

**Assemblée réunie
de la Commission communautaire commune**

**Verenigde vergadering van de
Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie**

**Séance plénière
du vendredi 23 février 2001**

**Plenaire vergadering
van vrijdag 23 februari 2001**

SOMMAIRE

INHOUDSOPGAVE

	Pages
EXCUSES	111
PROPOSITION DE RESOLUTION	
— Proposition de résolution (de MM. Denis Grimberghs et Michel Lemaire) visant à recommander le rehaussement des minima sociaux (n ^{os} B-36/1 et 2 – 99/2000)	111
Discussion générale — <i>Orateurs</i> : Mme Anne Herscovici , rapporteuse, MM. Denis Grimberghs, Jean-Luc Vanraes	111
INTERPELLATION	
— De M. Marc Cools à MM. Jos Chabert et Didier Gosuin, membres du Collège réuni compétents pour la Politique de Santé, concernant « l'avenir du réseau des hôpitaux publics bruxellois »	114
Discussion — <i>Orateurs</i> : M. Marc Cools, Mmes Anne Herscovici, Isabelle Emmerly, MM. Denis Grimberghs, Didier Gosuin , membre du Collège réuni, compétent pour la Politique de Santé, Marc Cools	114
QUESTIONS ORALES	
— De M. Sven Gatz à MM. Jos Chabert et Didier Gosuin, membres du Collège réuni compétents pour la Politique de Santé, concernant « les résultats de l'enquête sur les hôpitaux de la structure IRIS »	125

	Blz.
VERONTSCHULDIGD	111
VOORSTEL VAN RESOLUTIE	
— Voorstel van resolutie (van de heren Denis Grimberghs en Michel Lemaire) strekkende tot het aanbevelen van een verhoging van de sociale minima (nrs. B-36/1 en 2 – 99/2000)	111
Algemene bespreking — <i>Sprekers</i> : mevrouw Anne Herscovici , rapporteur, de heren Denis Grimberghs, Jean-Luc Vanraes	111
INTERPELLATIE	
— Van de heer Marc Cools tot de heren Jos Chabert en Didier Gosuin, leden van het Verenigd College bevoegd voor het Gezondheidsbeleid, betreffende « de toekomst van het netwerk van Brusselse openbare ziekenhuizen »	114
Bespreking — <i>Sprekers</i> : de heer Marc Cools, mevrouwen Anne Herscovici, Isabelle Emmerly, de heren Denis Grimberghs, Didier Gosuin , lid van het Verenigd College, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid, Marc Cools	114
MONDELINGE VRAGEN	
— Van de heer Sven Gatz aan de heren Jos Chabert en Didier Gosuin, leden van het Verenigd College bevoegd voor het Gezondheidsbeleid, betreffende « de enquête-resultaten over de IRIS-ziekenhuizen »	125

	Pages		Blz.
	—		—
— De Mme Françoise Bertieaux à MM. Jos Chabert et Didier Gosuin, membres du Collège réuni compétents pour la Politique de Santé, concernant « le personnel infirmier des hôpitaux publics »	126	— Van mevrouw Françoise Bertieaux aan de heren Jos Chabert en Didier Gosuin, leden van het Verenigd College bevoegd voor het Gezondheidsbeleid, betreffende « het verplegend personeel van de openbare ziekenhuizen »	126
QUESTION D'ACTUALITE		DRINGENDE VRAAG	
— De M. Denis Grimberghs à MM. Eric Tomas et Guy Vanhengel, membres du Collège réuni, compétents pour la Politique d'Aide aux Personnes, concernant « l'intervention éventuelle du Collège réuni à l'égard du SAMU social »	128	— Van de heer Denis Grimberghs aan de heren Eric Tomas en Guy Vanhengel, leden van het Verenigd College, bevoegd voor het Beleid inzake Bijstand aan Personen, betreffende « de eventuele bijdrage van het Verenigd College aan de sociale SAMU »	128
VOTE NOMINATIF		NAAMSTEMMING	
— Vote nominatif sur les conclusions de la commission tendant au rejet de la proposition de résolution (de MM. Denis Grimberghs et Michel Lemaire) visant à recommander le rehaussement des minima sociaux (n ^{os} B-36/1 et 2 – 99/2000) - (Application de l'article 81.4 du Règlement)	129	— Naamstemming over de besluiten van de commissie tot verwerping van het voorstel van resolutie (van de heren Denis Grimberghs en Michel Lemaire) strekkende tot het aanbevelen van een verhoging van de sociale minima (nrs. B-36/1 en 2 – 99/2000) - (Toepassing van artikel 81.4 van het Reglement)	129

PRESIDENCE DE MME MAGDA DE GALAN, PRESIDENTE

VOORZITTERSCHAP VAN MEVROUW MAGDA DE GALAN, VOORZITTER

— *La séance plénière est ouverte à 11 h 05.*

De plenaire vergadering wordt geopend om 11.05 uur.

Mme la Présidente. — Je déclare ouverte la séance plénière de l'Assemblée réunie de la Commission communautaire commune du vendredi 23 février 2001.

Ik verklaar de plenaire vergadering van de verenigde vergadering van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie van vrijdag 23 februari 2001 geopend.

EXCUSES — VERONTSCHULDIGD

Mme la Présidente. — Ont prié d'excuser leur absence : MM. Guy Hance, Jan Béghin, Jos Chabert, MM. François-Xavier de Donnea, Alain Hutchinson et Armand De Decker.

Verontschuldigen zich voor hun afwezigheid : de heren Guy Hance, Jan Béghin, Jos Chabert, de heren François-Xavier de Donnea, Alain Hutchinson en Armand De Decker.

PROPOSITION DE RESOLUTION VISANT A RECOMMANDER LE REHAUSSEMENT DES MINIMA SOCIAUX

Discussion générale

VOORSTEL VAN RESOLUTIE STREKKENDE TOT HET AANBEVELEN VAN EEN VERHOOGING VAN DE SOCIALE MINIMA

Algemene bespreking

Mme la Présidente. — Mesdames, Messieurs, l'ordre du jour appelle la discussion générale de la proposition de résolution.

Dames en Heren, aan de orde is de algemene bespreking van het voorstel van resolutie.

La discussion générale est ouverte.

De algemene bespreking is geopend.

La parole est à Mme Anne Herscovici, rapporteuse.

Mme Anne Herscovici, rapporteuse. — Madame la Présidente, la commission des Affaires sociales s'est réunie le 31 janvier pour examiner cette proposition de résolution visant à recommander le rehaussement des minima sociaux. M. Grimberghs, qui se trouve à

l'origine de cette initiative, a fait un exposé introductif, précisant que cette proposition visait à ce que l'Assemblée réunie donne suite à une des recommandations qu'elle avait approuvées en octobre 1998 dans le cadre de l'examen du rapport sur l'état de pauvreté dans la Région de Bruxelles-Capitale. Pour justifier sa proposition de résolution, M. Grimberghs a fait état des revendications avancées par un certain nombre d'acteurs sociaux et de nombreuses études qui mettent en évidence l'insuffisance du minimex comme de l'ensemble des revenus minima pour mener une vie conforme à la dignité humaine, insuffisance particulièrement criante pour les familles qui ne bénéficient pas d'un logement social. Il pointait en particulier le coût élevé du logement privé.

Une large échange de vues a tourné autour de trois questions posées par M. Grimberghs. Premièrement, les montants actuels correspondent-ils réellement au minimum des moyens d'existence permettant de mener une vie conforme à la dignité humaine ?

Deuxièmement, les différences existant en ce qui concerne le coût du logement ne doivent-elles pas amener à fixer les minima en tenant compte de ce coût ?

Troisièmement, les différences existant entre les catégories cohabitants et isolés sont-elles encore justifiées ?

Si, sans aucune surprise, tous les commissaires ont répondu non à la première question, les montants actuels du minimex ne sont pas suffisants, le consensus disparaissait s'agissant des deux questions suivantes.

Pour ce qui concerne les différents points de vue exprimés à ce propos et longuement débattus, notamment sur la différence entre aide sociale et sécurité sociale, je me permets de vous renvoyer au rapport dans la mesure où la proposition de résolution ne propose pas du tout de trancher, d'apporter une réponse à ces questions, mais, simplement de mandater les membres du Collège réuni pour porter le débat de la hauteur des minima sociaux à la Conférence interministérielle de l'Intégration sociale.

La proposition de résolution est donc, selon l'expression de son auteur, plus modeste qu'il n'y paraît. J'ajouterai « plus modeste » que ce que le titre nous permet de croire. Cette modestie n'a pas convaincu Mme Mouzon qui a estimé la résolution superflue eu égard à la réforme en cours, à laquelle sont associés l'Union des Villes et des Communes et les représentants des CPAS du pays.

Pour éviter toute ambiguïté et aussi que la proposition de résolution soit rejetée au nom de ce qui aurait pu apparaître comme des préreponses, j'ai demandé que le dernier paragraphe qui posait la question du statut différentiel du cohabitant et de l'isolé soit retiré, ce que l'auteur de la proposition de résolution a accepté.

La proposition de résolution ainsi amendée a été repoussée par cinq voix contre quatre. (*Applaudissements sur les bancs ECOLO.*)

Mme la Présidente. — La parole est à M. Denis Grimberghs.

M. Denis Grimberghs. — Madame la Présidente, Messieurs les Membres du Collège, je remercie tout d'abord Mme Herscovici pour son rapport.

Cela devrait toujours être un plaisir de voir aboutir, en séance plénière, un débat que l'on a voulu initier en déposant une proposition de résolution.

Même si les débats en commission n'ont pas abouti à un accord pour arriver à un débat positif, en séance plénière, sur la proposition de résolution, je pense néanmoins qu'il est utile d'expliquer, en séance plénière, les termes du débat. Je ne désespère pas d'ailleurs que certains puissent se ressaisir, compte tenu des explications qui seront apportées. Tous les groupes n'ayant pas marqué leur présence avec la même intensité en commission — beaucoup de membres sont d'ailleurs également absents ce matin — ils pourraient ne pas avoir aperçu certains enjeux que recouvre cette proposition de résolution.

Je crois que M. Cools a capté l'intérêt de la poursuite de ce débat.

J'ai donc déposé une proposition de résolution visant à reprendre un des termes de la recommandation que nous avons adoptée à l'unanimité de notre Parlement à la suite du dernier rapport sur la pauvreté que nous avons eu l'occasion de débattre en séance plénière.

A l'unanimité, nous avons convenu qu'un des points importants que mettait en lumière le rapport sur la pauvreté était cette problématique de la hauteur des minima sociaux pour couvrir les besoins des personnes en vue de mener une vie conforme à la dignité humaine.

A l'époque, nous avons établi un lien entre ce débat et celui que nous avons eu en fin de législature sur la ratification de l'accord de coopération relatif à l'établissement d'un rapport fédéral et des entités fédérées sur la pauvreté. Cet accord de coopération prévoyait que la première responsabilité du nouveau service de lutte contre la pauvreté, qui serait instauré au niveau fédéral, ainsi que du comité d'accompagnement dans lequel les entités fédérées seraient représentées, serait d'examiner cette problématique de la hauteur des minima sociaux et de créer des indicateurs permettant d'évaluer les besoins en la matière.

Malheureusement, les débats en commission des Affaires sociales ont abouti, par un vote majorité contre opposition, au rejet de la proposition de résolution.

Si le PSC a néanmoins souhaité que ce texte soit soumis à cette assemblée en séance plénière, c'est parce qu'il lui semble que la portée du texte et le contexte dans lequel il s'inscrit ont peut-être été mal compris. Nous conservons donc l'espoir d'être mieux entendus et que notre assemblée pourra faire fi des réflexes traditionnels majorité/opposition. Nous espérons également que chacun prendra ses responsabilités et qu'un problème, sur lequel il devrait y avoir un large consensus, ne fasse pas l'objet d'une opposition stérile.

A toutes fins utiles, nous rappelons que la proposition — et cela apparaît dans le développement — ne prétend pas apporter des

solutions toutes faites. Comme je l'ai dit, son objectif est modeste. Nous voulons que les membres du Collège réuni soient mandatés par notre assemblée pour poser le problème de la hauteur des minima sociaux en conférence interministérielle des ministres des Affaires sociales et de l'Intégration. Il nous a été répondu que cette question était déjà en cours d'examen puisqu'une évaluation sur la loi du minimex avait déjà été confiée notamment aux sections CPAS de l'Union des Villes et des Communes belges.

Depuis lors, j'ai eu l'occasion d'examiner le rapport qui a été élaboré par l'Union des Villes et des Communes belges — section CPAS — sur ce problème du minimex. Ce rapport s'intitule — et c'est révélateur — « Aspects technico-juridiques ». Cela signifie que, fort heureusement, un inventaire des problèmes a été fait et que quelques propositions fort intéressantes ont été déposées sur cette problématique. Le rapport commence d'ailleurs par la phrase suivante : « Les montants du minimex doivent être augmentés ». Nous sommes donc bien d'accord sur cet objectif. La question qui se pose est évidemment de voir comment l'atteindre.

Il n'y a donc pas d'opposition entre la démarche confiée à l'Union des Villes et Communes et notre volonté de voir le problème posé au niveau de la Conférence Interministérielle des ministres des Affaires sociales et de l'Intégration.

En effet, il nous semble que c'est bien le lieu pour un arbitrage politique qui permettrait d'ailleurs de surmonter un des grands freins de Mme Mouzon — qui n'est pas présente parmi nous — qui est de savoir qui paiera la facture. Si l'on augmente le minimex sans augmenter le taux de remboursement par l'Etat fédéral des charges supportées par les communes et CPAS, la moitié de l'augmentation du minimex sera entièrement supportée par les communes. On sait qu'à Bruxelles, la charge sera lourde.

Pour notre part, nous sommes favorables, non pas au remboursement intégral du minimex par l'Etat fédéral, mais à une augmentation des taux privilégiés de remboursement du minimex pour les CPAS. En tout cas, on ne peut pas prendre en otage les plus démunis de notre société en prétendant qu'il nous est interdit pour l'instant, de traiter des minima sociaux parce qu'on n'a pas trouvé de solution au problème. Les deux questions doivent être traitées, mais l'une ne doit pas bloquer l'autre.

On doit pouvoir s'atteler à trouver des réponses concrètes aux problèmes qui ont été mis en lumière dans les rapports établis sur l'état de la pauvreté dans la Région de Bruxelles-Capitale. Nous ne prétendons pas non plus que le relèvement des minima sociaux soit susceptible de résoudre l'ensemble des problèmes sociaux qui sont à la base de la précarité.

Cet élément a été clairement mis en évidence.

Comme Mme Herscovici l'a d'ailleurs rappelé — il est clairement établi que les minima sociaux ne permettent pas de rencontrer les besoins élémentaires des populations précarisées. Cela a été démontré dans les rapports mais aussi dans plusieurs enquêtes.

