

**Assemblée réunie
de la Commission communautaire commune**

**Verenigde vergadering van de
Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie**

**Séance plénière
du jeudi 12 juillet 2001**

**Plenaire vergadering
van donderdag 12 juli 2001**

SOMMAIRE

INHOUDSOPGAVE

	Pages
	—
EXCUSES	198
PROPOSITIONS D'ORDONNANCE ET DE RESOLUTION	
— Prise en considération	198
INTERPELLATIONS	
— De M. Marc Cools à MM. Jos Chabert et Didier Gosuin, membres du Collège réuni compétents pour la Politique de Santé, et Eric Tomas et Guy Vanhengel, membres du Collège réuni compétents pour la Politique d'Aide aux Personnes, concernant « les déclarations des responsables d'Iris sur la situation financière des hôpitaux publics »	198
Interpellation jointe de Mme Fatiha Saïdi concernant « les revendications du personnel soignant »	198
Discussion. — <i>Orateurs</i> : M. Marc Cools, Mmes Fatiha Saïdi, Isabelle Emmery, M. Denis Grimberghs, Mme Brigitte Grouwels, MM. Didier Gosuin, membre du Collège réuni compétent pour la Politique de Santé, Marc Cools et Mme Fatiha Saïdi	198

	Blz.
	—
VERONTSCHULDIGD	198
VOORSTELLEN VAN ORDONNANTIE EN RESOLUTIE	
— Inoverwegingneming	198
INTERPELLATIES	
— Van de heer Marc Cools tot de heren Jos Chabert en Didier Gosuin, leden van het Verenigd College bevoegd voor het Gezondheidsbeleid, en Eric Tomas en Guy Vanhengel, leden van het Verenigd College bevoegd voor het Beleid inzake Bijstand aan Personen, betreffende « de verklaringen van de Iris-top over de financiële situatie van de openbare ziekenhuizen »	198
Toegevoegde interpellatie van mevrouw Fatiha Saïdi betreffende « de eisen van het verplegend personeel »	198
Bespreking. — <i>Sprekers</i> : de heer Marc Cools, mevrouwen Fatiha Saïdi, Isabelle Emmery, de heer Denis Grimberghs, mevrouw Brigitte Grouwels, de heren Didier Gosuin, lid van het Verenigd College bevoegd voor het Gezondheidsbeleid, Marc Cools en mevrouw Fatiha Saïdi	198

PRESIDENCE DE **M. JAN BEGHIN**, PREMIER VICE-PRESIDENT

VOORZITTERSCHAP VAN **DE HEER JAN BEGHIN**, EERSTE ONDERVOORZITTER

— *La séance plénière est ouverte à 12 h.*

De plenaire vergadering wordt geopend om 12 uur.

M. le Président. — Je déclare ouverte la séance plénière de l'Assemblée réunie de la Commission communautaire commune du jeudi 12 juillet 2001.

Ik verklaar de plenaire vergadering van de Verenigde Vergadering van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie van donderdag 12 juli 2001 geopend.

EXCUSES — VERONTSCHULDIGD

M. le Président. — Ont prié d'excuser leur absence : MM. Jacques De Grave, Didier van Eyll, François Roelants du Vivier, Mmes Isabelle Gelas et Geneviève Meunier.

Verontschuldigen zich voor hun afwezigheid : de heren Jacques De Grave, Didier van Eyll, François Roelants du Vivier, mev. Isabelle Gelas en Geneviève Meunier.

PROPOSITIONS D'ORDONNANCE ET DE RESOLUTION

Prise en considération

VOORSTELLEN VAN ORDONNANTIE EN RESOLUTIE

Inoverwegingneming

M. le Président. — L'ordre du jour appelle la prise en considération de :

1. La proposition d'ordonnance (de M. Mostafa Ouezekhti) instaurant un programme de politique générale dans les centres publics d'aide sociale (B-57/1 — 2000/2001).

Pas d'observation ? (*Non.*)

Renvoi à la commission des Affaires sociales.

Aan de orde is de inoverwegingneming van :

1. Het voorstel van ordonnantie (van de heer Mostafa Ouezekhti) tot invoering van een beleidsprogramma in de openbare centra voor maatschappelijk welzijn (B-57/1 — 2000/2001).

Geen bezwaar ? (*Neen.*)

Verzonden naar de commissie voor de Sociale Zaken.

2. La proposition de résolution (de M. Joël Riguelle) visant à accorder une aide aux associations et services relevant de la CCC ainsi qu'aux CPAS en vue du passage à l'euro (B-58/1 — 2000/2001).

Pas d'observation ? (*Non.*)

Renvoi aux commissions réunies de la Santé et des Affaires sociales.

2. Het voorstel van resolutie (van de heer Joël Riguelle) tot het verlenen van steun aan de OCMW's en aan de verenigingen en de diensten die onder de GGC ressorteren met het oog op de overgang op de euro (B-58/1 — 2000/2001).

Geen bezwaar ? (*Neen.*)

Verzonden naar de verenigde commissies voor de Gezondheid en de Sociale Zaken.

INTERPELLATIONS — INTERPELLATIES

M. le Président. — L'ordre du jour appelle les interpellations.

Aan de orde zijn de interpellaties.

INTERPELLATION DE M. MARC COOLS A MM. JOS CHABERT ET DIDIER GOSUIN, MEMBRES DU COLLEGE REUNI COMPETENTS POUR LA POLITIQUE DE SANTE, ET ERIC TOMAS ET GUY VANHENGEL, MEMBRES DU COLLEGE REUNI COMPETENTS POUR LA POLITIQUE D'AIDE AUX PERSONNES, CONCERNANT « LES DECLARATIONS DES RESPONSABLES D'IRIS SUR LA SITUATION FINANCIERE DES HOPITAUX PUBLICS »

INTERPELLATION JOINTE DE MME FATIHA SAIDI CONCERNANT « LES REVENDICATIONS DU PERSONNEL SOIGNANT »

Discussion

INTERPELLATIE VAN DE HEER MARC COOLS TOT DE HEREN JOS CHABERT EN DIDIER GOSUIN, LEDEN VAN HET VERENIGD COLLEGE BEVOEGD VOOR HET GEZONDHEIDSBELEID, EN ERIC TOMAS EN GUY VANHENGEL, LEDEN VAN HET VERENIGD COLLEGE BEVOEGD VOOR HET BELEID INZAKE BIJSTANDAAN

PERSONEN, BETREFFENDE « DE VERKLARINGEN VAN DE IRIS-TOP OVER DE FINANCIËLE SITUATIE VAN DE OPENBARE ZIEKENHUIZEN »

TOEGEVOEGDE INTERPELLATIE VAN MEVROUW FATIHA SAIDI BETREFFENDE « DE EISEN VAN HET VERPLEGEND PERSONEEL »

Bespreking

M. le Président. — La parole est à M. Marc Cools pour développer son interpellation.

M. Marc Cools. — Monsieur le Président, Monsieur le Ministre, chers Collègues, les responsables de la structure Iris en charge de la restructuration des hôpitaux publics bruxellois ont tiré il y a quelques jours, par le biais d'une conférence de presse, la sonnette d'alarme.

Pour eux, sans mesures adéquates des différents niveaux de pouvoir concernés pour couvrir les missions sociales des hôpitaux publics, ceux-ci, je cite, « *iront droit au mur* ».

D'après les responsables d'Iris, le coût total des missions sociales des hôpitaux publics s'élève à quelque 420 millions de francs. C'est par ce coût social que les responsables d'Iris expliquent le déficit des hôpitaux publics.

Effectivement, 41 % des patients hospitalisés dans les hôpitaux publics bruxellois vivent en-dessous du seuil de pauvreté.

Malgré les conventions de domicile de secours conclues entre les six hôpitaux publics et quinze CPAS bruxellois, il en résulte des charges financières pour les hôpitaux Iris, comme le coût des travailleurs sociaux non financés par le prix de journée, les frais de récupération des factures non payées, le problème des médicaments dits de confort qui ne sont pas remboursés par les CPAS, la durée de séjour plus longue que la moyenne en raison du type de population hospitalisée, l'augmentation du nombre de personnes nécessitant des soins, etc.

Le premier rapport de juin 1997 sur le coût des missions sociales des hôpitaux publics bruxellois estime celui-ci à 145 millions de francs. On a toutefois ajouté depuis 1997 toute une série de nouveaux indicateurs.

Donc, les chiffres ne sont pas comparables. Si on avait conservé ceux de 1997, le coût des missions sociales des hôpitaux Iris serait aujourd'hui évalué à 290 millions de francs. Parmi les nouveaux indicateurs, il y a notamment des frais administratifs qui ne sont en général pas payés par les CPAS aux hôpitaux publics. Ils se montent à environ 100 millions de francs.

