekken. Maar u hebt ongetwijfeld gemerkt dat Nederlandse ziekenhuizen ook in Vlaamse kranten adverteren om medici en paramedici bij ons te vinden, wat de algemene krapte aantoont.

Er is ook de nasleep van de situaties van 20 jaar geleden. In dit verband moet ik er toch getuigens van afleggen dat de situatie in gunstige zin is veranderd ten opzichte van 20 jaar geleden toen ik als adjunct-kabinetschef van de vice-gouverneur van Brabant speciaal belast was met de toepassing van de bestuurs-taalwetgeving, in die zin dat nu algemeen erkend wordt dat de kennis van de taal van de patiënt een essentieel element is van een goede verzorging. Ik ben er zeker van dat degenen die geïnterpelleerd hebben over het concept van de gezonde steden, het daarmee eens zijn. Alleszins is er meer goodwill dan vroeger: er worden taalcursussen georganiseerd en er is het taal-hoffelijkheidsakkoord.

Op dit laatste zullen wij ongetwijfeld halfweg 2000 nog terugkomen, wanneer wij ons moeten uitspreken over de vraag of we het al dan niet zullen verlengen. Ik herinner eraan dat het akkoord twee delen bevatte. Het eerste bestond erin een gedoogperiode te aanvaarden tijdens dewelke kandidaat-personeelsleden de kans krijgen om zich voor te bereiden op een taalexamen dat ze moeten slagen. Het tweede deel voorziet in de aanpassing van de taalexamens aan de vereisten van de functies. U hoort mij goed: ik zeg «aanpassing» en niet «vergemakkelijking».

Daaromtrent is er contact genomen met de federale minister van Ambtenarenzaken en de onderhandelingen op kabinetsniveau lijken hoopvol. Ik hoop dus vóór het zomerreces, tweemaal met behoorlijk goed nieuws voor u te komen.

Ten slotte, wat de relatie tussen de openbare ziekenhuizen en de twee Brusselse universiteiten ULB en VUB betreft, is het correct dat er een historisch gegroeide monopoliepositie bestaat. Maar na contactname met de verantwoordelijke van de IRIS-

koepelstructuur kan ik u meedelen dat inzonderheid de VUB onderzoekt of er geen stagiaires van ander medische faculteiten, meer bepaald van Gent en Antwerpen, voor de openbare Brusselse ziekenhuizen kunnen worden aangetrokken. Dit is een vrij recent initiatief dat nog niet tot concrete resultaten heeft geleid. Zodra er terzake nieuws is, zal ik niet nalaten de Vergadering daarvan op de hoogte te brengen.

**De Voorzitter.** — De heer Lootens-Stael heeft het woord.

**De heer Dominiek Lootens-Stael.** — Mijnheer de Voorzitter, ik bedank het collegelid uitdrukkelijk voor haar uitgebreid antwoord op mijn vraag. Het verheugt mij dat er werk wordt gemaakt van een statuutwijziging om de aanwezigheid van een minimum aantal Nederlandstaligen in de instellingen van deze ziekenhuiskoepel te waarborgen.

Ik heb echter geen antwoord gekregen op mijn vraag op welke wijze de aanstelling van de leden van de raad van bestuur gebeurt en hoe men ervoor zal zorgen dat zowel de oppositie als de meerderheid, Nederlandstaligen en Franstaligen, in die instellingen zullen zijn vertegenwoordigd.

Het collegelid heeft ook gealludeerd op de krapte op de arbeidsmarkt met betrekking tot het medisch personeel. Ik ontken die niet, maar er is nog een ander pijnpunt, met name dat de openbare ziekenhuizen minder betalen aan hun personeel dan de andere ziekenhuizen in het land, waardoor eventuele kandidaten liever elders gaan werken. Een kwaliteitsvolle dienstverlening aan de patiënten in Brussel heeft geen prijs. Er moet bijgevolg worden overwogen om daarvoor budgettaire ruimte vrij te maken, zodat dit probleem uit de weg kan worden geruimd.

Voor het overige heb ik een vrij goed beeld gekregen met het antwoord van het collegelid, waarvoor nogmaals mijn dank.

**De Voorzitter.** — Het incident is gesloten.

La séance plénière de l'Assemblée réunie de la Commission communautaire commune est close.

De plenaire vergadering van de Verenigde Vergadering van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie is gesloten.

Prochaine séance plénière sur convocation du Président.