La proposition déposée recense, dans son développement, une série de données étayées par la confrontation avec la réalité quotidienne des personnes. En particulier, l'étude du « *Centrum voor sociaal beleid* » démontre à suffisance l'urgence qu'il y a à prendre en consi-

dération une série de facteurs qui pèsent lourdement sur le coût de la vie. Ainsi, par exemple, le fait de ne pas « bénéficier » d'un logement social est de nature à grever encore plus lourdement le budget des ménages précarisés et à réduire encore leur capacité à faire face aux besoins les plus élémentaires de la vie quotidienne.

Les débats en commission ont souligné deux aspects de la proposition qui posent difficultés :

1° la perspective, sinon d'une suppression tout au moins d'une évolution, des catégories « cohabitant » et « isolé ». Un certain nombre de commissaires ont, à juste titre, souligné combien il fallait en la matière ne pas précipiter les choses, notamment parce qu'il y a lieu de distinguer la situation de l'allocataire social de celle de l'assuré social. Dans ce dernier cas, en effet, ainsi que notre Collègue Mouzon l'a précisé, il y a quelque chose d'injuste à établir une distinction entre catégories, dès lors que la perception des cotisations sociales, elle, ne tient pas compte de la situation familiale; en revanche, la question se pose différemment pour l'aide sociale.

Il reste cependant à déterminer si la hauteur de la différence actuelle entre les catégories « isolé » et « cohabitant » est encore appropriée. A cet égard, l'« évaluation de la loi sur le minimex » réalisée par la section CPAS de l'Union des Villes et Communes, précisément dans la perspective d'une modification de la loi sur le minimex, souligne bien — je cite — « qu'il est urgent d'adapter les catégories » et qu'il faut prendre comme principe de base que chaque individu a le droit de disposer d'un montant qui lui permette de vivre une vie conforme à la dignité humaine ».

Néanmoins, la proposition a été amendée, en sorte que le paragraphe qui visait explicitement les catégories « cohabitant » et « isolé » n'y figure plus, et ce pour lever toute ambiguïté.

2° Le second aspect qui posait problème lors du débat en commission est la prise en compte du coût du logement dans la fixation des minima sociaux, et en particulier du minimex.

Certains commissaires ont exprimé la crainte que, de la sorte, je cite à nouveau les propos de Mme Mouzon en commission, « en acceptant d'opérer une différenciation par région, c'est mettre le doigt dans un engrenage qui conduirait à la régionalisation de l'aide sociale ».

La proposition de résolution ne vise pourtant pas à opérer des distinctions selon les régions. Néanmoins, il faut tenir compte de ce coût spécifique et y répondre, d'une manière ou d'une autre. La résolution est du reste formulée de manière suffisamment large pour ne pas en tirer argument en vue d'une régionalisation de l'aide sociale.

Il faut, en outre, souligner qu'une proposition de loi a été déposée à la Chambre par Jean-Jacques Viseur, en vue d'insérer un complément logement au minimex, précisément pour qu'une solution fédérale soit apportée à ce problème très réel.

Pour rappel, dès la conception de la loi sur le minimex en 1974, la base même de cette loi était l'harmonisation des pratiques des commissions d'assistance publique de l'époque. Les bénéficiaires de l'aide sociale, d'assistance publique comme on le disait alors, n'étaient pas sans ressources. Ils bénéficiaient déjà d'une intervention publique. Mais, à un moment donné, on a estimé qu'il fallait l'harmoniser pour

réduire les différences dans les pratiques des commissions d'assistance publique.

C'est ce que nous souhaitons pour le secteur du logement. On constate, en effet, une réelle injustice : les communes qui ont les plus gros moyens et donc moins de pauvres ont la capacité de donner des compléments en matière de logement, alors que les communes qui doivent faire face à de nombreuses situations de précarité ne sont pas capables d'intervenir de la même façon en faveur de l'accès au logement.

C'est pour cette raison que nous préconisons de prendre des mesures dans le cadre de la loi sur le minimex en la matière.

J'ajoute que l'on a pu mettre en évidence de manière assez régulière — cela justifie le fait que le Collège réuni s'implique dans cette problématique et je suis ravi de l'attention que M. Vanhengel accorde à ce débat — le rôle particulier du Collège réuni dans une région où les communes sont une réalité incontournable et où l'échelle de mobilité de la pauvreté se marque au niveau de l'ensemble de la région, en tout cas des communes du centre de celle-ci.

Par conséquent, l'argument d'une frontière communale par rapport à cette problématique de la pauvreté n'est pas pertinent. Aussi convient-il d'harmoniser les pratiques en la matière et singulièrement en Région de Bruxelles-Capitale. Nous devrions être les premiers à nous battre pour une prise en compte de cette problématique.

Un autre aspect a été soulevé quant au coût pour les CPAS, et donc par cascade pour les communes, qui résulterait d'une augmentation du minimex. C'est sans doute une inquiétude légitime mais la résolution vise à prendre les problèmes non sous l'angle institutionnel mais au départ de la situation de vie des personnes précarisées, « du côté des ayants droit en vue de leur assurer le bénéfice des dispositions de l'article 23 de la Constitution ». D'où l'importance de la proposition de résolution qui vise précisément à inciter et encourager le Collège réuni à défendre les besoins de financement des CPAS auprès du fédéral, et ce de manière concertée avec les autres régions ou communautés.

En conclusion, la proposition présentée à l'assemblée vise à rencontrer une situation particulièrement aigüe en Région bruxelloise. Outre les personnes minimexées, sur lesquels les débats se sont particulièrement centrés, elle concerne l'ensemble des allocataires sociaux. Nous sommes d'ailleurs parfaitement conscients que la question doit être posée globalement et tenir compte de ce que l'on nomme en jargon les « pièges à l'emploi ».

Il nous paraît en tout cas, au moment où l'on va fêter les 10 ans de l'entrée en application de l'ordonnance ayant créé le rapport pauvreté, qu'il est légitime d'en appeler à un débat organisé et structuré sur ce que l'on sait être un problème de fond et de première urgence. Nous en appelons donc au bon sens et à la « conscience » de cette assemblée pour marquer sa volonté d'être entendue et relayée, au-delà des habituelles considérations consensuelles sur le phénomène de la pauvreté.

De Voorzitter. — Het woord is aan de heer Jean-Luc Vanraes.

De heer Jean-Luc Vanraes. — Mevrouw de Voorzitter, het verwondert mij niet dat een aantal leden in de commissie niet akkoord gingen met de resolutie. Ik leg zo dadelijk uit waarom.

De motie heeft wel het voordeel van de duidelijkheid. In de inleiding worden de problemen goed omschreven. Dat is een voordeel. Ik heb zelf wel een probleem met de voorgestelde oplossing. Het lijkt mij wat te simplistisch om de sociale minima gewoon wat te verhogen. Dat is geen oplossing voor de precare situatie waarin veel minimatrekkers verkeren. Toen ik twee jaar geleden OCMW-voorzitter werd, dacht ik ook dat de zaken eenvoudig lagen, dat het volstond een inkomen te verhogen. Vandaag weet ik beter. De problemen van minderbedeelden zijn niet louter financieel. Die mensen hebben vaak ook nood aan een goede huurwoning, steun bij het vinden van werk, hulp bij schuldbeheer, goede raad om zich te voeden — velen weten niet hoe ze met weinig geld gezond kunnen eten —, enzovoort.

De vergadering van de steden en gemeenten is voorstander van een meer globale aanpak. Algemene verbetering brengen in de precare situatie is de optie. In Brussel, Antwerpen en Charleroi is de situatie van de minimatrekkers veel moeilijker dan in andere steden.

Om te beginnen liggen de huren in Brussel, Antwerpen en Charleroi al veel hoger dan elders. Na betaling van de huur blijft er dus minder van het steungeld over om te besteden aan andere behoeften.

De negatieve reactie op de resolutie heeft vooral te maken met het feit dat er zo weinig begeleidende maatregelen zijn genomen voor de minimatrekkers en dat er geen globale aanpak is. Tegen een verhoging van het bedrag heeft niemand bezwaar. Maar dat volstaat niet. Overigens heeft de stijging van het sociaal minimum de jongste vijftien jaar zeker geen gelijke tred gehouden met de kosten van levensonderhoud.

Heel wat gemeenten hebben al gekozen voor een meer globale aanpak en geïndividualiseerde aanpak. Voor de rijke gemeenten is dat minder een probleem dan voor de armere. Daarom pleit ik ervoor dat er op het federale niveau een oplossing wordt gezocht om tot meer solidariteit te komen tussen rijke en arme gemeenten. Daarom pleit ik er ook voor de vergadering van steden en gemeenten haar werk te laten doen en naar een globale oplossing te zoeken. Dat zal verdienstelijker zijn dan het optrekken van de sociale minima.

Mme la Présidente. — La parole est à M. Denis Grimberghs.

M. Denis Grimberghs. — Madame la Présidente, tout d'abord, je remercie M. Vanraes qui a plus de courage que beaucoup d'autres membres.

Ensuite, il ne me paraît pas simpliste de vouloir régler séparément des problèmes qui sont distincts. On est toujours très consensuel en ce qui concerne les rapports sur la pauvreté. Tout à l'heure, nous verrons si nous sommes toujours aussi nombreux à vouloir les mettre en œuvre. Personnellement, j'estime que c'est plutôt insupportable. Un accord intervient toujours sur un thème global, mais lorsqu'on prend des mesures distinctes, il n'y a plus d'accord.

Nous avons été unanimes pour dire que le problème de la hauteur des minima sociaux devait être posé, dans le cadre du dernier rapport sur la pauvreté. Le meilleur endroit pour le faire — M. Vanraes vient de le dire — c'est au niveau fédéral. Et je ne demande qu'une chose : que les membres du Collège réuni soient mandatés par cette assemblée pour demander au fédéral que cette question soit tranchée. Même cela, vous n'osez pas le faire ! Je ne peux dire que cela. A mon sens, c'est

absolument invraisemblable. Cela montre que lorsqu'il s'agit de passer des bonnes intentions à la mise en œuvre, il y a quelques freins !

Lorsque je siégeais au sein de la majorité, j'ai régulièrement accepté que le Parlement indique avec fermeté à la majorité, au Gouvernement fédéral parfois, ce qu'il convenait de faire. J'ai également accepté que notre assemblée soit parfois très critique par rapport à la manière dont le Gouvernement fédéral rencontrait un certain nombre de nos attentes. Je ne comprends pas pourquoi, ici, nous nous montrons d'une telle frilosité. Je répète que le texte élaboré par l'Union des Villes et des Communes, et qui n'est manifestement pas suivi d'effets au niveau du Gouvernement fédéral — j'espère qu'il le sera demain — commence par la phrase que j'ai lue tout à l'heure : « Les montants du minimex doivent être augmentés ».

De Voorzitter. — Het woord is aan de heer Jean-Luc Vanraes.

De heer Jean-Luc Vanraes. — Mevrouw de Voorzitter, ik wens mijn geweten niet te sussen met aan de mensen 2 000 frank meer te geven. Ik geef de voorkeur aan een globale oplossing.

Mme la Présidente. — La discussion générale est close.

De algemene bespreking is gesloten.

— En application de l'article 81.4 de notre Règlement, nous procéderons tout à l'heure au vote nominatif sur les conclusions de la commission.

In toepassing van artikel 81.4 van ons Reglement, zullen wij straks tot de naamstemming over de conclusies van de commissie overgaan.

INTERPELLATION—INTERPELLATIE

Mme la Présidente. — L'ordre du jour appelle l'interpellation de M. Marc Cools.

Aan de orde is de interpellatie van de heer Marc Cools.

INTERPELLATION DE M. MARC COOLS A MM. JOS CHABERT ET DIDIER GOSUIN, MEMBRES DU COLLEGE REUNI COMPETENTS POUR LA POLITIQUE DE SANTE, CONCERNANT « L'AVENIR DU RESEAU DES HÔPITAUX PUBLICS BRUXELLOIS »

Discussion

INTERPELLATIE VAN DE HEER MARC COOLS TOT DE HEREN JOS CHABERT EN DIDIER GOSUIN, LEDEN VAN HET VERENIGD COLLEGE BEVOEGD VOOR HET GEZONDHEIDSBELEID, BETREFFENDE « DE TOEKOMST VAN HET NETWERK VAN BRUSSELSE OPENBARE ZIEKENHUIZEN »

Bespreking

Mme la Présidente. — La parole est à M. Marc Cools pour développer son interpellation.

M. Marc Cools. — Madame la Présidente, Messieurs les Membres du Collège, chers Collègues, afin de garantir une qualité

des soins offerts à tous et en particulier au plus démunis, il est important que coexistent dans notre région tant des hôpitaux publics que des hôpitaux universitaires et des hôpitaux privés.

Je suis certes conscient que les hôpitaux publics ne sont pas les seuls à dispenser des soins aux plus démunis de notre société. Les hôpitaux privés le font aussi. Même lorsqu'ils ne sont pas couverts par la mutuelle, et ce notamment dans le cadre de réquisitoires faits par les CPAS.

Comme libéral, je suis partisan de l'initiative privée et défenseur de l'existence des hôpitaux privés. Je crois toutefois que, comme à côté de l'école privée doit exister l'école publique, et cela a été tout le combat libéral au XIX^e siècle, à côté des hôpitaux privés doivent exister des hôpitaux publics.

J'ai visité plusieurs pays où n'existaient que des hôpitaux privés. J'ai discuté avec les gestionnaires de certains de ces hôpitaux et parfois même avec des médecins belges qui y travaillent. Dans ces pays, il vaut mieux avoir de l'argent si on veut être soigné.

Si j'ai voulu interpellier aujourd'hui sur les hôpitaux publics, c'est parce que je suis partisan de leur sauvegarde mais que je suis inquiet pour leur avenir en raison de leur difficile situation financière.

La création d'IRIS en 1995 comme structure faîtière de coordination des hôpitaux publics s'est accompagnée d'une intervention régionale de 4 milliards de francs couvrant les déficits cumulés de 1989 à fin 1993. Cette intervention — une remise à zéro des trésoreries — devait permettre de rétablir l'équilibre financier des hôpitaux publics au plus tard en 1999.

Nous en sommes loin. Si le déficit global de l'ensemble des hôpitaux IRIS en 1999 n'a pas dépassé les 67 millions de francs, c'est uniquement à cause de résultats exceptionnels non récurrents à concurrence de 316 millions de francs. Le déficit courant (hors produits exceptionnels donc) s'élevait en 1999 à 384 millions de francs. Ce qui est une détérioration par rapport à 1998 où ce déficit courant s'élevait à 179 millions de francs.

Les données complètes des comptes pour l'an 2000 ne sont sans doute pas encore disponibles.

Je suppose toutefois que comme dans toute grande entreprise des situations comptables sont établies de manière intérimaire ne fût-ce que sur une base trimestrielle ou semestrielle. Des données partielles disponibles pour l'an 2000, peut-on inférer ou non que le déficit courant de 1999 se confirme ?

Je suis d'autant plus inquiet lorsque l'on analyse les chiffres d'un certain nombre d'hôpitaux, qui ne semblent pas à première vue présenter de grands problèmes. Je pense plus particulièrement à l'hôpital Saint-Pierre, dont le résultat courant est de moins 13 millions et qui entreprend actuellement des travaux. Il est donc à craindre qu'à terme, cet hôpital soit également confronté à des difficultés.