Cela dit, 300 millions de francs restent un coût élevé pour les services sociaux.

Sans nier l'importance de ces dépenses sociales et le fait qu'elles pèsent sur les finances des hôpitaux publics, il me semble que ce n'est pas la seule cause de ce déficit.

Tout d'abord, même si ce n'est pas dans la même mesure, parce que les hôpitaux privés sont aussi confrontés à des dépenses sociales.

Ensuite, parce que les patients nécessiteux et non en règle avec les mutuelles sont minoritaires et que leur proportion n'est pas la même dans tous les hôpitaux publics.

Dans certains de ces hôpitaux en déficit, les dépenses sociales à elles seules ne peuvent donc expliquer ce déficit.

Des problèmes de gestion, de stratégie hospitalière se posent. J'ai déjà eu l'occasion de le souligner lors de l'interpellation que j'ai développée à cette tribune le 23 février 2001 sur le financement des hôpitaux publics.

Sans reformuler toute mon interpellation précédente, je voudrais insister pour que le Collège se penche sur la problématique de la gestion des hôpitaux publics et sur les structures de fonctionnement d'Iris.

D'après les informations que j'ai pu réunir, les comptes 2000 ne sont actuellement disponibles que pour deux hôpitaux publics sur six. Ils montrent une dégradation par rapport à 1999 — on avait déjà enregistré une dégradation en 1999 par rapport à 1998 —, un déficit, en l'occurrence, de 43,3 millions de francs pour l'hôpital Saint-Pierre en 2000 contre 30,6 millions de francs en 1999 et un déficit de 19,6 millions de francs pour l'hôpital des Enfants en 2000 alors que la situation était en équilibre en 1999.

Je ne comprends pas que tous les comptes 2000 des hôpitaux publics ne soient pas encore disponibles au début de ce mois de juillet. Je comprends encore moins que tous les budgets 2001 ne soient pas encore adoptés et que deux hôpitaux — Brugmann et HIS — travaillent aujourd'hui à vue, sans budget, alors que ce sont deux hôpitaux qui connaissent des difficultés.

La situation financière des hôpitaux Iris, hors coût des missions sociales, n'est pas stabilisée. Des problèmes de gestion et de stratégie se posent.

Lors de mon interpellation en février, je soulignais qu'il y avait trop de lits hospitaliers à Bruxelles et qu'une réduction et une reconversion des lits devait intervenir, ce qui est une obligation réglementaire.

L'arrêté royal du 31 janvier 1989 qui fixe des normes complémentaires pour les hôpitaux et les services hospitaliers impose de vérifier le niveau d'activités des services de l'hôpital et d'adapter le nombre de lits, de manière telle que le nombre de journées d'hospitalisation atteigne le taux d'occupation moyen minimal. Cette adaptation doit être faite tous les trois ans et, en particulier, avant la fin de cette année.

Des hôpitaux privés confessionnels comme Saint-Jean, Sainte-Anne, Saint-Remy, les Cliniques de l'Europe, etc. ont anticipé cette obligation et ont procédé à des suppressions et à d'importantes reconversions de lits.

Par défaut d'anticipation, les hôpitaux publics sont obligés, maintenant, d'agir dans la précipitation, à la va-vite, avant la fin de cette année. Ils n'ont pas su suffisamment tenir compte de l'évolution des pratiques médicales et reconvertir, par exemple, des lits chirurgicaux, des lits aigus excédentaires, en lits pour des hospitalisations de jour.

Les responsables des hôpitaux publics doivent intégrer le fait que le taux d'occupation des lits d'hôpitaux ne cesse de se réduire depuis plusieurs années, en raison du développement de la chirurgie ambulatoire et du raccourcissement de la durée moyenne de séjour.

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. 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 les retards de facturation ou l'absence de contrôles, qui semblent beaucoup plus importants dans les hôpitaux publics que privés.

La démotivation du personnel semble aussi plus grande, sans compter le problème que pose le manque d'infirmières dans ces hôpitaux. Mme Saïdi développera ce point dans son interpellation, et je partage largement ses idées en la matière.

C'est avec raison que le personnel infirmier s'oppose aux propositions qui visent à résoudre la pénurie d'infirmiers et d'infirmières en permettant l'exercice de cette profession par d'autres : médecins, accoucheuses, kinésithérapeutes, membres de professions paramédicales. Ces professions n'ont pas la formation et l'expérience spécifique du personnel infirmier.

Ce qui peut être fait, comme le suggèrent les cadres infirmiers d'HIS dans un courrier que plusieurs d'entre vous ont reçu, c'est de renforcer la présence, au sein des équipes soignantes, de personnel formé pour décharger les infirmières des tâches comme celles de l'administration, l'entretien du matériel, le transport du patient.

Le membre du Collège peut-il m'informer si des initiatives de ce type sont prises dans les hôpitaux Iris ?

Que pense, par ailleurs, le Collège de la réforme du financement public des hôpitaux, comme celle envisagée dans l'avant-projet du gouvernement fédéral qui tend à substituer à un financement des hôpitaux basé essentiellement sur le nombre et le type de lits agréés, un financement calculé sur le nombre de pathologies traitées dans chaque établissement ?

Une telle réforme n'obérera-t-elle pas encore un peu plus le financement de nos hôpitaux publics ?

Les administrateurs d'Iris ont demandé au ministre fédéral de l'Intégration sociale, dans leur communiqué de presse, d'adapter la loi relative à la prise en charge des secours par les CPAS, notamment en redéployant son délai. En effet, étant donné le type de population qu'ils accueillent, ils sont souvent confrontés à des délais d'hospitalisation plus longs. Les administrateurs d'Iris invitent donc le ministre des Affaires sociales à intégrer, dans les règles de fixation de prix de journée, des éléments de financement du service social assuré par les hôpitaux.

Le Collège envisage-t-il d'effectuer des démarches pour soutenir ces demandes ?

Les responsables d'Iris demandent, d'autre part, à notre Collège de prévoir la création d'un réseau électronique entre les CPAS et les hôpitaux, tant pour introduire les demandes que pour la transmission

de la facturation et des paiements. C'est effectivement important, vu qu'une bonne part des réquisitoires viennent des CPAS. Des remboursements sont effectués par les CPAS pour des personnes qui ne sont pas sous le régime de la mutuelle. Raccourcir les délais dans lesquels les CPAS remboursent les hôpitaux publics peut évidemment concourir à améliorer la situation financière de ces derniers.

Une telle création est-elle effectivement envisagée ? Ne permettrait-elle pas de diminuer le préfinancement par les hôpitaux des remboursements effectués par les CPAS pour des personnes démunies ?

Autre demande des responsables d'Iris : une politique intégrée de la santé et des volets « santé » dans les contrats de quartiers.

Des propositions concrètes ont-elles été faites en la matière au Collège par les responsables d'Iris ?

Je voudrais conclure en disant qu'un débat en séance publique ne permet pas toujours une analyse en profondeur d'une situation; aussi je réitère ma demande pour qu'un débat approfondi soit organisé en commission et ce dès la prochaine rentrée parlementaire.

Pour parfaire notre information, des auditions devraient, me semble-t-il, y être effectuées.

J'encourage également le Collège à prendre rapidement des décisions structurelles en ce qui concerne l'organisation et le fonctionnement d'Iris.

A défaut, les hôpitaux publics bruxellois deviendront pour notre Région un véritable tonneau des Danaïdes.

M. le Président. — La parole est à Mme Fatiha Saïdi pour développer son interpellation jointe.

Mme Fatiha Saïdi. — Monsieur le Président, Monsieur le Membre du Collège, chers Collègues des partis démocratiques, l'actualité de ces dernières semaines avec les actions de grèves menées à l'Institut Bordet, a de nouveau remis à l'ordre du jour la question du personnel soignant dans les hôpitaux publics bruxellois. On sait que des accords provisoires sont intervenus entre la direction et les syndicats, mais le problème de fond n'est pas résolu pour autant et ce mouvement de grève n'est que le énième signal d'un malaise profond qui porte autant sur les conditions de travail que sur le manque de personnel qualifié en activité. La problématique à laquelle nous sommes confrontés aujourd'hui est une question de fond, portant tant sur la pénurie du personnel soignant que sur les conditions de travail de ce dernier.