Volgende plenaire vergadering op bijeenroeping van de Voorzitter.

— *La séance plénière est levée à 18 h.*

*De plenaire vergadering wordt om 18 uur gesloten.*

## ANNEXES

### DELIBERATION BUDGETAIRE

— Par lettre du 8 décembre 1999, le Collège réuni de la Commission communautaire commune transmet, en exécution de l'article 44, § 1<sup>er</sup> des lois coordonnées du 17 juillet 1991 sur la comptabilité de l'Etat, une copie de la délibération motivée (n° 99/44015) du Collège réuni du 2 décembre 1999 autorisant l'engagement, l'ordonnancement et le paiement de dépenses de la Commission communautaire commune.

*Pour information.*

### COUR DES COMPTES

— Par lettre du 8 décembre 1999, la Cour des comptes prend acte de la délibération budgétaire 99/44014 du 28 octobre 1999 du Collège réuni de la Commission communautaire commune prise en exécution de l'article 44 des lois coordonnées sur la comptabilité de l'Etat et fait part à l'Assemblée réunie de la Commission communautaire commune que son Collège est d'avis que les considérants énoncés dans le préambule de cette délibération permettent de conclure à l'existence de « circonstances exceptionnelles » au sens dudit article 44.

— Par même courrier, la Cour des comptes transmet, en annexe, un relevé cumulatif de l'exécution des délibérations prises par le Collège réuni en 1999 sur la base de l'article 44 des lois coordonnées sur la comptabilité de l'Etat.

— Par lettre du 10 janvier 2000, la Cour des comptes prend acte de la délibération budgétaire 99/44015 du 2 décembre 1999 du Collège réuni de la Commission communautaire commune prise en exécution de l'article 44 des lois coordonnées sur la comptabilité de l'Etat et fait part à l'Assemblée réunie de la Commission communautaire commune que cette délibération est exécutoire étant donné qu'un nouveau projet d'ordonnance contenant le budget des dépenses de l'année 1999 a été déposé le 8 septembre 1999 et voté le 10 décembre 1999.

— Par même courrier, la Cour des comptes transmet, en annexe, un relevé cumulatif de l'exécution des délibérations prises par le Collège réuni en 1999 sur la base de l'article 44 des lois coordonnées sur la comptabilité de l'Etat.

*Pour information.*

## BIJLAGEN

### BEGROTINGSBERAADSLAGING

— Bij brief van 8 december 1999, zendt het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, in uitvoering van artikel 44, § 1 van de gecoördineerde wetten van 17 juli 1991 op de Rijkscomptabiliteit, een afschrift van de gemotiveerde beraadslaging (nr. 99/44015) van het Verenigd College van 2 december 1999 houdende machtiging tot het vastleggen, het ordonnanceren en het betalen van uitgaven van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie.

*Ter informatie.*

### REKENHOF

— Bij brief van 8 december 1999 neemt het Rekenhof akte van de begrotingsbeslissing 99/44014 van 28 oktober 1999 van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie genomen ter uitvoering van artikel 44 van de gecoördineerde wetten op de rijkscomptabiliteit en deelt de Verenigde Vergadering van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie mee dat zijn College van oordeel is dat de consideransen van de begrotingsbeslissing toelaten het bestaan te erkennen van buitengewone omstandigheden zoals voorzien in bovenvernoemd artikel 44.

— Per zelfde brief zendt het Rekenhof in bijlage een cumulatieve staat van de begrotingsbeslissingen die in 1999, op basis van artikel 44 van de gecoördineerde wetten op de rijkscomptabiliteit, door het Verenigd College werden genomen.

— Bij brief van 10 januari 2000 neemt het Rekenhof akte van de begrotingsbeslissing 99/44015 van 2 december 1999 van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie genomen ter uitvoering van artikel 44 van de gecoördineerde wetten op de rijkscomptabiliteit en deelt de Verenigde Vergadering van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie mee dat deze beslissing uitvoerbaar is rekening houdende met het feit dat een nieuw ontwerp van ordonnantie houdende de uitgavenbegroting 1999 op 8 september 1999 werd neergelegd en op 10 december 1999 werd goedgekeurd.

— Per zelfde brief zendt het Rekenhof in bijlage een cumulatieve staat van de begrotingsbeslissingen die in 1999, op basis van artikel 44 van de gecoördineerde wetten op de rijkscomptabiliteit, door het Verenigd College werden genomen.

*Ter informatie.*