Il bénéficie en effet aujourd'hui pour le remboursement de ses prix de journée d'un prix provisionnel qui n'est pas le prix définitif et qui est plus élevé que celui-ci parce que c'est un hôpital en reconstruction.

Que se passera-t-il une fois la reconstruction achevée et qu'il ne bénéficiera plus de ces prix provisionnels ?

En tout état de cause, la situation des hôpitaux IRIS est préoccupante. Ne fut-ce que parce que leurs dettes financières à court terme s'élevaient en 1998 à 4,8 milliards de francs, soit 27,4 % du chiffre d'affaires de ces hôpitaux.

Cela doit nous amener à nous interroger sur la gestion de ces hôpitaux et sur la manière d'assainir leurs finances.

Au niveau de la gestion, une des premières questions me semble être celle du nombre et du type de lits dans les hôpitaux IRIS.

Il y a globalement trop de lits hospitaliers à Bruxelles. En 1987, le Gouvernement fédéral a fixé un objectif de diminution de 30 % des lits hospitaliers à l'horizon 1995. Cet objectif n'a été rempli ni dans l'ensemble du pays ni à Bruxelles. Seule environ une moitié des réductions de lits à opérer l'a été.

Le nombre de lits hospitaliers s'élevait à Bruxelles à 8 067 en 1995 contre 6 568 lits si la programmation fédérale avait été respectée.

Entre le premier janvier 1995 et le premier décembre 1999, le nombre de lits en excédent a été réduit de 2 849 lits à 2 841 lits, soit une réduction de 8 lits en 5 ans !

Et encore, cette réduction n'a-t-elle pas nécessairement été opérée par les hôpitaux publics ...

De 1996 à 2000, les hôpitaux IRIS ont même augmenté leur capacité de 31 lits en passant (hors lits psychiatriques) de 2 246 lits à 2 277 lits, et ce en récupérant quelques dizaines de lits au CPAS de Jette.

Lorsqu'on examine plus finement la répartition des lits hospitaliers à Bruxelles, on constate que les lits de chirurgie, de diagnostic, de soins intensifs et, dans une moindre mesure, ceux de rééducation et de révalidation sont excédentaires, alors que les lits de pédiatrie ou réservés aux malades contagieux sont pratiquement à l'équilibre par rapport à la programmation. Les lits de gériatrie sont eux largement déficitaires.

Notre Commission communautaire commune dispose du pouvoir de délivrer les autorisations d'exploitation aux hôpitaux bruxellois.

Elle pourrait utiliser ce pouvoir en se dotant d'une ordonnance normative qui habiliterait le Collège réuni, en fonction des besoins attendus à prendre par arrêté des dispositions qui imposeraient aux hôpitaux publics comme aux hôpitaux privés de réduire le nombre de leurs lits hospitaliers ou à convertir certains types de lits en d'autres lits.

Le taux d'occupation des lits d'hôpitaux ne cesse de se réduire depuis plusieurs années. Ceci sous l'action conjuguée du développement de la chirurgie ambulatoire et du raccourcissement de la durée moyenne de séjour.

Les hôpitaux publics doivent intégrer le fait que les lits aigus lourds, sont trop nombreux en Région bruxelloise et que cette situation est génératrice :

- de frais généraux non couverts par des recettes;
- de quotas non atteints, avec risque de suppression automatique de lits sous peine de fermeture;
- d'un risque d'allongement des durées moyennes de séjour (pour garder les lits plus longtemps occupés) avec des pénalités à la clé.

Les hôpitaux publics doivent réfléchir à la programmation de leurs lits hospitaliers et choisir des créneaux stratégiques qui ne sont pas toujours couverts par les hôpitaux privés ou les hôpitaux universitaires.

Je pense par exemple au développement de lits hospitaliers de gériatrie de jour (il n'y en a pas aujourd'hui, alors qu'un quart des lits gériatriques devraient probablement être des lits de jour), si l'on se réfère aux autres types de lits hospitaliers.

L'encadrement de la sortie de l'hôpital n'est pas toujours non plus gérée et il manque sans doute quelque chose entre le lit aigu et le retour chez soi. Les hôpitaux IRIS pourraient jouer un rôle de pointe par la création et le développement de filières continues de soins.

J'aimerais aussi vous demander, Messieurs les membres du Collège, si vous disposez d'études d'épidémiologie qui montrent l'évolution des différentes pathologies et l'adaptation des lits qui devrait en découler.

L'amélioration de la gestion des hôpitaux publics ne peut se voir uniquement par le biais du nombre et du type de lits. Des questions plus classiques se posent, comme le recouvrement des créances. Cela n'est pas dû uniquement à la composition de la clientèle de ces hôpitaux. Les retards de facturation, l'absence de contrôles semblent beaucoup plus importants dans les hôpitaux publics que privés. La démotivation du personnel semble aussi exister. Sans compter, comme viennent encore de le démontrer de récents mouvements sociaux, le problème que pose le manque d'infirmières dans ces hôpitaux.

Cela pose sans doute le problème du statut et de la revalorisation des infirmiers et infirmières mais aussi de manière plus générale de la revalorisation du corps médico-technique dans les hôpitaux publics.

Les hôpitaux publics ont un rôle d'hôpitaux de proximité qu'ils doivent conserver. Des hôpitaux comme Saint-Pierre, Brugmann ou les hôpitaux d'IRIS Sud doivent rester dans le giron public. C'est moins évident pour des hôpitaux spécialisés comme Bordet ou l'hôpital des enfants qui pourraient être transférés au secteur hospitalier universitaire de l'ULB.

C'est à mon sens une question qui mérité d'être étudiée et examinée.

Les hôpitaux publics n'ont toujours pas fait le choix du monohospitalier, c'est-à-dire d'attacher à ces hôpitaux tous leurs médecins à temps plein. Une telle politique ne pourrait-elle pourtant pas contribuer à augmenter les recettes de ces hôpitaux en évitant que certains médecins ne transfèrent de leur consultation privée, ou même de l'hôpital public, les patients fortunés vers des hôpitaux privés ?

Cette politique non hospitalière est pratiquée par certains hôpitaux privés.

Les hôpitaux publics ne sont pas nécessairement condamnés à être en déficit, comme les entreprises publiques d'ailleurs. J'ai consacré mon mémoire de fin d'études à cette problématique que je connais quelque peu. A ma connaissance, en Flandre la plupart d'entre eux sont en équilibre. La situation est plus contrastée en Wallonie. Une partie des hôpitaux publics est toutefois en équilibre avec des redressements parfois spectaculaires comme à la Citadelle de Liège où la venue d'un nouveau gestionnaire a permis de rétablir l'équilibre financier de l'hôpital.

A Bruxelles, lorsqu'on regarde les comptes de 1999, seul l'hôpital d'Etterbeek-Ixelles est en boni. Ce qui a été possible à Liège doit l'être à Bruxelles.

Mon intention en développant cette interpellation n'était pas de faire le procès de quelque gestionnaire que ce soit des hôpitaux publics ou de la structure faïtière IRIS. Il me semblait toutefois important que nous débattions dans notre Parlement de l'avenir des hôpitaux publics.

Je suis convaincu que si des décisions stratégiques, cela peut être celles que j'ai proposées, cela peut en être d'autres, ne sont pas prises, leur situation financière ira en se dégradant et qu'il en résultera une charge financière difficile à supporter pour les communes et les CPAS concernés d'autant qu'à ma connaissance, les communes et les CPAS ne provisionnent pas toujours les montants pour couvrir les déficits de leurs hôpitaux publics dans leur budget.

Dans ce sens, mon interpellation s'inscrit dans la suite du débat que nous avons eu hier sur les finances communales.

Une similitude entre le débat d'hier et celui d'aujourd'hui est celui des retards : retards au niveau du financement des communes du fédéral pour verser le produit des impôts qu'il perçoit pour les communes, retards au niveau des hôpitaux des mutuelles pour effectuer les remboursements qu'elles doivent opérer. Peut-être des démarches doivent-elles être entreprises auprès du Gouvernement fédéral, auprès des mutuelles pour accélérer ces remboursements ? Cela contribuerait à améliorer la situation de trésorerie des hôpitaux publics. Des décisions stratégiques sont nécessaires.

Je suis certain que le Collège de notre Commission communautaire commune en est conscient, qu'il aura le souci de mener une analyse approfondie de la situation financière des hôpitaux publics et de réfléchir aux mesures à prendre. Je ne peux que l'encourager à agir dans ce sens. Je lui fais confiance à cet égard. (*Applaudissements sur les bancs de la majorité.*)

Mme La Présidente. — La parole est à Mme Anne Herscovici.

Mme Anne Herscovici. — Madame la Présidente, Monsieur le Membre du Collège, chers Collègues, les hôpitaux publics ne sont pas condamnés à être en déficit. M. Cools a raison. Mais j'ajoute qu'ils ne peuvent pas être condamnés à l'équilibre budgétaire, eu égard à leurs diverses missions d'intérêt public et à une situation de fait.

Il faut ajouter qu'un hôpital produit de la santé, de la qualité de vie, et pas des pneus !

Donc, les comparaisons avec les entreprises sont limitées en cette matière. Les hôpitaux publics accueillent tous les patients, y

compris les plus démunis, avec ce que cela implique en termes de lourdeur de pathologie, d'accompagnement social, avec ce que cela implique ou entraîne comme pénalisations liées au mécanisme de financement modulé en fonction d'une durée de séjour moyenne. On l'a déjà évoqué ici, la durée, calculée à l'échelle globale des hôpitaux, est bien souvent intenable pour des patients fragilisés ou isolés. La santé financière de l'hôpital entre dès lors en conflit avec la santé du patient. Il existe d'ailleurs une étude interuniversitaire tout à fait remarquable à ce propos, dont il serait sans doute grand temps de mobiliser les conclusions.

La gestion des hôpitaux publics doit être rigoureuse et les missions sociales à sauvegarder absolument ne peuvent justifier une mauvaise gestion ou de l'inertie.

La situation financière des hôpitaux du réseau IRIS est donc très préoccupante. Je vous épargnerai la lecture des tableaux chiffrés les plus récents. M. Cools a cité quelques données significatives. On est en tout cas bien loin de l'objectif « équilibre financier à partir de 1999 » que visait la création d'IRIS et l'intervention régionale de 4 milliards. Quatre milliards, c'était sans doute un très bel effort, mais tous ceux qui connaissent le dossier savaient que c'était 8 milliards qui étaient nécessaires pour redresser vraiment la barre et non seulement effacer les dettes mais aussi fournir un fonds de roulement qui permette aux hôpitaux du réseau IRIS d'éviter le recours systématique à l'emprunt.

Plaidant pour une gestion rigoureuse, je dirai, à propos du nombre de lits, qu'il nous manque une étude des besoins régionaux, qui permettrait, à moyen terme, l'élaboration d'un « plan de secteur » hospitalier. Les critères de programmation qui fixent le nombre et le type de lits par habitant sont fédéraux et déjà bien anciens, alors que la structure démographique, les pathologies et les techniques médicales ont changé. Si les ministres régionaux doivent travailler à l'intérieur de ces normes, ce sont eux qui les mettent en œuvre et ils peuvent établir des priorités. Le groupe ECOLO l'a déjà dit bien souvent, il est essentiel que notre région puisse s'appuyer, pour orienter des choix — il s'agit d'investissements de plusieurs milliards — sur une connaissance fine des besoins de la population et de son état de santé. Il y a un Observatoire de la santé à Bruxelles, il faut lui donner les moyens de produire une étude des besoins de santé, un outil d'analyse sanitaire. L'absence d'un tel outil d'aide à la décision politique laisse évidemment jouer les particularismes locaux, le jeu des concurrences, les réflexes frileux et les facteurs d'inertie.

L'évolution hospitalière est rapide. En l'absence d'une véritable stratégie régionale de santé publique, nos hôpitaux courent d'assainissement en assainissement; cette course sans boussole est peu propice au développement de projets médicaux et aux innovations. Une bonne gestion implique donc une connaissance fine des besoins mais aussi, pour tous les gestionnaires d'hôpitaux, des indications sur les orientations que le ministre régional entend privilégier, pour qu'il puisse piloter. Une bonne gestion implique aussi que des fusions ou des centralisations, sans doute nécessaires — je pense par exemple aux laboratoires — se fassent, mais pas seulement sur le papier, pas seulement pour le principe de la fusion. Il faut aussi supprimer les causes des déficits. En effet, fusionner un service déficitaire et un autre qui ne l'est pas ne supprimera pas le déficit.

Une bonne gestion des hôpitaux publics est, selon nous, incompatible avec la proposition de M. Cools de confier tout ce dont le privé ne veut pas au public.

M. Marc Cools. — Ce n'est pas cela que je propose.

Mme Anne Herscovici. — C'est ce que j'ai compris.

M. Marc Cools. — J'ai dit qu'il fallait maintenir un service public pour avoir la certitude que les patients les plus démunis aient toujours un accès aux soins de santé. Je n'ai évidemment pas dit qu'il fallait simplement confier au secteur public ce dont le privé ne s'occupait pas. En revanche, Madame Herscovici, j'ai demandé, comme vous venez de le faire, qu'il y ait une stratégie régionale de santé publique et qu'une réflexion soit menée sur les spécificités qui devaient être celles des hôpitaux publics, notamment sur le plan de la proximité.

Mme la Présidente. — Vous avez simplement évoqué d'éventuels regroupements de certains services typiques, par exemple Bordet et l'HUDERF avec des universités.

Mme Anne Herscovici. — Je voudrais justifier mon plaidoyer sur la polyvalence des hôpitaux publics en disant que la viabilité des institutions dans le mode actuel de financement est liée à cette polyvalence des hôpitaux publics.

Vous avez évoqué l'état de santé relativement bon de l'hôpital d'Ixelles-Etterbeek. Si celui-ci résiste mieux que d'autres, c'est précisément parce qu'il offre tous les services généraux.

Je rejoins M. Cools sur la question du choix mono-hospitalier. Il ne nous semble en effet pas acceptable qu'il y ait transfert de la patientèle fortunée des hôpitaux publics vers les hôpitaux privés.

Cela dit, la question du maintien ou de l'existence d'une activité privée, en consultation privée, mais pas en hôpital privé, mérite sans doute d'être traitée avec plus de nuances. L'activité privée de certains médecins travaillant en hôpital public peut en effet inciter certains patients du privé à venir en hôpital public.

Dans sa déclaration de juillet 1999, au chapitre « politique hospitalière », le Collège annonçait une série d'intentions, notamment de soutenir la recherche de mécanisme de solidarité pour rencontrer les besoins sociaux de la patientèle des hôpitaux. Il annonçait également qu'il veillerait à instaurer un mécanisme financier de solidarité entre les communes et les CPAS Bruxellois afin de prendre en charge les éventuels déficits conjoncturels engendrés par l'activité des hôpitaux bruxellois publics; il était prévu que les communes et les CPAS concernés soient associés à la gestion.

Le Collège disait également qu'un protocole d'accord serait conclu avec le fédéral afin d'obtenir toutes les données statistiques des institutions de santé bruxelloises — degré d'occupation, durée du séjour, etc.