Avec une charge de travail de plus en plus élevée (pathologies plus lourdes à traiter en un temps d'hospitalisation plus court, demandes d'aide psychologique en hausse, multiplication des tâches), le personnel infirmier, ainsi que tout le personnel soignant, travaille dans des conditions de plus en plus difficiles. Ces conditions, dont font partie les horaires flexibles et inconfortables, difficilement compatibles avec une vie familiale et sociale, doivent être améliorées. Par ailleurs, ces conditions de travail se répercutent sur la profession qui connaît, au niveau de l'enseignement, une diminution d'inscription d'élèves, et au niveau de la carrière de nombreux abandons ou alors

des exodes vers des activités soignantes moins exigeantes. Sans oublier les conditions particulières pour le personnel infirmier qui travaille à Bruxelles soumis à l'obligation de bilinguisme.

S'il faut répondre d'urgence à la situation devenue à risque pour les patients et dénoncée à juste titre par le personnel infirmier vu ces conditions de travail, il faut aussi une réponse de fond à cette détérioration de ces conditions en cours depuis longtemps.

Le temps n'est plus aux emplâtres sur des jambes de bois et tous les niveaux de pouvoir sont concernés. Cependant, la Région a un rôle particulier à tenir pour évaluer correctement les besoins du personnel infirmier avec le concours de l'Observatoire de la Santé et pour améliorer, au sein de la structure d'Iris, les conditions de travail afin d'assurer un maximum de sécurité et de qualité de soins aux patients.

Ainsi, mon groupe préconise, ici et aux autres niveaux de pouvoir concernés, le renforcement du statut de l'infirmier, la révision à la hausse des normes d'encadrement, une assistance matérielle et psychologique adaptée, une revalorisation barémique, le respect par les employeurs de la législation en matière d'heures supplémentaires, le droit à la formation continuée, la mise sur pied de dispositions sociales dans les hôpitaux, telles que l'accueil des enfants à proximité des lieux de travail — pour ne citer que celle-là — et enfin la mise en adéquation des horaires des transports en commun qui desservent les lieux de soins avec ceux du personnel soignant.

M. Cools vient de souligner que la commission de la Santé de la Commission communautaire commune a déjà entamé un travail à cet égard.

Nous espérons que le travail inscrit à l'agenda de cette commission sera poursuivi en son sein.

Enfin, pour terminer le premier volet de cette interpellation, je ne peux manquer de souligner que tous les hôpitaux bruxellois n'offrent pas les mêmes conditions de travail et qu'une surenchère et une concurrence s'installent ainsi entre institutions.

Eu égard aux différents points évoqués, je souhaiterais vous poser diverses questions, Monsieur le Membre du Collège.

Dans le cadre ponctuel de la grève que j'ai évoquée, avez-vous l'occasion de rencontrer le personnel soignant et d'entendre ses revendications ? Si oui, quelles sont les dispositions qui seront prises à la suite de cette entrevue ?

Dans le cadre du débat plus général,

— Quelles sont les concertations que vous avez eues avec les autres niveaux de pouvoir concernés ?

— Quelles sont les dispositions qui seront prises pour, d'une part, améliorer les conditions de travail du personnel soignant et, d'autre part, augmenter l'effectif du personnel soignant ?

— Des mesures d'harmonisation des conditions de travail et du statut des travailleurs, pour tous les hôpitaux (publics et privés) sont-elles envisagées, afin d'éviter la surenchère et la concurrence fortement dommageables pour la stabilisation du personnel au sein des hôpitaux les moins « attractifs » ?

— Une rencontre entre les structures de coordination hospitalière bruxelloise (secteur privé et public) a-t-elle eu lieu ? Si oui, quelles sont les mesures qui seront prises à la suite de cette rencontre ? Si non, pareille rencontre est-elle envisagée à très court terme ?

Après cette longue liste de questions et la problématique relative au statut du personnel infirmier, j'interviens à présent dans le cadre de l'interpellation de mon collègue Marc Cools relative à la situation financière des hôpitaux publics.

Il est indéniable que le réseau public hospitalier, de qualité et accessible à tous, mérite toute notre attention et notre soutien. De même, les missions sociales des hôpitaux doivent être mieux soutenues.

Sur la question de la fréquentation des hôpitaux du Réseau Iris par des patients précarisés, des chiffres actualisés existent et montrent indéniablement que les patients précarisés sont une patientèle significative des dites institutions.

Le dernier rapport qui vient d'être effectué par le Réseau Iris fait état pour l'année 2000 d'une charge de 420 millions pour remplir ses missions sociales.

Je me permets de citer trois caractéristiques de ces missions sociales remplies par les hôpitaux publics :

1. Le pourcentage des journées d'hospitalisation facturée aux CPAS et à l'Etat belge : Saint Pierre : 43,2 % ; Brugmann : 28,4 %.

2. Le nombre de travailleurs sociaux engagés par les hôpitaux d'Iris et pour lesquels aucun investissement spécifique n'existe : 69,4 ETP (équivalent temps plein).

3. Le pourcentage de provision pour créances douteuses : il sera de 2 % du chiffre d'affaires pour l'exercice 2000, soit le double de la moyenne constatée en Belgique, ou encore une surcharge de plus de 100 millions pour les hôpitaux du Réseau Iris.

Sans une véritable volonté politique, il serait illusoire de croire que la situation s'améliorera dans les années futures. Bien au contraire.

Il y a bien évidemment aussi des problèmes de gestion qui se posent au sein des hôpitaux du Réseau Iris. Les gestionnaires sont les premiers à l'affirmer, étudient la situation et viennent de prendre des mesures qui devront, nous en sommes convaincus, aller dans le sens d'une meilleure efficacité et rentabilité.

Enfin, je ne terminerai pas cette intervention sans rappeler combien est importante la solidarité entre toutes les communes bruxelloises, car il n'est pas acceptable que les communes qui disposent de sites hospitaliers, et ce ne sont pas toujours les plus riches, prennent en charge la totalité des frais pour un service dont bénéficient les habitants de toutes les communes bruxelloises.

Je vous remercie, Messieurs les Membres du Collège, pour vos réponses et pour votre meilleure attention. (*Applaudissements sur les bancs Ecolo.*)

M. le Président. — La parole est à Mme Isabelle Emmery.

Mme Isabelle Emmery. — Monsieur le Président, Monsieur le Membre du Collège, chers Collègues, le paysage hospitalier belge est en profonde mutation. Dans les années 20, le secteur public comprenait plus de 75 % du total des lits. Actuellement, il ne représente plus que 35 % du total des lits hospitaliers.

Ce phénomène est la conséquence de la modification des règles en matière de subsidiarité des travaux et des équipements. En 1949, seul le secteur public était subsidié à 100 %. Depuis 1975, ce subsidie, qui s'élève à 60 % des investissements, est identique pour tous les hôpitaux publics ou privés. De plus, depuis 1983, l'Etat n'assume plus les déficits des hôpitaux publics et les modifications de la réglementation à cet égard ont abouti, en 1989, à reporter la charge du déficit sur la seule commune-mère.

Or, le déficit des hôpitaux publics est la conséquence du non-financement des charges particulières — j'aurai l'occasion de développer ce point par la suite —, de l'absence de fonds propres et du manque d'autonomie de gestion. Parallèlement à cette diminution de l'offre hospitalière publique, on constate ces dernières années une augmentation des besoins de soins, un alourdissement des frais à charge du patient et une tendance de plus en plus forte des patients précarisés à l'auto-médication et à l'absence de recours à la médecine préventive.

Sous peine d'une dérive vers une médecine tout à fait duale, les hôpitaux publics ont, pour nous socialistes, une fonction régulatrice sur les tarifs et l'offre de soins. Ils doivent donc être soutenus dans leurs missions et il faut que leur soient accordés les moyens financiers et de gestion nécessaires à l'exercice de leur activité.

J'en viens maintenant à l'interpellation de M. Cools. Dire que la charge sociale est marginale pour tous les hôpitaux ...

M. Marc Cools. — Je n'ai pas dit cela. Je n'ai jamais dit que cette charge était marginale. J'ai dit que ce n'était pas le seul problème qui se posait.

Mme Isabelle Emmery. — ... et répartie de façon plus ou moins équitable entre les hôpitaux publics et privés — et cela, je pense que vous l'avez dit — est tout à fait inexact.

M. Marc Cools. — Pas du tout. Je vais vous donner mon texte puisque vous ne m'avez pas écouté.

Mme Isabelle Emmery. — Les chiffres attestent, de façon indiscutable, du caractère exceptionnel de la prise en charge sociale par les hôpitaux du réseau public bruxellois Iris. La fréquentation par des patients précarisés varie, selon le dernier rapport d'Iris, de 10 % dans les hôpitaux d'Iris-Sud, à 34 % à Saint-Pierre, soit une part, vous le concéderez, plutôt significative.

Le rapport met également en avant d'autres indicateurs — Mme Saïdi en a parlé — qui attestent du caractère exceptionnel des charges qui pèsent sur les hôpitaux du réseau Iris à la suite de ces interventions sociales, comme le nombre de travailleurs sociaux engagés qui est, comme Mme Saïdi l'a rappelé, d'une septantaine de personnes, ou encore le pourcentage anormalement élevé de prévisions pour créances douteuses.

Il serait bien évidemment absurde de penser qu'il n'y aucun problème de gestion au sein des hôpitaux du réseau Iris et que ces déficits ne seraient dus qu'à la charge des missions sociales.

Comment pourrait-il d'ailleurs en être autrement dans une structure composée de cinq entités juridiques et de dix sites d'exploitation ?

Il semble notamment que la mise en œuvre de la fusion des hôpitaux au sein d'HIS soit plus lente et plus difficile qu'escomptée.

En outre, il est évident que la structure juridique des hôpitaux publics, avec deux niveaux d'intervention et de nombreux associés, rend la gestion du réseau complexe. Il est également évident que certaines lenteurs mises dans la réalisation des projets visant à améliorer la performance globale du réseau doivent plus à des positions de politique de principe relatives à l'autonomie de chaque site hospitalier qu'à des carences des structures de management.

Ainsi, en matière de gestion, il reste encore de larges possibilités d'économie d'échelle en matière d'achats qui sont actuellement au point mort. C'est pourquoi il faut avancer, selon nous, vers une centralisation de la décision et de la gestion, tout en évitant le danger de la spécialisation des hôpitaux qui mettrait à mal l'objectif que nous soutenons d'une médecine de proximité.

Mais la centralisation de la gestion n'est, pour nous, pas la seule réponse aux problèmes financiers que rencontrent actuellement les hôpitaux publics bruxellois.

Nous souhaitons également l'application de la déclaration du Collège réuni en matière de politique hospitalière et en particulier, la mise en œuvre du principe de solidarité financière des 19 communes à l'égard de la structure Iris avec, comme corollaire, leur participation aux organes de décision.

Comme j'ai déjà eu l'occasion de le dire dans une précédente intervention, il n'est en effet pas normal que seules six communes absorbent la charge d'une infrastructure publique dont bénéficient tous les habitants de Bruxelles.

Un troisième élément sur lequel nous souhaitons insister concerne le financement des hôpitaux publics dont les spécificités liées aux missions sociales sont toujours ignorées par le fédéral.

Le mode actuel de financement des hôpitaux récompense la « performance » en termes de durée de séjour et pénalise la « non-performance ». Or, les patients plus fortunés restent moins longtemps à l'hôpital que les patients nécessiteux car ils ont de meilleurs relais de prise en charge à l'extérieur de l'hôpital. C'est donc l'hôpital public qui est pénalisé par ce mode de financement puisque accueillant une grande majorité de patients nécessiteux.

Pour toutes ces raisons, nous estimons qu'une modification du financement doit être entreprise par le gouvernement fédéral. Nous pensons cependant que la Région ne peut être complètement absente de ce refinancement et qu'elle doit participer au déficit social des hôpitaux du réseau Iris.

A cet égard, nous privilégions une intervention qui s'insère dans un règlement plus global du problème des finances locales et, comme

l'a indiqué mon collègue Rudi Vervoort, nous souhaitons avoir un débat au plus tôt sur ce sujet.

Enfin, concernant l'interpellation de Mme Saïdi, à propos des revendications du personnel soignant, je souhaiterais rappeler, comme elle l'a d'ailleurs fait, que cette problématique fait l'objet d'un dossier qui est à l'ordre du jour de la commission de la Santé. Cette commission a décidé d'un programme d'auditions des acteurs du secteur, qui devrait débiter dès la rentrée prochaine et sans doute déboucher, après discussion et analyse des témoignages, sur des propositions concrètes. Laissons donc à la commission le temps de travailler sérieusement avant d'entamer un réel débat en séance publique de notre assemblée. (*Applaudissements sur les bancs de la majorité.*)

M. le Président. — La parole est à M. Denis Grimberghs.

M. Denis Grimberghs. — Monsieur le Président, Monsieur le Membre du Collège réuni, chers Collègues, nous ne referons certainement pas le débat que nous avons déjà eu voici quelques mois dans cette Assemblée, également dans le cadre d'une interpellation de M. Cools. Je pourrais cependant reprendre une des conclusions, qui, semble-t-il, a fait l'unanimité, à savoir qu'il serait utile d'avoir un débat sérieux et commission sur la politique menée au niveau régional en ce qui concerne la problématique des hôpitaux publics de la structure Iris, qui dépend de nombreux membres du gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale et du Collège réuni.

Il est donc assez difficile de voir clair dans ce dossier. J'avais interpellé M. de Donnea qui est compétent en matière de tutelle financière sur les communes. Je lui ai également posé une question écrite — j'y reviendrai dans un instant.

Les ministres compétents en matière de tutelle sur les CPAS ont également un rôle important à jouer en ce qui concerne la fixation des déficits de liquidation des anciennes structures hospitalières, avant la mise sur pied des nouveaux hôpitaux.

Des membres du Collège réuni sont également concernés. Tout le Collège réuni est donc impliqué en cette matière, même le président. Il serait capital qu'un débat approfondi ait lieu sur cette question afin de tenter de dégager des lignes de conduite politiques, ce qui suppose aussi qu'une majorité appuie les mesures qui seraient préconisées.

Il y a malheureusement peu de chances que le groupe PSC puisse partager les conclusions qui sortiraient d'un tel débat.

M. Rudi Vervoort. — Je vous trouve bien pessimiste, Monsieur Grimberghs.

M. Denis Grimberghs. — Je suis terriblement pessimiste, Monsieur Vervoort, car avant que M. Cools ne change d'avis, sous l'effet peut-être du MCC (*Rires.*), le groupe PSC était totalement isolé sur cette question des hôpitaux publics. Nous essayions vainement d'expliquer le contrat qui a été passé en 1995 et auquel nous avions souscrit loyalement.

Or, il nous semble que ce contrat n'est pas exécuté loyalement par toutes les parties, par manque de courage politique et d'efficacité dans la mise en œuvre des décisions, ce qui nous met régulièrement en porte-à-faux.

Nous avons accepté l'opération Iris et assumé les problèmes que cela pouvait poser, notamment dans les structures hospitalières privées qui trouvaient inéquitable le cadeau fait aux hôpitaux publics.

Nous sommes aujourd'hui dans une situation où l'on semble dire qu'il faut en permanence changer les règles du jeu, comme si ce qui a été décidé en 1995 ne pouvait être réalisé. Dans ces conditions, je propose que l'on dresse clairement un constat d'échec motivé et que l'on fixe de nouvelles règles du jeu. Evidemment, le groupe PSC n'y souscrit pas, car il ne serait pas sérieux de remettre sans cesse les compteurs à zéro. De plus, un certain nombre d'autres acteurs importants en matière de soins de santé en Région de Bruxelles-Capitale ne pourraient pas le comprendre puisqu'on leur avait promis que ce serait la dernière fois.

M. Rudi Vervoort. — Tout cela est une question de lobbies et en cette matière, le PSC est bien placé.

M. Denis Grimberghs. — Ce n'est pas une question de lobbies, Monsieur Vervoort. D'ailleurs, je pense avoir entendu l'intervention d'un membre de votre groupe qui me semblait refléter furieusement la position d'un lobby.

Je vous rappellerai les termes de l'accord conclu en 1995 : tout d'abord une remise à zéro des compteurs, avec des effets en principe positifs sur la trésorerie des institutions hospitalières. Je puis vous dire sur ce point — et je prends ainsi la défense des hôpitaux publics — que cela n'a pas été mis en œuvre loyalement et efficacement au bénéfice des nouvelles structures, ce qui est invraisemblable. On met de l'argent à la disposition des communes et on s'aperçoit que la trésorerie des nouveaux hôpitaux est déjà handicapée, notamment parce qu'on leur fait subir les effets de la non-fixation définitive des prix de journée et donc de la non-fixation définitive des déficits de liquidation des anciennes structures, en tout cas pour certains hôpitaux.

On était d'accord de remettre les compteurs à zéro. On a dégagé des moyens financiers. On s'aperçoit maintenant qu'ils ne sont pas arrivés là où ils auraient dû être mis en œuvre, au bénéfice des hôpitaux publics, pour leur permettre de démarrer avec une trésorerie saine.

Quelles étaient les dispositions prévues au moment de ce « cadeau » de 1995 ? Un plan d'assainissement et des déficits — ce qui est normal dans ce contexte — autorisés pour les années 1997, 1998 et 1999, avec un retour à l'équilibre prévu initialement pour 1999 et reporté ensuite à 2000.