Je voudrais savoir où en est la mise en œuvre de ces différentes intentions.

Pour terminer, je voudrais attirer l'attention sur les conditions de travail du personnel des hôpitaux. M. Cools en a parlé et l'actualité nous le rappelle tous les jours. En effet, on peut tenir beaucoup de discours sur les droits des patients, l'attention qu'ils méritent et le fait qu'ils doivent être au centre des préoccupations de l'hôpital. Cependant, aussi longtemps que les travailleurs de l'hôpital n'auront

pas de bonnes conditions de travail, qu'ils ne seront pas en nombre suffisant ou qu'ils ne seront pas associés aux décisions concernant l'hôpital, ces objectifs risquent d'être difficiles à atteindre. (*Applaudissements sur les bancs ECOLO.*)

Mme la Présidente. — La parole est à Mme Isabelle Emmery.

Mme Isabelle Emmery. — Madame la Présidente, la problématique des hôpitaux publics doit être au centre de nos préoccupations. Elle concerne au premier chef celles et ceux qui en tant que patients sont utilisateurs de ces infrastructures. Il s'agit au-delà des chiffres, d'un débat de société qui pose clairement les risques d'une médecine duale dans une ville comme Bruxelles où la part de population démunie ne cesse de croître. Les rapports successifs sur la pauvreté à Bruxelles en attestent. Le Parti Socialiste a, depuis plusieurs années, insisté sur la nécessité d'une organisation coordonnée des hôpitaux publics bruxellois. Il a très largement contribué à la restructuration du réseau et, par-là même, à son sauvetage.

Je voudrais dès lors, dans mon intervention, insister sur plusieurs thèmes qui me paraissent importants.

Il est nécessaire, pour la population bruxelloise, de maintenir et de développer un réseau d'hôpitaux publics cohérent, offrant à toutes et à tous, sans aucune discrimination, des infrastructures de proximité d'une part, des infrastructures de pointe dotées des équipes et des techniques les plus récentes, d'autre part.

Les soins de santé en Belgique coûtent de plus en plus chers au patient. Une étude conduite par le professeur Peers et déposée au Gouvernement fédéral début 2000 mettait clairement en évidence l'augmentation de ces charges pour le patient, en soulignant le risque de rupture d'un accès égal aux soins de santé. Dans ce contexte, comme j'ai déjà eu l'occasion de le rappeler hier dans le débat sur les finances communales, plus du quart des patients fréquentant les hôpitaux d'IRIS sont dans une situation de grande précarité, situation qui les détourne de la médecine de première ligne, et les conduit à fréquenter l'hôpital en situation d'urgence ou de crise. Près de 700 000 personnes ont fréquenté les hôpitaux du réseau IRIS en consultation, près de 200 000 se sont présentées dans les services d'urgence pendant l'année 2000, soit une augmentation chaque année, depuis 1996, de près de 7 %.

Ces chiffres, qui illustrent un phénomène social et un problème de santé publique, démontrent à suffisance la nécessité d'un réseau d'hôpitaux publics et nous confirment, en tant que groupe socialiste, dans notre volonté de le défendre et de le doter des moyens que requiert l'importance de ces missions.

La création du réseau IRIS des hôpitaux publics était nécessaire, et des progrès importants ont été réalisés ces cinq dernières années.

Créé en 1996, et regroupant les hôpitaux des CPAS de Bruxelles, Anderlecht, Saint-Gilles, Etterbeek, Ixelles et Schaerbeek, le réseau IRIS s'est attelé, dès les premiers mois, à imprimer un nouveau modèle de gestion devant rapidement résorber les déficits financiers structurels. Entre 1995, où le déficit s'élevait à près de 2 milliards, et 1999 où les interventions communales s'élevaient à 101,2 millions, beaucoup d'efforts ont été accomplis. Depuis cinq ans, un allègement des charges administratives et techniques a été réalisé au bénéfice du renforcement des moyens au profit du corps soignant et médical.

Soulignons également les importantes restructurations menées en fusionnant, d'une part, Brien, Brugmann, IRIS Jette et, d'autre part, Baron Lambert, Etterbeek-Ixelles, Bracops et Molière, d'autre part. Ensuite, en restructurant l'offre de lits. Près de 200 lits aigus fermés, une augmentation de l'offre dans le secteur de la réhabilitation et dans le secteur de la psychiatrie, deux domaines où les besoins pour la population bruxelloise sont aujourd'hui encore mal couverts.

Citons également les importants efforts faits dans le même temps en matière d'investissements en matériel médical et en bâtiments pour améliorer les conditions d'accueil des patients et de leur famille : reconstruction de l'hôpital Saint-Pierre, reconstruction du Centre Hospitalier Etterbeek-Ixelles, début des travaux de reconstruction du CHU Brugmann, travaux de reconstruction du Centre Hospitalier Bracops etc.

Si l'on se préoccupe de l'équilibre financier, il faut tenir compte des qualités spécifiques de la structure. Alors, pourquoi comparer les hôpitaux publics de Bruxelles à l'ensemble des hôpitaux du pays ou encore aux hôpitaux privés de la capitale, sans tenir compte d'un certain nombre de charges spécifiques de ces hôpitaux publics. J'ai déjà eu l'occasion hier d'inventorier ces charges, pour rappel, il s'agit :

- des créances douteuses;
- des factures adressées aux CPAS et à l'Etat belge, payées avec retard;
- des équipes de travailleurs sociaux et des équipes administratives qui doivent prendre en charge une population précarisée et qui ne sont pas financées;
- des pénalités appliquées parce que la durée de séjour dans l'hôpital public à Bruxelles est supérieure aux moyennes nationales.

Je m'apprêtais à souligner le paradoxe de la position libérale, mis en lumière par le schéma écrit de l'interpellation de M. Cools, qui propose de transformer IRIS en structure pararégionale. Je m'interroge maintenant sur la disparition de cette proposition – interrogation. Mais peut-être y-a-t-il eu un contact préalable avec le ministre Gosuin ? Celui-ci aurait peut-être souhaité le silence sur cet aspect des choses ...

Je terminerai par rappeler les positions et les priorités socialistes dans l'évolution de ce dossier.

La première priorité est le renforcement des structures d'IRIS, dans le sens d'une plus grande cohérence et d'une gestion intégrée des hôpitaux publics au niveau du réseau. Nous ne croyons pas aux méga structures, mais bien aux vertus d'une coordination renforcée entre des partenaires responsables disposant d'une délégation de pouvoir importante dans le cadre d'objectifs fixés au niveau faitier. Il faut, dans ce sens, faire des avancées rapidement, parce que toute la stratégie médicale du réseau des hôpitaux publics passe par l'articulation de centres hospitaliers de proximité, et de concentration d'équipes et d'équipement dans des domaines très spécialisés, très couteux et de pointe. Seule une politique définie et mise en œuvre à l'échelon du réseau peut amener une amélioration de la performance financière et de la qualité des soins, et par-là même, un service amélioré pour toute la population bruxelloise.

Notre deuxième priorité est le maintien des structures hospitalières publiques dans la sphère des pouvoirs locaux. Seule garantie

d'une politique cohérente, articulée autour de filières associant l'approche sociale, l'approche médicale et la prise en charge des personnes moins valides, plus dépendantes ou plus âgées, et de même, mais à un autre niveau, la collaboration avec les équipes de soins de première ligne, largement représentées dans notre circuit de soins ambulatoires, doit être privilégiée.

Notre troisième priorité est la solidarité financière de tous. Il est nécessaire de procéder à une consolidation financière des comptes des hôpitaux du réseau au niveau de la structure faîtière, et d'organiser le mécanisme de solidarité entre les 19 communes, comme le prévoit l'accord de gouvernement de 1999, solidarité qui doit bien évidemment être organisée en fonction de la capacité contributive de chaque commune. Il n'est en effet pas normal que seules six communes supportent la charge d'une infrastructure publique dont bénéficient tous les habitants de Bruxelles, voire de la périphérie ou des autres régions.

Notre quatrième priorité est le financement adéquat des missions sociales de l'hôpital public. Nous proclamons fermement notre souhait de voir un financement spécifique lié aux missions particulières des hôpitaux publics bruxellois. Il n'est en effet pas normal de faire supporter sur ces hôpitaux et sur les communes, ces charges particulières, inhérentes à la population que l'on soigne dans les hôpitaux publics, et pas à l'un ou l'autre modèle de gestion.

En conclusion, nous sommes prêts à entamer un débat sur l'évolution des structures du réseau IRIS, dans le sens de plus de cohérence et plus d'efficacité, mais nous ne discuterons pas d'une quelconque proposition visant à le fragiliser et par-là même à restreindre l'accès à des soins de qualité pour les plus démunis des Bruxellois.

Mme la Présidente. — La parole est à M. Denis Grimberghs.

M. Denis Grimberghs. — Madame la Présidente, Messieurs les Membres du Collège, chers Collègues, l'interpellation de M. Cools permet, me semble-t-il, d'avoir un débat intéressant qui montre que ce problème peut être traité de façon dépassionnée, même si, incontestablement, dans ce débat sur la restructuration des hôpitaux publics il y a des points d'accord et de désaccord. Il est peut-être facile d'avoir un débat serein sur cette question au départ d'une interpellation du président du principal groupe de la majorité que si l'initiative émanait d'un membre de l'opposition.

Il est donc de bon augure que nous débattions sur la base de l'intervention de M. Cools.

Si j'ai bien compris, il serait sans doute utile que l'on puisse procéder à un débat plus approfondi en commission, sur la base d'informations équitablement réparties. En effet, chacun est actuellement à la chasse aux informations. Il est assez curieux de constater que, pour un problème d'une telle importance, très peu d'informations sont données par les membres du Collège chargés de la mise en œuvre du plan IRIS.

J'ai moi-même interpellé en commission de l'Intérieur du Parlement régional bruxellois, le ministre de tutelle chargé de la gestion du Fonds de refinancement, qui a donc procédé aux avances financières consenties dans le cadre du plan IRIS. Je voulais vérifier que certaines conditions relatives à l'exécution du plan IRIS étaient bien mises en œuvre. J'ai à cet égard certaines inquiétudes. Quand il m'a répondu,

il était nouvellement Ministre-Président du Gouvernement bruxellois. J'avais adressé mon interpellation à son prédécesseur et il a fallu un peu de temps pour qu'on veuille bien fournir certains chiffres.

Je me souviens que le débat en commission fut intéressant et que M. de Donnea, comme moi un peu inquiet quant à l'avenir, souhaitait obtenir plus de précisions sur la situation financière des hôpitaux publics. Nous devons sans doute revenir à ce débat.

L'intervention de M. Cools a le mérite de proposer des solutions et cela nous permettra de voir s'il y a ou non un consensus sur ces dernières. De l'intervention de Mme Herscovici ressortent certains points de divergence. Je me suis livré à cet exercice de la convergence et de la divergence. Je dirai à M. Cools que je suis d'accord avec lui pour dire que tout ne va pas bien.

Ce n'est déjà pas si mal ! Pendant de nombreuses années, certains nous ont affirmé ici que la restructuration des hôpitaux publics était une réussite. Selon eux, tout était réglé, tout allait bien !

A la deuxième restructuration — IRIS Sud — lorsqu'on a rassemblé certaines institutions hospitalières, on nous a déclaré qu'il s'agissait là de la poursuite de l'opération IRIS et qu'il ne fallait nullement considérer que l'opération était un échec.

Donc, tout ne va pas bien, je suis d'accord avec vous, nous devons continuer à travailler.

Comme vous, je pense aussi que les hôpitaux publics doivent choisir des créneaux stratégiques. Nous n'avons jamais été bien compris lorsque nous proclamions qu'il n'y avait pas de raison que les hôpitaux publics soient le monopole du pauvre. Pourquoi considérer que les hôpitaux publics doivent se replier sur la prise en charge des personnes les plus démunies ? Depuis le lancement du plan IRIS, nous dénonçons le manque de plans stratégiques relatifs aux créneaux en termes de santé publique, un repli stratégique incompréhensible sur les plus démunis.

Et l'on utilise cet argument pour demander des moyens complémentaires.

Mme Anne Herscovici. — C'est une situation de fait.

M. Denis Grimberghs. — Mais non, Madame Herscovici, les écoles publiques n'ont pas pour vocation de s'occuper uniquement des plus démunis ! Pourquoi les hôpitaux publics l'auraient-ils ? Ce n'est pas une question de fait, c'est une question de volonté. Les gestionnaires publics doivent avoir la volonté de prodiguer des soins de qualité à toute la population. Bien entendu aussi aux plus démunis mais pas seulement à les derniers.

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni, compétent pour la politique de Santé. — En disant cela, vous donnez l'impression que l'on veut faire dans les hôpitaux publics une médecine au rabais et que ce faisant, nous ne nous concentrons que sur une partie de la population. Le réseau public offre une médecine de qualité mais il y a des réalités sociales que vous avez toujours — c'est vrai — méconnues.

M. Denis Grimberghs. — Mais pas du tout Monsieur Gosuin, il y a des hôpitaux privés qui s'occupent — et bien ! — des personnes

fragilisées. Et je vous invite à être très exigeant à l'égard des hôpitaux privés pour qu'ils ne délaissent pas la partie de la population la plus fragilisée. Vous avez organisé des circuits ...

M. Didier Gosuin, Membre du Collège réuni, compétent pour la politique de Santé. — Nous n'avons pas organisé des circuits !

M. Denis Grimberghs. — Mais si ! La convention prise entre les 19 CPAS pour rendre les hôpitaux du réseau IRIS obligatoires pour les personnes émergeant au CPAS aboutit à ce que les hôpitaux privés ne puissent plus les prendre en charge. Telle est la réalité et c'est absurde. Sur ce point, M. Cools a bien raison de vous inviter à réfléchir à la question.

Quatrième point sur lequel M. Cools a raison : nous le proclamons depuis le début, il faut trouver une solution au statut des médecins hospitaliers dans les hôpitaux publics. Ce statut doit être monohospitalier. Il y a là une déperdition dans la concurrence qui existe entre les hôpitaux publics et les hôpitaux privés, c'est évident. On n'a cependant pas eu le courage de le faire.

Cinquième point sur lequel je suis d'accord avec M. Cools : oui, les gestionnaires des hôpitaux ont des responsabilités. C'est clair : cela figure dans la loi sur les hôpitaux. Il faut que ceux qui gèrent les hôpitaux soient obligés de respecter la loi, c'est-à-dire de respecter l'équilibre. Cela signifie également qu'il faut mener collectivement des débats politiques sur la manière dont il convient de financer les hôpitaux — tous les hôpitaux — pour qu'ils puissent faire face à leurs besoins en matière de santé publique et de prise en charge de tous les publics, tout en respectant l'équilibre budgétaire imposé par la loi sur les hôpitaux publics.

Sixième point sur lequel je suis d'accord avec M. Cools : le lien entre la sortie d'hôpital et la prise en charge hors hôpital. Les hôpitaux publics doivent montrer leurs performances dans ce domaine, mais il n'y a pas de raison que les hôpitaux privés n'assument pas une prise en charge.