Il est, me semble-t-il, tout à fait légitime, dans le cadre d'un plan d'assainissement approuvé par les Communes, qu'on impose à celles-ci de couvrir le déficit prévisible — inscrit dans le plan d'assainissement — sous forme d'une avance de trésorerie accordée aux hôpitaux. Or, cela n'a pas été fait pour les hôpitaux, de la Ville de Bruxelles en particulier. Pourquoi ? Je viens de l'apprendre en lisant la réponse à une question parlementaire écrite que j'ai posée, il y a peu, à M. de Donnea : la circulaire concernant les budgets communaux prévoit qu'il ne faut inscrire en provision les montants des déficits des hôpitaux que lorsque ceux-ci sont définitivement fixés. Tout cela était parfaitement prévisible en 1995.

Les nouvelles structures se trouvent donc déjà confrontées à des problèmes de trésorerie, non seulement parce qu'elles ont trop peu

bénéficié de la remise à zéro des compteurs, mais aussi parce qu'on n'a pas couvert par des avances de trésorerie — dans un certain nombre d'institutions, car toutes n'ont pas agi de la même façon — les déficits prévisibles dans le plan d'assainissement.

Il est important de rappeler ces faits, car l'impression finit par se créer qu'il est normal pour un hôpital public d'être en déficit.

Cela m'amène à la deuxième décision importante prise en 1995 : une modification statutaire, avec un impact évident sur la gestion du personnel, et donc le renvoi — soyons précis — des coûts sociaux des anciennes structures hospitalières à charge des communes. Je suis bien placé pour le savoir, étant donné la charge que j'assume au sein de la commune de Schaerbeek. Donc, d'une part, on renvoie les anciennes pensions du personnel hospitalier, avant transfert, à charge des communes, de même que, d'autre part, le personnel excédentaire, dans certaines communes seulement, et pas dans les mêmes proportions, car on avait promis, à tort ou à raison, lors de la mise en œuvre des décisions de 1995, qu'il n'y aurait pas un seul licenciement, même si les personnes bénéficiant d'un contrat de travail temporaire n'étaient plus « nécessaires », compte tenu de la restructuration. Les contractuels ont donc été transférés dans certains services administratifs des communes ou des CPAS, ce qui n'est pas grave en soi, mais qui se révèle coûteux pour ces derniers. Là encore, ni l'équité ni la transparence n'ont été respectées dans toutes les institutions.

J'en viens à la troisième décision prise en 1995 : créer une structure faitière chargée de dynamiser, de coordonner et de favoriser la mise en place de plans stratégiques. M. Cools a eu raison de le rappeler : certains problèmes de stratégie hospitalière doivent être débattus. A mes yeux, un hôpital public n'est pas, par nature, un hôpital pour pauvres, moins bien équipé qu'un autre, et qu'un riche ne choisira dès lors pas pour se faire soigner.

Ce n'est pas une bonne manière de gérer. Un hôpital public — surtout dans le cadre d'un réseau — doit remplir un certain nombre de missions permettant d'offrir une qualité de soins qui soit la plus parfaite possible pour tout le monde, en ce compris les plus démunis, mais pas, par choix, d'abord pour eux. Or, depuis 1996, nous dénonçons, dans la mise en œuvre du plan stratégique décidé après l'opération Iris, l'apparition d'un glissement sémantique visant à considérer que les hôpitaux de la structure Iris doivent s'organiser pour s'octroyer le « monopole du pauvre ». On a élaboré des conventions à ce sujet entre les hôpitaux et les CPAS selon lesquelles tous les pauvres devraient se rendre dans les hôpitaux Iris et non plus dans les hôpitaux privés. Et on vient ensuite dire que ceux-ci ne remplissent pas leur mission sociale ... Ce n'est ni très malin ni très efficace !

Nous l'avons dénoncé de manière très claire.

M. Rudi Vervoort. — L'objectif d'un hôpital public est d'accueillir tous les types de population, et non d'abord ou pas exclusivement les pauvres.

M. Denis Grimberghs. — Bien sûr, un hôpital public doit accueillir tous les types de population.

On pourrait profiter des débats qui ont lieu pour l'instant au niveau fédéral concernant le financement pour introduire des mécanismes — les hôpitaux privés sont d'ailleurs également deman-

deurs à ce propos — qui garantissent des obligations de prise en charge des personnes. Cela éviterait que les démunis doivent faire en ambulance le tour des hôpitaux, y compris publics, avant d'être pris en charge, car des transferts ont également lieu entre hôpitaux publics. Il faudrait trouver une solution pour résoudre ce problème.

Il ne faudrait pas — et je m'adresse aussi ici à Mme Saïdi — que l'on trouve normal qu'un hôpital public soit en déficit. Personne n'estime qu'une école publique doit être en déficit et qu'elle ne peut pas dispenser un enseignement de très grande qualité. Pourquoi en serait-il autrement pour les hôpitaux ? On peut limiter le débat du financement complémentaire à différents objectifs. Pour moi, il s'agit du même type de problème.

M. Rudi Vervoort. — C'est un bon exemple que vous venez de citer.

M. Denis Grimberghs. — Monsieur Vervoort, il faut trouver un système pour que la Région de Bruxelles-Capitale doive supporter le moins de charges possible. Dans le financement général des hôpitaux, il faut intégrer la notion qu'un hôpital public, tout comme un hôpital privé, ne doit pas être en déficit. Il n'est donc pas question de savoir qui doit couvrir le déficit.

Lors de la réforme de 1988, il a été spécifié que c'est l'organisateur de l'hôpital, à savoir la commune-mère pour l'hôpital public, qui doit couvrir le déficit éventuel. Mais normalement, un hôpital doit être financé de telle manière qu'il n'y ait pas de déficit. Je dis clairement aux écologistes et aux socialistes que partir du principe qu'il faudra de toute façon un financement régional complémentaire ou qu'il faudra intercommunaliser le déficit, c'est intégrer à l'avance le principe qu'un hôpital public, même financé de façon équitable, en tenant compte le cas échéant des coûts spécifiques, générerait quasi naturellement un déficit qui resterait à charge des autorités locales ou régionales. Je ne suis pas favorable à un projet de cette sorte. J'estime qu'il faut donner mandat aux membres du Collège de négocier avec le fédéral des modes de financement qui permettent d'éviter des coûts à charge des communes bruxelloises et de la Région de Bruxelles-Capitale.

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

Mevrouw Brigitte Grouwels. — Mijnheer de Voorzitter, geacht Collegelid, Collega's, sta me toe kort enkele principes voorop te stellen.

Ik sluit mij graag aan bij de interpellatie van collega Cools, die reeds heeft gewezen op de benarde financiële situatie van de Iris-ziekenhuizen. Net zoals de heer Grimberghs dring ik aan op een grondig debat terzake in de commissie in plaats van een vijfmaandelijks weerkerende al te korte bespreking naar aanleiding van een interpellatie. Op die manier zouden we echt met het College in dialoog kunnen treden.

Mijnheer de Voorzitter, de heer Cools heeft er steeds voor gepleit, terecht trouwens, om structurele maatregelen te nemen waar nodig. Ik besef dat zulks gemakkelijker is gezegd dan gedaan. De beleidsmensen moeten echter hun verantwoordelijkheid op zich nemen, niet alleen voor de Iris-ziekenhuizen, maar voor de hele Brusselse ziekenhuissector. Een debat in commissie moet dus zeer ruim worden opgevat.

In tegenstelling tot wat sommigen beweren, komen kansarmen voor verzorging niet alleen bij de openbare ziekenhuizen aankloppen; alle ziekenhuizen worden ermee geconfronteerd. Collegelid Gosuin klaagt terecht aan dat sommigen misbruik maken van de deficitaire situatie van de openbare ziekenhuissector om een differentiatie tussen de verschillende netten te creëren.

We moeten niet proberen de structurele problemen te maskeren. Dat brengt een echte oplossing voor de bestaande financiële problemen niet dichterbij. We moeten de eventuele problemen erkennen en ze in alle openheid onder ogen zien.

Er is destijds een saneringsplan voor de Iris-ziekenhuizen opgesteld. Dat moet worden uitgevoerd. Graag vernam ik hoe ver het daarmee staat.

Voorzover de behandeling van mindergegoeden een reële kostenfactor is, geldt die voor elk ziekenhuis. Als er op dat vlak maatregelen moeten worden genomen, bijvoorbeeld op federaal niveau, dan moeten die betrekking hebben op alle ziekenhuizen.

Overigens, ook op federaal vlak proberen sommigen in een aparte behandeling voor de publieke ziekenhuizen te voorzien. Daar zijn wij het niet mee eens. Ik citeer even uit het antwoord van collegelid Gosuin van februari jongstleden : « *Il faudrait plutôt parler d'une stratégie qui vise tous les réseaux et pouvoir appréhender l'ensemble.* ». Daar schaar ik mij volledig achter.

Een globaal beleid dringt zich op. Daarbij mag zeker de aandacht voor een beter preventiebeleid niet ontbreken. Het is misschien interessant te onderzoeken hoe patiënten minder gebruik hoeven te maken van de ziekenhuisstructuren.

Daarnaast moet er werk worden gemaakt van de uitbouw van eerstelijnszorg, waarmee we in Brussel nog niet ver staan. Zo komen patiënten niet meer voor futiliteiten in de ziekenhuizen terecht, waar de behandeling veel meer kost. Bovendien staat de eerstelijnszorg veel dichterbij de patiënt, zij is vertrouwd met zijn thuissituatie en kan bijgevolg beter aan zijn noden tegemoetkomen. Zo kunnen de ziekenhuizen heel wat lasten worden ontnomen en komen we tot een betere en efficiëntere behandeling van de gezondheidsproblemen van de bevolking.

Mijnheer het Collegelid, hebt u reeds stappen gedaan om te zorgen voor een betere eerstelijnsgezondheidszorg ?

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

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni compétent pour la Politique d'Aide aux Personnes. — Monsieur le Président, Mesdames, Messieurs, la situation financière des hôpitaux publics nous tient évidemment à cœur et ce n'est pas la première fois que j'ai l'occasion de répondre à des interpellations en cette matière.

En effet, l'opération de 1995 visant à couvrir les déficits en y associant l'assainissement financier de ces hôpitaux a été suivie de près par les responsables politiques de la Région et de la Commission communautaire commune.

Première incise en réaction à l'intervention de M. Grimberghs : à l'époque, je n'avais pas la responsabilité du secteur de la Santé, mais

j'ai l'honnêteté de dire que, dès le départ, il y a eu un biais dans l'évaluation même des déficits globaux. C'est sans doute une des causes, mais qui n'explique pas tout, qui a handicapé la mise en œuvre d'une série de mesures et des assainissements souhaités. L'objectivité commande de dire qu'on était probablement plus près des 6 milliards que des 4 milliards. Si l'on avait pu, mais peut-être n'avions-nous pas la possibilité financière de le faire à l'époque, mettre cet argent sur la table, on serait sans doute en train de parler d'autre chose et on verrait le problème sous un autre angle. Cela ne signifie pas que tout s'explique à partir de ce point de départ un peu trop chic. Il y a eu incontestablement des acquis, mais il reste des éléments à conquérir, des restructurations à opérer pour que la structure Iris réponde pleinement à nos espérances.

Le bilan de l'opération globale et financière est réalisé régulièrement lors de la remise des rapports du commissaire du gouvernement en ce qui concerne l'aspect financier. En effet, ce rapport financier permettait au gouvernement de déclarer irrécouvrables les emprunts faits par le Fonds régional de Trésorerie commune.

Deuxième incise : déjà là, apparaissait un effort de solidarité. Madame, prendre 4 milliards dans la caisse de la Région, même si c'était insuffisant, constitue bien un effort de solidarité de l'ensemble des communes et des habitants. En effet, ces quatre milliards disparaissent du budget régional et étaient donc indisponibles pour d'autres politiques au bénéfice de l'ensemble des citoyens. Ne croyons donc pas que la solidarité consiste uniquement à faire passer les communes à la caisse; lorsque la Région bruxelloise intervient avec des moyens importants, il s'agit de l'argent de tous les Bruxellois de toutes les communes et c'est un mécanisme de solidarité.

D'après la convention qui lie les communes à ce Fonds, cette évaluation financière se fait au plus tard au mois de septembre de chaque année.

Dans les rapports précédents du commissaire du gouvernement, il a été démontré l'effort réalisé par Iris pour diminuer et même faire disparaître les déficits dans les différentes entités locales qui gèrent les hôpitaux.

Lors d'une précédente réponse à une interpellation de M. Cools, nous avons déjà soulevé quelques défis devant lesquels se trouvent les hôpitaux publics. Tout comme pour le secteur privé, nous tenons à veiller au maintien des institutions, de leur qualité et de leurs performances. Nous attendons dès lors le rapport d'évaluation pour l'année 2000, au plus tard fin septembre 2001. C'est par cette source d'information, et non par des déclarations par voie de presse, que nous prendrons en compte la situation financière de ces hôpitaux.

M. Cools aimerait savoir pourquoi, à cette date-ci, les budgets ne sont pas encore connus. L'honnêteté exige de dire que, hélas, la mise en place des nouveaux conseils communaux, des nouvelles responsabilités dans les diverses communes a fait que l'approbation des comptes et le dépôt du budget connaissent des retards bien légitimes.

C'est ainsi que c'est seulement le 7 juillet que le dernier conseil d'administration s'est installé. Je peux le regretter. C'est un fait que les élections communales engendrent, en ce compris dans l'approbation des budgets communaux, des retards qui ne peuvent se répéter

d'année en année. C'est une situation que nous devons gérer en veillant à ce que cela ne se reproduise pas.

Les informations distribuées par la presse sont apparemment liées à l'initiative devant le Parlement fédéral qui vise à obtenir des ministres du niveau fédéral une intervention dans le prix de journée, dans le cadre du financement des besoins liés au profil social des patients de ces hôpitaux.

Nous sommes d'accord pour soutenir une telle demande, pour autant qu'elle se fasse sur la base d'une analyse objective et aussi bien pour le secteur privé que public.

Nous avons d'ailleurs écrit dans ce sens aux ministres fédéraux concernés.

Je partage votre opinion sur le fait qu'il existe également d'autres problèmes à régler au sein d'Iris.

Je vous informe que de récentes et importantes décisions de restructuration ont été prises au sein du réseau Iris, plus spécifiquement pour Iris-Sud, regroupant les sites hospitaliers de Molière, Etterbeek-Ixelles, Bracops et Baron-Lambert.

Mais déjà auparavant, des efforts de reconversion de lits ont été faits au CHU-Brugmann, au moment de la fusion avec l'hôpital de Schaarbeek. Il s'agissait de fermer 41 lits C, de transformer 30 lits D en lits G, d'augmenter le service psychiatrie de 17 lits. Lors de la fusion avec la clinique Baron-Lambert, 58 lits C et D ont été fermés à Iris-Sud. Aujourd'hui, sans vouloir entrer dans trop de détails, sachez que cette institution va fermer 80 lits, principalement de chirurgie et de médecine et reconvertir 101 lits de chirurgie et de médecine (indice C + D) pour des indices de gériatrie (23 lits), des indices spécialisés de réadaptation (48 lits) et enfin de psychiatrie (30 lits). Il est prévu un regroupement de l'ensemble de l'activité aigüe et notamment du pool mère/enfant de la clinique Baron-Lambert sur le site d'Etterbeek-Ixelles.

Une restructuration en profondeur de plusieurs services logistiques, afin d'améliorer le rendement et de bénéficier d'un maximum de synergies permises par la fusion, a été entamée. Une réorganisation médicale avec, à court terme, l'adoption d'un statut médical unique devient un objectif prioritaire.

Cette restructuration est de nature à rétablir l'équilibre financier, mais surtout colle mieux aux besoins de la population.

La fermeture des lits s'explique notamment par la forte augmentation de l'hospitalisation de jour.

Pour l'ensemble du réseau Iris, plusieurs mesures sont actuellement étudiées :

1. une structure financière unique, chargée de la gestion de la dette à court, moyen et long termes pour l'ensemble des hôpitaux du réseau;
2. une structure centralisée de négociation des achats pour l'ensemble de biens et services du réseau;
3. une structure unique destinée à l'exploitation des laboratoires d'analyses médicales avec la centralisation d'un certain nombre d'analyses.

Nous soutenons la réforme envisagée par l'Etat fédéral qui tiendra mieux compte de l'activité déployée par les hôpitaux et de la lourdeur des pathologies traitées.

Nous devons veiller à l'intégration de la dimension sociale dans les mécanismes de financement, mais aussi à prendre les mesures utiles en matière de restructuration de l'offre le cas échéant.

Iris a formulé plusieurs propositions à la suite de l'adoption du rapport sur les missions sociales des hôpitaux publics. Ces propositions s'adressent principalement à l'autorité fédérale :

1. Une adaptation de la loi du 2 avril 1965 relative à la prise en charge des secours par les CPAS et de l'arrêté ministériel du 31 décembre 1996 relatif à l'aide médicale urgente aux personnes qui n'ont pas d'autorisation de séjourner sur le territoire aux réalités de terrain. Cette réadaptation passe par des modifications législatives de la compétence du ministre de l'Intégration sociale.