Je voudrais faire trois observations dans le cadre de ce débat. Je m'interroge sur ce que M. Cools veut dire lorsqu'il évoque la nécessité d'une étude des besoins pour découvrir comment il conviendrait de faire évoluer la structure des hôpitaux du réseau IRIS. Je demande un débat à ce sujet. M. Galand a dit plusieurs fois qu'avant de prendre une attitude vis-à-vis du plan d'investissement, il serait censé d'évaluer les besoins de la population. J'ai l'impression que votre accord de gouvernement est défaillant sur ce point.

Deuxième observation : une des grandes défaillances du pouvoir fédéral, c'est de ne pas avancer plus vite dans le calcul du prix de journée. De grâce, faites valoir vos droits en la matière.

Au moment de la mise en œuvre du Plan IRIS, un accord de coopération avait été passé avec le fédéral en vue d'une accélération du calcul du prix de journée. Apparemment, cet accord a été oublié ou perdu dans la nature. En tout cas, il n'est pas respecté.

Troisième observation : on l'a dit hier déjà et aujourd'hui encore, il est étonnant de voir un certain nombre de pouvoirs locaux ne pas respecter certains de leurs engagements vis-à-vis des hôpitaux. C'est particulièrement le cas pour les communes qui se sont engagées dans

le cadre d'une convention de mise à disposition des fonds dans le cadre du plan IRIS. Il y avait deux conditions en la matière : elles ne sont pas remplies. Je m'étonne que l'autorité de tutelle ne fasse rien. Elle approuve les budgets communaux sans réagir sur le fait que ces budgets ne perennent pas en charge le déficit prévisible. Je ne parle même pas de déficits extraordinaires, mais des déficits prévus dans les plans d'assainissement qui ont été à la base de l'octroi de fonds dans le cadre du fonds de trésoreries communales.

J'ai encore une interrogation sur la réduction du nombre de lits. Je me demande si c'est une très bonne idée de dire que Bruxelles n'a pas fait son devoir en la matière. Par rapport aux autres régions, Bruxelles a largement fait son devoir. Monsieur Cools, vous avez choisi des délais pendant lesquels il n'y a pas eu de réduction du nombre de lits et, du reste, très peu dans les autres régions. Si vous prenez un délai plus long, d'une dizaine d'années par exemple, vous constaterez que Bruxelles a fait largement sa part.

Nous devons nous battre pour faire valoir qu'à Bruxelles, un certain nombre de lits, par nature, dépassent le cadre régional.

Je suis très étonné de vous entendre dire qu'il y a encore trop de lits à Bruxelles. C'est d'autant plus étonnant de la part d'un libéral puisque les libéraux ont souvent relayé l'idée qu'on allait rationner les soins. Aujourd'hui, vous nous expliquez qu'on pourrait aller plus loin. Je demande à voir ! ...

Ce qui est certain, je le constate comme vous, c'est que des hôpitaux publics se sont battus pour garder le maximum de lits. Peut-être certains hôpitaux publics devraient-ils se dire qu'il n'y a pas de raison de vouloir à tout prix maintenir des lits vides qui, en fin de compte, coûtent très cher étant donné la manière dont on calcule le prix de la journée.

Il y a trois points sur lesquels je ne puis marquer mon accord.

Premièrement, je ne suis pas d'accord sur le fait de larguer les secteurs spécialisés, qui ont des créneaux spécifiques, du réseau public vers une privatisation, fut-elle de type universitaire. Je pense à Bordet et à l'HUDERF.

Deuxièmement, je suis étonné de votre considération pour la trésorerie des hôpitaux publics. Je tiens à rappeler que l'opération IRIS était une opération extraordinaire de remise à flot des trésoreries.

Comment, aujourd'hui, la trésorerie des hôpitaux publics est-elle déjà mise à mal ? Je m'en étonne et c'est un débat en commission qui permettrait peut-être d'y voir plus clair.

Troisièmement, je suis absolument contre un holding régional qui justifierait une prise en charge du déficit spontanément par la région alors que, comme vous l'avez dit, le déficit des hôpitaux publics n'a rien de naturel. La plupart des hôpitaux publics de ce pays sont en équilibre et respectent la loi sur les hôpitaux. Nous devons veiller, ainsi que les ministres de tutelle, à ce que ce soit aussi le cas des hôpitaux publics bruxellois.

De Voorzitter. — Het woord is aan mevrouw Brigitte Grouwels.

Mevrouw Brigitte Grouwels. — Mevrouw de Voorzitter, Mijnheer het Collegelid, Collega's, graag sluit ik mij aan bij de interpellatie van de heer Cools, die mijns inziens pertinente vragen heeft gesteld.

We zijn van oordeel dat openbare ziekenhuizen ook financieel sluitend moeten kunnen werken. Het is geen vaststaand feit dat zulke ziekenhuizen deficitair moeten zijn. In Vlaanderen bijvoorbeeld zijn de OCMW-ziekenhuizen gesaneerd, kunnen zij sluitende rekeningen voorleggen, werken ze performant en bieden ze kwaliteit. Dat heeft lang geduurd en men is jaren geleden begonnen met de sanering, onder meer via fusies met andere ziekenhuizen. Zelfs moeilijke fusies met private ziekenhuizen zijn succesvol gebleken. In ieder geval kunnen we nu stellen dat de situatie onder controle is en dat men er fier kan zijn op de OCMW-ziekenhuizen, waar iedereen goed wordt opgevangen.

Het stoort mij overigens dat men beweert dat de OCMW-ziekenhuizen enkel de zwaksten opvangen; ook heel wat private ziekenhuizen vervullen terzake een taak.

Mevrouw de Voorzitter, wij hebben de indruk dat de Brusselse overheid al te zeer de zaken op hun beloop laat. Nochtans moet zij ook in de ziekenhuissector kunnen ingrijpen als het nodig is. Vandaag stellen we een zekere koudwatervrees vast bij de bevoegde instanties van het Brusselse Gewest. Ik vraag mij af welke macht die ziekenhuizen wel hebben, dat men er niet aan durft te raken. Ze zijn blijkbaar ongenaakbaar. Het deficit van de OCMW-ziekenhuizen in Brussel neemt — dat kunnen we afleiden uit de cijfers die ter tafel liggen — terug toe. Misschien nestelen de betrokkenen zich in de wetenschap dat ze de deficits op de gemeenten kunnen afwentelen en nadien op het gewest en ze dus een beroep kunnen doen op de algemene solidariteit. Hiertegen moet worden opgetreden.

Er is ook gewezen op een aantal oorzaken. Ook wij weten dat patiënten die gemakkelijk hun rekeningen kunnen betalen, vaak verder in private praktijken worden behandeld. Overigens, dat zo weinig Vlaamse artsen kiezen voor tewerkstelling in openbare ziekenhuizen in Brussel is precies te wijten aan het feit dat de Vlaamse Orde van Geneesheren niet toelaat dat artsen naast hun praktijk in het ziekenhuis er een eigen praktijk op nahouden, in tegenstelling tot de Franstalige Orde. Wij zijn de mening toegedaan dat zo'n verbod ook in Brussel moet worden ingevoerd en dat artsen zich volledig moeten binden aan het ziekenhuis waar ze werken.

Besluitend, de CVP-fractie wil mee het debat aangaan over een eventuele herziening van de structuur van de openbare ziekenhuizen.

We moeten komen tot een performante structuur, zodat verdere financiële ontsparing wordt voorkomen en de kwaliteitsvolle dienstverlening aan arme én gegoede patiënten gewaarborgd is.

Mme la Présidente. — La parole est à M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni, compétent pour la Politique de Santé. — Madame la Présidente, chers Collègues, je remercie M. Cools pour son interpellation car ce débat est opportun. En effet, le redressement des hôpitaux publics est une lourde tâche à laquelle nous nous sommes engagés dès 1996. Je me souviens que Charles Piqué a déclaré un jour que les hôpitaux publics étaient notre Cockerill-Sambre. Il s'agit d'un chiffre d'affaires de 17 milliards et de 5 000 travailleurs. Les déficits sont importants mais la région a pris le problème à bras-le-corps et a apporté des solutions de redressement. Lorsque j'ai été interpellé à ce sujet, je n'ai jamais claironné « Tout va très bien, Madame la Marquise »; j'ai toujours

dit que les programmes mis en place par les gouvernements successifs allaient dans le bon sens en termes d'assainissement. Bien entendu, des problèmes demeurent car on ne recompose pas un tissu hospitalier aussi éclaté que celui-là en quelques années. On ne peut pas tendre vers l'équilibre budgétaire sans provoquer des remous sociaux. Ce qui est important, c'est que nos hôpitaux fonctionnent; je vous rappelle qu'ils occupent 5 000 travailleurs. L'opération est donc très délicate.

Quiconque voudrait avancer des solutions miracles se heurterait très vite à la réalité des faits. Il faut agir avec prudence, ce qui ne doit pas nous empêcher d'être attentifs et vigilants. Le sens de l'interpellation de M. Cools est bien de dire qu'il faut prendre le temps de réfléchir et de voir si les structures que nous avons mises en place fonctionnent comme nous le souhaitons. Faut-il infléchir les politiques? Notre mission est de nous pencher sur ce problème et c'est ce que nous faisons. Il est utile que toute information puisse être donnée et que tout débat puisse avoir lieu en commission. Mais je me refuse à croire à la solution-miracle qui va tout résoudre.

Je sais aussi que nous vivons dans une société où, hélas, la piliarisation est un fait qui n'aide pas toujours à aboutir à une solution.

Nous débattons ici des hôpitaux publics et dans une moindre mesure des hôpitaux privés. Nous parlons d'une stratégie régionale. Il faudrait plutôt parler d'une stratégie qui vise tous les réseaux et pouvoir appréhender l'ensemble. Il ne faut pas isoler les cas et croire que tel réseau se complait dans tel ou tel créneau avec une suave satisfaction.

Comme je l'ai dit régulièrement, il faut tenir compte des réalités sociales auxquelles sont confrontés les hôpitaux.

Mais elles me semblent souvent brandies pour créer une distinction entre les réseaux, à laquelle je me refuse.

J'en arrive au problème du déficit de 1999. Je ne me prononcerai pas sur les pistes à suivre. Je n'ai d'ailleurs pas entendu M. Cools dire qu'il faut privatiser les hôpitaux. Il faut réfléchir aux problèmes et, à partir des données que je vous communiquerai en toute transparence, examiner quelles sont les réactualisations de politique qu'il convient d'appréhender.

A propos du compte de résultat de l'exercice 1999, plusieurs éléments doivent être pris en compte pour expliquer la détérioration du résultat d'exploitation, avant produits et charges exceptionnels — principalement la régularisation des créances douteuses.

(M. François Roelants du Vivier, Vice-Président, remplace Mme Magda De Galan, Présidente, au fauteuil présidentiel.)

(De heer François Roelants du Vivier, Ondervoorzitter, vervangt mevrouw Magda De Galan, Voorzitter, in de voorzitterszetel.)

Depuis 1996, IRIS a donné instruction aux hôpitaux de créer une provision annuelle destinée à faire face à d'éventuels abandons de créances dites douteuses. A l'époque, et en l'absence de données historiques en la matière, IRIS a proposé de doter cette provision à hauteur de 1 % du chiffre d'affaires.

L'analyse *a posteriori* de ces créances a montré l'insuffisance de la provision pour contrer les abandons probables. Ainsi, en 1999, une régularisation de ces provisions, pour les porter à 2 %, a été demandée aux hôpitaux, avec pour effet un accroissement important. Cette correction de la provision a engendré une charge d'exploitation supplémentaire de 200 millions pour les hôpitaux Saint-Pierre, Brugmann et HUDERF, qui sont les trois hôpitaux du réseau les plus touchés par les problèmes de solvabilité de leurs patients.

Cette charge explique en principal la détérioration du résultat d'exploitation entre 1998 et 1999. Elle a cependant pu être contrée par des recettes exceptionnelles issues de régularisations des rattrapages des années antérieures. Je reconnais la fragilité, sur le plan comptable, de produits exceptionnels dont il convient de mieux connaître l'origine et l'éventuelle récurrence.

J'en viens aux charges exceptionnelles, les charges pour créances douteuses à hauteur de 2 % du chiffre d'affaires, qui témoignent, Mesdames, Messieurs, de la paupérisation de la population qui vient se faire soigner dans les hôpitaux publics bruxellois. Il a été démontré que 31 % des patients vivent en dessous du seuil de précarité ! Relevons qu'une partie de ces irrecouvrables est due à l'attitude de certains CPAS qui refusent d'intervenir dès qu'une personne a un revenu supérieur d'un franc à celui du minimex. Des CPAS créent des conflits dès qu'il s'agit de l'aide médicale urgente octroyée à une personne en séjour irrégulier, aide pourtant intégralement remboursée par le ministère de la Santé publique. Plusieurs CPAS refusent aussi de prendre en compte certains traitements ou médicaments.

Il y a également les charges non financées du fait de l'accueil des patients économiquement faibles. L'établissement des enquêtes sociales, mission effectuée à la place des CPAS, et le suivi administratif de ces dossiers représentent un coût de gestion de 135 millions.

Les retards de paiement par les mutuelles, mais surtout les communes et les CPAS. L'absence de financement des déficits des exercices 1996, 1997 et 1998 représentent une charge financière de 30 millions. Les retards accumulés par les CPAS pour couvrir les remboursements des soins de santé qu'ils ont acceptés, représentent plus de 750 millions, c'est-à-dire une charge financière annuelle de 60 millions.

Nous relevons donc 495 millions de charges financières dont une bonne part sont dues aux missions publiques des hôpitaux du réseau IRIS, mais une autre relève de l'attitude de certaines communes et CPAS.

Cependant, on peut difficilement jeter la pierre aux communes et CPAS confrontés par ailleurs à des situations budgétaires difficiles.

L'accord du Collège réuni prévoit un mécanisme de solidarité entre les communes et les CPAS. Je cite : « Le Collège réuni veillera à instaurer un mécanisme de solidarité entre les communes et les CPAS bruxellois afin de prendre en charge les éventuels déficits conjoncturels engendrés par l'activité des hôpitaux publics bruxellois. Les communes et les CPAS concernés seront associés à la gestion et au contrôle d'IRIS. ».

On peut également épingle l'inertie de l'Etat fédéral pour fixer plus rapidement le prix de journée définitif, force est de constater

que l'accord de coopération avec l'Etat fédéral du 19 mai 1994 est resté lettre morte.

Le recouvrement des créances auprès des patients est une obligation des hôpitaux. IRIS a d'ailleurs exigé, malgré l'émoi médiatique et politique que cette décision a suscité, un renforcement du contrôle sur ces créances, ce qui a débouché sur un accroissement de l'effectif des services « recouvrement » et un déploiement de procédures renforcées de recouvrement.

Venons-en au nombre et type de lits dans les hôpitaux IRIS.

M. Cools mentionne des dépassements des chiffres programmatoires et la nécessité de réduire le nombre de lits hospitaliers à Bruxelles et dans les hôpitaux IRIS. Ces constatations sont pour le moins dérangeantes au moment où la Région bruxelloise se bat pour obtenir des lits dans des indices pour lesquels il est reconnu, même au niveau fédéral, qu'il existe un manque (indices psychiatriques) ou pour obtenir que Bruxelles soit mieux pourvue au niveau des appareillages médico-techniques lourds.