2. Une modification de l'arrêté ministériel du 2 août 1986 fixant les conditions et règles de fixation du prix de journée du budget et de ses éléments constitutifs ainsi que les règles de comparaison du coût et de la fixation du quota des journées d'hospitalisation pour reconnaître enfin les spécificités liées aux missions sociales des hôpitaux et en assurer un financement objectif et équitable. Ces modifications relèvent des compétences du ministre fédéral des Affaires sociales.

3. Un accès au registre national des personnes physiques.

Une redéfinition des relations avec les CPAS bruxellois pour établir un réel partenariat au profit du patient. Ce partenariat passe tout d'abord par une adhésion — à cet égard, M. Grimberghs ne semble pas partager notre opinion — des dix-neuf CPAS bruxellois aux conventions dites de « domicile de secours ». Aujourd'hui encore quatre d'entre eux n'ont pas jugé utile de s'associer à cette démarche. Cela passe également par des règles plus souples et la définition d'un cadre plus large et plus respectueux de la personne humaine relatif à la prise en charge des factures hospitalières par les CPAS pour les personnes qu'ils déclarent indigentes. Ce développement de relations meilleures basées sur un réel partenariat passe par une réflexion au sein de la conférence des dix-neuf présidents et secrétaires de CPAS.

Enfin, le développement d'une politique associant tous les acteurs du système à la prise en charge du patient, notamment dans une politique de prévention et de médecine de proximité. Ils'agit de lutter contre un retard croissant parmi les populations les plus précarisées à recourir à l'hôpital avec une aggravation de leur état de santé et de la charge donc de leur traitement et, également, de combattre le recours massif aux urgences et l'abandon de tout suivi par un médecin généraliste. Ces approches ne peuvent se faire qu'en concertation entre tous les acteurs et appellent donc une intervention des ministres bicommunautaires, monocommunautaires, des ministres fédéraux et des ministres des deux communautés.

Avant de répondre à l'interpellation de Mme Saïdi, je crois bon de dire qu'il ne serait pas juste de continuer à « tirer » systématiquement sur Iris. J'ai été un des protagonistes de cette opération Iris qui a été utile et salutaire.

Certes, la restructuration ne s'est pas faite au rythme souhaité, les montants de départ n'ont pas été évalués à la juste mesure des

besoins. Il est vrai qu'il faut aller plus loin, qu'il y a des blocages. Il est vrai qu'il y a eu aussi, dans le chef des responsables politiques, de la pusillanimité à prendre un certain nombre de décisions difficiles. Il est exact que des décisions qui visent, par exemple, le statut des médecins, statut appréhendé au niveau des hôpitaux privés, ne sont pas encore abordées aujourd'hui dans les hôpitaux publics. Cela représente incontestablement des dizaines, voire des centaines de millions de manque à gagner pour les hôpitaux publics. Cette question devra être réglée.

Mais là aussi, une concurrence, qui peut se faire au sein même du corps médical et au détriment de l'hôpital public, doit être combattue et clarifiée.

Il me paraît évident que les responsables politiques et d'Iris, et surtout ceux des structures hospitalières, se doivent d'affronter rapidement cet enjeu, sans quoi on risquerait d'attribuer le déficit des hôpitaux à d'autres causes.

Le déficit social est une réalité aussi.

Je lance un appel aux responsables locaux et politiques, qui gèrent ces hôpitaux, pour qu'ils osent prendre les dernières mesures, peut-être les plus difficiles, en termes de rationalisation, de bonne gestion des hôpitaux.

Je ne suis pas de ceux qui pensent que si ces mesures ne sont pas prises, avec le courage que cela suppose, la solution consistera simplement à demander aux autres d'ouvrir leur tirelire pour financer des opérations qu'on n'a pas eu le courage de mener.

Je déclare sereinement que, dans les débats qui m'ont opposé à M. Grimberghs et à d'autres, où je distinguais un peu trop souvent la guerre éternelle des piliers ou des clochers, j'ai toujours été un partenaire des hôpitaux publics, un partenaire loyal des accords d'Iris.

Je suis d'avis que l'accord doit être appliqué de A à Z, qu'il faut aller jusqu'au bout de son travail et oser prendre aujourd'hui les mesures qui ont été remises à demain parce qu'elles portaient atteinte à une série de statuts préétablis ou d'avantages qui existaient dans les hôpitaux publics. En règle générale, cela ne vise pas le personnel le moins qualifié, loin de là.

Il faut avoir le courage de mettre les médecins devant leurs responsabilités en ce qui concerne l'avenir des hôpitaux publics.

J'aimerais que ce débat se déroule avec clarté, sans créer une révolution dans les hôpitaux publics.

Si nous éludons ce débat, les communes hospitalières mères vont *de facto* se mettre hors jeu parce qu'elles n'auront pas prouvé qu'elles avaient la capacité politique d'affronter la gestion et les responsabilités qu'elles se doivent d'assumer.

Cela nous mènera bien évidemment à des structures différentes et l'on parlera alors de perte d'autonomie des communes.

La meilleure réponse me semble être d'oser rouvrir aujourd'hui un certain nombre de dossiers qui, parfois pour des raisons objectives, n'ont pas encore été abordés avec la vigueur voulue.

Cela étant, je continue à apporter mon plein et entier soutien à la structure Iris qui a fait un excellent travail. Sans elle, les hôpitaux publics couraient à la catastrophe. Il y a aujourd'hui des correctifs à apporter et je plaide pour que les nouvelles majorités communales ne se réfugient pas derrière la facilité consistant tout simplement à faire payer par d'autres des responsabilités qu'elles ne veulent pas assumer parce que cela risque de les rendre impopulaires.

J'en viens à ma réponse à Mme Saïdi. Je la remercie pour l'intérêt qu'elle manifeste, avec d'autres collègues, à la problématique de la pénurie d'infirmiers. Ce n'est pas la première fois que j'aborde cette question. J'ai déjà répondu à des interpellations à des questions écrites et orales à ce sujet. Nous n'avons pas rencontré le personnel infirmier de l'hôpital Bordet dans le cadre ponctuel de cette grève. Je crois d'ailleurs que ce n'est pas notre rôle que chaque fois qu'il y a une manifestation de quelque ordre que ce soit, le ministre doive entrer en négociations avec tel ou tel corps social. Nous avons rencontré l'ensemble des syndicats, à un moment où la grève ne se déroulait pas dans les hôpitaux publics mais dans les hôpitaux universitaires et privés. Cela montre que la problématique de la pénurie d'infirmiers n'est pas limitée aux hôpitaux publics, mais est largement répandue dans l'ensemble des hôpitaux.

La campagne de promotion lancée en Région bruxelloise nous a d'ailleurs permis de rencontrer des infirmiers de tous les horizons. Nous avons ainsi été tenus au courant des revendications de ce personnel et de l'évolution des négociations.

Ces revendications portent essentiellement sur les points suivants :

1. Pour le personnel infirmier :

- octroi de chèques repas et maintien de la programmation sociale;
- octroi de deux années d'ancienneté supplémentaires pour tout le personnel infirmier;
- maintien de l'allocation de diplôme pour le personnel spécialisé durant toute la carrière.

2. Pour l'ensemble du personnel : remboursement des frais de déplacement, sans plafond barémique et quel que soit le moyen de transport utilisé.

La plupart de ces revendications ont reçu une réponse positive de l'Institut Bordet et des autorités de tutelle, au moins partiellement.

Nous ne partageons pas le point de vue qui limite la pénurie aux seuls hôpitaux publics, en raison des contraintes particulières à leur gestion.

Je l'ai dit, cette pénurie affecte la plupart, si pas tous les hôpitaux privés ainsi que les hôpitaux universitaires dans le pays, et en Région bruxelloise en particulier. Notre Région de Bruxelles figure bien entendu parmi les régions les plus affectées, étant donné la concentration des structures de soins.

A notre demande, la problématique du recrutement du personnel infirmier a été inscrite à l'agenda de la Conférence interministérielle des ministres de la Santé qui s'est déroulé le 30 mai dernier.

Lors de cette réunion, il a été décidé de constituer un groupe de travail chargé de développer des solutions dans le cadre d'un mandat précis, comportant les aspects suivants :

- situation en matière d'offre et de demande d'infirmiers par région;
- analyse de la pénurie d'infirmiers dans le cadre :
 - des conditions de travail;
 - des conditions d'accès à la profession, entre autres pour les titulaires de diplômes étrangers;
 - des normes;
 - des rémunérations;
- et des propositions de solutions ciblées.

A ce jour, nous ne pouvons préjuger des propositions de solutions qui se dégagent de ces travaux.

Permettez-nous simplement de vous rappeler que les compétences du Collège réuni sont, dans cette matière, fort limitées. Les autorités communautaires ne sont compétentes que pour l'exécution et le contrôle des dispositions normatives prises par le pouvoir fédéral.

La pénurie du personnel infirmier a fait l'objet d'un examen attentif par les différentes coordinations hospitalières.

Nous vous renvoyons à la réponse donnée à la question orale de Mme Bertieaux, pour connaître les actions menées, notamment au sein du réseau Iris, pour tenter de juguler l'hémorragie du personnel infirmier.

Enfin, nous considérons que les solutions doivent émaner du fédéral dans le cadre du financement de la journée d'entretien des hôpitaux.

Nous ne pourrions admettre des réponses financières par les communautés car le risque d'une concurrence malsaine qui pourrait s'établir entre les différentes régions est trop grand et nous serions dans l'incapacité budgétaire de suivre les solutions les plus généreuses prises par les communautés mieux nanties. (*Applaudissements.*)

M. le Président. — La parole est à M. Marc Cools.

M. Marc Cools. — Monsieur le Président, je voudrais simplement souligner le fait que beaucoup d'interventions allaient dans le même sens. Et j'ai été particulièrement heureux de la réponse du membre du Collège.

Mon groupe est partisan de la coexistence des réseaux public et privé en matière hospitalière. Cela a été rappelé dans la déclaration gouvernementale : il faut une politique globale hospitalière qui s'adresse à tous les réseaux.

Si j'ai voulu intervenir, c'est parce que je veux voir sauvegarder le réseau public en matière hospitalière. Et c'est en prenant aujourd'hui les bonnes décisions que l'on contribuera à sauver le réseau public.

J'ai été heureux d'entendre le membre du Collège annoncer qu'une amorce de restructuration est en cours. Il a également dit qu'il faudra avoir le courage de s'attaquer à certaines réalités, notamment en ce qui concerne le statut des médecins. Il est vrai que des hôpitaux privés ont pris des mesures que les hôpitaux publics n'ont pas prises.

L'hôpital public ne s'adresse pas qu'aux pauvres. Il est important que celui-ci existe pour garantir aux plus démunis un accès aux soins de santé. Mais, c'est comme à l'école publique : tout le monde y va. Il y a des personnes qui ne sont pas pauvres qui vont aujourd'hui dans les hôpitaux privés et qui sont rapidement encouragées par les médecins à aller ailleurs, comme par exemple dans des polycliniques privées. Ce sont des situations tout à fait anormales qui pèsent lourdement sur les finances des hôpitaux publics.

Mme Emmery a dit qu'il fallait aller plus loin dans la centralisation. Les auditions et les débats que nous avons eus démontrent que c'est dans ce sens-là qu'il faut aller, tout en respectant l'autonomie des hôpitaux en ce qui concerne leur gestion et leurs spécificités.

Je pense qu'il faut renforcer la structure Iris et qu'on lui donne la possibilité de prendre les décisions qui s'imposent, même si — ayons le courage de le dire — cela devra parfois remettre en cause, même partiellement, certaines autonomies communales. On ne peut pas à la fois faire appel à la solidarité de tous et ne pas en supporter les conséquences.

Dans mon intervention, j'ai souligné qu'il y avait des missions sociales. Je n'ai jamais dit qu'elles étaient toutes de la même importance, mais elles existent également ailleurs, au niveau des hôpitaux publics. Et c'est une source de déficit. Il est probable que cela demandera, à un moment donné, une réinjection de fonds. Mais ce n'est pas la seule cause des difficultés des hôpitaux publics. Il faut donc avoir le courage d'analyser ces causes et de prendre les mesures qui s'imposent. Le membre du Collège dit que l'on doit prendre les mesures que l'on a reportées à demain. Il faut effectivement aller rapidement dans ce sens-là.

En ce qui concerne le personnel infirmier, j'ai pris note des efforts qui ont déjà été consentis, notamment le fait que ce problème a été soulevé au niveau de la conférence interministérielle compétente. Mais nous devons continuer à lui porter toute notre attention.

Je crois que nous partageons tous le point de vue défendu par Mme Saïdi, à savoir que les conditions de travail ne sont pas toujours ce qu'elles devraient être.

Voilà ce que je souhaitais dire dans le cadre de ma réplique, Monsieur le Président.

M. le Président. — La parole est à Mme Fatiha Saïdi.

Mme Fatiha Saïdi. — Monsieur le Président, les interventions de mes collègues et la réponse du membre du Collège appellent de ma part les réflexions suivantes.

Lorsque M. Cools dit que les hôpitaux naviguent à vue au point de vue budgétaire, on ne doit pas manquer de souligner que la Belgique et notre Région naviguent également sans données épidémiologiques

et statistiques en santé publique. Mon groupe n'a pas cessé de marteler ici et en commission combien les données relatives aux véritables besoins de la population sont éclairantes. A cet égard, l'Observatoire de la Santé doit être valorisé.

On ne peut évoquer la gestion ni la politique de la santé sans parler d'une stratégie globale, qui passe par le travail de prévention et de soins ambulatoires de première ligne, comme l'a évoqué Mme Emmerly.

On ne peut non plus parler de cette stratégie globale sans une amélioration de la collaboration entre les acteurs de première ligne et les réseaux hospitaliers, de même qu'une coopération entre les hôpitaux publics et privés, qui ne doivent pas être continuellement renvoyés dos à dos. Ce n'est certainement pas ce que nous faisons en tant qu'écologistes.

Par ailleurs, je suis heureuse d'entendre, Monsieur Gosuin, que les dernières mesures envisagées par la nouvelle direction d'Iris sont examinées avec attention par le Collège.

Eu égard à l'intervention de M. Grimberghs, on n'a jamais dit que les hôpitaux publics sont voués au déficit. On n'a jamais dit non plus que le déficit des hôpitaux publics doit être vu comme une fatalité ou la marque du destin. On a simplement demandé l'ouverture d'un débat avec tous les acteurs concernés, qu'ils soient politiques ou de terrain, pour examiner toutes les pistes permettant de sortir de ce carcan financier. Sa réflexion sur les conventions CPAS avec les hôpitaux privés est tout à fait pertinente et mérite d'être examinée avec attention, ce que nous ferons certainement en commission.

Sur la question de la fréquentation des hôpitaux publics bruxellois par une population extra-bruxelloise, il relève de la responsabilité de nos ministres de négocier cet état de fait avec leurs homologues.

Monsieur Gosuin, lorsque vous considérez que l'opération *one-shot* de 4 milliards pour remettre à flot les finances des structures hospitalières est une opération de solidarité, je ne partage pas tout à fait votre point de vue. En effet, lorsqu'on parle de solidarité entre les communes, on parle bien de solidarité réelle et récurrente. Il n'est qu'équitable de faire participer financièrement toutes les communes qui bénéficient de services rendus par les structures hospitalières situées ailleurs que sur leur territoire.

Mme Isabelle Emmerly. — C'est d'ailleurs un point de la déclaration du Collège !

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni compétent pour la Politique de Santé. — Bien entendu ! Je n'ai jamais été fermé à la solidarité. Ma position a toujours été très éloignée des intérêts locaux en cette matière. Des exemples parlent pour moi. Mais cela ne veut pas dire que la solidarité signifie ne pas combler automatiquement le déficit. Si nous sommes d'accord sur ce principe, je ne vois aucun inconvénient à donner mon feu vert pour la solidarité. Cependant, il convient également de mener la réforme jusqu'au bout avant de solliciter d'autres formes de financement.

Voilà ce que je voulais préciser. Mais, si vous voulez inverser ces prémices, je crains que les économies nécessaires à réaliser au niveau de la gestion ne soient pas réalisées.

Mme Fatiha Saïdi. — Monsieur le Membre du Collège, je prends acte de votre remarque et de toutes les décisions qui ont été prises, à la suite de la grève menée à l'institut Bordet. Mais ce que vous omettez de dire, Monsieur Gosuin, c'est qu'il ne s'agit que de solutions provisoires et qu'au 1^{er} janvier 2002, nous nous retrouverons face à la même problématique. Aussi, je ne pense pas que ce dossier soit clos aujourd'hui. Au contraire, je pense que cette problématique est bien loin d'être réglée et que du travail nous attend à la rentrée avec l'ouverture des auditions en commission.

M. le Président. — Les incidents sont clos.

De incidenten zijn gesloten.

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

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

Prochaine séance plénière demain 13 juillet 2001.

Volgende plenaire vergadering morgen 13 juli 2001.

— *La séance plénière est levée à 13 h 20.*

De plenaire vergadering wordt om 13.20 uur gesloten.

1201/7630
I.P.M. COLOR PRINTING
☎ 02/218.68.00