Il faut tout d'abord savoir que les critères de programmation tant pour les services hospitaliers généraux que pour les services psychiatriques hospitaliers sont fixés dans des arrêtés royaux datant de respectivement 1977 et 1976 et basés sur une étude épidémiologique de 1966 qui, pour les indices C et D (pour information l'indice I — lits de soins intensifs n'existe plus) n'ont jamais été adaptés et sont généralement considérés comme obsolètes.

Ces nombres programmatoires nationaux appliqués à la Région bruxelloise ne tiennent pas compte de la situation particulière de Bruxelles, qui draine une grosse proportion de patients non bruxellois.

En effet, on se base sur le nombre d'habitants pour calculer un chiffre indicatif pour Bruxelles. Or, plus de 35 % des patients des hôpitaux bruxellois seraient, suivant une note du ministère de la Santé publique, non bruxellois. Si l'on applique les chiffres de la programmation au nombre « réel » de patients, on constate que globalement, il n'y a pas de dépassement de la programmation à Bruxelles.

Si la programmation des lits gériatriques est loin d'être atteinte, il faut remarquer qu'elle a été introduite en 1985 et est donc sans doute moins obsolète. Le fait que le nombre des lits E (pédiatrie) soit presque conforme à la programmation n'étonnera pas ceux qui connaissent la réglementation hospitalière, puisque depuis 1986, un arrêté royal empêche leur reconversion et qu'un autre arrêté empêche la création de lits de cet indice. Pour le surplus, on constate les mêmes tendances en Région wallonne.

Quant à l'éventualité de la prise d'une ordonnance sur la base de la compétence communautaire pour « délivrer les autorisations d'exploitation des hôpitaux bruxellois » pour forcer les hôpitaux à réduire le nombre de leurs lits hospitaliers ou les forcer à reconverter des lits, elle méconnaît des règles répartitrices de compétences entre le fédéral et les communautés, celles-ci n'étant compétentes que pour l'octroi ou le refus individuel de l'autorisation de mise en service et d'exploitation suivant les règles de programmation édictées par le fédéral (l'article 45 de la loi sur les hôpitaux prévoit d'ailleurs que le Roi fixe les règles et modalités de suppression des lits existants excédentaires).

Dans l'état actuel de la loi sur les hôpitaux, il n'y a pas de possibilité de retrait de l'autorisation de mise en service et d'exploitation une fois celle-ci octroyée. De toute manière, l'obligation de fermeture de lits proposée ne tient pas compte des règles fédérales relatives au nombre de lits minimum par service et par hôpital : la suppression des lits entraînerait, dans certains cas, la fermeture du site/service/unités avec les conséquences que l'on imagine en matière d'offre de soins et au niveau du personnel.

Les règles de reconversion sont également du ressort fédéral, les reconversions sont actuellement très limitées ou carrément impossibles (indices psychiatriques), on ne voit pas ce qu'une ordonnance pourrait changer à cela d'autant plus qu'une des solutions « miracle » présentée par l'interpellant, c'est-à-dire la reconversion des lits hospitaliers d'IRIS en « lits hospitaliers de gériatrie de jour » n'est juridiquement pas admissible : les hôpitaux généraux ne pouvant gérer des lits MR/MRS et l'ordonnance du 22 décembre 1995 ne permettant pas aux associations de chapitre XII gérant un hôpital de gérer des lits MRS.

Si l'on peut déjà mettre en doute le résultat global des fermetures de lits en région bruxelloise en ce qui concerne la gestion du parc de lits hospitaliers du réseau IRIS, l'interpellant donne des informations concluant à une augmentation globale du nombre de lits mais passe sous silence les détails de l'évolution de 1996 à ce jour. Il faut observer en détail les différentes reconversions, ouverture et fermeture de lits pour s'apercevoir de la volonté marquée des directions hospitalières d'adapter l'offre à la demande et à l'évolution médicale.

En 1996, IRIS comptait 2 396 lits. En 2001, il en comptera 2 371, soit une différence de 25 lits.

Ce résultat est le fruit de plusieurs décisions. Ainsi, par rapport à la situation de départ, il ne faut perdre de vue que 10 lits K + 8 lits K1 ont été créés sur le site de l'HUDERF et que 72 lits Sp en gériatrie se sont ajoutés au parc initial, issus de l'incorporation de l'hôpital de Jette au CHU Brugmann.

(Mme Magda De Galan, Présidente, reprend place au fauteuil présidentiel.)

Mevrouw Magda De Galan, Voorzitter, treedt opnieuw als voorzitter op.)

De plus, depuis 1996, un nombre important de fermetures et de reconversions de lits ont été opérées. Ce qui conduit au total à la fermeture de 172 lits médico-chirurgicaux et de 25 lits mère-enfant. En regard de ces fermetures, on compte aujourd'hui 94 lits de revalidation et 78 lits de psychiatrie en plus. Ceci constitue à l'évidence une adaptation volontariste du parc hospitalier aux réalités socio-médicales de la région.

Les quotas de journées sont atteints sauf pour les hôpitaux IRIS Sud. Pour ces derniers, le net ralentissement de l'activité du site de Baron Lambert est la principale explication et constituera sans doute un réel problème en 2000. La sous-occupation croissante suite au départ de nombreux médecins de la Fondation Lambert et les conséquences financières de cette situation ont poussé le conseil d'administration d'IRIS Sud à décider l'arrêt définitif de l'hospitalisation sur ce site.

Les taux d'occupation en service gériatrique sont très bons (de 82 % à 93 %).

La durée moyenne de séjour tend à diminuer, et ce malgré la modification du parc hospitalier vers une accentuation de la part relative des services de longs séjours dans le parc hospitalier IRIS. Elle passe de 9,28 jours en 1996 à 9,1 jours en 2000, notamment par une modification de l'occupation des salles de longs séjours (gériatrie, revalidation et psychiatrie) au détriment de l'occupation des salles médico-chirurgicales.

Une comparaison avec le réseau CBI des hôpitaux confessionnels bruxellois montre un niveau de dettes financières à court terme particulièrement élevé. Cependant, il faut noter que la structure des fonds propres de ces deux réseaux est tout à fait différente. Pour CBI, les résultats reportés et les réserves accumulées depuis des années constituent une manne financière disponible de 2,7 milliards.

Pour IRIS, ces mêmes items montrent un déficit de près d'un milliard. Ces déficits des années antérieures sont légalement à charge des communes et n'ont, à ce jour, toujours pas fait l'objet de paiements au profit des hôpitaux. Cette différence de liquidités disponibles explique à elle seule la différence des niveaux de dettes bancaires à court terme.

Cette comparaison serait incomplète sans la mise en évidence d'une différence fondamentale entre les hôpitaux privés et publics, à savoir les missions sociales, dont le coût reste financé de manière indigente, quel que soit le réseau.

La comparaison avec d'autres hôpitaux publics du pays peut être défavorable aux hôpitaux IRIS, notamment si l'on prend pour exemple La Citadelle à Liège. Mais, si on les compare aux hôpitaux publics d'Anvers ou de Charleroi largement déficitaires, les hôpitaux publics bruxellois n'ont nullement à rougir de leur situation financière.

Madame la Présidente, Mesdames, Messieurs, même si certains problèmes financiers préoccupants subsistent, il est indéniable que la situation financière des hôpitaux publics s'est améliorée depuis la création d'IRIS. L'évolution des résultats consolidés en témoigne :

- comptes 1996 : moins 461 millions;
- comptes 1999 : moins 67 millions.

Il convient toutefois de ne pas perdre de vue les résultats exceptionnels et la remarque que j'ai formulés.

Dans ce contexte, et présupposant que l'année 2000 ne sera pas bonne pour IRIS Sud, à la suite de l'opération Lambert, l'équilibre financier des hôpitaux publics reste précaire. Une série de mesures endogènes et exogènes doivent être prises pour conforter cette situation. On peut citer :

- l'amélioration du recouvrement des créances par la mise en place de chaînes de facturation encore plus performantes;
- la prise en compte du coût des missions sociales dans le système de financement hospitalier;
- la continuation du développement de synergies entre les différents sites hospitaliers tant sur le plan médical que logistique;

— l'élaboration d'une stratégie régionale de programmation hospitalière.

Je ne nie pas qu'il subsiste aujourd'hui encore ce qu'on peut appeler des guerres de clochers entre structures hospitalières, publiques comme privées, quant au développement des programmations de lits. Mais il faut reconnaître qu'une réorganisation s'est faite en termes de spécialisations. C'est ainsi que le redéveloppement au sein d'IRIS peut s'expliquer par les grandes lignes que voici :

- oncologie : Bordet;
- pédiatrie : HUDERF;
- revalidation : Brugmann;
- cardiologie : Bracops, IRIS Sud, Brugmann, Saint-Pierre;
- maladies infectieuses : Saint-Pierre.

Dire qu'il n'y a pas de stratégie serait erroné; dire que la stratégie régionale est complète et assumée serait également erroné.

Cela est vrai en interne dans les hôpitaux publics et privés, avec le résultat trop souvent connu d'une pilierisation excessive entre le réseau public et le réseau privé.

Enfin, la fixation plus rapide du prix de la journée d'entretien, l'octroi d'avances sur déficit par les communes-mères pour éviter l'augmentation des charges financières non financées dans le cadre du prix de la journée, l'amélioration de la fiabilité des paramètres de gestion et la disponibilité plus rapide de ces paramètres.

Une question m'a aussi été posée quant au protocole d'accord sur le résumé clinique minimum, oui, certes, Mme Herscovici, nous apporterait des données intéressantes pour élaborer cette stratégie. Je peux vous dire que le problème a été évoqué en conférence interministérielle, que le ministre de la Santé publique s'est engagée à nous fournir ces informations avant la fin de l'année.

Madame la Présidente, Mesdames, Messieurs, je ne nie pas qu'il faille se pencher en permanence sur la problématique d'IRIS, mais attention à vouloir dans la précipitation changer les règles du jeu. Je ne dis pas qu'elles ne doivent pas l'être. Ce serait faire preuve de conservatisme de croire qu'IRIS est la huitième merveille du monde, qu'on ne doit rien y changer.

L'opération de restructuration, de réorganisation et d'assainissement des hôpitaux publics à Bruxelles est une lourde tâche difficile à mener. Elle doit l'être en négociant des paramètres qui ne relèvent pas toujours de notre compétence. Nous pensons notamment à la compétence fédérale en termes de remboursement mais aussi en termes de dispositif fédéral quant à la programmation.

Il faut aussi être attentif à ce qu'une réforme ne bouleverse pas l'équilibre social de ce réseau qui, je l'ai dit, compte 5 000 travailleurs. On doit pouvoir souligner cet aspect des choses qui est assez remarquable, hormis le fait ponctuel aujourd'hui des mouvements que l'on connaît à Erasme, mais qui concernent la pénurie d'infirmières qui est généralisée et n'est pas symptomatique du réseau public.

Il faut noter que les hôpitaux IRIS, malgré des mesures d'assainissement difficiles certes encore insuffisantes, n'ont pas connu de mouvements sociaux.

Nous pouvons nous féliciter d'avoir ce débat dans la sérénité. Le souhait est de ne pas précipiter les décisions, d'aller au fond des choses, de ne pas opposer un réseau à un autre et nier des réalités sociales qui, incontestablement, représentent un coût pour notre réseau d'hôpitaux publics. (*Applaudissements sur les bancs de la majorité.*)

Mme la Présidente. — La parole est à M. Marc Cools.

M. Marc Cools. — Madame la Présidente, je remercie le membre du Collège pour sa réponse très complète et aussi pour son ouverture à un débat en commission, ce qui a été suggéré par l'un ou l'autre intervenant dans le débat.

Effectivement, lorsqu'on disposera des comptes 2000, il sera intéressant d'avoir ce débat en commission, et notamment d'examiner comment se composent exactement les résultats exceptionnels. J'espère que nous aurons un débat serein en commission comme nous l'avons eu aujourd'hui en séance plénière.

Je me réjouis de sa volonté d'être ouvert à toute réflexion en matière de stratégie régionale de programmation hospitalière, ce qui répond à mon souhait, qui a été notamment relayé par Mme Herscovici, d'une analyse fine des besoins de santé. Je ne partage pas le point de vue de Mme Herscovici, suivant lequel il fallait accorder 8 milliards et non 4 milliards en 1995.

Pour réagir à ce qu'a dit Mme Emmery, personnellement je suis d'avis que si, à un moment ou à un autre, on en vient à dire que la région doit réinjecter de l'argent dans les hôpitaux publics, il faudra évaluer exactement les missions sociales qui engendrent des coûts spécifiques pour ces hôpitaux et qui justifient des interventions. Il faudra aussi contrôler l'argent qui sera mis alors à la disposition des hôpitaux pour tenir compte du principe du payeur-décideur.

Comme l'a dit le membre du Collège il ne faut rien précipiter en ce qui concerne l'évolution des structures, mais cela ne veut pas dire qu'il ne faut pas y réfléchir. Si, à un moment donné, un refinancement des hôpitaux publics devient nécessaire, il faudra à nouveau se pencher sur cette question. Nous devrions être certains de pouvoir exercer un contrôle des moyens financiers et de leur bon usage afin de garantir le rétablissement de l'équilibre financier.

Je suis également sensible à ce qu'a dit M. Gosuin sur le fait que le fédéral est responsable d'un certain nombre de problèmes de nos hôpitaux. Je ne peux donc que l'encourager à réactiver les accords de coopération avec le fédéral et à multiplier les démarches pour obtenir le réajustement du prix de journée.

Le débat que nous aurons en commission nous permettra de faire une analyse plus approfondie que celle que nous pouvons faire ici dans le cadre d'une interpellation de la politique en matière de lits hospitaliers. Je ne crois pas qu'il faille suivre à la lettre les normes du fédéral. Il est néanmoins exact qu'il y a parfois des excédents de lits dans certains hôpitaux. Il faut donc y réfléchir.

Je n'ai pas proposé la création de lits MRS dans les hôpitaux; j'ai seulement proposé que, là où il y a des lits de gériatrie, on prévoie aussi des lits de jour, ce qui me paraît possible.

J'ai entendu qu'un déficit d'un milliard est à charge des communes et que cela engendre des difficultés de trésorerie. Il faut voir comment faire face à ce type de dépenses.

Il ne faut pas se précipiter. Il ne faut pas opposer hôpital public et hôpital privé, il faut une polyvalence de l'hôpital public.

En tout cas, nous devons avoir le courage, de débattre à temps, quand on peut encore prendre des mesures structurelles et faire des choix politiques au niveau de la gestion des hôpitaux pour pouvoir les sauvegarder à long terme. (*Applaudissements sur les bancs de la majorité.*)

Mme la Présidente. — L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

QUESTIONS ORALES — MONDELINGE VRAGEN

Mme la Présidente. — L'ordre du jour appelle les questions orales.

Aan de orde zijn de mondelinge vragen.

MONDELINGE VRAAG VAN DE HEER SVEN GATZ AAN DE HEREN JOS CHABERT EN DIDIER GOSUIN, LEDEN VAN HET VERENIGD COLLEGE BEVOEGD VOOR HET GEZONDHEIDSBELEID, BETREFFENDE « DE ENQUETERESULTATEN OVER DE IRIS-ZIEKENHUIZEN »

QUESTION ORALE DE M. SVEN GATZ A MM. JOS CHABERT ET DIDIER GOSUIN, MEMBRES DU COLLEGE REUNI COMPETENTS POUR LA POLITIQUE DE SANTE, CONCERNANT « LES RESULTATS DE L'ENQUETE SUR LES HOPITAUX DE LA STRUCTURE IRIS »

De Voorzitter. — De heer Sven Gatz heeft het woord voor het stellen van zijn vraag.

De heer Sven Gatz. — Mevrouw de Voorzitter, Mijnheer het Collegelid, Collega's, enkele maanden geleden verschenen op het internet berichten over de resultaten van een enquête die begin 2000 werd gevoerd door drie instellingen van de koepelorganisatie van de Brusselse openbare ziekenhuizen, namelijk het Brugmann-ziekenhuis, het ziekenhuis IRIS-Zuid en het Sint-Pietersziekenhuis. Bij 1 400 patiënten en 200 huisartsen werd gepeild naar hun tevredenheid over de ziekenhuizen. De enquête bleek zeer positieve resultaten op te leveren. Immers, slechts 11 procent van de onderzochten was ontevreden over de geleverde diensten.

Toch rijzen er enkele vragen wanneer men de weliswaar gedeeltelijke resultaten die via internet te lezen zijn, doorneemt. Er wordt immers met geen woord gerept over de taalproblemen die zich vandaag nog altijd in de Brusselse ziekenhuizen voordoen. Zijn die plotseling allemaal opgelost of werd er eenvoudigweg niet naar gevraagd? Mijn vermoeden gaat uit naar de tweede stelling, hoewel die moeilijk te verifiëren valt. Het blijkt immers dat de studie niet openbaar is. De studie werd besteld in het kader van de opmaak van het strategisch plan voor IRIS. De resultaten worden dus pas volledig vrijgegeven, zodra het strategisch plan zelf openbaar wordt gemaakt.

De resultaten die het personeel bij de IRIS-ziekenhuizen een hart onder de riem staken, werden wel al op voorhand gepubliceerd in het bedrijfskrantje. Vandaar vonden ze hun weg naar het internet. Het openbaar maken van de studie zou echter geen overbodige luxe zijn, zeker wanneer blijkt dat volgens de Nederlandstalige Brusselse huisartsen geen enkele Nederlandstalige huisarts, noch hun patiënten werden gecontacteerd voor de bevraging. Dat plaatst toch wel enkele vraagtekens bij de gevolgde methodologie voor de samenstelling van de steekproef.

Daarom graag drie vragen. Ten eerste, kunnen de gegevens, zowel de onderzoeksmethode en de resultaten als de interpretatie van de bewuste resultaten openbaar worden gemaakt?

Ten tweede, vindt het collegelid niet dat een studie, waar geen rekening werd gehouden met de mening van de Nederlandstalige huisartsen in Brussel of hun patiënten, een ongeloofwaardige basis vormt voor de opmaak van een strategisch plan?

Ten slotte, welke stappen zal het collegelid doen om de taalproblemen in de IRIS-ziekenhuizen in kaart te brengen met het oog op het strategisch plan en een oplossing ervan, mocht blijken dat het aspect in de gevoerde studie is verwaarloosd?

Mevrouw de Voorzitter. — De heer Guy Vanhengel, lid van het Verenigd College, heeft het woord.

De heer Guy Vanhengel, lid van het Verenigd College bevoegd voor het Beleid inzake Bijstand aan Personen. — Mevrouw de Voorzitter, de heer Gatz heeft zijn mondelinge vraag gericht tot de heer Chabert. Die is wel bevoegd voor het gezondheidsbeleid, maar oefent niet het toezicht uit over de IRIS-koepel of de lokale ziekenhuisverenigingen. Ik zal dan ook als bevoegd collegelid antwoorden op de vragen van de heer Gatz. Ik doe dat ook in naam van mijn collega, eveneens bevoegd voor de Bijstand aan Personen, de heer Eric Tomas.

De studie waarnaar de heer Gatz verwijst, werd in 1999 door de IRIS-koepel besteld en gefinancierd met eigen middelen. Het gaat niet om een attractiviteitsstudie die slechts indirect de tevredenheid over de openbare ziekenhuizen onderzoekt. De resultaten van de studie werden nooit officieel bekendgemaakt; ze werden wel mondeling toegelicht tijdens de vergadering van het bureau en van de raad van bestuur van de koepel. Het bureau gaat ervan uit dat de beslissing om de studie al dan niet publiek te maken, een exclusieve bevoegdheid is van de IRIS-koepel en het was aanvankelijk niet van plan ze te publiceren.

Desalniettemin laat ik u opmerken dat het Verenigd College de desbetreffende studie via zijn regeringscommissaris in de bestuursorganen van de koepel heeft opgevraagd en ze inmiddels heeft ontvangen.

Wat de methodologie betreft, kan ik u melden dat de studie gebaseerd is op een representatieve steekproef van de verschillende deelgroepen, namelijk patiënten, bevolking en geneesheren, voor 80 procent bestaande uit Franstaligen, voor 15 procent uit Nederlandstaligen en voor 5 procent uit personen van vreemde origine. Of dat volstaat als geloofwaardige basis voor het opstellen van het strategisch plan laat ik hier in het midden. Daar kunnen we pas een antwoord op geven na een grondige analyse van de studie zelf.

In ieder geval werd in de richtlijnen voor de opmaak van de strategische plannen van IRIS en de lokale ziekenhuisverenigingen

uitdrukkelijk de taal als kwaliteitselement in de zorgverlening opgenomen. De strategische plannen zijn op het moment nog niet goedgekeurd door de respectieve beheersorganen, zodat ik nog geen overzicht kan schetsen van de wijze waarop de ziekenhuizen omgaan met het probleem van de taal.

Het is dus nu uitkijken naar de implementatie van de conclusies die uit de studie kunnen worden getrokken. Zodra we daar een beter zicht op hebben, zal ik niet nalaten u daarover omstandig te informeren.

Mevrouw de Voorzitter. — De heer Sven Gatz heeft het woord.

De heer Sven Gatz. — Mevrouw de Voorzitter, ik bedank het collegelid voor zijn antwoord.

Ik wil er wel nog de volgende bedenking aan toevoegen. Wanneer hij zegt dat als steekproef 80 procent Franstaligen, 15 procent Nederlandstaligen en 5 procent personen van vreemde origine werd gebruikt, dan staat dat toch in schril contrast met het feit dat, zoals collegelid Gosuin in een vorig debat stelde, 35 procent van de patiënten van de Brusselse ziekenhuizen van buiten Brussel komt, en dat zullen niet allemaal Franstaligen zijn. Dus wat dat betreft, meen ik alvast te mogen concluderen dat er een probleem inzake de methodologie is.

In ieder geval, ik wacht de resultaten af en hopelijk kunnen we daarover een grondiger debat houden.

De heer Guy Vanhengel, lid van het Verenigd College bevoegd voor het Beleid inzake Bijstand aan Personen. — U moet wel een onderscheid maken. Collega Gosuin had het destijds over de Brusselse ziekenhuizen in het algemeen, de private en de openbare ziekenhuizen. Zoals u weet, zijn het vooral de private ziekenhuizen aan de rand van Brussel die patiënten van buiten Brussel aantrekken. De openbare ziekenhuizen daarentegen bevinden zich in het centrum van Brussel en ik denk dat de verhouding daar enigszins anders ligt.

Ik ben het volkomen met u eens dat we, wat de methodologie betreft, in het vooruitzicht van de implementatie van de besluiten van de studie zullen moeten nagaan of de besluiten kloppen met de realiteit op het terrein.

Mme la Présidente. — Il faut également tenir compte de l'attractivité des hôpitaux universitaires. L'Hôpital Erasme attire ...

M. Guy Vanhengel, membre du Collège réuni compétent pour la Politique d'Aide aux Personnes. — C'est ce que je voulais dire.

De Voorzitter. — Het incident is gesloten.

QUESTION ORALE DE MME FRANÇOISE BERTIEAUX A MM. JOS CHABERT ET DIDIER GOSUIN, MEMBRES DU COLLEGE REUNI COMPETENTS POUR LA POLITIQUE DE SANTE, CONCERNANT « LE PERSONNEL INFIRMIER DES HOPITAUX PUBLICS »

MONDELINGE VRAAG VAN MEVROUW FRANÇOISE BERTIEAUX AAN DE HEREN JOS CHABERT EN DIDIER GOSUIN, LEDEN VAN HET VERENIGD COLLEGE BE-

VOEGD VOOR HET GEZONDHEIDSBELEID, BETREFFENDE « HET VERPLEGEND PERSONEEL VAN DE OPENBARE ZIEKENHUIZEN »

Mme la Présidente. — La parole est à Mme Françoise Bertieaux pour poser sa question.

Mme Françoise Bertieaux. — Madame la Présidente, Messieurs les Membres du Collège, chers Collègues, tout d'abord, je précise à l'intention de M. Benoît Cerehxe que je ne suis pas infirmière.

Vers le 9 février, le personnel hospitalier de l'association hospitalière Etterbeek-Ixelles a arrêté le travail pendant une demi-heure pour attirer l'attention sur les difficultés et conditions de travail, la pénurie de personnel, etc.

Trois jours plus tard, lors de la visite de la ministre fédérale, Mme Magda Aelvoet, aux cliniques Sainte-Anne - Saint-Rémy, la même problématique a été mise en évidence.

Elle a à nouveau été à l'ordre du jour mercredi, avec la grève du bloc opératoire d'Erasme.

Lors de la discussion du budget 2001, nous avons longuement entendu en commission M. Chabert défendre son projet de campagne de sensibilisation pour la profession d'infirmier et j'avais eu l'occasion de lui dire, ici même, que si sa campagne paraît surtout axée vers les jeunes, ceux qui pourraient choisir ce métier, entamer des études, embrasser la profession, le problème est beaucoup plus profond que celui de la promotion ou de la sensibilisation à l'exercice d'une profession.

La pénurie de personnel infirmier est un problème aigu, voire très grave la nuit ou le week-end. Beaucoup d'infirmiers diplômés ont fait le choix de ne plus exercer ce métier ou alors, seulement à travers des agences d'intérim pour les périodes et horaires qui leur conviennent. Il semblerait bien qu'en dehors de la problématique des horaires, le malaise et les revendications de ce secteur proviennent de la situation difficile d'un personnel soumis à l'organisation d'une institution hospitalière, ballotté entre les exigences des médecins et des patients et dont le niveau de rémunération n'est ni valorisant, ni à même de compenser l'ensemble de ces inconvénients.

Je n'afficherai pas un féminisme excessif ou exacerbé mais je pense quand même qu'on peut souligner, qu'une fois de plus, il s'agit d'un secteur où le personnel est majoritairement féminin et souffre d'un manque de valorisation et de conditions de travail difficiles.

Et si le droit des patients est une question importante, je crois aussi, comme Mme Herscovici, que de mauvaises conditions de travail et le manque de reconnaissance pour le travail accompli par ce personnel, méritent également notre attention.

En ce qui concerne la campagne de sensibilisation, je souhaite donc qu'elle porte ses fruits, pas seulement en faisant recette pour remplir des écoles d'infirmier(e)s mais surtout pour conserver en activité ces diplômés de ces écoles.

J'avais prévu de demander si des directives avaient été données en ce sens pour le déroulement de cette campagne et j'ai pu recevoir

déjà certaines réponses en lisant la presse du week-end dernier. Je partage le point de vue de M. Gosuin quand il souligne qu'il ne faut pas travailler uniquement sur le recrutement, mais aussi sur les conditions de travail en milieu hospitalier. Mais je ne pense pas, comme M. Chabert, qu'insister sur le fait que Bruxelles soit un lieu d'étude ou de travail où il fait bon vivre puisse avoir un effet moteur en l'espèce. C'est vrai qu'il y fait bon vivre, mais il n'y a pas de lien direct et évident au regard du travail d'une infirmière de nuit ou de celle qui prend son service à 6 h du matin !

J'ai entendu à la radio un premier échantillon de la campagne de sensibilisation qui, je l'avoue, me laisse sceptique. Cependant, l'objectif n'est pas de me convaincre moi mais plutôt les candidats à la profession ! Dès lors, je voudrais savoir s'il est prévu de mesurer l'impact, l'effet — de même que pour la suite de cette campagne — pour voir quels correctifs pourraient être apportés.

Suite à l'arrêt de travail du personnel de l'AHÉL, j'ai pu lire dans la presse que l'administrateur délégué des hôpitaux IRIS avait assuré que des mesures d'organisation allaient être prises pour améliorer le fonctionnement du service infirmier. Il y aurait donc des mesures internes aux hôpitaux qui pourraient améliorer les conditions et le fonctionnement du travail. Il est grand temps de les mettre en œuvre !

Peut-on savoir si le Collège réuni a connaissance des mesures qui sont envisagées et dans quelle mesure celles-ci seraient génératrices de conséquences financières, et pour qui ?

Au moment où Bruxelles a introduit sa candidature auprès de l'OMS en qualité de ville santé, une désaffection particulièrement aiguë du personnel soignant pour sa profession liée aux conditions d'exercice de celle-ci pose évidemment question.

Mme la Présidente. — La parole est à M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni compétent pour la Politique de Santé. — Madame la Présidente, la pénurie d'infirmier(e)s est en effet une réalité, tant en Belgique que sur le plan international. De nombreux pays s'interrogent et se concertent pour y apporter des solutions.

La Région bruxelloise figure parmi les régions les plus affectées : la concentration des structures de soins, hospitalières et autres, accroît la demande en personnel qualifié. Dans le même temps, les difficultés de mobilité, le milieu multiculturel et le multilinguisme pèsent sur la problématique bruxelloise et ont également un impact négatif sur le recrutement potentiel.

Les conséquences en sont notamment que les conditions de travail des infirmiers et infirmières en activité sont de plus en plus contraignantes pour assurer la continuité des soins, ce qui explique les réactions du personnel et des gestionnaires de plusieurs institutions bruxelloises, qui souhaitent attirer l'attention de leurs autorités sur la gravité de la situation.

Pour résoudre un problème d'une telle importance, il est, en effet, impératif de prendre des mesures de diverses natures et à plusieurs niveaux, à court et à plus long termes.

La Région bruxelloise a pris l'option de mener une campagne de sensibilisation des jeunes, à une période où ils sont amenés à choisir

une orientation professionnelle et les études qui y mènent : cette campagne vise à résoudre le problème de pénurie à moyen terme.

Par ailleurs, pour ramener aux soins des personnes qui ont la qualification d'infirmier ou d'infirmière et pour convaincre ceux et celles qui exercent encore leur profession de poursuivre leur carrière, d'autres mesures sont nécessaires.

En ce qui concerne votre question particulière sur les mesures prises par la structure IRIS pour améliorer le fonctionnement du service infirmier, un ensemble d'actions sont menées depuis plusieurs mois pour identifier et rencontrer les problèmes de la profession au sein de leur réseau.

Un collège des directions de département infirmier est constitué depuis les origines de la structure : il est chargé de réfléchir à tous les problèmes en relation avec l'organisation des soins infirmiers et de proposer toute mesure susceptible de l'améliorer.

Une fonction de conseiller infirmier a été créée en septembre 2000 au sein même de l'équipe IRIS, avec pour pistes de mener un travail de fond sur la problématique infirmière :

- amélioration des conditions de travail, notamment par des adaptations de l'organisation, visant à réserver au maximum le temps infirmier aux soins et au patient : ce travail est de longue haleine, mais est une priorité; le recours aux emplois d'aides logistiques et administratives et autres emplois Maribel va aussi dans ce sens;

- positionnement de l'infirmière dans les structures hospitalières, partenariat et coordination avec les autres professionnels;

- recherche de modalités contractuelles plus souples et de mesures susceptibles, non seulement de limiter les astreintes horaires, mais aussi de stabiliser le personnel en place ou intérimaire;

- diminution du recours aux intérimaires, par différentes mesures favorisant l'intégration dans les équipes et la mobilité interne;

- actions menées pour améliorer la qualité des stages réalisés en cours de formation : il est notoire que le choix d'un service par les futurs infirmiers se fait à cette occasion; des professionnels infirmiers donnent également des cours ou vont présenter leurs spécialités dans les écoles pour en monter le dynamisme et l'intérêt ...; sans compter la participation aux bourses et forums étudiants pour leur faire connaître les disponibilités et conditions au sein des hôpitaux IRIS;

- études en vue de distribuer les moyens financiers disponibles, en sorte de valoriser au mieux ceux et celles qui vivent les astreintes horaires les plus difficiles;

- encouragement aux formations.

Cette liste n'est pas exhaustive, car c'est une réflexion de nature stratégique qui est également menée en sorte d'adapter les structures, les modes d'organisation, les qualifications requises en vue d'intégrer et, même, d'anticiper les évolutions programmées de l'organisation des soins de santé dans le réseau IRIS en particulier : les infirmiers et infirmières aussi sont et seront au cœur des changements à opérer.

Les mesures prises par le Gouvernement fédéral — aides administratives et assistants logistiques, Maribel — ont été utilisées et appréciées. Il reste des opportunités d'affectation utile pour des assistants logistiques, si le financement en était prévu. Les dispositions d'aménagement de la fin de carrière du personnel soignant visent à améliorer leurs conditions (soit moins de prestations, soit rémunération supérieure) : l'espoir est que ces avantages stabilisent, voire augmentent, l'emploi de personnel qualifié.

D'autres mesures, d'ordre pécuniaire, pourraient rendre attractive la profession :

- valorisation des spécialisations;
- prise en charge des formations, indispensables au vu des évolutions;
- augmentation de l'indemnisation des horaires inconfortables.

Hélas, le carcan financier dans lequel les institutions (publiques en particulier) doivent fonctionner ne leur permet pas des initiatives de ce type à un niveau convaincant, pour un personnel qui peut trouver d'autres opportunités d'emploi ou pour des jeunes qui peuvent trouver d'autres options d'études plus attractives. De plus, des disparités interrégionales, et le coût de la vie proportionnellement plus élevé à Bruxelles, rendent les hôpitaux bruxellois moins attractifs.

Comme le souligne Mme Bertieaux, le problème de fond est une désaffection pour la profession, notamment liée aux conditions de son exercice et il n'y aura de solution à terme qu'en améliorant son attractivité.

Toute mesure positive, tout signal politique favorable — même minime — en ce sens peuvent y contribuer.

Mme la Présidente. — La parole est à Mme Françoise Bertieaux pour une réplique.

Mme Françoise Bertieaux. — Madame la Présidente, je remercie M. Gosuin pour sa réponse. Je suis heureuse de l'avoir entendu répéter que la problématique ne consiste pas seulement à ramener des jeunes dans les écoles d'infirmières ou dans la profession, mais aussi, à ramener dans la profession des personnes diplômées qui n'exercent plus ou qui le font dans un autre secteur.

J'ai bien entendu tout le processus qui est mis en place depuis un certain temps au sein de la structure IRIS. Cela a l'air effectivement très global, ce qui n'est pas péjoratif, mais très favorable, puisque l'on essaye de prendre l'ensemble des éléments qui pourraient favoriser non seulement l'exercice de la profession mais aussi le maintien dans celle-ci. J'espère que l'on pourra rapidement mesurer des résultats car, comme vous le sentez, ce secteur bouillonne et est prêt à bouillir pour faire sauter le couvercle de la marmite.

Ce qui m'inquiète, c'est que le carcan financier et la concurrence avec les autres régions donnent peu de chances d'avoir prochainement une solution efficace.

Mme la Présidente. — L'incident est clos.

QUESTION D'ACTUALITE — DRINGENDE VRAAG

Mme la Présidente. — L'ordre du jour appelle la question d'actualité de M. Denis Grimberghs.

Aan de orde is de dringende vraag van de heer Denis Grimberghs.

QUESTION D'ACTUALITE DE M. DENIS GRIMBERGHS A MM. ERIC TOMAS ET GUY VANHENGEL, MEMBRES DU COLLEGE REUNI, COMPETENTS POUR LA POLITIQUE D'AIDE AUX PERSONNES, CONCERNANT « L'INTERVENTION EVENTUELLE DU COLLEGE REUNI À L'EGARD DU SAMU SOCIAL »

DRINGENDE VRAAG VAN DE HEER DENIS GRIMBERGHS AAN DE HEREN ERIC TOMAS EN GUY VANHENGEL, LEDEN VAN HET VERENIGD COLLEGE, BEVOEGD VOOR HET BELEID INZAKE BIJSTAND AAN PERSONNEN, BETREFFENDE « DE EVENTUELE BIJDRAGE VAN HET VERENIGD COLLEGE AAN DE SOCIALE SAMU »

Mme la Présidente. — La parole est à M. Denis Grimberghs pour poser sa question.

M. Denis Grimberghs. — Madame la Présidente, j'ai adressé ma question au Collège réuni et je suis très satisfait que M. Vanhengel me réponde. Je n'avais pas spécialement demandé que ce soit un ministre francophone qui me réponde.

J'en viens au SAMU social. Je ne souhaite pas discuter ici de questions qui ont trait à l'organisation d'une association privée. Comme vous le savez, le PSC revendique le droit à l'organisation volontaire. Bien entendu, la subsidiarité me fait penser que toute initiative associative a sa place et qu'il faut laisser leurs responsabilités à ceux qui œuvrent en la matière.

Nous avons déjà eu quelques débats en assemblée réunie dans le cadre du secteur bicommunautaire, sur la question de savoir où ce type d'initiative devrait avoir idéalement sa place. Je me suis aperçu, en suivant un peu l'actualité que, d'une certaine façon, tant les grévistes qu'une partie du personnel politique, est en train de légitimer l'attitude que nous avons toujours défendue, c'est-à-dire que manifestement, ce type d'initiative se justifiait dans un cadre public.

Où en sont les contacts entre le Collège réuni et le SAMU social ? Où en sont les procédures d'évaluation du travail réalisé par le SAMU social et présenté très régulièrement dans les médias comme un travail très significatif, mais dont certains considèrent qu'il remet en cause celui d'autres acteurs présents sur le terrain social bruxellois et subsidiés par le secteur bicommunautaire ? Le cas échéant — et j'ai posé une question écrite en cette matière *in tempore non suspecto* — qu'en est-il des travaux de la concertation « sans abri », qui réunit tous les acteurs sur l'état des besoins qu'il conviendrait de couvrir en ce domaine ?

Mme la Présidente. — La parole est à M. Guy Vanhengel, membre du Collège réuni.

M. Guy Vanhengel, membre du Collège réuni compétent pour la Politique d'Aide aux Personnes. — Madame la Présidente, chers collègues, je commencerai par livrer à M. Grimberghs une opinion personnelle. Il me semble que le SAMU social est plus fort en communication qu'en gestion !

Mon collègue et moi-même suivons avec beaucoup d'attention la crise que traverse le SAMU social, qui, s'il dépend essentiellement de

la Commission communautaire française, pourrait néanmoins avoir des implications sur l'ensemble du secteur des sans-abri à Bruxelles.

Le membre du Collège de la Commission communautaire française compétent pour l'action sociale et la famille est mandaté par la COCOF pour mener des négociations afin de modifier la structure des organes de gestion de l'ASBL.

Il nous a promis de nous tenir informés des démarches qu'il compte entreprendre. Il est également chargé de prendre contact avec les deux ministres de la Commission communautaire commune, M. Tomas et moi-même, chargés de l'Aide aux Personnes afin de déterminer les conditions auxquelles ceux-ci seraient disposés à entrer dans le SAMU social. Il faudra encore en discuter dans les semaines qui viennent.

Le rapport final de la recherche sur la problématique des sans-abri, que nous avons commandité, vient de nous parvenir et doit bien sûr être encore analysé et discuté au sein de la Commission communautaire commune.

Comme vous le savez, nous voulons que le comité de concertation concernant les sans-abri soit également le comité de pilotage de cette recherche. Nous pouvons d'ores et déjà vous confirmer qu'aucune décision ne sera prise impliquant la Commission communautaire commune avant que ce rapport ait été analysé en profondeur et que ses conclusions aient été débattues avec le comité de concertation.

Mme la Présidente. — La parole est à M. Denis Grimberghs.

M. Denis Grimberghs. — Je remercie M. Vanhengel pour sa réponse. Je suis heureux d'entendre qu'il compte poursuivre la concertation avec les acteurs concernés dans un comité de pilotage de l'étude. Je crains simplement qu'à un moment donné, les événements, nous poussent à anticiper les débats que vous avez programmés. Pour l'éviter, il faut peut-être activer le mouvement de réflexion sur la place idéale du service fourni par une ASBL qui s'intitule SAMU Social, dans le concert des institutions sociales et publiques bruxelloises.

Comme membre néerlandophone du Collège réuni, vous devez être conscient que la plupart des groupes francophones souhaitent que cette initiative trouve plus sa place dans une logique bicommunautaire. Les clivages communautaires ne s'identifient que très peu par rapport aux sans-abri. Il n'y a pas eu de volonté ni au sein de l'opposition ni dans la plupart des groupes de la majorité, de Cocofier cette initiative. Bien au contraire. La COCOF a certes octroyé des moyens exceptionnels pour le démarrage de cette initiative mais il est encore temps, si une éventuelle modification des structures doit être apportée, et si on doit aller dans une logique plus publique, que le bicommunautaire trouve sa place.

Mme la Présidente. — Mesdames, Messieurs, nous interrompons ici nos travaux pour reprendre l'ordre du jour du Conseil de la Région de Bruxelles-Capitale.

Dames en heren, wij onderbreken hier onze werkzaamheden om de agenda van de Brusselse Hoofdstedelijke Raad te hervatten.

La séance est suspendue à 13 h 15.

De vergadering wordt geschorst om 13.15 uur.

Elle est reprise à 13 h 30.

Ze wordt hervat om 13.30 uur.

Mme la Présidente. — La séance est reprise.

De vergadering wordt hervat.

Mme la Présidente. — L'ordre du jour appelle le vote nominatif sur la proposition dont l'examen est terminé.

Aan de orde is de naamstemming over het afgehandelde voorstel.

VOORSTEL VAN RESOLUTIE STREKKENDE TOT HETAANBEVELEN VAN EEN VERHOOGING VAN DE SOCIALE MINIMA

Vote nominatif sur les conclusions de la commission

PROPOSITION DE RESOLUTION VISANT A RECOMMANDER LE REHAUSSEMENT DES MINIMA SOCIAUX

Naamstemming over de conclusies van de commissie

Mme la Présidente. — Mesdames, Messieurs, nous passons maintenant au vote nominatif sur les conclusions de la commission

Dames en Heren, wij stemmen nu over de conclusies van de commissie.

— Quelqu'un demande-t-il la parole pour une explication de vote ?

Vraagt iemand het woord voor een stemverklaring ?

— Ceux qui sont pour le rejet de la proposition de résolution votent OUI puisque les conclusions de la commission en proposent le rejet.

Zij die er voorstander van zijn dat het voorstel van resolutie wordt verworpen, stemmen JA omdat de commissie in haar conclusie voorstelt dat het wordt verworpen.

— Il est procédé au vote nominatif.

Er wordt tot naamstemming overgegaan.

Résultat du vote :

60 membres sont présents.

39 votent oui.

(34 dans le groupe linguistique français et 5 dans le groupe linguistique néerlandais.)

21 votent non.

(18 dans le groupe linguistique français et 3 dans le groupe linguistique néerlandais.)

Uitslag van de stemming :

60 leden zijn aanwezig.

39 stemmen ja.

(34 in de Franse taalgroep en 5 in de Nederlandse taalgroep.)

21 stemmen neen.

(18 in de Franse taalgroep en 3 neen in de Nederlandse taalgroep.)

En conséquence, l'Assemblée réunie adopte les conclusions de la commission tendant à rejeter la proposition de résolution.

Bijgevolg neemt de Verenigde Vergadering de besluiten van de commissie strekkende tot het verwerpen van het voorstel van resolutie aan.

Ont voté oui :

Ja hebben gestemd :

Groupe linguistique français — Franse taalgroep :

MM. André, Azzouzi, Boelpaep, Mmes Caron, Carthé, MM. Cools, Cornelissen, Mme De Galan, MM. Daïf, De Grave, De Wolf, Decourty, Demannez, Draps, Mmes Dupuis, Gelas, M. Gosuin, Mme Lemesre, M. Michel, Mme Molenberg, MM. Mook, Ouezekhti, Mme Payfa, MM. Roelants du Vivier, Romdhani, Mme Schepmans, MM. Smits, Vervoort, Zenner, de Clippele, de Jonghe d'Ardoye d'Erp, de Lobkowicz, de Patoul et van Eyll

Nederlandse taalgroep — Groupe linguistique néerlandais :

Mevrouw Byttebier, de heren Gatz, Grijp, mevrouw Grouwels en de heer Vanhengel.

On voté non :

Neen hebben gestemd :

Groupe linguistique français — Franse taalgroep :

M. Adriaens, Mmes Bastien, Braeckman, MM. Cerexhe, Daems, Doukeridis, Grimberghs, Mme Herscovici, MM. Lahssaini, Lemaire, Mahieu, Mme Meunier, MM. Pesztat, Riguelle, Mmes Rorive, Saïdi, M. Van Roye et Mme Wynants.

Nederlandse taalgroep — Groupe linguistique néerlandais :

De heren Demol, Lootens-Stael, Van Assche.

Mme la Présidente. — 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 de la Présidente.

Volgende plenaire vergadering op bijeenroeping van de Voorzitter.

— *La séance plénière est levée à 13 h 35.*

De plenaire vergadering wordt om 13.35 uur gesloten.

